ÁREA TEMÁTICA: CULTURA

AS RELAÇÕES "MÉDICO-PACIENTES": AS PRÁTICAS MÉDICAS DOS CAMPOS GERAIS DO PARANÁ. SÉCULO XX

Apresentador[1]: RONDA, Anna Carolina Torezani.
Autora[2]: CARNEIRO. Cirlei Francisca Gomes (Orientadora).
Autora: RONDA, Anna Carolina Torezani.

RESUMO – O tema, em questão faz parte do Projeto "Doença e Cura" (CARNEIRO, 2000), o qual foi desenvolvido nas localidades dos Campos Gerais do Paraná entende-se por esta região neste estudo, os espaços compreendidos por 02 (duas) Mesorregiões: o Centro Oriental Paranaense e a Sudeste Paranaense, que envolvem as cidades de Ponta Grossa, Castro, Carambeí, Palmeira, Piraí do Sul, Jaguariaíva, Sengés, Arapoti, Telêmaco Borba, Ventania, Tibagi, Reserva, Ortigueira, Prudentópolis, Ipiranga, Imbituva e Ivaí. O objetivo central das atividades extensionistas foi estabelecer o contato com a população desses locais e entender as "relações médico-pacientes" (FOUCAULT, 1979), no sentido de recuperar as práticas de medicina desenvolvidas pelos profissionais da área da saúde. Nessa perspectiva, a metodologia preconizada refere-se ao método e a técnica da História Oral (PORTELLI, 2001) e ao "saber fazer" (CERTEAU, 1994). O cruzamento de textos escritos com os textos orais propiciou entender o processo de doença e de cura realizados pelos médicos destas localidades. Desta forma o avanço das práticas da medicina, na primeira metade do século XX, tinha como ideário político na área da saúde pública o sanitarismo que, no Paraná, foi articulado pelo gestor "da coisa pública", Manoel Ribas. E, a partir do terceiro quartel do Século XX, passou a ocorrer mudanças na política federal em busca de uma descentralização da "política da saúde" para os municípios no chamado campo da Saúde Coletiva, quando foi introduzido o Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS CHAVE: Atividades extensionistas, História Oral, Práticas da Medicina.

Introdução

As atividades extensionistas desenvolvidas com a população das localidades de Castro, Piraí do Sul, Ponta Grossa, Sengés e outras, revelaram dois momentos suigeneris no avanço das práticas dos profissionais da saúde: uma, a medicina humana e a, outra, a superespecialização do médico. A análise dessas duas vertentes científicas teve como objetivo entender o processo histórico das práticas de medicina, enquanto "relações médico-pacientes", cujo quadro sócio-médico revelou as permanências e as rupturas dos acontecimentos ocorridos na área da saúde nos Campos Gerais do Paraná3, durante o Século XX.

Para estabelecer essas questões os teóricos Michel Foucault, Carlos da Silva Lacaz, Alessandro Portelli, Saint-Hilaire, Michel de Certeau e Aluísio Gomes da Silva Junior foram tomados como parâmetro teórico-metodológico para explicar o sentido das atividades de extensão no campo da saúde pública na Região dos Campos Gerais do Paraná.

Para este estudo foram tomadas duas posições metodológicas para explicar o espaço de abrangência, onde estão inseridas as localidades visitadas pelo projeto "memória médica". De um lado, o espaço deve ser compreendido segundo a concepção do médico francês, em viagem de

[1] Acadêmica da Licenciatura em História - UEPG. caroltorezani@yahoo.com.br
[2] Mestre, Professora do DEHIS/UEPG, cirleifrancisca@hotmail.com
[3] Entende-se por Campos Gerais do Paraná a colocação feita, em 1820, por Auguste de Saint-Hilaire, o qual considerou o espaço geográfico compreendido desde os campos de Jaguariaíva aos campos da Lapa de "Paraíso Terrestre" do Brasil.

estudos científicos pelo Brasil, o qual ao haver trilhado o caminho desde São Paulo até Santa Catarina (1820) chamando parte desse meio espacial de Campos Gerais por compará-lo com os da Europa. Vê-se, então, que para o Século XIX, a faixa terrestre que abrangia de Jaguariaíva até os Campos da Lapa compreendia as localidades de Castro, Palmeira, Ponta Grossa, Tibagi, Jaguariaíva e Piraí do Sul.

