

GEOGRAFIA MÉDICA NO BRASIL: REFLEXÕES HISTÓRICAS E FUNDAMENTOS TEÓRICOS

MEDICAL GEOGRAPHY IN BRAZIL: HISTORICAL PERSPECTIVES AND THEORETICAL FOUNDATIONS

Zulimar Márita Ribeiro Rodrigues

Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Geografia, MA, Brasil
zulimar.marita@ufma.br

RESUMO

A historiografia da geografia médica e/ou da saúde é uma estratégia para a compreensão dos domínios teórico-metodológico que subsidiaram a construção dessa área de conhecimento. O presente artigo objetivou discutir a historiografia da geografia médica no Brasil, e como os espaços urbanos e rurais foram objeto de estudo entre a segunda metade do século XIX e início do XX; com o suporte das teorias miasmáticas e microbianas. A pesquisa é descritiva e qualitativa. Por procedimentos técnicos, utilizou-se análise documental e de discurso através da seleção dos relatórios das províncias do Brasil, disponível no portal *Center for Research Libraries: Global Resources network*, com os descritores “miasmas”, “miasmática”, “micróbios”, “microbiana”, “saneamento”, “prophylaxia rural” e “saneamento rural”. Em geral, os relatórios analisados demonstraram as bases teóricas das matrizes miasmáticas e microbiana, e os objetos de estudo foram, inicialmente, os espaços urbanos e, posteriormente, os rurais nas distintas províncias e/ou Estados brasileiros. Amparada no elemento propositivo da historiografia, e partindo do caráter interdisciplinar da geografia médica, comprehende-se que esse suporte metodológico continua sendo importante para compreender a complexidade do processo saúde-doença e sua interface com os ambientes urbanos e rurais.

Palavras-chave: Historiografia. Geografia médica. Brasil. Espaço urbano. Espaço rural.

ABSTRACT

The historiography of medical and/or health geography is a strategy for understanding the theoretical-methodological domains that underspinned the construction of this field of knowledge. This article aimed to discuss the historiography of medical geography in Brazil, and how urban and rural spaces were studied between the second half of the 19th century and the early 20th century, supported by miasmatic and microbial theories. The research is descriptive and qualitative. Due to technical procedures, documentary and discourse analyses were used through the selection of reports from the provinces of Brazil, available on the *Center for Research Libraries: Global Resources Network* portal, using the descriptors “miasmas”, “microbes”, “microbial”, “sanitation”, “rural prophylaxis”, and “rural sanitation.” In general, the analysed reports demonstrated the theoretical foundations of the miasmatic and microbial frameworks, with the initial objects of study being urban spaces, and later, rural areas in the various provinces and/or states of Brazil. Supported by the propositional element of historiography and based on the interdisciplinary nature of medical geography, it is understood that this methodological framework remains important for understanding the complexity of the health-disease process and its interface with urban and rural environments.

Keywords: Historiography. Medical geography. Brazil. Urban space. Rural space.

INTRODUÇÃO

A historiografia da geografia é um importante recurso para compreender as metodologias aplicadas para a sua construção. Para Barros (2005, p. 07), o exercício historiográfico representa uma autorreflexão na visão temporal e que envolvem dificuldades, entre as quais, a fidedignidade ou o desaparecimento das fontes. O autor destaca que os dados e as informações que o [...] historiador colherá no passado serão produzidos a partir da compreensão contemporânea que o historiador

possui da sua disciplina, e não somente pela imersão contextual daquelas temáticas e abordagens naqueles tempos passados de onde foram extraídos" (Barros, 2005, p. 7).

O exercício da reflexão historiográfica pode combinar elementos contextuais e propositivos. O primeiro, parte dos "procedimentos analíticos de contextualização histórica, institucional, política e cultural" (Barros, 2007, p. 227); o segundo parte da reconstrução do passado da disciplina, "com o objetivo ou o compromisso de intervir no presente da mesma, ajudando-a" (Barros, 2007, p. 229). Assim, a contextualização histórica poderá contribuir, na medida do possível, para as discussões atuais de qualquer área do conhecimento, entre as quais, a geografia médica e/ou da saúde.

Existem diferentes perspectivas para realizar a contextualização da origem do conhecimento científico, a mais tradicional é de fato saber como e onde tudo começou. Lembra-se a assertiva de Nelson Werneck Sodré, para o qual: "A Geografia é talvez a ciência de história mais longa. Ela começa, na verdade, com as primeiras comunidades gentílicas" (Sodré, 1993, p. 13). Seguindo esse viés, as origens da geografia podem ser compreendidas ou inseridas nas tentativas de explicar os fenômenos inerentes à dinâmica da natureza e das atividades humanas nos períodos mais remotos da história das sociedades humanas.

Seguindo a linha do tempo para situar o nascedouro da geografia médica, evoca-se, também, Samuel Pessoa (1978, p. 94) ao dizer que: "O estudo da Geografia Médica nasceu na Antiguidade, talvez com a própria história da medicina". Sobre essa premissa, considera-se que a abordagem interdisciplinar foi o primeiro domínio teórico metodológico da geografia médica; sobretudo, pela cooperação com a medicina para explicar o processo saúde-doença.

Minayo (1994), por sua vez, faz importante esclarecimento sobre o tema da interdisciplinaridade e as narrativas de seus principais teóricos. Ao mencionar o trabalho "O que é interdisciplinaridade?" de Sinaceur (1977), afirma que esse filósofo defendeu "[...] a ideia de que a interdisciplinaridade caracterizou todas as disciplinas em seu nascedouro" (Minayo, 1994, p. 54). Ainda segundo a autora, a abordagem interdisciplinar tem como condição essencial a competência das disciplinas chamadas a cooperar e "[...] só obtém êxito como forma de conhecimento e prática científica".

Dessa forma a atitude interdisciplinar frente a necessidade sociais concretas, segundo Sinaceur, consiste na procura de correlação, irredutível à simples justaposição, sobre a coleção de vereditos particulares enunciados a partir de uma especialidade. É a busca da síntese com finalidade prática que determina o recorte do objeto e se consolida, sobretudo, na pesquisa operacional (Minayo, 1994, p. 56).

Destarte, apoia-se nas premissas elencadas pela autora supracitada para justificar que a abordagem interdisciplinar subsidiou as origens da geografia médica; e, para tanto, pode-se apresentar, pelo menos, três argumentos. Primeiro, em função da cooperação que houve entre medicina e geografia como formas de conhecimentos desenvolvidos e das práticas científicas de ambas; caracterizando-se como correlação e não simples justaposição. Em segundo lugar, a correlação que houve entre as disciplinas foi para compreender o processo saúde-doença, um problema ou uma necessidade social concreta, preliminarmente analisando o espaço urbano e posteriormente o rural. Como terceiro argumento, a abordagem interdisciplinar que caracterizou o nascedouro da geografia médica determinou o recorte do seu objeto, inicialmente a influência do ambiente no processo saúde-doença; e se consolidou como pesquisa operacional para compreender as origens das doenças no espaço geográfico.

Partindo desses pressupostos, as narrativas historiográficas de diferentes campos de conhecimentos buscam identificar como e onde tudo começou? Nesse sentido, grande parte dos estudos apontam que a origem da geografia médica foi a Grécia Antiga e o primeiro expoente Hipócrates, no século V a.C. Assim, o surgimento desse saber no mundo Ocidental é, amiúde, atribuído à obra intitulada "Dos ares, águas e lugares", quando o médico e filósofo grego propôs uma concepção ambiental para o aparecimento das doenças em detrimento da explicação sobrenatural (Lacaz, 1972; Paraguassu-Chaves, 2001; Mazetto, 2008; Rodrigues, 2014; Guimarães, 2015).

Segundo Valencius (2012), a historiografia da geografia médica escrita por historiadores ou por geógrafos é caracterizada pela busca dos seus ancestrais e/ou representantes cujas obras literárias deixadas podem ser vistas como criadoras dos estudos das relações entre saúde e ambiente. No caso da geografia médica, uma das figuras históricas mais emblemáticas foi e continua sendo Hipócrates.

De fato, o legado hipocrático é apodíntico, haja vista a sua influência nos estudos posteriores. Aqui, destaca-se mais um argumento teórico metodológico da geografia médica baseado nos escritos hipocráticos: a atenção dada às cidades. Conforme Hipócrates, os médicos deveriam observar alguns aspectos ao adentrar uma cidade para não cometer enganos ao diagnosticar uma doença. Os seus escritos são argumentos para se observar com mais atenção as características do lugar com base na premissa de que as doenças têm uma explicação natural.

Quando se entra pela primeira vez em uma cidade deve-se considerar sua localização em relação aos ventos e ao nascer do sol, pois não será o mesmo se estiver situada ao norte ou ao sul [...]. Porquanto, conhecendo bem todos esses aspectos ou ao menos grande parte deles, ao chegar a **uma cidade estranha** não se pode deixar de reconhecer que doenças peculiares ao lugar, quer a natureza específica das doenças comuns, de tal forma a não ficar em dúvidas quanto ao tratamento ou a cometer enganos (Hipócrates, 400 a. C *apud* Garret, 1995, p. 231, **grifo nosso**).

