

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES.
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

DEISI DAS GRAÇAS RIZZO LUBENOW

DISCURSO MÉDICO E POLÍTICAS SANITARIAS NO PARANÁ NOS ANOS
1950 E A COLONIZAÇÃO DOS SERTÕES PARANAENSES

CURITIBA

2008

DEISI DAS GRAÇAS RIZZO LUBENOW

**DISCURSO MÉDICO E POLÍTICAS SANITARIAS NO PARANÁ NOS ANOS
1950 E A COLONIZAÇÃO DOS SERTÕES PARANAENSES**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em História.

Orientador: Prof. Dr. Antônio César de Almeida Santos.

Linha de Pesquisa: Espaço e Sociabilidades.

CURITIBA

2008

Dedicatória

Ao Marcos Luis Ehrhardt por dividir comigo, livros, idéias, planos e seu amor.

A Letícia que faz tudo valer a pena...

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os professores e os funcionários da Universidade Federal do Paraná (UFPR), em especial a Antônio César de Almeida Santos, orientador deste trabalho.

À Profa. Ana Paula V. Martins, que me auxiliou no início do trabalho.

A toda minha família ... sempre presente... mesmo que distante!

A Família Ehrhardt pela amizade e apoio.

Aos amigos e amigas: Carla Conradi, Paula Lermem, Rafael Rosa, Ana Emília Staben, Lígia Melo, Marília Volbrecht, Ivonete Pereira, Zelinda Rosa Scotti, Aruanã Passos, Aline Lemos, Alexandre Neundorf, Ana Paula Vagner, Paulo H. Morsh. Nos caminhos que nós trilhamos, os discursos, ora interditados, ora efusivos, tomaram contornos de amizade e de profunda reciprocidade.

Aos colegas do mestrado, com os quais vivi momentos de intensa alegria e aprendizado e para alguns em especial, cujo encontro acadêmico e afetivo, espero, se manterá para sempre!

Ao CNPq, que financiou a minha bolsa de mestrado.

É a curiosidade – em todo caso, a única espécie de curiosidade que vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que procura assimilar o que convém conhecer, mas a que permite separar-se de si mesmo. De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para se continuar a olhar ou a refletir.

(Michel Foucault)

RESUMO

Este estudo tem por objetivo analisar o discurso de práticas político-sanitárias no Paraná, nos anos de 1950. Elegemos como tema preferencial as ações e os discursos de uma geração de médicos e de políticos que atuaram na elaboração de projetos e de políticas com finalidade de colonizar o oeste paranaense, naquele momento considerado sertão. Partimos da premissa de que houve continuidades e rupturas entre o discurso higienista de saneamento dos sertões das décadas de 1910-20 e as idéias de colonização desenvolvidas em 1950. O início dos anos de 1950 correspondeu à fase de maior transferência de colonos que migraram do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina para o interior do Paraná, especificamente à região oeste do estado. Na visão dos governantes do estado, naquele período, o vazio do território e a falta de mão-de-obra eram os principais empecilhos para o desenvolvimento do território paranaense e, em consequência disso, esses governantes imputaram-se o desafio de preencher tais áreas (por eles denominadas sertões ou *hinterland*), a fim de encaminhar o estado nos rumos do progresso. Com isso, observamos o ideário de construção de um novo homem paranaense que, a partir das qualificações que lhe foram atribuídas, deveria trabalhar com racionalidade. Entretanto, foram múltiplas as idéias e imagens criadas sobre o oeste paranaense e sobre seus habitantes que compuseram discursos também variados. Todos os discursos compartilhavam elementos comuns de interpretação da realidade e, no contexto paranaense, foram relacionados, embaralhados, combinados e confundidos, mostrando ser necessário delimitar a maneira como tais concepções foram entendidas e reelaboradas, e como marcaram as políticas para a área de saúde pública e as políticas migratórias voltadas para a região oeste do estado.

Palavras-chave: Sanitarismo. Colonização. Políticas públicas. Paraná

ABSTRACT

The present study analyses the discourse of political and sanitary practices in Paraná during the decade of 1950. Our main theme are the actions and discourses of a generation of physicians and politicians who created projects and policies to colonize the west of the state. We believe there were continuities and ruptures between the hygienist discourse of the sanitization of the hinterland during the decades of 1910 and 1920 and the ideas of settlement developed in the decade of 1950. The beginning of that decade was the period of the greatest transference of settlers who migrated from the states of Santa Catarina and Rio Grande do Sul to the hinterland of Paraná, specifically to the west of the state. The governors from that period considered that the empty territory and the absence of labour force were the main obstacle to the development of the state and therefore accepted the challenge to settle those areas. A new idea about the man from Paraná who is supposed to work rationally emerges. Nevertheless, there were several different ideas and images created about the west of the state and its inhabitants and the discourses produced were many. These discourses shared common elements of interpretation of the reality and were interrelated, mixed and confused. It is necessary now to understand the way these conceptions were elaborated and how they influenced the policies for public health and migration concerning the west of Paraná.

Key-words: discourse, colonization, public policies, governors

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO 1: SANITARISMO E PENSAMENTO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL	22
1.1 “A PEDAGOGIA DO BOM CIDADÃO”: HISTORICIZANDO O DISCURSO SANITARISTA.....	27
1.2 O SERTÃO NO DISCURSO MÉDICO E INTELECTUAL	36
1.3 GERENCIAMENTO DO ESPAÇO E DA POPULAÇÃO: A MEDICINA ESTATAL.....	42
CAPÍTULO 2: EDUCAÇÃO SANITÁRIA E UNIDADES SANITÁRIAS NO INTERIOR DO ESTADO DO PARANÁ.....	59
2.1 A EDUCAÇÃO SANITÁRIA COMO DISCURSO E COMO POLÍTICA PÚBLICA	62
2.2 A SAÚDE PÚBLICA PARANAENSE E SUAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO	77
CAPÍTULO 3: A (RE)OCUPAÇÃO DO OESTE PARANAENSE SOB O AUSPÍCIO DO SANEAMENTO.....	95
3.1 A COLONIZAÇÃO COMO DISCURSO E COMO OBJETO DE AÇÕES POLÍTICAS	100
3.2 O SERTÃO SANEADO: PROJETO DE COLONIZAÇÃO E DE OCUPAÇÃO DO OESTE PARANAENSE.....	113
3.3 ATENÇÃO À SAÚDE NOS NÚCLEOS POPULACIONAIS FORMADOS PELA MARIPÁ.....	122
CONSIDERAÇÕES FINAIS (QUANDO O SERTÃO PASSA A SER FRONTEIRA)	132
FONTES.....	138
REFERÊNCIAS.....	141
ANEXO.....	148

INTRODUÇÃO

No final dos anos 1940, o Paraná era apontado como um estado promissor, mas que também apresentava alguns problemas que precisavam ser solucionados. Em meio a muitas contradições, surgiam até mesmo boatos de que as fronteiras da região oeste paranaenses encontravam-se sob domínio argentino. O jornalista Brasil Vianna, em um artigo para o jornal O Globo, em 20 de outubro de 1949, revelava sua percepção a respeito da situação:

O que observamos nessa visita no Oeste paranaense não foram planos de invasões argentinas, nem as balelas que se espalhavam na Capital da República. Foi sim, o abandono que o Governo Federal sempre relegou ao Estado do Paraná, num descuido tal que podia ser considerado uma espécie de desprezo pelos homens que mourejavam nas cidades e nos campos daquela unidade da federação. O que verificamos na região do Iguaçu, em 1949, denunciemos à nação pelas colunas de “O Globo”: fronteiras abandonadas e uma população esquecida.¹

A idéia corrente, não apenas no Paraná, mas no Brasil, era a de que o oeste paranaense não só era a terra mais rica do mundo, mas também, uma despesa abandonada. Sendo assim, a ocupação racional daquelas terras e sua exploração econômica constituíam um imperativo para o governo estadual naquele momento.

Nesse sentido, o presente trabalho volta-se ao entendimento dos discursos médico-políticos sobre saneamento e colonização, notadamente os discursos do Executivo e dos sanitaristas paranaenses na década de 1950. Esse marco temporal foi delimitado em função do início da comercialização das terras e a transferência dos primeiros colonos para o oeste paranaense, ou seja, estende-se da segunda metade dos anos de 1940 até os primeiros anos da década de 1960, época em que o projeto de colonização estava praticamente concluído.

Em vista da análise que propomos realizar, entendemos que os discursos médico-políticos contêm os elementos fundamentais para a compreensão do processo de (re)ocupação da referida região. Em nossa perspectiva de análise, (re)ocupação

¹ VAZ, Raul. **Moysés Lupion**: a verdade. Curitiba: Paratodos, 1986. p. 155.

significa a ocupação das terras sob a ótica capitalista, em um processo que teve início a partir de meados do século XIX e se estendeu até o final dos anos 1960. Trata-se de período em que o norte do Paraná foi todo (re)ocupado e estruturado com base nas relações e nos pressupostos capitalistas, não considerando a ocupação já existente.²

Nossa análise está orientada pela seguinte questão: como o tema da saúde pública marcou as políticas e os discursos sobre colonização da região oeste do Paraná? Também devemos procurar entender que tipo de transformações, em nível local, sofreram argumentos construídos em âmbito nacional décadas antes, tais como, a ocupação dos sertões, o saneamento, a modernidade, a nacionalidade, entre outros; e ainda, como estes argumentos marcaram discursos e práticas de muitos sujeitos sociais e contribuíram para a formação da memória histórica do oeste do Paraná. Estas questões se colocam a partir da consideração de que esta memória foi edificada mediante interpretações e construções discursivas que procuravam, em seus respectivos contextos, construir e reconstruir determinadas identidades, tradições e representações.

A delimitação do objeto de pesquisa nesses discursos não esgota, obviamente, a compreensão da história daquela região; contudo, esse objeto constitui uma esfera de fundamental importância, pois busca demonstrar novas facetas do processo ocorrido no final dos anos 1940, e que foi responsável por transformar as idéias e as imagens até então construídas sobre aquele espaço. Para captar essas múltiplas facetas, faz-se necessário assinalar o caráter das fontes utilizadas no trabalho, muitas das quais, produzidas no interior da instância administrativa. Assim, não ignoramos que elas revelam uma dimensão própria da natureza política. São consideradas, dessa forma, produto e produtoras, tendo em vista que tais discursos buscavam imprimir uma lógica às práticas administrativas. Acreditamos que os pontos de vista, as imagens, as idéias e

² Nelson Tomazzi considera que há uma distinção entre ocupação e (re)ocupação; por ocupação, ele entende o longo caminho percorrido pelos povos que se fixaram na região norte do Paraná e a utilizaram como espaço de desenvolvimento de suas sociedades; a (re)ocupação, por outro lado, configura-se como o processo que permitiu integrar as terras consideradas “vazios” ao processo de desenvolvimento do capitalismo no Brasil. TOMAZI, Nelson Dacio. **“Norte do Paraná” História e fantasmagoria**. Curitiba, 1997. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes. Neste trabalho, utilizaremos o termo (re)ocupação para nos referirmos ao mesmo tipo de processo que ocorreu, décadas após, na região oeste paranaense; colonização ou ocupação serão utilizados quando as referências partirem dos sujeitos envolvidos no processo.

as políticas que constituíram os discursos sobre o oeste do Paraná ajudaram a configurar a região e a forma como foi percebida socialmente; além disso, justificaram e influenciaram a ação governamental e privada sobre ela. O entendimento de que o interior do estado era sertão³ exigiu, nesta perspectiva, sua urgente transformação, sendo que as políticas sanitária e colonizatória foram consideradas expedientes eficazes neste intento.

O eixo central que norteia este trabalho diz respeito à problematização de três questões, a partir das quais se desenvolveram os capítulos. A primeira trata de distinguir quais foram as concepções que marcaram os discursos médico-políticos na década de 1950. Para delimitá-las foi preciso recuar até o período compreendido entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX, a fim de compreender o conteúdo das idéias sanitaristas e higienistas, bem como para entender a organização e a estruturação dos serviços públicos orientados por tais concepções.

Na seqüência, analisamos, a partir dos discursos médico-políticos, quais foram as formas de atuação privilegiadas pelo governo do estado do Paraná no enfrentamento dos problemas relativos à saúde e ao saneamento do interior do estado. Por último, abordamos o processo de colonização do oeste paranaense, apontando suas relações com as concepções sanitaristas.

Pensar nos discursos político-sanitários, cujo objetivo era o controle populacional e o aumento da visibilidade do governo estadual na região extremo-oeste paranaense, implica também perceber as estratégias dos administradores públicos em defender e consolidar sua posição no campo político. A mesma ação pode ser referida em relação à empresa privada que dirigiu o processo de colonização da região: a Madeireira e Colonizadora Rio Paraná S/A (Maripá). Assim, procurar-se-á apontar a postura do governo estadual, no período em que se deu a (re)ocupação, quanto à administração do processo e também em relação ao povoamento do espaço. Buscaremos salientar, além disso, a ênfase dada nos discursos médico-políticos, ao estudo, à técnica, à disciplina, a fim de consolidar a idéia de que a administração estadual era detentora de um saber orientador para a sociedade.

³ A categoria *sertão* será melhor discutida adiante, no capítulo 1.

Do ponto de vista da análise empreendida, é necessário considerar que, após a Segunda Guerra Mundial, houve um considerável investimento de recursos econômicos, científicos e tecnológicos nos países em desenvolvimento, com vistas a garantir a reprodução e a expansão das sociedades capitalistas industrializadas, e assim reafirmar seus valores e seus interesses. Nesse sentido, o conceito de subdesenvolvimento foi formulado e transformado em base de sustentação de discursos e de políticas voltadas para a superação do atraso econômico e social de algumas regiões. Nessa perspectiva, o desenvolvimento das regiões consideradas improdutivas, abandonadas e incivilizadas tornou-se um imperativo e constituiu-se enquanto discurso. Desta maneira, puderam entrar em ação uma série de dispositivos visando nortear condutas e modos de intervenção numa determinada realidade, assim como recusar alternativas que pudessem ameaçar esse empreendimento.

Na década de 1950, continuaram a ocorrer no Paraná sucessivas ondas migratórias que se dirigiram a (re)ocupar regiões do estado através da colonização, resultando no aumento de sua população e no surgimento de inúmeras cidades. As intervenções médico-políticas sobre o espaço e a população se constituíram, naquele contexto, como dever administrativo em favor do desenvolvimento e do progresso de todo o Paraná. O intenso movimento migratório com vista à ocupação das áreas que ainda não haviam passado por processos de colonização, registrado naquele período, trazia preocupações evidentes quanto às questões sanitárias, uma vez que governantes do estado e sanitaristas acreditavam que as epidemias eram causadas pelas grandes movimentações de pessoas no estado.

A demanda social por políticas públicas que atendessem as populações perante as dificuldades surgidas a partir destas movimentações dentro do estado fez com que os problemas médico-sanitários passassem a compor o rol dos assuntos políticos. Nesse período, a Secretaria Estadual de Saúde Pública passou por diversas estruturas, o que permitiu maior organização e centralização dos serviços públicos em saúde, sob sua égide. O sanitarismo passou a compor o quadro das intervenções administrativas em saúde, devido, prioritariamente, à atuação e à direção dada pelo

Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)⁴, em âmbito nacional. Fortaleceram-se, dessa maneira, ações centradas na educação sanitária e no esforço para a formação de Unidades Sanitárias em cada município do estado, que, dentro de suas limitações, passaram a reproduzir as formas de atuação prescritas pelos Centros de Saúde e definidas pela Secretaria Estadual de Saúde Pública.

A noção de oeste paranaense foi discutida e utilizada sob diferentes perspectivas e pelos mais variados agentes sociais, no interior de instituições ligadas ao aparato estatal ou em outras organizações sociais. Isto suscitou uma pluralidade de trabalhos historiográficos sobre o processo de colonização da região oeste do Paraná, trabalhos que apontam diferentes entendimentos e posições. Sobressai, no entanto, em grande parte dos trabalhos, a idéia de oeste paranaense como uma ideologia que, de certa maneira, contribuiu para mascarar a pluralidade de objetivos e de grupos envolvidos no processo. Também fica evidenciado, nesses trabalhos, o esforço dos historiadores em precisar seu sentido, conteúdo e propósitos.⁵

A proposta de trabalhar com a noção de oeste paranaense como eixo de uma prática discursiva médico-política é uma tentativa de contribuir para esse debate. Esta contribuição não se dá, no entanto, na perspectiva de delimitar a coerência ou a precisão desta ou daquela posição, mas vem para apreender a conformação de um campo de disputas de interesses no interior do qual noções, conceitos, idéias e práticas adquiriram um sentido tático ou estratégico, interesses que tinham em vista delimitar a configuração do espaço e da população. Trata-se de examinar a emergência do oeste paranaense como objeto de saber e a configuração de um campo de poder: a intervenção e o gerenciamento sobre o espaço e a população. Esta postura quando característica do Estado é designada por Michel Foucault como processo de

⁴ Esta instituição teve origem em um programa de cooperação entre Brasil e Estados Unidos, o qual tinha a finalidade inicial de sanear as áreas de produção de matérias-primas estratégicas (principalmente borracha na Amazônia e minério de ferro no Vale do Rio Doce) e as regiões em torno das bases militares americanas no território brasileiro durante a Segunda Guerra Mundial. Com o fim do conflito, a natureza das atividades do SESP e suas áreas de atuação expandiram-se através de convênios realizados entre a instituição e alguns governos estaduais. In: MENDONÇA, Lucia Glicério de. **Parteiras em Londrina** (1929-1978). Rio de Janeiro, 2004. 180 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde). Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.

⁵ Como exemplos desses trabalhos, destacamos os estudos de: GREGORY, Valdir. **Os eurobrasileiros e o espaço colonial**. Cascavel, PR: Edunioeste, 2002 e SCHNEIDER, Claércio Ivan. **Os senhores da terra: produção de consensos na fronteira (oeste do Paraná, 1946-1960)**. Curitiba, 2001. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes.

governamentalidade. A governamentalidade irá se desenvolver como uma razão de Estado e terá como princípio o fortalecimento do próprio Estado. Esta arte de governar implica um saber que não é meramente uma “prudência” ou uma “justiça”, mas sim uma ciência de governo, um conhecimento sobre as forças do Estado, sua capacidade e seus meios de desenvolvê-la.⁶

Nesta perspectiva, o discurso é compreendido como uma relação entre saber e poder que produz a ordenação dos objetos. A configuração de um objeto de discurso ocorre a partir das relações entre estes elementos e não pode ser concebida como exterior a essas relações. Ou seja, não existe fora delas, na medida em que o próprio discurso deve ser visto “enquanto prática”.⁷

O que buscamos evidenciar é que a produção de discursos em que o oeste paranaense é tido como alvo de intervenção médico-política determina sua posição enquanto elemento constituinte de um quadro onde se desenrolam disputas de interesses e de relações de forças. Desta forma, a emergência da noção de oeste paranaense como alvo de discursos e de políticas de intervenção não pode ser considerada apenas sob o ponto de vista econômico. Ressalta-se que essa noção resultou de disputas de interesse e de poder, e discursos e políticas de intervenção foram vinculados também aos limites e às impossibilidades que o problema do não-gerenciamiento político da região colocou à governabilidade naquele período.

Assim, a noção de discurso de que nos valem neste trabalho leva em consideração as limitações que o uso de conceitos forjados e/ou utilizados para pensar outras épocas e outros contextos impõe ao trabalho acadêmico. Discurso é aqui entendido como um conjunto de construções narrativas permeadas por relações de saber/poder que o qualificam como expressão de verdade, pois provém de bases científicas. Trata-se, portanto, de um discurso estabelecido através de mecanismos de permissão, de censura e/ou de coerção, e define o que pode e o que não pode ser dito,

⁶ Ver FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

⁷ FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2002. p. 45-55. “As relações discursivas estão de alguma maneira no limite do discurso: oferecem-lhe objetos de que ele pode falar, ou antes, pois essa imagem da oferta supõe que os objetos sejam formados de um lado e os discursos de outro, determinam o feixe de relações que o discurso deve efetuar para poder falar de tais ou quais objetos, para poder abordá-los, nomeá-los, analisá-los, classificá-los, explicá-los etc. Essas relações caracterizam não a língua que o discurso utiliza, não as circunstâncias em que ele se desenvolve, mas o próprio discurso enquanto prática”. Ibidem, p. 51-52.

de que forma, por quem e em que momento pode ser proferido. Nesse movimento, o discurso do poder e o discurso do conhecimento constituem um único discurso: o “discurso competente”, o qual se confunde com a linguagem permitida ou autorizada.

A linguagem sofre uma restrição que poderia ser assim resumida: não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância. O discurso competente confunde-se, pois, com a linguagem permitida e autorizada, isto é, com um discurso no qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo o direito de falar e ouvir, no qual os lugares e as circunstâncias já foram predeterminados para que seja permitido falar e ouvir e, enfim, no qual o conteúdo e a forma já foram autorizados segundo os cânones da esfera de sua própria competência.⁸

O discurso, como nos referimos, contribui na formação da realidade social, pois é aceito pela sociedade que acredita na existência de que há os que sabem e os que não sabem. Os que sabem, neste caso, são competentes para exercerem poderes, enquanto os demais devem se resignar a obedecer a suas determinações e a cumpri-las. Os que sabem – normalmente também são os que mandam – relacionam-se com os demais a partir de uma força que os faz crer em seu poder como se fosse um conjunto doutrinário de verdades atemporais, absolutas e inquestionáveis.

A ciência médica, enquanto princípio de um discurso competente, converte-se em instrumento de ação e de transformação da realidade. Baseia-se essa ciência médica em verdades que, mesmo relativas, têm a capacidade de serem convertidas em absolutas e, com isso, transformarem-se em uma forma coercitiva de dominação. Ao se revelar a princípio como um discurso proferido do alto, cujo poder adquire características legislativas, éticas e pedagógicas, pode essa ciência converter-se em discurso anônimo e impessoal, pressupondo apenas a racionalidade dos fatos.

Ocorre, portanto, que algumas noções (como progresso, civilização, modernidade), eficazes no discurso científico utilizado pelos administradores e médicos para se referirem aos sertões do Paraná, caracterizam-no como competente.

⁸ CHAUI, Marilena. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Moderna, 1981. Marilena Chauí acena para seu entendimento a partir da noção de organização. Esta noção é o que cimenta a crença na existência de estruturas que existem e funcionam em si, independentes da ação ou da vontade humana. A organização, dessa maneira, dá ao discurso um caráter racional, pois em seu interior a ação humana já se encontra pré-traçada. Na perspectiva adotada por Marilena Chauí, este discurso passou a ser denominado “discurso competente”, pois designa “aquele que pode ser proferido, ouvido e aceito como verdadeiro ou autorizado”. Ibidem, p. 7.

São noções que pressupõem, também, uma unicidade, ou seja, constituem discursos únicos para realidades muitas vezes diversas, como é o caso do interior paranaense naquele período. Cada região (norte, sudoeste, oeste), não obstante todas fossem consideradas sertões, tinham suas especificidades e suas características peculiares, muito embora os discursos formulados sobre elas procurassem dar a idéia de uma unidade e de uma uniformidade de situações e de características.

O entendimento da estrutura de funcionamento desse discurso passa pela análise das relações entre os seguintes condicionantes: as ciências (os conhecimentos) através das quais foram elaborados seus objetos, conceitos e teorias; o sistema de poder que organiza suas práticas; e as formas de subjetividade que se procurou conformar a partir desses saberes e dessas práticas. Estes três eixos nortearam, direta ou indiretamente, a produção dos capítulos dessa dissertação.

Com relação ao saberes, acreditamos que é preciso situar a medicina como uma instituição, ou seja, um saber que organiza um sistema de relações de poder que, por sua vez, define modos de subjetivação e regras para a sociedade. No interior desta instituição figura o profissional da saúde, que assume também o papel de burocrata, e, desta maneira, torna-se administrador também do corpo e do destino dos sujeitos.⁹

Acreditamos, portanto, que compreender as implicações das ações técnicas do fazer médico permite-nos entender os efeitos sociais da prática médica, bem como permite entender as transformações que se operam na sociedade a partir destas práticas que alcançam os níveis simbólico e coletivo.

Tendo em vista a crença, no âmbito da ciência, de que o modo de vida e o meio são fatores determinantes do estado de saúde da população, a medicina investiu em educação, conformação e controle, e para isso definiu suas estratégias de atuação visando dominar os mecanismos culturais e a coesão do tecido social em torno de seus objetivos.

Concordamos com autores que problematizam a prática médica e defendem que a intervenção técnica sobre os sujeitos revela uma estratégia de resultados algumas

⁹ Um deslocamento fundamental da disciplina médica foi apontado por Foucault para os séculos XVIII e XIX, quando emerge o novo perfil delineado para os médicos, os quais passaram a ser os maiores responsáveis pela saúde dos sujeitos a partir de seu cabedal de conhecimentos e técnicas. FOUCAULT, Michel. **O nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 2003.

vezes negativos, na medida em que se considera que as práticas médicas não são as únicas formas de intervenção ou de mediação entre o homem e a doença. Nessa perspectiva, lembramos que as práticas domésticas e religiosas de interpretação e de cuidado com as enfermidades também constituem, ainda hoje, formas muito utilizadas de se entender, cuidar e tratar as doenças.¹⁰

A partir dessa compreensão é preciso questionar os princípios do conhecimento (epistemologia) das ciências da saúde e problematizar as práticas que não rompem com algumas concepções médicas consideradas arbitrárias, pois que usadas como instrumentos de normatização e de homogeneização dos sujeitos. Em consequência disso, não ultrapassam o paradigma que considera inválidos outros processos, atores e práticas sociais em saúde. O questionamento deste paradigma suscita outros olhares e outra compreensão sobre a maneira como os discursos médico-políticos se constituíram como prática e, sobretudo, quais foram seus mecanismos e/ou seus procedimentos de produção de verdade. Contribui, assim, para esclarecer quais foram as consequências da utilização dos pressupostos médico-sanitários para a produção da realidade social. Contribui para esclarecer principalmente se levarmos em consideração que tais pressupostos assumiram a forma de ciência ou de modelo científico e, por esta razão, passaram a ser considerados como verdade. A produção de uma realidade social ocorre a partir das relações entre todos os produtos discursivos, enunciados científicos e morais, que se revelam como um domínio de saberes e um conjunto de práticas normativas de uma dada realidade histórica.¹¹

Nos anos 1950, dentre os temas abordados nos discursos médico-políticos sobre os sertões paranaenses destacam-se aspectos relativos a sua propalada situação de abandono e à exaltação da terra, da natureza e das possibilidades que se colocavam aos que desejavam ali prosperar. Outra questão a ser pontuada diz respeito ao conceito de sertão que designou muitas regiões brasileiras naquele período. No caso paranaense, pode ser verificada uma mudança gradativa nesta designação. Para reportar-se

¹⁰ QUINTANA, Alberto Manuel. **A ciência da benzedura**: mau-olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise. Bauru, SP: EDUSC, 1999. NAVA, Pedro. **Capítulos da História da Medicina no Brasil**. Cotia, SP: Ateliê Editorial; Londrina, PR: EDUEL; São Paulo: Oficina do Livro Rubens Borba de Moraes, 2003.

¹¹ LARROSA, Jorge. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, Tomaz Tadeu da. (Org.). **O sujeito da educação**: estudos foucaultianos. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

ao espaço antes denominado sertão, passou-se a utilizar conceitos outros, tais como oeste e fronteira, por exemplo.

O governo estadual produzia discursos e políticas que tinham em vista o povoamento e a integração de seu território. Assim, objetivamos, nesta dissertação, evidenciar os discursos e a atuação dos governantes do Paraná em torno do povoamento, bem como, o imbrincamento destes aos discursos médico-sanitários, a partir do entendimento de que esta prática visou investir sobre a população enquanto uma força produtiva que necessitava ser dirigida e orientada. Outro objetivo do trabalho é examinar em que medida os discursos produzidos pela iniciativa privada e pelos migrantes que se instalaram no oeste paranaense, área então considerada um sertão, partilhavam dos mesmos argumentos que compunham os discursos produzidos por governantes e sanitaristas paranaenses.

Enfrentamos aqui uma questão de fundamental importância: a presença de um saber que transforma a vida em elemento político por excelência; a vida passando a ser regida e regrada pelo Estado, que assume para si a tarefa de cuidar da saúde e da higiene das pessoas, num cuidado que dá origem a um novo corpo múltiplo, com inúmeras cabeças: a população, que passou a ser, não só disciplinada, mas controlada segundo padrões normalizadores, que excluem e incluem pessoas e/ou grupos, ajustando suas condutas a diferentes processos.¹²

A partir da consideração de que aquela região se encontrava abandonada e, em consequência disso, representava um atraso ao progresso do Estado do Paraná, médicos sanitaristas e governantes conceberam aquele espaço como uma área propícia à intervenção político-sanitária. Justificavam, assim, que a ocupação racional poderia propiciar um considerável aumento no potencial econômico no estado. Ocupar de maneira racional as regiões tidas como desabitadas era uma solução vital aos inúmeros problemas que preocupavam os governantes estaduais naquele momento. Racionalidade significava, entre outras coisas, colonização planejada e saneamento dos sertões. Nesse sentido, o sertão paranaense, sinônimo de atraso, a partir do início

¹² A esta transformação, marcada pela passagem do direito político do soberano para o Estado, Michel Foucault chamou de biopolítica. FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: cursos no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

desse processo de (re)ocupação, passou a ser encarado como lugar de mudanças e de transformações de uma natureza que, apesar de selvagem, era capaz de ser dominada.

Em vista dessas considerações, estruturamos assim a presente dissertação: no primeiro capítulo entendemos ser necessário refletir sobre a heterogeneidade do discurso sanitário e higiênico no Brasil, para posteriormente delimitarmos sua influência nos discursos e nas políticas adotados na década de 1950, por médicos sanitaristas e por governantes. Os discursos higienista e sanitarista, que foram muito recorrentes no pensamento social brasileiro nas primeiras décadas do século XX, foram delimitados, analisados e relacionados ao que diziam os políticos e os sanitaristas nos anos de 1950. Dessa forma, buscamos situá-los não apenas como produtos de uma certa época, mas como instrumentos de um jogo de saberes e de poderes suscitados por fatores políticos e econômicos. Privilegiou-se aqui, também, a ação dos sanitaristas e dos intelectuais que figuraram como importantes agentes no processo de construção ideológica das políticas e dos discursos em saúde pública.

Entendemos que, a partir da historização destas concepções, é possível detectar continuidades e/ou rupturas na utilização dos conceitos peculiares ao discurso sanitário, como sertão, progresso, saúde, higiene e outros, bem como sua significação no período 1950.

O primeiro capítulo, dessa maneira, teve como eixo a discussão das matrizes que acreditamos serem basilares na orientação das propostas e dos projetos de colonização no Paraná em 1950, que fizeram a região oeste surgir como questão política e social. Considera-se, ainda, que tais postulados científicos, utilizados para justificar políticas de criação de colônias agrícolas em áreas consideradas “vazios” demográficos, em alguns aspectos, mostraram-se excludentes e autoritários. Para conduzir tais discussões, utilizamos alguns estudos que tomaram como objeto o campo médico-sanitário e que, a partir de tal perspectiva, buscaram moldar a sociedade. Roberto Machado, Mariza Romero, Marília Mezzomo Rodrigues, Nancy Stepan, Nísia Trindade Lima, Luiz Antonio de Castro Santos e André Mota são alguns autores que, através de seus estudos, contemplam a análise dos discursos médico-sanitários em que preponderam o aspecto biológico do homem e sua ligação com o meio. Além disso,

procuram entender a relação que o Estado e a política estabeleceram com eles. Importante ressaltar que cada um enfoca um ângulo e/ou período diferenciado.¹³

No segundo capítulo, buscamos mostrar como os discursos e as políticas aplicadas pelo governo no interior do estado, no momento de sua (re)ocupação desse território, estiveram pautados nos pressupostos sanitário e higienista. Entendemos ser preciso compreender de que forma o governo estava discursando e interferindo sobre os espaços considerados “vazios”.

As políticas de saúde pública e de colonização, na década de 1950, significaram, no entendimento dos governantes, a elevação da capacidade do governo de intervir e de integrar todas as regiões do estado. Na medida em que a região oeste, devido a sua localização, encontra-se muito próxima às fronteiras argentina e paraguaia, sua população e a economia, nas primeiras décadas do século, estavam ligadas à cultura e à economia desses povos. Essa situação tornou-se uma fonte de problemas e de preocupações para os governos federal e estadual. A região oeste paranaense figurou como eixo principal nos discursos e nas políticas, justificando a criação de estratégias de atuação sobre ela. A educação sanitária, dessa maneira, constituiu-se como prática central das ações em saúde, pois preconizava mudanças de hábitos e de atitudes que, ao serem assumidas, gradualmente transformariam a forma de ser, de viver e de pensar da população.

Destacamos, também, a organização da Secretaria Estadual de Saúde Pública, que passou a englobar vários serviços e funções e a administrar as atividades sanitárias no estado. Procuramos, nesse segundo capítulo, evidenciar a forma e a medida como os ideais doutrinários, apresentados no capítulo anterior, marcaram discursos e políticas propostos como solução aos graves problemas identificados no sertão

¹³ CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de; FARIA, Lina Rodrigues de. **A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República**. Bragança Paulista, SP: Editora Universitária: São Francisco, 2003. LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: O Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, Centro Cultural Banco do Brasil, 1996. MOTA, André. **Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. RODRIGUES, Marília Mezzomo. **A prevenção da decadência: discurso médico e medicalização da sociedade**. Curitiba – 1931 a 1942. Curitiba, PR: Aos Quatro Ventos, 1997. p. 12. ROMERO, Mariza. **Medicalização e exclusão social: São Paulo, 1889-1930**. Bauru, SP: EDUSC, 2002. STEPAN, Nancy Leys. Eugenia no Brasil, 1917-1940. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2004.

paranaense. O problema da saúde pública e da colonização era vasto e complexo, e compreendia, além da educação higiênica e a construção de um aparato político institucional em saúde, o povoamento racional da região, visando o melhor aproveitamento das terras. As fontes utilizadas para elaborar este capítulo foram: mensagens enviadas pelos governadores do estado à Assembléia Legislativa, artigos publicados na Revista do Departamento de Saúde do Paraná e discursos pronunciados pelo ministro da Saúde Aramis Athayde na década de 1950.

As discussões apresentadas no terceiro capítulo dizem respeito ao povoamento da região. Historicizar a região oeste do Paraná, nos anos 1950, significa compreendê-la como resultado de investimentos discursivos que suscitaram novas formas de interpretar os textos, as realizações, os planos, os projetos e as obras dos sanitaristas e dos governantes que se ocuparam daquele espaço, percebendo como se entrelaçaram a outras realidades e aos discursos sociais.

Um ponto central desse capítulo é a atuação da companhia colonizadora que empreendeu a (re)ocupação da região. Pretendemos ainda, nesse capítulo, compreender a função que os discursos político-sanitários cumpriram naquele momento, atendo-nos às relações estabelecidas entre duas principais esferas que disputavam a supremacia do poder naquela região: o governo estadual e a administração da empresa responsável pela colonização.

Diante disso, outra sessão do terceiro capítulo foi dedicada a analisar o ponto de vista dos migrantes que se fixaram na região. A partir da memória desses migrantes, buscamos apreender qual realidade o discurso médico-político sobre a ocupação e o saneamento da região oeste do Paraná compôs, na medida em que aquele espaço estava inserido em vários discursos e interesses que, muitas vezes, não se conciliavam ou se conformavam uns aos outros. Vamos discutir os discursos, sem a preocupação de confrontá-los com a realidade, na medida em que o propósito é alcançar uma imagem que foi construída para a região oeste.

Através de relatos dos migrantes buscou-se perceber como eles vivenciaram as experiências da doença e da morte, e a importância que atribuíam aos saberes sobre saúde. Dessa forma, consideramos que tais relatos se constituem em mais um ponto de

vista e que traçam, de maneira geral, a multiplicidade de olhares sobre a questão da saúde, do saneamento e da colonização.

Para compor o quadro de relações que indicamos acima, utilizamos as seguintes fontes: o relatório técnico elaborado pelo antropólogo Kalervo Oberg e pelo estatístico Thomas Jabine, publicado como livro em 1960 e intitulado, Toledo: um município da fronteira oeste do Paraná; o livro de memórias organizado por Iraci da Silva Menezes Yoshida, produzido pela Secretaria Municipal de Educação, como parte da comemoração dos 35 anos de fundação da cidade de Toledo, intitulado: Com licença - somos distritos de Toledo; o plano de ação da Companhia Madeireira e Colonizadora Rio Paraná S/A (Maripá) e Mensagens enviadas pelos governadores do estado a Assembléia Legislativa. Para a historiografia paranaense e o contexto do oeste do Paraná, alguns autores contribuíram para enriquecer as análises aqui propostas: dentre os principais, citamos Marionilde Brepohl de Magalhães, Valdir Gregory, Erneldo SchalleMBERGER, Claércio Ivan Schneider, Antônio Marcos Myskiw e Róbi Jair Schmidt.¹⁴

¹⁴ GREGORY, Valdir. **Os eurobrasileiros e o espaço colonial**. Cascavel, PR: Edunioeste, 2002. MAGALHÃES, Marion Brepohl de. **Paraná: política e governo**. Curitiba: SEED, 2001. MYSKIW, Antonio Marcos. **Colonos, posseiros e grileiros: conflitos de terras no Oeste paranaense**. (1961/66). Niterói, Rio de Janeiro, 2002. 194 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia / Unioeste. SCHALLEMBERGER, Erneldo. **Migrações e comunidades cristãs: o modo de ser evangélico-luterano no oeste do Paraná**. Toledo, PR: Edt, 1994. SCHIMIDT, Róbi Jair. Aspectos da constituição de um mito político: Willy Barth e o oeste do Paraná. **Tempos históricos**, Cascavel, PR, v. 4, p. 33-60, 2002. SCHNEIDER, Claércio Ivan. **Os senhores da terra: produção de consensos na fronteira (oeste do Paraná, 1946-1960)**. Curitiba, 2001. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes.

CAPÍTULO 1

SANITARISMO E PENSAMENTO SOCIAL EM SAÚDE NO BRASIL

O século XIX delimitou transformações importantes na relação entre homem e natureza, transformações as quais passaram a reger a dinâmica social até nossos dias. A ciência se configurou, naquele momento, como um conhecimento objetivo pautado na observação e na experimentação. A idéia de progresso foi afirmada como parte de um discurso que pretendia evidenciá-lo como desenvolvimento material. Nesse sentido, esta idéia caracterizava a melhoria constante das condições de vida da sociedade industrial. Ao mesmo tempo, foi uma importante metáfora política, na qual diversos grupos se apoiaram no intuito de legitimar ações e discursos. Entretanto, não obstante a relevância da idéia de progresso, esta não se constituía como única ou primordial. Outra idéia recorrente, com a qual se associava a ciência, era a de civilização, considerada o valor máximo a ser estimulado, pois significava respeito à lei e à ordem estabelecidas, assim como desenvolvimento intelectual, social, estético, moral e material. Estas idéias apoiaram intervenções sobre diferentes aspectos e esferas da sociedade, inclusive para a conquista e para a ocupação de terras.

No Brasil, a relação entre natureza e território ganhou especial atenção no processo de formação do Estado nacional devido à necessidade de se construir a história e a memória para a nova nação. Nesse processo, contou com a contribuição de intelectuais diversos, como literatos, viajantes e autoridades.¹⁵ Esses intelectuais, em meados do século XIX, encontravam-se muito envolvidos nos debates acerca da formação da identidade e da modernização do país. Para efetuar suas propostas, de acordo com eles, seria necessário viabilizar estas transformações, inclusive sobre a natureza, e superar os obstáculos impostos ao desenvolvimento.

