

Caçando Mosquitos na Bahia

A Rockefeller e o combate à febre amarela: inserção, ação e reação popular (1918 – 1940).



ADRIANO ARRUDA PONTES

Salvador - Bahia
Janeiro/2007



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

Caçando Mosquitos na Bahia

A Rockefeller e o combate à febre amarela: inserção, ação e reação popular (1918 - 1940).

Adriano Arruda Pontes

Dissertação final apresentada ao Mestrado em História, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em História Social sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Lina Maria Brandão de Aras.

Salvador – Bahia
Janeiro / 2007

A José Urbano Montenegro Pontes, meu pai (in memória) e, em especial, a Maria da Conceição Arruda Pontes, minha mãe, grande responsável por tudo o que sou. Seu exemplo de vida, de perseverança e de solidariedade encorajou-me, sempre, desde os meus primeiros passos até a realização desse sonho.

A Alessandra Souza de Santana, pela compreensão e cumplicidade demonstradas ao longo da caminhada.

A Luciana Arruda Cerqueira, minha irmã, pelo incentivo e pelo companheirismo desde os nossos tempos de infância.

AGRADECIMENTOS

O processo de construção deste trabalho contou com a colaboração de várias pessoas que, neste momento específico, se revelaram grandes amigos e que marcaram os anos de minha caminhada no Mestrado em História, com inesquecíveis demonstrações de companheirismo e generosidade. A conclusão deste projeto só foi possível graças as suas respectivas contribuições.

Inicialmente, deixo registrados os meus agradecimentos à professora e amiga Lina Maria Brandão de Aras, pelo incentivo constante, pela forma entusiasmada e compreensiva com que conduziu a orientação do estudo e, principalmente, por me lembrar, a todo momento, de que a vida é, de fato, “construída de sonhos” e de laços de amizade.

Agradeço também aos professores Antônio Fernando Guerreiro de Freitas e Carlos Alberto Caroso Soares pelas precisas considerações feitas em relação ao projeto de pesquisa durante o exame de qualificação; Valdemir Zamparoni pelas discussões esclarecedoras conduzidas na disciplina de História Social e ao professor Israel Oliveira Pinheiro pela ampliação dos nossos horizontes de análise sobre a Bahia Republicana e pela forma inteligente e bem humorada, com que desnudou os “usos e costumes” da cultura política local.

As atividades de pesquisa e estudo foram divididas com o exercício de magistério em instituições particulares de ensino. Devido ao excesso de trabalho, nem sempre pude atender, pontualmente, as exigências do Mestrado em História da UFBA. Assim, agradeço à coordenadora da pós-graduação, professora Maria Hilda Baqueiro Paraíso, pela paciência e compreensão demonstradas nos momentos de cumprimento de minhas obrigações junto ao programa.

Lembro aqui, ainda, a importância dos funcionários e funcionárias dos arquivos, instituições e biblioteca pelas quais passei nos últimos três anos. Em especial, agradeço à Marina da Biblioteca Isaías Alves, da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFBA e à Soraia Ariane, secretária do Programa de Pós-Graduação em História.

O exercício historiográfico constitui-se de “pequenas-grandes” atribuições que, invariavelmente, transformam a experiência do mestrado em um momento, particularmente, solitário. O isolamento faz-se necessário devido aos novos desafios que se apresentam. Diante dessas circunstâncias, agradeço a todos os “novos” e “velhos” amigos que compreenderam o

meu afastamento do ciclo de amizades, pois este fazia parte de um processo interno de crescimento humano e intelectual. Porém, o isolamento algumas vezes foi substituído por instantes de ludicidade através de encontros informais com outros jovens pesquisadores. Aos colegas Pablo, Lucas, Maricélia, Alexandra, Gaspar e Cleivaldo, dedico, também, honestos agradecimentos. Sem o salutar exercício da “boemia acadêmica”, a enriquecedora troca de experiências talvez não ocorresse, ao longo do curso, com tanta espontaneidade.

Em decorrência das minhas limitadas incursões pelo universo da tecnologia digital, um grupo de amigos operou como uma verdadeira “brigada de salvação e auxílio técnico” nas atividades de digitação e ajustes deste texto, e de muitos outros, produzidos ao longo do curso. Fizeram parte, informalmente, deste grupo: Leandro da Fontoura (meu cunhado), Roberto Paulo, Rosane, Luciana Arruda (minha irmã) Leonardo de Santana (meu outro cunhado), Amanda Brasileiro e, recentemente, Igor. Agradeço a todos vocês pela paciência que tiveram comigo e com os meus manuscritos. Registro aqui, em especial, o meu reconhecimento à incansável e leal dedicação do “amigo-irmão” Raimundo Júnior demonstrada durante a preparação dos vários textos para o exame de qualificação. Sem a sua ajuda, talvez eu não tivesse obtido tanto êxito naquele momento específico do curso.

A revisão final do texto da dissertação contou com a preciosa colaboração da amiga Celeste Maria, professora de língua portuguesa em uma das escolas onde leciono. A forma carinhosa e solícita com que corrigiu cada um dos capítulos e a sua capacidade de envolvimento com este trabalho, jamais serão esquecidos.

Agradeço, ainda, a família de minha namorada; os amigos Raimundo e Luzia de Santana, Leonardo, Dona Niva, Roque e Luci. O acolhimento que tenho recebido e a confiança que vocês depositaram na execução do projeto, foi fundamental para a realização deste sonho.

Parte significativa da pesquisa foi desenvolvida em instituições e bibliotecas da capital do Rio de Janeiro. Em janeiro de 2006, durante as duas semanas em que estive na “cidade maravilhosa”, contei com a generosidade de muitas pessoas que transformaram esta etapa do trabalho, em um momento ímpar e memorável. Deixo registrada, portanto, a minha gratidão à toda família “Farias”; Seu Chico, Dona Lívia, Bárbara, Roberta e aos meus “amigos-irmãos” cariocas Alexandre e Adriano. Mais uma vez, a hospitalidade de vocês e o “aconchego” da Rua São Francisco Xavier na Tijuca, fizeram com que a minha estadia na cidade fosse a mais agradável possível.

Agradeço a todo o pessoal da FIOCRUZ e do Instituto de Medicina Social da UERJ que me atendeu durante os dias de pesquisa e, principalmente aos professores Jaime

Benchimol e Gilberto Hochman. Ambos cederam, gentilmente, obras de suas respectivas coleções para consulta e forneceram valiosas orientações pertinentes à coleta de dados no Acervo da Casa Oswaldo Cruz. Os funcionários deste arquivo também não poderiam ser esquecidos. Jean, Rose e Benjamin “esbanjaram” simpatia, zelo e cumplicidade durante as longas horas em que lá estive debruçado sobre a documentação e sobre a bibliografia específica.

Finalmente, agradeço ao Programa de Pós-Graduação em História da UFBA por garantir as condições necessárias à viabilização do meu trabalho.

Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política.

Michel Foucault

ABREVIATURAS

- A.P.E.B.** – Arquivo Público do Estado da Bahia
- A.C.O.C.** – Acervo da Casa de Oswaldo Cruz
- B.P.E.B.** – Biblioteca Pública do Estado da Bahia
- D.N.S.P.** – Departamento Nacional de Saúde Pública
- I.H.B.** – International Health Board (Quadro Internacional de Saúde – Fundação Rockefeller)
- I.H.C.** – International Health Commission (Comissão Internacional de Saúde - Fundação Rockefeller)
- IMS/UERJ** - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
- I.S.C./UFBA** – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia
- M.M.B.** – Memorial de Medicina Brasileira

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I	16
A TRAJETÓRIA DA FUNDAÇÃO ROCKEFELLER E O SENTIDO IMPERIALISTA DE SUA FILANTROPIA CIENTÍFICA	
1.1. A Rockefeller e a América Latina	24
1.2. A Rockefeller e o Brasil	27
1.3. O Sanitarismo Brasileiro da Primeira República	43
CAPÍTULO II	60
A ROCKEFELLER NA BAHIA REPUBLICANA	
CAPÍTULO III	104
ACADEMICISMO MÉDICO CONSERVADOR E REAÇÃO POPULAR	
3.1. “Queixas do Povo”: Rockefeller e resistência popular	123
CONSIDERAÇÕES FINAIS	136
LISTA DE FONTES	138
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144

LISTA DE TABELAS

- TABELA I:** Evolução demográfica aproximada da Cidade do Salvador com relação ao total da Bahia (1890-1940) 65
- TABELA II:** Tabela de Investimentos da Fundação Rockefeller entre os sete Estados brasileiros mais beneficiados (1916-1922) 90

INTRODUÇÃO

Os primórdios das incursões filantrópicas da família Rockefeller nos Estados Unidos datam do final do século XIX e estavam associadas às atividades caritativas da Igreja Batista. A medicina e a saúde pública foram as áreas prioritárias das práticas assistenciais do grupo Rockefeller e através destas foram formuladas os primeiros programas sanitários da Fundação.

Logo após ter sido institucionalizada em 1913, no Estado de Nova York, a Fundação Rockefeller expandiu seu perímetro de atuação sanitária para os países da América Latina. A chegada de sua primeira missão médica ao Brasil ocorreu em 1915. A partir dos anos de 1920, a Fundação consolidou o seu controle sobre o combate à febre amarela no país. Entre 1919 e 1920, a Rockefeller instalou-se na Bahia inaugurando seus primeiros postos de saneamento.

A Bahia na Primeira República passava por transformações relacionadas à instalação do novo regime e à incorporação dos ideais de modernidade e civilização ao cotidiano de sua população. Salvador, em especial, passara, entre 1912 e 1916, por um conjunto de reformas e obras que visavam adequá-la aos padrões urbanos das cidades civilizadas da Europa e América do Norte. Novas tecnologias tais como o telefone, os automóveis e os cinematógrafos passaram a fazer parte da vida soteropolitana. A modernidade na Bahia, porém, possuía um caráter imperfeito e incompleto. Parte significativa desta imperfeição residia na pobreza da maioria de sua população e no precário quadro sanitário do Estado. A saúde pública na Bahia sofria os reflexos da carência de recursos da administração estadual para investimentos no setor. Tal situação configurava o Estado como o *locus* de endemias rurais e surtos epidêmicos urbanos constantes. Foi neste cenário que se deu a presença da Rockefeller na Bahia Republicana. Reproduzindo os contornos de sua política sanitária em relação ao Brasil, sendo que em 1940 a Rockefeller abandonou as operações contra a febre amarela, transferindo-as para a União e passou a se concentrar em outras atividades na área de saúde.

Não obstante o crescimento da produção historiográfica baiana sobre temáticas situadas no período da Primeira República, nenhum estudo se dedicou, até então, à abordagem específica da passagem da organização filantrópica estadunidense pelo Estado. Portanto, o presente trabalho tem por objetivo analisar a participação da Fundação Rockefeller no cenário de modificações ocorridas nas políticas sanitárias da Bahia durante a primeira metade do século XIX, discutindo o processo de inserção desta e de seus representantes nos quadros de saúde pública do Estado. Nesta perspectiva, fez-se necessário identificar o formato de suas

práticas assistenciais, diretamente ligadas ao combate à febre amarela e ao atendimento das necessidades imediatas de saúde da população local. Buscou-se, ainda, recompor o quadro de investimentos de capitais norte-americanos, de origem filantrópica, na área de saneamento no Brasil, entre 1915 e 1940, decorrente da presença da Rockefeller no país.

Além destas questões político-institucionais e financeiras, a proposta do estudo é também avaliar as contradições e os focos de tensão existentes nas relações entre os dirigentes da Rockefeller e os membros da comunidade médica baiana e a receptividade da população em relação aos métodos profiláticos instituídos pela Fundação.

Para tanto, foi adotado como de partida metodológico a localização das ações da Rockefeller no contexto de campanhas em prol do saneamento verificado na Primeira República e no processo de construção de novos paradigmas de atuação político-sanitária que decorriam da expansão da biomedicina. Esta postura parte da perspectiva de que o trabalho historiográfico sobre enfermidades ou instituições de saúde deve orientar-se para uma abordagem mais ampla e articulada que considere o conjunto das relações sócias entrelaçadas com o objeto em estudo. As reflexões de Eric Hobsbawn, em relação aos rumos teórico-metodológicos que um trabalho de história social deve adotar, sintetizam as orientações que foram dadas a este estudo sobre a Rockefeller na Bahia. Segundo Hobsbawn:

“A forma da estrutura social é assim estabelecida, e suas características específicas e detalhes, na medida em que derivam de outras fontes, podem ser então determinados, na maioria das vezes por estudo comparativo. Dessa forma, a prática é operar para fora e acima do processo de produção social em sua situação específica. Os historiadores serão tentados, a meu ver acertadamente, a escolher uma determinada relação ou complexo de relações como central e específico da sociedade (ou tipo de sociedade) em questão, e a agrupar o resto da abordagem ao seu redor – por exemplo, “as relações de interdependência” de Bloch em sua Feudal Society (Sociedade Feudal), ou as que derivam da produção industrial, possivelmente na sociedade industrial, certamente em sua forma capitalista. Uma vez estabelecida a estrutura, ela deve ser vista em seu movimento histórico”¹.

Nesta perspectiva epistemológica, as doenças de acordo com Jacques Le Goff, estão contidas na historicidade humana. Elas não cabem exclusivamente nos relatos dos progressos da biotecnociência. As doenças integram a história dos saberes e ações vinculadas e articuladas às estruturas sociais, às instituições criadas pelos indivíduos e à compreensão que estes possuem da realidade².

A Fundação e sua atuação no Brasil tem recebido considerável atenção de pesquisadores brasileiros e estrangeiros que trabalham no campo de História da Ciência e da Saúde. Os historiadores têm procurado responder, elucidar e problematizar questões que vão desde a natureza dos interesses que orientaram a sua criação até os métodos de ação anti-

¹ HOBBSAWN, Eric. *Sobre História*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998, p. 94. Grifos meus.

amarfílica adotados passando, também, pelo estudo do contexto de embates políticos e médico-sanitários no qual se deu a sua chegada na América Latina³, e os aspectos nevrálgicos que permeiam as discussões sobre o caráter imperialista da atuação da Rockefeller no Brasil.

Muitos dos trabalhos já publicados, porém, são marcados por forte teor triunfalista e por uma tendência à linearidade analítica, uma vez que a maioria explora apenas aspectos político-institucionais, médico-sanitários e operacionais relacionados às atividades sanitárias da organização no país. Muito pouca atenção tem sido atribuída às relações entre a Rockefeller e o contexto sócio-cultural e sanitário de cada realidade onde atuou a Fundação.

As ações cotidianas de reação popular às atividades executadas, assim como, os choques entre os representantes da comunidade médica acadêmica brasileira e os médicos da Rockefeller, embora sejam sinalizados, carecem de maior aprofundamento e análise. A riqueza de informações presentes nas fontes históricas consultadas tornou possível pensar na elaboração de um trabalho que desnudasse contradições existentes no sanitarismo da Rockefeller que, até então, tem sido silenciadas pela historiografia existente.

Alertando para o cuidado que os historiadores devem ter, do ponto de vista analítico, com relação ao caráter integrado entre as doenças do corpo e o viver dos indivíduos nas sociedades, Roy Porter⁴ revela que questões mais amplas relacionadas aos limites culturais e tecnológicos de cada época e às políticas institucionais de controle sobre o corpo, tem sido comumente negligenciadas em estudos de história da medicina e de demografia histórica, em decorrência de abordagens lineares e fechadas que contrariam os horizontes vislumbrados pela história social. Segundo Porter:

“Da mesma forma, seria limitado estabelecer os objetivos dos sanitaristas e dos higienistas, apenas em termos de miasmas e drenagens: suas preocupações não eram menores com respeito à sujeira moral e à regulamentação do contágio e da contaminação sexual. Do mesmo modo, os rituais da medicina à beira do leito ou no hospital não podem ser inteiramente explicados pelos achados da ciência médica. Questões mais amplas de tabus e decoros corporais também ditam a natureza e os limites dos exames diagnósticos, do tratamento cirúrgico e da emergência de novas especialidades intervencionistas e sensíveis ao gênero como a obstetrícia humana”.

² LE GOFF, Jacques. “Uma história dramática”. In: *As doenças têm história*. Lisboa, Terramar, 1991.

³ Poderíamos citar como exemplos: Jaime Larry Benchimol, Febre Amarela: *A doença e a vacina, uma história inacabada*. Op. Cit., Luiz Antonio de Castro, A Fundação Rockefeller e o Estado Nacional. In: *Revista Brasileira de estudos da população*. São Paulo, Vol. 6, nº 1 pp. 105-110 - Jan/Jun 1989; Lina Rodrigues de Faria, Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller. In: *Revista da saúde coletiva*. Vol. 6, nº 1, São Paulo, Physis, 1995; Ilana Lowy, Representação e intervenção em saúde. Vol. V (3), pp. 647-677, Nov. 1988 – Fev. 1999; Marta Cristina Nunes Moreira, A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional da enfermagem no Brasil na Primeira República. In: *História, Ciência e Saúde – Maguinhos*, pp. 621-645, Vol. V (3), Nov. 1988 – Fev. 1999, entre outros.

⁴ PORTER, Roy. “História do corpo”. In: BURKE, Peter (Org.) *A Escrita da História: novas perspectivas*. São Paulo, Editora UNESP, 1992. Grifo meu.

Orientado pelos referenciais brevemente citados nesta introdução, é que vislumbro a possibilidade de contribuir, através do estudo pontuado na realidade local da Bahia, com um novo olhar sobre a Rockefeller, para que se aprofundem as análises sobre o tema, e sejam descortinadas relações sociais mais complexas que a linearidade ainda não nos deixou reconhecer. Este olhar pretende, inclusive, ampliar o universo de sujeitos históricos a serem considerados na análise sobre a temática e andar com passos firmes em direção à construção de uma história social da Rockefeller na Bahia.

A dissertação foi dividida em três capítulos e uma breve exposição das conclusões finais do trabalho. No primeiro capítulo, foi traçado um histórico da Fundação desde a sua criação até a sua chegada no Brasil. Nele foram discutidos o processo de acumulação de capitais por parte dos Rockefeller assim como, a canalização de parte destes capitais para atividades de cunho assistencial em seu país de origem.

Analisou-se o contexto estadunidense entre o final do século XIX e o início do século XX, evidenciando as razões da predileção da filantropia da família para a área de saúde pública. Na década de 1910, a Fundação ampliou seu universo de atuação redimensionando seu programa e estendendo-o para a América Latina. Na análise deste processo, foi observada a configuração da política externa norte-americana para a região que buscou, aliada a Fundação Rockefeller, combinar o exercício da dominação imperialista com ações de cunho filantrópicos na área de saneamento para os países latino-americanos assistidos. A narrativa do primeiro capítulo preocupou-se, ainda, em contextualizar a chegada da Rockefeller no quadro geral do sanitarismo brasileiro da Primeira República. Para a construção deste capítulo foram utilizadas as fontes do Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, do Banco de Dados Rockefeller, publicado pelo Instituto de Medicina Social da UERJ e a bibliografia já existente sobre a Fundação. Infelizmente, não foi possível, como estava inicialmente prevista, a consulta à documentação do antigo Ministério da Justiça e Negócios Interiores no Arquivo Nacional. Em Janeiro de 2006, o Arquivo se encontrava operando com número reduzido de funcionários e a data disponibilizada para o acesso as fontes, ultrapassava os dias possíveis de pesquisa no Rio de Janeiro.

O segundo capítulo discorreu sobre a instalação das operações de saneamento da Fundação na Bahia. Inicialmente buscou-se caracterizar o panorama baiano no qual se deu a inserção da organização norte-americana no Estado. Foram avaliados aspectos da conformação sócio-econômica que relacionavam-se com a situação de carência e debilidade na qual se encontrava a organização da saúde pública na Bahia. Posteriormente, o texto

direcionou-se para o acompanhamento das articulações político-institucionais que asseguraram o início das ações filantrópicas da Instituição norte-americana no Estado.

Foram examinados os acordos firmados entre o governo do Estado e os representantes da Fundação que delimitavam as suas respectivas responsabilidades. Esta passagem do trabalho é fundamental para que se possa entender as imperfeições e os limites do programa de combate à febre amarela da Rockefeller. A análise do quadro de saúde pública do Estado descortinou uma série de inadequações entre o padrão profilático-operacional da Fundação e a realidade sanitária local. Tais inadequações implicavam em resultados pouco consistentes nas campanhas contra o *Aedes Aegypti* na Bahia e em indisposições entre os representantes da Rockefeller e as autoridades sanitárias do Estado.

Na instrumentalização deste capítulo foram utilizadas as fontes do Arquivo Público do Estado da Bahia, do Acervo de Documentação da Casa de Oswaldo Cruz, os jornais *A Tarde*, *Diário da Bahia*, *Diário de Notícias*, *Diário Oficial do Estado da Bahia* que se encontravam na seção de jornais da Biblioteca Pública do Estado da Bahia. Também serviram de suporte documental, as correspondências entre os escritórios brasileiro e norte-americano da Divisão Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller, publicadas pelo Instituto de Medicina Social da UERJ.

O terceiro capítulo foi dedicado à análise das reações dos médicos baianos ao programa da Rockefeller e da resistência da população ao combate a febre amarela capitaneado pela Fundação. A documentação trabalhada encontra-se, fundamentalmente, no Memorial de Medicina Brasileira da Faculdade de Medicina da Bahia e na Biblioteca Pública do Estado. Na primeira instituição foram consultadas as teses de doutoramento defendidas sobre a febre amarela e outras enfermidades estudadas no período. Também receberam a atenção da pesquisa as memórias históricas dos diretores da Faculdade e as publicações do periódico *Gazeta Médica da Bahia*. Estas fontes foram importantes para localizar o olhar dos médicos baianos sobre as ações de saneamento de Rockefeller. Entretanto, entre os anos de 1916 e 1923, as memórias não foram escritas e impossibilitaram a observação sobre as impressões dos representantes da Faculdade acerca da instalação da Rockefeller na Bahia. A Bahia foi a sede da primeira Escola de Medicina do Brasil e, portanto, possuía uma comunidade significativa de médicos. O objetivo foi o de entender a receptividade destes através do que se produzia na Faculdade. Os dados foram confrontados com as publicações da *Gazeta Médica* sobre a profilaxia da febre amarela. Os médicos baianos se ressentiam da precariedade da saúde pública no Estado e seus reclames faziam-se ecoar através dos jornais. Portanto, a chegada da Rockefeller para prestar auxílio técnico e financeiro ao Estado em

ações de saneamento no ano de 1919, não foi mal recebida pela comunidade acadêmica local. Na década de 1920, a Fundação assumiu o combate à febre amarela, antes exercido pelo Serviço Federal de Profilaxia Rural, e impôs mudanças nos rumos da campanha anti-amarílica. As mudanças reduziam os custos do programa para a Fundação, mas traziam maiores incômodos e outros prejuízos à saúde da população. A partir de então, os reclames dos médicos do Estado se apresentaram como elementos que compunham uma reação destes profissionais ao sanitarismo da Fundação.

A população também demonstrava de diversas formas seu descontentamento com o caráter autoritário das intervenções promovidas pelos programas em seus domicílios. Na Biblioteca Pública do Estado, os jornais citados anteriormente se configuraram em importantes fontes para a análise das insatisfações dos populares em relação aos incômodos da campanha anti-amarílica.

Finalizando esta breve introdução, é preciso considerar que o presente trabalho não tem a pretensão de esgotar as vastas possibilidades de abordagem sobre a temática. Novas reflexões acerca da passagem da Rockefeller pelo Estado ou da Reforma Sanitária na Bahia Republicana podem desnudar aspectos não avaliados por conta do caráter limitado deste trabalho ou por escolhas feitas em benefício dos objetivos específicos previamente pensados para o estudo. Aliás, muitas das questões surgidas nestes anos de pesquisa ainda se encontram sem respostas. Tal situação só faz aumentar o fascínio pelo trabalho historiográfico e trazer “a certeza de que muito pouco eu sei ou nada sei”⁵.

⁵ Fragmento da letra da música *Tocando em frente* de Almir Sater e Renato Teixeira.

CAPÍTULO I

A TRAJETÓRIA DA FUNDAÇÃO ROCKEFELLER E O SENTIDO IMPERIALISTA DE SUA FILANTROPIA CIENTÍFICA

Na segunda metade do século XIX, os Estados Unidos da América ficaram marcados pelo final da Guerra Civil que teve como resultados, um rápido processo de crescimento econômico e a ampliação das suas atividades capitalistas. O sistema fabril foi estendido e a expansão da malha ferroviária contribuiu, gradativamente, para a integração econômica das várias regiões do país⁶. No cenário de expansão capitalista do pós-guerra, ocorrera um incremento substancial da classe operária que passou a ser composta também por trabalhadores das localidades atingidas pelo avanço econômico e por imigrantes. Concomitantemente ao referido crescimento, o processo de concentração de capitais se dava de forma acelerada em torno das grandes corporações. Segundo Richard Brown, em 1890, três quartos (3/4) de toda produção de manufaturados era proveniente das grandes corporações⁷. Esta situação colocava sobre as grandes empresas e os homens que as comandavam, a condição de grandes beneficiados pelos resultados econômicos da guerra. O controle sobre a condução da nova ordem econômica norte-americana estava nas mãos desta camada emergente de novos burgueses enriquecidos. Entre eles estava a família de John Davisson Rockefeller. A riqueza do grupo Rockefeller foi edificada, ao longo do século XIX, através da exploração do Oeste dos Estados Unidos em atividades de extrativismo e construção de ferrovias. A extração do ferro, chumbo, carvão e, principalmente, de petróleo pela empresa Standard Oil garantiam para a família, batista de tradição, lucros volumosos⁸.

O aumento do consumo de energia e a rápida elevação nos preços dos commodities do petróleo verificados durante os anos da guerra civil, resultaram no crescimento dos lucros da Standard Oil e na ampliação da fortuna da família Rockefeller⁹. Ao final do conflito, John D. Rockefeller assumiu o controle da companhia que já possuía capital suficiente para o

⁶ BROWN, E. Richard. *Rockefeller medicine man: Medicine and capitalism in America*. Berkeley: University of California Press, 1979, p. 16.

⁷ Ibidem.

⁸ COLBY, Gerard e DENNETT, Charlotte. *Seja feita vossa vontade: a conquista da Amazônia; Nelson Rockefeller e o evangelismo na idade do petróleo*. Rio de Janeiro: Records, 1997.

⁹ BROWN, E. Richard. Op. Cit., pp. 16-17

investimento em refinarias. Por volta de 1880, a Standard Oil Company era responsável pelo refino de 95% do petróleo produzido no país¹⁰.

O acúmulo de grande quantidade de capitais no menor tempo possível foi traço marcante das práticas empresariais norte-americanas durante o final do século XIX e o início do século XX. Este, por sua vez, resultava na degradação das condições de vida e de trabalho das classes subalternas. Colocando-se contra a baixa remuneração, o trabalho exaustivo, situações de desemprego e exploração da mão-de-obra feminina e infantil, a classe operária aumentava a sua organização - manifestada, muitas vezes, por movimentos de greve - e as severas críticas aos capitalistas enriquecidos do final do século XIX¹¹.