Em consonância dada às cidades, os escritos hipocráticos subsidiam o nosso argumento que a geografia médica foi, originalmente, uma geografia urbana da saúde ou uma geografia da análise espacial urbana aplicada à saúde. Segundo Garret (1995, p. 233), os historiadores da medicina que descreveram sobre as origens de doenças, tais como a peste pneumônica, a hanseníase, a tuberculose e a sífilis, relatam que todas teriam sido detectadas no ambiente urbano, “tanto quanto foi possível apreender pelos registros históricos, essas doenças raramente foram vistas – se é que o foram - antes do estabelecimento de centros urbanos” (Garret, 1995, p. 233).

As doenças que comprovadamente grassaram as mais antigas civilizações reforçam o ambiente urbano como propício para a sua origem ou os primeiros registros, notadamente a partir do momento em que a concepção ambiental ganhou credibilidade. Na interpretação de Rosen (1994, p. 39), o livro de Hipócrates “Ares, Água e Lugares” pretendia ajudar o médico a entrar em uma cidade desconhecida, orientando-o na arte de enfrentar as doenças daquele lugar e de fazer prognóstico com precisão”.

Destarte, ratificando os pressupostos iniciais, a geografia médica surgiu pautada na abordagem interdisciplinar com a medicina, definindo como objeto a interface saúde e ambiente urbano para atender as demandas sociais e práticas do processo saúde-doença. Assim, em linhas gerais, no período da chamada Idade Antiga, a geografia médica urbana foi o primeiro escopo metodológico e que perdurou em outras fases de consolidação na área de conhecimento.

No período seguinte; ou seja, durante a Idade Média, Barros (2007) também aponta reflexões sobre a história da geografia da saúde humana através dos assentamentos humanos e o meio geográfico, como na obra do geógrafo Ibn Kaldun, que pode ser interpretada como contiguidade da geografia médica urbana na Idade Medieval.

Para Kaldun, as cidades tendiam a aumentar a mortalidade nas populações. O Meio ambiente urbano, ao se expandir, concentrado mais e mais as habitações e as pessoas, acabariam por produzir não um adoecer moral - egoísmos, ataques à propriedade privada, crimes de sangue -, mas também muitas enfermidades físicas e o aumento das mortes nestas populações, tudo isto eventualmente conduzindo à corrupção e à decadência dos grandes assentamentos urbanos (Barros, 2020, p. 56).

Ainda na trajetória historiográfica aqui proposta, duas matrizes teóricas também contribuíram para a construção da Geografia médica e para explicar o processo saúde-doença ao longo da história das ciências da saúde: as Teorias Miasmática e Microbiana. A primeira projetou a contextualização ambiental, o espaço geográfico e suas multicausalidades no processo saúde-doença; a segunda focou na unicausalidade. Na sequência histórica, a inicial perspectiva de que o processo saúde-doença poderia ser explicado por um conjunto de causas – a multicausalidade –, posteriormente, foi substituída em favor da unicausalidade. Tornou-se desnecessário buscar a causa das doenças no ambiente ou espaço geográfico, de modo que descobrir os microorganismos causadores das doenças era suficiente.

Partindo da assertiva de Rosen (1994), que, no confronto entre miasmáticos e microbianos, a primeira dominou mais, investigaram-se as influências de ambas nos discursos dos médicos brasileiros na segunda metade do século XIX e início do XX; e quais os espaços geográficos foram objeto de preocupação. Parte-se do pressuposto que essa influência iniciou tendo como objeto o espaço urbano e ampliou-se para o rural.

Cabe mencionar que a história das ciências sempre esteve atrelada ao saber hegemônico produzido no Ocidente Europeu nos séculos XVI, XVII e XVIII e reverberou em contextos não europeus, sobretudo em suas colônias. A geografia médica se desenvolveu na Europa e só migra para os demais continentes através do processo de colonização. Especificamente no Brasil, chega por meio dos viajantes, naturalistas, cronistas e médicos que tiveram importante função: inventariar a natureza com fins à sua ulterior exploração; do mesmo modo que inventariar os problemas de saúde advindos do clima tropical.

Portanto, considera-se a necessidade de descentralizar mais as reflexões sobre a epistemologia e a história do pensamento da Geografia Médica² e da Saúde no Brasil. Assim, o presente artigo busca compreender as múltiplas representações da geografia médica e como a salubridade urbana e rural foram objeto de preocupação nas províncias do Brasil entre a segunda metade do século XIX e início do XX; respectivamente, com o suporte das teorias miasmáticas e microbianas.

Inicialmente, o espaço analisado foi o urbano, posteriormente, o rural; sobretudo, considerando os elementos geográficos da paisagem. Buscou-se, ainda, promover um debate histórico e teórico sobre a geográfica médica e/ou da saúde brasileira.

PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa caracteriza-se por ser descritiva e qualitativa, e, por procedimentos técnicos, utilizaram-se a análise documental e de discurso. Para Oliveira (2007, p. 69), a pesquisa documental utiliza materiais que ainda não passaram por tratamento analítico, assim, a pesquisa “documental caracteriza-se pela busca de informações em documentos que não receberam nenhum tratamento científico, como relatórios, reportagens de jornais, revistas, cartas, filmes, gravações, fotografias, entre outras matérias de divulgação”.

A análise documental foi baseada nos relatórios das províncias do Brasil³, disponível no portal *Center for Research Libraries: Global Resources network*. A coleção digital é composta por jornais, livros, periódicos, arquivos e documentos governamentais. Assim, foram incluídos na pesquisa os relatórios digitalizados entre o período de 1850 a 1930, de vinte províncias e/ou estados brasileiros, a saber: Alagoas, Amazonas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Goiás, Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Paraíba, Paraná, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo e Sergipe. Foram utilizados, para busca nos relatórios, os seguintes descritores: “miasmas”, “miasmática”, “micróbios”, “microbiana”, “saneamento”, “prophylaxia rural” e “saneamento rural”. Através do próprio sistema de busca da plataforma, os relatórios em que os descritores apareciam com maior frequência foram lidos e analisados para compor o corpus da pesquisa qualitativa.

Foi empregada a técnica da análise de discurso dos relatórios selecionados. “Análise de discurso é o nome dado a uma variedade de diferentes enfoques no estudo de textos, desenvolvida a partir de diferentes tradições teóricas e diversos tratamentos em diferentes disciplinas” (Bauer; Gaskell, 2002, p. 244). Os autores pontuam que análise de discurso é também analisar o contexto interpretativo, “é produzir leituras de textos e contextos que estão garantidas por uma atenção cuidadosa aos detalhes, e que emprestam coerência ao discurso em estudo” (Bauer; Gaskell, 2002, p. 256).

Para a escrita final, os relatórios foram elencados e descritos em ordem cronológica para compor dois grupos do corpus da pesquisa: a geografia médica urbana e rural do Brasil.

² Mesmo ressaltado aqui a abordagem interdisciplinar que subsidiou as origens da geografia médica desde a Antiguidade, para Guimarães (2015), oficialmente, a origem da Geografia médica foi em Lisboa, no ano de 1949, durante o Congresso da União Geográfica Internacional (UGI); e sua consolidação em Nova Déli, no Congresso ocorrido em 1968, pois neste houve a instalação de um grupo de trabalho. Em 1976, no Congresso da UGI que ocorreu em Moscou, a Geografia médica passou a ser chamada de Geografia da Saúde.

³ Cabe lembrar que, em 1822, com a Independência do Brasil, as antigas capitâncias reais foram transformadas em províncias do Império do Brasil; posteriormente, com a Proclamação da República, em 1889, as províncias brasileiras passaram à categoria de estados.

A GEOGRAFIA MÉDICA URBANA NO BRASIL

A ideia de uma Geografia Médica Urbana tem como suporte a análise de Foucault (1979) para descrever o “Nascimento da Medicina Social”, no final do século XVIII. O autor identificou três formas: na Alemanha, desenvolveu-se uma “medicina do Estado”; na Inglaterra, a “medicina da força de trabalho” e, na França, a “medicina urbana”. Ainda segundo o autor, configurou-se uma “medicina urbana” que atendeu a três objetivos: o primeiro, analisar e intervir nos locais considerados insalubres e perigosos, com maior atenção aos cemitérios; o segundo refletiu sobre a circulação do ar e da água. O terceiro objetivo foi atentar para a organização de todos os sistemas urbanos administrados e/ou fiscalizados pelo setor público, como o abastecimento de água, os esgotos, os cemitérios e os matadouros.