De outro lado, ao longo do Século XX, ocorreu o progressivo povoamento desses espaços e, por conseguinte, novas divisões político-administrativas do Estado do Paraná foram determinadas por definição de Leis do Estado. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (1991), os Campos Gerais envolve duas Mesorregiões: a Centro Oriental Paranaense e a Sudeste Paranaense, que integram as cidades de Ponta Grossa, Castro, Carambeí, Palmeira, Piraí do Sul, Jaguariaíva, Sengés, Arapoti, Telêmaco Borba, Ventania, Tibagi, Reserva, Ortigueira, Prudentópolis, Ipiranga, Imbituva e Ivaí, respectivamente.

Neste entender, a opção do Projeto foi estabelecer como parâmetro o espaço geográfico, segundo as duas concepções teóricas: a do Século XIX e a do XX, haja vista a ocupação e o povoamento desses campos pela população paulista e, posteriormente, pela imigrante ao longo de toda essa faixa campeira trilhada por Augusto de Saint-Hilaire.

Os resultados preliminares das atividades extensionistas entre as "relações médico-pacientes"

Na cidade paranaense de Castro os médicos Dr. Dagoberto Push e o Dr. Lineu Machado Novais são representativos das questões propostas, na Extensão da UEPG, à população entrevistada sobre as "relações médico-pacientes".

Em Piraí do Sul, da memória da população foram registradas para a história da saúde pública dos Campos Gerais do Paraná os médicos Dr. Paulo Emílio Guarinelli, Dr. Eduardo Haj Mussi, o Dr. Elias Avais Neto e o médico prático que era farmacêutico Bernardo Milléo (Miléo, 2008).

Os médicos indicados pela população ponta-grossense foram o Dr. Antônio Johansen, Dr. Nadir Macedo Silveira, Dra. Ione Bussi de Paula Xavier, Dr. Amadeu Puppi e o Dr. David Federmann. Nas "relações médico-pacientes" Dr. Francisco Burzio, Dr. David Federmann, Dr. Milton Lopes, e Dr. João Iran Marcondes Ribas, figuravam, entre eles, como o mais significativos na questão da análise do corpo do paciente e no atendimento da classificação das doenças (SANTOS, 2001).

As práticas médicas do Município de Sengés foram marcadas com a presença do Dr. Efigênio Leocádio Amaral Costa, cujas atividades as exerceu em Sengés e Curitiba.

Ao considerar esse "rol" de médicos segundo o "saber fazer" (CERTEAU, 1994) da população ocorreram dois momentos históricos sobre as práticas médicas nos Campos Gerais do Paraná, quanto a prestação de serviços na área da saúde.

No primeiro caso, em finais do Século XIX e inícios do XX, os avanços na medicina científica propiciaram a ampliação de indústria de equipamentos médicos, de medicamentos e do ensino e da pesquisa de médicos. Notícias, nesse sentido foi a do Dr. Bernardo Push, que se especializou em Cirurgia Geral e Ginecologia. O exercício da profissão o levou a "fazer o curso" de Cirurgia Geral e o de Tuberculose, efetuados na Alemanha, no ano de 1939, razão pela qual havia o sentido Cristão, no cotidiano desse médico (CERTEAU, 1994), era a dedicação aos enfermos com o menor poder econômico (NICOLAS, 1954), pois, as práticas estavam embasadas na medicina humana.

Esse modelo no campo da saúde nacional era o da política sanitária, que elegeu o indivíduo (o corpo) como seu objeto e a tecnificação [do ato médico] – uma nova forma de mediação entre o homem e as doenças – levou a população as melhorias da qualidade de vida, segundo a concepção de Abraham Flexner[4], além da ênfase na medicina curativa, a qual tinha como função o processo fisiopatológico como base do conhecimento para o diagnóstico e a terapêutica, objetivando-se, então, as doenças em "lesões". Neste caso, existiram no Paraná, o Leprosário São Roque (Piraquara/Curitiba); Sanatório São Sebastião (Lapa); Preventório Infantil (Castro), e a população da Enxovia que era considerado um reduto de pessoas contaminadas pela lepra (Piraí do Sul).

Esta situação pode ser esclarecida a partir das edificações hospitalares construídas na década de 30, do Século XX, em várias localidades paranaenses com o objetivo de sanar e erradicar a "doença da lepra" vigente no Estado do Paraná.

---

[4] Abraham Flexner, da Universidade Hohns Hopkins, foi convidado pela Fundação Carnegie dos Estados Unidos da América a proceder a uma avaliação da Educação Médica em seu país e no Canadá.