A chamada “Era progressiva”¹² da história da América do Norte ficou marcada pela grande hostilidade popular à nova “burguesia emergente” e pela exigência por melhorias nas condições de vida e trabalho das classes operárias através da intervenção do Estado na área social¹³. O conjunto de contradições decorrentes da afirmação do capitalismo industrial norte-americano trazia para os arquitetos da nova economia a preocupação com a necessidade de preservação da mão-de-obra operária e com a minimização dos impactos sociais oriundos do forte processo de concentração de renda verificado no país. Por outro lado, o agravamento da questão social fazia crescer entre os críticos da nova ordem a demanda pela intermediação do governo nas relações entre capital e trabalho que resultasse na construção de um Estado de bem estar social. Tais reivindicações eram consideradas pelos capitalistas como populistas e reformistas não obstante, tivessem como referência os exemplos do que acontecia em países europeus¹⁴.

Foi neste contexto que projetos filantrópicos e programas sociais passaram a ser formulados como instrumentos capazes de amenizar a conjuntura de contradições sem que as estruturas da sociedade capitalista norte-americana (estadunidense) fossem alteradas na sua essência¹⁵. Através da filantropia, as grandes corporações capitalistas tornavam desnecessária e redundante a participação do Estado nas áreas sociais, principalmente, no campo da saúde

¹⁰ Ibidem.

¹¹ BIRN, Anne-Emanuelle. *Local Health and foreign Wealth: The Rockefeller Foundations Public Health Programs in Mexico, 1924-1951*. Dissertation Thesis Submitted to the School of Hygiene and Public Health of the Johns Hopkins University in Conformity with the requirements for the degree of Doctor of Science. Baltimore, Maryland, 1993. p. 14.

¹² Nome através do qual passou a ser denominada a passagem do século XIX para o século XX na História Contemporânea estadunidense. Não foram encontradas maiores explicações sobre a origem do termo e as razões de seu uso. Suponho que a noção de progresso esteja associada ao avanço tecnológico e ao crescimento econômico verificados no período. Para maiores esclarecimentos VER: BIRN, Anne-Emanuelle. Ibidem, pp. 04-60.

¹³ Idem, pp.18-19.

¹⁴ Idem, p. 15.

pública¹⁶. Na sua gênese, a filantropia estadunidense do início do século XX apresenta uma acentuada face anti-democrática, elitista e de forte caráter individualista. As suas iniciativas iam completamente de encontro às aspirações das organizações operárias da época e dispensavam a atuação governamental nas questões de cunho social.

O início das iniciativas assistenciais de John D. Rockefeller, durante os “anos 90” do século XIX, estavam vinculadas às ações de caridade da Igreja Batista¹⁷. Objetivando minimizar os impactos sócio-econômicos causados pelas suas empresas em virtude das expropriações das reservas e da exploração do trabalho dos índios, a família passou a financiar escolas e missões protestantes em terras indígenas¹⁸.

Um dos principais atributos dos “patriarcas” do “clã” Rockefeller era a religiosidade de matriz protestante. Os Rockefeller tinham nos ideais da Igreja Batista “de dedicação ao trabalho e de aversão ao ócio, aos desperdícios e à extravagância”¹⁹, os fundamentos de suas atividades empresariais e filantrópicas. De acordo com Richard Brown:

[...] “Desde sua juventude, a vida de John D. Rockefeller consistia-se em trabalho, família e Igreja Batista”. [...]

[...] “Tendo ido para os negócios desde cedo por si próprio na idade dos 20 anos, o rei do óleo sabia que trabalho duro e vida disciplinada eram os meios de se livrar da pobreza”²⁰. [...]

No seio desta família criou-se, portanto, espaço para o nascimento de duas organizações com mecanismos operacionais distintos, que possuíam lógicas internas particulares e com valores norteadores de suas respectivas condutas, absolutamente diferentes. Refiro-me à Standard Oil e à Fundação Rockefeller. Os lucros e a acumulação de capitais gerados pelas atividades da companhia petrolífera eram, portanto, interpretados à luz do paradigma da predestinação. A filantropia, por sua vez, era entendida como um dever moral²¹.

No início da última década do século XIX, John D. Rockefeller conheceu o reverendo Frederick T. Gates. A partir de então, suas ações de caridade aumentariam consideravelmente a ponto de resultarem na criação da Comissão Sanitária Rockefeller, em 26 de outubro de 1909, para o combate à ancilostomíase no Sul dos Estados Unidos²². Frederick T. Gates se

¹⁵ BROWN, E. Richard. Op. Cit., pp 33-35.

¹⁶ BIRN, Ann- Emanuelle. Op. Cit., p. 19.

¹⁷ BROWN, E. Richard. Op. Cit., p. 35.

¹⁸ COLBY, Gerard e DENNETT, Charlotte. Op. Cit.

¹⁹ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: EDVSF, 2003. p. 191.

²⁰ BROWN, E. Richard. Op. Cit., p. 33.

²¹ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Op. Cit., p. 191.

²² Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento - 004, Caixa - 01. Fundo Rockefeller. pp. 1-3.

transformou rapidamente no mentor e arquiteto da filantropia dos Rockefeller²³ e, também, no principal responsável pela transposição de parte dos lucros da Standard Oil para as ações de caridade conduzidas pela Igreja Batista²⁴. Entre estas ações estavam as atividades internas da Igreja, a formação de sociedades missionárias e de caridade e o investimento em hospitais, bibliotecas e universidades.

Em 1901, o reverendo Frederick Gates tomou conhecimento do trabalho do destacado médico William H. Welch que havia estudado patologia na Alemanha e, após seu retorno, desenvolvia estudos na Johns Hopkins Medical School, nos Estados Unidos. No mesmo ano, Gates convidou Welch para cooperar com a organização do Instituto Rockefeller de Pesquisas Médicas²⁵. Quando a Comissão Sanitária Rockefeller para a Erradicação da Ancilostomíase²⁶ foi criada em 1909, Frederick T. Gates e William H. Welch faziam parte do corpo da instituição ao lado de John Rockefeller Jr²⁷. Os outros membros da Comissão eram Simon Flexner, Charles W. Stiles, Edwin A. Alderman, David F. Houston, P. P. Clayton, J. Y. Joyner, Walter A. Page, H. B. Frissell e Starr J. Murphy²⁸.

Ao longo de dez anos, entre o final do século XIX e o início do século XX, John Rockefeller já havia investido duzentos mil dólares no Instituto Rockefeller de Pesquisas Médicas que funcionava junto à Universidade de Chicago. Em 1909, sob a orientação de seus conselheiros e colegas da comissão sanitária, o filantropo atingiria a marca de 50 milhões de dólares em investimento nas áreas de educação, ciência e religião provenientes de suas atividades empresariais na Standard Oil²⁹. Ainda neste ano, John Rockefeller e seus companheiros tentaram obter, junto ao senado norte-americano, um alvará de licença para a continuidade de suas investidas filantrópicas. A concessão não foi autorizada por causa das hostilidades dos ativistas políticos da classe trabalhadora que viam, com muitas suspeitas, as

²³ BIRN, Anne-Emanuelle. Op. Cit., p.15.

²⁴ O reverendo Frederick T. Gates era oriundo de uma família de pequenos produtores rurais e possuía forte vocação para as atividades missionárias. Começou a trabalhar para John Rockefeller já com a idade de 38 anos. Rapidamente, Gates se transformou em um eficiente funcionário, ampliando significativamente a filantropia do grupo, e num dos principais incentivadores da criação da Fundação Rockefeller para a atuação na área de Saúde Pública. Para maior aprofundamento sobre a trajetória de Frederick T. Gates dentro da Igreja Batista e da Fundação Rockefeller, VER: BROWN, E. Richard. Op. Cit., pp. 38-50.

²⁵ BROWN, E. Richard. Op. Cit., p. 103.

²⁶ Também conhecida como ancilostomose, necatoríase, uncinarirose e popularmente como amarelão, esta verminose tem como principal forma de contágio o contato pela pele íntegra das pessoas com as larvas do *Ancylostoma duodenale* presente em fezes depositadas nos solos. Após a contaminação, o local preferencial de instalação do verme é o intestino, no final do duodeno. Seus sintomas são a anemia e a inflamação da pele. A adoção de medidas sanitárias tais como o saneamento de esgotos e o uso de calçados são as principais formas para se evitar o contágio. VER: Guia de Vigilância Epidemiológica/ Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Brasília-DF. 2004.

²⁷ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz. Op. Cit., p. 21.

²⁸ Ibidem.

²⁹ BIRN, Anne-Emanuelle. Op. Cit., p.16.

caridades da família Rockefeller. Apenas em 14 de maio de 1913, a Fundação Rockefeller finalmente foi reconhecida perante as leis do Estado de Nova Iorque³⁰.

Diante de tanta resistência e desconfiança, a Fundação decidiu priorizar os seus investimentos no campo da medicina e da saúde objetivando, assim, distender o quadro de contestação às suas atividades assistenciais. Esta área era compreendida pelos coordenadores da Instituição como sendo um espaço de atuação com menores possibilidades de atrair controvérsias³¹.

A saúde pública e a medicina conjuntamente transformar-se-iam, então, em um terreno seguro, através do qual a filantropia do grupo Rockefeller caminharía em largos passos para a consolidação de suas práticas assistencialistas dentro e fora dos Estados Unidos. Esta orientação passaria a ser defendida, constantemente, pela Fundação em momentos variados de sua história nos Estados Unidos e, mais tarde, na América Latina. Logo após a sua regularização institucional em 1913, os representantes da Fundação Rockefeller sentenciavam, através de seu primeiro relatório, que existiu “um consenso geral de que o avanço da saúde pública através da pesquisa médica e da educação, incluindo a demonstração de métodos conhecidos de tratamento e prevenção de doenças, nos proporcionou a mais segura expectativa sobre sua utilidade”³².

Anos depois, em 1936, o relatório das linhas do programa da sua Divisão Internacional de Saúde da Organização afirmava:

“O campo de atuação da Divisão Internacional de Saúde continua, como no passado, a ser a saúde pública. Com o objetivo de cooperar eficientemente com agências governamentais nesta área é indispensável incluir no programa de assistência em educação, o pessoal necessário para as posições essenciais em Saúde Pública e também incluir pesquisas que visam ao controle de doenças através de métodos mais efetivos e menos dispendiosos.

O corrente programa deve ser organizado sobre as orientações (condução) dos Serviços locais de Saúde, da Educação em Saúde Pública, do controle e investigação de doenças específicas, e dos laboratórios da Divisão de Saúde Internacional do Instituto Rockefeller”³³.

Em um outro documento que se reporta ao histórico das atividades da Fundação fica evidente o cunho ideológico de priorização dispensada pela Rockefeller às questões de saúde pública:

“O real objetivo de nosso trabalho não é meramente conquistar novos conhecimentos sobre um número limitado de doenças, mas através de demonstrações concretas no controle destas “mazelas”, fixar a

³⁰ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz. Op. Cit., p. 2.

³¹ BIRN, Anne-Emanuelle. Op.Cit.

³² Acervo da Casa de Oswaldo Cruz. Op. Cit.

³³ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento – 137, Caixa – 03. Fundo Rockefeller. p. 1. Grifo meu.

atenção sobre os problemas de saúde pública, no sentido de educar o público (a população), e induzir os governos a darem mais atenção à esta necessidade fundamental da humanidade”³⁴.

De forma simultânea à expansão da filantropia da família, a virada do século XIX para o século XX, também, verificou o desenvolvimento da medicina experimental e o avanço das técnicas laboratoriais entre os meios científicos. Durante o século XIX, o predomínio das idéias de infecção e contágio indicavam a adoção de medidas sanitárias de caráter localizado sobre as condições ambientais e sociais causadoras dos miasmas que eram compreendidos, como os grandes responsáveis pelos surtos epidêmicos. Os programas de saúde deste século, postos em prática nos Estados Unidos da América e na Europa, eram fundamentados nestas concepções.

O crescimento da biomedicina e dos estudos bacteriológicos traziam para a comunidade médico-científica uma nova perspectiva para a interpretação das formas de transmissão das doenças contagiosas. O paradigma das teorias miasmáticas³⁵ de contágio passava, gradativamente, a ser questionado pelos bacteriologistas.

[...]”Os Departamentos de Saúde criados no século XIX se preocupavam em essência, com o controle das doenças contagiosas por meio do saneamento ambiental”.[...]

[...]”No entanto, à proporção que os bacteriologistas identificavam os microorganismos responsáveis por doenças específicas, e expunham seu modo de ação, abria-se caminho para o controle de doenças infecciosas sob uma base mais racional, e específica. E as autoridades sanitárias puderam desenvolver essa atividade em uma escala sem precedentes.

Um pequeno grupo de trabalhadores pioneiros – entre os quais T. Mitchell Prudden, de Nova York, George M. Sternberg, do exército do Estados Unidos, William H. Welch, da Universidade Johns Hopkins, e D. E. Salmon, da Divisão de Agricultura Animal – trouxe a nova ciência da Bacteriologia para os Estados Unidos. Se os americanos contribuíram apenas em um grau limitado para o crescimento do conhecimento micro-biológico, eles estavam mais alertas do que seus confrades europeus para suas implicações práticas”³⁶.

Os novos paradigmas bacteriológicos inauguraram uma tendência de se enfatizar nas práticas médicas, o diagnóstico e o combate racionalizado a doenças através da ação direta sobre o corpo dos indivíduos enfermos e não mais sobre o meio físico e social das cidades. Neste sentido, a medicina experimental passava a ser compreendida como a ciência que estava habilitada a resolver os problemas seculares do homem e “a microbiologia prometia ser

³⁴ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento – 004, Caixa – 01. Fundo Rockefeller. Op. Cit., p. 9.

³⁵ Teoria remanescente do pensamento naturalista francês do final do século XVIII – e sobrevivente durante o século XIX -, que creditava a ocorrência de doenças como a febre amarela à má qualidade das águas e do ar das cidades pouco arejadas que, quando submetidas a altas temperaturas, criavam um ambiente infestado de gases de mau cheiro, propício à proliferação de enfermidades. Para maior aprofundamento, VER: REIS, João José. *A morte é uma festa: Ritos Fúnebres e Revolta Popular no Brasil do século XIX*, São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

³⁶ ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*; tradução Marcos Fernando da Silva com a colaboração de José Ruben de Alcântara Bonfim – São Paulo: HUCITEC: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994. pp. 257-258. Grifos meus.

de rica utilidade no controle das doenças comunicáveis”³⁷. A filantropia e a ciência médica reforçaram, em torno de si próprias, o status de instituições comprometidas com o progresso da humanidade e desprovidas de interesses materiais diretos³⁸. Em seu estudo sobre a história da Escola Johns Hopkins de Higiene e Saúde Pública, Elizabeth Fee sintetiza que “a nova saúde pública norte-americana foi largamente formatada (definida) por um pequeno número de homens em condições de dispor consideráveis recursos sociais, intelectuais e financeiros”³⁹.

A idéia de que a medicalização da sociedade através dos novos paradigmas científicos da biomedicina traria o fim das enfermidades e uma situação de felicidade geral, transformou-se no princípio norteador das ações sanitárias da Fundação Rockefeller. Nenhum recurso da Rockefeller foi, inicialmente, investido em estudos que investigassem a relação entre a ocorrência de doenças e os fatores de ordem sócio-econômica. Os impactos das condições ambientais, sociais e econômicas sobre as situações de doença e saúde foram ignorados pelos diretores da Fundação⁴⁰. Como já foi dito, o primeiro grande projeto de saúde pública desenvolvido pela Fundação teve início assim que a Comissão Sanitária Rockefeller foi instituída em 1909 e estava direcionado ao combate à ancilostomíase no Sul dos Estados Unidos. Esta doença era considerada como a principal responsável pelos baixos rendimentos dos trabalhadores sulistas⁴¹ e o programa tinha como uma de suas metas, a recuperação da capacidade produtiva e da prosperidade econômica das regiões assistidas⁴².

Os inspetores médicos sanitários e os técnicos em laboratório da Comissão viajaram por diversas comunidades rurais em 11 Estados norte-americanos durante os anos de 1910 e 1914. As atividades foram direcionadas para a instrução das populações locais sobre as medidas de tratamentos da ancilostomose e para a conscientização da necessidade do uso de calçados e de vasos sanitários que impediriam a expansão da doença⁴³. Os esforços assistencialistas do programa contaram com o apoio dos serviços de saúde dos Estados sulistas, dos clubes de agricultura e das igrejas locais⁴⁴. Para os membros da Fundação Rockefeller era fundamental que seu trabalho estivesse aliado às instituições educacionais e

³⁷ Ibidem, p. 259.

³⁸ BIRN, Anne-Emanuelle. Op. Cit., p. 18.

³⁹ FEE, Elizabeth. *Disease and Discovery: A history of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, 1916-1939*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1987. p. 26. Apud. BIRN, Anne-Emanuelle. Op. Cit.

⁴⁰ BROWN, E. Richard. Op. Cit., p.129.

⁴¹ ETTLING, John. *The Germ of Laziness: Rockefeller Philanthropy and Public Health in the New South*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1981.

⁴² Acervo da Casa Oswaldo Cruz. Op. Cit., p. 2.

⁴³ BIRN, Anne-Emanuelle. Op. Cit., p.17.

⁴⁴ ETTLING, John. Op.Cit.

de saúde pública já existentes, pois elas estavam estabelecidas com base nas tradições e práticas culturais das sociedades locais⁴⁵. De acordo com as resoluções e observações do encontro organizado pela Fundação em junho de 1913, mais de dois milhões de pessoas nos Estados do sul se encontravam infectadas pela doença e as ações de tratamento do programa chegaram a atender em torno de 5 mil norte-americanos contaminados⁴⁶.

Apesar dos tímidos e razoáveis resultados da comissão nas ações contra a ancilostomíase nos Estados Unidos, a experiência inicial acabou por estimular os seus representantes a estenderem o programa para outras áreas. Esta primeira empreitada da Rockefeller também serviu para definir a necessidade da Instituição de ampliar o programa incluindo outras ações tais como: o treinamento profissional, a educação popular sobre as questões de saúde e a montagem de departamentos locais e permanentes de saneamento⁴⁷.

Entre os coordenadores do programa sulista haviam ficado duas fortes convicções como legado dessa campanha. A primeira, era a certeza de que a Fundação estava “preparada para estender a outros países e pessoas o trabalho de erradicação da ancilostomose assim que as oportunidades surgissem” expandindo, então, os conhecimentos da ciência médica⁴⁸. A segunda, era a idéia de que o quadro de sanitaristas da Rockefeller já possuía conhecimento suficiente sobre a doença para transformar a sua erradicação em realidade⁴⁹. As linhas de atuação do programa foram ampliadas entre os Estados do Sul e estendidas rapidamente para as colônias britânicas nos trópicos⁵⁰.

A Fundação iniciou os seus trabalhos em outros países já a partir de 1913, no mesmo ano em que foi instalada a International Health Commission (Comissão Internacional de Saúde) – IHC – que, em 1916, passou a se chamar International Health Board (Quadro Internacional de Saúde) – IHB. Essas instituições foram criadas para dar suporte às atividades da Rockefeller Sanitary Commission (Comissão Sanitária Rockefeller) no combate à ancilostomíase nos Estados Unidos e mais, em outros países da Ásia, América do Sul e Europa. Essas organizações ficaram conhecidas popularmente com o nome de Divisão Sanitária Internacional⁵¹.

Gradualmente outras questões sanitárias começam a ser consideradas pelos diretores da Comissão e incorporadas ao quadro de metas da IHB. Entre 1915 e 1918 o combate à

⁴⁵ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz. Op. Cit., p. 1.

⁴⁶ Ibidem, p.2.

⁴⁷ BIRN, Anne-Emanuelle. Op. Cit.

⁴⁸ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz. Op. Cit., p. 3.

⁴⁹ Ibidem.

⁵⁰ Idem.

malária, os trabalhos de saúde nos distritos, o socorro às divisões essenciais de saúde federais e estaduais, a erradicação da febre amarela e o ensino médico passam a fazer parte de forma sistemática das atividades da Fundação Rockefeller⁵².

O início dos trabalhos referentes à malária e à febre amarela datam de 1915. Nesse ano, foi instituída pela Fundação a Comissão de Febre Amarela composta pelos Doutores Carter e Guiteras e pelo general norte-americano Gorgas⁵³. Também como resultado da ampliação da filantropia dos Rockefeller para outros seguimentos, foi instalada em 1917 a Escola de Higiene e Saúde Pública na Universidade Johns Hopkins que teve sua primeira turma de alunos no ano de 1918. Posteriormente, novas escolas como essas foram abertas nas Universidades de Harvard, Toronto, Roma e Londres. Em outros países como Polônia, Turquia, Iugoslávia e, também, Brasil, foram criados centros de menor porte conhecidos como Institutos⁵⁴.

A estratégia da Fundação de difundir as Escolas de Higiene e Saúde Pública coordenadas pelo seu pessoal tinha o nítido interesse de adequar as práticas de ensino médico às emergentes necessidades decorrentes do avanço da biomedicina, inaugurando, assim, um novo modelo educacional que viesse a se contrapor às tradições das escolas médicas germânica e inglesa. Na visão dos norte-americanos, estas se encontravam ultrapassadas e fortemente orientadas para o controle de doenças infecciosas pouco enfatizando, assim, a especialização no processo de formação de seus alunos.

1.1. A ROCKEFELLER E A AMÉRICA LATINA

Foi ao longo do quadro de diversificação e de crescimento das atividades assistenciais e científicas da Fundação Rockefeller que a América Latina passou a ser incorporada aos seus programas sanitários. Os funcionários e representantes da instituição inspecionaram as condições médicas e científicas de 15 países latino-americanos⁵⁵ entre os anos de 1916 e 1929

⁵¹ FARIA, Lina Rodrigues de. Os Primeiros Anos da Reforma Sanitária do Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller. In: *Revista da Saúde Coletiva*. Vol. 5, n 1, São Paulo, Physis, 1995.

⁵² Acervo da Casa de Oswaldo Cruz. Op. Cit, pp. 4-9.

⁵³ Ibidem.

⁵⁴ Idem, p. 8.

⁵⁵ Os países inspecionados foram Argentina, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Porto Rico e Venezuela. VER: CUETO, Marcos. Visions of Science and Development: The Rockefeller Foundations Latin American Surveys of the 1920 S. In: CUETO, Marcos (Org). *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America*. Bloomington/Indianapolis, Indiana University Press, 1994, pp. 01-22.

tendo como objetivo inicial, difundir o projeto “anti-ancilostomose” nos moldes das experiências no Sul dos Estados Unidos⁵⁶.

As observações realizadas pelos membros da Comissão Rockefeller asseguravam conhecimentos sobre as realidades latino-americanas nos campos da educação e da pesquisa, no início do século XX. Outras informações referentes à geografia e aos aspectos naturais e de cada realidade visitada, suas respectivas práticas médicas e condições sanitárias preenchiam o quadro de avaliações. Por sua vez, essas análises se apresentavam carregadas de etnocentrismo na medida em que elementos específicos das culturas e sociedades latino-americanas eram avaliados isoladamente e interpretados como legítimos indicadores de atraso quando comparados aos padrões norte-americanos. Muitas críticas foram também direcionadas à interferência estatal sobre as atividades acadêmicas locais e a forte influência européia sobre as universidades⁵⁷.

Os conhecimentos adquiridos passaram a ser reelaborados e ressignificados de acordo com as necessidades do discurso filantrópico para a América Latina e para a própria população estadunidense⁵⁸. Entretanto, a estratégia de aproximação sempre foi a de estabelecer relações seguras de apoio governamental para as suas intervenções sanitárias nas localidades diversas. Não obstante a filantropia tivesse um papel importante para o exercício do domínio político e econômico norte-americano na região, seus fundamentos operacionais diferenciavam-se das práticas do Estado e do mercado⁵⁹. Havia nas atividades da Fundação Rockefeller um terreno maior para a flexibilidade e para a negociação, principalmente por esta se propor a atuar em outros países com culturas bastante diferenciadas entre si. Por outro lado, o fato da Rockefeller não possuir ligações explícitas com o governo de seu país e de desenvolver programas de saúde sem fins lucrativos diretos, contribuiu para facilitar a sua penetração nos quadros de assistência médica dos países da América Latina.

Segundo Marcos Cueto “os governos latino-americanos foram bem receptivos às atividades da Rockefeller pelo fato destes governos estarem em um processo de expansão da legitimação do estado em um nível nacional”⁶⁰. Para que estes Estados pudessem dar continuidade aos seus projetos de legitimação política interna, era imprescindível a formação de uma infraestrutura nacional de saúde que seria constituída, mais facilmente, com o auxílio externo da Fundação Rockefeller.

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ Idem, pp. 07-13.

⁵⁸ Idem, p. 01.

⁵⁹ BIRN, Anne-Emanuelle. Op. Cit., p. 21.

⁶⁰ CUETO, Marcos. Op. Cit., p. 21.

A aproximação da Instituição junto aos países da América Latina também possuía fortes motivações de cunho econômico. Antes da 1ª Guerra Mundial, capitais oriundos de grupos empresariais estadunidenses penetraram nos vários países latino-americanos reafirmando seus modelos econômicos agro-exportadores fundamentados no fornecimento de matérias-primas. A crescente presença de investimentos norte-americanos na região foi assegurada por meio das campanhas sanitárias comandadas pela Rockefeller nesses países⁶¹.

Como já foi demonstrado anteriormente, as ações filantrópicas de saúde desenvolvidas pela Divisão Sanitária da Fundação, não estavam vinculadas diretamente às esferas institucionais de poder público do Estado norte-americano. Pelo contrário, a filantropia só teve condições de se afirmar no final do século XIX na medida em que a ausência do Estado na área social criara um espaço propício ao seu desenvolvimento autônomo. Entretanto, o governo dos Estados Unidos da América e a Fundação, embora fossem organizações independentes entre si, mantinham relações e alianças de mútuo beneficiamento. Quando a “Era Rooseveltiana” desenvolveu a sua política de boa vizinhança sobre a América Latina, o Estado norte-americano não dispunha de recursos suficientes para atuar no terreno da saúde pública⁶².

Segundo Antônio Pedro Tota,⁶³ mesmo antes do processo de construção da política externa Rooseveltiana de “boa vizinhança”, o governo Hoover e os anos da década de “1920”, já sinalizavam a mudança nos rumos do imperialismo norte-americano para a América Latina.

Não há como negar: A segunda guerra mundial é o ponto de virada na história das relações culturais entre o Brasil e os Estados Unidos. No entanto, a idéia de uma política de boa vizinhança, que incluía a cultura na agenda internacional, foi pensada algumas décadas antes, na gestão do republicano Herbert Hoover. Eleito em novembro de 1928, Hoover embarcou numa viagem pela América Latina que, segundo ele, não era exatamente uma viagem de recreação. Pretendia mudar alguns aspectos importantes da política externa americana. Assim que chegou a Amapala, Honduras, Hoover fez um discurso no qual usou a expressão *Good Neighbors* que seria adotada por Roosevelt em 1933⁶⁴.

O autor demonstra a estreita ligação entre a Fundação Rockefeller e os círculos do poder do Estado norte-americano nas primeiras décadas do século XX. As estratégias de dominação edificadas neste período, não associavam exclusivamente sanitarismo com expansão capitalista. Através dos meios de comunicação nacionais e norte-americanos, foi realizado também um intenso esforço capitaneado por Nelson Rockefeller, um dos filhos de John Davidson Rockefeller, no sentido de exportar os elementos da cultura popular norte-

⁶¹ Ibidem, p. 03.

⁶² BIRN, Anne-Emanuelle. Op. Cit., p. 22.