Alvitra-se ainda a análise realizada por Rodrigues (2014), no Maranhão, pois, segundo a autora, por meio da concepção ambiental da saúde, houve a aproximação ou a perspectiva interdisciplinar entre a Medicina, a Epidemiologia, a Geografia Médica, a Arquitetura, o Urbanismo e a Higiene Pública, que representou uma construção coletiva diante dos reincidentes problemas do espaço urbano do final do século XIX e início do XX, subsequentemente, o espaço rural se tornou objeto de intervenção.

No Brasil, a análise espacial urbana aplicada à saúde aparece em tópicos gerais ou específicos nos relatórios das distintas províncias no primeiro período analisado, entre 1855 a 1887; consta em tópicos com os títulos de “Saúde Pública”, “Asseio da Cidade”, “Saneamento da Capital”, “Salubridade Pública”, “Polícia sanitária da Capital”, “Medidas Sanitárias”, “Higiene Pública”, entre outros. O foco principal dos relatórios foram as capitais; sobretudo em função de serem as mais povoadas e terem órgãos institucionais responsáveis pela saúde pública, as intituladas “Comissões de Higiene Pública”. As explicações sobre os surtos e/ou epidemias que aconteciam nas cidades foram subsidiadas, inicialmente, pela teoria miasmática e destacando os elementos naturais da paisagem.

O relatório apresentado à Assembleia Legislativa Provincial do Rio Grande do Norte pelo vice-presidente da província, João Carlos Wanderley, no dia 3 de maio de 1850, destaca a Saúde Pública nas reflexões advindas pelo “Médico do Partido Público”⁴ sobre a benignidade do sítio urbano, a topografia da cidade e do seu clima saudável.

Esta Cidade vantajosamente situada muitos metros acima da superfície do mar, circunstância que faz ser menos intenso o calor, apesar de sua latitude constantemente lavada pelos ventos, que sopram diariamente de terra para o mar, e vice-versa, e bafejada quando cresce temperatura pela brisa do Oeste, que refresca o ar e o purifica, possue um clima saudavel, que não favorece o desenvolvimento de epidemias, que em outros climas menos felizes deterioram a saude, e aniquilão a vida (Rio Grande do Norte, 1850, p. 11).

Para ratificar os benefícios da salubridade do clima e a inexistência de doenças endêmicas, o referido médico complementa:

Si a bondade da Constituição Médica desta Cidade se prova pela amenidade de seu clima, que não engendra epidemias, a pezar da mudança das estações, das alterações hygrometricas do ar, e do rigor do calor solar, sua excellencia ainda mais se evidencia da não existencia de moléstia alguma endemica conhecida; o que prova a bôa natureza do terreno e a pureza das águas e do ar [...] (Rio Grande do Norte, 1850, p. 12).

A abordagem da análise espacial urbana é também detalhada em tópicos mais específicos como no relatório da província de Alagoas em 1855, intitulado “Para a topographia physica e médica da cidade de Maceió”. O relatório apresentado pelo então presidente da Província de Alagoas, Antônio Coelho de Sá e Albuquerque, apresenta um panorama geral sobre o crescimento da capital sem observar os princípios da higiene.

Um ligeiro reparo sobre o plano desta Cidade é bastante para reconhecer-se o grave erro dos primeiros fundadores, **que nenhuma atenção prestarão os princípios de**

⁴ De acordo com Borba (2008), no Rio Grande do Norte, a partir de 1850, os médicos são mencionados nos relatórios da província como especialistas na área da salubridade urbana e o cargo oficial era denominado “Médico do Partido Público”.

hygiene publica, aos quaes está subordinado tudo o que é destinado à habitação e à aglomeração de homens. Cuidou-se em levantar casas, abrir ruas, construir edifícios públicos, abrir canaes, etc., mas nunca se interrogou em seus elementos constitutivos a athmosphera, nunca se indagou se às casas, às ruas e aos edifícios públicos chegavão camadas sucessivas de ar puro e na proporção justa das necessidades da respiração humana; nunca se cuidou em averiguar se desses canaes partirão exalações prejudiciais à saúde publica. E desta ignorância de preceitos, aliás mui vulgares, resultou o que devia resultar = um péssimo estado sanitário (Alagoas, 1855, p. 1, **grifo nosso**).

Segundo o mesmo relatório, dois elementos geográficos da paisagem urbana são mencionados; o primeiro são os pântanos existentes na cidade de Maceió, que seriam mananciais de exalações miasmáticas em contato com a atmosfera; o segundo elemento justificaria o ciclo e a origem das febres intermitentes.

Ora, d'uma e d'outra ordem destas origens de miasmas é Maceio per demais provido: - esses pantanos que abração a Cidade nos seus dois terços, e esses monturos, esterquilinios, despojos organicos, e tudo o que pode passar por transformações, são mananciaes de exalações miasmáticas, que derramadas na athmosphera, e postas em contacto com nosso organismo, produzem a endemia de febres intermitentes, [...] (Alagoas, 1855, p. 5).

As causas das febres paludosas e intermitentes foram temas recorrentes em diversos relatórios, como sobre a cidade de Manaus em 1857, elaborado pelo médico Antonio José Moreira⁵, em um dos trechos descritos é o mistério em torno da etiologia das febres: “[...]. Assentada em theorias hypotheticas, e envolta, como está, em mysterioso véo, a etiologia d'essa moléstia”. Apesar da indefinição, o calor do ambiente é apontado como um instrumento das febres paludosas e eflúvios pestilentes. “[...] – o calor é dos principaes instrumentos na elaboração de effluvios pestilenciaeas - O calor é dos principaes instrumentos, repito; mas o calor está longe de ser a causa das febres paludosas, que nem respeitam as zonas frigidas do globo” (Amazonas, 1857, p. 2).

No relatório de 1874, vários elementos geográficos são apontados para serem observados, a compreender as causas das febres intermitentes e paludosas que grassavam endémicamente a região do rio Madeira, no Amazonas; bem como destaca que a observação primeira dos elementos geográficos é condição para emitir medidas apropriadas para solucionar o problema de saúde, conforme elencou o relatório do médico Aprigio Martins de Menezes⁶.

Estudos especiaes, autorizados pelo Governo e repetidos muitas vezes, sobre a topografia e hydographia das regiões onde mais se desenvolvão as febres palustres, sobre o conhecimento exacto dos focos de infecção, sobre a direcção dos ventos ali reinante etc, trarão muita luz a questão.

Sem esses elementos, filhos do estudo, da observação e de longa experiência, cremos, que não se poderá aventurar um conselho efficaz afim de que se possa iniciar quaesquer medida apropriada a fazer desaparecer as causas das febres endémicas no Madeira (Amazonas, 1874, p. 3).

Na Paraíba, em 1869, um relatório bastante extenso atendendo à solicitação sobre as causas das piorias do estado sanitário de João Pessoa traz elementos para a observação das características geográficas na compreensão do processo saúde-doença. Segundo Borges (2021):

Em 1869, o cemitério público da capital paraibana, passou a ser alvo de muitas críticas. Dizia-se que aquele local de inumações seria, para a salubridade da cidade, o maior dos riscos e, que o estado em que se encontravam as suas catacumbas, não apresentavam as condições higiênicas necessárias (Borges, 2021, p. 177).

⁵ Conforme Santos (2011, p. 10), “[...] a Provedoria de Saúde da Província do Amazonas foi instalada em 1856, sendo seu primeiro provedor o Dr. Antonio José Moreira (cirurgião-militar), até então o único médico da província”.

⁶ De acordo com Silva (2019, p. 40), o médico Aprígio Martins de Menezes atuou no controle da epidemia de varíola em Manaus, no ano de 1874 e posteriormente “foi destacado para se encarregar de uma comissão criada para atuar nas localidades situadas ao longo do rio Madeira. Sua tarefa seria a de relatar a situação da epidemia de varíola na região, propagar a vacina e estudar sobre as febres palustres, endêmicas naquelas localidades”.

Dessa maneira, uma comissão foi formada para relatar sobre o problema, constituída pelo inspetor de saúde, João José Innocentio Poggi, e demais médicos Dr. Francisco Jacintho Pereira da Motta, Dr. Antonio da Cruz Cordeiro, Dr. Abdón Felinto Milanez e Dr. Jacintho Silvano Santa Roza.

O relatório inicia com uma minuciosa descrição da localização da capital, os ventos, a geologia dos solos, considerados elementos importantes que contribuem para a salubridade da cidade.

A vista do exposto concluimos que, a natureza geologica do seo sólo, a sua configuração, com uma posição muito elevada acima do nível do mar, terreno enchuto, coberto de matas, com fortes declives, que podem dar facil esgoto as agoas pluviaes, são condições essenciaes, para que esta cidade seja muito salubre, mas uma vez que os factos não justificão esta asserção, existem por conseguinte outras causas, que mais tarde demonstraremos, as quaes contribuem para que a sua salubridade não seja completa (Paraíba, 1870, p. 2).