Figura 1 – Leprosário São Roque



Pavilhão da Administração (Leprosário São Roque) – Piraquara

Figura 2 – Leprosário São Roque



Um dos quatro pavilhões tipo “Caville” (Leprosário São Roque) – Piraquara

Figura 3 - Laboratório de Bromatologia do Estado



Vista Parcial do Laboratório Bromatológico – Curitiba

Figuras 4 e 5 – Preventório Infantil



Vista Parcial Por Diferentes Ângulos (Preventório Infantil) – Castro

Instituições essas, criadas na gestão paranaense da “coisa pública” de Manoel Ribas.

Então, a governamentalidade da “coisa pública” do Brasil e do Paraná passou a concentrar a medicina científica em determinados espaços físicos, pois a instituição desses hospitais tinha por finalidade serem centros de diagnósticos e tratamento, abrigando essas práticas médicas, como foi o caso da criação do Laboratório de Bromatologia do Estado (Curitiba).

No segundo caso, a superespecialização do médico propiciou o melhor nível de saúde aos pacientes, em razão dos avanços científicos (MENDES, 1994) quando na década de 70, do Século XX, o modelo de Medicina Científica entrou em crise, sendo conduzida aos interesses de um mercado lucrativo e, nem sempre, voltado aos interesses de proteção da vida da maioria da população brasileira.

O processo de superespecialização médica da Medicina Científica articulou-se ao processo de industrialização da sociedade, principalmente nos espaços urbanos paranaenses, por que

a) as doenças psicossomáticas, em grande parte ocasionadas pela alienação dos indivíduos na sociedade (...). O trabalho é visto como um meio de obter satisfação no mundo do consumo, e são muitas as possibilidades de frustração, fonte de inquietação e enfermidades.
b) as doenças ocupacionais, atribuídas em sua grande parte ao processo e às condições de trabalho.
c) as neoplasias, determinados mormente por problemas ambientais (SILVA JUNIOR, 1998)

Segundo o autor, todavia, os fatores individuais são os determinantes das enfermidades e as intervenções voltam-se para os indivíduos, tanto na terapêutica como na prevenção.

E, Navarro (1986) comenta que, na década de 80, uma das políticas de Estado do Gestor da “coisa pública” Federal é estimular programas de saúde em educação sanitária, que possibilitassem a produzir mudanças nos indivíduos, porem, não no ambiente econômico e político da população brasileira.

Assim, segundo o “saber dos pacientes” que articuladas com o “saber dos médicos”, a partir da década de 40 do século XX, devido a pressão das classes Trabalhadores por políticas públicas de Bem-Estar Social ao Estado da Gestão da “coisa pública” foi imposto a redefinição de modelos de assistência à saúde, cuja reforma suprimiu o modelo hegemônico, da primeira metade do Século XX, sendo patrocinado por organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde.

Somente, em 1978, na conferência Internacional da Alma-Ata[5], que a “Medicina Comunitária” teve seu marco teórico como uma “Atenção Primária à Saúde”. Essa medicina estruturou-se objetivando; o “coletivismo restrito”, cujas práticas médicas são direcionadas ao indivíduo segundo a medicina Flexneriana, que tem como princípio a saúde de grupos populacionais. No entanto, a comunidade fica marginalizada, em certo sentido, do contexto da sociedade civil organizada, quanto a integração das atividades preventivas e curativas que são vistas como serviços básicos, sendo oferecidas, especialmente, a grupos vulneráveis e de alto risco; a “desconcentração de recursos” requer que grande parte das tarefas de hospitais seja delegada pelos médicos aos auxiliares de enfermagem, no sentido de obterem maior produtividade de serviços; e, dentre outros elementos desse modelo de Medicina Comunitária, existem os Hospitais Universitários, sendo outro ambiente onde se aprende “medicina para os pobres”: os serviços públicos de saúde.

Ao final da década de 80, do Século XX, no meio da redemocratização da sociedade brasileira ocorreu a Reforma Sanitária, a partir das propostas de “modernização” e “racionalização” da governamentalidade do Estado nas políticas sociais com base na construção de novos Modelos Tecnoassistenciais, propondo segundo a Organização Mundial da Saúde os sistemas locais de saúde com criação do Sistema Único de Saúde.

[5] Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários De Saúde Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978 A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma-Ata, que expressava a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo.

Vê-se, então, segundo Silva Júnior “que a discussão de Modelos Tecnoassistenciais em Saúde não é “um livro de receitas”. Cada modelo é forjado histórica e socialmente, não cabendo um modelo prescritivo” (1998).

Assim, na primeira metade do Século XX, a formação de médicos estava assentada em critérios de valores em direção ao desejo de servir e ao ímpeto de generosidade de auxiliar o doente. Sendo, neste caso, médicos de família do tipo de profissional dedicado e humano, com a capacidade até de solucionar os problemas dos doentes através da cura.