Considerado o século que melhor traduz a utopia cientificista, o oitocentos evidencia a constituição da ordem burguesa e de seu papel fundamental no projeto de

¹⁵ ARRUDA, Gilmar. Representações da natureza: história, identidade e memória. In: ROLIM, Rivail Carvalho; PELLEGRINI, Sandra Araújo e DIAS, Reginaldo (Orgs.). ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA. HISTÓRIA, ESPAÇO E MEIO AMBIENTE, 6.: 2000: Maringá. **Anais...** Maringá, PR: ANPUH-PR, 2000. p. 47. p. 47.

transformação da sociedade e define as dimensões políticas da aplicação, nos debates sociais, de alguns pressupostos das ciências naturais. Nesse aspecto, os médicos tomaram posição relevante nestes debates, que mobilizaram toda a intelectualidade brasileira e que também apontaram soluções para o enfrentamento dos problemas que se impunham a este projeto.¹⁶

Assim, é necessário apontar que, no início do século XX, os profissionais de diversas áreas da ciência revelaram, ao cruzar o país em busca da autêntica nacionalidade e da cultura original brasileira, um Brasil desconhecido. Estes profissionais, dentre os quais se destacavam os médicos sanitaristas, confrontaram-se com a imagem de um país dizimado pelas doenças e transformado, nas palavras de Miguel Pereira, em um “imenso Hospital”.¹⁷ Determinaram-se, então, a empreender uma luta nacional que tinha por intento preparar o indivíduo para a sociedade. Para tanto, acreditavam ser preciso minimizar os efeitos do ambiente insalubre, fruto do não-gerenciamento público, e combater a debilidade física da população, aproximando-a aos padrões mínimos de saúde. “Ampliaram então a definição de saúde e estenderam sua prática a todos os âmbitos da vida cotidiana. Consideraram-se, assim, não só médicos, mas cientistas sociais”.¹⁸

O sanitarismo, nesse contexto, configurou-se como solução para tais problemas. Através dele, os médicos esforçavam-se para exterminar as doenças, tidas como responsáveis pelo atraso e pela degeneração racial da população brasileira. Pretenderam, a partir do sanitarismo, criar condições objetivas de erradicação das doenças através de pesquisas, de produção de vacinas e de campanhas educativas, cuja finalidade estava em mudar comportamentos e em incentivar uma visão de mundo que se adequasse aos rumos que o país deveria tomar.¹⁹

O grande projeto de edificação da nação brasileira esteve na ordem do dia nas primeiras décadas republicanas. A mística do progresso pelo saneamento transformou-se em convicção dos cientistas da saúde, que insistiam na tese de que o saneamento era

¹⁶ ROMERO, op. cit., p. 21.

¹⁷ BOMENY, Helena. Novos talentos, vícios antigos: os renovadores e a política educacional. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p. 24-39, 1993. Disponível em: <<http://cpdoc.fgv.br/revista/arq/112.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2007.

¹⁸ ROMERO, op. cit., p. 19.

¹⁹ Idem, ibidem.

a “base incontestável” para se atingir a riqueza e o progresso. As medidas higienizadoras fizeram parte do projeto racional-cientificista que marcou a administração pública naquele momento e promoveu a legitimidade da intervenção do poder público frente à sociedade. Esta postura administrativa teve como consequência o afastamento da reciprocidade e da co-responsabilidade entre Estado e sociedade civil.²⁰ Nessa redefinição do papel político do Estado nacional brasileiro, os intelectuais do período foram os maiores propositores de intervenções sobre a realidade nacional, mobilizando cientistas, como os sanitaristas, em direção ao Brasil profundo, na busca de sua integração como condição para a entrada do país nos rumos do progresso.²¹ Assim,

Ciência, fé, política e nacionalismo marcavam esse olhar sobre o Brasil e os brasileiros, inserindo-os em um amplo projeto, colocado em uma temporalidade projetiva, ancorada nessa prometeica promessa de salvação da nação pela luz da ciência. Nesse momento, completa-se o ciclo iniciado por Nina Rodrigues, ou seja, completa-se a afirmação do discurso médico como grande propositor das políticas públicas, colocando como a “missão” do médico-cientista ser o guia para o Brasil.²²

Surgia, então, um conjunto de intelectuais que abdicaram das explicações determinista-raciais sobre o país. Para estes pensadores, os problemas brasileiros ocorriam pela ausência de intervenção do poder estatal na solução dos problemas sociais. Tratava-se de prestar atenção à população brasileira. Com esta tese, os sanitaristas colocaram-se em oposição à literatura estrangeira que exaltava o determinismo racial, combatendo essa literatura e criticando-a e apontaram soluções a serem adotadas pelo poder público na melhoria das condições de vida do povo, aconselhando a melhor maneira para explorar o potencial econômico brasileiro.²³

Embora portando diferenças e ambigüidades, os discursos médicos, intelectuais e políticos comportavam interpretações ufanistas sobre o homem brasileiro e

²⁰ BOMENY, op. cit., p. 24 e 26.

²¹ SILVEIRA, Éder. Sanear para integrar: a cruzada higienista de Monteiro Lobato. **Estudos Ibero-Americanos**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 185, jun. 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/iberoamericana/article/view/1332>>. Acesso em: 18 ago. 2006.

²² Idem.

²³ GÓIS JUNIOR, Edivaldo. **Os higienistas e a educação física: a história de seus ideais**. Rio de Janeiro, 2000. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Gama Filho - Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Disponível em: <http://www.fitmail.com.br/downloads/mat_cientificos/oshigienistas.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2006.

relacionavam-no a uma determinada visão de natureza, corrente naquele período. Sob tal perspectiva, a natureza continha as características nacionais mais acentuadas, por isso era vista a partir de um viés positivo, mas este ponto de vista vai sendo modificado e a natureza transforma-se em algo a ser dominado e vencido.

A visão romântica da natureza vai, pouco a pouco, cedendo espaço, devido, principalmente, às conquistas do mundo moderno, que, naquele momento, postulava por mudanças que, de certa maneira, deveriam refletir o novo semblante da sociedade e do homem. A natureza adquiriu outro significado ao ser subjugada pelo homem, e passou a ser vista a partir da dimensão material subjacente à ética burguesa, não mais em sua dimensão estética ressaltada pelos românticos. Assim, naquele período, “num movimento crescente a natureza tropical que fundamentou uma dada brasilidade passa a ser vista como um espaço de intervenção social para a implantação de uma nova sociabilidade”.²⁴

O desconhecimento de grande parte do território brasileiro foi apontado como um dos maiores entraves aos ideais modernizantes. Em um país cujos domínios se estendiam para muito além das cidades existentes, os espaços naturais, não-ocupados por atividades socioeconômicas, se caracterizavam por representarem uma incógnita para grande parte da população urbana.

O processo de urbanização e industrialização, pelo qual passavam, principalmente, as cidades de São Paulo e Rio de Janeiro daria o grande impulso para a constituição do outro termo de uma polaridade: as cidades. A partir deste período, e cada vez mais, a nova realidade que se impôs na organização espacial brasileira foi o grande crescimento do número de cidades. Mas apesar deste processo ser bastante visível, o outro termo, o sertão, representava a esmagadora maioria do território do país. E era considerado como praticamente desconhecido. É como desconhecido que invade a realidade dos moradores da cidade, provocando estranhamento e perplexidade que resultam nas tentativas de explicação e reconhecimento.²⁵

O termo sertão, neste panorama, não deve comportar ou significar somente um espaço geograficamente determinado, apesar da profunda ligação com o meio. Ele não possui uma demarcação espacial única, mas designa locais bastante diversos, sertão

²⁴ PAZ, Francisco Morais. **Na poética da história a realização da utopia nacional**. Curitiba, PR: Ed. da UFPR, 1996. p.333.

²⁵ ARRUDA, Gilmar. **Cidades e sertões: entre a história e a memória**. Bauru, SP: EDUSC, 2000. p. 166.

paulista, sertão paranaense, sertão baiano, entre outros, e seu significado comporta a noção de um local abandonado, o que justificaria a intervenção sobre ele.

A palavra sertões também designa espaços entendidos como “terrenos desconhecidos”, “oeste”, “terrenos habitados por índios”, e se refere não a um corte geográfico específico, não pretendendo enunciar um lugar, mas, sim, suas características.²⁶ Nas mais diversas épocas, essa palavra foi utilizada para qualificar comunidades localizadas em regiões do interior e habitadas por mestiços, cuja sociabilidade estava imbuída por preceitos de culturas tidas como não civilizadas, a exemplo das sociedades indígenas. Para além disso, sertão também é visto como um “espaço polissêmico em que as noções de fronteira, esconderijo e deserto se confundem”. É, assim, um espaço fluido, uma categoria relativa, e sua localização pode variar tanto de acordo com as concepções espaciais de um grupo social, quanto historicamente, em função das transformações impostas à paisagem.²⁷

O propósito de modificação das paisagens para se alcançar o desenvolvimento adentrou o século XX, quando o nacionalismo e as novas visões acerca do Brasil se encontravam em evidência e se apresentava um desejo maior de atualizar o Brasil no ritmo das nações européias e da norte-americana.

O início do século XX foi marcado ainda pela ênfase no problema da integridade nacional. Nessa época aumentaram os debates e as polêmicas que tinham como tema central a necessidade de ocupação dos sertões e os tipos ideais de habitantes que se desejava para o Brasil.

A ênfase nas idéias e nos arranjos científicos e sociais com os quais dialogavam os intelectuais brasileiros pode ajudar a entender de que maneira os discursos médico-sanitários sustentaram e desempenharam um papel decisivo no processo de (re)ocupação da região oeste do Paraná nos anos de 1950. As práticas de saúde pública e os projetos de medicina social coletiva que emergiram nesse período não podem ser desarticuladas de inúmeros fatores, como sua vinculação ao controle social na

²⁶ Gilmar Arruda define sertões como: “representações sobre o espaço, enunciadas de fora, nomeação do outro, como forma de atribuir uma identidade e fixar uma memória”. In: ARRUDA, **Cidades e sertões**, op. cit., p. 24.

²⁷ LIMA, Pablo Luiz de Oliveira. **A máquina, tração do progresso – memórias da ferrovia no oeste de Minas: entre o sertão e a civilização (1880 – 1930)**. Belo Horizonte, 2003. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de História. p. 22.

perspectiva da higiene e do sanitarismo e com as relações entre Estado e saúde, que foram gestadas nas primeiras décadas do século XX.

Em vista dessas considerações, as discussões empreendidas neste capítulo historicizam, a partir desta nova ordem, a emergência do discurso sanitarista e alguns de seus desdobramentos. Particularmente ao objeto de interesse dessa dissertação, também busca situar em seu interior outros elementos e argumentos igualmente basilares para a compreensão de discursos e de políticas públicas voltadas à ocupação dos chamados sertões paranaenses a partir da metade do século XX.

1.1 “A PEDAGOGIA DO BOM CIDADÃO”: HISTORICIZANDO O DISCURSO SANITARISTA

O processo de criação das políticas públicas voltadas para a ocupação de territórios no Paraná, em meados do século XX, se enquadra em um contexto político e em um imaginário social anterior, qual seja o das primeiras décadas da República, fortemente permeado pelo positivismo, pelo cientificismo e pela medicina higienista.

O projeto progressista e/ou civilizatório que marcou o pensamento social naquele período incluía, em seu rol de prioridades, a construção da nação e a moldagem da população. Estas eram as duas vias consideradas centrais para corrigir as deficiências brasileiras. Os debates em torno destas questões permitiram o trânsito de intelectuais de diversas formações, como sociólogos, escritores, jornalistas, políticos e médicos. Aliás, “em países como o Brasil, onde o Estado nasceu antes de um sentimento de nacionalidade, os intelectuais, escritores e artistas, foram essenciais na produção de um imaginário nacional”.²⁸ Ou seja, esses intelectuais se propuseram a formular e a responder questionamentos que povoaram sua imaginação e realidade: – Como assegurar a vitória da civilização e da modernidade no Brasil, apesar de um intensa população não-branca? – Como garantir a unidade nacional frente à tão ampla diversidade, como as diferenças étnicas e climáticas, as distâncias e as desigualdades

²⁸ SCHNEIDER, Alberto Luiz. **Silvio Romero, hermenêuta do Brasil**. São Paulo, SP: Annablume. 2005. p. 15.

geográficas e regionais? – Como construir uma sociedade segundo os paradigmas ocidentais de sociabilidade?²⁹

Estas reflexões eram recorrentes naquele contexto, e serviram de base ideológica a toda uma gama de produção científica e, conseqüentemente, de aplicação prática na vida cotidiana da nação até os anos 1950. Elas estiveram imbuídas de temáticas como a imigração, a migração, a educação, o progresso, a miséria e as condições sanitárias de grande parte da população brasileira.

Desde a metade do século XIX, o *cientista* passou a ter mais destaque e mais independência, ao mesmo tempo em que foram estabelecidas as especializações e os limites entre as áreas do conhecimento. Antes disso, os intelectuais brasileiros estavam vinculados de maneira mais ou menos direta às elites econômicas e financeiras do Brasil, e até meados do século XIX formavam um perfil homogêneo com relação a sua formação ou carreira. Com a diversificação das instituições científicas no país também se processou a diversificação das áreas de atuação destes intelectuais.³⁰

As discussões sobre a necessidade de construir um Brasil moderno apontam que a modernização brasileira não foi fruto da proclamação da República, mas do surgimento de uma elite de especialistas-cientistas, intelectuais e políticos preocupados em romper com os tradicionais valores patriarcais: “Esta elite preparou o solo sobre o qual se assentou o paradigma moderno, consolidado ao longo das décadas de 20 e 30”.³¹

Os intelectuais, entre eles os médicos, faziam parte de uma geração que havia tomado para si a missão de atualizar a sociedade brasileira em relação ao que ocorria no mundo ocidental. Desta forma, pretenderam formar a nação e a modernidade sob a perspectiva do cientificismo, a partir do qual se queria explicar o Brasil, pois “A ciência, era apontada como um instrumento capaz de orientar as reformas que levariam o Brasil aos caminhos da civilização moderna e do progresso”.³²

²⁹ Idem, *ibidem*.

³⁰ SCHWARCZ, Lília Moritz. **O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questões raciais no Brasil 1870-1930**. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 1993. p. 28.

³¹ HERSCHEMANN, M. Micael; MESSEDER PEREIRA, Carlos Alberto. O Imaginário Moderno no Brasil. In: _____. (Orgs.). **A invenção do Brasil moderno**. Medicina, Educação e Engenharia nos anos 20 e 30. Rio de Janeiro, RJ: Rocco, 1994. p. 29.

³² SCHNEIDER, op. cit., p. 26.

Houve, então, uma ampla discussão sobre o emprego de projetos baseados nas teorias científicas e o anseio de aplicá-las ao contexto nacional. É interessante observar, no entanto, que a introdução, no Brasil, deste ideário, que se conjugou a outras teorias importadas, a exemplo do darwinismo social e da eugenia, respondeu a uma lógica própria, muitas vezes se afastando das concepções originais.

O conhecimento científico das condições da saúde coletiva foi elaborado a partir da higiene, um saber que sofreu influências dos processos de industrialização e de urbanização pelo qual passavam as sociedades européias. “Londres, Paris, Berlim e, no continente americano, Nova Iorque, atingiram a marca de um milhão de habitantes naquele século, caracterizando o fenômeno da formação das sociedades de massas e de intenso processo de publicação de relatórios médicos e propostas de reformas sanitárias e urbanas”.³³ A doutrina higienista que passa a prevalecer estava fundamentada no neo-hipocratismo, que se caracterizava como uma concepção médica ambientalista, na qual estavam relacionadas doença, natureza e sociedade. A indeterminação da doença, nesta perspectiva, levava à fluidez nos diagnósticos e, conseqüentemente, à ambigüidade nos tratamentos das doenças. “O ar, a água, as habitações, a sujeira, a pobreza, tudo poderia causá-la. Essa característica também permitia que os higienistas atuassem como tradutores dos mais diversos interesses.”³⁴

As bases do pensamento social em saúde podem ser encontradas nos movimentos de reforma sanitária e na reforma médica ocorridos na Europa no século XIX. Estes movimentos fizeram aflorar a consciência sobre o papel dos fatores sociais na compreensão dos problemas relativos à saúde, problemas que foram relacionados às questões econômicas, políticas e ideológicas.³⁵

Antes do século XIX não se encontra, seja nas instituições propriamente médicas, seja no aparelho de Estado, a relação explícita entre saúde e sociedade que hoje chega a aparecer como óbvia e atemporal. Até esta época a totalidade da administração não organiza a sociedade levando em consideração o planejamento de um combate às causas das doenças, procurando instaurar ou conservar um regime de saúde. A produção da saúde não faz parte de sua configuração histórica. Seu objetivo é, neste campo,

³³ LIMA, Nísia Trindade. A agenda de saúde pública no Brasil e o papel das Conferências Sanitárias Pan-Americanas (1902-1947). In: FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 30.

³⁴ Idem, ibidem.

³⁵ COLLET, Neusa; ROZENDO, Célia Alves. Questões metodológicas: a pesquisa no campo da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, 2001.

fundamentalmente evitar a morte.³⁶

O aparecimento da medicina moderna, no século XIX, operou uma ruptura com a medicina clássica que a antecedeu, caracterizada por uma atitude predominantemente teórica, sistemática e filosófica. A partir dessa renovação teórica, a medicina passou a ser baseada no empirismo e entendida como um conhecimento científico.³⁷ Esta medicina moderna é caracterizada por Michel Foucault como medicina social, dentro de um contexto no qual o capitalismo contribuiu para o novo entendimento que a medicina passou a ter no século XIX, ou seja, uma estratégia bio-política agindo sobre o corpo enquanto força de produção.³⁸ Esse entendimento vigorou a partir da segunda metade do século XIX – antes a medicina passaria por duas fases: a medicina de Estado e a medicina urbana.³⁹

A medicina social possibilitou ligar a assistência médica ao pobre, ao controle geral da força de trabalho e ao esquadramento geral da saúde pública. Nela estão superpostos três sistemas médicos: a medicina assistencial destinada aos pobres, a medicina administrativa e a medicina privada, esta destinada aos que detinham condições de pagar por ela. Os sistemas médicos dos países mais industrializados buscam, mesmo articuladas de diferentes maneiras, fazer funcionar estes três setores da medicina.⁴⁰

Ainda seguindo com Foucault, é necessário destacar que a noção de salubridade passou a ter, a partir da medicina urbana francesa, uma importância considerável para a medicina social, e passou a ser entendida como:

O estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos, que permitem a melhor saúde possível. Salubridade é base material e moral capaz de assegurar a melhor saúde dos indivíduos. E é correlativamente a ela que surge a noção de higiene pública, técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer, ou ao

³⁶ MACHADO, Roberto; LOUREIRO, A. et alii. **(Da) nação da norma**. Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: Graal: 1978. p. 154.

³⁷ FOUCAULT, 2003, op. cit.

³⁸ FOUCAULT, 1979, op. cit., p. 80.

³⁹ A medicina do Estado se desenvolveu na Alemanha no começo do século XVIII, centrada na melhoria do nível de saúde da população. A medicina urbana, por outro lado, surgiu na França, no final do século XVIII, sem ter por suporte de estrutura o Estado, mas um outro fenômeno: a urbanização. A terceira direção da medicina social foi a medicina dos pobres, surgida na Inglaterra do século XIX. Com o aumento da industrialização, houve o aumento do proletariado e os pobres passaram a ser encarados como problemas sociais. In: FOUCAULT, 1979, op. cit., p. 80-85.

⁴⁰ FOUCAULT, 1979, op. cit., p. 97.

contrário, prejudicar a saúde. Salubridade e insalubridade são o estado das coisas e do meio enquanto afetam a saúde; a higiene pública – no século XIX, a noção essencial da medicina social francesa – é controle político científico deste meio.⁴¹

A profissão médica, quando conseguiu estabelecer suas normas de conduta definidas cientificamente, passou a obter um sensível reconhecimento, fazendo com que a profissão médica passasse a ter grande influência social e política, e os profissionais da medicina passaram a ser vistos como homens de *sciencia*. Os médicos se consideravam como os que saberiam e poderiam modificar a sociedade. Na saúde pública do Brasil, os pressupostos da medicina social européia refletiram-se na organização das práticas sociais e coletivas de saúde, e se expressaram na higiene social e na salubridade através de políticas voltadas para o controle dos espaços urbanos e rurais, dos pobres, dos trabalhadores e na normalização da prática e do saber médico. Os médicos iniciaram sua participação na vida política do país, não apenas assumindo cargos técnicos nos estados brasileiros, mas também como representantes políticos nos governos estaduais.⁴²

O reconhecimento da profissão médica como uma técnica distinta das demais, com normas de conduta internamente estabelecidas, ajudou a moldar uma moral resultante de sua prática, fazendo com que o *status* adquirido pelos médicos higienistas e sanitaristas ganhasse força: “Devido ao poder atribuído aos médicos e a suas instâncias normativas, as políticas públicas de saúde seriam inseridas no planejamento de cidades e de zonas rurais como forma de combate sistêmico de doenças, domínio e saúde do corpo social”.⁴³

Assiste-se, portanto, à emergência de uma “nova racionalidade” médica, que assume um compromisso com a prevenção das doenças, com as condições de vida do povo, enfim, com a sociedade.

O médico não é apenas alguém que possui uma técnica, conhece os grandes tratados teóricos, observa e, portanto, detém um saber. É também uma autoridade, alguém que intervém: decide, executa, fiscaliza e pune. Intervir na sociedade é policiar tudo aquilo que pode ser causador de doença; [...] é

⁴¹ Idem, p. 97.

⁴² OLIVEIRA, Marilice Trentini de. **Prescrições médicas sobre higiene e sexualidade e suas relações com a educação: 1920-1930**. Curitiba, 2004. 123 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Paraná, Departamento de Educação. p. 16.

⁴³ MOTA, op. cit., p. 21.

transformar a desordem em ordem, através de um trabalho contínuo e planejado de vigilância e controle da vida social.⁴⁴

A relação entre medicina e prática de governo remete-se a buscar a boa saúde do corpo social. As intervenções sobre a ordem da higiene e das doenças marcam o funcionamento das políticas de saúde. A adoção da higiene como regime de saúde das populações implica que a medicina comece a lançar mão de medidas autoritárias de controle.⁴⁵

A situação da medicina como apoio científico indispensável ao exercício do poder do Estado buscava resolver os problemas de saúde e de manutenção da ordem social. Diante disso, a tarefa da medicina, “como poder a serviço do progresso, consistiu em orientar racionalmente a ação transformadora da sociedade, para conduzi-la à civilização”.⁴⁶ O ideal cientificista da medicina pôde se fazer sentir a partir de programas de higienização e de saneamento das cidades. A idéia de reforma sanitária, nesse período, esteve estreitamente relacionada ao processo de construção da nação.

Importante é considerar que, com a descoberta dos microorganismos pelos cientistas, iniciou-se um novo tipo de sanitarismo, que assentava suas bases em princípios tais como o da interação indivíduo/agente, incorporando o ambiente a estes dois elementos. Após o aparecimento da bacteriologia, os pressupostos científicos da medicina higienista foram considerados incertos, no entanto o ideário que ressaltava as formas de controle sobre a conduta social e as condições de trabalho, de habitação e de alimentação das populações não foram abandonadas. Associadas a pressupostos liberais e de defesa de reforma social ou identificados a posições de caráter autoritário, esses pressupostos inspiraram importantes projetos e propostas de reforma sanitária.

Desta forma, enfatizamos que, apesar de a teoria microbiana de Pasteur relegar o papel do meio físico no determinismo das doenças a um plano secundário, ainda

⁴⁴ MACHADO, op. cit., p. 258.

⁴⁵ Em muitas situações, a autoridade sanitária se exercia de forma impositiva; por exemplo, no caso da lepra, poderia ser utilizada a força policial para obrigar pessoas suspeitas a realizar o exame diagnóstico ou para o isolamento compulsório dos doentes. Também era proibida a viagem de portadores da doença sem autorização prévia da autoridade sanitária do local de destino. In: RISI JUNIOR, João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos (Coord.). As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 121.

⁴⁶ MACHADO, op. cit., p. 155 e 276.

persistiram estudos que se fundamentavam na influência do clima e do meio local no determinismo das enfermidades.

As preocupações com o saneamento básico, drenagem e tratamento das águas, circulação do ar e exposição ao sol pelas suas propriedades bactericidas, definiram o modelo epidemiológico da saúde pública.

A medicina procurou englobar em seu campo de ação vários aspectos da vida cotidiana das pessoas. Com o argumento da necessidade de estendê-la para a população, os higienistas e sanitaristas, tiveram seu campo de atuação ampliado e elegeram como alvo de intervenção, a escola, a família e a política.

Estes profissionais foram reconhecidos como aqueles que detinham um saber orientador para a sociedade. Tais conhecimentos possibilitariam que a população passasse a cultivar uma vida saudável; protegendo e melhorando sua saúde, disciplinando seus hábitos, os médicos acreditavam estar contribuindo para o engrandecimento da pátria. Este projeto de atuação médico-política indica o processo entendido como medicalização da sociedade.

Dentre os novos aspectos que ganharam espaço nas atribuições médicas, destacamos o projeto de reconstrução da nação. A afirmação nacional teve nos médicos um de seus principais porta-vozes, que viam as intervenções sobre os homens e seus espaços de vivência como elementos centrais nas propostas de construção do país.

Os caminhos trilhados pelos sanitaristas nesse período, a partir da abordagem da doença como principal problema nacional, interagiram decisivamente com questões cruciais da ordem política brasileira: as relações entre o público e o privado e entre poder local e poder central. Temas que, ademais, desnecessário lembrar, permanecem de evidente atualidade.⁴⁷

A saúde foi, assim, amalgamada aos dilemas dirigidos à formação do povo brasileiro. Os debates que se fizeram em torno desta questão estiveram influenciados pelo pensamento científico e social segundo o qual era preciso ultrapassar os obstáculos impostos ao progresso e ao engrandecimento do Brasil, obstáculos entre os quais se contava a formação racial de seu povo.

O debate sobre a identidade nacional no Brasil tem origens muito anteriores,

⁴⁷ LIMA, 2002, op. cit., p. 43.

mas alcançou considerável expressão durante a Primeira República, uma vez que muitos intelectuais associaram, a essa forma de governo, o ideário do progresso e a afirmação do processo civilizatório em um país que parecia estar condenado por seu passado colonial e escravista, e pela propalada inferioridade racial de sua população. Os intelectuais que participaram da campanha do saneamento partiam de uma crítica à idéia da inviabilidade do país como nação, contestando qualquer tipo de fatalismo baseado na raça ou no clima, ao mesmo tempo em que se opunham às versões ufanista e romântica que consideravam idealizar a natureza e o homem brasileiros.⁴⁸

Os homens de ciência, dentre os quais os médicos, manifestaram diagnósticos similares quanto ao atraso e à degeneração do Brasil e dos brasileiros. As soluções propostas a este problema estariam em regenerar a raça. Para alguns, esta restauração poderia ocorrer mediante o branqueamento da população, através da imigração estrangeira que progressivamente transformaria as características dos brasileiros. A eugenia, desta maneira, estava associada diretamente às preocupações nacionais quanto ao estado de saúde, ao saneamento, à higiene e à situação racial da população.⁴⁹

A intelectualidade brasileira acreditava no poder da ciência em estabelecer uma nova ordem social. Nesse sentido, entendiam que a eugenia poderia cumprir uma função importante no auxílio à regeneração nacional, orientando o rumo ao progresso. Diante disso, a “eugenia no Brasil deve ser vista como parte de um entusiasmo generalizado pela ciência como ‘sinal’ de modernidade cultural”.⁵⁰

A identificação da eugenia com sanitarismo foi resultado da importância dada à saúde, neste período. É importante enfatizar que a eugenia, no Brasil, a partir de então, passou a ser um método adaptado, reformulado e seletivo: “estrutural e cientificamente, a eugenia brasileira era congruente, em termos gerais, com as ciências sanitárias, e alguns simplesmente a interpretavam como um novo ramo da higiene”.⁵¹

À medida que o tema da viabilidade do país ganhava terreno, muitos intelectuais passaram a acreditar que a educação, a reforma social e o saneamento

⁴⁸ Idem, p. 44.

⁴⁹ Para uma discussão sobre a eugenia no Brasil, ver Nancy Stepan, que discute os movimentos eugênicos na América Latina e, em particular, no Brasil, que influenciaram o pensamento científico e social e os programas de higiene, que se desenvolveram no país sob diferentes ritmos e resultados. STEPAN, op. cit., 567 p.

⁵⁰ STEPAN, op. cit., p. 337.

⁵¹ Idem, p. 348. O movimento eugênico brasileiro derivou de idéias neolamarckianas, idéias com perspectiva segundo a qual “a influência do meio poderia alterar permanentemente o plasma germinativo”. Neste sentido, há um peso maior do fator social na abordagem das questões raciais em detrimento dos fatores biológicos.

representavam a saída para o problema nacional. Os ideais da eugenia passaram a significar, então, um ideal sanitário.

Não obstante a nova racionalidade médica que se instaura nesse período, a população brasileira continuava enfrentando sérios problemas de saúde, maximizados devido às crendices populares, à ação de curandeiros, ao analfabetismo e à ignorância da população, como apontava o médico Belisário Penna:

Temos de derrocar a rotina, as crendices, as abusões, e infiltrar no cérebro, não só do campônio rude e analfabeto, mas igualmente no do alfabeto pretencioso e atrasado, as noções científicas da biologia e da hygiene, a fim de salvarmos as gerações futuras, de impedirmos a continuidade da degeneração, que se vem realizando desde o início da nossa nacionalidade, pelo atraso do ambiente, e conseqüente estabelecimento dum estado mórbido permanente, endêmico, e multiforme às vezes.⁵²

As características da população eram vistas como ignorância e mudar este quadro era imprescindível ao crescimento da nação. Como o saber popular se encontrava incorporado ao tratamento das enfermidades, a medicina, para se sobrepujar a este saber, empreendeu uma luta feroz contra os “curandeiros” e as formas não científicas de tratar as doenças. Este processo se agudizou e os médicos se utilizaram de expedientes, como o medo, e delegaram ao saber popular o estatuto de crença, no intuito de se colocarem como saber único e certo.⁵³

Percebe-se, assim, que a medicina praticada no século XX conseguiu se impor ao desqualificar saberes que não estivessem de acordo com suas prédicas, que não portassem o estatuto de científicos e, portanto, de verdadeiros e neutros. A medicina pretendeu ser a portadora de uma nova visão de mundo, valorizando a higiene e a saúde corporal. Tornou-se também um instrumento eficaz na instauração de distinções entre as classes sociais, na medida em que as novas normas corporais e morais, propostas pelos médicos, foram basilares para a implantação do sistema capitalista no Brasil. Seguindo preceitos higienistas, a elite buscou se diferenciar não apenas pela aparência do seu corpo, mas pelo local e pela organização de sua moradia. Esta

⁵² PENNA, Belisário. Nacionalismo e Consciência Sanitária. **Archivos Paranaenses de Medicina**, Curitiba, anno 2, n. 2, p. 31-34, jun. 1921.

⁵³ ROMERO, op. cit., p. 34 e 46.

distinção se estendeu, no entanto, para além do corpo e passou a evidenciar também seu caráter.⁵⁴

Os médicos definiam a saúde da população como algo indissociável do nível de civilização que desejavam que o país atingisse e foi com este espírito que se mobilizaram com o objetivo de construção da nação pela prática regida pelos princípios da medicina higiênica.⁵⁵ Desde então, a constituição do saber sobre o espaço e a população passava pelo entendimento de que a higiene e o sanitarismo seriam as ciências capazes de transformar o Brasil.

Considerando, enfim, que o movimento pelo saneamento se constituiu como definidor das idéias sobre a identidade nacional brasileira, percebemos que as reflexões originadas pelos pressupostos médico-sanitaristas ultrapassaram os limites do debate sobre saúde e atingiram o pensamento social e político brasileiro. As representações sociais criadas a partir do tema da saúde pública brasileira deram visibilidade e direcionaram os debates para os problemas relativos ao sertão e aos seus habitantes.

A campanha pelo saneamento desenvolvida no Brasil nas primeiras décadas do século XX contribuiu, de forma incisiva, para delimitar a questão das regiões interiores, o *hinterland* brasileiro, considerado em estado de abandono. Neste contexto, o termo sertão adquiriu um sentido pejorativo. Sinônimo de abandono, de ausência de identidade nacional e de difusão de doenças endêmicas. Esse diagnóstico justificou as ações do governo em matéria de políticas de saúde pública e de ocupação, na mesma medida em que apresentava a possibilidade de ampliar sua presença naquelas áreas.

1.2 O SERTÃO NO DISCURSO MÉDICO E INTELECTUAL

A obra **Os Sertões**, de Euclides da Cunha, inaugurou uma nova percepção acerca da identidade nacional⁵⁶. Para Luiz Antonio de Castro Santos, com Euclides da

⁵⁴ Idem, *ibidem*.

⁵⁵ Idem, p. 21.

⁵⁶ CUNHA, Euclides da. **Os sertões**. 2. ed. São Paulo: Ática, 2001. (Edição crítica de Walnice Nogueira Galvão).

Cunha teve início uma reação contra o “sibaritismo intelectual” dos círculos acadêmicos brasileiros, pois, “à medida que as elites brasileiras procuravam tomar uma civilização de empréstimo, fugiam às ‘exigências da nossa própria nacionalidade’”. O resgate do sertão e do sertanejo se impôs como parte do projeto de construção nacional, pois buscava-se encontrar no sertão as raízes da nacionalidade. Com isso, o tema dos sertões adquiriu relevância no pensamento social brasileiro, principalmente nos debates sobre nacionalismo e sobre construção nacional.⁵⁷

Nesse contexto, destaca-se a (re)descoberta dos sertões empreendida pelos médicos sanitaristas que imputavam às doenças um dos maiores obstáculos à civilização. A utopia sanitária transformou as cidades e invadiu os sertões. Desde 1912, sob a direção de Oswaldo Cruz, empreenderam-se expedições científicas e sanitárias nos rincões brasileiros, visando o levantamento das condições da população e do meio, para desenvolver estratégias de intervenção sobre eles.⁵⁸ O Instituto Oswaldo Cruz, em 1916, publicou os cadernos de viagem dos médicos Artur Neiva e Belisário Penna, nos quais as péssimas condições de vida dos habitantes do interior do Brasil puderam ser denunciadas.

Luiz Antonio de Castro Santos ressalta que o relatório de Artur Neiva e de Belisário Penna levou à superação da fase urbana do movimento sanitarista que, a partir de então, passou a concentrar-se nos sertões. Além disso, em seu entendimento, o movimento sanitário representou uma via importante para o projeto ideológico de construção da nacionalidade na República Velha, sendo que a ligação entre saúde pública e nacionalidade, naquele momento, constituiu-se na maior característica do movimento sanitário brasileiro.⁵⁹

Desta forma, Castro Santos destaca que a relevância política do movimento sanitário ligou-se mais a sua idéia-força, ou seja, seu aspecto ideológico, do que a suas realizações práticas, que não tiveram muito êxito na erradicação das endemias rurais.

⁵⁷ CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. O pensamento sanitarista na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados. Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p.193-210, 1985. Disponível em: <<http://www4.prossiga.br/Chagas/sobrech/sec/eh-594.PDF>>. Acesso em: 11 mar. 2007.

⁵⁸ MOTA, op. cit., p. 16.

⁵⁹ CASTRO SANTOS, op. cit., 1985, p.11. Luiz Antonio de Castro Santos identifica que, nas décadas iniciais do século XX, as ações sanitárias passaram por duas fases: a primeira concentrada nos centros urbanos e no combate às epidemias; a segunda, ao saneamento rural relacionado às propostas de cunho nacionalistas.

Mesmo assim, a despeito dessa ineficácia, tais idéias e políticas lançaram as bases para as campanhas sanitárias subseqüentes.

O movimento pela reforma da saúde pública e pelo saneamento rural teve um papel importante nos debates e nas interpretações sociais da realidade brasileira. Os discursos de base científica, dentre os quais o discurso sanitário, tiveram um grande peso nas discussões que apontaram as alternativas colocadas para a construção da nação.⁶⁰

A campanha pelo saneamento do Brasil sensibilizou progressivamente nomes expressivos das elites intelectuais e políticas do país. A criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, em fevereiro de 1918, em sessão pública na Sociedade Nacional de Agricultura. A leitura da ata da fundação e de seu órgão oficial, a revista *Saúde*, demonstra o interesse em reunir nomes expressivos nos meios militares, entre os engenheiros, médicos e advogados, além de parlamentares e do próprio presidente da República, Wenceslau Braz, que ocupou o cargo de presidente honorário. Nomes como os de Miguel Couto, Carlos Chagas, Juliano Moreira, Rodrigues Alves, Clóvis Bevilacqua, Eptácio Pessoa, Pedro Lessa, Aloysio de Castro e Miguel Calmon constituíam o conselho supremo da associação.⁶¹

O esforço para construir a identidade brasileira através do sanitarismo não considerou a visão ufanista do Brasil, enfatizada por Oliveira Viana, nem mesmo o pessimismo das teses que davam o país como condenado ao atraso e que se fundamentavam nos determinismos climáticos, físicos e raciais que conduziram aos debates sobre imigração e branqueamento. Esse esforço acenou, porém, com a possibilidade de recuperação através de ações de saneamento e de higiene pautados no saber médico e nas propostas governamentais.

As discussões, na maioria dos casos, tomavam como eixo temático pares opostos, como sertão x litoral, modernidade x atraso, civilidade x incivilidade. Os intelectuais julgavam-se porta-vozes da nação e teceram interpretações muitas vezes conflitantes sobre a idéia que faziam ou que pretendiam propagar sobre o sertão. Este conceito, em seus múltiplos aspectos, foi construído a partir de diferentes narrativas que estavam empenhadas em delimitar-lhe as características, que descortinavam um espaço transpassado por adjetivos diversos, como original, puro, surpreendente,

⁶⁰ Idem, p. 193-210.

⁶¹ LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. **Ciências Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 313-332, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7098.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2006.

contraditório, problemático, entre outros. A construção deste conceito evidencia a profusão de explicações, de interpretações e de teses que envolveram diálogos, convergências, controvérsias, inúmeras vezes formuladas e reformuladas.

Diante disso, duas perspectivas de leitura e de interpretação do sertão são consideradas por Lucia Lippi de Oliveira: a tradição romântica e a tradição realista, perspectivas as quais, cada qual a seu modo, descreveram o espaço e os habitantes do interior brasileiro considerado sertão. No primeiro caso, o sertão foi comparado a um paraíso, um lugar perdido e que condensava a pureza original. Afonso Arinos é considerado um importante expoente desta vertente, na qual o sertanejo surge como símbolo da nacionalidade. “Natureza e organização social se fundem na base deste julgamento positivo, opondo-se à vida degradada e corrompida do litoral, ou seja, das cidades.”⁶² Na tradição realista, o sertão não é mais idealizado e passa a ser visto como símbolo do atraso e da desorganização política do Brasil, opondo-se à civilidade das cidades. Euclides da Cunha representou esta visão do sertão enquanto um inferno, lugar de barbárie e esquecido pelo poder público, muito embora sejam tecidas, pelo escritor, explicações de ordem política e cultural que esclarecem e justificam tal imagem.⁶³

Lippi de Oliveira aponta para uma outra visão, na qual o sertão é apresentado como um purgatório, lugar de passagem, de penitência e de reflexão. Identificado como espaço mítico, encontra seu porta-voz em Guimarães Rosa, cuja concepção remete à idéia de que o sertão precisa ser desencantado e decifrado. “O sertão como reino do fantástico e do mítico aparece em vários estudos sobre os movimentos messiânicos no Brasil”.⁶⁴

A leitura de Euclides da Cunha sobre o homem e a natureza dos sertões persistiu como uma das chaves explicativas do Brasil e se fez presente em inúmeros projetos de transformação. Desta maneira, a idéia de sertão, cuja característica acentuada é a ausência de civilização e ausência de modernidade, foi referência nas produções intelectuais e científicas brasileiras durante a primeira metade do século

⁶² OLIVEIRA, Lucia Lippi. A conquista do espaço: sertão e fronteira no pensamento brasileiro. **História, Ciência, Saúde.** – **Manguinhos**, v. 5, supl. 0, p. 196, 1998.