Cabe ratificar que salubridade urbana, sob o enfoque da geografia médica, foi, inicialmente, discutida sobre a ótica da teoria miasmática, que relacionou a transmissão das doenças aos elementos físicos da natureza. Pode-se ratificar que a teoria miasmática permaneceu hegemônica até o final do século XIX, no momento do advento da era microbiana ou bacteriológica.

Nesse sentido, há de se salientar que ambas as teorias supramencionadas influenciaram o movimento higienista quando se referiam, especificamente, aos ambientes urbanos como locais das intervenções sanitárias. Para Góis Junior (2000, p. 61), a proposta da concepção miasmática “[...] sustentou os argumentos dos higienistas que queriam convencer as autoridades públicas da eminência de uma intervenção em nível de políticas de saneamento básico, educação higiênica, prevenção e atendimento médico”.

Partindo desse contexto, cabe mencionar que, em diferentes relatórios das províncias, quando analisados os seus conteúdos, observaram-se os destaques para o papel e a importância dos propósitos da higiene pública. O relatório da província da Paraíba de 1869 aponta vários conselhos higiênicos para remover as causas da insalubridade da capital João Pessoa, destacando o papel da salubridade pública. “Em todos os tempos, em todos os paizes, em todos os lugares, sempre merece a salubridade publica o maior cuidado e zelo dos governos” (Paraíba, 1870, p. 14).

Parece que o instinto de conservação, ou a luta incessante da vida contra a morte obrigarão os sabios desde épocas as mais remotas a promulgar preceitos para conservar a saúde e prolongar a vida; e a polícia da salubridade era confiada aos seos mais distintos cidadãos. O ar, os alimentos, as habitações, quer publicas, quer particulares forão consideradas como tendo uma influência directa sobre a saúde, e desenvolvimento phisico e intellectual dos povos (Paraíba, 1870, p. 14).

De forma similar, no Pará, o relatório de 1857, no tópico “Saude Publica” sobre a capital Belém, foi observado pelo presidente da província, o engenheiro militar Henrique Pedro Carlos de Beaurepaire Rohan⁷: “Não terminarei este artigo, sem aproveitar a occasião para render um publico testemunho de reconhecimento aos senhores membros da commissão de hygiene, nos quaes tenho encontrado a mais efficaz coadjuvação, em tudo aquillo que é relativo á saúde publica” (Pará, 1857, p. 9).

Em contrapartida, diversos relatórios chamam a atenção para a desvalorização que a higiene pública foi tratada. Em 1855, o relatório da província de Alagoas traz a dimensão do problema na escala nacional e local.

Nas provincias, mesmo nas capitaes, a hygiene publica é ainda denominada *sciencia* de luxo; e quando a voz do médico hygienista, revoltada contra o desprezo em que se tem a vida do homem, se levanta para aconselhar aquelles que estão incumbidos da publica administração; essa voz, que n'outros paizes seria acolhida

⁷ Henrique Pedro Carlos de Beaurepaire Rohan (1812-1894) foi engenheiro militar, bacharel em ciências físicas e matemáticas, cartógrafo, que construiu vasta experiência nos serviços prestados ao governo imperial e ao exército”. (Sousa, 2918, n.p.)

com respeito, é para logo suffocada pelo mais desanimador desprezo. Entretanto ao passo que assim se despreza os dictames da razão e da humanidade, construe-se ao lado da cachexia popular, que vai crescendo na razão do aumento da população, custosos palacetes, vastos theatros, etc., etc. (Alagoas, 1855, p. 8).

Na província de Santa Catarina, em 1842, aponta-se em tópico específico sobre Hygiene Publica o referido desprezo: “O Encarregado da propagaçao da vaccina, cumprindo com o que lhe foi exigido pelo Exm. Presidente da Provincia, não pôde deixar em silencio o desprezo que entre nós existe sobre a Hygiene Publica, e a polícia médica das suas Praças, e Praias [...]” (Santa Catarina, 1842, n.p.).

Na Bahia, em 1887, o problema também foi apontado no tópico Saude Publica, no relatório do mesmo ano, pontou sobre o caso de Salvador: “Si outro fosse o asseio da Cidade e houvesse o constante emprego das medidas hvgienicas convenientes, estou certo de que, pelo seu clima ameno, esta Capital seria uma das mais saudaveis e que menos concorreria para as estatísticas de mortalidade” (Bahia, 1887, p. 81 e 82).

É indispensável ressaltar o papel que o movimento higienista desempenhou nas representações sociais sobre o processo saúde-doença. Para Lima (1999, p. 94), “[...] as bases epistemológicas da higiene, até a segunda metade do século XIX, encontram-se no chamado neo-hipocratismo”, sendo assim, pode-se afirmar que o movimento higienista também contribuiu para legitimar a análise urbana da saúde, a concepção ambiental das doenças e a própria geografia médica urbana. No caso específico das áreas tropicais, como no caso do Brasil, o higienismo teve participação decisiva para intervir nas medidas para a salubridade urbana.

O relatório de 1891, do estado de Goiás, o tópico “saneamento da capital” aparece em um anexo e descreve a topografia da localização da cidade e que sua edificação antiga não atendeu os preceitos higiênicos.

A capital de Goyaz é, sem dúvida, uma d'aquellas cidades cujo estado sanitario, dia a dia a peor, reclama as mais promptas e energicas providencias. Situado em meio de uma bacia, conquanto sobre terreno accidentado, cercada de altos montes que a comprimem em diminuto âmbito, embaraçando-lhe a regular ventilação [...]; com uma edificação á antiga, obedecendo *in totum*, á arte colonial, que éra antes, a negação dos mais rudimentares princípios architectonicos e dos mais salutares preceitos da moderna hygiene [...] (Goyaz, 1891, p. 21).

Os problemas relacionados a ausência de um sistema de esgoto e focos dos miasmas são frequentemente mencionados como responsáveis pela insalubridade urbana na capital de Goyaz, pois era “desprovida de bom systema de exgotto, capaz de evitar o uso prejudicialíssimo das latrinas perfuradas no terreno, onde as matérias fecaes sem escoamento, entram em rapida decomposição, e exhalam deletérios miasmas, [...]” (Goyaz, 1891, p. 21).

Ainda para os médicos da época, o saneamento dependia de vários outros fatores que foram indicados como um conjunto de medidas, tais como as apresentadas pelo inspetor de higiene o médico Alexandre Affonso de Carvalho, na província da Bahia, em 1887: “De um conjunto de medidas, taes como o melhor asseio e limpez das ruas, praias e praças e das habitações particulares, distribuição mais conveniente e abundante das aguas para o serviço domestico e banhos públicos, esgoto das materias fecaes, arborização etc., depende o saneamento d'esta Capital, [...]” (Bahia, 1887, p. 82 e 83).

O relatório da província de Pernambuco, publicado em 1878, traz relevantes observações para as medidas sanitárias a serem aplicadas na capital do Recife, pelo médico Pedro de Attahyde Lobo Moscoso, inspetor de Saúde Pública. O médico chama atenção sobre a falta de cuidado com a saúde pública no Brasil e elenca medidas necessárias para extinguir as causas da insalubridade.

Se no nosso paiz se cuidasse de assumptos que tem relação com a saúde publica, eu poderia vênia par dizer, que se procurasse extinguir as causas de insalubridade, dotas as cidades de fáceis esgotos e de abundância d'agua; se procurasse alargar as ruas estreitas e plantar arvores por toda parte, assim como que se providenciasse para que a alimentação se tornasse mais salubre e mais abundante [...] (Pernambuco, 1878, p. 5).

Sobre as causas da insalubridade da capital Recife, relata que são muitas, entre as quais “boccas de lobo e ralos nos canos de esgoto das águas pluviaes”.

Muitas são as causas de insalubridade existentes nesta cidade e contra as quais tenho constantemente reclamado, e sempre sem obter providência. Uma das mais notáveis alguma e que grande incommodo causa aos habitantes, além dos riscos inherentes à infecção miasmática, é, por sem dúvida, as aberturas dos canos de esgoto, por onde se escapa um ar nimbamente quente e fétido; que incomoda extraordinariamente as pessoas que passam ou moram perto deles (Pernambuco, 1878, p. 44).

Em ato contínuo, há descrições mais específicas sobre o “estado sanitário”, “vaccinas”, “abastecimento d’água potável”, “companhia recife drainage, ou esgoto da cidade”, “sistema de edificação”, “serviço de enterro de cadáveres”, entre outros tópicos. Cabe destacar dois itens citados sobre a importância do calçamento da cidade e a arborização. Sobre o primeiro, o médico afirmou:

Penso que é um serviço de que tem nascido muitos proveitos para a salubridade pública, e que, portanto, devia de se prestar mais acurada atenção a ele para que se tornasse geral, o mais breve possível. A grande vantagem que trouxe o calçamento foi extinguir em todas as ruas onde ele foi feito, a lama que se gerava no tempo do inverno, e que revolvida pelos carros e cavalos em alguns lugares, produzia um cheiro insuportável. Por essa razão tem diminuído muito as febres intermitentes que em algumas eras desenvolviam-se com tanta intensidade, como se estivessem ao pé dos pantanos (Pernambuco, 1878, p. 38).