⁶³ TOTA, Antônio Pedro. *O imperialismo sedutor: a americanização do Brasil na época da segunda guerra*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

⁶⁴ Ibidem, p. 28.

americana para a América Latina. A Rockefeller funcionou no contexto da política de “boa vizinhança” como uma vigorosa ferramenta de dominação que operava, na prática, enquanto uma fábrica de ideologias a serviço do Estado norte-americano na divulgação do American Way of Life. De acordo com Tota:

[...] Os capitalistas americanos ofereciam-nos, com aparente sinceridade, uma associação para superarmos o atraso [...] ⁶⁵. Os meios de comunicação, pelo menos no período estudado, foram usados pedagogicamente para americanizar o Brasil. Houve um projeto de americanização, quer dizer, ações deliberadas e planejadas visando a um objetivo. A existência desse projeto não exclui o processo de americanização conduzido pelas forças do mercado. Ao contrário, há evidências da imbrincação dos dois processos ⁶⁶.

O bombardeio ideológico produzido pela Comissão Rockefeller propagando os elementos culturais constituintes de seu “imperialismo sedutor”, teria atuado, então, lado a lado, de sua divisão sanitária em benefício de um projeto maior de dominação. As atividades da Rockefeller, desta forma, exerceram um papel imprescindível para a manutenção do quadro de estabilidade política da região, assegurando a vitalidade dos investimentos estadunidenses na América Latina onde “os norte-americanos estivessem presentes e ativos” ⁶⁷.

1.2. A ROCKEFELLER E O BRASIL

O Brasil, uma das primeiras nações a serem atendidas pelos programas assistenciais da Rockefeller, foi o país latino-americano que recebeu o maior montante de recursos destinados às campanhas sanitárias, pesquisas científicas e ao aperfeiçoamento de ensino médico. Ao todo, o volume de investimentos feitos pela Fundação no Brasil, entre 1916 e 1940, alcançou a soma de 7 milhões de dólares ⁶⁸.

Inicialmente, as preocupações das Comissões que visitaram o Brasil estavam prioritariamente voltadas para o combate à ancilostomose ⁶⁹. Entretanto, no início do século XX, várias doenças eram endêmicas no país. Entre elas, a febre amarela. A existência da doença provocava nos norte-americanos o medo de uma epidemia ⁷⁰ e os próprios cientistas da

⁶⁵ Idem, p. 187.

⁶⁶ Idem, p. 191.

⁶⁷ CUETO, Marcos. Op. Cit., p. 03.

⁶⁸ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Op. Cit., p. 67.

⁶⁹ LOWY, Ilana. Representação e intervenção em saúde pública: vírus, mosquitos e especialista da Fundação Rockefeller no Brasil In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, V (3): 647-77, Nov. 1998 – Fev. 1999.

⁷⁰ CUETO, Marcos. Op. Cit., pp. IX-XX (introdução).

Rockefeller consideravam a possibilidade desta se expandir, através da América Central, da Amazônia para o Sul dos Estados Unidos⁷¹.

O quadro de insalubridade ocasionava prejuízos comerciais, dificultava as viagens internacionais e tornava determinadas áreas economicamente inviáveis aos interesses norte-americanos de aberturas de mercados e de aplicação de capitais. Por outro lado, a instalação da Rockefeller no Brasil abriria a possibilidade para a penetração de empresas norte-americanas através de contratos na área de saneamento básico⁷². Os oficiais da Fundação deveriam persuadir as autoridades brasileiras a promoverem investimentos em obras hidráulicas que melhorassem os serviços de abastecimento de água⁷³.

Além das motivações econômicas, outros fatores foram importantes para a predominância brasileira na América Latina em se tratando de recebimento dos capitais de origem filantrópica. As relações amistosas no plano diplomático entre Brasil e Estados Unidos, aliada à existência de uma tradição médica local no combate à doenças, foram elementos fundamentais para a configuração desta predileção⁷⁴. Na visão dos representantes da Rockefeller, o país exercia também um papel estratégico em relação ao restante do continente americano⁷⁵. Por sua vez, a existência de um sistema federativo de governo e de ensino superior no Brasil alimentava a crença inicial, entre os “filantropos” norte-americanos, de que os quadros de saúde estariam mais permeáveis à introdução das diferentes práticas de atuação sanitária apresentadas pela organização⁷⁶.

Os trabalhos da Rockefeller deixavam evidentes as suas intenções de inaugurar uma nova perspectiva para as campanhas sanitárias nos países latino-americanos. Havia entre o corpo de coordenadores da instituição a crença de que sua função era a de modernizar as práticas médicas latino-americanas, uma vez que estas deveriam ter, na Rockefeller, um modelo padrão a ser seguido. Os relatórios produzidos pelos sanitaristas da Fundação estavam marcados pelo etnocentrismo de superioridade dos modelos social e científico estadunidenses perante as realidades latino-americanas⁷⁷. Estas últimas eram caracterizadas como deficientes na formação e treinamento de médicos especialistas, carentes de fundamentos científicos

⁷¹ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz. Op. Cit., p. 7.

⁷² WILLIAMS, Steven C. Nationalism and Public Health: The vergence of the Rockefeller Foundation technique and Brazilian federal authority during the time of yellow fever. In: CUETO, Marcos (Org.), *Missionaries of science*, Op. Cit., pp. 23-51.

⁷³ Ibidem, p. 35.

⁷⁴ CUETO, Marcos, Op. Cit.

⁷⁵ FARIA, Lina Rodrigues de. Os Primeiros anos da Reforma Sanitária do Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller. Op. Cit.

⁷⁶ CUETO, Marcos. Op. Cit.

⁷⁷ Ibidem, p. 13.

modernos que dessem suporte às organizações de saúde pública e mantenedoras de frágeis e limitados programas sanitários⁷⁸. Desta forma, a Fundação Rockefeller se posicionava como uma grande “escola-modelo” na área de medicina e saneamento, buscando implantar seus métodos, com o objetivo de civilizar as práticas de saúde pública no Brasil.

Para a execução deste projeto, estava previsto nas linhas do programa, o auxílio da Fundação para o aprimoramento de institutos nacionais de pesquisa, para a organização de serviços locais de saúde, para o controle e investigação de doenças específicas e para a formação de médicos especialistas em saúde pública, através de treinamento com representantes da instituição e da concessão de bolsas de estudo em Universidades norte-americanas⁷⁹. Este último aspecto do programa tinha importância fundamental para os objetivos da Fundação, que, além de capacitar os médicos das comunidades locais de acordo com os padrões da prática e do ensino de medicina e saúde pública norte-americanos, objetivava utilizá-los estrategicamente nos cargos de comando nas campanhas por ela desenvolvidas.

“Em muitos países o sucesso do programa é largamente devido à disponibilidade de doutores, enfermeiros, engenheiros e estatísticos que têm sido treinados através de bolsas de estudos. O primeiro estágio, na maioria dos programas de assistência dos governos, é o de treinar pessoal para postos-chaves. No final de 1936 aproximadamente 181 bolsas de estudo terão sido concedidas ao longo de todo ano”⁸⁰.

Esta medida servia para diminuir, em parte, a resistência dos médicos locais e para dispensar a utilização de agentes europeus e norte-americanos em determinadas atividades no campo⁸¹. No ano de 1915, a Fundação manifestou interesse pelas condições sanitárias do Brasil e resolveu organizar uma comissão de pesquisa.

A Comissão Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller está interessada em enviar uma Comissão Especial para o Brasil, com o objetivo de estudar e relatar as condições médicas do País. Esses estudos poderão englobar os campos da educação médica, hospitais e dispensários, doenças endêmicas e progresso sanitário [...]; e darão a oportunidade de examinar a organização da saúde pública do País e as medidas que estão sendo adotadas para a proteção da vida e da saúde da população⁸².

Entre os importantes membros da organização, estava Wickliffe Rose, que dirigiu o IHB até 1918 e as atividades da Fundação no Brasil até 1930. Ao seu lado estava o Dr. Lewis

⁷⁸ MOREIRA, Marta Cristina Nunes. A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional da enfermagem no Brasil na primeira república. In: *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Vol V (3), Nov. 1998 – Fev. 1999. p. 625.

⁷⁹ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento – 137, Caixa – 03, Fundo Rockefeller. Op. Cit., pp. 01-02.

⁸⁰ Ibidem, p. 01.

⁸¹ Idem.

⁸² FARIA, Lina Rodrigues de . Os Primeiros Anos da Reforma Sanitária do Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller. Op. Cit., p. 115.

Wendell Hackett, coordenador do início das atividades no Rio de Janeiro e demais Estados do país⁸³. Ainda no ano de 1915, chegava no Brasil a primeira comissão da Rockefeller com o intuito de avaliar a situação sanitária e as condições para a sua instalação no combate às doenças infecciosas. O resultado destas primeiras avaliações caracterizaram a zona rural como uma região em condições de extrema deficiência na área de saúde pública e povoada por indivíduos que viviam num quadro de absoluta calamidade⁸⁴.

No início de suas ações no Brasil entre os anos de 1916 e 1920, a Fundação contou com muito pouca participação financeira dos governos estadual e federal em suas investidas sanitárias. A grande maioria dos custos mantenedores das campanhas e pesquisas foi assumida pela própria Rockefeller. O primeiro Estado a ser assistido pelos trabalhos da comissão foi o Rio de Janeiro em 1916⁸⁵. No ano seguinte, a Rockefeller consolidou sua atuação no Brasil ampliando os seus serviços de combate a ancilostomose nos Estados de Minas Gerais e São Paulo. Nesta fase, os governos estaduais atendidos pela Fundação responsabilizavam-se apenas pelos gastos administrativos referentes às despesas com pessoal e transporte⁸⁶.

O objetivo inicial de seus especialistas era a erradicação do ancilóstomo baseada em suas experiências anteriores (no Sul dos Estados Unidos e no Caribe). Entretanto, os membros da Fundação percebendo a incompatibilidade entre os procedimentos adotados em seu país e as realidades encontradas na América Latina, mudaram os rumos de suas campanhas em direção ao combate de doenças que demandassem menores gastos, tais como a malária e a febre amarela. A erradicação do flagelo amarílico passava,⁸⁷ então, a ser uma de suas metas prioritárias no Brasil. Em agosto de 1919, o Dr. Lewis W. Hackett escreveu para seu colega Wickliffe Rose sinalizando a disposição dos governos estadual e federal no Brasil em contribuir financeiramente com a Fundação. Nesta correspondência ele sugere que o combate à malária seria tão importante quanto o combate à ancilostomíase e que envolveria investimentos muito menores e serviços menos qualificados tecnicamente⁸⁸. No ano de 1936, o relatório das linhas do programa confirmava a diminuição drástica das ações contra o

⁸³ Ibidem.

⁸⁴ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Op. Cit., p. 68.

⁸⁵ Ibidem.

⁸⁶ Idem.

⁸⁷ LOWY, Ilana. Op. Cit., p. 649.

⁸⁸ Arquivo Rockefeller: banco de dados. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1995. (Série Estudos em Saúde coletiva nº114), p. 35.

ancilóstomo em benefício do incremento dos recursos para campanhas contra a malária e a febre amarela⁸⁹.

Nesses seus primeiros momentos de atuação sanitária no Brasil (1916–1920) a Rockefeller foi alvo de várias críticas formuladas pelos membros da comunidade médico-científica brasileira. Conhecida como movimento sanitarista, a geração de médicos brasileiros que atuou nas primeiras campanhas sanitárias capitaneadas por Oswaldo Cruz no início do século XX, promoveu fortes reações de cunho nacionalista às pretensões da Rockefeller de se instalar no país⁹⁰. Estes homens, além de conhecedores da realidade sanitária, eram severos críticos das ineficientes políticas de saúde praticadas pelo Estado brasileiro⁹¹. Representados por Carlos Chagas, Belisário Penna, Artur Neiva e Oswaldo Cruz, os “sanitaristas” viam a recente chegada da Rockefeller como um mecanismo de controle imperialista norte-americano sobre o Brasil⁹².

No período em que ainda estava concentrada no combate ao ancilóstomo, a Fundação sofreu críticas contundentes dos médicos locais, que não concordavam com os métodos aplicados pelos seus representantes em pacientes brasileiros⁹³. Os médicos da Rockefeller eram acusados de utilizarem os doentes nativos como cobaias para seus experimentos de campo sobre a doença.

Logo após a partida da 1ª Comissão Rockefeller enviada ao Brasil em 1915, o médico brasileiro Plácido Barbosa reiterava o discurso dos membros do movimento sanitarista. Plácido Barbosa, que havia trabalhado juntamente com Oswaldo Cruz na campanha anti-amarílica no Rio de Janeiro em 1904, suspeitava da presença desta organização no país interpretando-a como uma forma mais elaborada de dominação imperialista⁹⁴.

⁸⁹ Acervo da Casa de Oswaldo, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento – 137, Caixa – 03, Fundo Rockefeller. Op. Cit., p. 2.

⁹⁰ BENCHIMOL, Jaime Larry (Coord.). *Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro, Bio-Manguinhos/Editora Fiocruz, 2001, pp. 115-116.

⁹¹ Anos antes da chegada da 1ª Comissão Rockefeller no Brasil, o Instituto Oswaldo Cruz organizou uma expedição médico-científica em 1912 ao interior do país chefiada pelos médicos Belisário Penna e Artur Neiva. A expedição percorreu as regiões do norte da Bahia, do sudoeste de Pernambuco, do interior de Goiás, do sul do Pará e outras áreas distantes do Nordeste e do Centro-Oeste. O relatório conclusivo dos trabalhos de observação caracterizavam as populações das áreas visitadas como atrasadas, doentes, abandonadas, improdutivas, esgotadas por várias doenças endêmicas e sem nenhum sentimento cívico com relação ao Brasil. O objetivo desta empreitada era o de chamar a atenção das nossas elites dirigentes e intelectuais republicanas para o quadro de isolamento e precariedade sanitária no qual viviam os brasileiros dos Sertões. Para maior aprofundamento sobre a questão, VER: HOCHMAN, Gilberto. Logo ali, no final da avenida: Os sertões redefinidos pelo movimento sanitarista da Primeira República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Vol. V (Suplemento), julho 1998. pp. 217-235. 1998.

⁹² BENCHIMOL. Jaime Larry. Op. Cit., p.116.

⁹³ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Op. Cit., pp. 71-74.

⁹⁴ WILLIAMS, Steven C. In: Cueto, Marcos. Op. Cit., p. 27.

Em seu relatório datado de 25 de outubro de 1920 Wickliffe Rose, descrevendo os trabalhos realizados pela Missão Rockefeller no Brasil, se queixava da falta de colaboração dos profissionais brasileiros com os seus colegas de comissão. Segundo Rose, a falta de critérios normativos e universais na avaliação de desempenho das atividades e o excesso de conflitos pessoais chegavam, muitas vezes, a abalar a “lealdade institucional” dos pesquisadores⁹⁵.

Os debates sobre a presença da Rockefeller agitavam, naquele contexto específico, os meios científicos locais e as elites letradas urbanas do país. Nem todos, portanto, colaboravam com as posturas nacionalistas “anti-Rockefeller”. Em outubro de 1916, um articulista do jornal carioca “Correio da Manhã” ponderava sobre a citada intervenção imperialista argumentando que o nacionalismo poderia ser reforçado concomitantemente com a aceitação da colaboração externa e da solidariedade de “pessoas civilizadas”⁹⁶.

Entretanto, na medida em que os oficiais da Fundação manifestavam seus interesses e preocupações com a interiorização das ações sanitárias no Brasil – estratégia utilizada no sul dos Estados Unidos – os reclames nacionalistas da comunidade médica local diminuía gradativamente. No ano de 1925, a instrução do Diretor Geral dos Serviços da Fundação no Brasil, era a de converter o mais rápido possível os antigos postos sanitários anti-ancilostomose em unidades fixas municipais de saúde⁹⁷. Entre o final dos anos de 1910 e o início da década de 1920, após um período maior de contato com as realidades brasileiras, os oficiais da Rockefeller passaram a defender, constantemente, a ruralização dos serviços de saneamento como condição indispensável para o sucesso de sua empreitada sanitária no país. A atenção de seus membros com a saúde das populações rurais e a disposição declarada em colaborar com a organização dos postos rurais de atendimento, entravam em sintonia com o discurso dos principais representantes da corrente nacionalista dos sanitaristas brasileiros⁹⁸. Belisário Penna e Artur Neiva eram os grandes porta-vozes desta geração de médicos sanitaristas que tanto denunciou a inoperância e indiferença do Estado, na área da saúde pública, em relação às populações dos sertões. Ambos transformaram-se nos principais defensores da atuação governamental urgente sobre a questão que viesse a promover a efetiva interiorização das ações de saneamento.

⁹⁵ Arquivo Rockefeller: banco de dados. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1995. (Série Estudos em Saúde Coletiva nº 114), p.45.

⁹⁶ WILLIAMS, Steven C. Op. Cit.

⁹⁷ Acervo da Casa de Oswaldo, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento – 062, Caixa – 02, Fundo Rockefeller. p. 04.

⁹⁸ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Op. Cit., p. 74.

As práticas sanitárias desenvolvidas pelos missionários da Rockefeller passam a ser, então, reconhecidas como importantes instrumentos em favor do saneamento físico e moral das comunidades sertanejas⁹⁹. Em 1923, o diretor do Serviço Sanitário de São Paulo Geraldo de Paula Souza já destacava no 1º Congresso da Sociedade Brasileira de Higiene a importância da Fundação para a organização dos serviços de saúde em seu Estado¹⁰⁰. Esse foi o quadro dinâmico de tensões que se instalou no Brasil decorrentes da presença da Fundação Rockefeller entre os organismos nacionais de saúde pública. Estava em jogo, neste contexto, a disputa entre os representantes da Rockefeller e a comunidade médica local pelo controle sobre as políticas de saneamento, exatamente no momento em que a União dava nítidos sinais de intervencionismo na área da saúde pública¹⁰¹.

Para a erradicação da febre amarela no Brasil, a Fundação utilizou os mesmos métodos já aplicados em outros países latino-americanos, baseados na Teoria dos “focos-chave”¹⁰². Esta teoria, por sua vez, estava em total congruência com as descobertas do período com relação às formas de transmissão da febre amarela. Em fins do século XIX, o médico cubano Juan Carlos Finlay, com a ajuda de seus colegas norte-americanos, chegou à conclusão de que a febre amarela era transmitida para o homem através da picada do mosquito *Aedes Aegypti* contaminado¹⁰³. A teoria “havanesa” sobre a transmissão culicidiana¹⁰⁴, embora tivesse encontrado no início do século XX fortes resistências nos meios científicos, foi confirmando a sua pertinência à medida em que se afirmavam também os procedimentos da medicina laboratorial.

Respalhada pelas descobertas científicas da época, a teoria dos foco-chaves foi amplamente, difundida na América Latina pelos programas anti-amarílicos da Fundação Rockefeller. Inicialmente, as ações de combate no Brasil priorizavam os grandes centros urbanos compreendidos como núcleos que irradiavam a febre amarela para outras cidades maiores do país. No memorandum sobre os seus métodos de trabalho contra a febre amarela no Brasil, o médico norte-americano J. H. White explica:

⁹⁹ Ibidem.

¹⁰⁰ Idem.

¹⁰¹ Posteriormente, discutiremos as mudanças promovidas pelo Estado brasileiro na condução das políticas públicas de saúde durante a Primeira República. Os fatores e os aspectos da referida ampliação da atuação federal sobre questões de saúde serão expostos, assim como, os instrumentos político-institucionais que deram suporte a esta sua política de intervenção.

¹⁰² A teoria do foco-chave visava a erradicação da febre amarela por meio da diminuição da população de mosquitos em pontos estratégicos das grandes cidades, através da petrolagem das águas armazenadas e da colocação de peixes larvófagos nos grandes reservatórios de água citadinos. Para maior aprofundamento ver: BENCHIMOL, Jaime Larry. (Coord.). Op. Cit., pp.111-224.

¹⁰³ BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz/ Editora UFRJ, 1999.

“Nosso método de combate à febre amarela é muito simples. Nós escolhemos como nosso campo de operação apenas os grandes centros da população e não dispensamos atenção para as pequenas cidades. Exatamente apenas como o lago de uma montanha fornecerá água para manter muitas pequenas árvores ao longo das margens nas montanhas, as grandes cidades alimentam infecções nas pequenas cidades, e pari passu, assim como as pequenas árvores deixam de existir quando o lago seca, as pequenas cidades deixam de ter febre quando as grandes cidades estão completamente limpas”¹⁰⁵.

Nessas cidades, os oficiais da Fundação promoviam a “criação” de áreas para o zoneamento das ações anti-amarílicas. As casas das cidades eram contadas e divididas em unidades de 400 residências. Cada unidade deveria ser visitada pelo inspetor e seu assistente em um período máximo de 5 a 6 dias¹⁰⁶. Através das visitas ocorreria a petrolagem¹⁰⁷ das águas e a colocação dos peixes larvófagos nos reservatórios de armazenamento hídrico. Os prepostos da Rockefeller carregavam como equipamento para execução de suas operações os peixes em um recipiente com água, o óleo de querosene e uma bandeira do “quadro de saúde” a ser pendurada em cada casa, por eles, visitada¹⁰⁸.

As campanhas nos centros urbanos eram supervisionadas por revisores que fiscalizavam os serviços dos inspetores em cada 20 ou 30 unidades de trabalho. Em cidades grandes, a Fundação lançava mão do cargo de Inspetor Geral para chefiar as atividades dos revisores¹⁰⁹. A estrutura hierarquizada dos serviços e o caráter racionalizado das ações empreendidas pela Rockefeller estavam diretamente orientadas para a rápida erradicação dos focos de transmissão da doença com o menor custo possível¹¹⁰.

Entre os anos de 1916 e 1920, como já dito, apenas os Estados mais ricos da federação (São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais) foram atendidos pelos programas sanitários da Missão Rockefeller¹¹¹. Os governos dos Estados assistidos deveriam arcar com parte dos custos de manutenção dos programas. Como os Estados mais pobres não dispunham dos recursos necessários, ficaram, até o início de 1920, sem contar com a cooperação financeira e

¹⁰⁴ Refiro-me a forma de transmissão da doença através da picada do mosquito *Aedes Aegypti*.

¹⁰⁵ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento – 003, Caixa – 01, Fundo Rockefeller. p. 01.

¹⁰⁶ Ibidem.

¹⁰⁷ A petrolagem consistia na diluição de porções de querosene nos depósitos de armazenamento hídrico com o objetivo de exterminar o *Aedes Aegypti*, ainda em sua fase larvária. O método visava evitar a que os mosquitos se tornassem adultos e, em seu processo de reprodução, se multiplicassem através do depósito de outros ovos nas águas das cidades. VER: BENCHIMOL, Jaime Larry (Coord.) *Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Op. Cit., pp. 116-117.

¹⁰⁸ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento – 003, Caixa – 01, Fundo Rockefeller. Op. Cit., p. 02.

¹⁰⁹ Ibidem.

¹¹⁰ FARIA, Lina Rodrigues de. Os Primeiros Anos da Reforma Sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller. Op. Cit.

técnica da organização¹¹². Neste contexto, importantes unidades da federação como Bahia e Pernambuco só puderam ser efetivamente incluídos nas campanhas de saneamento da Rockefeller a partir de 1920. No decorrer dos anos de 1920, a União, através de uma política de crescente intervenção sobre os Estados na área de saúde, passou a liberar os recursos necessários exigidos pela Fundação para se instalar nessas localidades.

Após a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920, o crescimento da participação do Estado nas questões sanitárias ganhava forte respaldo jurídico-institucional e possibilitava a expansão das atividades de saneamento para outros Estados e demais áreas do interior do Brasil¹¹³. Desta forma, os anos da década de 1920 ficaram marcados pelo forte impulso de interiorização que receberam as ações de combate às endemias no Brasil. A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública garantiu para o governo federal o processo de centralização das políticas de saúde em torno de suas esferas de atuação e transformou-se em um marco para a expansão das campanhas sanitárias e das atividades da Rockefeller em direção ao interior¹¹⁴.

Em dezembro de 1923, após a instituição do regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública foram normatizados os acordos que a Fundação Rockefeller vinha estabelecendo com o Estado brasileiro desde 1916 e ficou acertado que a responsabilidade pela erradicação do *Aedes Aegypti* na costa brasileira ficaria a cargo da Comissão de Febre Amarela. Esta comissão seria composta por dois membros da Junta Sanitária Internacional e dois do Departamento Nacional de Saúde Pública¹¹⁵. No dia 13 de setembro de 1923, às vésperas da aprovação do regulamento, o governo brasileiro enviou uma carta para o diretor da Fundação Rockefeller no Brasil Dr. J.H. White, explicando os termos do acordo entre a União e a Rockefeller que criaria a Comissão de Febre Amarela. No documento é evidente a preocupação do governo com o controle das operações e com o papel do Estado, representado pelo Departamento Nacional de Saúde Pública.

[...] “De modo geral ficará assim formulado o acordo entre a Rockefeller Foundation e o Governo Brasileiro:

1) O serviço de profilaxia da febre amarela será realizado pelo Governo da União, por intermédio de uma comissão especial denominada ‘Comissão de Febre Amarela’ [...]

¹¹¹ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Op. Cit., p. 85.

¹¹² *Ibidem*, p. 77.

¹¹³ *Idem*, p. 85.

¹¹⁴ *Idem*, pp. 91-92.

¹¹⁵ BENCHIMOL, Jaime Larry (Coord.). *Febre Amarela: a doença e a Vacina, uma história inacabada*. Op. Cit., p. 119.

[...]”Está entendido que a obra desta Comissão será efetuada sobre a direção deste departamento Nacional de Saúde Pública com a cooperação financeira e técnica da Fundação Rockefeller”¹¹⁶.

A Comissão deveria ser presidida, inclusive, pelo Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde Pública. Entretanto, segundo Ilana Löwy,¹¹⁷ o controle das atividades de combate a febre ficava, na prática, a cargo do organismo norte-americano.

“Em 1923, um acordo entre o governo brasileiro e a junta sanitária internacional (International Health Board) deu a Fundação Rockefeller controle e total responsabilidade financeira pela luta contra a febre amarela no norte do Brasil.

[...]

Formalmente era responsabilidade conjunta da Fundação Rockefeller e do DNSP, cabendo a supervisão dos trabalhos a uma comissão da febre amarela composta por dois representantes da primeira e dois do DNSP, e chefiada por um membro deste. Na prática, porém, a Fundação Rockefeller controlava todas as operações de erradicação, o que às vezes ocasionava conflitos com os funcionários brasileiros”¹¹⁸.

A partir de então, a Rockefeller passou a firmar acordos diretos com os governos de Pernambuco, Bahia, Alagoas, Paraíba, Pará e Rio Grande do Norte e outros Estados do Norte assumindo o controle das operações anti-amarílicas¹¹⁹. Por outro lado, o aumento de recursos federais provenientes do Departamento Nacional de Saúde Pública e a compreensão do saneamento rural, por parte do Estado, como uma questão política urgente e prioritária, transformaram o governo de Artur Bernardes em um momento particular de crescimento das ações de combate à febre amarela no Brasil. De 1923 a 1929, “a Rockefeller colaborou com o DNSP na investigação e controle da febre amarela. Neste período os custos totais das campanhas ficaram sob responsabilidade da Rockefeller”¹²⁰.

Inicialmente, o combate ao *Aedes Aegypti* desenvolvido pela Fundação na década de 1920 apresentou resultados muito positivos e animadores para os representantes da Rockefeller¹²¹. A teoria do focos-chave mantinha-se como princípio norteador das campanhas e a prioridade ainda era o trabalho nas grandes cidades costeiras. No ano de 1924, nenhum caso de febre amarela foi registrado em Salvador. Uma situação como esta não se verificava na capital baiana há mais de cinquenta anos¹²². Como reflexo do aparente sucesso, já no ano de 1925 os postos instalados para combater a doença começaram a ser desativados e a expectativa de J. H. White (um dos diretores da Fundação no Brasil) era a de que a febre

¹¹⁶ Acervo da Casa de Oswaldo, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento – 036, Caixa – 01, Fundo Rockefeller, p. 01. Grifo meu.