⁶³ Idem, p. 197.

⁶⁴ Idem, p. 211.

XX. Cientistas, intelectuais e políticos defendiam o crescimento do papel do Estado brasileiro no campo da saúde pública através do enfrentamento dos problemas sanitários por meio de ações centralizadas, nacionais e autônomas.

A crítica às perspectivas ufanista e romântica sobre a natureza e o homem brasileiros e a ênfase nos males do Brasil aproximaram o discurso médico de textos literários e ensaísticos que se propuseram a esboçar retratos do país. Especialmente no período da Primeira Guerra Mundial, a afirmação da nacionalidade, que encontrou expressão em movimentos como a Liga de Defesa Nacional, confrontava-se com a denúncia feita por médicos, educadores e outros profissionais de que o analfabetismo e a doença estavam presentes em todo o território. Consta inclusive que a célebre frase ("O Brasil é um imenso hospital."), proferida pelo médico Miguel Pereira, em 1916, foi uma reação a discursos enaltecedores da força e da higidez dos sertanejos que, se convocados, garantiriam a integridade territorial e política do país.⁶⁵

A partir da nova conjuntura política inaugurada com a Revolução de 30, houve uma maior abertura aos debates políticos, e ocorreu uma efervescência cultural que possibilitou o encaminhamento de projetos com vistas à construção do ideal de modernidade para o país. Diferentes grupos políticos e intelectuais pretenderam fazer-se presentes, atuando junto ao governo federal. Tais grupos acreditavam que, sendo impulsionados pela observação científica, poderiam exhibir seu conhecimento da realidade nacional e seu preparo para agir sobre ela.

Empenhada na tarefa de auxiliar o Estado na construção da sociedade em bases racionais, e negando o liberalismo Republicano (incapaz de constituir a nação, pois estava voltado apenas para o litoral), a geração de intelectuais dos anos 10/20 e principalmente dos anos 30, assume para si a missão de transformação social e política da nação. Observamos neste contexto a ascensão da *intelligentzia* brasileira, vocacionada para intervir na sociedade nacional.⁶⁶

A modernidade, neste sentido, revestiu-se de um caráter social. Estado e intelectuais viam a necessidade de, por um lado, assegurar a cidadania e, por outro, garantir a modernidade e o progresso. Os projetos políticos que viabilizariam a modernização, inclusive por meio da saúde pública, estavam imbuídos destas ideologias e pregavam o abandono de hábitos associados a um passado "atrasado",

⁶⁵ LIMA, 2002, op. cit., p. 44.

⁶⁶ TEMPERINI, Rosana Soares de Lima. **O sertão vai virar campo**: análise de um periódico agrícola (1930-1937). Rio de Janeiro, 2003. 103 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. p. 18-19.

símbolo de políticas ineficientes e de trabalho improdutivo, que não conduziam ao progresso almejado.

O desejo de remodelar o espaço a partir da crença na técnica e na ciência visava justificar a intervenção médico-política não apenas no cotidiano, mas nos destinos social, econômico e político da nação. Os médicos se infiltraram em muitos domínios além de sua área, ocupando cargos e desempenhando tarefas estranhas à medicina, porque acreditavam serem eles os portadores da regeneração nacional.⁶⁷

Uma das primeiras questões que se impôs a estes médicos foi o desconhecimento dos sertões, visto como uma mancha que enfeitava o progresso. Esta visão acelerou o mapeamento dos sertões e sua medição e propiciou a construção e a legitimação de discursos sobre sua transformação.⁶⁸

A reatualização do sertão nos termos do progresso nos remete a buscar compreender seu significado e as implicações de seu uso pelo Estado e pelos intelectuais. A noção de progresso comportou, em seu interior, uma série de outros pressupostos, e tinha como base a crença no conhecimento e na ciência como fatores para a obtenção do desenvolvimento econômico. O discurso sobre o progresso foi utilizado para justificar as intervenções sobre os espaços considerados improdutivos, atrasados e não civilizados. De certo modo, tratava-se de levar a “razão” até aqueles que ainda não haviam sido tocados por ela. Entendia-se que a razão seria o instrumento para dominar a natureza e fazê-la útil ao homem; a razão era o motor do progresso contínuo da humanidade – um progresso manifestado de maneiras diversas: nos instrumentos de trabalho, nas habitações, na construção de cidades, nas formas como se obtém o sustento, nos processos educacionais, entre outros. A consequência desta forma de entender o progresso “faz com que olhe o passado e se observe outras sociedades considerando-as ‘primitivas’, ‘arcaicas’ e ‘atrasadas’”.⁶⁹

Assim os discursos intelectuais, médicos e políticos assentavam-se em idéias que contrapunham noções de progresso e atraso, de civilização e barbárie e identificavam os grupos indígenas e moradores daquelas regiões tidas como sertões

⁶⁷ MOTA, op. cit., p. 24.

⁶⁸ ARRUDA, **Cidades e sertões**, op. cit., p. 21.

⁶⁹ TOMAZI, Nelson Dacio. **“Norte do Paraná” História e fantasmagoria**. Curitiba, 1997. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes. p. 69.

como entraves ao avanço da modernidade.⁷⁰ Desse modo, o sertão e seus habitantes, no interior do discurso sanitário, figuravam como alvos a serem transformado pelo sanitarismo que, por sua vez, estava abalizado pela ciência. A articulação entre conhecimento médico e políticas públicas foi fundamental para a realização dos objetivos de transformar os sertões do Brasil.

1.3 GERENCIAMENTO DO ESPAÇO E DA POPULAÇÃO: A MEDICINA ESTATAL

Ainda no início do século XX, ocorreu a emergência da saúde como preocupação do governo brasileiro. A melhoria das condições sanitárias tornou-se uma efetiva política de Estado, relacionada a fatores econômicos decorrentes do aumento do fluxo de exportações ligado à cultura do café. Neste contexto, melhorar as condições sanitárias significava atrair imigrantes, preservar o contingente ativo de trabalhadores nacionais e imprimir um caráter de eficiência à política governamental, em que pese uma relativa escassez da oferta de trabalho.⁷¹

A assistência pública à saúde, naquele momento, era competência do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, através da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), regulamentada em 1901 e organizada pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz. Na época, surgiu e se desenvolveu um sanitarismo limitado a obras de saneamento e a campanhas de combate às endemias, tais como a peste, o cólera e a varíola. A partir de 1921, a DGSP, sob coordenação de Carlos Chagas, começou a expandir os serviços de saúde para além do Rio de Janeiro.⁷² Progressivamente, este órgão foi implementando instituições públicas de higiene e saúde para a resolução dos problemas sanitários. Inspirado no modelo americano, as campanhas sanitárias executadas através da DGSP se destinaram a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais.

Os preceitos médicos de higienização e de sanitarismo adquiriram *status* de práticas indispensáveis para a vida nas cidades e nas áreas rurais. Tais práticas

⁷⁰ ARRUDA, **Cidades e sertões**, op. cit., p. 19.

⁷¹ RISI JUNIOR e NOGUEIRA, op. cit., p. 119.

⁷² Idem, p. 122.

sanitárias no discurso médico incentivavam o desenvolvimento de uma vida saudável, compatível com os anseios de uma nação moderna. Conjuntamente à ação médica direcionada às famílias e à escola, era reforçada a idéia de que o gerenciamento da saúde da população competia ao Estado, que deveria, portanto, garantir a conservação da saúde pública e o desenvolvimento econômico da nação.

Um importante documento dessa época é o já mencionado relatório da expedição dos médicos Belisário Penna e Arthur Neiva (1912). Este relatório continha informações sobre clima, fauna, flora e população das regiões percorridas por eles, além de apresentar os imperativos para que se realizassem ações profiláticas no sentido de sanear o meio. O principal argumento do relatório era o de que a população rural estava abandonada e esquecida.

Os médicos Belisário Penna e Artur Neiva ressaltam o contraste entre o que observaram e relataram e a retórica romântica sobre o caboclo e o sertanejo, descrevendo 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 qualquer sentimento de identidade nacional. Desconheciam qualquer símbolo ou referência nacional, ou melhor, “[...] a única bandeira que conhecem é a do divino”.⁷³

Embora a imagem criada para os caboclos no relatório dos médicos fosse negativa, Hochman e Lima entendem que este relatório proporcionou uma mudança substancial em relação às produções literárias e científicas da época, pois, na medida em que Penna e Neiva responsabilizavam as autoridades públicas pelo atraso e pelas enfermidades que vitimavam a população, isso influenciou os intelectuais ligados ao poder de algum modo.

Desde 1902, no entanto, com a publicação de **Os Sertões**, Euclides da Cunha já havia denunciado o isolacionismo a que estavam relegados os caboclos e sertanejos brasileiros. Não foi, portanto, o relatório o primeiro a denunciar as condições de abandono dos caboclos e/ou sertanejos pelo poder público. Entretanto, não se pode deixar concordar com Hochman e Lima (nem deixar de enfatizar essa questão), quando defendem que os diagnósticos médico-higienistas sobre o Brasil tiveram resultados importantes, dentre os quais a reorganização e a ampliação dos serviços

⁷³ LIMA e HOCHMAN, 2006, op. cit., p. 313-332.

sanitários federais nos anos 1920, a partir da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP).

O clamor de intelectuais e dos cientistas por reformas sanitárias, de certa forma, sedimentou a base ideológica que favoreceu que a instância federal viesse a atuar junto às regiões em considerável estado de abandono. Uma das conseqüências deste interesse é que, a partir de 1920, o governo federal, progressivamente, começou a se fortalecer diante dos interesses regionais. Desta maneira, no campo da saúde, os estados começaram a sofrer um processo de intervenção, principalmente com a atuação do Departamento Nacional da Saúde Pública, e com a criação de códigos sanitários estaduais nos moldes do código federal.⁷⁴

Com a criação, em 1923, do Departamento Nacional de Saúde Pública, passaram a se compor em áreas de atuação governamental as seguintes áreas: o saneamento urbano e rural; a propaganda sanitária; a higiene infantil, industrial e profissional; as atividades de supervisão e fiscalização; a saúde dos portos; e o combate às endemias rurais. Deste período também é a Lei Elói Chaves, lei que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), responsáveis pela oferta de assistência médica aos trabalhadores urbanos.⁷⁵

Durante o Estado Novo, no que concerne à Previdência Social, a política do governo federal pretendeu estender seus benefícios a todas as categorias do operariado urbano organizado. Desta maneira, as antigas CAPs foram substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que contavam com a participação do governo, mas priorizavam a previdência social em detrimento da assistência médica. O objetivo do governo federal era instituir um sistema de seguro social capaz de garantir a integridade dos trabalhadores, considerados elementos essenciais nas atividades

⁷⁴ CASTRO SANTOS e FARIA, op. cit., p. 38.

⁷⁵ A criação das CAPs deve ser entendida, no contexto das reivindicações operárias no início do século, como resposta do empresariado e do Estado à crescente importância da questão social. As CAPs eram mantidas por empresas privadas e se configuravam como um tipo de seguro social. Os trabalhadores pagavam uma contribuição estipulada e, em troca, obtinham a garantia de certos benefícios, como a aposentadoria e a assistência médica. In: MERCADANTE, Otávio Azevedo. *Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil*. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2002. p. 237.

agrícolas e industriais. Nestes institutos, os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários) e não por empresa.⁷⁶

A interiorização das atividades promovidas pelo DNSP, juntamente com o Serviço de Profilaxia Rural, podem ser considerados os primeiros serviços gestados no campo da saúde que ambicionavam ter alcance nacional. O DNSP, nesse período, gozava de prestígio nacional, o que facilitou a intervenção do poder central nos assuntos regionais.⁷⁷

Até os anos de 1930, no entanto, as políticas sociais, com algumas exceções, eram fragmentadas e emergenciais. Não havia, por parte do governo central, um programa de ação para atender às questões relativas à saúde pública, que eram tratadas pelas autoridades locais. A atuação do Estado ficava, desta maneira, restrita aos problemas surgidos principalmente nas grandes cidades, a exemplo das epidemias.

Para o final da década de 1930, o principal órgão de coordenação dos serviços sanitários no país era o DNSP, que agia a partir de um eficiente sistema de coleta de informações, o que, gradativamente, aumentou a aproximação entre o Departamento e os órgãos estaduais.⁷⁸ A articulação entre o DNSP e os órgãos estaduais possibilitou ainda uma maior interação dos médicos com as comunidades, bem como atribuiu maior importância e prestígio ao trabalho desempenhado pelos médicos sanitaristas: era “da figura do profissional Sanitarista, que partiam, a partir desta época, as decisões técnico-administrativas referentes à área de saúde pública”.⁷⁹

Diversos autores, ao estudarem a organização da saúde pública no Brasil nesse período, afirmam que foi somente na década de 1930, na transição de uma economia agrário-exportadora para uma economia urbano-industrial, que ocorreu uma real estruturação dessa atividade no interior do governo.

Autores como João Baptista Risi Junior e Roberto Nogueira afirmam, no entanto, que esta atividade teve um caráter produtivista e seletivo, privilegiando os

⁷⁶ RISI JUNIOR e NOGUEIRA, op. cit., p. 122.

⁷⁷ CASTRO SANTOS, 1985, op. cit., p. 193-210, 1985.

⁷⁸ FERNANDES, Lindolfo. **Secretária de Estado da Saúde do Paraná suas origens e sua evolução no período de 1853 a 1983**. Curitiba: Secretaria do Estado de Saúde do Paraná, 1987. p. 34.

⁷⁹ Idem, p. 35.

trabalhadores assalariados dos setores modernos da economia.⁸⁰ Posição idêntica é a de Dulce Chaves Pandolf, para quem os investimentos na questão social, naquele período, sofreram influência da legislação sindical, que implantou o modelo de sindicato único. Desta forma, todos os benefícios sociais provenientes do governo eram dirigidos ao sindicato reconhecido por ele. A abrangência da assistência pública ficava restrita aos sindicalizados, o que obrigava todos os trabalhadores a aderirem ao sindicato; por outro lado, os trabalhadores que não possuíam contrato formal de trabalho ficavam excluídos, sem direito a usufruir dos benefícios da assistência social.⁸¹

Este processo político iniciado em 1930, em que foi valorizada a constituição de um Estado forte, conduzido por um líder carismático, capaz de organizar os diferentes interesses sociais, tinha a pretensão de gerar mudanças consideradas fundamentais para promover o desenvolvimento baseado nos ideais de ordem e progresso.

Modernização, desenvolvimento, nacionalismo, antiliberalismo, centralização política e administrativa, controle político e extensão da proteção social foram os novos e centrais componentes dos discursos, das intenções e das principais ações públicas do novo regime político que se instaurou ao longo da década de 1930 e findou em 1945.⁸²

A criação do Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP), em 1931, esteve inserida nesta ordem de acontecimentos e expectativas. Em que pesem as várias alterações pelas quais passou o MESP, não foram verificadas mudanças profundas na maneira de pensar e de atuar em termos de saúde pública no Brasil. Apenas com as inovações experimentadas na gestão de Gustavo Capanema é que começaram a ser percebidas mudanças substanciais na forma de conceber a saúde pública.

Outro fator que merece atenção no intuito de elencar os elementos que definiram as mudanças relevantes na área de saúde na década de 1950, além da criação

⁸⁰ “Diversas reformas no aparelho de Estado contribuíram para consolidar um Estado de Bem-Estar brasileiro baseado em políticas predominantemente voltadas para trabalhadores urbanos. Foi criado o Ministério do Trabalho e promulgada nova legislação trabalhista, formando as novas bases de uma política de regulamentação do trabalho e de uma organização política dos trabalhadores. Com especial atenção aos trabalhadores comerciários e industriados, foram regulamentados o trabalho feminino, o trabalho de menores e a própria jornada de trabalho.” In: RISI JUNIOR e NOGUEIRA, op. cit., p. 123.

⁸¹ PANDOLF, Dulce Chaves. Os anos 1930: as incertezas do regime. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves (Orgs.). **O Brasil republicano: o tempo do nacional-estatismo do início da década de 1930 ao apogeu do Estado Novo**. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 2003. p. 20.

⁸² HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**, Curitiba, n. 25, p. 129, 2005.

do Ministério da Saúde, foi sua separação da pasta da Educação em julho de 1953. A intenção de criar um ministério específico para o setor

não era uma proposta original daquele período de nossa história política. No decorrer do processo de institucionalização da saúde pública no Brasil — intensificada a partir dos primeiros anos do século XX, quando se iniciaram os debates relativos ao tema e começaram a ser implementadas reformas na área da saúde —, encontram-se várias propostas relativas à criação de um Ministério da Saúde que, por diferentes razões, não chegaram a se concretizar.⁸³

As discussões relativas à formação do Ministério esbarravam em questões como a falta de centralidade da saúde pública no período. O tema das endemias rurais assumiu, no cenário político marcado pelos programas para o desenvolvimento econômico do país (programas lançados com a redemocratização no pós-guerra), uma considerável importância. Reeditando as argumentações do movimento sanitarista das décadas de 1910 e 1920, com relação ao saneamento rural, “os médicos e sanitaristas indicavam que as condições precárias de saúde da maioria da população, ainda concentrada na área rural, aliadas ao subdesenvolvimento e à pobreza poderiam ser superadas com a criação de um ministério. Este deveria ser comandado por um especialista na área e contar com maiores recursos orçamentários para promover as políticas sanitárias.”⁸⁴

Assim, as propostas referentes à criação do Ministério da Saúde davam destaque à questão das movimentações populacionais de migrantes pelo país. Considerava-se que “a saúde pública deveria ter a área rural como *locus* privilegiado de suas ações, pois o problema mais vigente é o que assiste ao meio rural, aos longínquos sertões, onde é preciso fixar o homem”⁸⁵. Diante disso, entendia-se o imperativo de perceber a realidade no interior do país e o papel da saúde pública para sua transformação. A saúde pública era considerada como um dos setores estatais capazes de contribuir para a solução de um grande problema naquele momento: o da migração rural.

⁸³ HAMILTON, Wanda; FONSECA, Cristina. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 792, 2003.

⁸⁴ Idem, p. 794.

⁸⁵ Idem ibidem.

Discussões de ordem político-partidária deram a tônica ao processo de criação do Ministério, que contou com a participação efetiva dos sanitaristas na elaboração do projeto de sua criação. Mesmo estando diretamente comprometidos com as mudanças em curso, os sanitaristas ficaram relegados a segundo plano na esfera dos acordos que definiram os dirigentes e o perfil do novo órgão, na medida em que não participaram da articulação político-partidária nesse sentido.⁸⁶

Na reforma de 1937, encampada pelo ministro Capanema, o MESP passa a se chamar Ministério da Educação e Saúde (MES).

A criação do Ministério da Saúde deve assim ser observada como um marco na história da política de saúde no Brasil. Não no sentido de que tenham (sic) havido mudanças institucionais significativas, com alteração no funcionamento dos organismos de saúde então existentes; ao contrário, tudo indica que as estruturas institucionais se mantiveram as mesmas, tendo ocorrido basicamente uma separação entre os serviços que diziam respeito à área da educação e os da saúde.⁸⁷

Progressivamente, o Estado foi ampliando sua intervenção e passou a comprometer-se financeiramente com a saúde, proporcionando maior assistência à população. Deste modo, ao chegar à década de 1940, a situação caracterizava-se por mudanças importantes no plano social, introduzidas pelo governo autoritário de Getúlio Vargas, tais como a consolidação da legislação trabalhista e a estatização da previdência social. Também ocorreram alterações nas políticas de saúde marcadas pelo alto grau de centralização de recursos e de instrumentos institucionais/administrativos no governo federal.⁸⁸

Consideramos importante indicar o momento de constituição dos órgãos administrativos federais ligados à saúde pública, pois alguns destes novos arranjos institucionais foram essenciais para a configuração do campo da saúde pública no período posterior. Nesse sentido, também destacamos que, entre os anos de 1930 e 1945, ocorreu uma reatualização dos pressupostos sanitários que marcaram a Primeira República. Esta reatualização possibilitou a aproximação das ações em saúde com as políticas previdenciárias implementadas pelo governo. Neste período também foi

⁸⁶ HOCHMAN, op. cit., p. 129. Muitas reformas ocorridas no pós-30 já estavam sendo pensadas antes da mudança de governo. Estas reformas tinham em vista a constituição de um aparato governamental capaz de integrar todas as esferas administrativas em um único projeto político-administrativo.

⁸⁷ HAMILTON e FONSECA, op. cit., p. 794.

⁸⁸ RISI JUNIOR e NOGUEIRA, op. cit., p. 123.

possível empreender a coordenação das ações entre os órgãos federais e os estaduais, nas propostas de interiorização dos serviços públicos em saúde.

Entre os resultados decorrentes destas novas formas de pensar e de fazer políticas voltadas à assistência pública no primeiro governo Vargas, destaca-se, ainda, o novo *status* alcançado pelos médicos, que passaram a trabalhar com e para o Estado, intervindo, formulando propostas e implementando políticas públicas. Estes médicos alcançaram postos importantes no interior da organização administrativa do governo federal e também nos estados, onde trabalharam como ministros, diretores e responsáveis por diferentes setores ligados à saúde.

A articulação entre os serviços públicos nacionais voltados à saúde e órgãos internacionais, como Fundação Rockefeller e o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)⁸⁹, também representou uma nova maneira de organização e de direcionamento das ações em saúde pública, na qual a ação sobre e para a coletividade foi privilegiada em detrimento das práticas que visavam os indivíduos.

Neste período, apesar de não ter o alcance nacional desejado e também de não solucionar os problemas sanitários, a saúde pública

tornou-se institucionalmente mais complexa, estabeleceu raízes e contradições que perduraram décadas, e revela diferentes e intrincadas faces do Estado varguista e da saúde pública brasileira. Em particular, organizou, centralizou e profissionalizou a saúde pública, mantendo-a fortemente associada ao ideário de construção da nacionalidade por meio de um Estado forte e autoritário.⁹⁰

A política de saúde inaugurada em 1930 apresentou um caráter restritivo em sua amplitude de cobertura populacional, assim como em seus aspectos técnicos e financeiros. Mesmo assim, a partir da criação do Ministério de Educação e Saúde e da centralização da política de saúde e das práticas das campanhas sanitárias, que se constituíram em importantes eventos políticos no período, é possível pensar que estes eventos representaram as primeiras políticas de saúde pública de alcance nacional.

⁸⁹ Esta instituição teve origem em um programa de cooperação entre Brasil e Estados Unidos, programa o qual tinha a finalidade inicial de sanear as áreas de produção de matérias-primas estratégicas (principalmente borracha na Amazônia e minério de ferro no Vale do Rio Doce), para uso militar e as regiões em torno das bases militares americanas no território brasileiro durante a Segunda Guerra Mundial. Com o fim do conflito, a natureza das atividades do SESP e as áreas de sua atuação expandiram-se através de convênios realizados entre a instituição e alguns governos de Estados brasileiros. In: MENDONÇA, op. cit.

⁹⁰ HOCHMAN, op. cit., p. 139.

Os projetos sanitários que se distribuíram pelo território brasileiro, ainda que apresentando particularidades e dificuldades específicas, podem ser avaliados ao abordarmos a situação do sanitarismo no Estado do Paraná, no período que corresponde à década de 1950. Assim, a partir destes condicionantes, passamos a expor as ações e os discursos de saúde pública no âmbito do Estado do Paraná.

O sanitarismo desenvolvido no Paraná, desde a década de 1930, tanto na capital quanto no interior, foi marcado pelas expectativas de assistência à população, muito embora tenha havido discrepâncias entre a organização urbana e a rural. Isto ocorreu, entre outros fatores, devido à consolidação da instituição de ensino médico, ou seja, à Universidade do Paraná⁹¹, que concentrava na capital (Curitiba) os cursos de medicina, de odontologia e de farmácia.⁹²

Neste sentido, estender as táticas de assistência e de educação sanitária à população distante da capital converteu-se em um desafio, na medida em que a organização efetiva da “disciplina política do estado”, bem como a “pedagogia disciplinar” dos hábitos da população ainda não se havia consolidado.⁹³

Os médicos Bichat de Almeida Rodrigues, Hudson de Barros Silva e Jayme Drumond de Carvalho compuseram a primeira equipe de sanitaristas, formados pela Escola Nacional de Saúde Pública, a se fixar no Paraná, em 1943. Até então, a Diretoria Geral de Saúde Pública se ressentia “da falta de pessoal habilitado para arcar com tão vastas atribuições. Note-se que, àquela época, nenhum médico do Departamento possuía curso de especialização em saúde pública”.⁹⁴

Esta estruturação, no entanto, não se relacionou apenas a práticas de governo, mas deveu-se também ao papel desempenhado pelas instâncias de ensino médico e à crescente credibilidade dos órgãos criados para a assistência pública, que se

⁹¹ A Universidade do Paraná foi criada em 19 de dezembro de 1912. Era particular, sendo que três eram as principais áreas de ensino: Medicina, Direito e Engenharia. A mesma estrutura foi mantida até o ato de criação da Universidade Federal do Paraná em 1º de abril de 1946, oficializada pelo Decreto-Lei nº. 9.323. In: RISTOW, Márcia Regina. **Saber médico e populações nas práticas de saúde pública no Paraná, nas décadas de 1930 e 1940**. Niterói, Rio de Janeiro, 2002. 215 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia / Unioeste. p. 87-101.

⁹² RISTOW, Márcia Regina. **Saber médico e populações nas práticas de saúde pública no Paraná, nas décadas de 1930 e 1940**. Niterói, Rio de Janeiro, 2002. 215 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia / Unioeste.

⁹³ Idem, p. 122.

⁹⁴ FERNANDES, op. cit., p.38.

converteram nos principais reprodutores do conhecimento produzido pelos estabelecimentos de ensino.⁹⁵

Nos anos 1950, com o vertiginoso aumento populacional ocorrido no Estado do Paraná, a saúde pública estadual precisou passar por muitas estruturações e ampliar significativamente seu campo de atribuições. O auxílio à população que estava se estabelecendo nas regiões consideradas abandonadas, bem como aos que já habitavam áreas distantes no interior do estado, era visto como fundamental para que o Paraná atingisse seu desenvolvimento.

Para melhor acompanhar a estrutura do serviço de saúde pública do Estado do Paraná, apresentamos a cronologia abaixo:

- A saúde pública do Paraná começou a funcionar em 1892, com a denominação de Inspetoria Geral de Higiene, com o objetivo de fiscalizar o exercício legal da medicina, bem como a inspeção das condições de higiene nas principais cidades paranaenses. Esta Inspetoria foi transformada em repartição pública ligada à Secretaria dos Negócios do Interior, Justiça e Instrução Pública.
- Em 1918, a Inspetoria passou a chamar-se Diretoria Geral dos Serviços Sanitários do Estado. Era órgão ligado à Secretaria do Estado dos Negócios do Interior, Justiça e Instrução Pública. Nessa época ocorreu a criação e a expansão das casas hospitalares construídas com o fito de afastar os sãos dos contaminados.
- Em 1929, a Diretoria Geral dos Serviços Sanitários do Estado foi transformada em Diretoria Geral de Saúde Pública. Nesse momento, a Diretoria já contava com cinco departamentos: Departamento Administrativo, Departamento Hospitalar, Departamento de Profilaxia Rural, Departamento de Moléstias Venéreas, Departamento do Instituto Pasteur.
- Houve uma nova reestruturação em 1938, transformando a Diretoria em Departamento Estadual de Saúde. Nessa época foram criados os cinco

⁹⁵ RISTOW, op. cit., p. 122.

primeiros distritos sanitários do estado responsáveis pela aproximação entre os serviços de saúde do estado e dos municípios, com a instalação de subpostos de higiene em todo o estado.

- Em 1942, o Departamento Estadual de Saúde voltou a ser chamado de Diretoria Geral de Saúde Pública. Esta nova reestruturação teve como ponto positivo uma maior autonomia. Assim, a Diretoria ficava diretamente subordinada ao governador do estado, o que facilitou a administração e promoveu a liberdade com relação a muitas imposições políticas. Coube ao sanitarista Antenor Pamphilo dos Santos ter dado direção única aos serviços de saúde no estado.
- Em 1947, novamente são repensadas as diretrizes do serviço de saúde do estado e este passa a chamar-se Secretaria de Saúde e Assistência Social. A Secretaria foi dividida em vários departamentos, a saber: Departamento administrativo, Departamento de Saúde, Departamento Estadual da Criança, Departamento de Higiene Mental e Assistência a Psicopatas, Departamento de Assistência Social. O Departamento de Saúde, por sua vez, possuía várias subdivisões.

Em 1951 ocorre nova mudança e a transformação em Secretaria de Saúde Pública. Nesta época, a ênfase dos trabalhos recaiu sobre as Unidades Sanitárias, que foram consideradas as principais veiculadoras da ideologia sanitária do estado. Sob as normas previstas pelo código sanitário em vigor, estas Unidades consideravam que o ponto de partida das ações deveria ser o saneamento e a veiculação dos modernos conceitos de higiene pessoal e do meio.

As discussões sobre a construção do país sob os princípios de modernidade e progresso, discussões que permearam debates empreendidos em âmbito nacional desde o início do século XX, não haviam cessado na década de 1950, e se faziam presentes na intelectualidade do Paraná.

A crítica ao esquecimento, pelos governantes, das populações que habitavam os sertões e a convocação para que a administração pública estruturasse sua organização

política de forma a atender este contingente populacional foram bastante recorrentes no Estado do Paraná.

As dificuldades apresentadas como obstáculos para a atuação do governo paranaense junto aos habitantes do sertão e as soluções apontadas para a superação dos problemas sanitários também não se distanciaram muito do que era enfrentado na esfera nacional.

Devido aos inúmeros problemas que se apresentavam, e na tentativa de diminuí-los, foi ampliado o número de distritos sanitários. Esta divisão tinha por objetivo final o melhor controle das diversas regiões do estado, e estava firmado sobre o princípio de que era preciso dividir para melhor administrar. O intenso fluxo migratório para o Paraná na década de 1950, com a grande variação na densidade populacional, bem como a diferença entre os níveis culturais em cada região, foram fatores que determinaram a revisão no número de distritos sanitários.

Estes órgãos administrativos deveriam ser dirigidos por médicos sanitaristas, conforme o plano de regularização proposto pela direção do Departamento Estadual de Saúde Pública (carro-chefe da Secretaria de Saúde Pública), ao qual estava subordinada a Divisão dos Distritos Sanitários.

A partir dos distritos sanitários foram organizadas as Unidades Sanitárias, divididas em Postos de Higiene de 1ª classe, Postos de Higiene de 2ª classe e Subpostos de Higiene. Na capital, a divisão se deu entre Centro de Saúde e Postos de Higiene nos bairros.

A equipe profissional que compunha os Postos de Higiene era constituída, em tese, por um médico, um guarda sanitário e uma visitadora domiciliar. A função de visitadora domiciliar ganhava ênfase crescente na saúde pública da época, pois ela fazia a ponte entre o Posto e a população a que este assistia.⁹⁶

Para aperfeiçoar sua atuação, os médicos ligados à Secretaria de Saúde Pública necessitavam aumentar o número de pessoal especializado, como também instituir a padronização de suas atividades. Para tanto, a Secretaria acreditava ser preciso viabilizar cursos de formação para médicos, guardas sanitários e visitadoras domiciliares. Também passaram a desempenhar ações normatizadoras de combate às

⁹⁶ FERNANDES, op. cit., p. 38.

doenças transmissíveis, com as notificações, investigações laboratoriais, encaminhamento dos casos confirmados e uma cuidadosa investigação epidemiológica nos locais de origem.

A padronização das atividades seria alcançada caso conseguissem estender a todos os distritos sanitários as atividades e os serviços que se realizavam no Centro de Saúde de Curitiba, tais como: o Dispensário de Profilaxia da Tuberculose, da Lepre e das Moléstias Venéreas; o Serviço de Proteção à Maternidade e à Infância (incluindo aqui serviços de higiene pré-natal, puericultura, higiene pré-escolar e escolar, lactário, gabinete odontológico e consultório otorino-oftalmo-laringológico); o Serviço de Higiene dos Alimentos, de Doenças Transmissíveis, de Polícia Sanitária; e a já citada Visitadora Domiciliar.

A medicina pública, nos anos 1950, no Paraná, teve como características a assistência, o saneamento, o controle sobre o território e o desenvolvimento econômico. O meio físico e o meio social não se dissociavam nesta perspectiva; mas, ao contrário, complementavam-se, pois, ao mesmo tempo em que a teoria miasmática fora superada, a ênfase sobre as propriedades do meio em causar e em curar doenças ainda figurava nos discursos e práticas médicas.

O meio físico não saneado, conservando o característico agreste de sua origem, afastado do atendimento e do amparo exigidos, resultam, inegavelmente, num local repudiado, ao invés de constituir a Canaan sonhada, metáfora indispensável à continuidade dessa “marcha para o oeste” de que tanto se fala.⁹⁷

O neo-hipocratismo, uma concepção ambientalista da medicina que serviu como base epistemológica ao higienismo, sobreviveu nas práticas médico-sanitárias do Paraná. Ao seu lado, no entanto, o tratamento preventivo determinou a forma como se deram as intervenções, demonstrando que tais práticas se revelaram-se muito heterogêneas nos projetos de medicina social.

Ao acompanharmos os discursos médicos e políticos da época, percebemos que o governo estadual trazia para si a responsabilidade de organizar as atividades de saúde pública de todos os municípios. Havia, no entanto, quem discordasse de que a

⁹⁷ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. *Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1948 pelo senhor Moysés Lupion, governador do Paraná*. Curitiba, 1948.

União ou o governo estadual deveriam ser os maiores responsáveis pela organização de políticas e órgãos públicos para a área de saúde. Em conferência realizada na Secretaria de Saúde e Assistência do Estado de Minas Gerais, em 3 de agosto de 1956, por ocasião da sessão de encerramento da Semana do Sanitarista, o ministro da Saúde, Aramis Athayde, defendeu a municipalização dos serviços de medicina pública:

No campo da administração sanitária somos de opinião que os problemas gerais da saúde devem ser da competência municipal. Nem sempre temos sido bem compreendidos, e já houve, mesmo quem nos acusasse de desejarmos sacrificar mais os Municípios, retirando-lhes as atribuições da União, neste domínio. Nada de menos verdadeiro. O que defendemos é que as atividades de Saúde Pública devem ficar na dependência de quem mais tem de se interessar por ela. Os administradores eleitos pelo povo do Município devem sentir mais de perto as necessidades da população sob sua jurisdição, e cabe-lhes ver quais os problemas que merecem maior prioridade.⁹⁸

Na concepção do ministro, a municipalização dos serviços de saúde pública ajudaria a promover uma melhoria dos programas e a evolução na técnica de administração sanitária. As responsabilidades na “defesa da saúde do homem brasileiro” deveriam recair sobre as três esferas da administração pública, mas em primeiro lugar deveria caber ao município. Outra questão abordada pelo ministro eram as mudanças pelas quais estava passando a profissão médica.

O reordenamento da estrutura administrativa da saúde pública e sua incorporação pelo governo promoveram uma especialização inédita na carreira médica, delimitando bem a diferenciação entre os médicos clínicos e os sanitaristas. Esta diferenciação foi facilitada ainda pelas novas investigações no campo da economia e da demografia; a partir disso, a medicina passou a englobar outros ramos do conhecimento humano, exigindo dos profissionais maiores esforços e estudos.

Para o ministro, a saúde de uma população dependia de vários fatores, mas o principal é o de que a população produzisse o suficiente para dispor de recursos que possibilitassem aos cidadãos adequadas condições de vida.⁹⁹ Neste sentido, em sua perspectiva, um programa sanitário somente daria o máximo resultado com a rapidez

⁹⁸ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Serviço de Documentação. **Conferências pronunciadas em 1956 pelo ministro Aramis Athayde**. Rio de Janeiro, 1957.

⁹⁹ Idem.

do desenvolvimento econômico, ou seja, explicita-se um conceito de ciência médica aplicada ao desenvolvimento das sociedades e aproveitamento das riquezas.

O sentido da medicina como conhecimento social estava sendo relacionado à idéia de que a saúde, em seu conjunto, dependia, fundamentalmente, do desenvolvimento econômico das populações.

Em outro momento, o ministro Aramis Athayde retorna ao tema do desenvolvimento econômico para a elevação das capacidades do homem, ao observar que “o homem é o patrimônio fundamental da Nação” e que dele depende a sobrevivência nacional. Por isso, ele acreditava que seria necessário que o governo investisse em seus cuidados desde antes do nascimento, para que o homem pudesse “desempenhar sua função como cidadão e como trabalhador”.¹⁰⁰

A preocupação com o cidadão e o trabalhador, contudo, estava também presente nos discursos médicos veiculados no Paraná. Neste sentido, no atendimento à população, também se destacam ações de vacinações e a bioestatística. Esta última, considerada a “bússola da saúde pública”, foi uma preocupação tanto dos médicos quanto dos governadores.

Tais são, num resumo que visa destacar apenas os pontos máximos, algumas das indicações que lemos em nossa bio-estatística. Elas é que nos devem indicar os nossos programas de ação de saúde pública. Constitue necessidade fundamental de nossa vida administrativa, a criação do hábito de lermos nossas estatísticas, que nos custam um alto preço e tem sido até aqui quasi apenas um vistoso luxo.¹⁰¹

Identificamos aqui a vinculação da medicina e das políticas de saúde com a estatística. Nesta, o indivíduo, tomado como uma informação genérica, só interessa enquanto inserido nos dados mais globalizantes, como o registro das epidemias e das endemias. A necessidade de curar a população se relacionava também com o imperativo de contá-la, descrevê-la, enfim, conhecê-la, como condição de governabilidade.¹⁰²

¹⁰⁰ Idem.

¹⁰¹ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1948, op. cit.

¹⁰² Este termo foi utilizado por Michel Foucault para descrever um dado processo que se iniciou segundo ele: “Desde o século XVIII vivemos na era da governamentalidade. [...] a governamentalização do Estado foi o fenômeno que permitiu ao Estado sobreviver. Se o Estado é hoje o que é, é graças a esta governamentalidade, ao mesmo tempo interior e exterior ao Estado. São as táticas de governo que permitem definir a cada instante o que deve ou não competir ao Estado, o que é público e o que é privado, o que é ou não estatal, etc.; portanto, o

Números e estatísticas eram necessários ao controle político e ao conhecimento médico. A demanda de médicos proporcionalmente ao número de localidades, a quantidade de postos de higiene ou unidades sanitárias e sua classificação “segundo os princípios modernos” são saberes advindos de vários ramos da ciência. O Estado se apoderou destes saberes/conhecimentos e utilizou-os na formulação de seus projetos e de suas políticas e em suas diversas formas de intervenção sobre o corpo social. A instauração do campo médico como um tipo de ciência com técnicas e objetos delimitados cientificamente possibilitou certa cumplicidade entre ciência médica e política.