A partir da década de 70, do Século XX, as práticas médicas sofreram radical transformação. O médico de família considerado o orientador terapêutico não existe mais no campo sócio-médico, devido a presença de uma rede tecnoassistencial no campo da saúde coletiva.

Em ambos os casos a população vem, ao longo de temporalidade histórica dos Campos Gerais do Paraná, permeando as reformas de modelos assistenciais no campo da saúde coletiva.

Conclusão

Assim considerando, embora, no senso comum da população dos Campos Gerais do Paraná, quando das “relações médico-pacientes”, não haja o conhecimento científico sobre o que Michel Foucault analisa de que “O indivíduo emerge como objeto do saber e das práticas médicas (...). O indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos da intervenção da medicina graças a Tecnologia Hospitalar” (1979). No “saber fazer” dos entrevistados existe a preocupação com a ausência de melhor atendimento da doença e da cura. Entretanto, no “saber clínico” do médico, quer no espaço do Hospital e/ou quer no do Consultório, quando das “relações médico pacientes” a consulta do doente não representa somente a busca da cura, mas, principalmente o registro, o acumulo e a formação do saber.

Neste entender, o diálogo estabelecido entre as fontes orais e as escritas permitiu resgatar as práticas da medicina do Século XX, desenvolvidas pelos profissionais da área da saúde (médicos e auxiliares de enfermagem) nos Campos Gerais do Paraná.

A tônica das relações (médico-pacientes) nas localidades onde foram realizadas as atividades de extensão foi, segundo o “saber falar” da população ora a rememoração de médicos amigos da família, ora os questionamentos sobre a transformação do modelo assistencial da saúde coletiva.

Isto significa que, a consulta é a da rápida entrevista com o paciente encaminhando-o para os exames de alta tecnologia, ou seja, a preocupação do “saber clínico” do médico não é o individuo, mas, sim, com a doença de que o paciente é portador. Essa situação é reveladora de que a profissão médica nos dias atuais transformou-se em um mero instrumento de saúde em uma sociedade de consumo marginalizando as relações sociais entre médicos e pacientes.

Referencias

CARNEIRO, Cirlei Francisca Gomes. **História do Paraná e dos Campos Gerais:** Fontes, Memória e Resgate Histórico da Família, Educação e Saúde. Ponta Grossa: DEHIS/UEPG, 2002.

CERTEAU, Michel. **A Invenção do Cotidiano:** 1º As artes de fazer. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1994.
FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

LACAZ, Carlos da Silva. Moral Médica. IN: **Ensaios Médico-Sociais.** São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1986.

MENDES, E. V. et al. Distritos Sanitários: conceitos chaves. IN: **Distritos Sanitários: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/Abraço, 1994.

Miléo, Clarissa Cobbe. **Relações no Processo Saúde – Doença:** as práticas de cura no Município de Piraí do Sul – PR (1930 – 1950). Ponta Grossa: DEHIS/UEPG, 2008. (Trabalho de Conclusão de Curso do Bacharelado em História).

NAVARRO, V. Classe social, poder político e o Estado e suas implicações na medicina. IN**: Textos de Apoio** – Ciências Sociais. Rio de Janeiro: PEC/Ensp/Abrasco, 1986.

NICOLAS, Maria. **Cem Anos de Vida Parlamentar:** Deputados Provinciais e Estaduais do Paraná. Assembléia Legislativa e Constituinte 1854 -1954. Curitiba: Imprensa Oficial do Paraná, 1954.

SAINT-HILAIRE, Auguste de. **Viagem a Comarca de Curitiba e a Província de Santa Catarina.** Belo Horizonte: Itatiaia, 1978.

SANTOS, Maria Ester de Carvalho. **O Saber "Saber Fazer" Médico na Área da Saúde Infantil de Ponta Grossa:** as relações sociais médico-paciente e médico-hospital, 1937 – 1997. Ponta Grossa: DEHIS/UEPG, 2001. (Projeto para Conclusão de Curso de Licenciatura em História).

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde:** o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

PORTELLI, Alessandro. História Oral como Gênero. IN: **Projeto História.** São Paulo: USP, 1987.

Referências Iconográficas

PARANÁ, Relatório de Governadores do Estado do Paraná**. Relatório de Governador Manoel Ribas ao Presidente Getúlio Vargas de 1932 – 1945.** Curitiba: Imprensa Oficial do Paraná, 1945.