Ainda no relatório de 1877, há destaque para a relação a arborização como medida para auxiliar na saúde pública da cidade, o médico assevera:

Bem pouco cuidado tem merecido da Municipalidade esse valioso e importantíssimo auxiliar da saúde pública, tão reconhecido hoje em seus prodigiosos efeitos por aquelas que se ocupam do serviço sanitário [...]. No estado actual dos conhecimentos de higiene pública julgo que se deve prestar muita atenção a esse serviço, para cujo resultado talvez seja possível obter meios suficientes (Pernambuco, 1878, p. 44).

Interessante salientar que era muito comum entre as medidas elencadas para o melhoramento da insalubridade urbanas, apresentadas também em outras capitais das províncias, como as sugeridas pelo médico Almir Parga Nina, inspetor de Higiene, em 1866, quando evidenciou as vantagens da implantação do sistema para a salubridade urbana para São Luís; e, em 1886, quando lançou o “Programa para o estudo do saneamento da cidade de São Luís” (Rodrigues, 2014).

Sobre o programa supracitado, observa-se semelhança com as medidas adotadas no Recife, e, nesse caso, Rodrigues (2014, p. 127) destaca que:

[...] os itens do programa proposta por Almir Nina, em que há indícios da teoria miasmática, como, por exemplo, o item sobre o ‘revestimento das ruas’, que se destacou como importante medida higiênica de proteção do solo, pois representava ‘papel importantíssimo principalmente na higiene urbana [...]. As indicações sobre a ‘Arborização das ruas’ e ‘Dessecamento dos pantanos’ são bem representativas do modelo teórico miasmático (Rodrigues, 2014, p. 127).

Baseado nos relatórios apresentados até aqui, é possível observar que as orientações para evitar as diversas condições de insalubridade urbana recomendavam a vigilância constante da qualidade da água, do ar e do solo, calçamento das ruas e dessecamento ou aterrramento dos pântanos.

Objetivavam também regulamentar hábitos mais higiênicos em relação ao sepultamento nos cemitérios, ao manuseio das carnes de animais abatidos nos matadouros, a comercialização de alimentos, entre outros.

Portanto, os médicos responsáveis pelas inspetorias de higiene e seguidores da concepção da teoria dos miasmas proponham medidas para medicalizar o espaço urbano para combater os focos de miasmas, principal causador das epidemias. Nesse sentido, a atenção atribuída aos elementos geográficos como qualidade do ar, da água e do solo; e a compreensão das condições climáticas através da temperatura, da pluviosidade e da radiação solar, como fatores também responsáveis pelo processo saúde-doença.

GEOGRAFIA MÉDICA RURAL NO BRASIL

Retomando o pressuposto teórico metodológico mencionado anteriormente, pode-se lembrar que a teoria miasmática permaneceu hegemônica até o final do século XIX, no momento do advento da era microbiana ou bacteriológica. Assim, essa transição é notada também nos relatórios das províncias analisados, especificamente quando a palavra miasma praticamente desaparece e surge a menção aos micróbios e a temática do saneamento rural e/ou profilaxia rural aparece.

Nesse ínterim, a transição que pode ser observada nos relatórios analisados foi a ampliação da escala de preocupação dos preceitos da higiene pública, antes restrita aos espaços urbanos, posteriormente, os estados passaram a se preocupar com o saneamento rural. A incorporação do espaço rural deve ser contextualizada a partir da visibilidade do chamado movimento pró-saneamento rural, entre 1910 e 1930, durante a República Velha no Brasil (Lima; Hochman, 2004). Conforme Castro-Santos (2004, p. 253), um marco regulatório importante para o supracitado movimento foi a criação, em 1918, do “Serviço de Profilaxia Rural, um programa do governo federal para atuar em todos os estados da federação, com o suporte da International Health Board, da Fundação Rockefeller”.

Para Hochman (1998), a era do saneamento no Brasil foi dividida em dois períodos: primeiro, entre 1903 a 1909, marcado pela gestão de Oswaldo Cruz e o segundo período incluiu os anos de 1910 a 1920, em que a expressão maior foi o saneamento rural. O autor discute ainda como a teoria microbiana passou a subsidiar o movimento da reforma da saúde no Brasil e implementou o saneamento rural.

Conforme a perspectiva de Lima e Hochman (2004, p. 495-497), no Brasil, o discurso dos higienistas nas três primeiras décadas do século XX transporam as fronteiras do debate sobre saúde e incluíram representações mais amplas sobre o país e sua população; pois “[...] o movimento pelo saneamento teve um papel central e prolongado na reconstrução da identidade nacional a partir da identificação da doença como elemento distintivo da condição de ser brasileiro”.

Como apontado, no Brasil, o movimento pelo saneamento foi marcado por dois períodos, a primeira década do século XX e a segunda entre 1910 e 1920. O primeiro, quando Oswaldo Cruz comandou os serviços públicos federais priorizando a capital federal; na época, o Rio de Janeiro e os Portos com ações de combate às epidemias de febre amarela, peste. Na segunda fase, “[...] foi voltada para o ‘saneamento rural’ em especial ao combate às endemias rurais (ancilostomíase, esquistossomose, malária e mal de chagas) a partir da descoberta dos sertões e de seus habitantes abandonados” (Lima, 2014, p. 133).

A influência da teoria microbiana foi identificada ao término do século XIX e inicio do XX, os relatórios dos estados brasileiros pesquisados se reportam aos micróbios, e também dão destaque à criação dos Institutos Bacteriológicos ou à importância da sua criação. Essa assertativa é possível ser observada em relatório da Inspetoria de Higiene do estado do Maranhão em 1900. A referida inspetoria estava sob direção do médico Oscar Lamagnére Leal Galvão, que inseriu em seu relatório tópicos de Melhoramentos, a criação do Instituto vaccinogenico e do Instituto Bacteriologico, sobre esse último afirmou:

E de summa importancia a creacão do Instituto Bacteriologico, onde as questões mais palpitantes de vitalidade se decidem actualmente. Para isso é necessário que o Governo do Estado, amante do seu torrão natal, pondo de parte os escrupulos de administração mande commissionado á Europa um ou mais médicos estudar na Colmeia Pastoriana o segredo da vida intima dos mucroviganismos e os meios de exterminar-los ou attenuar-los (Maranhão, 1900, p. 7).

Pode-se afirmar que, em alguns estados, a criação dos Institutos Bacteriológicos foram pioneiros, como no caso de São Paulo, instalado desde 1892. "Assim, installado em fins de 1892, o Instituto Bacteriologico, tem funcionado proveitosamente em exames conducentes à fixação de uteis informações e dados [...]" (São Paulo, 1896, p. 59). No Rio de Janeiro, esse serviço foi exercido através da criação do Instituto Vital Brazil desde 1919, e apontado no relatório de 1927: "O Instituto Vital Brazil continua a prestar os seus serviços como Laboratório Bacteriologico do Estado" (Rio de Janeiro, 1927, p. 149).

O início do século XX pode ser considerado o período de transição entre a teoria miasmática e microbiana, a análise do espaço urbano para o rural. E há ainda muitas referências aos elementos físicos da paisagem condicionando a propagação das doenças. A título de exemplo, pode-se mencionar o relatório apresentado pelo médico Marcio Nery⁸, chefe da Comissão de Saneamento de Manaus, em 1905, em tópico específico com o título "Saneamento de Manáos" e subitem "Poeiras atmosphericas" e "Microbios".

Nas cidades em que a vida é muito activa e nas quaes, portanto, existe um constante movimento de carros, de animaes, de peões, etc. e onde as fabricas de todo o genero e as chaminés de todos os lares, lançam torrentes de poeiras e de fumo ao ar, a atmosphera está sempre mais ou menos carregada de corpos em suspensão, que exercem influências diversas sobre a economia (Amazonas, 1905, p. 120).

Os microbios do ar foram os primeiros sobre os quaes se exerceram as investigações dos bacteriologos. Crentes de que a vehiculação das molestias servia- se cio meio atmospherico, elles excogitaram varios processos de submetter á analyse os microbios em suspensão do ar (Amazonas, 1905, p. 121).