Médicos e governantes podem, assim, ser relacionados nas questões de saúde pública, através da formulação de projetos e de políticas de saúde pública baseados no saber dos primeiros e na aplicabilidade destes projetos e políticas pelos segundos.

A intervenção dos médicos enquanto representantes do governo, desempenhando a função de (re)formadores do corpo social, estendeu-se a âmbitos muito variados, desde a vigilância sobre a natalidade, a morbilidade, as incapacidades biológicas e os efeitos do meio sobre as pessoas até o desenvolvimento de políticas educacionais. Em decorrência da utilização pelo governo desses mecanismos de atuação sobre a população, a medicina solidificou sua influência e seu papel político.

O interesse governamental em reger a população, verificado no Paraná, estava embasado na idéia de intervenção positiva da qual fala Foucault.¹⁰³ Ou seja, podemos encontrar o governo do estado voltando suas atenções para o controle do crescimento populacional e de sua distribuição dentro do território, a intervenção em prol do aumento da taxa de natalidade, o incentivo ao aleitamento materno, a erradicação de doenças venéreas, o saneamento do meio, na melhoria das condições de moradia, etc.

A necessidade de conhecimento e de gerenciamento da população foi enunciada nos discursos e nas estratégias de atuação política de médicos e governantes

Estado, em sua sobrevivência, deve ser entendido a partir das táticas gerais da sua governamentalidade.” FOUCAULT, 1999, op. cit., p. 297.

¹⁰³ Para Foucault, o século XIX é marcado por um tipo de preocupação que se refere aos controles e às intervenções do poder no “corpo-espécie”, um poder revestido de positividade, já que é capaz de proteger a vida através do investimento político, por intermédio da medicina social. A esta intervenção do poder e do saber médico, Foucault denomina-a bio-política da população. FOUCAULT, 1999, op. cit., p. 292.

paranaenses da década de 1950, período no qual localizamos o maior impulso para a (re)ocupação das terras localizadas no extremo oeste do Estado do Paraná.

Diante dos fatos do cotidiano, e da crença dos médicos e dos governadores de que se fazia necessária a ingerência na qualidade de vida da população, os projetos e as políticas de saúde pública tinham em vista a criação de um corpo individual e social saudável. Para alcançar tal intento, o discurso médico-político determinou um vasto conjunto de ações, articuladas entre si, que previam o controle e a regulamentação da população e do território.

Neste percurso da constituição do campo de saúde pública no âmbito do governo do Estado do Paraná, pode-se observar uma vinculação com as idéias que embasaram o discurso sanitarista e que foram, de certa maneira, reinterpretadas e reutilizadas na constituição das propostas de ação que figuraram nos discursos e nos documentos da administração pública estadual. As considerações que apresentamos até o momento propõem discutirmos no próximo capítulo as propostas de intervenção no campo de saúde pública formuladas pelos administradores estaduais do Paraná, na década de 1950.

CAPÍTULO 2

EDUCAÇÃO SANITÁRIA E UNIDADES SANITÁRIAS NO INTERIOR DO ESTADO DO PARANÁ

O Estado do Paraná, nos anos 1930, encontrava-se sob intervenção federal, governado pelo interventor Manoel Ribas. O governo de cunho ditatorial apresentava uma centralização da maioria dos serviços públicos e do aparelhamento tecnoburocrático. Neste contexto, a coordenação dos serviços sanitários ficava a cargo do Departamento Nacional de Saúde Pública. Embora a saúde pública não fosse federalizada, o Departamento Estadual de Saúde trabalhava “em perfeita consonância com o Departamento Nacional de Saúde, acatando suas determinações e lhe prestando satisfação dos trabalhos realizados”.¹⁰⁴

Os serviços de saúde, na década de 1940, eram geridos apenas pelo governo estadual, devido à política centralizadora do Estado Novo. Durante a gestão de Manoel Ribas (1932-1945), os postos de higiene foram estendidos a quase todos os municípios do estado.¹⁰⁵

Para o sanitarista Jayme Drummond de Carvalho, as medidas tomadas para centralizar os serviços de saúde nas mãos dos departamentos estaduais, em última análise, iriam beneficiar o povo, muito embora, algumas vezes,

a população não seja dócil, rebelando-se a princípio contra certas providências, ao interpretar que algumas medidas determinadas pelas autoridades sanitárias sejam cerceadoras de sua liberdade individual ou contrárias a hábitos seus, antigos e arraigados, mas por vezes tão nocivos quanto a sua existência.¹⁰⁶

A saúde pública estava nesse momento voltada à prevenção. Nesse sentido, foram tomadas medidas de combate às doenças transmissíveis. Estas medidas contemplavam notificações, investigações laboratoriais e as investigações epidemiológicas nos locais de origem das doenças.

¹⁰⁴ FERNANDES, op. cit., p. 35.

¹⁰⁵ Idem, p. 42.

¹⁰⁶ Idem, p. 38.

Apesar do enfoque nas práticas preventivas, principalmente no controle das doenças transmissíveis, os postos instalados nas cidades paranaenses do interior seguiam prestando atendimento ambulatorial. Os sanitaristas consideravam, no entanto, que o combate às doenças transmissíveis e a educação sanitária eram as principais finalidades da medicina higienista.

A tuberculose, o sarampo, a coqueluche, as febres tifóides e a malária tinham alta incidência no Paraná, naqueles anos. As campanhas de vacinação e a investigação epidemiológica, entretanto, estavam se desenvolvendo timidamente e por isso seus resultados não eram satisfatórios e sua cobertura era considerada muito baixa.

Em âmbito federal, o período posterior a 1945, no campo da saúde pública foi marcado pela busca do desenvolvimento dos setores básicos da vida dos brasileiros. O plano SALTE foi a política que mais se destacou neste sentido. Este plano destinava-se a atender as áreas de saúde, alimentação, transportes e energia, tendo sido formulado no governo de Eurico Gaspar Dutra.

Em âmbito estadual, era verificado um vertiginoso aumento populacional, com a entrada de um grande contingente de migrantes que se dirigiram ao norte do Paraná e, posteriormente, para a região oeste do estado. Como resultado, houve a multiplicação de cidades nestas regiões, que se formavam descontroladamente, sem nenhuma estrutura minimamente necessária ou desejável.

O Departamento de Saúde, divisão constitutiva da nova secretaria, era o órgão mais importante e sobre o qual recaíam as atividades de maior relevância no campo da saúde pública no estado. Ocorre, no entanto, que

As interferências políticas se tornaram cada vez mais freqüentes e o controle dos serviços, progressivamente, mais precários. O contato com o nível federal já não era freqüente e havia uma enorme dificuldade em ampliarmos a integração com os níveis regional e local, que funcionavam quase à nossa deriva. Tudo isso somava-se à rápida e desordenada multiplicação dos Postos de Higiene, que iam sendo implantados, de qualquer forma, nas novas cidades florescentes em todo o interior do Estado.¹⁰⁷

As verbas recebidas do governo federal através do Plano SALTE eram dirigidas a tentar sanar, pelo menos amenizar, os problemas das unidades sanitárias. O objetivo das autoridades sanitárias, nesse momento, era tentar reverter o quadro de ineficiência

¹⁰⁷ Idem, p. 47.

e os obstáculos que a saúde pública paranaense tinha de enfrentar, se quisesse levar adiante seu desenvolvimento econômico.

Por esta razão, o governo paranaense, pelo menos em nível discursivo, propunha alterar a situação que, em muitos aspectos, se apresentava caótica, especialmente diante do cenário de grande mobilização populacional observado em algumas regiões do interior.

Na visão dos médicos sanitaristas e dos governadores paranaenses, os homens e os espaços considerados vazios precisavam passar por uma urgente transformação. Estas mudanças desejadas só se concretizariam quando ambos estivessem de acordo com o que eles acreditavam ser o modelo de homem e de espaço paranaenses ideais. Para tanto, delimitaram algumas vias que os levariam a atingir este objetivo; dentre as principais, destacam-se a educação sanitária e a criação de unidades sanitárias, que ajudariam a compor o aparato institucional de assistência às regiões interioranas.

Se as unidades sanitárias dependiam de um maior investimento financeiro pelo estado, o mesmo não se dava com a educação sanitária, que se configurou como o principal instrumento de atuação médico-política. Segundo os discursos da época, ela foi estendida a toda a população do estado através da articulação de múltiplos agentes, como a escola, os postos médicos e a própria família. Nesse sentido, compreender o papel atribuído e desempenhado pela educação sanitária pode nos ajudar a captar o significado que esses discursos assumiram no momento da (re)ocupação do oeste paranaense.

Outras orientações, entretanto, enfrentavam importantes limitações nas propostas de adequação dos órgãos estaduais ao órgão nacional. Destacam-se, entre estas, a falta de pessoal especializado em saúde pública para supervisionar as unidades sanitárias e a distância e dificuldades de acesso a muitas cidades recém-criadas, especialmente na região norte do Paraná, para onde migrou um grande contingente populacional, na maioria mineiros e paulistas, que passaram a trabalhar a terra, especialmente nas lavouras de café que se estenderam pela região.

Assim, as discussões que empreendemos neste capítulo dizem respeito às iniciativas de atuação propagadas pelos governadores paranaenses e pelos sanitaristas do Departamento Estadual de Saúde Pública do Paraná como sendo a forma ideal de

agir sobre o espaço e a população do interior do estado, principalmente sobre as novas áreas em processo de ocupação nos anos de 1950, como o oeste.

2.1 A EDUCAÇÃO SANITÁRIA COMO DISCURSO E COMO POLÍTICA PÚBLICA

A educação sanitária configurou-se como uma preocupação central nos discursos médico e político e foi uma das bases sobre a qual esteve assentado o movimento sanitarista. Os integrantes desse movimento, ao mesmo tempo em que acreditavam serem as doenças o principal obstáculo ao crescimento do país e à civilização dos sertões brasileiros, propunham que um dos caminhos da superação de tais problemas seria a campanha pelo saneamento, fundamentada, principalmente, na idéia de propiciar, antes de tudo, a educação para a população.¹⁰⁸

Na luta que objetivou preparar os indivíduos para a economia de mercado, juntaram-se duas metáforas correntes, a de que o Brasil era um “imenso hospital”¹⁰⁹ e a de que a educação no país era “a grande chaga nacional”. Neste sentido, cabia a nação o desafio de minimizar as seqüelas destas duas manchas que se confundiam: “a da doença do analfabetismo e a da debilidade física que não preparavam a população para a sociedade emergente”.¹¹⁰

A educação e a saúde foram marcadas, principalmente na primeira metade do século XX, por preocupações comuns. Lembrar os atores destes processos – educacional e de saúde pública – nas duas primeiras décadas deste século é, de certo modo, recuperar traços importantes que “marcaram nossas instituições, nossos sistemas de educação e saúde, e especialmente, é perceber os matizes em torno dos quais se orientaram as distintas propostas de se pensar a nação”.¹¹¹

¹⁰⁸ LIMA e HOCHMAN, 1996, op. cit., p. 252.

¹⁰⁹ Conforme discussão feita no capítulo 1.

¹¹⁰ BOMENY, op. cit., p. 24-39.

¹¹¹ Idem, ibidem.

Destaca-se, neste contexto, a figura de Belisário Penna, importante personagem político e social de seu tempo. Ardente defensor do movimento sanitarista, articulou, em sua produção intelectual, a saúde, o saneamento e a educação sanitária.

Duas cousas são indispensaveis ao pleno successo da campanha pelo saneamento do Brazil: a creação da consciencia sanitaria nacional e a educação hygienica do povo. A primeira consiste em levar aos espíritos de todos aquelles que têm uma parcella de poder, e ás classes letradas, em geral, a necessidade imprescindível, como base solida do progresso economico, moral e social do paiz, de pautar todos os seus actos no sentido de promover por todos os meios o estado de saúde collectiva, sem a qual não ha raça capaz, nem prosperidade possível, nem alegria, nem estímulo, nem moralidade, nem esforço productivo.¹¹²

Com estas palavras, Belisário Penna, em 1921, expressava a visão que a classe médica ajudou a difundir no Brasil, e que permaneceu até décadas posteriores, influenciando inclusive políticas e discursos voltados à (re)ocupação da região oeste do Estado do Paraná: a educação sanitária da população como via possível para resolver o problema da incorporação física, política e econômica do *hinterland* e, conseqüentemente, do Estado do Paraná nos planos nacionais.

Ao se considerarem as doenças como maior problema nacional também se elevava a ciência médica e as ações públicas à condição de intervirem e de transformarem o destino do país. Desta forma, as áreas rurais passaram a representar a maior fonte de preocupação dos médicos e dos políticos que desejavam sua incorporação efetiva e sua exploração econômica, sendo necessário retirar do povo as crendices e a ignorância – notadamente, as populações rurais, tidas como incultas e desprovidas do saber científico elaborado pela medicina e pelos médicos. Para estes, as crendices atrasavam o progresso nacional e contribuíam para a continuidade da degeneração do povo brasileiro.

A intervenção médica e estatal, de acordo com Belisário Penna, deveria atuar sobre o conhecimento das pessoas, para que interferisse sobre suas vidas e sobre o ambiente, criando condições para a mudança do padrão sanitário nacional, pois “a educação hygienica das populações do interior está inteiramente por fazer-se na quasi totalidade do paiz”.¹¹³

¹¹² PENNA, op. cit.

¹¹³ Idem.

O serviço de educação sanitária, a partir de então, passou a ser concebido como importante pilar sobre o qual repousavam os discursos médico e político. Segundo estes, era necessário saltar o abismo que existia entre as descobertas do campo científico e a vida cotidiana das pessoas. Com isso, a educação sanitária tinha um papel preponderante no modelo sanitário que foi posto em prática no Brasil, a partir da década de 1920. Este modelo defendia as ações em saúde a partir de uma rede de unidades de saúde locais e permanentes, pois acreditava-se que a técnica da educação sanitária era o instrumento básico das práticas médico-sanitárias.¹¹⁴

O modelo em questão foi implantado por Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, na primeira reforma sanitária, no período de 1920 a 1926. A implantação ocorreu segundo a imperativa necessidade da instalação das unidades de saúde local e permanente, mas também, da constituição de um quadro de profissionais que operasse de forma sistêmica junto à população. Nesta proposta de ação, a função de visitadora sanitária teria um papel fundamental a cumprir, como educadora sanitária.¹¹⁵

Como já apontamos, a questão do trabalho encontrava-se na ordem do dia dos discursos políticos, dado o objetivo de ampliação da produtividade e a conseqüente geração de riquezas. A visão moralizadora do conceito de trabalho comportava inflexões políticas que circulavam pelo interior da sociedade, afirmando a positividade do ato de trabalhar em argumentos de sua dimensão humanizante e regeneradora. Estes argumentos comportavam idéias como a de que “o homem se encontra no trabalho, nele ele deposita sua vida, seu espírito e sua humanidade”, ou que “o homem vale o que vale o seu trabalho”. A ação pedagógica, neste caso, era a “garantia da perfeição moral do ser humano, por seu concurso desenvolvem-se as regras de convívio e as relações de fraternidade entre si”.¹¹⁶ Os discursos que tinham o trabalho como foco também se constituíam em instrumento de legitimação de práticas excludentes, na medida em que essa é uma das atividades humanas mais exaltadas pelo regime de produção capitalista. Os considerados doentes ficavam excluídos do mundo do

¹¹⁴ MERHY, Emerson Elias. **A saúde pública como política**: um estudo de formuladores de políticas. São Paulo, SP: Hucitec, 1992. p. 48.

¹¹⁵ Idem, *ibidem*.

¹¹⁶ LENHARO, Alcir. **Sacralização da política**. Campinas, SP: Papirus, 1986. p. 87.

trabalho, pois eram caracterizados como agentes de transmissão ou de propagação de males físicos e morais e de comportamentos condenáveis; logo, representavam um perigo social. A crescente assistência e intervenção do governo sobre a população embutia a criação de melhores condições para a expansão do capital.

O discurso político e o discurso dos médicos sanitaristas diante das escolas tinham o intento de modificar o modo de ser das famílias através da educação dos filhos. O papel da educação, assim, incluía o desenvolvimento de habilidades, a melhoria dos hábitos e a formação do caráter do indivíduo, para conformá-lo aos interesses da sociedade. Embora indiretamente, a educação seria a força modificadora das instituições sociais, na medida em que cumpria a função de um melhor ajustamento dos indivíduos.

Passou a educação, assim, a ser o centro do esforço sanitário, transformando por completo a ação da higiene, que a princípio pretendia conseguir todos os resultados pela imposição, através das leis, de regulamentos e penalidades, levantando inúmeras vezes a opinião contrária do povo. Com o auxílio da escola, procura otimizar as normas de vida, por meio da criação de hábitos higiênicos, desde a mais tenra idade e esclarecer a população sobre a importância das medidas aconselhadas.¹¹⁷

Esta questão foi muito discutida durante os congressos brasileiros de higiene. O ponto alto das discussões

tendeu a privilegiar as disposições da educação moralizadora e domesticadora. Ou seja, os sanitaristas elegeram a criança como alvo de intervenção pedagógica objetivando hábitos e atitudes da população frente à doença. A criança seria o primeiro estágio da prática educacional em saúde cuja finalidade última seria atingir os padrões sanitários familiares.¹¹⁸

A higiene infantil partilhava da orientação da educação sanitária, na qual a mudança no comportamento do indivíduo acarretaria o decréscimo de seus problemas de saúde. A educação higiênica e sanitária, nos limites de suas atribuições, designava comportamentos desejáveis que fossem além do aspecto físico, a exemplo dos conselhos morais e da consciência cívica. Estes estavam sempre relacionados à formação ampla dos cidadãos e traziam em seu bojo mensagens com fortes conotações

¹¹⁷ OLIVEIRA, Marilice, op. cit., p. 96.

¹¹⁸ COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas urbanas e saúde pública**: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985. p. 67. Nilson do Rosário Costa afirma que o tema da saúde infantil foi nesses congressos um assunto de grande importância. Não foi focalizada, no entanto, a condição de vida e de trabalho da infância operária, que já aparecia em alguns pontos da legislação sanitária.

racistas e discriminatórias, que não destoavam do ideário político e dos paradigmas científicos do qual derivavam.

A educação sanitária para as populações rurais, conforme o sanitarista Augustinho Saldanha Loyola, deveria se constituir na atividade mais importante de uma unidade sanitária. A educação deveria, no entanto, abranger ainda a escola, cabendo aos professores e às autoridades escolares o papel de ensinar e de orientar os educandos para a obtenção de hábitos sadios.¹¹⁹ A defesa de que todas as fases da formação humana deveriam ser orientadas pela educação sanitária foi difundida por políticos e por médicos sanitaristas que acreditavam que, se todos cumprissem as normas impostas pela ciência, o desenvolvimento do país estaria garantido. Essas idéias gerais sobre a importância da educação sanitária para a formação de indivíduos sadios permaneceu por décadas, e vamos encontrá-las nas palavras do ministro Aramis Athayde, em 1956. Para ele, “A cada um é dado concorrer para essa defesa, criando-se pelos termos da educação sanitária, uma consciência coletiva, que conservará todas as energias indispensáveis ao engrandecimento do país”.¹²⁰

Esses discursos médico-políticos sobre educação sanitária, que circulavam no país há muito tempo, foram ajustados à realidade paranaense da década de 1959 e, como em períodos anteriores, ambicionou estabelecer os parâmetros do crescimento e do progresso nacional.

A penetração do *hinterland* já criou no sul do país e, de maneira bem característica, no meu estado natal – O Paraná – um clima de tão atuante produtividade, de tamanha mobilidade na circulação de riquezas, estimulando e dilatando as fontes de produção, que com toda a justiça podem os estudiosos apresentar esta região como um exemplo do muito que iremos conseguir nos próximos anos.¹²¹

O perfil social almejado por governantes e médicos sanitaristas correspondia à visão de uma sociedade moderna racionalizada pela ciência e apoiada na educação sanitária, educação esta tida como uma de suas mais eficazes estratégias de atuação. Para alcançar tal meta contavam com a participação de profissionais variados, que

¹¹⁹ LOYOLA, Agostinho Saldanha de. Pontos Básicos do Programa de um Serviço de Higiene Rural no Âmbito Estadual. **Revista do Departamento de Saúde do Paraná**, Curitiba, ano 3, n. 1 e 2, 15 dez. 1953.

¹²⁰ BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1957, op. cit.

¹²¹ Idem

adotaram os discursos médicos e políticos de educação sanitária e de saúde, discursos os quais deveriam ser dirigidos para as crianças já nos primeiros anos de vida.

A importância de se realizar a educação sanitária como estratégia de ação médico-política sobre a população orientou discussões e debates em âmbito estadual nos anos 1950. Nesse sentido, as relações entre saúde e educação eram fortalecidas, pois perdurava a crença de que, para melhorar os hábitos da população, era preciso resgatá-la da ignorância.

Nunca é demais bater-se na tecla sensível do descuidado problema educacional da criança patricia, que vive nos longínquos lugares do vasto *hinterland* do nosso Estado. [...] Não é admissível que um problema de tamanha magnitude, como o da assistência escolar às populações do interior, continue sem solução decidida e patriótica, por parte de nossos administradores.¹²²

Como é possível perceber no discurso do deputado estadual Lustosa de Oliveira, a educação, assim como a saúde, também fazia parte de um programa em que o conteúdo nacionalista encontrava destaque. Considerava-se, nesta perspectiva, que o desenvolvimento do indivíduo se tornaria o desenvolvimento da nação. Educar o indivíduo significava modificar-lhe o comportamento, para que ele pudesse atuar no processo produtivo capitalista, segundo o qual estava sendo pensado o Brasil. Lustosa de Oliveira prosseguia sua argumentação em torno da educação e da transformação dos jovens habitantes das áreas rurais paranaenses, tidos como peças essenciais para a transformação econômica do Brasil. Aludindo a discurso do presidente Getúlio Vargas, pronunciado em Porto Alegre por ocasião da conferência dos governadores sulistas, repetia argumentos que relacionavam assistência social à lógica de acumulação capitalista.

Afirmou o presidente Vargas, “combatemos o pauperismo! Sim, mas pelo processo que possa redundar na melhoria das condições de vida daqueles que estão dispersados na vastidão do território nacional e que necessitam de assistência social técnica, para poderem aumentar sua capacidade aquisitiva, integrando o homem brasileiro em sua extraordinária função econômica de homem-rendimento, homem-produção”.¹²³

¹²² OLIVEIRA, Lustosa de. Estadual. Discurso proferido na Sessão Ordinária de 19 de fevereiro de 1954. In: NA Tribuna Parlamentar (1954–1958). Guarapuava, PR: Gráfica Guairacá, 1954. p. 17.

¹²³ Idem, ibidem.

Discursos políticos desse tipo traziam explícita a valorização do desenvolvimento econômico acima da preocupação com a população. Nesse quadro, a concepção de educação adquire um significado muito mais profundo que a simples tarefa de ensinar a ler e a escrever aos habitantes do interior. Ela objetivou desenvolver a população não apenas mentalmente, mas também física e moralmente, segundo interesses políticos e econômicos. Com isso, fica perceptível que o homem e seu corpo estavam vinculados, nesses discursos, à lógica de mercado e à busca incessante pela lucratividade.

O progresso e o desenvolvimento do Paraná, na visão de seus governantes, significavam, basicamente, a ampliação da receita estadual via arrecadação de impostos decorrentes da venda das terras e do aumento da produção agrícola.¹²⁴ É isso o que aconteceria, caso fosse alcançada essa mudança do perfil social de seus ocupantes. A educação sanitária, neste aspecto, serviria como instrumento de capacitação de comportamentos e, em consequência, estabeleceria uma nova índole para o homem. Ela deveria recair e ser exercida sobre os distintos grupos sociais, mais notadamente sobre os mais pobres, sujeitando-os e evitando que se reproduzissem indivíduos desajustados. A saúde, assim, livraria a sociedade de vícios e de doenças e formaria um povo produtivo e eficaz. Ao ser vista desta forma, a atenção à saúde superava o campo da medicina e se alastrava pela sociedade, incorporando-se a especialidades como a pedagogia, a engenharia, a arquitetura, o urbanismo e a jurisprudência, dentre outras. Não apenas o governo, mas outros segmentos sociais apontavam para um necessário “investimento” sobre as pessoas, que se processaria pela educação sanitária.

Os discursos, tanto em âmbito estadual como federal, convergiam para a mesma idéia capitalista de intervenção, a exemplo do já citado deputado estadual Lustosa de Oliveira, para o qual: “Grande é a massa de trabalhadores, que se embrenham no sertão adentro, para a faina rude e diuturna do desbravamento da selva inculta, e ali ser encetada a batalha da produção, e, dessa maneira transformar nosso estado em verdadeiro e inesgotável celeiro”.¹²⁵

¹²⁴ TOMAZI, op. cit., p. 144.

¹²⁵ OLIVEIRA, Lustosa de, op. cit., p. 17.

Os cuidados e o controle sobre a saúde da população, nos discursos médico-políticos da década de 1950, foram definidos, estritamente, de acordo com as necessidades de manutenção e de reprodução da força de trabalho. Além disto, as medidas sanitárias atendiam a estimativas que levavam em consideração o prejuízo acarretado pelas doenças à produção, na medida em que trabalhadores saudáveis teriam maior produtividade. Ou seja, a todo o momento os discursos reiteram a idéia de que a saúde ficava sujeita às necessidades de reprodução do capital.

A mensagem do governador paranaense Bento Munhoz da Rocha Netto, no ano de 1953, demonstra esta preocupação:

A assistência sanitária às populações rurais constitue aspecto dos mais importantes, dadas as relações entre o estado de higidez e a capacidade de produção, tendo assim o trabalho das unidades sanitárias do interior um sentido altamente econômico, por contribuírem com sua eficiência para a valorização do capital humano.¹²⁶

Nesta cruzada em busca da melhoria das condições de saúde da população, a família também se constituiria em uma célula de ação, colaborando na introjeção dos bons hábitos de higiene que poderiam ser potencializados. Essa mobilização seria alcançada “através do cinema, do diafilme sonorizado e de palestras simples, mas educativas, que atingiriam cada vez maior número de pessoas, não se devendo deixar de envidar todos os esforços no sentido de captar a simpatia daqueles que são verdadeiros líderes da coletividade”.¹²⁷

Ainda que a escola e a família fossem apontadas como *loci* privilegiados para o incremento das ações de informação e de educação em saúde e em desenvolvimento de um modo de vida saudável, todas as ações com vistas à saúde e à educação sanitária deveriam estar submetidas à coordenação dos sanitaristas.

Mesmo em colaboração com as escolas, eram as unidades sanitárias que deveriam reunir todas as atividades relacionadas ao atendimento de saúde da população.

Do movimento, em qualquer local, não poderá ficar alheia a escola. É ali que se realizará o mais importante labor de profilaxia e de educação

¹²⁶ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. **Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1953 pelo senhor Bento Munhoz da Rocha Netto, governador do Paraná.** Curitiba, 1953.

¹²⁷ LOYOLA, op. cit.,

sanitária, procurando-se formar, com proveito, uma consciência de elevação física e mental nas gerações mais novas, com reflexos proveitosos nas gerações mais velhas. Devemos, sobretudo, ter em mente que apenas 46% da população a ser trabalhada é alfabetizada, para ilustrar a antiga e razoável afirmação que o sub-posto deveria funcionar junto à escola.¹²⁸

Aliás, nesta interação entre posto de saúde e escola, o médico Benoni Laurindo Ribas, referindo-se a debates ocorridos na Convenção Internacional de Higiene Rural, realizada em Genebra, em 1931, propunha:

Outras importantes atribuições poderão ser conferidas ao serviço das unidades maiores, muitas delas até ligadas a atividades dominantes, como a educação e controle de “curiosas”, anexados à Higiene Pré-natal, a merenda escolar, os cursos de férias para professores, os clubes de saúde, o sistema associativo entre pais e professores, supervisionados pelo serviço de Higiene Escolar, além de outros.¹²⁹

Discursos médico e político, no que se refere à educação sanitária, se mostravam concatenados. Na mensagem enviada à Assembléia Legislativa do Paraná, em 1948, o então governador do estado, Moysés Lupion, defendia que os órgãos distritais deveriam adquirir uma técnica que lhes permitisse mover as forças disponíveis do ambiente para suas campanhas de saúde pública, articulando-se com as escolas e demais grupos sociais organizados, procurando criar centros e associações com este mesmo objetivo, uma vez que:

nunca poderemos contar com um aparelhamento público, com um corpo de funcionários do Estado bastante para a imensa função que está atribuída e se deve esperar dos postos distritais de saúde. Sobretudo no que se refere à educação sanitária das populações do interior.¹³⁰

Os discursos médico-sanitários, políticos e pedagógicos, nesta perspectiva, se complementavam e se fortaleciam a partir de um ideal basilar: a educação em saúde. Para este fim, foram designados diferentes veículos, cuja função era divulgar os ideais higiênicos e sanitários considerados fundamentais no país.

O projeto desenvolvimentista, no qual a industrialização, a modernização e a racionalidade do cálculo econômico prevalecem, ampliou as discussões entre saúde e desenvolvimento, ainda que a saúde não ocupasse o mesmo lugar que ocupara nos

¹²⁸ RIBAS, Benoni Laurindo (Sanitarista). A Ação Sanitária no Meio Rural (Esbôço de Reestruturação para o Estado do Paraná). **Revista do Departamento de Saúde do Paraná**, Curitiba, ano 3, n. 1 e 2, 15 dez. 1953.

¹²⁹ Idem.

¹³⁰ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1948, op. cit.

discursos civilizadores do início do século XX. Entretanto, prosseguiram intensos debates sobre o custo econômico das doenças e dos doentes, na medida em que a expansão agrícola e a produtividade do trabalho, questões vitais para as práticas de governo na época, seriam as áreas mais afetadas pelas doenças.¹³¹

As construções discursivas que exaltavam a ação pedagógica sanitária contavam com o apoio de técnicos e de cientistas ligados ou não ao governo, como muitos sanitaristas, que não se furtavam a assessorá-lo na produção do novo perfil do homem paranaense. O trabalho em educação sanitária visava o aperfeiçoamento físico, intelectual e moral desse homem e, nesse sentido, a ação sanitária era tida como uma missão, por meio da qual se estava contribuindo para a formação de homens fortes, cultos e virtuosos, para o engrandecimento do Brasil e para seu nivelamento a nações economicamente mais desenvolvidas.

Para isso acontecer, o discurso médico-político da educação sanitária recomendava o abandono das práticas populares de cuidados com a saúde. Ou seja, defrontamo-nos com a questão das relações entre cultura popular e políticas estatais. na área de saúde, no Paraná, na década de 1950. Percebemos que as campanhas de educação sanitária estiveram acompanhadas de repressão às práticas populares de medicina, deslegitimando e expropriando da memória popular os conhecimentos a respeito do tratamento das doenças, a partir da imposição de um outro padrão de saúde preconizado pela medicina científica.

Sobre essa questão, Pedro Nava afirmou que os processos curativos do povo são parte de seu complexo cultural e marcam profundamente os grupos. Na medida em que são transmitidos de geração a geração, mantêm um caráter de imutabilidade e se assemelham às demais maneiras de vivência destes indivíduos, como a forma de preparo dos alimentos, seus sentimentos religiosos, suas manifestações artísticas, suas posições frente à morte. As práticas de medicina popular em relação à medicina dita oficial sofreram uma clivagem entre o simbólico, o irracional, o psicológico e o social

¹³¹ LIMA, Juliano de Carvalho. História das Lutas Sociais por Saúde no Brasil. **Trabalho Necessário**, v. 4, n. 4, p. 54, 2006.

– características da primeira, a popular – e os processos empíricos, a farmacopéia, o racional e o orgânico – características da segunda, a oficial.¹³²

Muito embora a prática da medicina oficial estabelecesse relação com vários campos do social, o discurso médico-sanitário pretendia restringir a doença ao aspecto orgânico, propondo a adoção de ações preventivas. Ao avançar sobre diversos campos do social (família, trabalho, costumes, etc.), a medicina encontrou um espaço privilegiado também na política. Nesse sentido, os médicos passaram a fazer a aproximação entre ações governamentais, conquistas técnico-científicas e população. Além de estabelecer o binômio saúde e educação como campo privilegiado da medicina social desde as primeiras décadas do século XX, eles também instituíram como espaços de atuação os projetos educacionais em saúde, junto aos postos de atendimento e às escolas.

Esta filosofia de saúde pública, na qual a educação sanitária ocupava lugar central, visava à higiene do pré-natal e às demais idades escolares, aproveitando os espaços escolares e a idade infantil como forma mais eficaz de implantar hábitos sadios, o que denota o caráter preventivo das ações médicas.

Os estabelecimentos escolares se configuraram em espaços privilegiados para a formação mais ampla dos cidadãos. Em todo o Brasil, idéias nacionalistas marcaram os projetos governamentais em diferentes áreas, e a saúde não ficou excluída desta característica. Nesse contexto, a educação sanitária obteve maior importância enquanto política pública devido à progressiva centralização e organização do sistema de saúde pública. Isso ocorreu como um prolongamento de ações empreendidas desde 1930, quando houve uma maior maturidade do Estado capitalista e a instalação dos órgãos de saúde e previdência.¹³³ Em larga medida entendemos que as mudanças institucionais que marcaram o primeiro governo de Getúlio Vargas moldaram as políticas públicas e o arcabouço jurídico responsável pela estruturação do sistema de proteção social que vigorou no Brasil até épocas recentes.

Foi, porém, apenas a partir da criação do Ministério da Saúde e das reformas empreendidas por Gustavo Capanema que a educação sanitária passou a compor o

¹³² NAVA, op. cit., p. 180.

¹³³ SILVA, Pedro Luiz de Barros. **Atenção à saúde como política governamental**. Campinas, 1984. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Universidade Estadual de Campinas, IFCM/UNICAMP. p. 31-32.

quadro de políticas públicas, ocasião em que este trabalho foi transformado em um Serviço Nacional. Com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, ocorreu o reconhecimento, no âmbito federal, de que a educação sanitária deveria figurar como atividade básica nos planos de trabalho. Assim, foi sobre os diversos profissionais, técnicos e auxiliares de saúde e educação que a responsabilidade das tarefas educativas passou a recair.¹³⁴

Instituições como o SESP ajudaram a solidificar a medicina científica junto à população, ainda que a tarefa de afastar as práticas populares não fosse plenamente cumprida. Assim, para se sustentar como saber absoluto, mesmo efetivando um considerável avanço e eficácia no tratamento de muitas doenças, a medicina oficial recusou e desqualificou tradicionais formas terapêuticas de cuidados com a saúde, realizando um duro combate às práticas que se distanciavam do modelo embasado nos princípios científicos. Reduzindo essas práticas ao epíteto de crendices populares, a medicina condenou qualquer iniciativa de tratamento que não ocorresse sob a orientação médica.

Com a constituição de ações sistemáticas, o governo adotou um conjunto de medidas profiláticas nas quais a educação sanitária ocupou lugar central, pois se desejava despertar o interesse e a atenção dos indivíduos para o “valor da saúde”.

A Divisão de Propaganda e Educação Sanitária, além de sua colaboração normal na imprensa diária e no rádio, com a divulgação de conselhos úteis, realizou um curso de atendente com a aprovação de 33 alunas e iniciou outro com 27 matrículas, com seu término previsto para fevereiro. Foi irradiado regularmente, durante os 52 sábados do ano, o programa radiofônico “Momento de Saúde”.¹³⁵

Como vemos, o sanitarismo aplicado às políticas de saúde na década de 1950, no Paraná, utilizou-se e revestiu-se do aspecto educativo. Seu caráter preventivo visou sanear e combater os problemas criados pela urbanização e também transformar os sertões. O esforço realizado pela educação compreendia seções de propaganda sanitária popular, através de rádio, de cinema, de jornal, de discursos, de cartazes, de

¹³⁴ MENDONÇA, op. cit.

¹³⁵ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. *Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1955 pelo senhor Antônio Annibelli, governador do Paraná*. Curitiba, 1955.

folhetos, de palestras e do emprego de programas, como o das visitadoras sanitárias. Estas, segundo os discursos da época, eram as verdadeiras educadoras de higiene.

Além dessa ação orientadora e de um melhor equipamento das Unidades de Saúde, torna-se também necessária, para um melhor funcionamento das Unidades de Saúde, a ampliação do quadro de visitadoras sanitárias. De fato, o Posto de Higiene não deve atender somente às pessoas que o procuram, mas deve estabelecer contacto direto com a família e o lar, constituindo para isso a visitadora sanitária elemento fundamental e um dos melhores auxiliares com que pode contar a direção de uma Unidade de Saúde, na execução de suas múltiplas atividades.¹³⁶

A expansão das ações educativas ultrapassou os limites dos órgãos de saúde, preparando as professoras da rede pública de ensino como agentes educacionais sanitárias, privilegiando a influência do contato humano em uma ação direta da educação em saúde. Por outro lado, não se perdeu de vista a ação indireta, na qual se utilizaram amplamente os meios de comunicação, como o rádio e o cinema.

A função de educadora sanitária era considerada essencial, tanto que, para colaborar nesta atividade, o governo investiu na iniciativa de formar profissionais de enfermagem para atuar na saúde pública como agentes de educação em saúde. A saúde pública convocou a ação das “enfermeiras visitadoras” para promover a educação em tríplice aspecto – físico, intelectual e moral –, objetivando a “higienização das massas”.¹³⁷ Na realidade paranaense, tal cargo não foi, contudo, exercido unicamente pelas profissionais da área de enfermagem, já que esta ocupação profissional não estava amplamente difundida na sociedade. Assim, jovens e senhoras, professoras, donas de casa, estudantes, foram treinadas para exercerem esta função tão valorizada enquanto forma de ação da saúde pública.

A educação sanitária, fator primordial para o bom resultado do trabalho de saúde pública vem sendo intensamente desenvolvida, quer sob a forma popular, quer sob a forma de aprimoramento técnico do pessoal, através da realização de cursos, como o da lepra, para guardas sanitários e atendentes, ou sob a forma de concessão de bolsas de estudo para cursos de especialização em assuntos sanitários.¹³⁸

¹³⁶ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1953, op.cit.

¹³⁷ GOMES, Fabíola Zioni; ADORNO, Rubens de C. F. Crescimento e desenvolvimento na prática dos serviços de saúde. Revisão histórica do conceito de criança. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 209, jun. 1990.

¹³⁸ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1953, op. cit.

A política de educação sanitária mostrava-se como um “postulado da razão”, uma necessidade impreterível, na qual estavam envolvidas parcelas importantes da sociedade, como professores, jornalistas, profissionais de áreas diversas da saúde e, acima de todos, médicos e governantes.

A Divisão de Higiene Escolar e Educação Sanitária, constituída de um corpo de professoras médicas, dentistas e educadoras sanitárias, organizou e regulamentou os seus serviços e, entre outras atividades, realizou um Curso de Educadoras Sanitárias, bem como de Higiene Escolar, fundou Clubes de Saúde nos grupos escolares, instituiu a Semana Anti-Alcólica e a Semana Anti-Tabagista, e realizou palestras por ocasião da Semana da Criança. Por sua equipe de educadoras sanitárias influi nas condições higiênicas do ambiente e do trabalho escolares e ministrou aulas de higiene do programa experimental adotado no ensino primário.¹³⁹

A atenção à saúde pública, já apontamos, estava relacionada a seu valor econômico. Assim, pregava-se sobre os investimentos no capital humano como condição fundamental para o desenvolvimento e o progresso das nações. Como um instrumento de transformação do corpo social, a educação sanitária deveria recair sobre a coletividade, visando responder às preocupações do Estado em transformar sujeitos em instrumentos do trabalho.