¹¹⁷ LOWY, Ilana. Op. Cit., p. 650.

¹¹⁸ Ibidem, pp. 649-652.

¹¹⁹ BENCHIMOL, Jaime Larry. Op. Cit.

¹²⁰ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Op. Cit., p. 97.

¹²¹ BENCHIMOL, Jaime Larry. Op. Cit., p. 119.

¹²² Ibidem, p. 120.

amarela estaria brevemente erradicada do Brasil, possibilitando à Rockefeller concentrar seus esforços no continente africano¹²³.

O otimismo dos oficiais da Rockefeller não era, no entanto, compartilhado pelos médicos brasileiros co-responsáveis pelo trabalho anti-amarílico. Em Pernambuco e na Bahia os médicos denunciavam casos de febre amarela no interior destes Estados e colocavam em questão a eficácia da teoria dos focos-chave. Os médicos brasileiros rejeitavam este modelo de ação sanitária, pois acreditavam, com pertinência, na endemicidade da doença em áreas interioranas timidamente atingidas, até então, pela Rockefeller.

Em 1926 um episódio abalaria as convicções dos médicos norte-americanos. Os combates decorrentes da passagem da Coluna Prestes pelo interior do Brasil mudaram, temporariamente, o quadro de otimismo. No mês de setembro deste ano, tropas do governo recrutadas em São Paulo foram enviadas ao sertão do Nordeste para combater os rebeldes da Coluna. Os soldados governistas não imunes à doença, trouxeram vários casos de febre amarela para Salvador e, mais tarde, outras ocorrências da doença foram verificadas em Pernambuco e Sergipe¹²⁴. No entanto, este surto foi rapidamente controlado em meados do ano de 1927¹²⁵. Ao final deste ano, os diretores da Fundação consideravam que a doença já podia ser declarada como extinta do país. Nenhum caso, além dos verificados após o regresso das tropas federais dos combates com a Coluna Prestes, havia sido notificado em 1927 durante um período de 11 meses¹²⁶.

Segundo Ilana Lowy¹²⁷, 61 postos de combate ao *Aedes Aegypti* foram fechados no Brasil. O novo diretor dos serviços anti-amarílicos no Brasil, o Dr. Michael Connor, que havia substituído o J. H. White nesta função, após viagem em 1928 pelo Rio São Francisco, já acreditava no desaparecimento próximo da doença¹²⁸. Suas expectativas foram frustradas quando a partir de maio de 1928, novos casos de febre amarela surgiram no Estado do Rio de Janeiro e rapidamente transformaram-se numa grande epidemia. Além da Capital da República, outras 43 localidades do Estado acabaram sendo atingidas e mais de mil casos foram registrados ao longo do ano¹²⁹. Estima-se que mais de setecentas pessoas foram vitimadas entre 1928 e 1929, fato que repercutiu negativamente para a imagem do Brasil no

¹²³ Idem, pp. 119-121.

¹²⁴ FRANCO, Odair. *História da febre amarela no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, 1976. pp. 97-103.

¹²⁵ Ibidem, p. 105.

¹²⁶ LOWY, Ilana. Op. Cit., p. 656.

¹²⁷ Ibidem.

¹²⁸ BENCHIMOL, Jaime Larry. Op. Cit., p. 121.

¹²⁹ Ibidem, pp.121-122.

exterior¹³⁰. A Argentina e outras nações chegaram a anunciar, em 1928, a restrição das relações comerciais enquanto a epidemia estivesse sem controle¹³¹.

O estouro da epidemia logo transformou-se numa grave crise política. Severas críticas foram direcionadas ao Governo de Washington Luis, à ineficácia dos métodos da Fundação Rockefeller e ao diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, o médico baiano Clementino Fraga¹³². Acentuaram-se reclames de cunho nacionalista contra a presença da Rockefeller e freqüentes comparações feitas entre o sucesso de Oswaldo Cruz como saneador da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX e a gestão “ineficiente” de Clementino Fraga junto ao Departamento Nacional de Saúde Pública¹³³.

Em agosto de 1928, Clementino Fraga reconhecia a possibilidade de existência da febre amarela em diversos outros Estados e advogava a favor do reconhecimento da situação como uma questão pública nacional¹³⁴. De acordo com o diretor, a gravidade da situação exigia um esforço das atividades federais e estaduais no sentido de combater amplamente o mal amarílico e demandava, também, o apoio da imprensa para propagandar medidas profiláticas entre a população¹³⁵. Em seu discurso percebe-se um tom de crítica ao modelo de combate até então vigente ao afirmar que “há urgência de ação, e que todo o território brasileiro, susceptível de ser infestado pela febre amarela deverá ser considerado como um problema único e tratado simultaneamente em todos os pontos”¹³⁶.

Pressionado pela imprensa, por políticos de oposição, pela opinião pública do Distrito Federal e pelo diretor da Fundação Rockefeller no Brasil, Clementino empreendeu uma cruzada no sentido de sufocar o surto epidêmico no Estado do Rio de Janeiro. O diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública mobilizou mais de dez mil homens e a nova empreitada chegou a contar com o apoio de vários setores da sociedade civil fluminense¹³⁷.

O surto amarílico de 1928-1929 fez cair por terra, de vez, a infalibilidade da teoria do focos-chave e redimensionou o formato das futuras ações da Rockefeller no Brasil. Apesar da desmoralização dos seus métodos de combate ao *Aedes Aegypti*, a organização, após 1929, fortaleceu, em muito, a sua posição no país. A ausência de índices culicidianos consideráveis

¹³⁰ FRAGA, Clementino. *A febre amarela no Brasil: notas e documentos de uma grande campanha sanitária*. Rio de Janeiro, Oficina Gráfica da Inspeção de Demografia Sanitária. Apud: LOWY, Ilana. Op. Cit.

¹³¹ BENCHIMOL, Jaime Larry. Op. Cit.

¹³² Ibidem.

¹³³ Idem.

¹³⁴ Acervo da Casa de Oswaldo, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento – 082, Caixa – 03, Fundo Rockefeller.

¹³⁵ Ibidem.

¹³⁶ Idem. Grifo meu.

¹³⁷ BENCHIMOL, Jaime Larry. Op. Cit.

nas grandes cidades da costa nordestina contrastava com o episódio do Rio de Janeiro. Além disto, seu modelo organizacional não foi colocado ostensivamente em questão pelos seus críticos¹³⁸.

Em janeiro de 1929, um novo acordo foi assinado entre a divisão sanitária internacional e o governo brasileiro. De acordo com o contrato, o Brasil ficaria dividido em duas áreas, para efeito de combate à febre amarela. Sob a responsabilidade da Fundação Rockefeller ficava a região norte que correspondia às áreas entre o Estado da Bahia e o Amazonas. Ainda sob a liderança de Clementino Fraga, o Departamento Nacional de Saúde Pública se encarregaria da região sul, compreendendo o Distrito Federal, o Espírito Santo e o Estado de São Paulo¹³⁹. Mais tarde, o novo contrato foi revisto e, entre os anos de 1929 e 1930, os oficiais da Rockefeller conseguiram barganhar para a nova campanha, de acordo com o novo formato de atuação, a transferência de parte significativa dos recursos para a responsabilidade do governo federal¹⁴⁰.

A revisão relacionava-se à grandiosidade dos esforços que o trabalho eficaz de erradicação do *Aedes Aegypti* demandava e aos prejuízos políticos e financeiros que a epidemia de 1928 havia trazido para o país. Através da revisão, os diretores norte-americanos da Fundação ganharam total liberdade para gerenciar e coordenar as ações operacionais do Serviço de Febre Amarela no Brasil. “Após o acordo de 1930 entre o governo brasileiro e a Fundação Rockefeller, os funcionários desta assumiram os cargos de direção de uma agência governamental que era custeada, principalmente, pelos contribuintes do Brasil, mas que não devia satisfações a nenhuma instituição do país”¹⁴¹.

A revisão do contrato em 1930 foi acompanhada pela substituição do Dr. Michael Connor pelo seu colega norte-americano Fred L. Soper, na direção do escritório da Rockefeller no Brasil em 1º de junho do mesmo ano¹⁴². Fred Soper ao assumir ao cargo de chefe regional da Fundação, iniciou a instalação de um novo modelo operacional para os trabalhos sanitários desenvolvidos pela Rockefeller. Através do Serviço de Febre Amarela, Soper ampliou significativamente os mecanismos de controle da instituição sobre as atividades anti-amarílicas, orientando práticas de mapeamento da extensão e endemicidade da febre em áreas do interior do país. Fotografias, representações cartográficas detalhadas das

¹³⁸ LOWY, Ilana. Op. Cit., p. 657.

¹³⁹ BENCHIMOL, Jaime Larry. Op. Cit., p. 125.

¹⁴⁰ Segundo Ilana Lowy, a partir de 1930, oitenta por cento dos custos para a nova campanha anti-amarílica ficaram sob a responsabilidade do governo brasileiro. VER: LOWY, Ilana. Op. Cit., p. 657.

¹⁴¹ Ibidem.

¹⁴² Fred L. Soper era também o diretor do Serviço de Febre Amarela da Divisão Internacional de Saúde na América do Sul. VER: BENCHIMOL, Jaime Larry. Op. Cit., p. 125.

regiões onde casos de febre fossem notificados, relatórios sobre o estilo de vida das populações interioranas e a associação destes às características naturais e ecológicas dos lugares, passaram a ser incorporados nas ações cotidianas dos agentes e prepostos da Fundação. O objetivo era obter, com a maior precisão possível, os limites de ocorrência dos focos de febre e atacá-los visando à sua erradicação nas zonas rurais¹⁴³.

De acordo com a reestruturação feita por Soper, também estava prevista a organização de censos populacionais nas regiões afetadas. As mudanças se traduziam num aumento substancial da hierarquização dos órgãos do serviço de febre amarela e no reforço da estrutura primordial do quadro de funcionários da instituição que visava, na prática, à fiscalização constante destes trabalhadores e a eficácia das ações sanitárias. Para o controle da população rural de mosquitos¹⁴⁴, os métodos de combate eram os mesmos adotados ao longo dos “anos 1920” nas grandes cidades. Entretanto, as estratégias de ação traziam, de novo, uma tendência à responsabilizar as populações nativas pela manutenção dos avanços e resultados obtidos. Para Ilana Lowy, a partir da gestão de Fred L. Soper:

[...] “A campanha da erradicação do *Aedes Egypt* estava, portanto, assentada em cuidadosa divisão de trabalho e num bem organizado sistema de supervisão da população local pelo Serviço de Febre Amarela, e dos empregados deste serviço por seus superiores hierárquicos” [...] [...] “Podemos encarar a organização deste serviço na década de 1930 como uma versão sertaneja do Taylorismo”¹⁴⁵. [...]

As mudanças introduzidas pelo novo modelo de gestão foram favorecidas decisivamente por dois elementos da conjuntura dos “anos de 1930”. Duas novas técnicas laboratoriais passaram a ser incorporadas aos mecanismos de diagnóstico da doença. A viscerotomia¹⁴⁶ e a utilização de camundongos em testes de proteção aumentaram a visibilidade da doença e a precisão na identificação de seus sintomas.

O outro fator emergente e centralizador da facilitação executada por Soper na conjuntura da década de 1930, foi a ascensão e a consolidação do varguismo após o golpe de outubro de 1930. O centralismo político institucional inaugurado neste período, caracterizado pelo populismo e pelo autoritarismo, criou um terreno propício para a ação controladora do

¹⁴³ Ibidem , pp. 127-129.

¹⁴⁴ LOWY, Ilana. Op. Cit., pp. 659-663.

¹⁴⁵ Ibidem.

¹⁴⁶ Técnica difundida no Brasil a partir de agosto de 1930, que consistia na introdução de um aparelho com uma lâmina cortante e pontiaguda na região do fígado do falecido – possivelmente um amarelento – que permitia, mais tarde, a realização de um exame histológico. Muitas vezes os sintomas da malária se confundiam com o quadro clínico de um doente de febre amarela. Este procedimento permitia a realização de um diagnóstico preciso e inquestionável para a época. Para maiores aprofundamentos, VER: BENCHIMOL, Jaime Larry. Op. Cit., pp. 136-143.

Estado sobre a área de Saúde Pública. O caráter interventor do Estado Varguista entrava em sintonia com os rumos adotados pela Fundação durante a “Era Fred Soper”¹⁴⁷.

O governo de Getúlio Vargas, em seu ímpeto modernizador do país, manteve a política de incentivos à erradicação da febre amarela, isentando os impostos sobre os direitos e as taxas referentes ao material importado pela Rockefeller para o combate à doença, através do decreto-lei nº 19.541 de 29 de dezembro de 1930¹⁴⁸. A isenção relacionava-se ao reconhecimento de Getúlio Vargas sobre a importância de ações filantrópicas de Fundação no país. A historiadora Lina Rodrigues de Faria transcreveu o trecho do documento publicado no Diário oficial da República, de 4 de janeiro de 1931, no qual Vargas reconhece o auxílio prestado pela Rockefeller ao Brasil na erradicação e controle de doenças.

“Considerando os extraordinários benefícios que há quinze anos a Fundação Rockefeller vem prestando à causa da Saúde Pública no Brasil, cooperando com as administrações do país já no estabelecimento de postos provisórios e permanentes de higiene municipal, já na criação de um instituto de higiene e de uma Escola de Enfermeiras, já no aperfeiçoamento técnico de numerosos médicos e enfermeiros brasileiros, já na luta contra a febre amarela nos estados do Norte; considerando que a referida Fundação acaba de atender ao apelo a ela endereçado pelo Governo Provisório a fim de cooperar na luta contra a febre amarela no Sul do país, evitando, assim, vultosos dispêndios ao erário público federal e estadual; considerando não ser razoável cobrarem as nossas alfândegas quaisquer direitos ou taxas pelo material emprestado para esta instituição”¹⁴⁹. [...]

Apesar dos incentivos de Vargas, da disposição de Fred Soper em erradicar a doença do Brasil e o contexto político favorável, as medidas anti-*Aedes Aegypti* praticadas nas zonas rurais apresentavam sérios problemas administrativos. Os custos *per capita* para a organização de medidas anti-amarílicas eram muito altos e faziam com que a Fundação adotasse como estratégia a instalação de medidas permanentes nas regiões apenas em curtos ciclos de inspeção. Os censos populacionais das áreas assistidas eram mal feitos e apresentavam resultados imprecisos e incertos¹⁵⁰.

Os responsáveis pelo controle das ações dos prepostos da Fundação nas zonas rurais, eram os inspetores distritais. Determinadas localidades eram tão isoladas e distantes que impossibilitavam qualquer ação fiscalizadoras por parte dos inspetores e dos quadros administrativos do serviço contra a febre amarela. A execução eficaz de fiscalização prevista sobre os trabalhos anti-amarílicos nestas áreas, transformaria a campanha em uma atividade onerosa e, portanto, dispensável¹⁵¹.

¹⁴⁷ LOWY, Ilana. Op. Cit., pp. 659.

¹⁴⁸ FÁRIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Op. Cit., p.98. Grifo meu.

¹⁴⁹ Diário Oficial da República de 4 de janeiro de 1931. Apud: FÁRIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Ibidem.

¹⁵⁰ Acervo do Departamento de Documentação e Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz, Documento - 078, Caixa - 02, Fundo Rockefeller.

¹⁵¹ Ibidem.

Em 1932, os especialistas da Rockefeller identificaram, no Espírito Santo, a ocorrência de casos de febre amarela em áreas onde não foram encontrados indícios da presença do *Aedes Aegypti*. A partir de então, a teoria de Carlos Finlay, que defendia a exclusividade dos mosquitos como vetor da doença e dos seres humanos como únicos hospedeiros, começava a ser questionada pelos médicos da Fundação. No entanto, a identificação destes casos, no Vale do Canaã, área considerada livre do *Aedes Aegypti*, só pôde acontecer na medida em que as análises histológicas dos falecidos confirmavam a doença¹⁵². Os diretores da Rockefeller chegavam à conclusão de que a febre amarela não era uma doença exclusivamente de origem urbana e de que a forma silvestre era, sim, a sua modalidade mais comum de manifestação. Desta forma, em meados da década de 1930, outros insetos e animais selvagens passaram a ser considerados como possíveis vetores da doença e a possibilidade de erradicá-la foi abandonada pelos diretores da Instituição¹⁵³. O objetivo de suas campanhas foi então, redefinido para o controle do vírus da febre amarela, em regiões onde esta fosse endêmica, através de vacinação¹⁵⁴.

Segundo Lina Rodrigues de Faria, ao longo da segunda metade dos anos 1930 e dos anos de 1940, verifica-se a tendência das atividades da Rockefeller a um caráter mais administrativo, lento e bem diferente do “campanhismo” predominantemente “nos anos de 1920”. O objetivo já não era mais a erradicação das grandes endemias tão defendida pelos sanitaristas brasileiros dos “anos de 1910”¹⁵⁵. Com o final dos “anos de 1930”, a Fundação passaria a se concentrar nas atividades de ensino médico, de pesquisa sobre a doença e preparação de vacinas através do Instituto de Manguinhos no Rio de Janeiro¹⁵⁶.

Em novembro de 1938, Fred Soper fora comunicado pelo colega Dr. Sower que o antigo ministro da saúde Gustavo Capanema, solicitara a Fundação a continuidade das operações contra a febre amarela e os trabalhos de viscerotomia no Brasil até, pelo menos, o final de 1939¹⁵⁷. Soper, por sua vez, acreditava ser possível a manutenção da cooperação do Instituto Rockefeller apenas até o primeiro semestre de 1939¹⁵⁸.

Confirmando a tendência da Rockefeller nos “anos de 1930” de entregar nas mãos do Estado a responsabilidade pelo combate às endemias, em janeiro de 1940 os trabalhos de combate ao flagelo amarílico passaram a ser dirigidos diretamente pelo Governo Federal

¹⁵² LÖWY, Ilana. Op. Cit., p. 664.

¹⁵³ Ibidem. p. 669.

¹⁵⁴ Idem.

¹⁵⁵ FARIA, Lina Rodrigues de e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Op. Cit., pp. 98-99.

¹⁵⁶ Ibidem.

¹⁵⁷ Acervo do Departamento de Documentação e Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz, Documento - 154, Caixa - 04. Fundo Rockefeller.

através do Serviço Nacional da Febre Amarela, vinculado diretamente ao Ministério da Saúde¹⁵⁹.

A partir de então, a Fundação consolidava a sua atuação, referente a doença, apenas na produção de vacinas e de estudos epidemiológicos. O Governo Federal, por sua vez, assumia o controle das ações de combate à proliferação dos mosquitos e de vacinação da população¹⁶⁰.

1.3. O SANITARISMO BRASILEIRO DA PRIMEIRA REPÚBLICA

A chegada das primeiras missões médico-sanitárias da Rockefeller ao Brasil em meados da década “de 1910”, coincidiu com o momento em que o governo republicano, passando por um processo interno de consolidação, de legitimação de poder e de ampliação de seus mecanismos jurídico-institucionais de intervenção sobre os Estados na área de saúde pública, transformava a questão do saneamento em meta urgente e prioritária a ser atingida. Um dos seus principais objetivos era minimização dos impactos sócio-econômicos que as enfermidades infecto-contagiosas causavam ao país desde os tempos do Império.

Neste sentido, a Fundação Rockefeller não atuou como personagem único no cenário dos primeiros tempos republicanos. Contextualizar as lutas sanitárias verificadas na República Velha em prol do projeto higienista e de modernização do Brasil, é fundamental para localizar e analisar a atuação da Rockefeller no complexo de relações aqui estabelecidas, decorrentes das políticas de saúde pública adotadas pelo Estado no período.

Desde os tempos do Império o quadro sanitário do Brasil era extremamente negativo para a maioria da sociedade. Reproduzindo as características de sua gênese colonial, a sociedade brasileira do século XIX se encontrava estruturada sob os pilares da desigualdade, situação que muito contribuía para a prevalência de várias doenças e ocorrência freqüente de surtos epidêmicos¹⁶¹. Por sua vez, o Estado, de forma centralizadora e apoiado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia aplicava, precariamente, as orientações da medicina francesa fundamentada nos princípios de salubridade e da higiene pública¹⁶². A tônica desta medicina, gestada na França do século XVIII, e predominante em boa parte do mundo ocidental durante o século XIX, era o exercício do controle social por parte do Estado através de mecanismos e

¹⁵⁸ Ibidem.

¹⁵⁹ FARIA, Lina Rodrigues de e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Op. Cit.

¹⁶⁰ Ibidem.

¹⁶¹ COSTA, Ediná Alves e ROZENFELD, Suely. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, Suely (Org.) *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2000, p. 24.

¹⁶² Ibidem, p. 21.

elementos de intervenção sobre o espaço urbano, com o objetivo de garantir a salubridade e a medicalização das cidades.

A ordenação do espaço era fundamental para evitar o acúmulo de material infeccioso e controlar a circulação do ar e dos elementos indispensáveis à vida das cidades. A ênfase não estava sobre os corpos e os homens, e sim sobre as questões ambientais e sobre condições de vida e de organização do meio físico¹⁶³. Entretanto, na prática, as ações de saúde configuradas ao longo do século XIX, estavam voltadas para os “episódios” de doenças em caráter epidêmico e marcadas pela negligência com relação à promoção da saúde coletiva e à adoção de medidas preventivas¹⁶⁴.

A virulência da epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro entre os anos de 1849 e 1850 exemplifica o caráter de fragilidade dos sistemas de saúde e de vigilância sanitária do Império. Indiscriminadamente, o surto da febre chegou a atingir 1/3 da população do Rio de Janeiro e vitimou mais de quatro mil pessoas¹⁶⁵. Muitos setores das elites fluminenses que habitavam as áreas centrais da cidade sofreram com casos da doença. Diferentemente do que ocorrera em epidemias anteriores no Rio de Janeiro, a febre amarela de 1849-1850 havia ampliado o seu alcance social em direção aos setores mais abastados, colocando em questão o suposto caráter de salubridade das áreas nobres da cidade. Apesar de suas primeiras ocorrências datarem de dezembro de 1849, o governo Imperial só adotou medidas referentes ao seu reconhecimento em fevereiro de 1850¹⁶⁶. Em caráter emergencial, uma Comissão Central de Saúde Pública foi nomeada para deliberar as medidas a serem adotadas com relação à higiene pública e ao controle da doença.

Segundo Cláudia Rodrigues, somente “em 4 de março, foi baixado o regulamento sanitário, que se constituiu em um plano detalhado de combate à epidemia através do estabelecimento de medidas rígidas de controle sobre os indivíduos e a vida na cidade”¹⁶⁷. A situação descrita revela a inexistência de uma política de prevenção às enfermidades por parte da Monarquia e o sentido circunstancial e elitista das intervenções do Estado sobre a questão da saúde pública. É importante observar que as medidas de regulamentação sanitária adotadas restringiam-se apenas à cidade do Rio de Janeiro, não sendo extensivas às cidades de outras províncias.

¹⁶³ FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979, pp. 90-93.

¹⁶⁴ COSTA, Ediná Alves e ROZENFELD, Suely. Op. Cit., p. 24.

¹⁶⁵ RODRIGUES, Cláudia. A cidade e a morte: a febre amarela e seu impacto sobre os costumes fúnebres no Rio de Janeiro (1849-1850). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Vol. VI (1), Mar-Jun. 1999, pp. 53-80.

¹⁶⁶ *Ibidem*, p.60.

¹⁶⁷ *Idem*.

Nas outras regiões do Império, a organização dos serviços de saúde funcionava de forma bastante precária e as responsabilidades das autoridades locais estavam voltadas para a higienização dos espaços urbanos através do combate à sujeira e à imundice das ruas nas cidades¹⁶⁸. As populações pobres e indigentes ficavam dependentes das iniciativas filantrópicas de particulares com destacada posição na sociedade e de instituições beneficentes de caráter religioso como a Santa Casa de Misericórdia. Os outros segmentos da população se utilizam dos serviços dos médicos, existentes nas localidades, ou de curandeiros, parteiras, sangradores e curiosos¹⁶⁹.

As províncias, convivendo com a falta de políticas governamentais de auxílio financeiro, não dispunham de recursos que viabilizassem a estruturação de um sistema de saneamento eficaz. Sem condições, sequer, para executar, com eficiência, a limpeza das cidades, os governos provinciais expunham as populações mais pobres à amargas condições de insalubridade e carência de serviços de saúde.

Na segunda metade do século XIX, apesar da Reforma dos Serviços Sanitários do Império e da instituição de um Conselho Superior de Saúde Pública para normatizar as questões de salubridade e higiene, o funcionamento dos organismos sanitários no país era caracterizado pela precariedade e ineficiência destas instituições¹⁷⁰. Na interpretação de Nilson do Rosário Costa esta “era a organização de serviços que correspondia a uma sociedade escravista pouco preocupada com os problemas sanitários da força de trabalho e com as exigências do comércio internacional”¹⁷¹.

O final do século XIX no Brasil ficou marcado pela queda do regime monárquico, pelo incremento das atividades industriais¹⁷², pela expansão do comércio internacional e, principalmente, pela ampliação da produção cafeeira. A abolição da escravidão intensificava o fluxo imigratório de europeus para o mercado de trabalho, em expansão, graças ao contexto de crescimento econômico¹⁷³. Neste período, a consolidação da economia de exportação do café aumentava a demanda pela ampliação e diversificação de outros setores que davam suporte ao processo de acumulação no complexo cafeeiro. Nas regiões cafeeiras do centro-sul do Brasil, verificava-se o aumento do comércio local, do setor de serviços, da

¹⁶⁸ COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde pública no Brasil*. Petrópolis: Vozes, Abrasco, 1985. p. 34.

¹⁶⁹ SINGER, Paul et alii. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro, 1978, cap.2. Apud: COSTA, Nilson do Rosário. *Ibidem*.

¹⁷⁰ COSTA, Nilson do Rosário. *Op. Cit.*, p.34.

¹⁷¹ *Ibidem*.

¹⁷² Segundo Costa e Rozenfeld, no final da Monarquia o Brasil já registrava um número aproximado de seiscentos estabelecimentos industriais. VER: COSTA, Ediná Alves e ROZENFELD, Suely. *Op. Cit.*

¹⁷³ *Ibidem*, p.25.

malha ferroviária e do setor financeiro criando, então, condições para a constituição de núcleos urbanos e para o desenvolvimento fabril¹⁷⁴. Este cenário fez emergir novas necessidades econômicas relacionadas a garantia de condições sanitárias que assegurassem o bom desempenho das exportações e chegada constante de imigrantes para as atividades da lavoura e da indústria.

De acordo com Nilson do Rosário Costa “cresceu também na consciência das classes dirigentes a preocupação com as condições gerais de funcionamento da cidade e com o padrão sanitário das populações envolvidas direta ou indiretamente na produção cafeeira”¹⁷⁵. Portanto, em fins do século XIX a emergência do regime republicano trazia consigo, através de seus representantes e ideólogos, a necessidade política de empreender reformas estruturais urbanas e sanitárias que nos equiparassem às nações civilizadas européias e norte-americanas. Os ideais de reordenação dos espaços urbanos, de modernização, de civilidade, de disciplinarização dos costumes e de combate às epidemias eram respaldados cientificamente pelo desenvolvimento da medicina experimental e pelos discursos higienistas, remanescentes ainda do século XIX, que colocavam a questão da saúde pública em situação de prioridade¹⁷⁶.