É possível trazer ainda como exemplo o tópico intitulado Caracteres physico da atmosphera: Meteorologia, quando o supracitado médico considera vários elementos climáticos interferindo no quadro nosológico de Manaus, tais como o calor ou a radiação solar; a umidade do ar; o vapor da água e as chuvas. Essas últimas servem para precipitar os micróbios e outras poeiras atmosféricas e os arrastam ao mar, aos lagos e aos rios. Sobre a "Luminosidade", afirma que ainda são contraditórias as opiniões acerca da influência que a luz solar exerce diretamente sobre o homem. Mas, em compensação, é bem conhecido o efeito sobre os micróbios; pois, as experiências realizadas demonstram que os micróbios são completamente destruídos sob a ação dos raios solares. Destaca que a luminosidade é um notável agente sanitário e cita um antigo ditado ainda em voga na Itália, "Onde entra o sol não entra médico". A circulação do ar remove as condensações microbianas que se fazem em todo agrupamento humano. De todos os elementos analisados, a pressão atmosférica era pequena e parece não exercer nenhuma influência sanitária apreciável (Amazonas, 1905).

Conforme menção anterior, a segunda fase do movimento pelo saneamento rural brasileiro se iniciou em 1910 para combater as endemias rurais. Mas é por meio do saneamento rural e/ou "prophylaxia rural" que houve a ampliação e a federalização das ações da saúde para todo o território nacional, pois, conforme Lima e Hochman (2004):

No topo da agenda política do movimento pelo saneamento estavam a criação de um Ministério da Saúde, a reforma dos serviços sanitários com ênfase na centralização administrativa e na remoção dos entraves que o federalismo impunha ao saneamento e ao combate às endemias rurais em todo o território brasileiro (Lima; Hochman, 2004, p. 502).

À vista disso, o discurso do saneamento rural está presente nos conteúdos identificados nos relatórios dos diferentes estados brasileiros. Em 1911, no Ceará, já havia menção à renovação de acordos, com o Departamento Nacional de Saúde Pública para realizar o "Serviço de Saneamento e

⁸ Segundo Schweickardt (2009, p. 151), o médico Márcio Nery chefiou a segunda Comissão de Saneamento de Manaus, entre 1904 a 1906. "A Comissão de Saneamento teria como principal função o estudo das condições de clima e a natureza do solo para a execução de medidas sanitárias".

Prophylaxia Rural no Ceará" (Ceará, 1911, p. 13). Ainda no mesmo relatório, destacam o êxito e as vantagens desse serviço.

Obedecendo ao programma regulamentar, a Prophylaxia Rural no Ceará, a cuja frente se acha o illustre hygienista Doutor Antonio Gavião Gonzaga, cuja dedicação assegura o exito da grande obra, continuou a desenvolver os seus trabalhos nas zonas rurales, cujas condições epidemiologicas e economicas oferecem maiores vantagens para o resultado da campanha saneadora (Ceará, 1911, p. 13).

Ainda no estado cearense, a continuidade dos serviços de saneamento urbano e rural são destacados, pois, em 1926, existem diretrizes para a necessidade de organizar um "Codigo Sanitario do Ceará, o qual attenderá às multiplas exigencias da hygiene urbana e cuidará do problema capital das populações do nosso interior: o saneamento rural" (Ceará, 1926, p. 50). Dessa maneira, a saúde ou a higiene urbana e rural são observadas como importantes, sendo assim, os dois espaços passaram a ser contemplados.

De forma similar nos relatórios dos estados do Paraná (1920), Espírito Santo (1920), Minas Gerais (1925) e Maranhão (1928) o saneamento rural e/ou prophylaxia rural é um tema abordado. No Paraná, é mencionado o convênio estabelecido com a União desde 1918 e que a direção do "serviço de prophylaxia rural" estava sob a direção do médico Heraclides de Araújo. A cobertura do referido serviço abrange, além da capital, as regiões de "Morretes, Thomazina, Antonina, Porto de Cima, Paranaguá, Guaratuba e Guarakessaba" (Paraná, 1920, p. 22).

Através da ampliação do serviço de prophylaxia rural, outras regiões geográficas são destacadas, bem como a atuação da Fundação Rockefeller:

Além dos postos mantidos gratuitamente neste Estado, pela Comissão Rockefeller, serviço outros vem a referida Comissão prestando à saúde pública, taes como o estudo de outras endemias que porventura existam na **zona littoranea** e nos **sertões do interland** (Paraná, 1920, p. 22, **grifo nosso**).

Em continuidade sobre o Paraná, é interessante mencionar que, no relatório de 1926, a determinação do fator climático ainda permanecia como um elemento de proteção às condições sanitárias, mas lembrando a importância da ação da saúde pública.

A excellencia do nosso clima representa uma inestimável proteção contra as investidas de certas molestias exóticas ou não, que felizmente não lograram medrar aqui, restringindo-se a casos esporádicos.

Não se poderá, entretanto, descançar na defesa natural do meio, sendo necessário aparrelhar o departamento da Saude Publica com todos os elementos que lhe são próprios (Paraná, 1926, p. 146).

A satisfação com as condições de salubridade do Paraná e de sua capital, Curitiba, é reverberada no relatório de 1928; sobretudo, revelando que a média diária de nascimentos suplantou os óbitos.

Foi inteiramente satisfatorio o estado sanitário do Paraná, ao transcorrer o anno 1927, não se tendo verificado, mercê de Deus, surto de epidemia alguma [...]. Curityba é muito justamente considerada uma das cidades mais saudáveis do Paiz e do mundo. A mortalidade em nossa Capital atingiu, em 1927, 14,0 por mil habitantes, tendo sido notificados 1.260 obitos que correspondem a uma media diaria de 3,41. No mesmo periodo registraram-se 2.851 nascimentos ou sejam 31,8 por mil habitantes, equivalentes a media diaria de 7,8 (Paraná, 1928, p. 189).

No estado do Espírito Santo, em relatório de 1920, já foi possível observar que os serviços de higiene no estado foram ampliados ou seriam ampliados com a prophylaxia rural:

A nova direcção do serviço de hygiene estudando as condições sanitarias do Estado e, principalmente o da Capital, deu inicio a diversos serviços novos, activando bastante os antigos. Desse modo iniciaram-se os serviços de aterro e drenagem dos pantanos em torno de Victoria, de criação de um novo hospital de isolamento contiguo por se se achar o antigo na Ilha do Príncipe em estado de ruina, do levantamento da carta nozographica do Estado, serviço preliminar ao da **prophylaxia rural**, bem como o da organização do Código Sanitário e da inspecção medica escolar (Espírito Santo, 1920, p. 114, **grifo nosso**).

Em Minas Gerais, desde o relatório de 1918, a menção sobre a preeminência de um Código Sanitário Rural já era descrita, pois: “As endemias que assolam o interior do Brasil contribuem para que não sejam boas as condições sanitarias de algumas zonas rurais do Estado”. Na sequência, há uma descrição das ações do governo para combater esses males: “Para combater essas endemias, tem o governo de Minas entrado em acordo com a ‘Rockfeller Fondation’, organizado o Código Sanitário Rural e um plano completo de prophylaxia, cuja execução já está praticando em parte” (Minas Gerais, 1918, p. 37).

Em 1925, o Serviço de Saneamento Rural é mencionado pela continuidade dos seus serviços no estado, com o aval e a co-participação do governo federal. “O Serviço de Saneamento Rural executado em Minas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública e cujas despesas são custeadas com quotas iguais pelo Governo Federal e pelo Estado, continua a prestar serviços às nossas populações rurais [...]” (Minas Gerais, 1925, p. 169).

Na mesma perspectiva do discurso do saneamento rural, no estado do Maranhão, em relatório de 1919, afirma que o “serviço de prophylaxia urbana e rural” será realizado mediante acordo com o Governo Federal (Maranhão, 1919). A continuidade do supracitado serviço pode ser identificada no relatório de 1928, quando aparece um tópico específico sobre Saneamento rural e hygiene, que estava sob a direção do médico Cássio Miranda.

Sob a inteligente direcção do dr. Cássio Miranda, vai sendo executado o contrato que o Estado firmou com o Departamento Nacional de Saúde Pública para os serviços de saneamento rural: prophylaxia da lepra e das doenças venéreas; hygiene do Estado e prophylaxia da febre amarela (Maranhão, 1928, p. 17).

O mote do saneamento rural ou a chamada prophylaxia rural, pode-se afirmar que foi uma tendência nacional, pois, conforme ensina Barbosa (1994, p. 65): “É sob a influência da liga pró-saneamento que, em 1919, são criados os serviços de profilaxia rural, os quais, através de medida sanitárias, tentaram reverter o quadro de miséria e abandono em que viviam as populações rurais, notadamente no Nordeste brasileiro”. Assim, configurando a ampliação da análise geográfica para os espaços rurais do Brasil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se, neste estudo, que a investigação historiográfica pode combinar dois propósitos, contextual e propositivo. Assim, por meio do primeiro, ratificou-se o pressuposto que a geografia médica e/ou da saúde foi primordialmente uma geografia urbana da saúde e/ou uma geografia da análise espacial urbana aplicada à saúde e à salubridade ambiental.