A educação sanitária tinha como meta, nesse contexto, singularizar um determinado perfil social através do convencimento da população em manter ou em adotar hábitos considerados saudáveis. Dirigia-se tanto a grupos quanto a indivíduos isolados, dependendo de onde e de como fosse desenvolvida: nas visitas domiciliares, em estabelecimentos escolares, em centros de saúde, entre outros.

Pode-se afirmar que a política de educação sanitária desenvolvida nesse período, no Paraná – como de resto, no Brasil –, esteve marcada por fortes componentes político-ideológicos, como o nacionalismo e a consciência cívica, que foram vivificados para compor os discursos médico-políticos sobre a saúde pública, que passou a ser vista como uma questão pedagógica, tão importante como a alfabetização. A higiene era o conceito central que orientava as políticas no setor, contribuindo para o fortalecimento de práticas preventivas. Esse modelo atravessou a década de 1930 e perdurou para muito além da década de 1950. As ações propostas

¹³⁹ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1955, op.cit.

nesta política contemplavam uma série de campanhas voltadas para o controle e o combate da peste bubônica, raiva, tuberculose, gripe asiática, febre amarela, e outras de caráter pedagógico, como as que foram dirigidas para a alimentação, Semana de Educação Sanitária, Semana Anti-Alcoólica, cursos de puericultura e exposições de educação sanitária.

Não obstante a força de convencimento presente nos discursos médico-políticos, a educação sanitária enfrentou problemas para se apresentar como prática científica, devido justamente ao caráter político-ideológico que o tema recebeu no período. A excessiva expectativa quanto aos resultados da educação sanitária, tida como tábua de salvação do país, também comprometeu sua avaliação, contudo sua adoção como política pública se fez acompanhar da emergência de novos profissionais no campo da saúde, dentre os quais se destacam as educadoras sanitárias.

Assumindo como eixo central a educação sanitária, a política de saúde pública paranaense recebeu, nos anos de 1950, um enfoque e uma atuação calcada, prioritariamente, na formação da consciência sanitária da população, sem deixar de lado, entretanto, outras práticas de profilaxia. A educação sanitária compreendia, naquele contexto, saúde, instrução e moral. Era sobre este tripé que se deveria alicerçar a atividade de todos os profissionais que atuavam na área. Como emissários da saúde, estes profissionais estavam incumbidos de ensinar, a todos e por toda a parte, os pontos básicos dos cuidados com a saúde.

Em decorrência disso, a medicina social assumiu um lugar estratégico, pois a produção de uma população saudável representava um grande passo em direção ao desenvolvimento do país. Ao lado da pedagogia, a medicina assumiu uma posição destacada, sendo vista como instrumento preferencial de transformação da sociedade. Constituindo-se como uma das mais eficazes estratégias de ação, as políticas em torno da educação sanitária estavam fundamentadas nos princípios da medicina social, do sanitarismo e, de modo muito marcado, do nacionalismo.

2.2 A SAÚDE PÚBLICA PARANAENSE E SUAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

A partir das primeiras décadas do século XX, a saúde pública no Paraná utilizou diferentes métodos de ação, desde o isolamento dos indivíduos doentes, passando pela educação dos considerados perigosos, até a imunização e a prevenção contra as diversas moléstias. Para melhor cumprir sua tarefa de intervenção sobre a população, o Departamento de Saúde do Paraná precisou ordenar seus diversos setores e racionalizar sua forma de atuação.

Em 1951, o médico sanitarista Salustiano Santos Ribeiro assumiu as funções de Diretor do Departamento de Saúde do Paraná. Formado pela Universidade do Paraná, atuou como médico na capital e no interior do estado, onde tomou contato com a realidade da vida da população que lá habitava. Em sua gestão à frente desse Departamento, o sanitarista dedicou-se a levar a cabo o que, a seu ver, seria a melhor maneira de atuação em Saúde Pública, ou seja, sua interiorização.¹⁴⁰ Para tanto, a organização de Distritos Sanitários foi uma das maneiras encontradas para assistir e educar as populações distantes da capital.

A organização dos serviços distritais foi tida como ponto relevante para enfrentar os problemas relativos ao funcionamento do Departamento de Saúde do Paraná, pois o Paraná, desde 1948, passou a contar com 120 municípios, quarenta a mais do que na década anterior, e foi dividido em 14 Distritos Sanitários.¹⁴¹

A partir da verificação, pelo governo e pelos sanitaristas do Departamento, de que os serviços sanitários municipais eram deficientes e não obedeciam a normas técnicas, foram convocados os municípios para um acordo mediante o qual o governo tomaria para si a responsabilidade das tarefas sanitárias, cabendo aos municípios participarem com 5% de sua receita anual para os cofres estaduais.

Assim, era relevante a organização dos Distritos Sanitários, que deveriam levar os serviços de saúde pública aos municípios através de uma rede de postos de saúde

¹⁴⁰ RIBEIRO, Salustiano Santos (Sanitarista). Sugestão para a Reorganização do Departamento de Saúde da Secretária de Saúde do Paraná. **Revista do Departamento de Saúde do Paraná**, Curitiba, ano 3, n. 1 e 2, p. 35-40, 15 dez. 1953..

¹⁴¹ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1948, op. cit.

subordinados a um órgão diretor, a Divisão de Serviços Distritais. Por outro lado, Salustiano Santos Ribeiro defendia que a Divisão de Serviços Distritais se transformasse em Divisão dos Serviços da Capital e Divisão dos Serviços do Interior. Esta última se constituiria de um Centro de Saúde do Interior, Postos de Higiene do Interior, Subpostos de Higiene do Interior e equipes volantes. Neste sentido, os postos locais passariam a ter um papel importante dentro das novas configurações propostas para os serviços de saúde pública.¹⁴²

Acreditando ser “a má política o maior fator de insucesso da Saúde Pública do interior”, Salustiano Ribeiro, como já foi exposto, propôs uma maior centralização na administração das unidades locais. Este fato viria a contrariar, de certo modo, a proposta do Ministro da Saúde, que defendia a descentralização administrativa dos serviços em saúde. Para Salustiano, era, porém, necessário encarar a realidade paranaense. A transformação das sedes de Distritos Sanitários em Centros de Saúde, bem como a orientação direta das Unidades Locais pela Divisão de Serviços do Interior, que contasse com um corpo de médicos itinerantes, capazes e em número suficiente, poderia, de acordo com o médico, remediar a situação.

Salustiano sugeria que os médicos, melhor remunerados e com dedicação exclusiva às funções de saúde pública, poderiam aplicar-se mais ao trabalho no interior, não esquecendo, também, que era preciso dotá-los de curso de aperfeiçoamento e de uma avaliação sistemática, no sentido de otimizar seu trabalho.

Uma outra questão levantada por ele era a influência dos políticos do interior sobre o trabalho médico nas unidades de saúde, o que, para o sanitarista, se constituía em fonte de muitas preocupações. Como solução a este problema, Salustiano defendia a implantação de um rodízio, em que os médicos teriam uma permanência máxima de dois anos em cada Posto de Higiene, e de um projeto pelo qual os médicos pudessem ascender até atingir um posto na Capital, o que poderia servir como estímulo para os servidores da saúde pública.

Salustiano dos Santos Ribeiro demonstrava preocupações também com problemas internos que confundiam e desorientavam as ações, como a realização de trabalhos que, sob seu ponto de vista, deveriam caber a Secretaria de Saúde Pública,

¹⁴² RIBEIRO, 1953, op. cit., p. 35-40.

mas que eram executados pela Secretaria de Educação. Exemplo disso foi a criação da Divisão de Higiene Escolar e Educação Sanitária, que ficava a cargo da Secretária de Educação e Cultura e não da Secretaria de Saúde Pública, e que, em suas palavras: “seria mais lógico ficar somente o Departamento de Saúde com a Higiene da Criança, desde o pré-natal até o escolar”.¹⁴³

Tal manifestação permite perceber o jogo de interesses pela detenção dos conhecimentos específicos que envolveu algumas áreas de intervenção política. Nota-se a preocupação do médico com uma possível perda de espaço de atuação na crítica que faz às outras secretarias e aos políticos locais. A subordinação direta ao governo do estado também era bem vista por ele, na medida em que facilitava a administração e libertava os médicos e suas práticas das imposições dos políticos locais. Com a divisão em Centros de Saúde, postos e subpostos de higiene no interior, não caberia aos médicos prestar conta de suas ações na esfera local, na medida em que cada uma destas células estaria ligada a um órgão interno do Departamento de Saúde, qual seja, a Divisão de Serviços do Interior.

A argumentação de Salustiano Ribeiro volta-se para o sentido de instituir diretrizes e normas para o estabelecimento de uma administração pública cujas ações fossem iluminadas pela ciência moderna, da qual emanava a experiência e o conhecimento dos médicos sanitaristas, os quais, por isso, passavam a ser reconhecidos como legítimos: “O mito da ciência tinha por que se fortalecer, e com facilidade encontrava ressonância entre intelectuais e homens ilustrados do Brasil de então. Trazia a novidade e a ‘força dos princípios salutareis, o rigor das fórmulas idôneas, a coerência das normas moralizadoras’.”¹⁴⁴

As políticas de saúde implementadas durante a gestão de Salustiano Santos Ribeiro tiveram nas ações empreendidas através dos Centros de Saúde seu eixo central. Os sanitaristas, nessa época, apontavam os progressos na profilaxia de várias moléstias, a aquisição de novos e modernos métodos de tratamento e a confortadora certeza de que grande parte dos males que corroíam a saúde podiam ser debelados

¹⁴³ Idem, p. 36.

¹⁴⁴ BOMENY, op. cit., p. 24.

pelas recentes descobertas da ciência, o que levava o estado a aproximar-se do propósito de atingir, através da saúde, a valorização humana e social.

Nos planos de assistência à saúde desenvolvidos pelos sanitaristas paranaenses figurava o uso das estatísticas econômico-sociais relacionadas com a saúde na organização sanitária, com o objetivo de unificar os programas que tinham em vista elevar as condições de vida da população em todo o estado.

Os estudos sobre municípios de fronteira e os novos municípios adquiriram elevada importância, pois, naquela ocasião, as regiões norte e oeste do Paraná, mais especificamente a última, passavam por uma intensa onda migratória, fato que se manteve durante toda a década de 1950 e adentrou alguns anos da década seguinte. Estes eventos marcaram o surgimento de inúmeras pequenas cidades e de núcleos populacionais, e, conseqüentemente, aumentaram os problemas sanitários que o estado já vinha enfrentando em outras regiões, levando à necessidade premente de melhor implementação dos serviços de saúde nestas localidades.

Os médicos itinerantes e as visitadoras sanitárias realizavam um inquérito da população rural, inquérito o qual ajudava a legitimar e a determinar o papel do corpo técnico especializado no combate às doenças, ou seja, a aceitação do conhecimento médico e da efetivação da ação pública junto ao indivíduo como a maneira mais racional e eficaz de atenção à saúde.

Nos questionários aplicados pelos sanitaristas e pelas visitadoras, os dados abrangiam informações diversas, como o número de homens e mulheres, suas ocupações, o consumo alimentar, e outras questões relativas a seu modo de vida. A partir destas informações, os sanitaristas poderiam detectar os problemas locais e definir as melhores formas de intervenção sobre eles.

Como já indicamos, as preocupações em torno da bioestatística não se limitavam à esfera estadual. O ministro da Saúde, Aramis Athayde, em conferência realizada no VII Congresso Médico, em Uberlândia, em julho de 1955, reafirmava a importância da bioestatística como estratégia que viria auxiliar as outras ações sobre os problemas de saúde, mas reconhecia serem insuficientes os avanços alcançados até aquele momento:

Infelizmente, não dispomos ainda de elementos de informações estatísticas que nos permitam um exato conhecimento do mapa nosográfico.

Aproveitamos, por esta razão, a oportunidade para fazer um apêlo aos médicos clínicos em geral e aos médicos de saúde pública em particular, no sentido de que procurem melhorar estatísticas sanitárias, elemento indispensável à planificação das atividades e das repartições incumbidas de estudar e dar solução aos problemas de saúde.¹⁴⁵

A despeito da importância conferida à bioestatística, foram diminutos, na década de 1950, os estudos e os inquéritos sanitários realizados no Paraná, sendo que os que raramente ocorriam dependiam mais da iniciativa individual do que da execução de um programa traçado pelo governo. Essa era uma situação reconhecida pelos governantes, que propunham alternativas para modificar tal realidade. O governador Bento Munhoz da Rocha Netto, no ano de 1953, demonstrava preocupação em sanar esta deficiência, através do estímulo à realização de estudos e de inquéritos. O governador apontava também para a criação de um órgão que agiria na elaboração e na aplicação destes inquéritos, visando também melhorar o nível técnico do pessoal componente dos quadros de saúde pública. Tratava-se do Instituto de Higiene, cuja finalidade seria:

Além da realização de cursos de especialização em Saúde Pública e preparo do pessoal auxiliar dos serviços sanitários, o estudo de questões científicas, pesquisas e inquéritos relativos à higiene e saúde pública. Com a futura criação do Instituto de Higiene, êsses inquéritos e estudos se tornarão mais fáceis, pois cabe ao referido órgão o planejamento e execução de inquéritos, pesquisas e estudos, no setor médico sanitário. Dêsse modo, já vem sendo planejada a realização de estudos e inquéritos, que possam contribuir para abrilhantar o XI Congresso Brasileiro de Higiene a se realizar em Curitiba, neste exercício, como parte integrante dos festejos do Centenário da nossa emancipação política.¹⁴⁶

Com o futuro Instituto de Higiene, o governo poderia aumentar os estudos técnico-sanitários para o conhecimento exato de determinados problemas, além de possibilitar novos estudos e pesquisas que viriam demonstrar que houve empenho dos governantes em melhorar a saúde pública no estado. Mesmo antes da criação do Instituto, já estavam, contudo, sendo realizados, naquele mesmo ano, os seguintes inquéritos: levantamento da incidência da brucelose; pesquisas sobre leishmaniose na região norte do estado; levantamento sanitário na região da Foz do Iguaçu; pesquisas

¹⁴⁵ A conferência foi pronunciada na data acima, porém o título da publicação é “Conferências pronunciadas em 1956”. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1957, op. cit., p. 60.

¹⁴⁶ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1953, op. cit.

sobre doença de Chagas; inquérito helmintológico no município de Ponta Grossa; inquérito alimentar em Curitiba; e um levantamento sobre o bócio endêmico, iniciado em alguns municípios do estado.

Não há informação acerca da criação do referido Instituto de Higiene durante toda a década de 1950, embora outros inquéritos e estudos tenham sido efetivados, como relata o governador Antonio Anibelli, ao citar os estudos sobre o bócio endêmico e sobre a situação higiênica dos municípios de fronteira, realizados através da Secretaria de Saúde.¹⁴⁷

Com a finalidade de aperfeiçoamento de pessoal, foram enviados cinco médicos sanitaristas e um guarda sanitário para estágio no Serviço Especial de Saúde, instituição considerada modelar e que tinha sede em Araraquara, no Estado de São Paulo. Também se procurou ativar o reinício da publicação do Boletim da Divisão de Bio-Estatística e Epidemiologia, boletim que se encontrava em atraso desde 1946.¹⁴⁸

Pode-se perceber que os administradores públicos e os sanitaristas, naquele período, relacionaram medicina e ciência social e atribuíam importância considerável às estatísticas demográfico-sanitárias que, sob seu ponto de vista, eram estudos que revelavam as influências dos fatores socioeconômicos, tanto na mortalidade como na morbidade. Nesta perspectiva, os estudos de medicina social confirmavam que as doenças variavam, de fato, em conformidade com o estágio de desenvolvimento socioeconômico das populações. Por esta razão, tinham muito impacto sobre os moradores das áreas mais remotas do interior.

A situação da saúde da população do interior, aliás, já era preocupação do médico Salustiano Santos Ribeiro, em 1951, quando se trabalhava com a reestruturação dos serviços de saúde do Paraná:

É gritante a desigualdade de trato, por parte da saúde pública, do habitante urbano e do rural. Não que isto constitua um desejo de quem dirige a Saúde Pública, mas dada a atual organização sanitária da maioria dos nossos Estados. Enquanto que o homem da cidade recebe todos os benefícios da medicina preventiva e curativa, o do campo vive à margem, sofrendo a consequência das Endemias Rurais, da falta de assistência médica, alheio aos conhecimentos dos modernos processos da agricultura; enfim, ignorando

¹⁴⁷ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1955, op.cit

¹⁴⁸ Idem

tudo que lhe possa trazer maior conforto físico e espiritual.¹⁴⁹

A estas dificuldades, juntava-se a falta de sedes próprias para as Unidades Sanitárias e de condições primordiais para seu funcionamento, como a presença dos próprios médicos. Estes fatores causavam a obstrução dos cuidados médicos tanto preventivos quanto curativos aos habitantes do interior.

As Unidades Sanitárias (ou Centros de Saúde), implementadas em 1950, tiveram fundamental importância nas práticas e nos discursos de saúde pública, na medida em que se constituíram em braços do governo nos mais longínquos rincões do Estado do Paraná. Em sua estruturação, foram levados em conta fatores como a necessidade regional, a população, a importância econômica da região e outras questões sociais.

A vantagem da interiorização das atividades de saúde pública, com o estabelecimento de Unidades Sanitárias Locais, na visão dos sanitaristas e dos políticos, foi que as mesmas passaram a ficar encarregadas da parte executiva dos trabalhos sanitários na área sob sua jurisdição. Da mesma forma, acreditavam ser vantajosa a polivalência dos serviços que executavam junto à população, em que estavam incluídas as campanhas contra as endemias rurais, vacinação, educação sanitária, mas também serviços médico-hospitalares mais simples.

As atividades desenvolvidas pelas Unidades não eram, contudo, idênticas em todos os lugares. Estes postos, ao que parece, foram conformados às necessidades apresentadas pelas localidades ou região onde foram implantados, conforme declara o governador Moysés Lupion:

Variará o tipo de unidade a ser construída em cada município. Contudo, não importa o tipo, desde que exista a característica da possibilidade de ampliação, conforme técnica sanitária prescreva ou problemas locais exijam. Para a maioria dos municípios, satisfaz o tipo de Postos de Higiene de 2ª classe, planta padrão da D.O.S., dada à natureza do trabalho executado. Tanto este tipo, como os demais do presente planejamento, possuem as característica de progressividade e flexibilidade exigidas. Aqueles municípios que, pela sua importância e fatores especiais de técnica, ficarem com a chefia dos distritos sanitários e, conseqüentemente, com a missão de superintender as unidades satélites de sua área, terão unidades tipo Centro de Saúde. É o caso dos municípios de Londrina, Jacarezinho, Ponta Grossa,

¹⁴⁹ RIBEIRO, Salustiano Santos. Unidades Sanitárias Móveis. **Revista do Departamento de Saúde do Paraná**, Curitiba, ano 1, n. 2, p. 40, 15 dez. 1951.

Irati, Paranaguá, Foz do Iguaçu e Curitiba.¹⁵⁰

As Unidades Sanitárias, a despeito das deficiências em seu número e em seu pessoal, prestaram, segundo o governo, valiosa assistência sanitária às populações, dentro de suas áreas de ação. Nelas, eram desenvolvidas atividades de saúde pública em caráter polivalente de ação, objetivando a melhoria das condições sanitárias e a resolução de inúmeros problemas locais na área de saúde pública. Não obstante a importância do local, na definição de suas atividades, as decisões técnico-políticas que diziam respeito às Unidades Sanitárias do interior ficava sob a responsabilidade da Divisão de Serviços Distritais.

A fim de melhorar o atendimento e o alcance das Unidades Sanitárias, o governo afirmava que seria necessária a construção de sedes próprias para muitas unidades que funcionavam em prédios alugados ou emprestados. Em 1950, segundo mensagem do governo, dos 80 municípios, 73 possuíam Unidades Sanitárias.

As dificuldades apresentadas no funcionamento das Unidades já eram relevantes na mensagem do governo, em 1948, que acreditava poder saná-las com a constituição de um órgão de fiscalização. Por outro lado, na falta deste órgão fiscalizador, o incentivo era para que as Unidades fizessem uso, em seu dia-a-dia, de um conjunto de instruções elaborado pela direção da extinta Diretoria Geral de Saúde Pública, além de um relatório a ser preenchido mensalmente. Embora carente de técnica e aparelhamento, as atividades desenvolvidas pelas Unidades Sanitárias, na visão do governador Lupion, eram satisfatórias, pois “ganhou-se em unidade, disciplina e em sentido técnico”.¹⁵¹

A construção de Unidades Sanitárias e as ações em educação sanitária foram as áreas de maior investimento do governo em relação à saúde. Em 1950, o número de novas Unidades havia crescido para 73 e esperava-se que, em poucos anos, se atingisse uma centena. Em dois anos, o governo do Estado do Paraná havia implantado 15 novas Unidades Sanitárias, o que demonstra o empenho e as expectativas que médicos e governantes depositavam nesses estabelecimentos.

O melhor funcionamento e equipamento das Unidades Sanitárias do interior

¹⁵⁰ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1948, op. cit.

¹⁵¹ Idem.

constitue um dos pontos fundamentais da atual administração sanitária do Estado, porquanto a essas células sanitárias, que são os Pósts de Higiene nas suas várias modalidades, cabe um importante papel, qual seja a parte executiva das atividades de higiene pública.¹⁵²

Notamos, desta maneira, que a década de 1950 representou um período de mudanças relevantes na área de saúde em relação a épocas anteriores. Este momento foi marcado pela tentativa de centralização dos serviços de saúde pública pelo poder estadual, que desejou se fazer presente em todo o território paranaense, por uma crescente expansão dos serviços. Nessa ação, as Unidades Sanitárias se configuraram nos melhores instrumentos.

Buscando a universalização dos serviços de saúde, o governo paranaense desejava que suas ações alcançassem os habitantes mais afastados, aqueles que não contavam sequer com a proximidade de uma Unidade Sanitária. A fim de atingir aquela parcela da população, o atendimento sanitário seria prestado por serviços itinerantes, as chamadas Unidades Sanitárias Móveis.

Estas unidades volantes poderiam, no entendimento dos sanitaristas e dos administradores, cobrir grandes distâncias, o que representava uma grande economia para o estado, quando este não possuísse recursos suficientes para manter postos em todas as sedes municipais: “apenas uma Unidade Sanitária Móvel poderá cobrir a área de cinco municípios, substituindo, portanto, o serviço de cinco Postos de Higiene, com um pessoal cinco vezes menor”.¹⁵³

A prática política e de racionalidade administrativa da saúde pública, nesse período em que o Paraná passou a receber um surto migratório considerável, deu ênfase à otimização da assistência à população do *hinterland*. A efetivação desta assistência, segundo esta proposta de atuação, teria nas Unidades Sanitárias Móveis seu veículo por excelência. Governantes e médicos sanitaristas apostavam na atuação dessas Unidades Móveis no intento de espalhar a ação médico-política sobre todos os recantos do estado.

Salustiano Santos Ribeiro informa que a idéia da criação destas Unidades vinha desde 1929. Uma lei daquele ano autorizava o Poder Executivo do Paraná a organizar

¹⁵² PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1953, op. cit.

¹⁵³ RIBEIRO, 1951, op. cit., p. 40.

“Postos Ambulantes”, com material adequado para o combate às Endemias Rurais, mas, de acordo com o sanitarista, foi apenas no mês de setembro de 1951 que ocorreu, no Paraná, a primeira experiência de levar, aos locais ainda não contemplados com nenhum tipo de posto de atendimento de saúde, serviços itinerantes de saúde pública. Essa ação pioneira constou de

imunizações em geral, saneamento, cuidando-se especialmente da habitação e alimentação; Educação Sanitária; Higiene Pré-Natal; Higiene Infantil, Higiene Escolar e Assistência Médica. Apesar do tempo reduzido em que atuou esta Unidade Sanitária Móvel, podemos dizer que seu resultado é animador. Podemos mesmo dizer que a experiência nos encorajou para organizarmos as Unidades Sanitárias Móveis que temos programado. Isto porque, os nossos habitantes da zona rural receberam muito bem o trabalho de saúde pública dessa natureza. Sentem-se amparados, ou melhor, protegidos pelas vacinas que recebem, adquirem confiança nos poderes públicos e vão aos poucos assimilando os ensinamentos que se lhes transmite através a equipe.¹⁵⁴

Para os administradores e sanitaristas, se esta prática fosse levada ao restante do estado, estas Unidades poderiam agir como elemento completivo do trabalho das Unidades Sanitárias estáticas. O trabalho desenvolvido pelas Unidades Móveis levaria à “valorização do capital humano, com reais benefícios para o estado”. Desta forma, consideravam que as Unidades Sanitárias Móveis desempenhariam um trabalho polivalente, realizando a saúde pública integral e cada uma cobrindo a área compreendida por um Distrito Sanitário. Segundo a proposta de Salustiano Ribeiro, um de seus defensores,

Uma Unidade Sanitária Móvel controlando as Doenças Transmissíveis; as Endemias Rurais; cuidando do saneamento, especialmente da higiene da habitação e alimentação, higiene Pré-Natal, Infantil e Escolar; executando a Educação Sanitária e Assistência Médica, como pontos básicos, será elemento de inestimável valia.¹⁵⁵

O sanitarista argumenta ainda que o regime de trabalho nas Unidades Sanitárias Móveis não deveria ser superior a 20 dias mensais, sendo que, nos outros dias do mês, a equipe deveria se dedicar à confecção de relatórios, ao descanso e ao reparo do veículo. Além disso, poder-se-ia atingir o objetivo do governo em se fazer representar nos lugares mais longínquos do estado. “Pouco a pouco, iremos recuperando o capital

¹⁵⁴ Idem, p. 39.

¹⁵⁵ Idem, p. 41.

humano da zona rural. Ao nosso ver, além da maior eficiência que se obterá com as Unidades Móveis, conseguir-se-á aumentar o prestígio da Saúde Pública, perante os habitantes das zonas onde elas atuam.”¹⁵⁶

Esta proposta de intervenção buscou aumentar a confiança do homem rural nos poderes públicos. Ao libertar-se dos gabinetes e alcançar a aplicação prática, as técnicas poderiam cumprir a finalidade normativa que se buscou implantar. Na visão dos sanitaristas, assim que os resultados aparecessem, a opinião pública seria favorável e aumentaria seu crédito não apenas nas ações médico-sanitárias, mas também no governo.

A atividade das Unidades Sanitárias Móveis favoreceria, de maneira expressiva, a população rural. Sob o ponto de vista dos sanitaristas e dos governantes, era longe das cidades que as endemias e a situação demográfica estavam minando o potencial produtivo dos indivíduos. Nestes locais, o poder central deveria fazer-se aparente, pois eram lugares em que, de acordo com o médico sanitaria Benoni Laurindo Ribas, “não se fazia sentida a tarefa de recuperação e dignificação do homem”¹⁵⁷.

Desta forma, seria fundamental efetuar a mudança necessária sobre aqueles espaços e seus habitantes, constituídos alvos de seus discursos e preocupações, na medida em que: “é nêsse setor que se torna mais necessária uma intervenção decidida, visando cercar de cuidados a saúde do trabalhador que aí moureja ao desamparo dos serviços públicos, o qual, no expressivo dizer de Borges Vieira, constitui ‘o cerne da nacionalidade’.”¹⁵⁸

José Teixeira da Silva, outro sanitaria do Departamento de Saúde do Paraná, também se mostrava de acordo com os comentários de seus colegas de departamento. Assim como os demais, reiterava o entendimento de que a falta de condições sanitárias do habitante das zonas rurais do estado transformava-o em empecilho ao desenvolvimento econômico do Paraná e proclamava a importância da se levar o saneamento a todos os habitantes do território.

Essa importância aumenta de vulto, pois afeta vitalmente a maior massa de habitantes de nosso país. Acresce, ainda, que o saneamento, tornando a vida

¹⁵⁶ Idem, ibidem.

¹⁵⁷ RIBAS, Benoni Laurindo. Unidades Mistas para a Zona Rural. **Revista do Departamento de Saúde do Paraná**, Curitiba, ano 1, n. 2, p. 19-21, 15 dez. 1951.

¹⁵⁸ Idem, p. 21.

rural mais saudável e atraente, levará maior número de pessoas a se dedicarem à agricultura e à pecuária, atividades essas, de grande valor econômico e financeiro para o Estado. Porém, já Lumsden em 1918, antigo Diretor de Saúde Pública dos Estados Unidos da América do Norte, dizia, que o problema da Higiene Rural é dos mais consideráveis e difíceis, que naquela época já vinha a Nação enfrentando.¹⁵⁹

O sanitarista também fazia a defesa dos serviços itinerantes de saúde pública, que viriam trazer com o tempo a melhoria das condições sanitárias das zonas rurais desprovidas das Unidades Sanitárias fixas. Em sua proposta, defendia que em cada área distrital trabalhasse uma Unidade Móvel, abrangendo como área de trabalho todas as zonas rurais subordinadas à sede. A Unidade Móvel trabalharia com a cooperação irrestrita do Centro de Saúde local e das Unidades Sanitárias a ele subordinadas, mas sempre sob a orientação da Divisão de Serviços Distritais.

Teria essa Unidade, conforme ele, muitas atividades; dentre as principais, podemos citar: o controle das doenças transmissíveis; o combate às endemias rurais; o combate à tuberculose; o combate à sífilis e as doenças venéreas; exames periódicos de saúde; higiene da criança, nutrição, educação sanitária, assistência médico-sanitária. A execução destas tarefas caberia a um pequeno grupo de profissionais, qual seja: um médico, se possível sanitarista, um laboratorista, um enfermeiro, um motorista. Na impossibilidade de contratação de todos estes profissionais, à guisa de economia na parte de pessoal, o enfermeiro poderia ser substituído por um guarda sanitário, que acumularia também a função de motorista, desde que tivesse aptidões para tanto.

O plano de trabalho a ser desenvolvido por esta equipe deveria se apoiar principalmente nos estudos e na verificação *in loco* das zonas rurais, e na bioestatística, e ser realizado onde as necessidades fossem mais prementes sob o ponto de vista médico-sanitário, para que assim fosse realizado um trabalho sistemático nessas zonas. Assim, caberia às Unidades Móveis realizarem preliminarmente um levantamento estatístico do grau de incidência das endemias rurais, por meio de exames de amostras representativas, com discriminação dos índices endêmicos e de transmissão. Em seguida, realizado o levantamento, dividirem o município em áreas,

¹⁵⁹ SILVA, José Teixeira da (Médico sanitarista). Serviços Itinerantes de Saúde no Interior do Estado. **Revista do Departamento de Saúde do Paraná**, Curitiba, ano 1, n. 2, p. 32, 15 dez. 1951.

de acordo com a proximidade das residências dos doentes em relação à Unidade Sanitária local.¹⁶⁰

Outra proposta para solucionar os problemas, principalmente nas novas cidades e povoados que estavam surgindo no Paraná em 1950, foi a transformação dos Postos de Higiene em Postos Mistos. Como nestas novas áreas de povoamento não havia hospitais, as dificuldades para o atendimento de saúde se avolumavam. A proposta foi a de oferecer assistência hospitalar conjuntamente aos demais trabalhos que já eram de responsabilidade dos Postos de Higiene. Os Postos Mistos contavam com duas enfermarias, destinadas a atender doentes com casos agudos; possuíam de 8 a 12 leitos, e foram instalados em quase todos os municípios paranaenses de acordo com a informação do governo¹⁶¹.

Essa foi uma solução apresentada para resolver problemas que vinham surgindo com o aparecimento desordenado de cidades. Na esteira das ondas migratórias que a cada dia chegavam ao estado, era necessário delegar novas atribuições aos postos ou unidades de saúde, pois as condições estavam dificultadas pela falta de médicos e de hospitais nos municípios em processo de (re)ocupação.

Municípios há que, em virtude de razões médico-sanitárias, tipo de população e demais problemas, devem ser dotados de unidades tipo Postos Mixtos. Nestes Postos Mixtos, ao lado do problema sanitário, é atacado o problema de pura assistência médica com internamento. É o caso do município de Sertanópolis, que tem no planejamento a dotação para um posto mixto de 1ª classe, de custo provável de Cr.\$ 450.000,00.¹⁶²

O problema maior deste tipo de instalação residia na carência de equipamentos e de pessoal especializado, devido à falta de verbas para dar continuidade ao trabalho. Mesmo que houvesse repasse de verbas para a criação dos postos, tanto por parte do governo estadual como em nível federal, o mesmo não ocorria para sua manutenção. Estas Unidades contavam com cozinha e lavanderia, além da já citada instalação hospitalar, o que levava à necessidade de um maior número de funcionários e as tornava mais onerosas do que os postos simples. Enquanto um posto simples custava aos cofres estaduais Cr\$ 120.000,00 em média, os Postos Mistos, como o governo

¹⁶⁰ Idem, ibidem.

¹⁶¹ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1948, op. cit.

¹⁶² Idem

informava, possuíam custo muito superior. O governador Moysés Lupion, em 1948, defendia, contudo, um “grandioso” plano de saneamento que atenderia todo o estado, cujo custo estimado era de Cr\$ 100.000, 00.

Atente-se, no entanto, para o fato de que os antigos Postos de Higiene já trabalhavam de forma precária, com funcionários mal remunerados e mal preparados. Esse pessoal, muitas vezes sem maiores qualificações para o trabalho, resignava-se a repassar à população as instruções que recebiam dos médicos que esporadicamente visitavam os postos. Os Postos Mistos, ao contrário do que se esperava, aprofundaram tais carências e por isso não receberam crédito como política pública no governo seguinte, de Bento Munhoz da Rocha Netto.

De acordo com este dirigente, em seu governo, a saúde pública estadual novamente voltou suas ações e esforços mais aos ideais e aos programas sanitários de ordem preventiva do que a prática curativa que se propunha a exercer nos chamados Postos Mistos.

Pelos dados que registro, a seguir, verão vv. Excias. o empenho dessa Secretaria, no decorrer do ano de 1952, de dar maior amplitude ao seu programa de prevenir as doenças e melhorar o estado de saúde da coletividade, tendo em vista que a assistência sanitária, ao lado dos cuidados médicos, é especialmente importante em países como o nosso em que a maior parte da população, sobretudo a rural, reclama essa cooperação dos poderes públicos.¹⁶³

Um dos principais instrumentos de intervenção do governo sobre a sociedade seriam as Unidades Sanitárias, que foram consideradas como a base da organização sanitária que se implementava. Seriam elas os organismos de aplicação da medicina social moderna. Dentre suas funções, destacamos: o estudo do meio ambiente, do padrão de vida e dos hábitos alimentares da população; o convencimento e a colaboração da população para a aceitação das medidas profiláticas; a avaliação dos progressos sanitários; a investigação sobre a incidência de moléstias, seu curso e propagação; a aplicação das medidas de ordem geral de saneamento; o desenvolvimento na população da responsabilidade pela saúde (educação sanitária); a coordenação dos esforços de ordem médica e social. Nesta concepção, caberia às

¹⁶³ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. *Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1952 pelo senhor Bento Munhoz da Rocha Netto, governador do Paraná*. Curitiba, 1952.

Unidades Sanitárias uma ação educativa e preventiva, não uma ação curativa: para a medicina social e para a higiene moderna, mais valia evitar a doença do que curar os indivíduos.

Na direção das medidas preventivas estava uma série de políticas que expressaram, no período, o modelo de ação médico-sanitária mais utilizado. Educação sanitária, bioestatística, Unidades Sanitárias representaram, em boa medida, os fatores tidos como primordiais do trabalho de saúde pública, mas não foram os únicos, pois junto a estas políticas podemos assinalar também o desejo de criação dos Conselhos de Saúde.

Em 1953, o governador Bento Munhoz da Rocha Netto propôs, à Assembléia Legislativa, a criação de Conselhos de Saúde nos municípios. Estes Conselhos, de acordo com o governador, tinham o propósito de facultar, à Secretaria de Saúde, elementos que colaborassem para um melhor desempenho de suas atividades. Sua criação era justificada por serem considerados órgãos de cooperação e consulta, que tinham como eixo central a otimização do ideal sanitário, facilitando, desta maneira, a ação em saúde pública nos municípios através do amparo aos trabalhos realizados pelos órgãos locais.

Os Conselhos de Saúde deveriam ligar-se estreitamente ao trabalho desenvolvido pelas Unidades Sanitárias. Destinados a colaborar com o poder público na solução de problemas sanitários regionais, eles deveriam também fazer a ponte entre as ações públicas e as iniciativas privadas de atenção à saúde.

Os componentes do Conselho, de acordo com o governador, deveriam ser o médico da Unidade Sanitária local, membros do Executivo, do Legislativo e da Magistratura dos municípios, um representante da Igreja, da classe médica, de órgãos de assistência ao trabalho rural, das instituições filantrópicas e assistenciais e do comércio e da indústria. Apontou-se ainda para a possibilidade do estabelecimento de convênios com as prefeituras municipais, mais especificamente as que estavam com maiores problemas sanitários, porém o projeto de implantação dos Conselhos não se restringia aos locais mais carentes da assistência sanitária, pois visualizava-se sua incorporação a cada município paranaense.

As ações políticas para a área de saneamento e saúde como um todo possuem significados importantes quando vistas sob a perspectiva de vitrine pela qual o governo se dava a conhecer longe de seu centro administrativo, ou seja, o interior, mais especialmente nos lugares descritos como sertões. Nestes lugares, onde o Estado era pouco percebido, o governo pretendeu demonstrar que possuía a competência para provocar mudanças estruturais significativas, agindo para o melhoramento das condições de vida na esfera local. Assim, o Estado atribuía a si a responsabilidade na promoção de uma nova forma de relacionamento com estas sociedades, embora muitas vezes estas políticas fossem altamente discriminatórias, sobretudo no que se referia aos mais pobres e distantes, que “adoeciam por ignorância”. Como afirma Lindolfo Fernandes, o discurso institucional, ao fazer este tipo de redução, negligenciava as condições estruturais geradoras e conservadoras da pobreza, bem como desconsiderava o saber e a cultura popular.¹⁶⁴

Muitos projetos em saúde pública ficaram reduzidos a idéias que não tiveram concretude. Em grande parte, as questões sociais, particularmente as de saúde, que se apresentaram na década de 1950, representaram a continuidade dos problemas de épocas anteriores, embora recebessem, neste período, um tratamento que as elevou a questões políticas principais. Isto exigiu a execução, por parte do governo estadual, de múltiplas frentes de atuação, como, por exemplo, a criação de novos órgãos para seu enfrentamento.

Com a necessidade de responder rápida e efetivamente aos problemas que se impunham, muitos dos quais devido ao vertiginoso aumento populacional, as políticas preventivas representaram o eixo central de desenvolvimento dos trabalhos em saúde pública no estado. Coube à Secretaria de Saúde estadual a responsabilidade de manter em boas condições o trabalhador e o espaço rural.

As indicações de que a atividade médico-sanitária deveria estar voltada mais aos aspectos sanitários e às ações preventivas eram a maneira considerada mais moderna de atuação. Tanto assim era que alguns estados brasileiros, em seus respectivos textos constitucionais, inseriram artigos de Política Sanitária, em obediência à moderna prescrição de se praticar medicina preventiva intensa; porém,

¹⁶⁴ FERNANDES, op. cit., p. 50.

aconselhava-se o médico sanitарista a não se furtar ao atendimento clínico à população.