Entre as elites republicanas recém-chegadas ao poder, havia um forte sentimento de que os novos tempos representavam o momento de superação da herança deixada pelo Império. Desta forma, o federalismo republicano e o autonomismo local eram entendidos, por alguns setores dirigentes, como elementos propulsores fundamentais para a execução das reformas urbanas e do projeto higienista que o centralismo inoperante do império não havia conseguido colocar em prática¹⁷⁷. Acentuando estas convicções, a hegemonia de burguesia cafeeira no plano político interno e as suas vinculações com o cenário econômico internacional, consolidavam a inserção do quadro agro-exportador brasileiro na dinâmica do capitalismo mundial, tornando ainda mais urgente o nosso enquadramento sanitário de acordo os padrões dos países modernos e civilizados.

A instalação do novo regime marcou, também, o início da montagem dos órgãos estaduais para a administração da saúde pública. Também passaram a ser constituídos nas várias unidades da Federação, serviços para as ações de vigilância sanitária¹⁷⁸. No entanto, os efeitos negativos das condições sanitárias, representavam um grave problema. Este foi capaz

¹⁷⁴ COSTA, Nilson do Rosário. Op. Cit., p. 38-39.

¹⁷⁵ Ibidem.

¹⁷⁶ PEREIRA, Jaqueline de Andrade. *Práticas mágicas e cura popular na Bahia (1890-1940)*. Salvador: UFBA, (Dissertação de mestrado em História), 1998. VER: Especificamente o primeiro capítulo do trabalho.

¹⁷⁷ Ibidem, pp. 10-11.

¹⁷⁸ COSTA, Ediná Alves. *Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde*. São Paulo: HUCITEC/Sociedade Brasileira de Vigilância e Medicamentos, 1999, p. 144.

de edificar entre as autoridades da época uma consciência de interdependência social acerca da urgência pela adoção de medidas políticas-institucionais, de abrangência nacional, que viessem a alterar este quadro de precariedade¹⁷⁹. A transmissibilidade e o caráter contagioso das várias doenças endêmicas faziam emergir a demanda por um poder capaz de atuar em todo o território, sobre todos os indivíduos, limitando as liberdades individuais e o autonomismo político do nosso federalismo nascente. Tornava-se necessária a criação de mecanismos de intervenção social que se sobrepusessem ao caráter de inviolabilidade das propriedades privadas e dos domicílios¹⁸⁰.

Neste contexto, à medida que o modelo republicano ia se afirmando, aumentava gradativamente a interferência do Estado sobre a questão da saúde pública¹⁸¹. As elites políticas e as classes dominantes do período cristalizavam, entre si, a idéia de que haviam perdido a sua imunidade sócio-econômica, diante das circunstâncias de insalubridade que exigiam soluções para toda a comunidade nacional¹⁸². Desta forma, o processo de consolidação da República estava associado à urgente necessidade pela redefinição da imagem do Brasil no cenário externo, partindo de um projeto de modernização em escala nacional¹⁸³. Para Luís Antônio de Castro Santos, o sanitarismo dos dois últimos decênios da Primeira República foi um dos mais importantes fatores para a construção de uma ideologia de nacionalidade e de urgência pela configuração de um Estado-Nação no país¹⁸⁴. As autoridades foram obrigadas a ampliar o papel do governo federal perante às questões sanitárias em benefício da expansão econômica, da atração de capitais e imigrantes¹⁸⁵ e da manutenção de sua situação de imunidade sócio-econômica¹⁸⁶.

Alimentada pelos interesses de ordem sócio-econômica, a disposição política do novo regime de promover programas de saneamento, contou com um poderoso aliado emergente dos meios acadêmicos e de produção médico científica da época: a medicina laboratorial. Na transição do século XIX para o século XX, a afirmação da biomedicina resultou num rápido processo de valorização do saber médico e na expansão da ciência experimental,

¹⁷⁹ HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: HUCITEC/ANPOCS, 1998, p. 48.

¹⁸⁰ *Ibidem*.

¹⁸¹ COSTA, Ediná Alves. *Op. Cit.*

¹⁸² HOCHMAN, Gilberto. *Op. Cit.*, p. 51.

¹⁸³ COSTA, Ediná Alves. *Op. Cit.*, p. 115.

¹⁸⁴ SANTOS, Luiz Antonio de. O Pensamento Sanitarista na Primeira república: uma ideologia de construção da nacionalidade. São Paulo. In: *Dados (Revista de Ciências Sociais)*, Vol. 28 (2): 193-210 (1985).

¹⁸⁵ COSTA, Ediná Alves. *Op. Cit.*, p. 115.

¹⁸⁶ HOCHMAN, Gilberto. *Op. Cit.*

possibilitando a ampliação do campo de aceitação das teorias bacteriológicas perante as teorias miasmáticas.

Verificava-se no Brasil a consolidação dos institutos de pesquisa médica impulsionados pelo cenário internacional de incremento da produção de conhecimento científico e pela conjuntura de expansão econômica. Estes conhecimentos e suas respectivas afirmações perante a comunidade médica nacional, foram peças fundamentais para a instrumentalização do Estado republicano em relação aos novos modelos de práticas sanitárias a serem implantados em suas políticas públicas, para a área de saúde¹⁸⁷. Na análise de Nilson do Rosário Costa:

“A prática sanitária orientada pelo modelo elaborado em fins do século XIX obteria ainda assim ampla legitimidade no interior do aparelho estatal, pelas quedas reais a partir de 1903 nos índices de mortalidade geral e na mortalidade vinculada a algumas doenças transmissíveis. Em 1908, foi o Instituto de Patologia Experimental de Manguinhos denominado de Instituto Oswaldo Cruz”¹⁸⁸.

Partindo desta perspectiva, faz-se necessário identificar os momentos diferenciados que compõem o movimento sanitário na Primeira República. Este processo pode ser dividido em duas grandes fases de características distintas. A primeira, compreende os anos da década inicial do século XX, fortemente marcada pelo direcionamento das políticas de saúde para o saneamento urbano. A segunda, corresponde às décadas de 1910 e 1920. Neste período, a ênfase das ações sanitárias foi dada para as zonas rurais e interioranas, principalmente, após a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública¹⁸⁹.

Associados ao crescente impulso de urbanização, ao desenvolvimento industrial, ao processo de formação de setores operários e à conseqüente configuração de favelas e cortiços, as políticas sanitárias praticadas entre 1903 e 1909 priorizaram as ações de saneamento sobre as grandes cidades do centro-sul e atuaram nestas áreas como fortes coadjuvantes na execução das reformas de remodelação urbana¹⁹⁰. Doenças de massa e surtos epidêmicos urbanos de varíola e febre amarela receberam prioridade por parte dos organismos federais de saúde que se encontravam neste período sob o comando geral de Oswaldo Cruz¹⁹¹. Entretanto, o alcance destas intervenções sanitárias limitava-se basicamente ao Distrito Federal, aos portos e a cidade de São Paulo.

¹⁸⁷ COSTA, Ediná Alves. Op. Cit., p.114.

¹⁸⁸ COSTA, Nilson do Rosário. Op. Cit., p. 70. Grifo meu.

¹⁸⁹ HOCHMAN, Gilberto. Op. Cit., pp. 60-79.

¹⁹⁰ LUZ, Madel Therezinha. Saúde e Instituições Médicas no Brasil. In: GUIMARÃES, Reinaldo (org.). *Saúde e Medicina no Brasil: Contribuição para um debate*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984, p. 158.

¹⁹¹ Oswaldo Cruz foi chefe da Diretoria Geral de Saúde Pública no Brasil entre os anos de 1903 e 1908. Ao longo deste período, adquiriu a fama de conhecedor profundo das questões de saúde e de grande saneador

Diferentemente do que ocorria com outros centros urbanos, a cidade de São Paulo havia adquirido uma certa autonomia e independência com relação aos serviços federais de saúde. A ligação da burguesia cafeeira com o capital externo através das atividades de exportação, colocava o Estado na condição de grande pólo econômico do país. Esta situação possibilitou que o próprio governo estadual, ainda antes das ações da União, implementasse serviços de saneamento no porto de Santos e na capital paulista¹⁹².

Em São Paulo e no Distrito Federal, principalmente, a execução dos programas de saúde se inter-relacionavam com o quadro de obras de reordenação urbana. Estas representavam, nitidamente, as preocupações dos grupos dominantes com a disciplinarização dos hábitos das classes operárias e subalternas¹⁹³. Os discursos higienistas do século XIX haviam deixado marcas no imaginário das elites republicanas no que diz respeito à associação diretamente estabelecida, entre a pobreza, insalubridade e ociosidade. Os pobres e suas moradias insalubres eram vistos como elementos degeneradores da saúde social pois delas se irradiavam as doenças e os vícios¹⁹⁴. Nos locais onde predominavam as habitações populares, as vilas e ruas eram descritas pelos setores abastados e intelectualizados como locais fétidos, sujos, povoados por crianças maltrapilhas abandonadas, lixo e por pessoas que urinavam nos muros das vias públicas. Eram, portanto, espaços propícios à degeneração moral e à proliferação de germes e de doenças contagiosas.

No início do século XX, mesmo com o desgaste do “paradigma miasmático”, decorrente do crescimento da medicina laboratorial e das descobertas bacteriológicas, as estratégias desodorizantes e higienistas não perderam sua vitalidade, e a figura do trabalhador urbano pobre era, simbolicamente, vinculada a elementos pútridos e ao perigo de doenças contagiosas¹⁹⁵.

Para a solução desse problema, os discursos higienistas se apresentavam como grandes detentores de verdades neutras, científicas e capazes de colocar o país nos trilhos da civilização. Tais pretensões acabavam por configurar a Higiene como uma ideologia que legitimava as intervenções políticas, de cunho conservador e elitista, sobre o espaço urbano e sobre as condições de vida das classes mais baixas da sociedade¹⁹⁶. Para José Albertino

através das campanhas sanitárias empreendidas no Rio de Janeiro contra a febre amarela em 1903 e contra a peste bubônica em 1904. Para maior aprofundamento VER: COSTA, Nilson do Rosário. Op. Cit., pp. 53-79.

¹⁹² HOCHMAN, Gilberto. Op. Cit., p. 60.

¹⁹³ RAGO, Luzia Margareth. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985, p. 163.

¹⁹⁴ CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: Cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996, p. 29.

¹⁹⁵ RAGO, Luzia Margareth. Op. Cit., pp. 172-175.

¹⁹⁶ CHALHOUB, Sidney. Op. Cit., p. 35.

Rodrigues a “formação de favelas, cortiços, vilas operárias, confirma cada vez mais o espaço urbano como espaço social, espaço político, isto é, desenhado pela lógica da hierarquia social. Sujeito portanto à organização e ao controle políticos, isto é, à instituição da ordem”¹⁹⁷.

A disciplinarização do espaço urbano e a medicalização das cidades, executadas pelas obras que promoviam enquadrinhamento das ruas, a arborização dos locais públicos e a limpeza dos terrenos baldios, traziam no seu bojo fortes insatisfações com a questão das moradias populares dos trabalhadores citadinos. Nessas cidades, as instâncias do poder público, os órgãos de vigilância sanitária, as classes dominantes e a comunidade médico-higienista projetavam, em seu ímpeto civilizador, a possibilidade de inauguração de novos modelos de controle social. Estes deveriam agir diretamente sobre os estilos de vida das classes trabalhadoras, disciplinando as variadas instâncias do seu viver coletivo e cotidiano¹⁹⁸. Os mecanismos de controle traduziam-se em novas formas de conceber e administrar a configuração das diferenças sócias no espaço das cidades e, principalmente, a habitabilidade das classes populares.

A racionalidade proposta iria tratar dos problemas de ordem sócio-econômica da cidade sem que o quadro de desigualdades fosse alterado, tornando-a, então, moderna, eficiente e ordenada¹⁹⁹. Portanto, a ordem passava a ser concebida como uma questão de responsabilidade do poder público e de seus organismos de controle. Assim, a perseguição sistemática aos cortiços no Distrito Federal entre o final do século XIX e o início do século XX, transformara-se em um prolongamento das incumbências institucionais das administrações republicanas em benefício da manutenção da ordem. Ruas e becos de traçados estreitos passaram a estar sujeitos a interdições. Cortiços e favelas deveriam ser desocupados, destruídos e, posteriormente, seus “ocupantes” remanejados para regiões mais periféricas da cidade²⁰⁰.

Em favor da higienização urbana, estas populações deslocadas para áreas mais longínquas deveriam ter, ainda, a diminuição do seu perímetro de circulação dentro das cidades. O deslocamento mencionado para zonas mais distantes atendiam, também, à necessidade das elites de dificultar, ao máximo, o trânsito e a ocupação dos pobres e doentes sobre as áreas centrais da cidade. Segundo Margareth Rego:

¹⁹⁷ RODRIGUES, José Albertino. *Sindicato e Desenvolvimento no Brasil*. São Paulo: DIFEL, 1968, p. 34. Apud: LUZ, Madel Therezinha. Op. Cit.

¹⁹⁸ RAGO, Luzia Margareth. Op. Cit., p. 163.

¹⁹⁹ CHALHOUB, Sidney. Op. Cit., pp. 19-20.

²⁰⁰ Lembrando que nos tempos do Império os cortiços representavam importantes espaços dos negros de resistência à escravidão, Sidney Chalhoub apresenta a hipótese de que “a decisão política de expulsar as classes

[...] “A questão da habitação popular é tematizada e construída por todo o arsenal de conhecimentos mobilizados pelos dominantes, menos como problema material ou financeiro do que como questão moral”. [...]

[...] “Assim, da constatação do problema da habitação popular – as péssimas condições de vida e moradia dos trabalhadores e pobres em geral – passa-se a discutir a questão da saúde dos incivilizados, no sentido de diagnosticar as doenças para preveni-las ou extirpá-las”²⁰¹.

A habitação popular, portanto, passou a ser ressignificada de acordo com preceitos meramente técnicos e pragmáticos. Tais preceitos deveriam indicar as soluções científico-racionais, remodeladoras dos centros urbanos, e mantenedoras da salubridade e da saúde para as suas populações.

Alinhando-se intrinsecamente a mesma tendência das reformas urbanas, as campanhas sanitárias organizadas na cidade do Rio de Janeiro, nesta primeira fase (1903-1909), direcionaram suas intervenções principalmente sobre as habitações coletivas, e sobre as circunstâncias de moradias dos setores empobrecidos da sociedade. Na interpretação de Nilson do Rosário Costa,

“A reforma urbana preparou (minou) o terreno por onde as campanhas sanitárias de Oswaldo Cruz iriam se desenvolver e sobretudo reforçou os descontentamentos de todos os excluídos e marginalizados pelo avanço inexorável e elitista de uma nova realidade urbana.. De fato, as imposições de Pereira Passos se confundiam com as ações sanitárias: as lógicas da renovação urbana e do controle da saúde pública seriam indistintas porque originárias de um mesmo projeto de cidade nascido com o novo poder republicano”²⁰².

Capitaneada pela Diretoria Geral de Saúde Pública através da figura de Oswaldo Cruz, a campanha contra a febre amarela de 1903 promoveu um zoneamento epidêmico nas partes centrais da cidade, dividindo-as em 10 distritos sanitários. Utilizando-se já das descobertas de Finlay²⁰³, Oswaldo Cruz orientou sua empreitada sanitária para o extermínio dos focos de mosquitos. Para isto, organizou um corpo de inspetores sanitários incumbidos de notificar doenças, fechar moradias, aplicar multas, entregar intimações, promover a demolição de habitações coletivas e a remoção de latas, garrafas e recipientes que pudessem acumular água, dentre outros mecanismos de interferência sobre o espaço urbano e cotidiano das populações²⁰⁴.

populares das áreas centrais da cidade podia estar associada a uma tendência de desarticulação da memória recente dos movimentos sócias urbanos”. Ibidem, p. 26.

²⁰¹ RAGO, Luzia Margareth. Op. Cit., pp. 198-199.

²⁰² COSTA, Nilson do Rosário. Op. Cit., p. 57. Grifo meu.

²⁰³ O médico cubano Juan Carlos Finlay, no final do século XIX foi o principal responsável pela identificação dos *Aedes Aegypti* como o agente transmissor da febre amarela. VER: FRANCO, Odair. *História da febre amarela no Brasil*. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, 1976. pp. 56-58.

²⁰⁴ COSTA, Nilson do Rosário. Op. Cit., pp. 57-60.

Ao final de 1903, após o sucesso da campanha anti-amarílica, Oswaldo passou a organizar no Rio de Janeiro outra campanha contra a peste bubônica e, mais tarde, a campanha de vacinação obrigatória contra a varíola. Diante do seu sentido expressamente autoritário, decorrente da frágil cidadania do período, esta última resultou no famoso episódio da revolta da vacina em novembro de 1904²⁰⁵. As intervenções aplicadas nestas campanhas acabaram por constituir um padrão de organização sanitária que passaria, cada vez mais, a fazer parte das esferas de atuação governamental sobre a área de saúde. A partir de então, o Estado buscou criar as condições sanitárias ajustadas às novas relações sociais favoráveis ao crescimento da produção no país. Portanto, coube ao governo federal adequar-se, enquanto instituição, às exigências formuladas pelos setores dominantes em favor da racionalidade sanitária²⁰⁶.

Desta forma, o caráter autoritário das reformas urbanas e sanitárias desta primeira fase, embasadas na ideologia higienista, resultaram em custos sociais muito elevados para as camadas populares. E apesar desta ideologia estar confortavelmente ancorada em pilares de neutralidade da ciência médica, a aplicação de seus fundamentos tratou “sempre de tomar decisões políticas claras quanto ao direcionamento dos benefícios a serem alcançados através das iniciativas das administrações públicas”²⁰⁷.

A priorização da febre amarela nas campanhas sanitárias do início do século XX, em detrimento do combate à tuberculose, é um exemplo típico da situação descrita. A ocorrência da tuberculose estava associada à deficiências alimentares e às condições de vida e trabalho das populações pobres. A febre amarela não. A tuberculose era tão corrente no Brasil quanto na Europa e, assim, não impedia diretamente a entrada de imigrantes para o trabalho e para o embranquecimento da população. Por sua vez, a febre amarela, enquanto doença tropical, amedrontava os europeus dificultando a sua chegada ao país²⁰⁸. A comparação entre o trato diferenciado e desigual a essas duas causas distintas de mortalidade, é ilustrativa de como as políticas públicas de saneamento urbano do período não estavam necessariamente destinadas à promoção da saúde coletiva de forma indiscriminada²⁰⁹.

Nas duas últimas décadas da Primeira República verificou-se, um novo momento para o movimento sanitarista no Brasil. Diferentemente do que ocorrera na primeira fase, a ênfase passaria à questão do saneamento rural. Os reclames da comunidade médico-higienista

²⁰⁵ Ibidem, pp. 64-79.

²⁰⁶ Idem, pp.72-76.

²⁰⁷ CHALHOUB, Sidney. Op. Cit., p. 56.

²⁰⁸ Ibidem, pp. 56-59.

²⁰⁹ COSTA, Nilson do Rosário. Op. Cit., p. 79.

brasileira partiam do reconhecimento da prevalência de endemias rurais nos sertões. Uma vez atendida razoavelmente a questão sanitária urbana das cidades centrais na década anterior, a tarefa de construção política da “imunidade nacional” parecia estava incompleta, na visão dos médicos sanitaristas.

Ao longo dos anos de 1910, o contexto geral da Primeira Guerra Mundial inspirou a constituição de vários movimentos nacionalistas²¹⁰ que coincidiram com o crescimento interno das discussões sobre a saúde pública. Fundada por sanitaristas brasileiros em 1918, a Liga Pró-Saneamento do Brasil era um desses movimentos e sua principal linha de atuação era a de propagandar o quadro de calamidade sanitária no qual viviam as populações interioranas. Seu objetivo era alertar e sensibilizar as autoridades dirigentes para a urgência de estender as ações federais de saneamento em direção aos sertões²¹¹. Membros da Liga e outros segmentos da comunidade científica defendiam a idéia de uma reforma sanitária que promovesse a necessária interiorização das políticas de saúde pública, e se transformasse em um elemento integrador capaz de viabilizar o processo de construção efetivo de uma nação. Por sua vez, esta nação deveria, de fato, assistir aos seus cidadãos naquilo que lhes era mais elementar e, ao mesmo tempo, mais urgente: a garantia da saúde através do combate às endemias rurais. Havia a expectativa de que o saneamento rural viesse trazer à tona sentimentos de civismo e nacionalismo, considerados inexistentes até então, entre as populações sertanejas²¹².

As aspirações pela organização de uma “cruzada” cívico-sanitarista em direção às regiões do interior, estavam profundamente influenciadas pelo relatório da expedição científica organizado pelo Instituto Oswaldo Cruz, em 1912. Chefiada pelos médicos Belisário Penna e Arthur Neiva a expedição percorreu o interior de várias regiões e foi a principal responsável pela caracterização dos sertões como sendo áreas em que “convivam”, simultaneamente, a ausência do poder do Estado e prevalência de diversas doenças endêmicas.

²¹⁰ Na década de “1910”, surgiram no Brasil e no exterior diversos movimentos de caráter nacionalista decorrentes do contexto geral de guerra. Estes movimentos objetivavam aglutinar em torno do Estado Nacional a afirmação de princípios de nacionalidade e civismo. No Brasil, movimentos como a Liga de Defesa Nacional, a Liga Pró-saneamento do Brasil atuaram em defesa da constituição e/ou recuperação da nacionalidade por meio de intervenções estatais em saúde, educação, serviço militar obrigatório e divulgação de valores cívicos. VER: HOCHMAN, Gilberto. *Ibidem*, pp. 219-220.

²¹¹ HOCHMAN, Gilberto. Logo ali no final da avenida: Os sertões redefinidos pelo movimento sanitaria da Primeira República. *Op. Cit.*, p. 219.

²¹² HOCHMAN, Gilberto. *A Era de Saneamento: As bases da política de Saúde Pública no Brasil*. *Op. Cit.*, pp. 60-61.

As populações rurais foram caracterizadas como doentes, exauridas em sua capacidade produtiva, abandonadas à própria sorte, entregues ao alcoolismo e a ociosidade e sem nenhuma consciência ou sentimento patrióticos²¹³. O conjunto destas observações foi sistematizado e publicado em 1918 através do livro *O Saneamento do Brasil*, que logo se transformou em um dos mais explorados mecanismos de divulgação do pensamento sanitarista brasileiro. Nesta obra, fortes críticas foram feitas por Belisário Penna à inoperância do frágil federalismo brasileiro que, na prática, traduzia-se em um descaso das autoridades em relação a situação de isolamento do homem sertanejo²¹⁴.

As extensas zonas rurais eram descritas como um “grande hospital” a céu aberto, povoadas por pessoas enfermas. A palavra sertão, por sua vez, havia adquirido o “sinônimo” de abandono. O governo republicano era compreendido como o grande responsável por este quadro que só poderia ser alterado, de acordo com Penna e outros membros da Liga Pró-Saneamento, na medida em que o Estado uniformizasse e centralizasse as ações de saúde em benefício de toda a população brasileira através de um órgão federal. Atuando em âmbito nacional, este órgão deveria se sobrepor aos entraves institucionais dos fundamentos federalistas²¹⁵. Para Belisário Penna,

[...] “A saúde, base incontestável do vigor físico, da melhoria da raça, da produção, da alegria, da riqueza e do progresso constitui interesse primordial, não só de cada Estado, mas interesse vital da nação”. [...]

[...] “Ao governo central cabe o dever de zelar com particular empenho e carinho, superpondo-se a todo mais, a saúde pública em todo o território nacional, sem peias, nem embaraços de qualquer natureza”²¹⁶. [...]

Os sanitaristas da Liga impuseram às suas convicções e denúncias o formato de uma campanha política em favor do saneamento rural, capaz de ressignificar, especialmente, na época, o conceito de sertão de acordo com critérios de salubridade. A redefinição promovida foi fundamental para convencer as elites governantes a centralizarem as atividades sanitárias em torno da União e a interiorizarem as ações de saneamento por meio dos serviços de profilaxia rural nos Estados.

A eloquência dos apelos do movimento sanitarista associava-se ao fato de que os fundamentos da atuação estatal ainda se orientava para questões de saúde que dificultassem a expansão dos capitais e que inviabilizassem as possibilidades produtivas das áreas consideradas insalubres. A comprovação experimental do caráter transmissível e não mais contagioso, de

²¹³ _____. Logo ali no final da avenida: Os sertões redefinidos pelo movimento sanitarista da Primeira República. Op. Cit., pp. 222-223.

²¹⁴ Ibidem.

²¹⁵ Idem, pp. 223-227.

²¹⁶ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Pasta – 05, BP/PI/TP/19210408. Fundo Belisário Penna.

várias das endemias rurais, colocava em situação de risco o quadro de salubridade já alcançado para as populações dos centros urbanos. Tornava-se desta forma, imprescindível a atuação interventora da União sobre a saúde em uma escala nacional.

Apenas uma bem articulada aliança entre o poder institucional de Estado e a medicina, enquanto “fornecedora” do aparato instrumental e científico necessário às políticas de saúde, seria o elemento-chave capaz de transformar os abandonados e “doentes” habitantes dos sertões, em brasileiros de fato²¹⁷. Segundo a análise de Gilberto Hochman:

[...] “A doença transmissível ao mesmo tempo que auxiliava a constituição de uma bem estruturada noção de comunidade nacional, desafiava os limites estabelecidos na ordem política brasileira à ação do Poder Público”. [...]

[...] “Assim, o movimento sanitarista deve ser tratado como a expressão de uma lenta, porém crescente, identificação pela sociedade brasileira, dos problemas sanitários como problemas de interdependência”²¹⁸. [...]

Diante de tantas evidências, expostas em discursos e textos, acerca da calamidade sanitária dos sertões, a Liga Pró-Saneamento teve ainda suas reivindicações reforçadas, significativamente, pelo estouro da epidemia de gripe espanhola no Brasil em 1918. A virulência com a qual a gripe espanhola atingiu o país, ao final da Primeira Guerra Mundial, desnudou a frágil e aparente situação de estabilidade sanitária construída pelo antigo modelo de saneamento urbano, na década anterior. Aliada a um quadro de crise social, carestia e escassez de gêneros alimentícios, decorrentes dos efeitos econômicos do conflito mundial, a epidemia de gripe transformou-se em um episódio singular de ratificação dos discursos sanitaristas. A doença mergulhou o país em uma grande crise sanitária na medida em que as cidades de São Paulo e do Rio de Janeiro, consideradas como centros urbanos já saneados, foram gravemente afetadas pelo surto. Outros centros econômicos importantes como: Salvador, Curitiba e Porto Alegre²¹⁹, também tiveram vítimas entre as suas populações urbanas²²⁰.

No antigo distrito federal, o surto epidêmico ocorrido entre os meses de outubro e novembro de 1918 chegou a alterar significativamente o cotidiano das atividades sociais e produtivas da cidade. As estimativas sinalizam que, em pouco menos de dois meses, mais de 12.800 pessoas haviam falecido em decorrência da doença. A enfermidade chegou a atingir

²¹⁷ HOCHMAN, Gilberto. *A Era de Saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil*. Op. Cit., p. 69.

²¹⁸ *Ibidem*, p. 61.

²¹⁹ BERTUCCI, Liane Maria. *Influenza, a medicina enferma: ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo*. Campinas – SP: UNICAMP, 2004, pp. 27-38.