Ratificou-se que as origens da geografia médica foram pautadas na abordagem interdisciplinar através do diálogo com outros saberes, entre os quais, a medicina. A contextualização da historiografia da geografia médica analisada no Brasil do final do século XIX e início do XX demonstrou que o espaço urbano, ou as características do que era concebido àquela época, foram objeto de atenção, intervenção e/ou planejamento. Assim, a geografia médica urbana foi constituída sob o paradigma da teoria miasmática, que destacou os elementos físicos do espaço geográfico,

principalmente o ar, o sol e a água, como condicionantes para a propagação das doenças que acometiam as pessoas.

No Brasil, o movimento do saneamento rural foi pautado pela teoria microbiana, na federalização das políticas de saúde, no combate às endemias rurais e o movimento pela reforma da saúde para descobrir um país rural e o abandono dos moradores dessas áreas. Logo, a análise geográfica foi ampliada do espaço urbano para o rural; esse incremento foi constado nos relatórios pesquisados.

Para finalizar, amparada no elemento propositivo da historiografia, que partiu da reconstrução do passado da geografia médica, mas com o intento de ajudar no presente na geografia da saúde. A base da construção desses conhecimentos continuam sendo a interdisciplinaridade, importante para compreender a complexidade do processo saúde-doença e sua interface com os espaços urbanos e rurais. Os recortes espaciais e as escalas de investigação devem ter como base as necessidades sociais concretas, e as desigualdades e/ou iniquidades sociais devem ser prioridades. Antigos problemas de saúde perduram e se acumulam diante dos novos. Todos são social e ambientalmente construídos e a geografia da saúde pode e deve contribuir para melhorar esse cenário.

REFERÊNCIAS

ALAGOAS. **Falla dirigida á Assemblea Legislativa da provincia das Alagoas na abertura da sessão ordinaria em o 1.o de março de 1855**, pelo ex.mo presidente da mesma província, o dr. Antonio Coêlho de Sá e Albuquerque. 1855. Disponível em:

http://ddsnext.crl.edu/titles/163?terms=Miasmas&item_id=2734#?h=Miasmas&c=4&m=35&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1195%2C-1%2C4164%2C2938. Acesso em: 20 jun. 2025.

AMAZONAS. **Falla dirigida a Assembléa Legislativa Provincial do Amazonas em o 1.o de outubro de 1857 pelo presidente da província**, Angelo Thomaz do Amaral. 1857. Disponível em: http://ddsnext.crl.edu/titles/164?terms=miasmas&item_id=2848#?h=miasmas&c=4&m=13&s=0&cv=66&r=0&xywh=-1384%2C-713%2C3920%2C2766. Acesso em: 23 ago. 2025.

AMAZONAS. **Mensagem lida perante o Congresso dos Representantes por ocasião da abertura da 2ª sessão ordinária da 5ª legislatura**, em 10 de julho de 1905, pelo Exm. Snr. Dr. Governador do Estado Antonio Constatino Nery. 1905. Disponível em:

http://ddsnext.crl.edu/titles/164?terms=&item_id=2952#?c=4&m=114&s=0&cv=1&r=0&xywh=-1360%2C-1%2C4414%2C3114. Acesso em: 23 ago. 2025.

AMAZONAS. **Relatorio Dr. Aprigio Martins de Menezes 1874**. 1874. Disponível em: http://ddsnext.crl.edu/titles/164?terms=&item_id=2883#?c=0&m=46&s=0&cv=5&r=0&xywh=-246%2C216%2C2412%2C1702. Acesso em: 24 ago. 2025.

BAHIA. **Falla com que o illm. e exm. sr. conselheiro dr. João Capistrano Bandeira de Mello, presidente da província, abriu a 2.a sessão da 26.a legislatura da Assembléa Legislativa Provincial no dia 4 de outubro de 1887**. 1887. Disponível em: http://ddsnext.crl.edu/titles/165?terms=&item_id=3040#?c=4&m=86&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1036%2C0%2C3895%2C2747. Acesso em: 6 ago. 2025.

BARROS, Nilson Cortez Crocia. A historiografia da geografia: apreciação de um debate. **Revista de Geografia**, Recife, v. 24, n. 1, p. 223-239, 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistageografia/article/viewFile/228691/23113>. Acesso em: 16 maio 2025

BARROS, Nilson Cortez Crocia. Comentários sobre a história da geografia e a geografia da saúde humana. **Revista Ecologias Humanas**. v. 6, n. 7, p.56-58, 2020. Disponível em: https://www.sabeh.org.br/wp-content/uploads/2020/12/revista_ecologias_humanas-Vol-6-no-7-%E2%80%93-2020-1.pdf. Acesso em: 16 maio 2025.

BARROS, Nilson Crocia. Ibn Kaldun, a dinâmica dos assentamentos humanos e as funções urbanas no islã histórico (Ibn Kaldun, the urban dynamics of the human nestings and functions in the historical Islam). **Mercator**, v. 4, n. 8, 2005. Disponível em: <http://www.mercator.ufc.br/mercator/article/view/95>. Acesso em: 16 maio 2025.

BAUER, Martins W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto**: imagem e som: um manual prático. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

BORBA, Adriana Carla de Azevedo. **Meio ambiente e planejamento**: a relação cidade-natureza nos Planos Urbanísticos da cidade de Natal no século XX. 2008. 161f. Dissertação (Mestrado em Conforto

no Ambiente Construído, Forma Urbana e Habitação) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/12307>. Acesso em: 23 ago. 2025.

BORGES, Rafael Coppi. “**A terra lhes seja leve**”: adoecer e morrer na Paraíba oitocentista (1850-1900). 2021. 193f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Centro de Humanidades, Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, 2021. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/23988>. Acesso em: 23 ago. 2025.

CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio de. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). **Cuidar, Controlar, Curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe, p. 249, 2004. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/7bzx4/pdf/hochman-9788575413111.pdf#page=250>. Acesso em: 7 ago. 2025.

CLARK, David. **Introdução à geografia urbana**. São Paulo: Difel, 1985.

CEARÁ. **Mensagem dirigida a Assembleia Legislativa do Ceará** em 1º de julho de 1911 pelo Presidente do Estado Dr. Antonio Pinto Nogueira Accioly. 1911. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/166#?c=0&m=128&s=0&cv=0&r=0&xywh=-807%2C-214%2C2987%2C1898>. Acesso em: 10 abril 2025.

CEARÁ. Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa pelo Desembargador José Moreira da Rocha. Presidente do Estado. 1926. Disponível em: <https://digitalcollections.crl.edu/record/3103?ln=en&v=uv#?xywh=-1322%2C0%2C4579%2C2869&cv=49>. Acesso em: 10 abr. 2025.

ESPÍRITO SANTO. **Mensagem apresentada pelo Presidente Nestor Gomes** ao Congresso Legislativo do Estado do Espírito Santo, em 7 de novembro de 1920. Disponível em: http://ddsnext.crl.edu/titles/167?terms=&item_id=3380#?c=4&m=134&s=0&cv=1&r=0&xywh=-1154%2C0%2C4306%2C3038. Acesso em: 27 jul. 2025.

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

GARRETT, Laurie. **A próxima peste**: as novas doenças de um mundo em desequilíbrio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.

GÓIS JÚNIOR, Edivaldo. **Os higienistas e a educação física**: a história dos seus ideais. 2000. 183f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <https://cev.org.br/biblioteca/os-higienistas-e-educacao-fisica-historia-dos-seus-ideais/>. Acesso em: 5 ago. 2025.

GOYAZ. Relatorio que á Assemblea Legislativa de Goyaz apresentou na sessão ordinaria de 1835, o exm. presidente da mesma provincia, Joze Rodrigues Jardim. 1891. Disponível em: http://ddsnext.crl.edu/titles/168?terms=&item_id=3385#?c=4&m=0&s=0&cv=8&r=0&xywh=-1321%2C-1%2C4609%2C3252. Acesso em: 30 jul. 2025.

GUIMARÃES, Raul Borges. **Saúde**: fundamentos de Geografia humana. São Paulo: Editora UNESP, 2015.

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

LACAZ, Carlos S. et al. **Introdução à geografia médica do Brasil**. São Paulo: Edgard Blücher/Editora da Universidade de São Paulo, 1972.

LIMA, Nísia; HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde e muita saúva. Sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais. In: HOCHMAN, Gilberto (Org.). **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

LIMA, Nísia Trindade. **Um sertão chamado Brasil**. Rio de Janeiro: Revan: IUPERJ, UCAM, 1999.

LIMA, Zilda Maria Menezes. Serviços de saúde no Ceará: combate às endemias e reformas (1920-1935). **História e Culturas**, v. 2, n. 4, p. 129-149, 2014. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/revistahistoriaculturas/article/view/381>. Acesso em: 29 jul. 2025.

MARANHÃO. **Mensagem apresentada ao Congresso do Estado em 15 de fevereiro de 1900 pelo Exmo. Dr. João Gualberto Torrão da Costa, Governador**. 1900. Disponível em:

http://ddsnext.crl.edu/titles/169?terms=&item_id=3585#?c=4&m=134&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1%2C-247%2C3088%2C2178. Acesso em: 9 ago. 2025.