As construções discursivas produzidas pelos médicos sanitарistas e governantes paranaenses tinham o objetivo de estabelecer e sustentar uma gama de práticas normativas e preventivas nas quais a educação sanitária e a criação de Unidades Sanitárias se destacam como estratégias privilegiadas para a transformação do espaço rural do Estado do Paraná. Nestes mesmos discursos, produção e população aparecem articulados e dependentes e, na medida em que os índices demográficos de algumas regiões do estado eram baixíssimos, cumpria ao poder público facilitar a entrada de migrantes.

Dêsse modo, grandes são as responsabilidades da Secretaria de Saúde Pública, notadamente nesta fase de intenso progresso que atravessa o Paraná, motivando a afluência de patrícios de todas os recantos do Brasil, circunstância que nos trouxe o imperativo dever de impedir a queda dos índices sanitários das nossas populações, em consequência da constante chegada de elementos de menor nível educacional e sanitário.¹⁶⁵

Tanto por parte dos médicos sanitарistas quanto do governo foi estruturado um conjunto de falas sobre o processo de (re)ocupação das regiões consideradas sertão. A referência ao surgimento de diversos problemas sociais decorrentes da migração levou à idéia de ampliação da ação do governo. Os cuidados com a saúde e o saneamento foram alvos efetivos desta intervenção, a partir da constatação da queda dos padrões sanitários do Paraná.

No discurso sobre saúde pública estava assentado o posicionamento do governo em face da chegada do “outro”. Agir sobre a recuperação dos padrões de saúde significou definir práticas de saneamento que, muitas vezes, foram além da adoção de um conjunto de medidas profiláticas, mas que envolveram discursos, instituições, criação de órgãos e outras medidas administrativas voltadas a este projeto. A regulamentação e o fluxo controlado da entrada de migrantes no estado representou, para os governantes, uma via para pôr em prática o modelo sanitário desejado, com a consequente fixação em seu território de colonos considerados aptos a transformar os sertões paranaenses em terra produtivas.

¹⁶⁵ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1953, op. cit.

A queda dos padrões de saúde no estado foi relacionada à entrada no Paraná de contingentes populacionais variados, sendo que, destes, os nordestinos foram considerados como os mais “perigosos”. Para o governador Moysés Lupion, as endemias rurais vivenciadas no estado resultavam do

rápido desenvolvimento de nosso Estado e conseqüentes em grande parte da maior afluência de grupos populacionais de outros estados da União, principalmente no último ano, com grandes levas de nordestinos [...] recebemos estes irmãos do Nordeste, embora sabendo que nossos problemas surgiram sob o ponto de vista sanitário.¹⁶⁶

Tal juízo de valor, além da questão do preconceito, a conformação com uma política nacional, que desejava abrir caminhos para a expansão do capital gaúcho, o qual, entendia-se, “poderia contrabalançar a influência econômica e política do Estado de São Paulo”¹⁶⁷.

Muitos foram os obstáculos ao funcionamento dos serviços públicos nas Unidades Sanitárias do interior, especialmente nas novas cidades. Obstáculos também não faltaram para a efetivação das ações de educação sanitária, contudo as pretensões do governo paranaense em torno de uma política de saúde foram expressas e reiteradas em diversas ocasiões.

Assim, as discussões empreendidas no próximo capítulo propõem compreender as relações que as políticas de colonização e as políticas públicas de atenção à saúde mantiveram naquele momento, o que nos pode ajudar a perceber o peso relativo das realizações dos programas de saúde e em que medida estas se materializaram ou permaneceram apenas no nível discursivo

¹⁶⁶ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. *Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1959 pelo senhor Moysés Lupion, governador do Paraná*. Curitiba, 1959.

¹⁶⁷ WACHOWICZ, Ruy Christovam. *Obrageros, mensus e colonos*. 2. ed. Curitiba, PR: Vicentina, 1987.

CAPÍTULO 3

A (RE)OCUPAÇÃO DO OESTE PARANAENSE SOB O AUSPÍCIO DO SANEAMENTO

A recente história da região oeste do Paraná registra algumas peculiaridades que podem ser evidenciadas a partir do processo que desencadeou sua ocupação por agricultores brasileiros. A partir dos anos 1930, a apropriação do espaço e a organização do território tornaram-se fundamentais para a consolidação das fronteiras nacionais e configurou-se como um projeto político do primeiro governo de Getúlio Vargas. Esta preocupação persistiu e adentrou a década seguinte, quando, no pós-guerra, juntou-se a necessidade da inserção da economia brasileira no mercado mundial, tornando-se um dos desafios para a prática governamental. A resolução dos impasses e dos obstáculos que impediam o país de participar mais ativamente no mercado internacional ocorreria mediante o ajuste da produção agrícola (principal fonte geradora de riquezas no Brasil) às demandas desse mercado. Diante disso, a exploração agrícola das regiões tidas como abandonadas foi considerada uma das vias para aumentar a participação brasileira no mercado mundial. A relação entre estes fatores desencadeou um significativo processo migratório, cujo resultado mobilizou um capital humano considerável, além de tornar as políticas públicas um imperativo da governabilidade naquele momento.

O Paraná, na década de 1950, enfrentava problemas similares aos que se observavam em âmbito nacional, dentre os quais aqueles que se referiam à expansão populacional. A área cafeeira paranaense, responsável pela ocupação das regiões norte e nordeste nas décadas anteriores, expandia-se para o nordeste. O oeste do estado figurava nos planos governamentais como um núcleo de atração populacional com vistas à formação de minifúndios coloniais.¹⁶⁸ Apesar de grandes movimentações que se observavam no estado, Valfrido Piloto, escritor paranaense, divulgou na imprensa, no ano de 1947, um artigo no qual denunciava que mais da metade da área

¹⁶⁸ ROCHA NETTO, Bento Munhoz da. **O Paraná**, ensaios. Curitiba, PR: Farol do Saber, 1995. p. 65.

do Estado do Paraná encontrava-se em situação de isolamento e abandono. A principal causa, segundo ele, residia na falta de estradas, na falta de mão-de-obra e na desorganização dos serviços públicos. A região norte do estado passava por um processo a que ele chamou “desparanaensização”, em virtude do predomínio de paulistas que se fixaram naquela região. O oeste do Paraná, por outro lado, registrava um grande número de estrangeiros entre seus habitantes. Tal situação tornava o interior do estado motivo de muitas preocupações.¹⁶⁹

Com grande parte de sua população concentrada em número relativamente reduzido de localidades, estas distribuídas por zonas entremeadas por grandes áreas desabitadas, a ocupação destes espaços, através da migração, aparecia nos discursos políticos e intelectuais como solução a muitos problemas que o Estado do Paraná vinha enfrentando.

O discurso médico-político sobre saneamento, que, desde o início do século XX marcou os debates sobre a elevação do Brasil à condição de país desenvolvido, também foi dirigido ao processo migratório pelo qual passou o oeste do Paraná a partir do final dos anos 1940. Nos anos seguintes, continuaram a ocorrer no Paraná sucessivas ondas migratórias que se dirigiram a (re)ocupar aquela região do estado. Dessa colonização resultou o aumento de sua população e o surgimento de inúmeras cidades. As intervenções médico-políticas sobre aquele espaço e a população ali instalada foram vistas, naquele contexto, como dever administrativo em favor do desenvolvimento e do progresso, não apenas da região oeste, mas de todo o Paraná.

A demanda social por políticas públicas que atendessem às dificuldades surgidas a partir destas movimentações dentro do estado fez com que os problemas médico-sanitários passassem a compor o rol dos assuntos políticos. O sanitarismo passou, então, a compor o quadro das intervenções administrativas em saúde, devido, prioritariamente, à atuação e à direção que eram dadas pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em âmbito nacional.

Fortaleceram-se, dessa maneira, ações centradas na educação sanitária e no esforço para a formação de Unidades Sanitárias em cada município paranaense, que,

¹⁶⁹ VAZ apud Pilotto, op. cit., p. 208.

dentro de suas limitações, passaram a reproduzir as formas de atuação prescritas pelos Centros de Saúde e definidas pela Secretaria Estadual de Saúde.

Saneamento, saúde pública e colonização do oeste paranaense fizeram parte dos discursos médico-políticos e foram tratados como assunto de primeira ordem. Nesse sentido, foram sugeridas políticas públicas e construídos pontos de vista, imagens e idéias nos quais estes elementos estavam relacionados. A noção de oeste paranaense, construída por médicos e governantes, como espaço que carecia de intervenção, porque desabitado e insalubre, foi discutida, debatida e utilizada sob diferentes perspectivas e pelos mais variados agentes sociais, seja no interior de instituições ligadas ao aparato estatal, em outras organizações sociais e também entre habitantes e dirigentes da própria região.

O processo de ocupação de terras no oeste paranaense, na década de 1950, ajuda-nos a compreender o alcance e os objetivos dos discursos e das práticas médico-políticas que mobilizaram sanitaristas e governantes em torno do tema da saúde pública e do saneamento.

A colonização na região oeste do Paraná efetivou-se mediante a ação de várias companhias colonizadoras, dentre as quais cabe citar a Companhia Madeireira e Colonizadora Rio Paraná S/A (Maripá), a Pinho e Terras, a Industrial Agrícola Bento Gonçalves Ltda., a Colonizadora Gaúcha Ltda., a Colonizadora Matelândia Ltda. e a Colonizadora Criciúma Ltda. Centraremos nossa atenção na atuação da Maripá, considerada uma das empresas que alcançou maior destaque e que obteve os melhores resultados no que tange ao desenvolvimento de projetos de colonização.¹⁷⁰

A questão da apropriação das terras no oeste do Paraná relaciona-se à ação destas empresas dentro da esfera política. A aplicação de diretrizes voltadas à colonização partiu do interesse de grupos dominantes dentro do aparato tecnocrático estatal. Nesse caso, o governo estadual não se configurou apenas como auxiliar da iniciativa privada, pois a política a ser seguida, para o setor de colonização, se deu a

¹⁷⁰ GREGORY, op. cit., p. 93.

partir da interação entre estes dois agentes, no sentido não de complementaridade, mas de sua ação simultânea em um mesmo espaço.¹⁷¹

As iniciativas, tanto do poder público quanto dos grupos privados, de empreender a colonização do oeste, espaço considerado abandonado e improdutivo, convergiu para que houvesse um avanço considerável de políticas públicas voltadas para a saúde no estado. Entre as iniciativas deste período pode-se apontar a criação de órgãos públicos, como a Fundação Paranaense de Colonização e Imigração, o Departamento Administrativo do Oeste do Paraná, o Departamento de Fronteiras e o Programa do Paraná. Este último foi um programa desenvolvido e viabilizado através do Serviço Especial de Saúde Pública.

Embora contando com o apoio do governo estadual, a colonização da região oeste paranaense foi quase exclusivamente efetuada pela iniciativa privada, que delimitou seus rumos e características. Tanto foi assim que, no governo de Moysés Lupion, “as companhias colonizadoras adquiriram tal poder que chegaram a sobrepor-se aos interesses do Estado”¹⁷².

Queremos evidenciar, contudo, que a política do governo com relação à colonização, embora marcada por contradições, baseou-se na crença e nas aspirações dos grupos que governavam o Paraná de que a iniciativa privada seria o agente de desenvolvimento do Paraná. O papel mais efetivo das empresas privadas dá-se com a perda da capacidade do estado em captar e em distribuir recursos. Tal situação impedia o governo estadual de aumentar seu alcance, especialmente na conjuntura de rápido crescimento populacional e da expansão e diversificação das relações econômicas dos anos de 1950. Nesse momento, o desenvolvimento regional começou a despontar como uma política que poderia elevar as condições econômicas do estado. A saúde foi considerada, ao lado da colonização, setor estratégico para o desenvolvimento regional e estadual, passando a atrair a atenção dos governantes e baseando políticas consideradas integradoras. Isso refletiu a constatação de que as dificuldades para a integração regional dificilmente seriam superadas sem um planejamento integrado de saúde e de colonização daquela região.

¹⁷¹ OLIVEIRA, Ricardo da Costa de (Org.). **A construção do Paraná moderno: políticos e política no governo do Paraná de 1930 a 1980**. Curitiba, PR: SETI, 2004. p. 95.

¹⁷² Idem, p. 69.

A preocupação em criar ações voltadas para o atendimento da população naquele momento vinculava-se especialmente à visibilidade de um grande número de problemas enfrentados nos processos de ocupação que ocorreram anteriormente no norte do estado. Esses problemas, em grande medida, foram resultado de mudanças econômicas e políticas, tais como o aumento da produção cafeeira, o crescimento desordenado das novas áreas urbanas e a migração de trabalhadores procedentes das Regiões Norte e Nordeste do país.

Estes migrantes passaram a ser considerados pelo poder público como elementos geradores de problemas. Desta forma, os governantes paranaenses buscaram colocar em prática medidas sanitárias e higiênicas que também foram norteadas pelas ideologias da educação e pela disciplina do trabalho, visando organizar o processo de transferência de migrantes para a região oeste paranaense.

Tais medidas também contribuíram para definir quais seriam os indivíduos considerados não aptos a participarem nos projetos de colonização, dentre os quais podemos destacar os caboclos (trabalhadores paraguaios ou brasileiros), os que não possuíam origem alemã ou italiana e demais migrantes provenientes de outros estados brasileiros que não fossem do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina.

Percebe-se a preocupação dos governantes com a gestão e a tutela de uma população indesejável, chamados de perigosos, que naquele momento também foram designados como aventureiros e parasitas. Tais indivíduos eram considerados e tratados assim não por seus comportamentos ou transgressões efetivas, mas por representarem um perigo em potencial.¹⁷³

Para discutirmos estas questões, entendemos ser preciso considerá-las a partir de três eixos: a) a noção de ocupação de territórios expressa nos discursos e nas políticas governamentais; b) a ocupação da região oeste efetivada por uma empresa particular; c) a recepção destes discursos pela população de migrantes.

Vale ressaltar, ainda, que o discurso ideológico e normativo de médicos e de governantes sobre a colonização e a saúde na região oeste do Paraná não compõe uma única realidade histórica. Este espaço estava inserido dentro de vários discursos e

¹⁷³ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. *Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1951 pelo senhor Bento Munhoz da Rocha Netto, governador do Paraná*. Curitiba, 1951.

interesses que, muitas vezes, não se conciliavam. Dessa multiplicidade resultaram conseqüências muito diversas, como os discursos produzidos pela empresa colonizadora e pelos colonos migrantes, nem sempre em conformidade com os discursos médico-políticos.

3.1 A COLONIZAÇÃO COMO DISCURSO E COMO OBJETO DE AÇÕES POLÍTICAS

O período posterior a 1930, no Paraná, em termos administrativos, esteve marcado por um aumento considerável dos potenciais econômicos, propiciado pela atividade cafeeira na região norte do estado, pelo adensamento demográfico, e pelo fortalecimento da máquina administrativa. Estes três fatores conjugados fizeram dos administradores paranaenses, da década de 1930 até o início da década de 1960, promotores de uma prática de governo voltada à modernização e ao aumento do bem-estar social. A partir de 1945, com a expansão socialista, os países do bloco ocidental concentraram-se, então, em promover e em desenvolver políticas de previdência social. O Estado de Bem-Estar Social, que se generalizou na maioria dos países ocidentais após a Segunda Guerra Mundial, já estava sendo gestado desde a década de 1920. Estas transformações em escala mundial convergiram para uma modificação do entendimento que se tinha do Estado, não mais como um órgão repressivo, mas como um prestador de serviços que deve responder às demandas da sociedade. Este é o modelo pelo qual os administradores paranaenses se orientaram (principalmente no pós-45) e que prosseguiu sem ser questionado até os anos de 1990.¹⁷⁴

Como indicamos acima, desde a década de 1930, o Estado do Paraná experimentou um grande desenvolvimento, iniciado pelo crescimento da economia cafeeira que, por sua vez, elevou os níveis de vida e aumentou a demanda por mão-de-obra. Este processo continuou nos anos subseqüentes, quando houve interesse em integrar as regiões ditas desabitadas aos planos de desenvolvimento do estado.

¹⁷⁴ MAGALHÃES, op. cit., p. 53-55.

O crescimento econômico dependia, de maneira direta, do aumento populacional. Este era um problema essencial a ser solucionado, para dar prosseguimento à fase de prosperidade pela qual o Paraná começava a se fazer perceber no âmbito nacional. A resposta dos governantes estaduais a esta questão foi a promoção e a intensificação de projetos para efetivar a ocupação das regiões que ainda não haviam sido incorporadas ao processo de produção na economia paranaense.

Em vista da necessidade de atrair novos habitantes para seu território, a preocupação com a migração nos anos de 1950 no Paraná permeou os discursos e as políticas propostas por governantes e pelos sanitaristas. Essa preocupação, especialmente em relação à região oeste, esteve presente nas mensagens formais enviadas à Assembléia Legislativa pelos governadores que, na década de 1950, administraram o Paraná: Bento Munhoz da Rocha Netto (1951-1956) e Moysés Lupion (1947-1951 e 1956-60). Além deles, outros personagens trataram deste assunto na esfera estadual, dentre os quais alguns médicos sanitaristas, que veicularam suas idéias na revista do Departamento de Saúde do Paraná. Nesse aspecto, também é representativa a produção do intelectual paranaense Temístocles Linhares.¹⁷⁵

Os governantes, ao tomarem para si a tarefa de promover a modernização no estado, entenderam que, para isso, era preciso criar núcleos de colonização mais organizados, pois, sob seu ponto de vista, o Paraná era a “terra de oportunidades presentes e futuras, onde as desigualdades sociais se reduzem”.¹⁷⁶

Nesse contexto, o aumento da migração para o Paraná, na década de 1950, deveu-se também às propagandas veiculadas fora do estado, propagandas que visavam atrair mão-de-obra não apenas de nacionais, mas também de estrangeiros, que seriam trazidos para o Paraná através de convênios com diversos países. Esses convênios ficaram a cargo da Divisão de Imigração da Secretaria da Agricultura.¹⁷⁷

Em nossa mensagem anterior a essa Assembléia Legislativa já tivemos oportunidade de definir o sentido de nossa política demográfica, - favorecida inquestionavelmente pelo próprio surto de desenvolvimento do Estado, e, naquela oportunidade, considerando, de uma parte, a imigração de

¹⁷⁵ LINHARES, Temístocles. **Paraná vivo**. Rio de Janeiro, RJ: José Olímpio, 1953. 160 p.

¹⁷⁶ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. **Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1950 pelo senhor Moysés Lupion, governador do Paraná**. Curitiba, 1950.

¹⁷⁷ MAGALHÃES, op. cit., p. 59.

procedência estrangeira e de outra, a de procedência nacional, havíamos dito que a importância fundamental que assumem os problemas de população como fontes produtoras de riquezas, faz hoje, com que eles entrem na primeira linha das atenções dos governos, e mormente quando, como no nosso caso, apresentamos uma extraordinária riqueza potencial, cuja exploração fica sempre condicionada ao nosso déficit demográfico, à existência suficiente de mãos e braços para o trabalho.¹⁷⁸

A política demográfica, como afirmou o governador Moysés Lupion, priorizava os processos migratórios. Assim, os serviços da Divisão de Imigração eram considerados da mais alta relevância, pois o aproveitamento agrícola das terras pelos imigrantes mostrava ter expressiva significação na vida econômica e social do estado, concorrendo para o aumento geral da produção e da renda e para o adensamento demográfico.

A entrada de estrangeiros era facilitada por alguns fatores, como as condições de clima e a colonização anterior, que se faziam atrativos para a imigração européia. O Paraná representava a “terra onde imigrantes que deixaram tudo para trás, deixando sua pátria, seu lar, encontram, de novo, e quase, inesperadamente, o melhor ambiente físico e social para atenuar o desajustamento em terra e entre gentes estranhas.”¹⁷⁹

Os estrangeiros, nos discursos do governo, muito contribuíram ao progresso do estado, sobretudo na atividade do campo, sem excluir, porém, bons artífices que se dirigiram para as cidades. Em 1948, mais de 1.000 imigrantes estrangeiros se fixaram no Paraná, embora o governo dissesse estar se preparando para uma “recepção mais densa”. Aquela cifra, aliás; era tida como “insignificante, diante dos muito mais vultuosos números da imigração nacional”.¹⁸⁰

Os projetos migratórios, neste sentido, representaram uma via pela qual o Paraná se adequava a modelos modernizantes, contribuindo também para a política adotada pelos governantes, que visava fortalecer o estado no cenário nacional. Essa fase áurea de desenvolvimento material do Paraná, segundo a visão de seus governadores, transformou-se em um marco na história do estado, como salientou Moysés Lupion:

¹⁷⁸ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1950, op. cit.

¹⁷⁹ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. **Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1949 pelo senhor Moysés Lupion, governador do Paraná.** Curitiba, 1949.

¹⁸⁰ Idem.

De uma parte, a riqueza potencial do nosso Estado, extraordinária riqueza, e o seu surto presente de progresso são fortíssimos elementos de atração para a imigração nacional, - e daí estarmos presenciando, diária e ininterruptamente, em nossas estradas que introduzem no sudoeste e no noroeste do Estado, a frequência de caminhões que chegam transportando famílias e famílias, num afluxo sem paralelo na história do Paraná.¹⁸¹

Na Mensagem do ano seguinte, o mesmo governador volta a referir-se à migração como um fato que marcaria a história não apenas do Paraná, mas também do Brasil:

Não será excesso voltarmos a referir o intensíssimo movimento de afluxo de brasileiros de outros Estados ao nosso Estado, vindos de pontos mais distantes do país, em levadas ininterruptas, - esse processo que o futuro indicará como um dos fenômenos fundamentais da história do Paraná, e talvez único, nestas proporções na vida do Brasil. A próxima estatística nacional vai dizer-nos, dar-nos uma idéia da profundidade desse movimento, determinado, sem dúvida, pela fascinação da prosperidade e da abundância que representa hoje o Paraná, para a homenagem do Brasil.¹⁸²

Diante da importância que teve a migração naquele momento, cabia ao governo tomar providências no sentido de amparar tais movimentos e de resolver os problemas de vulto que se impuseram. O movimento migratório colocou em segundo plano o problema da assimilação do elemento estrangeiro, malgrado todos os problemas que essa assimilação colocou diante da administração pública, problemas cuja intensidade variou muito de acordo com cada grupo de imigrantes.¹⁸³

Para Lupion, cabia ao governo do estado estimular a presença dos imigrantes em face do déficit populacional que poderia levar ao comprometimento da produção. Sem a força dos imigrantes era impossível de se fazer cumprir o papel que estava reservado ao Paraná.

A mesma preocupação foi expressa por Bento Munhoz da Rocha Netto, para quem o surto econômico que o Paraná atingiu, e que foi longamente preparado pelo trabalho e pela previsão de outros dirigentes, era apenas um ensaio do que seria o estado em breve: “É tão rápido nosso progresso, que as estatísticas, quando publicadas, já estão envelhecidas”.¹⁸⁴

¹⁸¹ Idem.

¹⁸² PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1950, op. cit.

¹⁸³ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1949, op.cit.

¹⁸⁴ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1951, op. cit.

Estes dirigentes assumiam a responsabilidade na resolução dos problemas que surgiram com os processos de migração para o Paraná, acreditando que seu desempenho e ação imediata poderia prevenir o aparecimento ou o aumento de problemas no futuro. Acreditavam, no entanto, que tais dificuldades: “eram os ônus do progresso”, e que estes repercutiam nos setores diretamente ligados à vida e ao desenvolvimento do povo. Os dirigentes públicos consideravam-se capazes de atuar sobre eles, ainda que exigissem “redobrados esforços das respectivas esferas administrativas, a fim de que não se detenha o Estado na linha ascensional do seu porvir”.¹⁸⁵

Não interessava ao governo estadual, no entanto, falar sobre os problemas decorrentes da migração. A grilagem de terras, por exemplo, fato reconhecido na história do estado, não ocupou lugar de destaque entre os assuntos referentes à colonização. As terras devolutas encontravam-se, em muitos casos, sem registro e não desmembradas de áreas de terceiros, permitindo a rápida dilapidação de extensas reservas florestais. Isso ocasionou o ingresso do estado na Justiça Estadual com vistas a resguardar o interesse público evitando os grilos e as invasões, que também passaram a ser coibidos pelo recém-criado cargo de guarda patrimonial.¹⁸⁶ Era desejo do governo que todas as glebas de terras estaduais devolutas possuíssem um destes funcionários, que se converteriam em sentinelas, para a proteção das terras e das matas.

Ligados diretamente ao problema da entrada ao norte e ao sul de imigrantes vindos de outros Estados, estão os nossos problemas das terras de domínio público. São correlatos os problemas de defesa do patrimônio florestal e disciplina de produção agrícola conseqüente, para evitar as devastações inconscientes ou egoístas vindas, mais das vezes, de uma rotina de atividades mal orientadas que se exercem na prática abusiva de grandes extensões para pequena utilização, feita sem cuidado e precauções necessárias. E a ação administrativa, visando a mobilização de tôdas as energias vitais em que se assenta a economia pública, tinha de olhar com grande atenção para essa ordem de fatos.¹⁸⁷

Os processos de urbanização, de produção agrícola, de saneamento e de construção de estradas ligando as áreas de ocupação recente, entre outras questões,

¹⁸⁵ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1949, op. cit.

¹⁸⁶ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1951, op. cit.

¹⁸⁷ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1949, op.cit.

também estiveram presentes nos discursos destes governadores. Para eles, era evidente que o estado vivia uma situação que dependia, em grande parte, de seu esforço em empreender políticas eficientes para bem governá-lo. Como a migração se configurou como ponto central nas políticas do governo estadual, a ocupação dos espaços tidos como vazios ganhou prioridade, tanto pela possibilidade de sua exploração econômica, como pela necessidade de integração do território.

Não há em todo o Brasil, oportunidade melhor que a hora vivida pelo Paraná em suas zonas rurais, para o início dessa assistência. Ao contrário do que acontece nas maiores áreas nacionais, é insignificante no Paraná o êxodo das populações para as cidades. E o movimento migratório interno que há tempos se processa no país, talvez o maior que história nacional registra, está povoando intensamente as nossas melhores terras de lavoura. Os contingentes humanos que procuram ininterruptamente o norte e o noroeste do Estado, a maior faixa contínua de terras férteis do Brasil, e as correntes imigratórias que, oriundas do extremo sul, procuram o sudoeste e o oeste paranaense, garantem uma prosperidade sem par ao nosso Estado.¹⁸⁸

A migração para o Paraná estava gerando um aumento vertiginoso da população e trazia consigo, além das vantagens a que os governadores exaustivamente aludiam, preocupações diversas, como a origem e os modos de vida dos migrantes, inclusive com relação às condições sanitárias. Essas preocupações, porém, não pareciam intransponíveis aos olhos dos governantes.¹⁸⁹

Nestes termos, não importava, para eles, apenas a mera ocupação do espaço interiorano, mas a constituição de comunidades de trabalhadores que conseguissem dar às regiões para onde estavam se dirigindo a feição de uma terra que deu certo. Nesse sentido, a capacidade realizadora do Paraná passava pela escolha desta população que iria compor o novo homem paranaense. Esta população deveria estar alicerçada nos ideais do trabalho para, deste modo, constituir uma sociedade diferente da sociedade luso-brasileira tradicional, identificada com a figura do caboclo.

Os discursos que veicularam estas idéias não encontravam destaque apenas entre os dirigentes, mas circulavam também em outros níveis sociais e culturais da sociedade paranaense. Autores como Temístocles Linhares, inseridos entre os

¹⁸⁸ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1951, op. cit.

¹⁸⁹ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1950, op.cit.

intelectuais conhecidos como “paranistas”¹⁹⁰, entendiam que a história do Paraná passou a ser construída com a vinda dos imigrantes europeus considerados modernizadores e, por esta razão, responsáveis pela construção do progresso. Esta idéia que valorizava a presença dos imigrantes em detrimento dos negros, dos índios e dos caboclos ajudou a construir uma identidade para o Estado do Paraná. Em sua obra **Paraná Vivo**, Temístocles Linhares defendia a idéia de que o Paraná era um estado em que todas as etnias conviviam em perfeita harmonia. Tal noção foi repetidamente incorporada aos discursos dos governadores em *slogans* como: “O Brasil marcou encontro no Paraná”¹⁹¹.

Ao analisar a constituição paranaense sob o signo da imigração de europeus e seus descendentes, Linhares vinha em defesa da “nova cultura” trazida por estes atores sociais, nova cultura considerada mais técnica e pragmática do que a dos portugueses, vistos como patrimônio já superado. Para ele, a cultura local poderia ser enriquecida pelos novos habitantes devido a sua tenacidade, constância, continência e, principalmente, pela ausência da tendência à mestiçagem, que, segundo Linhares, não grassava entre eles. Tais personagens, europeus e/ou descendentes, eram considerados os novos paranaenses e possuíam o papel de forjadores de um novo Paraná, pela sua ligação estreita com o trabalho na terra e com tudo que nela se produz.¹⁹² Isto condizia com a aspiração dos dirigentes estaduais, que afirmavam:

No setor de povoamento assinalou-se a continuidade da entrada de centenas de famílias de colonos nacionais, procedentes de outros estados, principalmente do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo, as quais vieram tomar conta de seus lotes e dar início a uma nova vida, agora como parte integrante da comunidade paranaense. Trazem êsses colonos, além de um cabedal de conhecimentos e experiências no trato da terra com instrumentos e técnicas modernos, o elemento humano da própria família que vem se dedicar exclusivamente à agricultura, sem necessidade de braço

¹⁹⁰ De acordo com Luís Fernando Lopes Pereira, o paranismo surgiu quando houve no Brasil a necessidade de construção de uma nova imagem nacional, devido ao nascente regime republicano, que promoveu a descentralização política e abriu espaço para os regionalismos, levando à necessidade da construção de uma identidade cultural para o Estado do Paraná. In: PEREIRA, Luís Fernando Lopes. *Paranismo: cultura e imaginário no Paraná dos anos 20*. In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA CULTURA E CIDADANIA, 4.: 1995: Londrina. **Anais...** Londrina, Paraná, ANPUH, 1996. v. 1, p. 273-292.

¹⁹¹ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. **Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1954 pelo senhor Bento Munhoz da Rocha Netto, governador do Paraná**. Curitiba, 1954.

¹⁹² BURMESTER, Ana M. de Oliveira et alii. O paranismo em questão: o pensamento de Wilson Martins e Temístocles Linhares na década de 50. In: SILVA, Marcos A. (Org.). **República em migalhas**. São Paulo: Marco Zero, 1990. p. 154.

assalariado. São colonos especializados nas mais variadas espécies de agricultura, adotando o método da cultura mecanizada. A maioria dessas correntes migratórias destina-se às terras virgens e fertilíssimas do nosso Oeste, onde encontram condições propícias para o desenvolvimento da agricultura de sua especialidade desde o cereal até a suinocultura. Através desses elementos humanos estamos construindo naquela distante região do Estado uma economia com base na policultura e fomentando novas fontes de riqueza.¹⁹³

Posicionamentos como este encontravam-se em vários níveis do pensamento social, devido, principalmente, a uma forma peculiar da recepção que algumas teorias sociais, como o positivismo, encontraram no Paraná. Assim, pode ser detectada uma cultura que se revela na prolongada influência dos interesses socioeconômicos de elites várias, nas dominações de tipo colonial, republicano-positivista ou pragmático-funcionalista, empreendidas no estado. Este tipo de pensamento justificava a predominância de idéias como a valorização do trabalho (migrante), a repressão ao vadio, a exaltação aos mais empreendedores e o descaso pela abnegação laboriosa dos populares.¹⁹⁴

O ordenamento político-econômico defendido por essas elites tinha por objetivo acelerar o progresso e se impor através de mecanismos diversos, dentre os quais a integração dos migrantes, portadores de ideais tão valorizados no período, que, quando bem coordenados e dirigidos, poderiam transformá-los em instrumentos do desenvolvimento estadual. Esta transformação rumo ao progresso estava assentada no trabalho, na introdução de novas técnicas ou saberes. O trabalho, nesse contexto, expunha duas questões centrais: seu significado moralizante e sua universalização através do capitalismo.¹⁹⁵

No primeiro caso, o trabalho atua como meio de redenção do homem, retirando-o de situações desviantes. O trabalho útil e produtivo concorre para a condução das sociedades à condição de civilizadas. O trabalho orientado para a satisfação de necessidades imediatas (a exemplo das sociedades indígenas), em que não há

¹⁹³ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1955, op.cit.

¹⁹⁴ VALE, Antônio Marques do. Cultura, Fronteiras e Desenvolvimento Regional: o caso do Paraná (1945-1964). In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA - ANPUH, 23.: 2005, Londrina-PR. *Anais...* Londrina: Uel, 2005. p. 1-8.

¹⁹⁵ PAZ, Francisco Morais. Corpos disciplinados, corpos individualizados. *Revista História, Questões e Debates*, Curitiba, n. 11, dez. 1985. p. 169.

pretensão de acumulação, é descrito como ociosidade.¹⁹⁶ Este referencial pragmático-positivista vai além do liberalismo. Embora com variantes, ele marca todo o projeto de ocupação das fronteiras agrícolas no Paraná nos anos 1950, sempre partindo da premissa do desenvolvimento socioeconômico.

O discurso político voltado para a modernização foi acentuado nos anos 1950, configurando-se em uma apologia ao progresso freqüentemente reafirmada pelos governadores. Os ideais de nação (de ordem e de progresso) estavam articulados em um mesmo conjunto de atos investidos concomitantemente sobre a integração territorial e sobre a população que deveria estar submetida ao foco administrativo. Cabia aos dirigentes não descuidar e nem deixar escapar oportunidades de esquadrihar e de impor a ordem.¹⁹⁷

Como é fácil supôr, essa própria prosperidade, porém, nos cerca de problemas e exige de nós, cada vez, um maior esforço. As oportunidades estão abertas ao Paraná. – Mas simultaneamente, cada oportunidade faz-nos deparar problemas. Cada oportunidade parece um desafio. Cada oportunidade ameaça, a cada momento, perder-se, se não estivermos atentos, se não nos mostrar-mos prontos e certos na ação. – Quase cada oportunidade contém, paradoxalmente, perigos e ameaça arrastar-nos num sentido negativo, e exige-nos, de modo infalível, previdência e plano de longo alcance, contra o estreito imediatismo. Cada oportunidade solicita ação orientada pelo estudo; cada oportunidade reclama êsse binômio: técnica e vontade, isto é, disciplina.¹⁹⁸

A ordem desejada nos projetos governamentais estava relacionada ao fato de os governantes se atribuírem o papel de detentores e de conhecedores das técnicas que ajudariam na construção do Paraná desejado. A ênfase na ordem e na disciplina foi uma característica do nacionalismo que vigorou no Brasil desde os anos de 1930, mas que atingiu seu ápice no final da década de 1950. Nesta perspectiva, o nacionalismo e o desenvolvimentismo, que marcaram as mensagens desses governadores, foram concebidos como ideologias-síntese. Nelas sobressaía a aptidão do estado em conduzir o país à superação do atraso econômico-social. A ação estatal assumia a responsabilidade pelo planejamento e intervenções nas áreas econômica e social, bem

¹⁹⁶ Idem, *ibidem*.

¹⁹⁷ MAGALHÃES, op. cit., p. 64.

¹⁹⁸ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. *Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1956 pelo Senhor Moysés Lupion governador do Paraná*. Curitiba, 1956.

como colocava, em seu horizonte ideológico, a transformação do Brasil em uma nação desenvolvida e soberana.

Agindo a partir desta perspectiva, o governo se auto-representou como porta-voz do progresso e da modernidade, mas neste projeto ele não estava só, pois influenciou e foi influenciado pelo discurso médico, aqui tratado como discurso científico e autorizado, portanto discurso competente. Desta maneira, o governo pretendeu modernizar e dinamizar o desenvolvimento da sociedade paranaense, especialmente as regiões que estavam passando pelo processo de colonização e, para tanto, lançou mão de um conjunto de preceitos visando orientar os rumos das políticas voltadas a transformar todas as regiões do estado em espaços ordenados e controlados.

As interpretações dos médicos sanitaristas sobre a realidade paranaense naquele período se configuravam basilares, servindo para a elaboração de estratégias de atuação do poder público. Também influenciaram as disputas que cercavam a difusão de conhecimentos relativos aos mais diversos temas, nos quais se incluíam os saberes concernentes ao espaço e aos habitantes e as políticas necessárias à modificação de seus hábitos.

As preocupações com o processo migratório estavam relacionadas aos propósitos sanitários. Aliás, os sanitaristas paranaenses não se ocupavam somente com as ameaças patológicas, pois suas atenções incidiam nos problemas sociais resultantes das movimentações dos migrantes no estado.

A atração das terras férteis, promovendo vertiginoso crescimento de população, corresponde a 71% em um decênio, já constitui pormenor a considerar, pois 78% da população total, por ocasião do último recenseamento, vivia fora das cidades, equivalendo afirmar ser êsse o contingente necessitado de imediato cuidado. De outra parte, procedendo-se o crescimento com 32,56% das pessoas oriundas de outras regiões do país e 3,10% de estrangeiros, aos problemas existentes se juntarão outros de ordem epidemiológica, econômica ou social, carreados pela onda migratória. Muita razão assistia, nêsse particular, ao técnico de transhumância que preconizou dois sistemas profiláticos nas fases andejas da população: um no ponto de origem, outro no de destino, o último visando facilitar a adaptação do indivíduo ao novo ambiente.¹⁹⁹

Percebe-se, desse modo, a estreita sintonia entre o discurso médico-sanitário e o discurso político dos governadores. Em ambos os discursos, os migrantes eram alvos

¹⁹⁹ RIBAS, 1953, op. cit.

de visões dualistas quanto a seu papel social e a suas características. Em alguns momentos, eram vistos a partir de um enfoque positivo, pois eram considerados ordeiros e trabalhadores; e em outros, eram acusados de contribuir para a queda dos índices sanitários, aumentando as discussões no campo médico-político acerca de problemas que poderiam advir de sua presença. Isso acarretou uma hierarquia desses migrantes por parte dos governantes e sanitaristas, que definiram as categorias pelas quais passaram a ser julgados: os que eram desejados e os que eram dispensáveis.

Os sanitaristas mostravam-se preocupados em estabelecer cuidados às populações migrantes que chegavam ao estado, cobrando dos governantes o rápido empenho em propor e em constituir políticas públicas para assegurar a saúde e a segurança de toda a população. Esses profissionais de saúde recomendavam também que todas as ações dirigidas à população incidissem não apenas sobre a transformação de seus hábitos e costumes, mas sobre seu padrão de vida moral.

Os migrantes, nacionais ou estrangeiros, considerados dispensáveis, ao serem esquadrinhados pelo olhar dos governantes e dos médicos sanitaristas, passaram a representar focos de problemas sociais diversos. Nesse sentido, Bento Munhoz da Rocha Netto faz referência à situação ocorrida na região norte do Paraná, região que, em seu processo de colonização, atraiu “bons e maus elementos”, pois a “avalanche da onda cafeeira traz riqueza, mas vem acompanhada de uma multidão de desajustados e doentes”.²⁰⁰

Na perspectiva do governo, as ações que tinham em vista melhorar os índices sanitários estavam inseridas em uma concepção positiva do ato de governar. A positividade das ações do governo se refere à intervenção sobre a vida da população com o intuito de aumentar suas capacidades e promover seu desenvolvimento.²⁰¹ Para isso, as políticas públicas deveriam ser direcionadas a melhorar as condições de vida da população como um todo, sendo que nesta perspectiva deveriam ser colocados todos os esforços, mesmo com as dificuldades que se apresentavam.