²²⁰ MEYER, Carlos L. e TEXEIRA, Joaquim R. *A gripe epidêmica no Brasil e especialmente em São Paulo*. São Paulo, Casa Duprat, 1920. Apud: COSTA, Nilson do Rosário. Op. Cit.

mais de dois terços da população fluminense²²¹. Durante a segunda quinzena de outubro, a epidemia foi a responsável pela paralisação das atividades fabris, pelo fechamento forçado de bares, botequins e hotéis e pelo esvaziamento de casas de espetáculos²²². Nos subúrbios a situação era de desolação, pois a gripe, associada à fome, aumentava os índices de mortalidade entre a população pobre. Por sua vez, o governo através da Diretoria Geral de Saúde Pública tentava controlar o surto, adotando medidas como a instalação de ambulatórios nos subúrbios, a concessão de feriados, criação de novos postos de saúde e, até mesmo, a instalação da censura sobre a imprensa. Os órgãos de comunicação estavam proibidos de divulgar os casos de mortes causadas pela gripe espanhola no Rio de Janeiro. Apenas no final do mês de novembro a doença passou a ser considerada como controlada pelas autoridades.

Em São Paulo o alcance da epidemia não se limitou apenas à capital do Estado. Outras importantes cidades do interior foram sacudidas pelos efeitos negativos da doença. O número de mortos no Estado ultrapassou a marca de 5.000 casos²²³. No período em que se instalou o surto da gripe em São Paulo, o Estado ostentava, com orgulho, a qualidade de sua organização sanitária interna que era vista como um modelo quando comparado às outras realidades da federação. Esta organização fora estruturada, desde o início do século XX, acompanhando as reformas estruturais urbanas empreendidas na capital e o quadro de crescimento econômico. A gripe espanhola, porém, além de promover em São Paulo efeitos sócio-econômicos semelhantes aos impactos da doença no Rio de Janeiro, expôs as deficiências e limitações do serviço sanitário estadual que se viu surpreendido pela intensidade da epidemia.

A enfermidade também foi capaz de desnudar a contradição presente na concomitância verificada entre o rápido desenvolvimento de institutos de medicina experimental no Estado, e a grande procura dos populares por serviços de curandeiros e por práticas de rezas, xaropadas e beberagens²²⁴. Por meio do seu impacto perturbador da ordem social e sanitária estabelecida, Influenza, como era conhecida a gripe espanhola, colocou em questão a pretensa infalibilidade do conhecimento médico-científico em relação à análise das condições de saúde e doença, na medida em que motivou a procura por práticas populares de cura que os doutores paulistanos tanto rejeitavam e condenavam.

Fruto da atuação da Liga Pró-Saneamento contra o viés urbanístico das políticas nacionais de saúde e do contexto de crise sanitária gerada pela intensidade da passagem da gripe espanhola pelo país, em 1920 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública.

²²¹ Ibidem.

²²² COSTA, Nilson do Rosário. Op. Cit., pp. 87-88.

²²³ MEYER, Carlos L. e TEIXEIRA, Joaquim R. Op. Cit.

Após a sua aprovação, o novo órgão foi instituído através do decreto-lei nº 3.987 para substituir a antiga Diretoria Geral de Saúde Pública²²⁵. Criada em 1897, a Diretoria era vista, no final da década de 1910, como um órgão estruturado de forma obsoleta, mantenedor de uma legislação sanitária de fortes orientações urbanísticas e executor de ações pontuadas e epidêmicas. Durante o surto de gripe espanhola sua atuação foi alvo, inclusive, de fortes críticas por parte da imprensa relacionadas à ineficiência de suas práticas saneadoras e à gerência de seu antigo diretor Carlos Seidl²²⁶.

A instalação do Departamento Nacional de Saúde Pública fazia parte de um projeto da reforma sanitária liderado pelo Dr. Carlos Chagas que objetivava criar mecanismos institucionais para uma maior intervenção do Estado na área de saneamento. Os setores dirigentes republicanos da época utilizaram-se do Departamento Nacional de Saúde Pública com o nítido propósito de condensar em torno do Estado, as responsabilidades e atribuições acerca das questões de saúde pública e de vigilância sanitária²²⁷. A sua criação representou, também, um esforço das elites governantes para introduzir, com o novo órgão, uma nova geração de médicos sanitários nos quadros de saúde do poder institucional.

Desta forma, estes médicos passariam a estar mais próximos das classes dirigentes e mais presentes no processo decisório em relação às políticas de saúde²²⁸. Em 31 de dezembro de 1923, o governo de Artur Bernardes editou o decreto de nº 16.300 instituindo o regimento interno do órgão e estabelecendo as suas competências. Neste documento, estavam previstas as suas atribuições sobre:

“controle do exercício profissional; licenciamento prévio de farmácias, drogarias, laboratórios, ervanários e fábricas de medicamentos; licenciamento ou fiscalização de produtos farmacêuticos, soros, vacinas e produtos biológicos, desinfetantes, produtos de higiene e toucador, águas minerais naturais, com propriedades farmacêuticas; inspeção sanitária dos empregados domésticos, das amas-de-leite e de estabelecimentos comerciais; fiscalização de estabelecimentos destinados à infância, maternidades, hospitais, consultórios, escolas, creches e outros; fiscalização de mananciais, e análise das águas de abastecimento; domicílios, lugares e logradouros públicos, fábricas, oficinas, estabelecimentos comerciais e industriais, mercados, hotéis e restaurantes; fiscalização de gêneros alimentícios, inclusive de corantes e edulcorantes; defesa sanitária marítima e fluvial, e inspeção médica de imigrantes”²²⁹.

Através do Departamento Nacional de Saúde Pública a utopia do saneamento rural pôde ser efetivamente realizada. A operacionalização das atividades do Departamento representou um momento ímpar para a execução do projeto de profilaxia rural, tão reivindicado pelos membros do movimento sanitário dos “anos 1910”. Com a criação do

²²⁴ BERTUCCI, Liane Maria. Op. Cit., pp. 173-283.

²²⁵ COSTA, Ediná Alves e ROZENFELD, Suely. Op. Cit., p. 27.

²²⁶ COSTA, Nilson do Rosário. Op. Cit., p. 88.

²²⁷ Ibidem, p. 99.

²²⁸ Idem.

órgão e a institucionalização das práticas sanitárias no interior do Estado, tornou-se possível a ascensão de setores da comunidade médico-científica, comprometidos com o projeto de ruralização da saúde pública, às instâncias deliberativas do governo federal²³⁰. O resultado desta ascensão foi a instituição da Diretoria de Saneamento Rural do Departamento Nacional de Saúde Pública.

As alterações trazidas nos aparelhos institucionais após a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, sinalizam a preocupação das autoridades com a interiorização das ações de saneamento. Na administração de Delfim Moreira, regulamentações anteriores ao regimento do decreto nº 16.300, já criavam uma política de investimentos da União condicionada à participação dos Estados nos custos com a saúde e traziam, também, a exigência pelo alinhamento dos códigos Sanitários Estaduais ao Código Sanitário Federal de 1920, elaborado por Carlos Chagas²³¹. A partir de então, foram instalados serviços de profilaxia rural nos Estados diretamente vinculados ao Departamento Nacional de Saúde Pública. Segundo Lina Rodrigues de Faria o “objetivo era criar postos de saúde de profilaxia e tratamento das doenças endêmicas em vários estados brasileiros – principalmente nas áreas rurais – e desenvolver programas de educação médica e sanitária”²³².

Outra normatização importante contida na legislação do Departamento Nacional de Saúde Pública foi a definição de que cabia ao Estado assumir – diretamente ou através de convênios com outras instituições não-governamentais – a totalidade dos custos referentes à produção de soros, vacinas e outros medicamentos destinados ao combate às doenças²³³.

A origem dos recursos necessários à montagem dos serviços de profilaxia rural, prevista pela União, vinha da transferência do rendimento bruto dos laboratórios vinculados ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores da taxa de 15% (quinze por cento) sobre o produto líquido dos jogos de azar licenciados, dos valores arrecadados pelo Departamento provenientes da aplicação de multas, dos impostos sobre o consumo de determinadas bebidas alcoólicas e da venda do selo sanitário²³⁴. A produção do Instituto Oswaldo Cruz estava isenta desta transferência.

A ampliação do universo das questões sanitárias rurais através do novo código de 1920 resultou, também, no estabelecimento de convênios entre o Estado brasileiro e a

²²⁹ COSTA, Ediná Alves e ROZENFELD, Suely. Op. Cit.

²³⁰ COSTA, Nilson do Rosário. Op. Cit., p. 105.

²³¹ FARIA, Lina Rodrigues de e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Op. Cit., p. 91.

²³² Ibidem.

²³³ COSTA, Nilson do Rosário. Op. Cit., pp. 100-101.

²³⁴ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Pasta – 05, BP/PI/TP/19210408, Fundo Belisário Penna.

Fundação Rockefeller. A Fundação passou a se encarregar de parte dos custos da profilaxia rural para o combate à febre amarela²³⁵. Entre 1923 e 1929, porém, a Rockefeller atuou em cooperação com o Departamento Nacional de Saúde Pública no controle da febre amarela, assumindo a totalidade dos encargos e a responsabilidade sobre as campanhas para o extermínio dos focos de transmissão da doença. Era através dos postos de profilaxia rural dos Estados criados com o Departamento Nacional de Saúde Pública, que os oficiais e prepostos da Fundação Rockefeller conduziam as operações anti- amarílicas no interior do Brasil.

Do ponto de vista político, a estruturação do Departamento Nacional de Saúde Pública transformou-se em um elemento fundamental à serviço da União, em prol de sua iniciativa centralizadora de estender seu poder sobre os Estados da Federação, através de sua intervenção sobre a saúde pública²³⁶. Entretanto, a década de 1920 traria à tona a grande contradição das políticas de saúde no Brasil “pós Departamento Nacional de Saúde Pública”. O aumento da intervenção estatal no setor fora concomitante à consolidação da Fundação Rockefeller, enquanto um organismo internacional, nos quadros de atuação sanitária anti-amarílica no país.

A observação destes aspectos acerca do cenário político-sanitário da República Velha, se apresenta como ponto importante para análise, na medida em que situa o exercício das ações sanitárias da Rockefeller em um contexto social específico no qual a questão do saneamento já mobilizava e aglutinava diversos segmentos da comunidade local.

Como foi apresentado, os dirigentes republicanos desde o início do século XX já empreendiam esforços políticos em benefício da reestruturação sanitária do Brasil. Por sua vez, os conhecimentos que davam suporte aos métodos aplicadas pela Rockefeller, estavam longe de serem considerados pelos sanitaristas brasileiros como grandes novidades da medicina. Desta forma, a presença da Fundação Rockefeller não pode ser vista, simplesmente, como uma manifestação isolada das imposições do imperialismo estadunidense sobre o Brasil. A organização de seus serviços sanitários entre os quadros de saúde pública da época só foi possível de ser executada na medida em que havia, no país, um vasto e muito fértil, terreno social para o pleno desenvolvimento de suas ações médico-assistenciais.

²³⁵ COSTA, Nilson do Rosário. Op. Cit.

²³⁶ HOCHMAN, Gilberto. *A Era de Saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil*. Op. Cit.

CAPÍTULO II

A ROCKEFELLER NA BAHIA REPUBLICANA

A primeira missão²³⁷ Rockefeller chegou à Bahia em dezembro de 1919, chefiada pelo então diretor da Fundação no Brasil o Dr. Lewis Hackett. A comissão pretendia avaliar as condições sanitárias de diversas regiões do litoral e do interior e levantar dados sobre a saúde de suas populações para que fossem, então, iniciados os seus trabalhos no Estado. Como resultado dessa visita, em 17 de novembro de 1920, foi assinado o primeiro contrato entre a Rockefeller e o Estado da Bahia oficializando a cooperação técnica e financeira da Fundação com o governo no combate à ancilostomose²³⁸. Mais tarde, as transformações que se processavam na política sanitária em relação ao Brasil, adotaram como alvo principal das campanhas organizadas pela Fundação, a febre amarela. A permanência das suas atividades anti-amarílicas na Bahia se estendeu até o início de 1940, como ocorreu também, em outros Estados do país²³⁹.

No período, entre 1919 e 1940, o quadro econômico baiano manteve-se fundamentalmente agro-exportador, tal como fora durante o século XIX e durante as décadas iniciais da Primeira República²⁴⁰. O porto da cidade de Salvador se configurou, historicamente, como o principal pólo comercial do Estado, diante da predominância de um modelo econômico no qual as práticas mercantis e a agroexportação ditavam os rumos da vida social baiana. A “cidade da Bahia”²⁴¹ era o principal escoadouro da produção agrícola das zonas rurais do Estado, situação que colocava o interior em contato freqüente com a capital. Ao longo da sua formação, Salvador, além de dominar a entrada e saída de produtos da

²³⁷ Antes de se instalar em uma determinada localidade (estado ou país) a Fundação nomeava grupos de médicos, componentes do seu corpo de sanitaristas, para visitar as regiões a serem atendidas por seus programas. Essas comissões de médicos representavam a Rockefeller nas negociações com os setores dirigentes locais e analisavam as condições de saúde das populações nativas.

²³⁸ SEABRA, José Joaquim. Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa em sua 1ª reunião da 16ª Legislatura pelo Dr. José Joaquim Seabra, Governador do Estado. Bahia, Imprensa Oficial 1922.9 Tab. pp. 452-458.

²³⁹ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento CF/PI/19432040. Fundo Clementino Fraga. p. 7.

²⁴⁰ SANTOS, Mário Augusto da Silva. *A República do povo: sobrevivência e tensão – Salvador, (1890 – 1930)*. Salvador: EDUFBA, 2001. pp. 25-26.

²⁴¹ Nome através do qual era, também, conhecida a capital baiana no período.

economia local, concentrava parte significativa dos recursos econômicos, administrativos e financeiros do Estado²⁴².

Os negócios relacionados à importação e exportação se constituíram, portanto, na locomotiva econômica do Estado e, conseqüentemente, da cidade. As atividades portuárias eram responsáveis pela exportação diária de produtos como o cacau, em primeiro lugar, o açúcar, o fumo, as pedras preciosas, a borracha, a madeira, o café e os couros. Na contrapartida desse fluxo de escoamento, as importações traziam para a Bahia lã, prata, ouro, charque, bacalhau, farinha de trigo, seda, especiarias, perfumaria, instrumentos musicais, entre outros²⁴³. Na Primeira República, de uma maneira geral, “o grande comércio de Salvador tendeu a crescer no volume de operações, nas áreas mundiais atingidas, nos capitais investidos, no número de firmas estabelecidas na praça. Isto veio a confirmar a multissecular ‘vocação mercantil’ e portuária da cidade. Por extensão, também cresceu o comércio varejista, decorrência do alargamento do grossista e do próprio crescimento populacional”²⁴⁴. Apesar deste crescimento e da pauta de exportações diversificada, as atividades comerciais absorviam uma quantidade reduzida da mão-de-obra disponível na cidade, não contribuindo, assim, para uma ampliação expressiva do mercado consumidor interno e para o crescimento da economia do Estado. Estima-se que em 1920, o comércio juntamente com o setor de finanças empregasse apenas 5,6% da mão-de-obra soteropolitana²⁴⁵.

Outro fator que agravava o quadro limitado de contribuição das atividades mercantis para o desenvolvimento econômico regional, era o fato de que o comércio de exportação dependia de capitais externos e de firmas estrangeiras²⁴⁶. Essa situação era responsável pela transferência de parte substancial dos excedentes gerados pela exportação para a Europa “através de importações, remessas de lucros, pagamentos de juros e amortizações da dívida externa”²⁴⁷. Em sua análise sobre o surto de gripe espanhola na Bahia em 1918, Christiane de Souza avalia as conseqüências negativas deste quadro de dependência para a organização da saúde pública no Estado. Segundo a autora:

“A situação fica mais visível quando examinamos, por exemplo, o ano de 1917: nesse período, enquanto a exportação compreendeu 50% da receita ordinária, as rendas das coletorias atingiram pouco mais de 12%.

²⁴² CASTELLUCCI, Aldrin Armstrong Silva. *Industriais e operários baianos numa conjuntura de crise (1914-1921)*. Salvador: Fieb, 2004. pp. 43-44.

²⁴³ *Ibidem*.

²⁴⁴ SANTOS, Mário Augusto da Silva. *Op. Cit.*, p. 26.

²⁴⁵ CASTELLUCCI, Aldrin Armstrong Silva. *Op. Cit.*, p. 51.

²⁴⁶ SAMPAIO, Consuelo Novais. *Os partidos políticos da Bahia na Primeira República: uma política de acomodação*. Salvador, EDUFBA, 1999. p. 35.

²⁴⁷ SOUZA, Christiane Maria Cruz de. A gripe espanhola em Salvador, 1918: cidade de becos e cortiços. *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, V.12, n°1, pp., 71-99, Jan-Abr. 2005. p. 78.

Assim, o Estado se via sem recursos financeiros para executar ou consolidar políticas públicas”²⁴⁸.

O setor industrial baiano, por sua vez, apresentava-se pouco expressivo desenvolvimento quando comparado à industrialização de outros centros urbanos como São Paulo e Rio de Janeiro, durante os primeiros tempos da República. Em 1891, no período do encilhamento, foram criadas várias empresas comerciais mantenedoras de fábricas de cigarros, charutos, azeite, cerveja, tecidos, rapé e outros²⁴⁹. Entre estes, o ramo mais representativo era o de tecidos. Desde meados do século XIX, o setor têxtil ocupava uma posição de destaque no cenário industrial da Bahia. Até 1866, das nove fábricas de tecidos existentes no Brasil, cinco encontravam-se instaladas na antiga província²⁵⁰. Entre os anos de 1866 e 1885, porém, a expansão da atividade têxtil no Brasil não favoreceu à economia baiana. Estima-se que neste período chegaram a operar no país quarenta e duas fábricas sendo que apenas doze estavam na Bahia. O motivo da perda desta “hegemonia” no ramo têxtil estava ligado ao substancial crescimento do complexo cafeeiro que possibilitou a formação de capitais, posteriormente canalizados, para o investimento na atividade industrial, na importação de carvão e na formação de uma extensa malha ferroviária nas regiões do centro-sul do país²⁵¹.

De todo modo, já no século XX, o Estado possuía, entre 1919 e 1920, quatorze estabelecimentos fabris neste setor que se concentravam nas mãos de cinco companhias têxteis baianas e que empregavam uma média de seis mil operários²⁵². Outros segmentos de menor expressão completavam o cenário industrial do Estado na República Velha. Entre eles estavam os ramos de alimentação, de bebidas, de cigarros, de calçados, de charutos e as usinas de açúcar²⁵³. Entretanto, predominavam nas atividades de transformação da economia baiana, da época, as “fabriquetas” e oficinas artesanais que abundavam na cidade de Salvador²⁵⁴. Estes estabelecimentos de pequeno porte – muitos domésticos – eram os responsáveis pela produção de artigos como velas, sabão, vinagres, doces, caixas de papelão e outros gêneros de consumo cotidiano²⁵⁵.

²⁴⁸ Ibidem, p. 78.

²⁴⁹ SANTOS, Mário Augusto da Silva. Op. Cit., p. 17.

²⁵⁰ CASTELLUCCI, Aldrin Armstrong Silva. Op. Cit., p. 62.

²⁵¹ STEIN, Stanley J. *Origens e evolução da indústria têxtil no Brasil, 1850-1950*. Rio de Janeiro: Campus, 1979. pp. 35-61. Apud: CASTELLUCCI, Aldrin Armstrong Silva. Op. Cit.

²⁵² CASTELLUCCI, Aldrin Armstrong Silva. Op. Cit., pp. 62-68.

²⁵³ TAVARES, Luís Henrique Dias. *História da Bahia*. São Paulo/Salvador, UNESP/EDUFBA. p. 36.

²⁵⁴ SANTOS, Mário Augusto da Silva. Op. Cit.

²⁵⁵ Ibidem.

Durante toda a Primeira República, a Bahia esteve imersa em uma conjuntura bastante desfavorável ao seu desenvolvimento industrial. Esta conjuntura caracterizava-se pela fraqueza de seu mercado consumidor interno, pelo predomínio dos interesses agro-mercantis, pela distância em relação ao emergente eixo-econômico cafeeiro da região centro-sul e pelo volume reduzido de capitais para o investimento no setor. Os grupos mais abastados da sociedade baiana não se sentiam estimulados a aplicarem grandes somas de capital em empreendimentos industriais e mantiveram-se fiéis aos limitados, porém mais seguros, lucros provenientes das atividades do comércio²⁵⁶.

Desta forma, não se operou na Bahia, neste contexto, “um processo geral de industrialização, por faltar um conjunto infra-estrutural que absorvesse e, ao mesmo tempo, pressionasse todo o sistema de produção”²⁵⁷. A indústria baiana não se configurou como um mercado de trabalho capaz de absorver contingentes significativos de mão-de-obra. De acordo com Mário Augusto dos Santos em “1925, os operários têxteis somavam 4.870, enquanto os demais, de todos os ramos, perfaziam o número de 4.195. Assim, mais de 50% estavam no setor têxtil, representados, então, por sete estabelecimentos”²⁵⁸.

Somados os valores apresentados, chegaremos ao ínfimo número de 9.065 trabalhadores diretos na atividade industrial. Levando-se em consideração o alerta do autor para a escassez de dados e para a imprecisão das fontes com relação a números absolutos, pode-se colocar em questão a representatividade destas somas. Observando-se, porém, que a Bahia neste período apresentava uma população de aproximadamente 3.334.465²⁵⁹ habitantes, os números apresentados ainda que possam ser acrescidos de valores que melhor estimem a real composição da classe operária baiana, serão muito pouco expressivos em termos proporcionais. Finalmente, pode-se inferir que o mercado de trabalho na área da indústria reproduzia o pouco desenvolvimento do setor no Estado²⁶⁰.

Por acumular as funções de principal eixo-econômico da Bahia, de sede administrativa e de cidade mais populosa, Salvador constituiu, na Primeira República, uma rede de serviços condizentes com as necessidades de sua vida econômica e urbana²⁶¹. Estes serviços

²⁵⁶ SANTOS, Flávio Gonçalves dos. *Os discursos afro-brasileiros face às ideologias raciais na Bahia (1889-1937)*. Dissertação de mestrado em História Social da UFBA. 2001, p. 28.

²⁵⁷ SANTOS, Mário Augusto da Silva. Op. Cit.

²⁵⁸ Ibidem, p. 21.

²⁵⁹ Diário Oficial do Estado da Bahia – Edição Especial em comemoração ao 1º centenário do 2 de julho. 1823-1923, p. 153.

²⁶⁰ Em seu estudo, Mário Augusto afirma que as pequenas indústrias (fabriquetas) e as oficinas, apesar de predominarem nas atividades de transformação da capital baiana, não possuíam, em sua maioria, instalações próprias e, via de regra, funcionavam no próprio domicílio do dono. VER: SANTOS, Mário Augusto da Silva. Op. Cit., pp. 17-28.

²⁶¹ Ibidem. p. 28.

complementavam o quadro da economia formal baiana. Os transportes, por exemplo, exerciam papel fundamental por interligarem as regiões do Estado e da cidade através de bondes, saveiros, elevadores, embarcações, transportes de tração e, a partir da década de 1910, caminhões e ônibus. Vitais para as atividades cotidianas de circulação de pessoas e mercadorias, os transportes acabavam gerando absorção de mão de obra e trabalho para autônomos²⁶².

Os serviços de infra-estrutura urbana de obras públicas, iluminação, água, esgotos, limpeza e telefonia, apesar de deficitários, foram ampliados, na capital, durante o período. Essa ampliação foi resultante das transformações pelas quais passou a cidade, em decorrência do seu crescimento demográfico e das obras de remodelação urbana²⁶³, principalmente entre 1912 e 1916, e do aumento da urbanização no Estado.

Os trabalhos domésticos e os ofícios de profissionais liberais eram outros tipos de atividades muito presentes na imbricada rede de serviços da cidade. Por fim, o funcionalismo público, atuante nas áreas de justiça, fazenda, saúde, educação, política, administração e militar, representava a contribuição da iniciativa governamental para o setor. Entretanto, seus representantes não configuravam nem 20% dos empregados da iniciativa privada em 1920²⁶⁴.

A análise do cenário econômico, possibilita a compreensão sobre os fatores da desigual configuração social do Estado na Primeira República e sobre as circunstâncias específicas em que se deu a presença da Fundação Rockefeller na Bahia. Ao longo deste período, a grande maioria da população baiana era de origem rural, situação que decorreria da pouca industrialização e do caráter agrícola e exportador da economia. Por sua vez, a capital do Estado esteve marcada pela baixa oferta de ocupações profissionais regulares, pelos altos índices de desemprego e pela informalidade das relações de trabalho alicerçadas no subemprego e em “expedientes não convencionais”²⁶⁵. Assim, a sociedade baiana, convivendo com o pouco desenvolvimento econômico, com a histórica concentração das terras e da renda²⁶⁶, com o desemprego e com baixos níveis de remuneração, ficou marcada pela pobreza que atingia a grande maioria de sua população.

²⁶² Idem. p. 29.

²⁶³ Durante o primeiro mandato de José Joaquim Seabra entre 1912 e 1916, Salvador passou por uma série de obras de reordenamento estrutural urbano que visavam adequá-la aos padrões das cidades européias civilizadas. A avaliação do impacto dessas obras será feita na discussão sobre o quadro sanitário do estado. Para maior aprofundamento, VER: LEITE, Rinaldo César Nascimento. *“E a Bahia civiliza-se...”: idéias de civilidade e cenas de anti-civilidade em um contexto de modernização urbana em salvador, 1912-1916*. Salvador, UFBA (Dissertação de Mestrado em História) 1996.

²⁶⁴ SANTOS, Mário Augusto da Silva. Op. Cit., p. 33.

²⁶⁵ CASTELLUCCI, Aldrin Armstrong Silva. Op. Cit., p. 45.

²⁶⁶ Os lucros provenientes do grande comércio baiano, em geral, ficavam concentrados nas mãos de portugueses e espanhóis e de seus descendentes. Os primeiros cuidavam do grosso comércio de importação e exportação

Em fins do século XIX, os habitantes da antiga província chegavam ao número de 1.903.442 sendo que, destes, apenas um pouco mais de 7% morava em Salvador²⁶⁷. Mais de 90% do total eram completamente analfabetos e desprovidos de qualquer educação formal e escolar²⁶⁸. A instalação do regime republicano não alterariam substancialmente, em níveis percentuais, o caráter acentuadamente agrário desta sociedade. Em números absolutos houve, de fato, um aumento considerável dos índices demográficos que, já em 1923 eram estimados em 3.334.465 habitantes, correspondendo a mais de 10% da população brasileira da época, calculada em 30.635.605 habitantes²⁶⁹. Em 1940, o total estimado chegaria a casa aproximada dos quatro milhões e meio de moradores no Estado²⁷⁰. Entretanto, entre 1890 e 1940, a população do principal centro urbano da Bahia não chegou a representar 10% do total dos habitantes do Estado.

TABELA I
Evolução demográfica aproximada da Cidade do Salvador
com relação ao total da Bahia (1890-1940)

Anos	%	POPULAÇÃO (em mil habitantes)	
		Salvador	Bahia
1890	7,62	145	1.903
1900	9,72	206	2.118
1910	9,08	242	2.668
1920	8,50	285	3.352
1930	8,59	335	3.903
1940	8,71	395	4.500

271

Esses dados revelam o baixíssimo ritmo de urbanização no período e desnuda o fato de que Salvador, ainda que fosse a cidade mais importante da Bahia, não se transformou em um pólo econômico vigoroso capaz de atrair, para seu sítio urbano, grandes contingentes migratórios internos ou externos. Esta situação agravava-se pelas dificuldades de transporte e comunicação existentes entre determinadas áreas do interior e a capital. Desta forma, os

enquanto que os segundos, do ramo varejista. Para maior aprofundamento, VER: CASTELLUCCI, Aldrin Armstrong Silva. Op. Cit., pp. 75-77.