MARANHÃO. Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo do Maranhão, na 1ª sessão da 10ª legislatura, em 5 de fevereiro de 1919, pelo Exm. Sr. Dr. Raul da Cunha Machado, Governador do Estado. 1919. Disponível em http://ddsnext.crl.edu/titles/169?terms=&item_id=3604#?c=4&m=153&s=0&cv=1&r=0&xywh=-1295%2C-1%2C4381%2C3091. Acesso em: 9 ago. 2025.

MARANHÃO. Mensagem ao Congresso do Estado, lida na abertura da sua 1ª reunião ordinária da 13ª legislatura, pelo presidente do Estado J. Magalhães de Almeida. 1928. Disponível em: http://ddsnext.crl.edu/titles/169?terms=&item_id=3616#?c=4&m=165&s=0&cv=4&r=0&xywh=412%2C377%2C2212%2C1560. Acesso em: 9 ago. 2025.

MAZETTO, Francisco de Assis Penteado. Pioneiros da Geografia da Saúde: século XVIII, XIX e XX. In: BARCELLOS, Christovam (Org). **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO: ICICT: EPSJV, 2008.

MINAS GERAIS. Congresso Mineiro 3ª sessão ordinária da 9ª legislatura. Mensagem apresentada por Fernando de Mello Vianna, presidente do Estado de Minas. 1925. Disponível em: http://ddsnext.crl.edu/titles/171?terms=&item_id=3869#?c=4&m=133&s=0&cv=1&r=0&xywh=-1148%2C161%2C4326%2C3052. Acesso em: 30 ago. 2025.

MINAS GERAIS. Mensagem dirigida pelo presidente do Estado, Dr. Delfim Moreira da Costa Ribeiro, ao Congresso Mineiro, em sua 4ª sessão ordinaria da 7ª legislatura no anno de 1918. 1918. Disponível em: http://ddsnext.crl.edu/titles/171?terms=&item_id=3862#?c=4&m=126&s=0&cv=1&r=0&xywh=-1366%2C-1%2C4683%2C3304. Acesso em: 06 ago. 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? **Saúde e sociedade**, v. 3, p. 42-63, 1994. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ausoc/1994.v3n2/42-63/pt>. Acesso em: 16 ago. 2025.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, Vozes, 2007.

PARÁ. Relatorio apresentado á Assemblea Legislativa Provincial do Pará no dia 15 de agosto de 1857, por occasião da abertura da segunda sessão da 10.a legislatura da mesma Assemblea, pelo presidente, Henrique de Beaurepaire Rohan. 1857. Disponível em: http://ddsnext.crl.edu/titles/172?terms=&item_id=3896#?c=4&m=38&s=0&cv=7&r=0&xywh=-1078%2C0%2C4075%2C2875. Acesso em: 6 ago. 2025.

PARAGUASSU-CHAVES, Carlos. **A geografia médica ou da saúde: espaço e doença na Amazônia Ocidental**. Porto Velho: EDUFRO, 2001.

PARAÍBA. Relatorio apresentado á Assembléa Legislativa Provincial da Parahyba do Norte pelo exm. sr. presidente da provincia, dr. Venancio José d'oliveira Lisbôa, em 17 de fevereiro de 1870. 1870. Disponível em: http://ddsnext.crl.edu/titles/178?terms=miasmas&item_id=4118#?h=miasmas&c=4&m=57&s=0&cv=15&r=0&xywh=-122%2C700%2C1986%2C1401. Acesso em: 12 ago. 2025.

PARANÁ. Mensagem dirigida ao Congresso Legislativo do Estado pelo Dr. Affonso Alves de Camargo, Presidente do Estado do Paraná, na primeira sessão da 15 legislatura em 1º de fevereiro de 1920. 1920. Disponível em: http://ddsnext.crl.edu/titles/179?terms=&item_id=4261#?c=4&m=87&s=0&cv=1&r=0&xywh=-935%2C0%2C3773%2C266. Acesso em: 27 jul. 2025.

PARANÁ. Mensagem dirigida ao Congresso Legislativo pelo Dr. Caetano Munhoz da Rocha, Presidente do Estado, ao installar-se a 1ª sessão da 18ª Legislatura. Curityba, 1º fevereiro de 1926. 1926. Disponível em: http://ddsnext.crl.edu/titles/179?terms=&item_id=4267#?c=4&m=93&s=0&cv=1&r=0&xywh=-1070%2C0%2C3946%2C2783. Acesso em: 06 ago. 2025.

PARANÁ. Mensagem do Presidente do Paraná, Curityba, 1º de fevereiro de 1928. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:rede.virtual.bibliotecas:livro:1928;000614480>. Acesso em: 06 ago. 2025.

PERNAMBUCO. Annexos ao relatorio da presidencia apresentado á Assembléa Provincial a 19 de dezembro de 1878. 1878. Disponível em:

http://ddsnext.crl.edu/titles/180?terms=estado%20sanitario&item_id=4311#?h=estado%20sanitario&c=4&m=66&s=0&cv=213&r=0&xywh=-1134%2C-1%2C4027%2C2841. Acesso em: 12 ago. 2025.

PESSOA, Samuel B. Ensaio médico social. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.

RIO GRANDE DO NORTE. Relatorio apresentado á Assembléa Legislativa Provincial do Rio Grande do Norte, pelo exm.o primeiro vice-presidente da provincia, João Carlos Wanderley, no dia 3 de maio de 1850. 1850. Disponível em:

http://ddsnext.crl.edu/titles/181?terms=&item_id=4427#?c=4&m=14&s=0&cv=10&r=0&xywh=-1008%2C118%2C2014%2C1420. Acesso em: 24 ago. 2025.

RIO DE JANEIRO. Mensagem apresentada a Assemblea Legislativa do Estado do Rio de Janeiro no dia 1º de agosto de 1927 pelo Presidente do Estado Feliciano Pires de Abreu Sodré.

1927. Disponível em:

http://ddsnext.crl.edu/titles/184?terms=&item_id=4823#?c=4&m=145&s=0&cv=0&r=0&xywh=-194%2C-163%2C3875%2C2686. Acesso em: 18 ago. 2025.

RODRIGUES, Zulimar Márta Ribeiro. Geografia da saúde e o espaço urbano de São Luís-Ma: interfaces da relação saúde e ambiente no período de 1854-1954. São Luís: EDUFMA, 2014.

ROSEN, George. Uma história da saúde pública. 2. ed. São Paulo: Ed. da Universidade Estadual Paulista, 1994.

SÃO PAULO. Mensagem enviado ao Congresso Legislativo a 7 de abril de 1896, por Bernardino de Campos, Presidente do Estado. 1896. Disponível em:

http://ddsnext.crl.edu/titles/186?terms=&item_id=5199#?c=4&m=126&s=0&cv=0&r=0&xywh=-970%2C-200%2C5914%2C4172. Acesso em: 09 ago. 2025.

SANTOS, Thaiana Caroline Pires dos. Enfermarias e hospitais na província do Amazonas (1852-1889): relatório final (PIB-H/0085/2021). Manaus: Universidade Federal do Amazonas. 2011.

Disponível em:

<https://riu.ufam.edu.br/bitstream/prefix/2379/2/Thaiana%20Caroline%20Pires%20dos%20Santos.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2025.

SANTA CATARINA. Falla que o presidente da província de Santa Catharina, o marechal de campo graduado Antero Jozé Ferreira de Brito, dirigio á Assemblea Legislativa da mesma província na abertura da sua sessão ordinaria em o 1.o de março de 1842. 1842. Disponível em: http://ddsnext.crl.edu/titles/189?terms=&item_id=5290#?c=4&m=7&s=0&cv=41&r=0&xywh=-863%2C289%2C2231%2C1574. Acesso em: 25 jul. 2025.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. Ciência, nação e região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas (1890-1930). 2009. 425f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) –Casa Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3982>. Acesso em: 05 ago. 2025.

SILVA, James Roberto. Notícias sobre as epidemias no Amazonas: as intermitências de um processo inacabado na floresta. *In:* FRANCO, Sebastião Pimentel; PIMENTA, Tânia Salgado; MOTA, André. **No rastro das províncias:** as epidemias no Brasil oitocentista. Vitória: EDUFES, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufes.br/server/api/core/bitstreams/26508485-e913-4196-8af-274d4be1a1df/content>. Acesso em: 31 jul. 2025.

SODRÉ, Nelson Werneck. **Introdução à Geografia:** geografia e ideologia. 9. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 1993.

VALENCIUS, Conevery Bolton. Histories of Medical Geography. Medical History, v. 44, supl. 20 (Medical Geography in Historical Perspective), p. 3-28, 16 nov. 2012. DOI: 10.1017/S0025727300073245. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/medical-history/issue/5A44E7653122F5D7C5E435D7333A0FE1>. Acesso em: 05 ago. 2025.