²⁰⁰ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1953, op. cit.

²⁰¹ Pensamos, aqui, na idéia de poder positivo, proposta por Foucault para referir-se à maneira pela qual o poder passou a interessar-se pela manutenção e cuidado com a vida, buscando controlar os acidentes, eventualidades, deficiências deixando a morte de lado. In: FOUCAULT, 1999, op. cit., p. 296.

Considerando os obstáculos que limitavam a ação do governo sobre seu território, especialmente sobre os locais mais distantes, como era o caso do oeste paranaense, uma das maneiras consideradas eficazes para gerenciar o espaço e a população foi a divisão das obrigações e responsabilidades com empresas particulares que atuaram em diversos projetos de colonização.

Ainda que delegando a ação colonizatória a empresas particulares, os governantes procuravam manter-se atentos ao que acontecia, mesmo nas mais distantes regiões. Para tanto, foram criados alguns órgãos e serviços que, além de aproximar governo e população, representaram também os instrumentos pelos quais algumas políticas públicas puderam se efetivar na região.

Isto ocorreu através de programas específicos coordenados pela Fundação Paranaense de Colonização e Imigração (FPCI), criada em junho de 1947. Este órgão tinha a competência de cuidar do patrimônio, de impedir a grilagem de terras, de realizar demarcação de glebas e de proceder à fundação de colônias. Mesmo assim, em 1951 o governador queixava-se do marasmo e da procrastinação dos trabalhos desempenhados por ela, o que não diminuiu a importância que lhe foi conferida.

A tarefa que o Governo do Estado confiou à Fundação Paranaense de Colonização e Imigração cresce de significação e valor quando se sabe dos grandes inconvenientes de ordem social, econômica e política que advêm quando a colonização deixa de ser orientada e dirigida num sentido técnico.²⁰²

Não obstante tais considerações, um novo órgão foi criado: o Departamento Administrativo do Oeste do Paraná (DAOP). Esse Departamento tinha a função de dinamizar os trabalhos de colonização e de dotar a região ocupada com infra-estrutura básica. Outras finalidades do DAOP eram a de representar o governo estadual em áreas onde até então este não tinha conseguido solidificar sua presença, e a de elaborar e executar um plano de desenvolvimento geral da região.

Todos os órgãos técnicos da administração do estado tornaram-se instâncias consultivas do Departamento Administrativo do Oeste do Paraná. Com a constituição do conselho técnico deste órgão, os municípios compreendidos na sua jurisdição deveriam expor seus problemas e planos, acompanhados dos elementos necessários

²⁰² PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1953, op. cit.

para elucidá-los, como plantas, levantamentos, dados estatísticos, entre outros. Em posse de tais dados, caberia ao conselho técnico do DAOP elaborar um plano geral de desenvolvimento da região, que pudesse ser executado em dois anos. Quando colocado em prática dentro deste prazo, o plano seria substituído por outro e assim sucessivamente.²⁰³ A pouca efetividade dos trabalhos do DAOP levou a sua extinção e à criação do Departamento de Fronteiras, em 1954. A criação desse Departamento fez parte dos esforços para melhor definir políticas sistemáticas de intervenção, com o intuito de “recuperar” e “reintegrar” todas as regiões do território do estado.

Ao mesmo tempo em que a integração territorial do Paraná era objeto de atenção do governo estadual, a crescente conscientização da importância da saúde como fator de desenvolvimento econômico no Paraná influenciou a imbricação entre órgãos de natureza diversa do governo estadual e federal.

Em março de 1955, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) passou a atuar em diferentes regiões brasileiras, dentre as quais, o oeste paranaense. O trabalho do SESP no Paraná realizou-se em conjunto com o Departamento de Fronteiras, através do Distrito Sanitário de Fronteiras, órgão criado pela Secretaria Estadual de Saúde, com a finalidade de, em caráter experimental, realizar um serviço de saúde na região, principalmente em caráter preventivo. Com a extinção, em 1959, do Departamento de Fronteiras, o SESP então criou o Programa do Paraná, que não tinha funções executivas, mas propunha dar cooperação e assistência técnica e financeira aos órgãos estaduais incumbidos de ações de saúde e de saneamento no estado, particularmente nas áreas de fronteira.

Todas estas estruturações dos órgãos governamentais compuseram os instrumentos com os quais o governo paranaense, pelo menos em nível discursivo, passou a atuar junto à região, que passava pelo novo ordenamento espacial e populacional. A criação de órgãos e de serviços, como descrito acima, direcionou e definiu a maneira como o governo estadual buscou se representar naquela região em que, como já dissemos, sua influência era pouco sentida.

²⁰³ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. Consultoria Geral do Estado do Paraná. **Coletânea de Leis dos anos 1947 a 1948**: Art. 7º, 9º e 11º. Curitiba, 1965.

Para conseguir operar estas mudanças, governantes e médicos sanitaristas ligados ao governo mostravam-se convictos de suas responsabilidades, defendendo o fortalecimento das funções e do papel do estado. Também compreendiam que se configuravam enquanto os detentores do melhor preparo e do conhecimento para agir sobre os problemas impostos pela migração.

3.2 O SERTÃO SANEADO: PROJETO DE COLONIZAÇÃO E DE OCUPAÇÃO DO OESTE PARANAENSE

A colonização da região oeste paranaense, na década de 1950, relaciona-se a fatores diversos. Dentre os principais, podemos destacar os emergentes processos de industrialização que se instauraram, principalmente nos centros urbanos do país, fazendo crescer a demanda por gêneros alimentícios. Por outro lado, as crises desencadeadas pelo setor agrícola resultaram na incapacidade do setor primário em absorver os acréscimos demográficos, o que culminou com a necessidade de expansão das fronteiras agrícolas brasileiras.²⁰⁴ A ocupação de fronteiras agrícolas estava também relacionada ao contexto mais amplo de eventos que ocorriam em escala internacional, como a guerra fria, por exemplo, que fez com que os governos ocidentais investissem em políticas sociais que caracterizam o Estado de Bem-Estar Social.²⁰⁵

Os fluxos migratórios foram dirigidos às áreas consideradas “vazios demográficos”, e estas “novas fronteiras agrícolas” receberam grande parte deste contingente através de projetos de colonização efetivados pelo Estado ou por companhias particulares. No caso do oeste paranaense, o governo estadual transferiu para empresas particulares, sendo uma delas a Industrial Madeireira e Colonizadora Rio Paraná S/A (Maripá), a responsabilidade na condução do processo de colonização. Estabeleceu, contudo, órgãos e procedimentos de supervisão e de controle para

²⁰⁴ PADIS, Pedro Calil. A fronteira agrícola. **Revista de Economia Política**, v. 1, n. 1, jan.-mar. 1981.

²⁰⁵ MAGALHÃES, op. cit., p. 52.

garantir que a gestão particular sobre esse processo fosse executada de acordo com o interesse público.

O antropólogo Kalervo Oberg e o estatístico Thomas Jabine produziram, em 1956, um detalhado estudo da região colonizada pela Maripá. As informações contidas no relatório produzido por eles são bastante úteis para historicizar o processo de colonização empreendido na região oeste do estado por esta Companhia.²⁰⁶ Segundo eles, a primeira empresa privada atuante naquela região era possuidora de 290.000 hectares de terras, a que chamavam Fazenda Britânia. Esta empresa, *Maderas del Alto Paraná*, trabalhando com capital inglês, encontrava-se sediada em Buenos Aires e desenvolvia atividades de extração de madeiras e de cultivo de erva-mate. A vasta área de terras comprada por esta empresa, área correspondente à Obra número 8, foi adquirida através de dois títulos de domínio direto expedidos pelo governo paranaense, em 1907 e 1911.²⁰⁷

A Fazenda Britânia, localizada entre os municípios de Foz do Iguaçu e Guaíra, tinha de leste a oeste e de norte a sul, respectivamente, 78 e 43 km de extensão, ao longo do Rio Paraná. A fim de controlar o corte de madeiras dentro de sua área, a companhia inglesa criou seis acampamentos, que foram usados também como local de pastagem para o grande número de animais utilizados no trabalho de extração da madeira.

Para melhor desenvolvimento de suas atividades, a empresa inglesa construiu um porto fluvial no Rio Paraná, porto do qual partiam as jangadas que levavam madeiras e pequenas embarcações carregadas de mate paranaense em direção à Argentina.²⁰⁸

A presença desta companhia acarretou ao governo federal e estadual alguns problemas, principalmente de ordem econômica, devido à dificuldade de controle de impostos. Preocupações quanto ao domínio de terras por estrangeiros em área de fronteiras também se faziam presentes. As atividades dessa empresa permaneceram,

²⁰⁶ OBERG, Kalervo; JABINE, Thomas. Toledo: um município da fronteira oeste do Paraná. *Estudos*, Rio de Janeiro, n. 3, 1960.

²⁰⁷ Para maiores informações, ver WESTPHALEN, Cecília Maria. *História documental do Paraná: primórdios da colonização moderna da região de Itaipu*. SBPH – PR, 1987.

²⁰⁸ Este porto, apesar de estar nas terras da Fazenda Britânia, pertencia ao Estado do Paraná. In: OBERG e JABINE, op. cit., p. 23.

contudo, até o período de 1924-1930, quando as Colunas do Marechal Isidoro Dias Lopes, de São Paulo, e a Coluna Prestes, sob comando de Luiz Carlos Prestes, destruíram grande parte da Fazenda Britânia. Mais tarde, em 2 de março de 1932, um decreto de Getúlio Vargas proibiu a permanência de estrangeiros nas faixas de fronteira, uma das principais razões para a venda desta empresa.²⁰⁹

Em abril de 1946 foi formada, em Porto Alegre (RS), a empresa colonizadora depois denominada Maripá, que, em setembro do mesmo ano, adquiriu uma área de 2.900 hectares antes pertencentes à Companhia *Maderas del Alto Paraná*, iniciando uma nova fase de atividades de exploração econômica da região oeste do Paraná.²¹⁰ A Maripá não procurava apenas explorar as riquezas naturais, como vinha ocorrendo até então, mas interessava-se também pelos lucros advindos da venda e da colonização das terras. Em relação a essa última atividade, as maiores barreiras enfrentadas ligavam-se, principalmente, à dificuldade de acesso, antes feito via rio Paraná. Em seu projeto de colonização, a Maripá determinou que a penetração em sua área deveria ocorrer através da cidade de Cascavel, até serem atingidos os primeiros pinhais, para então iniciar-se a construção de estradas por toda a sua área. Os primeiros caminhões da companhia chegaram no final de 1946. Partindo de Cascavel, após nove dias de viagem, foi montado um acampamento e uma serraria às margens de um pequeno arroio. Este local deu origem, mais tarde, à cidade de Toledo²¹¹. As transformações registradas no decorrer de poucos anos foram intensas, tanto que, em 1950, de acordo com Oberg e Jabine, Toledo já contava com cafés, bares, sorveterias, hotéis e cinema.²¹²

O desejo de comercializar as terras mais afastadas levou os dirigentes da empresa a criar escritórios auxiliares nos locais em que estavam projetadas as novas vilas e povoados, ligados por estradas de rodagem à cidade de Toledo. Ondy Niederauer, gerente da Maripá, em um pronunciamento irradiado no dia 11 de outubro de 1956, informava que, a partir de 1951, os colonos apareceram em avalanche aos

²⁰⁹ OBERG e JABINE, op. cit., p. 23.

²¹⁰ Idem p. 22.

²¹¹ A cidade recebeu seus primeiros moradores em 1946 e em 1951 foi decretada a constituição do município, através da Lei nº 790, sancionada pelo governador Bento Munhoz da Rocha Netto.

²¹² OBERG e JABINE, op. cit., p. 22.

escritórios da companhia e que precisou atendê-los até as 3 horas da manhã. A procura pelas terras foi tanta que, no espaço de dez anos, a cidade de Toledo já contava com 10.000 habitantes.²¹³

A exploração de extensas florestas de pinheiros e de outras madeiras de lei, juntamente à colonização, foi uma fonte de renda importante para a Maripá, que almejava a constituição de uma comunidade assentada em sólida base econômica. Para atingir este objetivo, foi elaborado um plano de ação baseado em quatro fatores fundamentais: tipo de agricultura, tamanho das propriedades, industrialização e a escolha dos elementos humanos.

Para delimitar o tipo de agricultura ideal, foram feitos estudos do clima e do solo, que determinaram que a porção norte era propícia ao plantio de café, enquanto a parte sul, mais sujeita a geadas, poderia ser melhor aproveitada pelo sistema de policultura e pecuária. Em um primeiro momento, foi privilegiado o desenvolvimento da zona sul, pois se acreditava que as fazendas de culturas mistas poderiam trazer maior estabilidade econômica ao empreendimento, uma vez que não estavam sujeitas às flutuações mundiais sofridas pelas culturas de exportação, como o café.

O sistema que dava prioridade à pequena propriedade foi escolhido para a colonização da área. Entendia-se que áreas muito grandes seriam adquiridas por um número pequeno de proprietários que, por sua vez, utilizariam administradores e trabalhadores agrícolas na exploração. A divisão das terras em lotes ou colônias de 25 hectares (10 alqueires) possibilitaria que ali fossem acomodadas cerca de 10.000 famílias produzindo em regime familiar. Também foram estabelecidos centros residenciais, com áreas para parques e para repartições públicas e áreas suburbanas (chácaras), compostas por lotes de 2,5 hectares.

Foram elaborados mapas e levantamentos topográficos de toda a região e foram projetados, além de Toledo, mais 13 locais para a fundação de novas cidades. Cada cidade, no início, era propriedade da companhia, mas à medida que os colonos construíam casas e instalavam seus próprios negócios, a companhia vendia suas propriedades e se instalava em outro local onde se repetia o processo. Os fazendeiros se instalavam nas cidades até que suas terras fossem medidas e limpas e os plantios

²¹³ Idem, p. 23.

tivessem início. O passo seguinte, a instalação de indústrias, era considerado essencial, na medida em que serrarias, fundições, moinhos, por exemplo, representavam estabelecimentos sem os quais a colonização não progrediria, retirando dos colonos o interesse em estabelecerem-se nas colônias.

Como podemos perceber, o processo de (re)ocupação do oeste paranaense, na década de 1950, passou pelo estudo do solo e do clima, para designar os produtos cujo cultivo seria mais conveniente. Também contemplou preocupações relativas ao acesso à água em cada pequena propriedade, e a divisão das unidades de terra em três tipos básicos, quais sejam: lote urbano, chácara e colônia.²¹⁴ Uma vez determinada essa base física (o tamanho das propriedades e suas características), buscou-se escolher o tipo considerado ideal de colonos para adquirir e ocupar as terras. Assim, os descendentes de italianos e de alemães que colonizaram os estados de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul foram considerados os mais aptos.²¹⁵ Os argumentos para escolha desses colonos diziam respeito à experiência no desenvolvimento da agricultura familiar, por trazerem consigo tradições de frugalidade e do trabalho árduo, além de serem considerados homens de bom caráter.²¹⁶

Para dedicar-se às diversas espécies de culturas, e, tendo-se em vista a fixação do homem à terra, escolheu-se o agricultor do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Esse agricultor, descendente de imigrantes italianos e alemães, com mais de cem anos de aclimação no país, conhecedor das nossas matas, dos nossos produtos agrícolas e pastoris, primando pela sua operosidade e pelo seu amor à terra em que trabalha, seria portanto o elemento humano predestinado a realizar grande parte dessa tarefa.²¹⁷

A população cabocla estava vetada no projeto, pois se considerava que ela não possuía condições morais ou financeiras para adquirir e trabalhar nas colônias, sendo vistos como a “parte mais baixa da escala social”. Na visão dos dirigentes da Companhia Maripá, o caboclo, com sua técnica de agricultura primitiva e falta de dinheiro para comprar a terra, não era a melhor opção e não estaria contemplado nos

²¹⁴ SAATKAMP, Venilda. **Desafios, lutas e conquista**: história de Marechal Cândido Rondon. Cascavel, PR: ASSOESTE, 1984. p. 13-42.

²¹⁵ OBERG e JABINE, op. cit., p. 23.

²¹⁶ Idem, p. 22.

²¹⁷ INDUSTRIAL MADEIREIRA COLONIZADORA RIO PARANÁ – MARIPÁ. Plano de Ação. **Relatório do plano de colonização**. Toledo, 1960. p. 4. De acordo com o antropólogo Kalervo Oberg, a escolha da empresa recaiu entre os imigrantes europeus ou seus descendentes que já se haviam instalado em colônias nos dois Estados mais ao sul, devido, também, ao fato de que, em suas antigas colônias, eram pequenos proprietários rurais.

projetos de povoamento. Sua presença só se justificava enquanto fonte de trabalho braçal, uma vez que eram estes trabalhadores que realizavam as tarefas mais difíceis e pesadas nas colônias e que, embora participassem da economia dos municípios, não faziam parte da sociedade dos colonos.²¹⁸

Os imigrantes estrangeiros, porém, apesar de possuírem recursos financeiros e conhecimentos modernos de agricultura, poderiam não estar preparados para enfrentar os problemas que se impunham a uma região nova e pouco desenvolvida. Sendo assim, deu-se preferência aos descendentes de europeus, radicados no Rio Grande do Sul e em Santa Catarina.

Uma das particularidades da (re)ocupação que ocorreu no âmbito da Maripá foi o caráter distintivo e excludente que orientou o projeto. Esta característica difundiu-se e impregnou todo o tecido social, atualizando e revalidando algumas idéias e imagens que figuravam no imaginário social brasileiro desde o final do século XIX. A supremacia dos europeus brancos, assim como em outros períodos da história, foi destacada e valorizada naquele momento, dando conta do papel e do entendimento que se tinha dos outros trabalhadores, principalmente os caboclos, considerados pouco caprichosos e pouco empenhados. Uma afirmação corrente entre os colonos migrantes demonstra esta concepção. “Todos os alemães têm horta, alguns italianos têm horta, nenhum brasileiro tem horta”.²¹⁹

A habitação era outro fator de distinção entre os habitantes das colônias. A parte dedicada a descrevê-la no relatório de Oberg e Jabine denota os valores atribuídos a cada grupo social. Desta maneira, as casas mais centrais, pertencentes aos colonos migrantes, foram descritas como bem construídas, cercadas, com jardins, hortas e pomares. A água que abastecia as residências era tirada por uma bomba à sucção, de um poço coberto. As casas dos trabalhadores diaristas, caboclos brasileiros ou paraguaiois, não eram cercadas nem possuíam flores ou jardins, e a água utilizada por eles era proveniente de um poço ao ar livre.²²⁰

²¹⁸ OBERG e JABINE, op. cit., p. 28. Esta discussão remete aos debates sobre os sertões brasileiros, debates ocorridos nas primeiras décadas do século XX, assunto que foi tratado no primeiro capítulo deste trabalho.

²¹⁹ OBERG e JABINE, op. cit., p. 52.

²²⁰ Idem, ibidem.

A própria maneira de dirigir-se aos colonos e aos “outros” foi um elemento de distinção entre eles. Todos os colonos eram sempre tratados pelo nome e sobrenome, o que identificava os indivíduos e lhes conferia identidade e origem. Não mencionar o sobrenome implicava em desconsiderar e desqualificar os sujeitos. “Os colonos eram qualificados, tanto por suas habilidades como por suas origens. Ter origem implicava em ter paternidade caracterizada, em portar valores culturais, em ter bons costumes, em saber idiomas coloniais”.²²¹

O descaso em relação aos que não tinham “origem” pode ser verificado também na ênfase dada ao caráter produtivo dos migrantes descendentes de alemães e de italianos. Aliado a essa questão estava o isolacionismo a que foram destinados os caboclos, impedindo-os de ter acesso à terra. Esta estava disponível em grande medida às empresas colonizadoras, que dispunham dos melhores terrenos ou de terrenos livres de posseiros.

Com relação ao trabalho, observamos que este era entendido como elemento de reforço às diferenças, e caminho para a construção da civilidade no espaço a ser colonizado. A ideologia do trabalho que marcou a fundação e o desenvolvimento da cidade de Toledo foi elaborada a partir dos ideários religioso e positivista. O trabalho, visto sob estas perspectivas, surge como o elemento que dotava a comunidade de sentido.²²² Neste caso, a ideologia em torno do trabalho colaborou para melhor consolidação da idéia de origem como fator de distinção/diferenciação e de unificação dos colonos. Em contrapartida, legitimou o distanciamento dos demais, pois os que não possuíam origem, por serem diferentes, representaram risco e incômodo, mostrando, assim, que a diferença estava na base das discriminações, das exclusões e das hierarquizações.

Para dificultar a entrada dos que não tinham ascendência européia, os diretores da companhia fizeram contato com pequenos empresários e agricultores conhecidos nos Estados de Santa Catarina e do Rio Grande do Sul a fim de convencê-los a participar do projeto de colonização. Estes agentes precisavam indicar e fazer contato com outros agricultores de boa índole, sendo preciso voltar periodicamente para suas

²²¹ GREGORY, op. cit., p. 161.

²²² SCHREINER, Davi Felix. **Cotidiano, trabalho e poder**: a formação da cultura do trabalho no extremo Oeste do Paraná. Toledo, PR: Editora Toledo, 1997. p. 26.

localidades onde recrutavam novos colonos. Isto poderia coibir a vinda de elementos considerados aventureiros e parasitas, que estavam em busca de enriquecimento rápido, como explicitado no Plano de Ação da Maripá:

O grande sucesso iniciado neste ano é atribuído ao fato de terem sido os primeiros compradores de terras, pessoas escolhidas entre as de maior projeção em seu núcleo no sul do País. A propaganda foi feita unicamente por intermédio dos agentes comissionados e, posteriormente por todo aquele que aqui adquiria terras. O agricultor de modo geral, crê mais no que diz e lhe conta o vizinho, do que numa propaganda feita por jornais e rádio. A propaganda feita de boca em boca entre os agricultores, não levou a Toledo aventureiros despidos de honestidade nem capitalistas desejosos de empregar capitais em terras aguardando, assim, plácidamente, que os agricultores vizinhos, com o seu suôr, lhes valorizassem as mesmas.²²³

Estas concepções estavam de acordo com outras idéias presentes também nos discursos dos colonos migrantes, que valorizavam sua linguagem. A língua natal de seus pais e avós, a religião e os laços familiares os distanciavam dos luso-brasileiros e dos caboclos, impedindo-os de se misturarem aos pobres locais, evitando a sina de se transformarem em caboclos. Buscou-se naturalizar as diferenças de maneira que quase não é possível encontrar referências a conflitos na relação entre colonos e caboclos ou luso-brasileiros. Evidencia-se uma convivência harmoniosa, embora distante.

Tanto os alemães como os italianos dão-se bem com os caboclos, mas, como o nível de vida do caboclo é inferior, não querem casamento com eles. Os pastores e padres germânicos procuram conservar os jovens nas colônias e observar de perto seu comportamento moral. Embora os colonos não queiram se misturar aos caboclos, apreciam muito os valores das classes altas brasileiras.²²⁴

A insistência em veicular uma imagem da região oeste e do Paraná como uma terra de pessoas ordeiras e trabalhadoras não ocorreu por acaso. O discurso que exalta as diferenças é também um discurso da moralização dos costumes, que estava articulado a outros discursos para justificar e determinar as formas de se realizar a colonização. Os colonos de ascendência européia figuravam nos planos, tanto do governo quanto da companhia colonizadora, como os agentes prioritários para os quais foram dirigidas as propagandas das terras. Isso indica que houve conformidade entre as aspirações e os discursos do governo e da companhia colonizadora, no

²²³ INDUSTRIAL MADEIREIRA COLONIZADORA RIO PARANÁ – MARIPÁ, op. cit., p. 4.

²²⁴ OBERG e JABINE, op. cit., p. 52.

entendimento de que tais colonos eram mais aptos para a constituição das novas comunidades a serem formadas na região oeste.

O modo de vida e os costumes dos brasileiros refletiam sua condição social na comunidade. Melhorar seus hábitos de higiene e saúde era fundamental, não no sentido de estabelecer mais igualdade entre os membros da comunidade, mas no sentido de que estes indivíduos não se tornassem agentes de contaminação.

Sob o ponto de vista demográfico, a migração esteve pautada sob os princípios de integração e saneamento. Integração para afirmar a posse e o gerenciamento das áreas em ocupação, e saneamento em face da entrada dos “desajustados” física e/ou moralmente que precisavam passar pelo processo de disciplinarização.²²⁵

Não foram, porém, apenas os caboclos que ficaram excluídos dessa sociedade, pois, de acordo com o relatório de Oberg e Jabine, havia também os “luso-brasileiros”: empregados nas repartições federais e estaduais, na corte distrital, na polícia, nas coletorias, correios e bancos, estes indivíduos também não tinham origem reconhecida pelos colonos, e não faziam parte de sua sociedade.²²⁶

A colonização do oeste paranaense, de certa maneira, reeditou alguns pressupostos médico-científicos que moldaram o ideal sanitarista no início do século XX. No contexto do oeste tais concepções foram ressignificadas, como o conceito de saneamento. Este conceito, na forma como foi utilizado naquele momento, passou a compreender também ações de medicina preventiva. Embora o termo *raça* não seja empregado nos discursos médico-políticos que buscamos analisar, a questão racial/cultural foi utilizada, por administradores da Maripá e pelos governantes paranaenses, para definir a aptidão de alguns elementos e a exclusão de outros no projeto de colonização.

Os elementos do discurso sanitarista e higienista foram operantes nas idéias e nos projetos de colonização do oeste paranaense. Não apenas contribuíram para a construção de determinadas compreensões da sociedade, mas limitaram a participação de muitos indivíduos ou grupos de pessoas no processo. A seleção dos migrantes, desta forma, obedeceu e foi pautada em saberes que, embora fundamentados em bases

²²⁵ MAGALHÃES, op. cit., p. 53.

²²⁶ OBERG e JABINE, op. cit., p. 52.

científicas, comportavam noções repetidamente relidas pela sociedade e que acabaram tornando-se senso comum. Nesse sentido, destaca-se a utilização, nos discursos dos governantes e dos dirigentes da Maripá, de alguns preceitos do pensamento sanitário/higienista que apresentamos anteriormente. Sob certos aspectos, o uso de tais pressupostos legitimou atitudes de exclusão e de desqualificação de grupos sociais, como os caboclos. Tais pessoas foram consideradas ignorantes e inaptas ao trabalho, fazendo com que recaíssem sobre elas discursos e práticas condenatórias e excludentes, esvaziando as discussões em torno dos aspectos e resultados sociais implicados nesta maneira de ver e tratar o caboclo e o luso-brasileiro.

As práticas administrativas, voltadas ao processo de colonização da região oeste, foram legitimadas através de sua articulação a outros saberes reconhecidos, refletindo a preocupação dos dirigentes estaduais e locais em impor a suas práticas e a seus discursos um viés no qual se destacava a racionalidade da administração.

3.3 ATENÇÃO À SAÚDE NOS NÚCLEOS POPULACIONAIS FORMADOS PELA MARIPÁ

Como indicamos, no final da década de 1940, algumas regiões do Paraná passaram a se destacar como motivo de inquietações político-administrativas. Tais preocupações se relacionavam à conservação das fronteiras nacionais, ao uso das riquezas naturais e ao desenvolvimento do Estado do Paraná. Resulta daí que a década de 1950 registrou uma intensificação dos movimentos migratórios em direção ao oeste paranaense. Nesse processo, aquela região, que até o final dos anos de 1940 foi considerada como "extremo sertão", devido a sua pouca densidade demográfica, passou a multiplicar sua população em um curto período de tempo.

Em vista de tal situação, faz-se necessário compreendermos os efeitos da ideologia sanitária e colonizatória sobre os novos moradores das colônias e sobre as pequenas cidades que surgiram a partir desse processo, para avaliarmos a função que os discursos médico-políticos cumpriram naquele momento. Do mesmo modo, é preciso atentar para as relações estabelecidas entre duas principais esferas de poder

que preponderavam naquela região: o governo estadual e a administração da empresa responsável pela colonização.

A realidade produzida pelos documentos oficiais induz a entender que o governo estadual, na época, atuou de maneira racional e efetiva na administração da máquina governamental como um todo; e atuou especificamente no gerenciamento do espaço e da população no oeste do Paraná, atribuindo-lhe determinados sentidos. O oeste paranaense foi transformado em sujeito destes discursos governamentais, que não abriram espaços a outros discursos e, desta maneira, pretenderam produzir uma memória oficial capaz de excluir as demais. Algumas das práticas discursivas empreendidas pelos governantes estaduais, naquele período, pautaram-se nos ideais e nos projetos sanitários e de povoamento que marcaram o período.

Acima de tudo, tais discursos tinham por finalidade imprimir uma lógica às práticas administrativas, além de produzir um efeito de verdade indiscutível: a de que houve empenho dos administradores estaduais em governar a totalidade do território posto sob sua responsabilidade. O saber médico, neste sentido, constituiu-se em um conhecimento solicitado pelo governo como instrumento na administração da população das áreas urbanas e rurais nos novos núcleos populacionais que estavam se formando. Entretanto, interessa interrogar em que medida e de que forma estes discursos foram incorporados pela população que ali se instalou.

Os colonos que vieram do Rio Grande do Sul e de Santa Catarina para povoar o oeste paranaense constituíram um grupo participante de uma sociedade profundamente impregnada por valores étnicos e culturais. Isto concorreu para um acirramento das identidades étnicas que deram as características àquela sociedade e que motivou a separação de indivíduos de origem diversa, inclusive entre pessoas de origem alemã e italiana: “Pedro Pavan de origem italiana, tinha dificuldade de entrosamento na comunidade onde morava, que era formada em sua maioria por pessoas de origem alemã, que motivou sua saída daquele lugar”.²²⁷

Em larga medida foram os próprios colonos que manifestaram um certo espírito de segregação. “A nova terra seria exclusiva para colonos escolhidos. Esta conotação,

²²⁷ Lindolfo Mohr apud YOSHIDA, Iraci da Silva Menezes (Coord.). **Com licença – somos distritos de Toledo:** Projeto repensando os distritos de Toledo. Toledo, PR: Prefeitura Municipal de Toledo: SMED, 1988. p. 59.

apesar de mudanças ocorridas na região, continuou a se manifestar fortemente em décadas posteriores”.²²⁸

Discursos em torno de idéias como valorização étnica, seleção e colonização estavam imbrincados nos discursos sobre saúde e sanitarismo, e foram incorporados por médicos e políticos, influenciando a maneira de ser e de dizer entre os colonos migrantes. Nesse sentido, acreditavam que, no processo de colonização, “a força do imigrante se fez presente, embora tenha-se perdido apenas alguns costumes tradicionais, devido a mistura de raças”.²²⁹

A igreja e a escola tiveram um papel essencial no momento em que as comunidades começaram a organizar-se para a introjeção de tais valores. Estas instituições garantiram a continuidade da tradição cultural valorizada pelos dirigentes e integraram os indivíduos e as famílias em torno destes valores, representações e aspirações, tornando-as comuns. Essas normas, esses valores e esses códigos domésticos foram utilizados nos discursos dos colonos migrantes para defender e legitimar interesses e posições de algumas pessoas, em detrimento de outras, sendo entendidos como fato dado e uma experiência de “sentido comum”.²³⁰

Na concepção dos colonos, o conceito de raça recebeu uma definição que ultrapassou a questão biológica e teve uma interpretação social. A adoção das idéias permeadas pelos fundamentos propostos por doutrinas híbridas, como o eugenismo e o higienismo, transformou-se, no contexto da colonização do oeste paranaense, em argumentos para o estabelecimento de diferenças sociais. “o culto a tradição, a raça e a religião fez o povo agrupar-se conforme seus usos e costumes”.²³¹

A idéia de seleção e de origem étnica foi uma das mais importantes marcas da produção historiográfica sobre o oeste paranaense. Este viés também é considerado neste trabalho por encontrar-se imbuído de concepções ligadas às condições de saúde e de higiene. Os migrantes sulistas que se deslocaram para o Paraná foram considerados ordeiros, trabalhadores, higiênicos; aptos para colaborar no desenvolvimento do estado, como declarou o colono Lotário Meinerz: “Quanto a segurança e policiamento

²²⁸ GREGORY, op. cit., p. 157.

²²⁹ YOSHIDA, op. cit., p. 97.

²³⁰ SCHALLEMBERGER, op. cit., p. 22.

²³¹ YOSHIDA, op. cit., p. 31.

nunca houve aqui em São Miguel, salvo casos raríssimos, pois o nosso povo é ordeiro e educado por natureza”.²³²

Uma idéia muito diferente se fez dos migrantes que se fixaram no norte paranaense, os quais, segundo o governo, “deixaram os rincões de São Paulo e Minas Gerais e vieram juntamente com muitos aventureiros apossar-se abruptamente das melhores terras devolutas do Estado”.²³³ Estes migrantes passaram a representar o foco dos problemas sociais:

Sinto no governo o reverso de nossa evolução trepidante e, mais ainda, os efeitos da rápida transformação de nosso estilo de atividade econômica. Testemunho o surgimento do desnível econômico inédito até então no Paraná, terra clássica da pequena lavoura de subsistência, com a avalanche da onda cafeeira que traz riquezas mas é acompanhada também por multidões de desajustados e doentes. Percebe-se a miséria que acompanha o progresso.²³⁴

Embora o surto de progresso advindo com a produção cafeeira tenha colaborado para levantar a importância do Paraná frente ao governo federal, buscou-se na região oeste assentar migrantes vindos dos outros estados do sul. Bento Munhoz da Rocha Netto acreditava que o colono sulista tinha o hábito da pequena propriedade, da lavoura de subsistência e consolidou o princípio da divisão de terras, enquanto o mesmo não acontecia em São Paulo, devido principalmente ao fato de que, nas fazendas cafeeiras de lá, os colonos eram contratados, não havendo divisão nas propriedades. Os contrastes entre estas duas formas de produção ficavam bem definidos, pois as regiões onde predominam as lavouras de subsistências desconheciam fases de ouro, mas também desconheciam depressões de misérias e de desajustamentos.

Ao contrário do nosso caboclo que vive cultivando terras alheias e abrindo sertão, e quando chega à civilização, é expulso pelo dono da terra, portador de documentos bem legalizados, o colono-lavrador tem o sentido ancestral da propriedade e da sua legalização.²³⁵

Estes argumentos se relacionavam às questões referentes à saúde pública, à colonização e à constituição da população no Paraná nos anos 1950, possibilitando a

²³² MEINERZ, Lotário apud YOSHIDA, op. cit., p. 85.

²³³ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1948, op. cit.

²³⁴ PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. 1953, op. cit.

²³⁵ ROCHA NETTO, op. cit., p. 171-174.

investida na criação e na implementação de uma série de órgãos e de serviços da administração pública que, dentre outros resultados, ajudaram a tecer a identidade territorial e populacional paranaense.²³⁶

As propostas de intervenção sobre o interior do estado, no que concerne ao campo da saúde, previam a instalação de Unidades Sanitárias em cada município do estado. Os relatos e as memórias dos colonos migrantes impossibilitam a obtenção de informações referentes a esta atuação pública, pois, neles, as práticas médicas exercidas na região, naquele momento, remetem-se ao uso dos saberes e das práticas populares de cuidados com a saúde e a existência de hospitais e de médicos, ainda parques, ligados à Companhia Maripá.²³⁷

Nos relatos informa-se que a assistência médica em um dos distritos de Toledo era realizada por um farmacêutico e sua esposa, sendo que ela fazia as vezes de parteira. Igual situação também pode ser visualizada em outros distritos desta cidade. Embora de maneira precária, pessoas como este casal atendiam às comunidades, receitando antibióticos, fortificantes, remédios caseiros e cortando tumores de seio.²³⁸

Neste caso, verifica-se que o atendimento à saúde provinha dos chamados “práticos”, que incorporavam em seu trabalho cotidiano elementos da medicina oficial, a exemplo de antibióticos e fortificantes, e elementos da chamada medicina popular, como os remédios caseiros.

Estes profissionais não eram, no entanto, os únicos a quem a população recorria em casos de doenças. O saber popular sobre plantas medicinais foi um dos maiores expedientes utilizados no trato das enfermidades, como se verifica em relatos como o de Vicente Boufleuer: “em caso de doenças empregávamos somente remédios

²³⁶ IPARDES – Fundação Edison Vieira. **O Paraná reinventado**: política e governo. Curitiba, 1989. p. 43.

²³⁷ A fonte utilizada nesta análise é um livro de relatos com entrevistas concedidas pelos colonos e no qual lançam mão de sua memória sobre o processo de migração e fixação no oeste paranaense. Tais relatos foram publicados no ano de 1988, mais ou menos 30 anos após o período trabalhado e, sendo assim, é preciso entendê-los também a partir de suas limitações. Há, como aponta M. Pollak, um trabalho constante de “enquadramento da memória”. É preciso escolher o que vai ser lembrado e o que deve ser esquecido. Também reitera que “as preocupações do momento constituem um elemento de estruturação da memória”. Pollak insiste no aspecto de construção da memória como uma estratégia de agentes e agências sociais para ancorar identidades, pois há, segundo o autor, uma “ligação fenomenológica muito estreita entre a memória e o sentimento de identidade”. POLLACK, Michael. *Memória e Identidade Social*. **Revista Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 10, p. 204, 1992.

²³⁸ YOSHIDA, op. cit., p. 36.

caseiros, entre os quais, a lama e chás (erva)”.²³⁹ Os procedimentos terapêuticos são uma forma de reconstrução de códigos sociais e também agem no sentido de fomentar uma coesão social. A diversidade das práticas de cura numa sociedade recupera as necessidades, as aspirações e os interesses das pessoas comuns envolvidas com práticas alternativas à medicina acadêmica. Mesmo perante a rejeição pela medicina oficial, as práticas populares são usadas para prevenir e para resolver dificuldades relativas à saúde, pois estão atreladas a aspectos próximos do cotidiano e são, na maioria das vezes, fundamentadas em costumes e em tradições. Essas práticas respondem de forma satisfatória às necessidades e expectativas de seus usuários, muitas vezes relegadas ao desprezo ou não contempladas dentro das ações terapêuticas propostas por profissionais ligados à prática médica oficial.²⁴⁰

A medicina popular, neste contexto, representou uma alternativa diante dos problemas com a saúde enfrentados pelos colonos. Assistiu-se a uma proliferação de receitas de chás e de beberagens diversas, constituindo assim uma terapêutica heterogênea, que se apresentou como auxiliar da população quando as pessoas não conseguiam atendimento médico.

Através dos relatos dos migrantes, é possível perceber que os colonos praticavam essencialmente estas terapêuticas de saúde não acadêmicas e apenas em casos mais graves procuravam recursos médicos junto aos hospitais das cidades de Marechal Cândido Rondon e de Toledo. Para chegarem ao centros médicos também enfrentavam muitas dificuldades, inclusive a falta de transportes. Consta que as pessoas utilizavam os caminhões da Maripá ou caminhões reboques das serrarias locais ou, ainda, em casos raros, jeeps e carroças de particulares para se deslocarem até os hospitais.²⁴¹

A visão de saúde pública expressa nos relatos dos migrantes implica a percepção do distanciamento existente com relação a sua dinâmica de ação da saúde como proposta pelos governantes e as ações efetivadas na prática. Como vimos, políticos e sanitaristas paranaenses estavam imbuídos da certeza de que deveriam combater a proliferação de epidemias e de doenças endêmicas, ainda que em

²³⁹ BOUFLEUER, Vicente apud YOSHIDA, op. cit., p. 111.

²⁴⁰ QUINTANA, op. cit., p. 20.