²⁶⁷ COSTA, Iraneidson Santos. *A Bahia já deu régua e compasso: o saber médico-legal e a questão racial na Bahia, 1890-1940*. Salvador, UFBA (Dissertação de Mestrado em História) 1997. p. 93.

²⁶⁸ SAMPAIO, Consuelo Novais. *O poder legislativo da Bahia*. Salvador, EDUFBA, 1985. p. 33. Apud: COSTA, Iraneidson Santos. Op. Cit., p. 92.

²⁶⁹ Diário Oficial do Estado da Bahia – Edição Especial em comemoração ao 1º centenário do 2 de julho. Op. Cit.

²⁷⁰ COSTA, Iraneidson Santos. Op. Cit., p. 94.

²⁷¹ VER: COSTA, Iraneidson Santos. Op. Cit., p. 94. Não foram encontradas na obra referências sobre a fonte dos dados apresentados. No entanto, a bibliografia consultada confirma, de forma não sistematizada, os números presentes na tabela I.

baianos das zonas rurais tinham nas atividades agrícolas, mineradoras, e em outras adjacentes, o seu meio de sobrevivência.

No interior, o cenário econômico era bastante diversificado e fragmentado²⁷². Eram quatro as grandes zonas econômicas do Estado. Desde o período colonial, a primeira área econômica a se constituir foi o recôncavo, local onde se produziam o açúcar e o tabaco²⁷³. Outra região importante era a do vale do São Francisco na qual predominava uma agricultura diversificada e com o escoamento facilitado da produção, através do rio, para as áreas litorâneas²⁷⁴. Uma terceira zona concentrava-se no sul do Estado, especificamente em Itabuna e Ilhéus, municípios produtores de cacau. Desde o início do século XX, o pólo cacaulcultor havia se afirmado como a mais importante fonte de receitas para o governo estadual e como o principal sustentáculo da pauta baiana de exportações²⁷⁵. A quarta área mais expressiva, do ponto de vista econômico, era a Chapada Diamantina, constituída com base nas atividades mineradoras praticadas desde meados do século XIX. A Chapada, porém, acabou firmando, historicamente, laços econômicos mais fortes com Estados mais próximos como Piauí, Goiás e Minas Gerais. Tal situação decorria da inexistência de um sistema viário que melhor integrasse a região das Lavras Diamantinas a Salvador²⁷⁶.

Sob a égide do mandonismo local e do poder dos coronéis de cada região, as populações do interior da Bahia, desprovidas da propriedade das terras e de qualquer outro meio de produção, arrumavam trabalho nas fazendas ou em outras atividades que orbitavam em torno destas. Mal remunerados, analfabetos em sua maioria, convivendo com endemias rurais e sem vislumbrarem qualquer outra alternativa de sobrevivência mais digna, os “sertanejos” viviam abandonados à própria sorte e à mercê dos interesses coronelísticos²⁷⁷.

Na capital, em sua conformação, a sociedade soteropolitana reproduzia o caráter concentrado da economia baiana. Em 1920, 163.410 pessoas declararam, perante o censo, que não exerciam nenhuma atividade profissional regular. Esse número representava 57,7% do

²⁷² SAMPAIO, Consuelo Novais. Os partidos políticos da Bahia na Primeira República: uma política de acomodação. Op. Cit., pp. 6-7.

²⁷³ CASTELLUCCI, Aldrin Armstrong Silva. pp. 43-44.

²⁷⁴ PANG, Eul-Soo. *Coronelismo e oligarquias, 1889-1943, a Bahia na 1ª República brasileira*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1979. pp. 39-55.

²⁷⁵ FREITAS, Antônio Fernando Guerreiro Moreira de. *Os donos dos frutos de ouro*. Salvador: UFBA, 1979 (Dissertação de Mestrado em História).

²⁷⁶ PANG, Eul-Soo. Op. Cit.

²⁷⁷ Segundo Luiz Antonio de Castro Santos, o relatório das viagens de Artur Neiva e Belisário Penna, publicado em 1916, foi decisivamente influenciado pelas observações dos médicos acerca das circunstâncias de pobreza e isolamento das áreas interioranas da Bahia. VER: FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Op. Cit., p. 150.

total da população da época²⁷⁸. O elevado índice denota as difíceis condições de vida e sobrevivência da maioria da população de Salvador, ainda que, entre estes “desocupados”, estivessem muitas crianças e donas de casa. Utilizando-se de trabalhos temporários e sazonais, os quase 58% da população atuavam nas ruas como biscateiros, vendedores ambulantes, quituteiras, peixeiros, pedreiros, carregadores esporádicos, doceiros, mendigos e pedintes, sendo considerados, cotidianamente, como vadios pelas elites cidadinas²⁷⁹. No referido censo, 4% dos recenseados (11.247 pessoas) declararam como ocupação a prestação de serviços domésticos²⁸⁰. Entretanto, essa atividade tinha também um caráter de sazonalidade bem acentuado. Ainda de acordo com as estatísticas de 1920, 11.204 soteropolitanos “enquadravam-se” no último item de profissões mal definidas. Este número representava 3,9% da sociedade local²⁸¹. Se forem somados os três índices (domésticos, profissões mal definidas e sem profissão), chegar-se-á à marca de quase 66% do total de habitantes, ou seja, 185.861 soteropolitanos. Esta era a real dimensão da pobreza que imperava na Salvador do início do século XX. A “equação” que misturava pouco desenvolvimento econômico com trabalho instável, trazia como resultado a necessidade da população pobre buscar, nas ruas, expedientes para a sua sobrevivência.

A escravidão havia deixado marcas na configuração social soteropolitana. Tendo sido um grande mercado de africanos entre os séculos XVI e XIX e apresentando pequenos índices de imigração européia durante a Primeira República, Salvador, diante do quadro econômico descrito, tinha na cor negra a cor de sua pobreza, da sua mendicância e da sua irregular ocupação profissional²⁸². Desta forma, a população de trabalhadores da cidade, era predominantemente negra ou mestiça. Nesse universo, aqueles que se ocupavam de ofícios com remuneração mensal regular labutavam, ao lado dos minoritários brancos, nas atividades já apresentadas anteriormente. Essa situação, porém, não significava total distanciamento da pobreza uma vez que muitos dos trabalhadores conviviam com baixos rendimentos e com o medo do desemprego.

O número excessivo de desempregados gerava um vasto “exército de mão-de-obra” disponível que contribuía para a queda dos níveis de assalariamento resultando, assim, na degradação das condições de vida dos empregados formais. Desta forma, a grande parcela da

²⁷⁸ CASTELLUCCI, Aldrin Armstrong Silva. Op.Cit., pp. 45-46.

²⁷⁹ DIAS, Adriana Albert. *A malandragem da mandinga: o cotidiano dos capoeiras em Salvador na República velha (1910-1925)*. Dissertação de Mestrado. Salvador, UFBA: 2004. pp. 20-24.

²⁸⁰ Ibidem.

²⁸¹ BRASIL. Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio. Diretoria Geral de Estatística. Recenseamento do Brasil realizado em 1º de setembro de 1920. Rio de Janeiro: tipografia da estatística, 1930, V. IV (5ª parte – População). pp. 362-363. Apud: CASTELLUCCI, Aldrin A. Silva p. 46.

comunidade de Salvador vivia castigada pelo excesso de trabalho, pela má alimentação, pela carestia dos gêneros de primeira necessidade e dos aluguéis, pela insalubridade de suas moradias, pelos surtos epidêmicos e “a luta pela sobrevivência não se esgotava em garantir um lugar no mercado de trabalho e os ganhos. Pode-se vislumbrar lances dramáticos cotidianos ao longo de muitas vidas ameaçadas pela penúria”²⁸³.

Entre os operários das fábricas, trabalhadores de ofícios qualificados empregados em obras de construção, em pequenas manufaturas e em oficinas, trabalhadores do ramo da extração, comerciários, operários dos transportes marítimo, fluvial, terrestre e urbano (estivadores e carregadores) “temos uma classe operária soteropolitana composta por cerca de 55.000 membros”²⁸⁴.

O restante da população que não se encontrava nessa camada e nem dentre os outros trabalhadores, compunha junto os setores médios e a classe dominante da sociedade de Salvador. Juntos chegavam a representar em torno de 15% (aproximadamente 42.516 pessoas) da comunidade local²⁸⁵. No setor intermediário encontramos funcionários públicos, profissionais liberais com título acadêmico (médicos, advogados, engenheiros e professores), comerciantes, pequenos proprietários das terras existentes nos arredores da cidade e outros trabalhadores qualificados empregados por conta própria. No topo da pirâmide social da época, estavam banqueiros, alguns industriais, os “barões” do açúcar, altos burocratas e as elites comerciais que controlavam os negócios na cidade²⁸⁶.

No cenário político, a Bahia se inseriu na ordem republicana identificada como o “*locus*” dos ideais monarquistas mais resistentes e associada, constantemente, ao seu passado recente de escravidão. Inicialmente contrárias a instalação de novo regime, as elites políticas baianas acabaram aderindo à República ajustando as suas inovações institucionais, a exemplo do federalismo e do fim do voto censitário, aos interesses das oligarquias locais. A partir de então, o agora Estado da Bahia, passou a ser o palco de disputas entre vários grupos conservadores que almejavam o controle da esfera pública institucional. Nesse quadro de conflitos predominavam as práticas coronelísticas de poder. Figuras políticas tradicionais e

²⁸² DIAS, Adriana Albert. Op. Cit., pp. 18-20.

²⁸³ SANTOS, Mário Augusto da Silva. Op. Cit., p. 60.

²⁸⁴ CASTELLUCCI, Aldrin Armstrong Silva. Op. Cit., p. 80.

²⁸⁵ Esta estimativa foi projetada de acordo com os dados encontrados nos trabalhos consultados que examinaram a estrutura social soteropolitana do período. VER: CASTELLUCCI, Aldrin Armstrong Silva. Op. Cit., pp. 27-93; AZEVEDO, Thales de. *As elites de cor numa cidade brasileira: um estudo de ascensão social & classes sociais e grupos de prestígio*. 2ª edição – Salvador: EDUFBA: EGBA, 1996; DIAS, Adriana Albert. Op. Cit., pp. 18-24; SANTOS, Mário Augusto da Silva. Op. Cit., pp. 13-64; GUIMARÃES, Antônio Sérgio. Estruturas de classes e formações anteriores. In: *Um sonho de classe: trabalhadores e formação de classe na Bahia nos anos oitenta*. São Paulo, HUCITEC, 1998, pp. 43-60.

²⁸⁶ GUIMARÃES, Antônio Sérgio. Op. Cit.

fiéis à monarquia até seus últimos dias tais como, Severino Vieira, Luiz Viana, José Marcelino e Araújo Pinho, passaram a controlar a configuração partidária baiana. O personalismo e o patrimonialismo davam o tom dos usos e costumes da política local. As agremiações acabavam, na prática, sendo identificadas pelos nomes dos líderes políticos de cada grupo, situação que demonstrava a fraqueza ideológica que orientou a organização destes partidos²⁸⁷. No decênio inaugural do século passado, existiam concomitantemente, na Bahia, treze partidos políticos montados de acordo com os interesses particulares de seus chefes que lutavam entre si para não se afastarem do poder²⁸⁸.

De acordo com o novo regime republicano, os analfabetos não poderiam, teoricamente, votar. Possuindo 82% de analfabetos em sua população²⁸⁹ nas duas primeiras décadas do século XX, a Bahia iniciava a sua experiência republicana, já marcada pela pouca participação política da maioria da sua população. As camadas populares, sem acesso à educação formal, foram excluídas do processo decisório. Estas circunstâncias acentuavam o caráter elitista da vida política e reforçavam o poder das oligarquias baianas.

Entretanto, a fraqueza ideológica dos partidos baianos traduzia a forte tendência à fragmentação presente na composição oligárquica do Estado. Sem bases sólidas de organização partidária, as elites políticas representantes da capital e do recôncavo baiano reproduziam-se no poder sem conseguir, no entanto, o controle administrativo do Estado, como um todo. Refletindo o caráter regionalizado e diversificado da economia baiana, o poder político na República Velha fragmentava-se entre as lideranças locais dos grandes espaços geoeconômicos da Bahia.

“Cada uma das áreas agrícolas e de mineração do Estado desenvolveu características semi-autárquicas. A falta de uma rede ferroviária estadual reforçou o isolamento econômico e espacial dos vários centros de produção. Essas zonas eram, por sua vez, muito pouco integradas à capital”. [...] [...] “Cada centro econômico era um núcleo do poder oligárquico” [...]. “A excessiva regionalização das elites agrárias criava dificuldades para o efetivo controle político-partidário”²⁹⁰. [...]

Esta situação resultava em grandes dificuldades para a execução de políticas públicas no Estado pois esbarravam na hipertrofia do poder local, dos coronéis baianos, na configuração de núcleos oligárquicos específicos e no estabelecimento de vínculos político-econômicos de áreas do interior com regiões de outros Estados mais próximos²⁹¹.

²⁸⁷ SAMPAIO, Consuelo Novais. Op. Cit.

²⁸⁸ Ibidem.

²⁸⁹ Idem.

²⁹⁰ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Op. Cit., pp. 147-148.

²⁹¹ PANG, Eul-Soo. Op. Cit.

A primeira tentativa dos grupos dominantes de “costurar” uma coesão política-administrativa foi em 1901 com a criação do Partido Republicano da Bahia (PRB)²⁹². Organizado por Severino Vieira quando governador do Estado²⁹³, o PRB aglutinava lideranças políticas das oligarquias açucareiras do Recôncavo baiano e do grande comércio agroexportador da capital. O partido, no entanto, buscou agregar outros segmentos representativos da sociedade e do interior do Estado. Tendo sobrevivido a uma cisão interna em 1907²⁹⁴, o PRB atuou até o ano de 1911. Sua desarticulação relacionou-se, principalmente, à derrota sofrida nas eleições presidenciais de 1910, quando o partido apoiou, na Bahia, a candidatura de Ruy Barbosa. Esta foi vencida pela chapa de Hermes da Fonseca e a situação se configurou num “golpe de morte” para a liderança “perrequista”²⁹⁵. A desarticulação abriu espaço para que o grupo político liderado por José Joaquim Seabra chegasse ao poder e viesse compor uma nova liderança local. Seabra, além de já ter sido Ministro da Justiça e Negócios Exteriores na administração de Rodrigues Alves, foi um dos grandes líderes e articuladores da campanha eleitoral de Hermes da Fonseca, que, por sua vez, já havia manifestado a sua intenção de fragilizar as estruturas de poder de tradicionais grupos oligárquicos nos Estados²⁹⁶. Desta forma, ainda em 1910, Seabra foi o responsável pela fundação do Partido Republicano Democrata (PRD) que visava a agregar, na Bahia, os setores políticos que lutaram em favor do presidente eleito. Sob a liderança Seabrista, o domínio do PRD estendeu-se da primeira administração de Seabra (1912-1916) até o seu segundo governo (1920-1924), passando pelo mandato de seu apadrinhado político Antônio Ferrão Moniz de Aragão.

Não obstante tivesse sofrido severas críticas da imprensa oposicionista representada nos jornais *A Tarde* e *Diário da Bahia*²⁹⁷, Seabra procurou centralizar as ações políticas dos municípios e localidades do Estado em torno do poder executivo estadual. De acordo com a Lei da Reforma implementada por ele em agosto de 1915, o governador passava a ter o direito

²⁹² FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Op. Cit., p. 148.

²⁹³ Severino Vieira governou a Bahia entre 1900 e 1904. VER: COSTA, Iraneidson Santos. Op. Cit., p. 118.

²⁹⁴ Neste ano, Severino Vieira discordara do nome de Araújo Pinho para concorrer ao governo do Estado pelo partido e lançou sua própria candidatura. Após a derrota nas eleições, Severino abriria uma dissidência no grupo, enfraquecendo-o a partir de então.

²⁹⁵ SOUZA, Christiane Maria da Cruz de. Op. Cit., p. 76.

²⁹⁶ Ibidem.

²⁹⁷ O jornal *Diário da Bahia* era controlado pelos herdeiros de Severino Vieira, antigo líder do PRB, que perdeu a hegemonia do cenário político baiano para o PRD de Seabra. O jornal *A Tarde*, por sua vez, pertencia a Ernesto Simões Filho que havia rompido com seu antigo líder Seabra, já no final de seu primeiro mandato como deputado estadual. A partir daí, Simões Filho, através de seu periódico, passará a fazer oposição sistemática ao seabristismo. VER: COSTA, Iraneidson Santos. Op. Cit., p. 121 e SOUZA, Christiane Maria da Cruz de. Op. Cit., p. 73.

de nomear os intendentess municipais e de intervir na seleção de funcionários públicos²⁹⁸. Entretanto, apesar de ter promovido uma gestão caracterizada pela centralização administrativa, o PRD não conseguiu, em doze anos de hegemonia, exercer efetivamente o controle político sobre os coronéis do interior²⁹⁹.

Em 1924, com a vitória de Francisco Marques de Góes Calmon para o governo do Estado, verificou-se o retorno das “dinastias oligárquicas seculares”³⁰⁰ do Recôncavo e da agroexportação ao controle do poder, através de “um novo” Partido Republicano da Bahia – PRB. Embora contassem com a oposição dos “Mangabeiras” – facção política apoiada por setores médios urbanos de Salvador e grupos ligados à exportação do cacau em Ilhéus – Os Calmonistas predominaram na política baiana até a eclosão da Revolução de 1930³⁰¹. Neste período, sob os governos de Góes Calmon (1924-1928) e de Vital Soares (1928-1930), processaram-se reformas importantes no interior do Estado que representavam um maior aparelhamento do poder público. As reformas ocorreram nas áreas de saúde pública, educação, construções de estradas e agricultura³⁰². Entretanto, a Bahia, ainda no final da década de 1920, não se livrara plenamente dos conflitos entre as facções políticas regionais.

A incapacidade das elites baianas em consolidar uma administração centralizada e o acentuado caráter de oposição das facções partidárias rivais no legislativo, desenvolveram sérios obstáculos para a integração política das regiões e para a interiorização de programas de saúde no Estado. O frágil equilíbrio político na composição de forças entre o interior e a capital, desnudava o descaso dos grupos dirigentes, residentes em Salvador, em relação à saúde das populações rurais. Até meados da década de 1920, a intervenção das autoridades governamentais no interior era praticamente impensável³⁰³. Mesmo após a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920 e do conseqüente aumento da intervenção federal sobre os Estados na área de saúde, a reforma sanitária na Bahia permaneceu limitada diante do poder dos coronéis. Esta situação criaria sérios entraves aos trabalhos anti-amarílicos da Fundação Rockefeller no Estado. Embora a interiorização da saúde pública, levada a cabo pelas equipes da Rockefeller e pelo D.N.S.P, tenha representado um mecanismo de penetração governamental no interior baiano, os serviços continuariam concentrados na capital e em seus arredores³⁰⁴.

²⁹⁸ SOUZA, Christiane Maria da Cruz de. Op. Cit., p. 76.

²⁹⁹ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Op. Cit.

³⁰⁰ COSTA, Iraneidson Santos. Op. Cit.

³⁰¹ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Op. Cit., p. 153.

³⁰² SAMPAIO, Consuelo Novais. Op. Cit., pp. 163-271.

³⁰³ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Op. Cit., pp. 149-150.

³⁰⁴ Ibidem. p. 152.

Desde meados do século XIX, a Bahia sofria com os problemas trazidos pelos surtos epidêmicos que se instalavam na antiga província. O caráter comercial da cidade de Salvador, tornava o porto de Salvador um elemento vital para a sua vida econômica. Este, entretanto, era não somente a porta de entrada de produtos, mas também de doenças³⁰⁵. Marinheiros doentes das tripulações estrangeiras desembarcavam no porto com as “suas febres” variadas e transitavam entre a população local, perambulando pelas ruas e áreas portuárias. Transmissíveis ou contagiosas, essas doenças, muitas vezes, transformavam-se em epidemias. Contando com péssimas condições de higiene nas suas cidades, com a pobreza e com a deficiência alimentar da maioria de sua população; com a inoperância do governo em adotar ações sanitárias de caráter preventivo e com o pouco conhecimento científico para combater as doenças, as epidemias encontravam na Bahia oitocentista um terreno fértil para a sua expansão. Desta forma, os surtos transformavam-se em uma preocupação para os setores dirigentes em função dos prejuízos econômicos que trariam para as classes dominantes e pelas mortes que causavam, principalmente, entre as camadas desfavorecidas.

Entre 1849 e 1854, por exemplo, instalou-se na província a febre amarela “trazida pelo Brigue Brasil proveniente de Nova Orleans”³⁰⁶. Neste período, as orientações da comunidade médica para a execução das práticas de quarentena³⁰⁷ e para a proibição da ingestão do charque, geraram uma séria crise de abastecimento³⁰⁸ e desestabilizaram as relações de comércio internacional da Bahia com as Repúblicas Platinas³⁰⁹. A quarentena era uma medida sanitária extremamente prejudicial ao comércio, pois, além de dificultar as atividades, afastava do porto qualquer embarcação independentemente de ter sido comprovada a existência ou não de enfermos no seu interior. Diante dessas circunstâncias, comerciantes locais e diplomatas britânicos questionavam a validade do método, especialmente com relação à febre amarela, e declaravam-se contrários a sua execução³¹⁰. Assim como a febre em 1854

³⁰⁵ CHAVES, Cleide de Lima. “Fluxo e Refluxo” da Cólera na Bahia e no Prata. Salvador, In: *Anais do III encontro da ANPLACH*, 2002. Salvador: revista nº 7, 2002.

³⁰⁶ *Ibidem*. p. 07.

³⁰⁷ Acreditando que as doenças trazidas pelas tripulações das embarcações que aportavam em Salvador eram contagiosas, muitos médicos baianos, do período, indicavam o isolamento dos navios e o encaminhamento de seus marinheiros para hospitais distantes dos centros urbanos. VER: CHAVES, Cleide de Lima. *Idem*.

³⁰⁸ Sobre as crises de abastecimento na Salvador do século XIX, VER: “Carne sem osso e farinha sem caroço”: O motim de 1858 contra a carestia na Bahia. In: *Revista de História Universidade de São Paulo*, São Paulo, N.135. pp. 133-160, 1996.

³⁰⁹ Sobre o impacto das epidemias nos circuitos comerciais baianos do século XIX, VER: XIMENES, Cristiana Ferreira Lyrio. *Joaquim Pereira Marinho: Perfil de um contrabandista de escravos na Bahia: 1828-1887*. Salvador: UFBA, (Dissertação de Mestrado em História), 1999.

³¹⁰ CHAVES, Cleide de Lima. *Op. Cit.*

apresentava sinais de refluxo, o cólera morbus, em 1855 deu continuidade aos transtornos sócio-econômicos já vividos pela província desde 1849³¹¹.

Entre 1855 e 1856, a Bahia experimentou nova crise de abastecimento em decorrência da doença. Os primeiros casos da enfermidade foram verificados em 21 de julho de 1855 na região do Rio Vermelho e na antiga freguesia de Santo Antônio³¹². A partir do final de agosto o número de doentes em Salvador cresceu significativamente e coincidiu com a ocorrência de casos de cólera no Recôncavo e em outras cidades do interior da província³¹³. A epidemia resultou na desorganização da economia local, na alteração das relações afetivas e, circunstancialmente, na modificação de hábitos seculares de sepultamento no interior das igrejas³¹⁴.

O quadro de insalubridade e de instabilidade comercial na província perduraria durante a segunda metade do século XIX e refletiria, não somente, a ingerência do Império e do governo provincial no sentido de promoverem programas de saúde coletiva, mas também, o desconhecimento dos médicos em relação aos mecanismos de propagação das enfermidades e aos métodos apropriados para a sua prevenção e cura³¹⁵.

Com a instalação da República, apesar das resistências políticas iniciais, o tão sonhado projeto de remodelação urbana para a capital da Bahia, contava com dois fortes aliados: o federalismo do novo regime e os ideais de modernidade provenientes de países europeus ricos e “civilizados”, que tanto seduziam, no Brasil, as camadas dominantes. Para alguns setores da sociedade da época, autonomismo republicano representava a independência política das antigas províncias em relação ao poder central, criando-se, as condições para a execução dos projetos de urbanização das cidades. O novo modelo político estava, portanto, associado aos ideais de organização, progresso e modernização social³¹⁶.

Por sua vez, as concepções de reordenamento urbano já povoavam o pensamento das elites dirigentes baianas desde os tempos do Império. Entre 1841 e 1860, alguns melhoramentos foram realizados de acordo com as necessidades de ampliar o aspecto eminentemente comercial, administrativo e militar que a cidade havia herdado dos tempos

³¹¹ DAVID, Onildo Reis. *O inimigo invisível: A epidemia na Bahia no século XIX*. Salvador: Ed. UFBA, Sarah Letras, 1996.

³¹² *Ibidem.* p. 17.

³¹³ *Idem.*

³¹⁴ *Idem.*

³¹⁵ Como exemplo da situação descrita, poderíamos citar os circuitos epidêmicos que se instalaram entre a região platina e o Brasil, especificamente a Bahia, durante os anos da guerra do Paraguai e do “pós-guerra”. No alcance destes circuitos estavam doenças como: a febre amarela, o cólera e a varíola. Sobre esta questão, VER: CHAVES, Cleide de Lima. *Op. Cit.*

³¹⁶ PEREIRA, Jaqueline Andrade. *Op. Cit.*, p. 10.

coloniais³¹⁷. O “novo” espaço urbano deveria abrigar, em si, locais específicos para atividades culturais, passeios, encontros e contemplação. A criação dessas áreas foi pensada em benefício das famílias citadinas mais abastadas, ansiosas para incorporarem, em seu cotidiano, práticas e hábitos importados das sociedades “modernas e avançadas”. Para este fim, as ruas e avenidas deveriam corresponder às aspirações dos médicos higienistas e dos engenheiros da época, que projetavam vias públicas mais largas, fluidas, limpas, higiênicas e livres de grandes aglomerações urbanas.

Os locais públicos deveriam ser agradáveis, esteticamente bem ordenados e, principalmente, saudáveis do ponto de vista moral³¹⁸. Entretanto, o alcance das primeiras iniciativas se limitou a alguns locais específicos da cidade. Durante o governo de Francisco Gonçalves de Martins (1848-1852), as únicas áreas beneficiadas no projeto urbanístico desenvolvido pela recém criada Inspetoria de Obras Públicas foram o Campo Grande, o Rio Vermelho, a península de Itapagipe, o São Bento e a Sé³¹⁹. No projeto estavam previstas obras de arborização e calçamento das ruas e a construção de praças e jardins. Mesmo nas décadas de 1870 e 1880, os novos melhoramentos realizados priorizaram as localidades onde residiam as elites soteropolitanas e as obras que pudessem facilitar o deslocamento de pessoas e mercadorias entre as duas grandes zonas de Salvador: a cidade alta e a cidade baixa. Ambas foram interligadas na década de 1880 após o final da construção da rua Montanha³²⁰.