²⁴¹ YOSHIDA, op. cit., p. 43.

detrimento do atendimento ambulatorial, que era uma reivindicação e uma necessidade propugnada pelos colonos. Tais questões nos levam a indagar se, no plano burocrático, pretensamente racional e técnico, as políticas públicas para a área de saúde ficaram estagnadas e não conseguiram proliferar.

Pondera-se que não houve complementaridade entre as ações em saúde pública e a prática hospitalar. Da mesma forma, a idéia de sanitarismo e de higienismo, bem como seus preceitos, perdeu, naquele contexto, seu sentido primordial. Com isso, todas as ações sanitárias realizadas no contexto da colonização adquiriram o sentido de atenção à saúde e muitas vezes foram entendidas como sendo um único processo.

As propostas de intervenção médico-políticas voltadas ao interior paranaense, principalmente o espaço rural, não encontraram aplicação prática na realidade das comunidades que estavam se formando. O entendimento de saúde pública foi confundido naquele momento, especialmente entre a população, com assistência básica hospitalar.

Na área de saúde não havia nenhum atendimento médico. Muitos pioneiros que adoeciam, quando chegavam a Toledo não tinham mais cura, porque demorava-se muito para conseguir assistência médica. Em outros casos, procurava-se um ao outro e auxiliavam-se mutuamente, com chás e remédios caseiros.²⁴²

O caráter comunitário e solidário entre os migrantes foi outra questão bastante enfatizada nos relatos dos pioneiros. Imbricada a essa questão da presença do poder público estadual, suscitada pela questão do atendimento à saúde, temos a emergência de esferas locais de poder, no caso os dirigentes da companhia colonizadora, que começava a delinear e ampliar seu papel. Isto fica evidenciado em relatos, como o de Edwino Scherer, que alude ao fato de a Maripá oferecer aos colonos não apenas assistência no campo material, no qual se inserem as preocupações com a saúde, mas também no aspecto psicológico.

No natal e na páscoa, como era tradição na colônia, os afilhados recebiam presentes e coisas dos padrinhos. Como fazer cumprir a tradição se aqui não havia ninguém? Mas a firma Maripá tentou suprir esta falta. Ela se fazia ser o padrinho geral de todos. Organizava a distribuição de presentes e as crianças que tinham seus padrinhos lá no Sul recebiam, no natal, principalmente, pacotes de doces e brinquedos. Era um consolo.²⁴³

²⁴² Idem, p. 72.

²⁴³ SHERER, Edwino apud YOSHIDA, op. cit., p. 109.

A percepção da não-atuação governamental, expressa nos relatos dos colonos, diz respeito ainda à falta de infra-estrutura nas novas colônias. Os próprios colonos e a empresa trabalharam juntos na construção de escolas, de hospitais e de outras instituições que facilitavam e organizavam a vida das comunidades.

A religião também era importante e trabalhamos duro para construir a capela, construimos a primeira capela com madeira doada pela firma Maripá, pelo Willy Barth e a construção foi iniciada no dia de São José. Isto foi em 1952 o barracão da Maripá é que servia de igreja antes. Após a construção da igreja a comunidade se uniu para a compra do sino. Chegamos a emprestar dinheiro para comprar o sino no Rio Grande do Sul.²⁴⁴

No relatório de Kalervo Oberg e de Thomas Jabine consta que vinha da Maripá a maior assistência aos colonos, pois foi a empresa que criou quase todo o investimento social na forma de estradas, de facilidades de transportes, de hotéis e as primeiras casas residenciais.

Ainda que tais ações fossem parte de sua estratégia para atrair colonos, portanto de seu interesse direto, a empresa continuou a prestar assistência nos campos da agricultura, da medicina, da educação, da religião, da recreação e do bem-estar social. Oberg e Jabine salientam que, em relação ao campo médico, não havia, nos primeiros anos, população em número suficiente para atrair um profissional médico à região, porém, para que seus funcionários, trabalhadores e alguns colonos não ficassem desassistidos, a empresa contratou um médico a sua própria custa e também, novamente sem nenhum apoio público, instalou um pequeno mas equipado hospital, em 1953.

Foi-lhe acrescentado uma sala de operações moderna. Com um instrumental cirúrgico e clínico mais completo. Apesar desses acréscimos, o hospital não estava em condições de atender às crescentes necessidades da população que aumentava dia a dia.²⁴⁵

Com esta dificuldade, a empresa lançou mão de outra alternativa: foi formada uma associação a fim de angariar fundos para a construção de um hospital de 60 leitos na cidade de Toledo. A pedra fundamental do edifício foi assentada em janeiro de 1954.²⁴⁶ Esse hospital contaria com dois médicos e um dentista, e teria o nome de Casa

²⁴⁴ Idem, p.108.

²⁴⁵ OBERG e JABINE, op. cit., p. 42.

²⁴⁶ Em 1960, a construção já estava edificada, mas seu interior ainda não havia sido terminado.

de Saúde e Maternidade de Toledo. Ocorreu, contudo, que, devido às longas distâncias e às dificuldades enfrentadas para se realizarem os atendimentos médicos hospitalares em Toledo,

Com a ajuda da Companhia, em 1953, foi construído um hospital de 16 leitos em General Rondon. Chama-se Hospital e Maternidade Filadélfia, e está, atualmente, sob direção de um médico particular, que trouxe todo o equipamento necessário do Rio Grande do Sul.²⁴⁷

Essas ações mostram a preocupação da empresa colonizadora em se fazer essencial no cotidiano dos colonos. Notadamente, porém, devemos considerar que tais ações derivavam de um claro interesse político, quando levamos em conta o papel dos acionistas da empresa e a posição que ocuparam como lideranças políticas na região.

O isolamento desta porção do Estado do Paraná dava força política aos administradores da empresa, que construíram as estruturas de poder local. Willy Barth, um dos fundadores da Maripá, informa que, no período entre 1945 e 1962, exerceu funções políticas e empresariais importantes na região. Acumulou os cargos de diretor da colonizadora, de prefeito da cidade de Toledo e concorreu também a uma cadeira de suplente no senado pelo Partido Trabalhista Brasileiro (PTB). Foi “uma das forças político-partidárias mais importantes desse momento”, ele “constituiu-se como um ‘mártir’, ‘símbolo do colonizador’, entre outras características, tanto anteriormente quanto após a sua morte”.²⁴⁸

Este caráter carismático e prestigioso de Barth conferiu-lhe um papel de referência na esfera local. O morador Alberto Philippsen confirma esse destaque: “A firma Maripá dava o maior apoio possível a todos, mesmo quem tinha dívidas com ela. O falecido Willy Barth vinha nas festas para apoiar o pessoal e sempre dizia que ninguém devia vender sua terra ou abandoná-la, porque os tempos iam mudar e tudo ia melhorar”. Em registro semelhante, salientava: “a conduta política do povo na época da colonização era invejável. Liderados por Willy Barth, o povo do distrito sempre acatava as idéias por ele apresentadas, quer de colonização, quer de política”.²⁴⁹

A ampliação desta “benemerência” por parte dos administradores da empresa Maripá pode ainda ser entendida como um mecanismo de controle social no qual

²⁴⁷ OBERG e JABINE, op. cit., p. 40.

²⁴⁸ SCHMIDT, op. cit., p. 37.

²⁴⁹ PHILIPPSEN, Alberto apud YOSHIDA, op. cit., p. 39.

subsistem e se fortalecem relações de subalternidade e de troca de favores entre administradores e a nova sociedade.

Ao entregar aquela parcela do território paranaense à administração particular, o governo estadual acabou determinando seu lugar diante da população, ou seja, os discursos e as imagens produzidos pelos documentos oficiais do governo conferiram ao estado um poder que, diversamente do que foi dito, revelou-se insuficiente e insatisfatório no imaginário popular. Devemos levar em consideração, por outro lado, o jogo político envolvido nesta questão e buscarmos compreender que a ação do governo estadual no sentido de delegar a colonização da região oeste à iniciativa de uma empresa particular fez parte das estratégias de governabilidade do período.

O emprego da iniciativa privada na colonização era do interesse dos grupos que estavam à frente do executivo paranaense naquele momento. A impossibilidade da presença mais efetiva e direta do governo na região também contribuiu para que houvesse a associação entre capital privado e governo no intuito de realizar a colonização. A ligação direta entre os grupos no poder no estado com as empresas envolvidas e beneficiadas pelo processo também deu a tônica para a forma como a ocupação das terras através de projetos de colonização foi conduzida.²⁵⁰

Os discursos e as políticas públicas de saúde e de colonização, empreendidas nos anos 1950, no Paraná, ainda que não tenham sido reconhecidos pela sociedade para a qual se voltaram (a memória que prevaleceu foi a da Maripá), foram fundamentais para a afirmação do governo do estado na região oeste e também para a constituição do modo de ser dos indivíduos. Entendemos também que estas políticas foram, na prática, formuladas de acordo com ajustes, consensos e em resposta a interesses diversos.

²⁵⁰ Aliados aos grupos políticos, havia os grupos econômicos interessados nas terras do oeste paranaense, alguns de propriedade ou com ligação direta com os governantes daquele período. Tais grupos agiam com o aval dos governantes contribuindo para o clima de conflito e tensão na região. Mais informações sobre este assunto consultar: OLIVEIRA, Ricardo da Costa de (Org.). **A construção do Paraná moderno: políticos e política no governo do Paraná de 1930 a 1980**. Curitiba, PR: SETI, 2004. Muitos conflitos de interesses naquele momento estavam ligados a disputas por terras. A historiografia sobre conflitos de terra no oeste do Paraná é pequena. Entretanto, devem ser consultados os trabalhos de Silvio Colognese: **Tupãssi**; do mito à história, Valdir Gregory e Erneldo Schallembarger: **Matelândia**; história e contexto, e Laércio Souto Maior: **História do município de Assis Chateaubriand**. Além desses, os trabalhos desenvolvidos por Cecília Westphalen, Brasil Pinheiro Machado e Altiva P. Balhana: “Nota prévia sobre a ocupação do Paraná moderno” (In: **Boletim da Universidade Federal do Paraná**) é considerada uma das primeiras sínteses sobre os problemas agrários ocorridos no oeste paranaense. (Apud MYSKIW, op. cit.).

CONSIDERAÇÕES FINAIS (QUANDO O SERTÃO PASSA A SER FRONTEIRA)

Em meados do século XX, a região oeste do Paraná era um espaço em construção e, para uma melhor compreensão de como se deu seu processo de formação, recorreremos, em particular, às construções discursivas e às políticas públicas que tinham por base o atendimento à saúde. Desta maneira, evidenciar as relações de saber e poder que produziram as imagens sobre a região contribui para se pensar como se formaram os enunciados que ficaram caracterizados como verdades sobre a região e sobre o Paraná.

Médicos sanitaristas e governantes paranaenses acreditavam que a adoção de medidas saneadoras, de alcance social e econômico, aplicadas aos projetos de colonização, resultaria na grandeza do Paraná. Assim, para a organização de “colônias saneadas”, seriam necessárias algumas ações no sentido de selecionar a população que iria habitar as regiões que estavam sendo (re)ocupadas, com o objetivo de transformar espaços considerados improdutivos em bons exemplos de desenvolvimento e progresso. Em seus discursos, a formação de colônias compostas por pequenos agricultores que trabalhassem em sistema de policultura tinha lugar privilegiado, pois buscavam a emergência de um novo tipo de trabalhador paranaense, um trabalhador produtivo e disciplinado.

A consciência de que era preciso repensar a sociedade para transformá-la levou à idéia de seleção dos melhores elementos para povoar as terras. Estes elementos deveriam comportar qualidades, como operosidade, vontade, saúde, dignidade, educação, entre outras, que os destacavam dos demais. Tais atributos também foram relacionados às questões cotidianas da higiene, da saúde e da educação.

Estas idéias foram amplamente exploradas nos discursos que cercaram a (re)ocupação do oeste paranaense, discursos nos quais predominava o incentivo à pequena propriedade e à policultura e a valorização dos pioneiros como os novos bandeirantes. Ou seja, o homem paranaense idealizado não correspondia à figura do caboclo, mesmo com sua reabilitação empreendida pelos intelectuais do movimento

sanitarista, mas se dirigia a um homem cujas características incluíssem o entusiasmo, a honestidade e a robustez. A configuração desse tipo físico requeria, nas visões engendradas pelos sanitaristas e pelos políticos paranaenses, a tomada de medidas que não se limitaram apenas à educação sanitária, mas a outros projetos, como a construção de unidades sanitárias que irradiariam as práticas e políticas sanitárias por todo o território estadual.

O mundo rural paranaense, considerado sertão, tinha, conforme os discursos político-sanitários, todas as peculiaridades e ausência dos laços civilizatórios que, desde o século XIX, caracterizaram diferentes espaços no interior do Brasil. O discurso médico-sanitário, muito tempo antes dos anos 1950, delimitou o sertão como seu lugar de atuação. O progresso econômico e social, como buscamos evidenciar, dependia, sob o ponto de vista político-sanitário, do resgate do homem e do território nacional, sendo necessário, para isso, adentrar aos sertões.

Os médicos sanitaristas e os governantes paranaenses, apoiados no estatuto científico, formularam discursos e elaboraram políticas de intervenção direcionadas àqueles espaços, e objetivaram, com isso, transformar seu aspecto. Ao interferirem sobre ele acreditaram que travavam uma batalha contra o atraso e contra a barbárie, representada não apenas pelo meio físico, mas também por seus habitantes.

Problemas como a baixa densidade demográfica prejudicavam o ritmo da economia e levaram governadores e os sanitaristas a definir estratégias dirigidas à normatização do espaço e da população. Por conseguinte, ao tomar o espaço e a população como objeto de políticas e de discursos, os governantes demonstravam que havia, de sua parte, preocupação em promover o bem-estar e a saúde social. Dessa forma, estes políticos redefiniram também a relação estabelecida com aquela região, para a qual, até aquele momento, não se haviam voltado.

Designar espaço rural enquanto sertão e/ou *hinterland* denotava que ele era conhecido pelos políticos, que tinham ciência de suas dificuldades e que estavam prontos a geri-lo. Para cumprir este objetivo, os governantes utilizaram-se dos conhecimentos médico-sanitários. Este saber lhes dava legitimidade para falar e agir ou direcionar ações sobre o espaço, posto que mediados pela ciência e, portanto, autorizados para a intervenção social.

Visto sob a ótica dos habitantes da capital, o oeste constituía-se em um espaço vazio, onde mourejavam escassos habitantes, elementos que não poderiam ser vistos como paradigmas de desenvolvimento. Nesse sentido, desconsideraram-se as parcelas de populações indígenas e caboclas residentes na região que, excluídas das questões de ordem política, não se constituíram em receptores do interesse e das políticas governamentais.

A maneira como a região e seus habitantes apareceram nos discursos médico-políticos e o modo unívoco e simplificado como foram tratados determinaram as implicações posteriores geradas por esta postura no imaginário social paranaense. Consideramos, portanto, que tais idéias e imagens amplamente difundidas configuraram as relações entre os membros das comunidades migrantes e os outros. Isso é que fez com que os próprios colonos considerassem as populações nativas (ou que ali já haviam se instalado anteriormente) como sendo obstáculos e/ou intrusos a serem afastados e superados.

As imagens que os sanitaristas e os políticos ajudaram a criar sobre o interior do estado delimitam a emergência de duas figuras opostas. Uma que relacionava aquele espaço ao abandono, à incivilidade e ao subdesenvolvimento e outra, que destacava o potencial e a riqueza da região, que foi então designada como a Canaã sonhada ou a terra das oportunidades. Nesse sentido, procurava-se enaltecer as características pitorescas da terra e os homens que iriam transformá-la. Tais representações não eram necessariamente antagônicas, mas complementares, na medida em que aludiam para uma idéia de processo ou de evolução.

Dessa maneira, pensar a região como representada nos discursos político-sanitários é entendê-la como a peça de um jogo. A forma como é caracterizada e a associação das pessoas com o lugar são responsáveis por qualificá-lo ou desqualificá-lo socialmente. Assim, as noções construídas sobre o espaço, de certa maneira, retratavam e representavam seus habitantes. Quando a região era designada pelos discursos como um sertão bruto, seus habitantes eram caracterizados como refratários à educação, incivilizados, doentes e desmotivados. Estes atributos estavam relacionados aos indígenas e aos caboclos. Quando, porém, se falava na região oeste como a Canaã prometida, havia o enaltecimento também dos que iriam habitá-la, ou

seja, os colonos migrantes, cuja imagem fora instituída por um viés positivo, marcado por adjetivos elogiosos. Tais concepções foram reforçadas nos discursos políticos sobre a colonização da região, defrontando-se com antagonismos entre, de um lado, a idéia de que aquelas regiões eram insalubres e abandonadas e, de outro, que representavam a terra da promessa.

Nesta perspectiva, a partir daquelas construções discursivas, o interior do estado, mais especificamente o oeste, foi transformado em um espaço que produziu diferenciações, hierarquizações e desigualdades. Dessa maneira, a figura do colono sulista de ascendência européia emergiu como ideal, ligada a um padrão de educação e a um comportamento distinto dos caboclos e dos indígenas e, portanto, desejável.

Assim também as políticas sociais públicas direcionadas às áreas de saúde e à colonização no Paraná, na sua implementação, ao mesmo tempo em que se relacionaram com o conhecimento produzido historicamente em âmbito científico, também produziram os sujeitos e os espaços a que se propuseram conhecer. Dessa forma, assim como os discursos, as políticas públicas também podem ser consideradas como determinantes da população e do espaço e das formas de se relacionar no território.

Neste sentido, as políticas públicas para a área de saúde no Paraná configuraram-se como instrumento de sustentação política do governo e, ao mesmo tempo, tiveram a função de viabilizar as condições necessárias à preservação da ordem social capitalista. Estas políticas representaram a capacidade dos governantes de intervir e de planejar, atribuindo racionalidade às suas ações e conduzindo a economia em proveito do bem-estar da população.

Esta forma de concepção do *hinterland* paranaense implicou uma leitura cujos elementos centrais residem na imagem de uma terra pouco e mal habitada e insalubre, mas também, da utopia de uma terra nova repleta de possibilidades, onde o progresso era questão de tempo e de trabalho. Pondera-se, a partir do que foi exposto, que o oeste paranaense, nesses discursos, integrou dois imaginários distintos, imaginários em que o primeiro diz respeito a seu entendimento enquanto um espaço real – onde ocorreram as atividades, as políticas públicas, etc. – e o segundo, entendido como um espaço ideal, porque sobre ele foram projetadas caracterizações, perspectivas e estimativas.

Em seus discursos sobre saúde, políticos e sanitáristas propuseram-se buscar a execução de um plano estadual de saúde pública que visou melhorar as condições de vida das populações do interior do estado e combater seus padecimentos. Para isso, entenderam que era preciso erradicar as endemias rurais, frequentes no estado, e formar um povo sadio e forte. Ao lado destas propostas pretenderam, em primeiro lugar, ampliar a educação sanitária, pois acreditavam que era preciso ensinar ao povo as normas científicas e práticas do cuidado racional com a saúde e assim regradar estilos de vida e comportamentos desejáveis. Tais projetos mostraram-se, no entanto, insuficientes no propósito de transformar as áreas rurais e tanto os sanitaristas quanto os governantes passaram a apostar na migração de colonos descendentes de europeus vindos do sul do país como a melhor política para promover as transformações desejadas.

O pensamento governamental, naquele momento, articulou, em seu discurso, diferentes elementos do campo das relações sociais a uma leitura do higienismo, da eugenia, do sanitarismo, todos resumidos como saúde pública, que, conjugados, formaram uma imagem da realidade criada pelos discursos. O gerenciamento da população pedia do governo, então, cada vez mais, sua presença no cotidiano das colônias. Requeria também a intensificação e ampliação das ações, dirigidas principalmente ao campo da saúde pública, da educação e do saneamento, para transformar as regiões colonizadas em pólos geradores de riquezas e para manter também controle sobre a população.

A ampliação da ação do governo tornou necessário o incremento dos setores, dos serviços e dos quadros profissionais nos órgãos da administração pública. Ao mesmo tempo possibilitou seu fortalecimento diante de uma sociedade que estava passando por um profundo processo de transformações. Para isso, as ações governamentais buscaram o controle das novas regiões e dos novos habitantes a fim de consolidar uma identidade para o Paraná dos anos 1950. Com isso, acreditaram estar trabalhando pelo desenvolvimento do estado e para integrá-lo naquilo que se entendia por modernidade naquele momento, em outras palavras, a integração da região ao mercado nacional. A ação colonizadora empresarial/privada e do governo do estado, na região oeste, repercutiu na vida social paranaense à medida que promoveu a

ocupação da totalidade de seu território e aumentou a capacidade produtiva do Paraná frente à Federação.

Importa assinalar, no entanto, que as sucessivas reformas da organização política sanitária paranaense, realçando serviços e atribuições e expandindo os programas de ação, tiveram baixo impacto nos municípios do oeste do estado, região na qual o isolamento era peça política importante.

As políticas públicas de saúde, até os anos de 1945, estiveram relacionadas intimamente a um outro aspecto da política nacional, quer seja sua articulação aos interesses do mundo trabalhista, quer seja sua relação com as instituições de proteção social. A partir deste período observa-se, porém, um maior estreitamento da relação entre a saúde com as questões do desenvolvimento econômico e social. No caso paranaense, esta aproximação deveu-se, em grande parte, à ação colonizatória, que possibilitou um crescimento populacional vertiginoso nos anos 1950, crescimento alimentado pela variável produção/população, indissociáveis naquele contexto.

O prestígio conferido ao conhecimento identificado como ciência solidificou a idéia segundo a qual o foco do desenvolvimento do estado se daria pela transformação dos sertões. Paulatinamente verificamos, nos discursos político-sanitários da década de 1950, o deslocamento das noções construídas acerca do conceito de sertão para o conceito de fronteira e de oeste. A fronteira e o oeste, assim como o sertão, nestes discursos, revestiram-se do mesmo caráter descritivo que cumpria a função de designar espaços sociais situados à margem do centro de poder representado pela capital, razão pela qual se constituíram como espaços não integrados ao território estadual.

FONTES

BRASIL. GOVERNO FEDERAL. **Decreto-Lei nº. 3.171** – de 2 de abril de 1941.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Serviço de Documentação. **Conferências pronunciadas em 1956 pelo ministro Aramis Athayde**. Rio de Janeiro, 1957.

CUNHA, Euclides da. **Os sertões**. 2. ed. São Paulo: Ática, 2001. (Edição crítica de Walnice Nogueira Galvão).

INDUSTRIAL MADEIREIRA COLONIZADORA RIO PARANÁ – MARIPÁ. Plano de Ação. **Relatório do plano de colonização**. Toledo, 1960.

LOYOLA, Agostinho Saldanha de. Pontos Básicos do Programa de um Serviço de Higiene Rural no Âmbito Estadual. **Revista do Departamento de Saúde do Paraná**, Curitiba, ano 3, n. 1 e 2, 15 dez. 1953.

OBERG, Kalervo; JABINE, Thomas. Toledo: um município da fronteira oeste do Paraná. **Estudos**, Rio de Janeiro, n. 3, 1960.

OLIVEIRA, Lustosa de. Discurso pronunciado na Sessão Ordinária de 25 de setembro de 1952. In: NA Tribuna Parlamentar (1951 – 1953). Curitiba: Gráfica Mundial Ltda., 1958.

OLIVEIRA, Lustosa de. Estadual. Discurso proferido na Sessão Ordinária de 19 de fevereiro de 1954. In: NA Tribuna Parlamentar (1954–1958). Guarapuava, PR: Gráfica Guairacá, 1954.

PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. Consultoria Geral do Estado do Paraná. **Coletânea de Leis dos anos 1947 a 1948**: Art. 7º, 9º e 11º. Curitiba, 1965.

PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. **Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1948 pelo senhor Moysés Lupion, governador do Paraná**. Curitiba, 1948.

PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. **Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1949 pelo senhor Moysés Lupion, governador do Paraná**. Curitiba, 1949.

PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. **Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1950 pelo senhor Moysés Lupion, governador do Paraná**. Curitiba, 1950.

PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1951 pelo senhor Bento Munhoz da Rocha Netto, governador do Paraná. Curitiba, 1951.

PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1952 pelo senhor Bento Munhoz da Rocha Netto, governador do Paraná. Curitiba, 1952.

PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1953 pelo senhor Bento Munhoz da Rocha Netto, governador do Paraná. Curitiba, 1953.

PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1954 pelo senhor Bento Munhoz da Rocha Netto, governador do Paraná. Curitiba, 1954.

PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1955 pelo senhor Antônio Annibelli, governador do Paraná. Curitiba, 1955.

PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1956 pelo Senhor Moysés Lupion governador do Paraná. Curitiba, 1956.

PARANÁ. GOVERNO ESTADUAL. Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1959 pelo senhor Moysés Lupion, governador do Paraná. Curitiba, 1959.

PENNA, Belisário. Nacionalismo e Consciência Sanitária. **Archivos Paranaenses de Medicina**, Curityba, anno 2, n. 2, p. 31-34, jun. 1921.

RIBAS, Benoni Laurindo. Unidades Mistas para a Zona Rural. **Revista do Departamento de Saúde do Paraná**, Curitiba, ano 1, n. 2, p. 19-21, 15 dez. 1951.

RIBAS, Benoni Laurindo (Sanitarista). A Ação Sanitária no Meio Rural (Esbôço de Reestruturação para o Estado do Paraná). **Revista do Departamento de Saúde do Paraná**, Curitiba, ano 3, n. 1 e 2, 15 dez. 1953.

RIBEIRO, Salustiano Santos (Sanitarista). Sugestão para a Reorganização do Departamento de Saúde da Secretária de Saúde do Paraná. **Revista do Departamento de Saúde do Paraná**, Curitiba, ano 3, n. 1 e 2, p. 35-40, 15 dez. 1953.

RIBEIRO, Salustiano Santos. Unidades Sanitárias Móveis. **Revista do Departamento de Saúde do Paraná**, Curitiba, ano 1, n. 2, p. 40, 15 dez. 1951.

SILVA, José Teixeira da (Médico sanitaria). Serviços Itinerantes de Saúde no Interior do Estado. **Revista do Departamento de Saúde do Paraná**, Curitiba, ano 1, n. 2, p. 32, 15 dez. 1951.

YOSHIDA, Iraci da Silva Menezes (Coord.). **Com licença – somos distritos de Toledo**: Projeto repensando os distritos de Toledo. Toledo, PR: Prefeitura Municipal de Toledo: SMED, 1988.

REFERÊNCIAS

AMADO, Janaína. Região, Sertão, Nação. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 15, p. 145-151, 1995.

ARRUDA, Gilmar. **Cidades e sertões: entre a história e a memória**. Bauru, SP: EDUSC, 2000.

ARRUDA, Gilmar. Representações da natureza: história, identidade e memória. In: ROLIM, Rivail Carvalho; PELLEGRINI, Sandra Araújo e DIAS, Reginaldo (Orgs.). ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA. HISTÓRIA, ESPAÇO E MEIO AMBIENTE, 6.: 2000: Maringá. **Anais....** Maringá, PR: ANPUH-PR, 2000. p. 47.

BARRETO, Maria Cristina Rocha. Breve leitura da idéia de progresso através das fotografias da Cidade da Parahyba. **Par'a'iwa**, João Pessoa, n. 0, dez. 2000. Disponível em: <<http://www.cchla.ufpb.br/paraiwa/00-barreto.html>>. Acesso em: 14 nov. 2006.

BOMENY, Helena. Novos talentos, vícios antigos: os renovadores e a política educacional. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p. 24-39, 1993. Disponível em: <<http://cpdoc.fgv.br/revista/arq/112.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2007.

BURMESTER, Ana M. de Oliveira et alii. O paranismo em questão: o pensamento de Wilson Martins e Temístocles Linhares na década de 50. In: SILVA, Marcos A. (Org.). **República em migalhas**. São Paulo: Marco Zero, 1990.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. O pensamento sanitaria na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados. Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p.193-210, 1985. Disponível em: <<http://www4.prossiga.br/Chagas/sobrech/sec/eh-594.PDF>>. Acesso em: 11 mar. 2007.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de; FARIA, Lina Rodrigues de. **A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República**. Bragança Paulista, SP: Editora Universitária: São Francisco, 2003.

CHAUÍ, Marilena. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. São Paulo, SP: Moderna, 1981.

COLLET, Neusa; ROZENDO, Célia Alves. Questões metodológicas: a pesquisa no campo da saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, 2001.

COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas urbanas e saúde pública: origens das políticas de saúde no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1985.

FERNANDES, Lindolfo. **Secretária de Estado da Saúde do Paraná suas origens e sua evolução no período de 1853 a 1983**. Curitiba: Secretaria do Estado de Saúde do Paraná, 1987.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

_____. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Em defesa da sociedade**: cursos no College de France (1975-1976). São Paulo, SP: Martins Fontes, 1999.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, RJ: Graal, 1979.

_____. **O nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 2003.

FRANCO, M. A. R. **Desenho ambiental**: uma introdução à arquitetura da paisagem com o Paradigma Ecológico. São Paulo, SP: Annablume, 1997.

GÓIS JUNIOR, Edivaldo. **Os higienistas e a educação física**: a história de seus ideais. Rio de Janeiro, 2000. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Gama Filho - Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Disponível em: <http://www.fitmail.com.br/downloads//mat_cientificos/oshigienistas.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2006.

GOMES, Fabíola Zioni; ADORNO, Rubens de C. F. Crescimento e desenvolvimento na prática dos serviços de saúde. Revisão histórica do conceito de criança. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 209. jun. 1990.

GREGORY, Valdir. **Os eurobrasileiros e o espaço colonial**. Cascavel, PR: Edunioeste, 2002.

GÜTHS, Lia Dorotea. Zona Bonita nos caminhos da colonização da fronteira. In: LOPES, Marcos A. (Org.) **Espaços da memória**: fronteira. Cascavel: EDUNIOESTE, 2000.

HAMILTON, Wanda; FONSECA, Cristina. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 792-794, 2003.

HERSCHEMANN, M. Micael; MESSEDER PEREIRA, Carlos Alberto. O Imaginário Moderno no Brasil. In:____. (Orgs.). **A invenção do Brasil moderno**. Medicina, Educação e Engenharia nos anos 20 e 30. Rio de Janeiro, RJ: Rocco, 1994.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005.

IPARDES – Fundação Edison Vieira. **O Paraná reinventado: política e governo**. Curitiba, 1989.

KEHL, Renato F. **Lições de Eugenia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1935.

KROPF, Simone Petraglia. Ciência, saúde e desenvolvimento: a doença de Chagas no Brasil (1943-1962) **Tempo**, Rio de Janeiro, n. 19. Disponível em: <http://www.historia.uff.br/tempo/artigos_dodossie/art19-8.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2007.

LARROSA, Jorge. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, Tomaz Tadeu da. (Org.). **O sujeito da educação: estudos foucaultianos**. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

LENHARO, Alcir. **Sacralização da política**. Campinas, SP: Papirus, 1986.

LIMA, Ana Luce G S. de; PINTO, Maria Marta S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério de Saúde. **História, Ciência, Saúde-Manguinhos**, v. 10, n. 3, p. 1037-1042, set.-dez. 2003.

LIMA, Juliano de Carvalho. História das Lutas Sociais por Saúde no Brasil. **Trabalho Necessário**, v. 4, n. 4, p. 54, 2006.

LIMA, Nísia Trindade. A agenda de saúde pública no Brasil e o papel das Conferências Sanitárias Pan-Americanas (1902-1947). In: FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: O Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, Centro Cultural Banco do Brasil, 1996.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde, muita saúde, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. **Ciências Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 313-332, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7098.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2006.

LIMA, Pablo Luiz de Oliveira. **A máquina , tração do progresso – memórias da ferrovia no oeste de Minas: entre o sertão e a civilização (1880 – 1930)**. Belo Horizonte, 2003. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de História.

LINHARES, Temístocles. **Paraná vivo**. Rio de Janeiro, RJ: José Olímpio, 1953.

LOBATO, Monteiro. **Urupês**. São Paulo, SP: Brasiliense, 1985.

LOPES, Marcos (Org.). **Espaços da memória: fronteiras**. Cascavel, PR: Edunioeste, 2000.

LUCA, Tânia Regina. **Revista do Brasil: Um diagnóstico para a (N)ação**. São Paulo, SP: Unesp, 1998.

MACHADO, Roberto; LOUREIRO, A. et alii. **(Da)nação da norma**. Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: Graal: 1978.

MAGALHÃES, Marion Brepohl de. **Paraná: política e governo**. Curitiba, PR: SEED, 2001.

MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). **Raça, ciência e sociedade**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, Centro Cultural Banco do Brasil, 1996.

MENDONÇA, Lucia Glicério de. **Parteiras em Londrina (1929-1978)**. Rio de Janeiro, 2004. 180 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde). Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2002.

MERHY, Emerson Elias. **A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo, SP: Hucitec, 1992.

MOTA, André. **Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: DP&A, 2003.

MYSKIW, Antonio Marcos. **Colonos, posseiros e grileiros: conflitos de terras no Oeste paranaense. (1961/66)**. Niterói, Rio de Janeiro, 2002. 194 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia / Unioeste.

NAVA, Pedro. **Capítulos da História da Medicina no Brasil**. Cotia, SP: Ateliê Editorial; Londrina, PR: EDUEL; São Paulo: Oficina do Livro Rubens Borba de Moraes, 2003.

OLIVEIRA, Lucia Lippi. A conquista do espaço: sertão e fronteira no pensamento brasileiro. **História, Ciência, Saúde. – Manguinhos**, v. 5, supl. 0, p. 196-211, 1998.

OLIVEIRA, Marilice Trentini de. **Prescrições médicas sobre higiene e sexualidade e suas relações com a educação: 1920-1930**. Curitiba, 2004. 123 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Paraná, Departamento de Educação.

OLIVEIRA, Ricardo da Costa de (Org.). **A construção do Paraná moderno: políticos e política no governo do Paraná de 1930 a 1980**. Curitiba, PR: SETI, 2004.

PADIS, Pedro Calil. A fronteira agrícola. **Revista de Economia Política**, v. 1, n. 1, jan.-mar. 1981.

PANDOLF, Dulce Chaves. Os anos 1930: as incertezas do regime. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves (Orgs.). **O Brasil republicano: o tempo do nacional-estatismo do início da década de 1930 ao apogeu do Estado Novo**. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 2003.

PAZ, Francisco Moraes. Corpos disciplinados, corpos individualizados. **Revista História, Questões e Debates**, Curitiba, n. 11, dez. 1985.

PAZ, Francisco Moraes. **Na poética da história a realização da utopia nacional**. Curitiba, PR: Ed. da UFPR, 1996.

PEREIRA, Luís Fernando Lopes. Paranismo: cultura e imaginário no Paraná dos anos 20. In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA CULTURA E CIDADANIA, 4.: 1995: Londrina. **Anais...** Londrina, Paraná, ANPUH, 1996. v. 1, p. 273-292.

PESAVENTO, Sandra Jathay (Cord). Imaginário social e utopia: um outro olhar sobre a história. **500 anos de América: Imaginário e utopia**. Porto Alegre, RS: Ed. Universidade/URFGS, 1999.

POLLACK, Michael. Memória e Identidade Social. **Revista Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 10, p. 204, 1992.

PORTER, Roy. História do corpo. In: BURKE, Peter (Org.). **A escrita da história: novas perspectivas**. São Paulo, SP: Editora UNESP, 1992.

QUINTANA, Alberto Manuel. **A ciência da benzedura: mau-olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise**. Bauru, SP: EDUSC, 1999.

RISI JUNIOR, João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos (Coord.). As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

RISTOW, Márcia Regina. **Saber médico e populações nas práticas de saúde pública no Paraná, nas décadas de 1930 e 1940**. Niterói, Rio de Janeiro, 2002. 215 f.

Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia / Unioeste.

ROCHA NETTO, Bento Munhoz da. **O Paraná**, ensaios. Curitiba, PR: Farol do Saber, 1995.

RODRIGUES, Marília Mezzomo. **A prevenção da decadência**: discurso médico e medicalização da sociedade. Curitiba – 1931 a 1942. Curitiba, PR: Aos Quatro Ventos, 1997.

ROMERO, Mariza. **Medicalização e exclusão social**: São Paulo, 1889-1930. Bauru, SP: EDUSC, 2002.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec; Ed. Unesp; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

SAATKAMP, Venilda. **Desafios, lutas e conquista**: história de Marechal Cândido Rondon. Cascavel, PR: ASSOESTE, 1984.

SCHALLEMBERGER, Erneldo. **Migrações e comunidades cristãs**: o modo de ser evangélico-luterano no oeste do Paraná. Toledo, PR: Edt, 1994.

SCHMIDT, Róbi Jair. Aspectos da constituição de um mito político: Willy Barth e o oeste do Paraná. **Tempos históricos**, Cascavel, PR, v. 4, p. 33-60, 2002.

SCHNEIDER, Alberto Luiz. **Silvio Romero, hermeneuta do Brasil**. São Paulo, SP: Annablume. 2005.

SCHNEIDER, Claércio Ivan. “Nós e os Outros”: Aspectos da formação de um consenso de comunidade (oeste do Paraná, 1946-1960). **História: questões & debates**, Curitiba, n. 34, p. 244, 2001.

SCHNEIDER, Claércio Ivan. **Os senhores da terra**: produção de consensos na fronteira (oeste do Paraná, 1946-1960). Curitiba, 2001. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes.

SCHREINER, Davi Felix. **Cotidiano, trabalho e poder**: a formação da cultura do trabalho no extremo Oeste do Paraná. Toledo, PR: Editora Toledo, 1997.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. **O espetáculo das raças**: cientistas, instituições e questões raciais no Brasil 1870-1930. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 1993.

SILVA, Pedro Luiz de Barros. **Atenção à saúde como política governamental**. Campinas, 1984. Dissertação (Mestrado em Ciência Política) – Universidade Estadual de Campinas, IFCM/UNICAMP.

SILVEIRA, Éder. **A cura da raça**: eugenia e higienismo no discurso médico sul-rio-grandense nas primeiras décadas do século XX. Passo Fundo, RS: Editora Universitária de Passo Fundo; 2005.

SILVEIRA, Éder. Sanear para integrar: a cruzada higienista de Monteiro Lobato. **Estudos Ibero-Americanos**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 185, jun. 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/iberoamericana/article/view/1332>>. Acesso em: 18 ago. 2006.

STEPAN, Nancy Leys. Eugenia no Brasil, 1917-1940. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2004.

TEMPERINI, Rosana Soares de Lima. **O sertão vai virar campo**: análise de um periódico agrícola (1930-1937). Rio de Janeiro, 2003. 103 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

TOMAZI, Nelson Dacio. **“Norte do Paraná” História e fantasmagoria**. Curitiba, 1997. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes.

VALE, Antônio Marques do. Cultura, Fronteiras e Desenvolvimento Regional: o caso do Paraná (1945-1964). In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA - ANPUH, 23.: 2005, Londrina-PR. **Anais...** Londrina: Uel, 2005.

VAZ, Raul. **Moysés Lupion**: a verdade. Curitiba: Paratodos, 1986.

WACHOWICZ, Ruy Christovam. **Obrageros, mensus e colonos**. 2. ed. Curitiba, PR: Vicentina, 1987.

WESTPHALEN, Cecília Maria. **História documental do Paraná**: primórdios da colonização moderna da região de Itaipu. SBPH – PR, 1987.

XAVIER, Rogério Pereira. **Corpos disponíveis**: análise foucaultiana do discurso do sanitarismo, da genética e da eugenia. Curitiba, 2006. 115 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Departamento de Filosofia, Programa de Pós-Graduação em Filosofia.