Apesar de todos estes esforços, a capital baiana, entre o final do século XIX e o início do século XX, aparentava estar, esteticamente, refém de seu passado colonial e escravista e muito distante de ter a infra-estrutura urbana almejada pelas elites soteropolitanas. Esta situação em muito diferia das modificações que já se processavam em outras capitais do país. Enquanto as cidades de São Paulo e Rio de Janeiro já haviam empreendido, na primeira década do século XX, as suas respectivas reformas, Salvador haveria de esperar por mais alguns anos para ter o início de suas transformações. De acordo com Rinaldo César Leite,

³¹⁷ FONSECA, Raimundo Nonato da Silva. *“Fazendo Fita”*: *Cinematographos, cotidiano e imaginário em Salvador*. 1897-1930. Salvador, UFBA (Dissertação de mestrado em História), 2000. pp. 15-16.

³¹⁸ *Ibidem*.

³¹⁹ MANTEEDI, Maria R. Mattoso; BRITO, Marússia R de; BARRETO, Sueli Santos. *Salvador: o processo de urbanização*. Salvador: Faculdade de Arquitetura da UFBA, 1978. Apud: FONSECA, Raimundo Nonato da Silva. Op. Cit.

³²⁰ Todos estes empreendimentos foram inspirados em modelos de reformas urbanas ocorridas na Europa e na França, especificamente. Desde a execução do reordenamento da cidade de Paris promovido pela administração do Barão Haussman entre 1850 e 1860, a França tornou-se a grande referência mundial nesta matéria. VER: BELENS, Adroaldo de Jesus. *A modernidade sem rostos: Salvador e a telefonia (1881 – 1924)*. Salvador, UFBA (Dissertação de mestrado em História), 2002. pp. 21-31.

Salvador experimentou, ainda antes da gestão de Seabra, a implantação de obras que já “demonstravam impulsos de transformação urbana”³²¹.

Entre 1906 e 1910, o porto de Salvador e as regiões circunvizinhas do antigo bairro comercial foram beneficiadas com trabalhos de construção de cais e armazéns, pavimentação de ruas e obras de saneamento. Estas iniciativas possuíam o sentido econômico estratégico de ampliar a infra-estrutura portuária e sanitária da região. O objetivo era melhorar as condições de salubridade e garantir a manutenção das atividades de comércio exterior. Desta forma, traduziam-se em obras de caráter pontuado e de pouco alcance. Somente na primeira gestão de J.J. Seabra (1912-1916), o projeto de esquadrinamento da urbis soteropolitana foi, efetivamente, colocado em prática³²². Seabra foi secretário e ministro da Viação e Obras Públicas do governo de Rodrigues Alves no momento em que se processava a remodelação do antigo distrito federal promovida pelo, então, “prefeito-engenheiro”, Pereira Passos. Seabra retornou a Salvador influenciado por estas reformas desejando instalar um processo semelhante na capital da Bahia.

Após a sua tumultuada ascensão ao poder na Bahia³²³, o recém empossado governador e seu projeto de intervenções no espaço urbano, promoveram alterações mais significativas na feição da cidade, que, no entanto, mantinham fortes orientações elitistas. As áreas privilegiadas pelo alargamento de ruas, abertura de avenidas e construção de novos edifícios pertenciam aos distritos da Sé, da Vitória, do São Pedro e da Conceição. Nestes distritos residiam, predominantemente, profissionais liberais, funcionários públicos, membros da elite comercial soteropolitana e estrangeiros que se instalavam na cidade³²⁴. Entre os distritos de Vitória e São Pedro, inclusive, haveria de “passar” a obra mais representativa e importante da remodelação; a avenida Sete de Setembro. Os outros bairros e localidades pertencentes a distritos mais populares como Brotas, Mares, Penha e Santo Antônio não usufruíram do ímpeto modernizante do governo seabrista.

A defesa de reformas urbanas na República foi protagonizada pelos médicos higienistas e sanitaristas que faziam severas críticas às más condições de salubridade e

³²¹ LEITE, Rinaldo César Nascimento. “E a Bahia civiliza-se” ... *Ideais de civilização e cenas de anti-civilidade em um contexto de modernização urbana*, Salvador 1912-1916. Salvador, UFBA (Dissertação de mestrado em História) 1996. pp. 51 - 53.

³²² Ibidem.

³²³ Fruto de um conturbado pleito eleitoral, a chegada de Seabra ao governo da Bahia, em março de 1912, se deu graças a uma intervenção federal no Estado, concretizada através do bombardeio de Salvador no dia 12 do mesmo mês. Para maior aprofundamento, VER: SAMPAIO, Consuelo Novais. *O poder legislativo da Bahia: Primeira República (1889 – 1930)*. Salvador: Assembléia Legislativa: UFBA, 1985. pp. 44-48.

³²⁴ LEITE, Rinaldo César Nascimento. Op.Cit., p. 65.

limpeza das cidades, persistentes desde o Império³²⁵. Essas condições, de acordo com a visão dos médicos, eram as principais responsáveis pela proliferação de doenças na cidade e pelos prejuízos causados às atividades comerciais. A sujeira das ruas era, inclusive, um traço marcante da capital baiana e envergonhava as classes dominantes da cidade. O projeto higienista, portanto, deveria se concretizar através de alguns fundamentos básicos. O primeiro era a instalação de uma política de intervenção de infraestrutura no meio físico da cidade. O segundo pilar era a necessidade de garantir a assistência médica às pessoas doentes por meio de instituições que isolassem e tratassem esses enfermos. O terceiro fundamento era a implantação de mecanismos de disciplinarização sobre os hábitos e comportamentos das classes mais baixas da sociedade³²⁶. Este último, em específico, adquiria uma importância fundamental para a execução da modernização pretendida. As elites letradas e econômicas de Salvador convivendo com uma população analfabeta em sua maioria, destituída de meios suficientes para a sua sobrevivência e predominantemente negra e mestiça, tinham na política de vigilância e controle sobre os costumes populares, uma estratégia fundamental para o sucesso do projeto modernizador. Dotada de forte sentido racista e elitista, esta política tinha o objetivo de enquadrar os “incivilizados” da cidade e de promover a desafricanização das ruas e dos costumes³²⁷.

Através dos jornais, os padrões de comportamento e as normas de higienização eram propagados para todos os setores da sociedade. As matérias publicadas nesses veículos de comunicação, estavam respaldadas nas teses da Faculdade de Medicina da Bahia, acessíveis apenas a uma pequena elite intelectualizada da época. As teses alertavam para a necessidade de implementação de campanhas em favor da higiene social através da repressão aos costumes incivilizados, às práticas populares de cura e às manifestações religiosas de matriz africana. Estes elementos componentes do cotidiano popular soteropolitano eram interpretados como nocivos à saúde física e moral da sociedade e como sendo entraves para a efetivação do progresso e da civilização na Bahia³²⁸. Não obstante o analfabetismo predominante entre os habitantes de Salvador, as informações contidas nos jornais acabavam chegando aos ouvidos dos não letrados através da divulgação “boca a boca”³²⁹.

A antiga cidade popular, mundana e carregada de aglomerações deveria, então, ser substituída por uma nova, com características metropolitanas, capaz de impor, aos seus

³²⁵ Ibidem.

³²⁶ Idem. pp. 9-11.

³²⁷ FERREIRA FILHO, Alberto Herácio. *Salvador das Mulheres: condição feminina e cotidiano popular na belle époque imperfeita*. Dissertação de Mestrado, Salvador, UFBA, 1993. pp. 98-119.

³²⁸ PEREIRA, Jaqueline de Andrade. Op. Cit., p. 13.

habitantes, novos padrões de comportamento que civilizariam as classes subalternas. O embelezamento da cidade deveria, portanto, ser acompanhado da normatização do trânsito das populações pobres sobre as principais áreas da cidade. Desta forma, estaria garantida uma maior tranqüilidade para a circulação das elites nas vias públicas.

Contrariando estes princípios, parte expressiva da população pobre da cidade ocupava cotidianamente as ruas. Os espaços públicos representavam um meio de vida para os setores que neles labutavam através dos mais informais e variados serviços. De acordo com as elites, estes “incivilizados” não sabiam se comportar em público, se vestir, eram viciosos, “emporcalhavam” as ruas e usavam vocabulário impróprio para os novos ventos de progresso e civilização que arejavam o país³³⁰.

A expressiva maioria de negros e mestiços de rendimento incerto transitava de forma desordenada pelas ruas misturada às elites europeizadas da cidade. O drama destes segmentos sociais mais abastados aumentava quando ocorriam as festas cívicas ou de caráter público – tais como o Dois de Julho – que estimulavam os populares a ganharem as ruas após os desfiles comemorativos³³¹. Bebedeiras, rodas de capoeira, brigas, arruaças, jogos e sambas de roda eram sempre freqüentes nestes eventos e manchavam a imagem de Salvador, enquanto cidade civilizada, perante a imprensa sulista e os estrangeiros que a visitavam³³².

O processo de execução das reformas, na prática diária, acabava promovendo sérios inconvenientes para a população em decorrência da formação de entulhos de materiais de construção, do acúmulo de poeira das demolições e da falta de sinalização em muitas obras. Em períodos de chuva, este conjunto de situações resultava em lama, empoçamento das águas e acúmulo de detritos e lixo nas ruas, tornando-as ainda mais sujas e irregulares³³³. Tais empreendimentos urbanísticos contavam também com entraves financeiros para a conclusão das suas obras. Como não dispunha de recursos próprios, o governo do Estado, autorizado pelo poder legislativo, contraiu empréstimo junto a bancos estrangeiros para levar a cabo o projeto higienista. Às vésperas da Primeira Guerra Mundial, o quadro internacional de tensões e instabilidade já havia gerado uma significativa diminuição da disponibilidade de capitais para empréstimos exteriores na Europa. Essa situação criava dificuldades para a aquisição de

³²⁹ Ibidem.

³³⁰ DIAS, Adriana Albert. Op. Cit., p. 18.

³³¹ ALBUQUERQUE, Wlamyra Ribeiro de. *Algazarra nas ruas. Comemorações da Independência na Bahia*. (1889 – 1923). Campinas. Ed. Unicamp, Cecuh, 1999. pp. 53-56.

³³² Ibidem.

³³³ LEITE, Rinaldo César Nascimento. Op. Cit., p. 71.

verbas. Sem recursos, as reformas da modernidade, já limitadas desde o seu projeto original, se processavam de forma lenta e insatisfatória, permanecendo restritas à capital³³⁴.

Em cidades do Recôncavo e de outras áreas do interior do Estado, a modernização higienista demorou a chegar. Esta ocorreu por meio de matérias publicadas em jornais, de campanhas educacionais e de higiene e de publicações sobre o saneamento e disciplinarização³³⁵. Mergulhada num quadro de pouco desenvolvimento econômico, de falta de recursos, de ingerência política e de profundas desigualdades sociais, a velha Bahia encontrava-se pouco afeita aos princípios de civilização e salubridade, situação que transformava a sua modernização em um processo incompleto, tímido e imperfeito. Tal situação se refletia, de forma ainda mais grave, no quadro sanitário. Diante de debilidade das reformas, a Bahia continuava cenário de doenças endêmicas e de péssimas condições sanitárias.

A capital, a rigor, convivía com sérios problemas de infra-estrutura urbana. As deficiências submetiam a maior parte da população a conviver com déficit habitacional, com a falta de água encanada, de esgotamento sanitário e de luz, com a imundice das ruas e com a falta de hospitais³³⁶. A insalubridade era, de fato, uma questão ainda persistente em Salvador, e também muito mal resolvida no interior do Estado.

A cidade da Bahia não possuía plano de rua definido e as construções, quase sempre, acabavam avançando sobre as vias, tornando-as estreitas e mal calçadas. As ruas, também, eram locais onde os animais faziam suas excrescências e onde os populares colocavam os despejos de suas casas. A coleta de lixo não tinha hora certa para acontecer e os dejetos amontoavam-se no espaço público³³⁷. Para além desta situação, muitos terrenos baldios ocupavam o centro da cidade e transformavam-se “em depósitos de lixo, escoadouros de águas servidas e de excrementos de outras casas. Os charcos e pântanos ajudavam a compor a paisagem de um ambiente que favorecia a malária e a febre amarela”³³⁸. A falta de tratamento de água e a ausência de uma rede ampla e eficiente de esgoto facilitavam a propagação de doenças infecto-contagiosas e parasitárias³³⁹. Por sua vez, as residências em Salvador não alcançavam os mais rasteiros e pouco exigentes limites de habitabilidade. As casas das

³³⁴ Ibidem. p. 72.

³³⁵ PEREIRA, Jaqueline de Andrade. Op. Cit., p. 24.

³³⁶ SOUZA, Christiane Maria Cruz de. Op. Cit., p. 24.

³³⁷ UZEDA, Jorge Almeida. *A Morte Viglada: a cidade do Salvador e a prática da medicina urbana* (1890 – 1930). Salvador, UFBA, (Dissertação de mestrado em História), 1996.

³³⁸ Ibidem.

³³⁹ Idem, p. 123.

camadas mais populares da cidade eram, em geral, mal arejadas, pouco iluminadas, sem higiene e com quintais cheios de água empoçada³⁴⁰.

Os órgãos de imprensa se apropriavam dos reclames do movimento sanitaria difundidos na década de 1910, para chamar a atenção das autoridades e dos habitantes com relação ao incipiente quadro sanitário do Estado. No entanto, nenhum tipo de questionamento era feito sobre as circunstâncias de pobreza na qual se encontrava imersa a maioria da população baiana³⁴¹. Em fevereiro de 1921, o jornal *A Tarde* denunciava:

“Todo dia lá vem no Diário Oficial o boletim diário do Hospital de Isolamento com estas rubricas infalíveis, entre outras acidentais: peste bubônica- entraram tantos, existiam tantos, morreram tantos, continuam em tratamento tantos, varíola – idem, idem. [...] [...] até bem pouco tempo tínhamos como constante a desinteria, que agora, há vários dias não aparece. [...] [...] Mas isso é assim mesmo. E podia ser muito pior. As epidemias, entre nós, instalam-se a gosto, vêm quando acontece virem e vão quando querem, terminados, os seus ciclos ou surtos fatais”³⁴².

Em maio do mesmo ano, novas denúncias foram publicadas através da matéria “A saúde da cidade”:

“O estado sanitário da cidade continua a não ser bom. Prolonga-se a epidemia, nunca mais extinta, da varíola, cujo surto maior, vai por dois anos ou mais, talvez. Repetem-se os casos de peste bubônica, _ o terrível flagelo que há tanto tempo assentou nesta capital os seus quartéis para nunca mais abandonar. A desinteria grassa com o mesmo desembaraço de sempre, que lhe dá na telha aparecer. [...] [...] E nem se fala da tuberculose, contra a qual nada se tenta: da mortalidade infantil por afecções do aparelho digestivo, que não provoca uma ação humanitária enérgica dos poderes públicos, bem de outros males ...
[...] De febre amarela, os dois últimos casos verificados na capital não deram entrada no Isolamento: aliás esse flagelo está, como se sabe, fazendo uma disgressão devastadora para os lados de Jaguaquara”³⁴³. [...]

Não obstante o jornal *A Tarde* nesse período fizesse oposição ao PRD e, em especial, ao segundo mandato de J.J. Seabra (1920 – 1924), as reportagens, apesar de politicamente orientadas, retratavam as circunstâncias em que se encontrava o Estado em termos de saúde pública. De fato, a Bahia já era desde tempos mais remotos o “reduto” de surtos epidêmicos circunstanciais. A situação não se alteraria com a instalação da República. Assim, a União, até o início da década de 1920, não estava politicamente orientada para a intervenção direta na área de saneamento³⁴⁴. Descapitalizada e reproduzindo o caráter reduzido que tivera, inicialmente, o poder federal, a administração pública na Bahia se encontrava completamente desaparelhada para garantir saúde a sua população. Os órgãos sanitários de que dispunha,

³⁴⁰ Idem, pp. 123 – 127.

³⁴¹ SOUZA, Christiane Maria Cruz de. Op. Cit.

³⁴² Jornal *A Tarde*, 14 de fevereiro de 1921. p. 01.

³⁴³ Jornal *A Tarde*, 01 de maio de 1921. p. 01. Grifos meus.

³⁴⁴ UZEDA, Jorge Almeida. Op. Cit., p. 20.

eram resquícios de instituições ineficazes constituídas durante o Império³⁴⁵. Na prática, o Estado baiano não dispunha de nenhum hospital de urgência e emergência durante toda a Primeira República. Os poucos serviços hospitalares deste tipo ficavam entregues à iniciativa particular ou caritativa que os administrava com algum auxílio financeiro do governo, sem que este se envolvesse diretamente na gestão das instituições³⁴⁶.

No ano de 1915, Seabra conseguiu, efetivamente, finalizar a construção do Instituto Bacteriológico que, em 1917, passou a se chamar Instituto Oswaldo Cruz. Embora bem equipado para a produção de vacinas, o Instituto, sem recursos e sem contar com gestores voltados para a pesquisa, não foi capaz de liderar mudanças significativas na saúde do Estado³⁴⁷.

Havia consenso entre as autoridades políticas sobre a carência da Bahia e da cidade de Salvador, de um serviço de saneamento que fosse eficiente. Faltavam investimentos no setor e o próprio governo do Estado declarava não ter recursos para empreender as providências necessárias. Os poucos estabelecimentos de saúde pública da capital não funcionavam plenamente e a maioria carecia, urgentemente, de reformas. Em mensagem apresentada à Assembléia Legislativa, ainda em 1924, Góes Calmon reconhecia:

“Relativamente a outros serviços do estado, este é o que se acha mais aparelhado para preencher os seus fins; Há, entretanto, ainda muito que fazer. Dispomos presente de vários institutos, como a Assistência Pública, o Instituto Oswaldo Cruz, o Hospital de Isolamento, o Hospício São João de Deus, o Desinfetório Central, o Hospital dos Lázaros, o terceiro e o quarto grandes concertos, conclusões e remodelações, os dois últimos absolutamente imprestáveis e mesmo dificilmente aproveitáveis para o fim a que se destinam. É um assunto que, por sua extraordinária importância, merece particular atenção do governo, que tudo empregará para melhorar quanto possível às condições sanitárias desta capital e de todo o Estado. Os serviços de higiene e de profilaxia geral devem ser uma realidade, de modo que defendam efetivamente a população de todas as endemias e epidemias cujos surtos tanto prejudicam”³⁴⁸.

Outro fator de ordem administrativa que acentuava o cenário de debilidade sanitária, era a prática, corrente no Estado, de distribuição de cargos públicos e favores políticos toda vez que um novo governador tomava posse. O nepotismo dava configuração diretiva dos órgãos públicos incluindo também as agências de saúde. Geridos por apadrinhados políticos inexperientes, os órgãos trocavam constantemente de diretores impedindo a implantação de projetos consistentes de saneamento no Estado³⁴⁹. Quando chegavam ao poder, “os

³⁴⁵ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Op. Cit., pp. 155 – 171.

³⁴⁶ UZEDA, Jorge Almeida. Op. Cit., p. 21.

³⁴⁷ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Op. Cit.

³⁴⁸ CALMON, Francisco Marques de Góes. Mensagem apresentada pelo Exmo. Sr. Dr. Francisco Marques de Góes Calmon, Governador do Estado da Bahia à Assembléia Geral Legislativa por ocasião da abertura da 1ª Reunião Ordinária da 17ª Legislatura em 07/04/1922. Imprensa Oficial do Estado, 1924, pp. 15-16.

³⁴⁹ SOUZA, Christiane Maria Cruz de. Op. Cit., p. 77.

governadores mudavam as leis e colocavam seus apaniguados nos postos, mas sem alteração fundamental para a saúde da população”³⁵⁰.

No interior do Estado o quadro era ainda mais grave. Ainda em 1921, o então Diretor Geral da Saúde Pública, Dr. Gonçalo Moniz, afirmava em mensagem dirigida à Assembléia Legislativa:

“Já de algum tempo que o autor deste relatório se tem empenhado no sentido de ser levada a efeito neste estado a magna e momentosa campanha contra as endemias que reinam aqui, como as outras partes do vasto território brasileiro, especialmente as verminoses e o paludismo, perniciosos e assíduos fatores de morbosidade nacional e degeneração da nossa raça.

As despesas extraordinárias ocasionadas em 1918 e 1919 com as epidemias que sucessivamente irromperam neste estado (febre amarela, influenza, varíola), absorvendo as atenções e atividades das autoridades sanitárias, impediram que o governo empreendesse, à falta dos suficientes recursos, essa obra difícil e dispendiosa do saneamento rural”³⁵¹.

Um grande número de cidades não tinha órgãos de higiene pública e aquelas que possuíam alguma organização desta natureza contavam com serviços bem rudimentares³⁵². Diante de tanta ingerência, as populações se tornavam reféns do clientelismo, em situações que exigiam internamento hospitalar. A saúde dos sertanejos ficava abandonada a própria sorte ou à mercê da boa vontade dos coronéis.

Em Salvador, entre os anos de 1912 e 1924, os inspetores sanitários do Estado apresentavam seus relatórios a Diretoria Geral de Saúde Pública denunciando as péssimas condições de vida, moradia e trabalho das classes desfavorecidas³⁵³. Trabalhando de forma exaustiva e convivendo com poucos rendimentos, os setores desfavorecidos eram obrigados a se aglomerar em habitações insalubres e a passar por privações alimentares, tornando-se presas fáceis para os surtos epidêmicos³⁵⁴.

Nas duas primeiras décadas do século XX, nem as administrações estaduais e nem a antiga Diretoria Geral de Saúde Pública foram capazes de alterar as difíceis circunstâncias sanitárias em que se encontrava a Bahia. De um lado, o Estado não dispunha de instalações hospitalares, de recursos e nem de força política interna que possibilitassem transformar a situação. De outro, a União ainda não havia assumido a plena responsabilidade em relação à execução de uma política de saúde em âmbito nacional. Assim, rodízios epidêmicos assolavam a Bahia atacando a sua já debilitada população e impondo graves prejuízos econômicos, políticos e humanos para o Estado.

³⁵⁰ UZEDA, Jorge Almeida. Op. Cit.

³⁵¹ SEABRA, José Joaquim. Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa em sua 1ª. Reunião da 16ª Legislatura pelo Dr. José Joaquim Seabra, Governador do Estado. Bahia, Imprensa Oficial 1922. 9 Tab. pp. 452-453. Grifo meu.

³⁵² FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Op. Cit.

³⁵³ SOUZA, Christiane Maria Cruz de. Op. Cit., p. 74 - 76.

Tal situação contribuiu para a inserção da Rockefeller na Bahia. Desde 1916, o então diretor de saúde pública da Bahia, o Dr. Gonçalo Moniz³⁵⁵ já manifestava interesse em relação aos trabalhos que a Comissão Rockefeller começara a desenvolver no Brasil. Em maio do mesmo ano, Gonçalo Moniz enviou uma carta ao cônsul norte-americano no Estado da Bahia, Robert Frazer Jr., solicitando detalhes sobre o trabalho da Comissão que havia se instalado no Estado do Rio de Janeiro³⁵⁶. No documento, o representante baiano informava sobre a impossibilidade de colocar em prática nas áreas rurais do Estado quaisquer medidas de prevenção e controle de doenças infecciosas. Solicitava também, que o cônsul comunicasse a situação ao diretor da Divisão de Educação Médica da Fundação Rockefeller, o Dr. Richard M. Pearc.

Visto no meio médico-acadêmico baiano como um grande conhecedor de etiologia de base experimental, e na condição de autoridade de saúde do Estado, o Dr. Gonçalo Moniz desempenhou o papel de articulador político para a instalação da Rockefeller na Bahia. Em meados de 1918, Moniz estabeleceu o contato direto no Rio de Janeiro com o Dr. Lewis Hackett, diretor geral da Comissão no Brasil, para que enviasse à Bahia, o mais breve possível, uma junta de médicos e sanitaristas da Rockefeller para avaliar a situação do Estado e, posteriormente, dar início aos trabalhos filantrópicos de saneamento. Segundo Gonçalo Moniz,

“Desde 1918, porém, que, achando-me no exercício do cargo de Secretário do Interior deste estado, e sabendo que a humanitária e benemérita Fundação Rockefeller pretendia dar maior amplitude aos benefícios que já vinha prestando ao nosso país, com a fundação e custeio, em vários estados, de serviços destinados aquele fim, - me interessei por que também a Bahia se aproveitasse da liberdade da bemfazeja instituição, criada e mantida pelo venerando filantropo de quem tem o nome. Assim é que, no referido ano, entrei em relações, nesse intuito, com o Dr. Hackett, ilustre e digno diretor no Brasil da Comissão Rockefeller, manifestando-lhe o desejo de que fosse estabelecido por esta comissão em nosso estado o serviço em questão, nas condições em que já o tinha sido em outros”³⁵⁷.

³⁵⁴ Ibidem.

³⁵⁵ O Dr. Gonçalo Moniz era médico de formação, e ocupou, durante todo o período da hegemonia seabrista no Estado, posições diretivas no governo. Atuou nas funções de Secretário do Interior, Justiça e Instrução Pública e de Diretor de Saúde Pública do Estado. Ainda em fins do século XIX, tornou-se professor da Faculdade de Medicina da Bahia em 1895, quando apresentou no concurso a tese intitulada *Da imunidade mórbida*. Gonçalo Moniz foi lente catedrático da Faculdade e depois, no início dos anos 1920, chegou a ser diretor dessa instituição. VER: SEABRA, José Joaquim. Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa em sua 1ª Reunião da 16ª Legislatura pelo Dr. José Joaquim Seabra, Governador do Estado. Bahia, Imprensa Oficial 1922 Tab. pp. 452-453. e MMBFMBa. Dr. Gonçalo Moniz. Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia (1924).

³⁵⁶ Carta de Gonçalo Moniz a Robert Frazer Jr. SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina Rodrigues de. (Orgs.). Arquivo Rockefeller: Banco de Dados. Rio de Janeiro; UERJ/IMS, 1995. (Série Estudos em Saúde Coletiva n. 114, 143). p. 9.

³⁵⁷ SEABRA, José Joaquim. Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa em sua 1ª Reunião da 16ª Legislatura pelo Dr. José Joaquim Seabra, Governador do Estado. Bahia, Imprensa Oficial 1922 Tab. pp. 452-453.

Fazia parte, porém, da política da Fundação trabalhar com a noção de “efeito-demonstração” privilegiando, portanto, os estados mais ricos e melhor estruturados em seus serviços de saúde³⁵⁸. O objetivo era garantir o sucesso de suas operações sanitárias iniciais e estimular, a partir de então, o governo federal ou os estados, em particular, a formalizarem convênios com a Instituição. Para tanto, era necessário que cada estado assistido assumisse parte dos custos das operações. Em decorrência da crônica situação ruim econômica e fiscal do Estado e dos gastos públicos empreendidos no combate à gripe espanhola e à febre amarela nos anos de 1918 e 1919, o governo baiano, não dispunha de tais recursos. Por isso, a Fundação apenas pôde enviar sua primeira missão sanitária à Bahia em dezembro de 1919. Nesta missão estavam o Dr. Lewis Hackett e o Dr. Paes de Azevedo. As dificuldades financeiras foram apontadas pelo então governador Antonio Moniz de Aragão como as grandes responsáveis pelo atraso dos preparativos para instalação da Rockefeller no Estado.

“Assoberbado, porém com avultadas despesas ainda mais urgentes, ocasionadas ultimamente pela sucessiva irrupção, nesta capital e em algumas outras cidades, de sérias epidemias (febre amarela, influenza e varíola), não dispôs o Governo de recursos para abalancar-se, mesmo em cooperação com a União, de conformidade com os decretos federais relativos ao assunto, a tão urgente e dispendiosa tarefa.

O serviço de saneamento rural, com efeito, para ser real e eficaz deve ter a necessária extensão e intensidade, que não podem ser pequenas, restritas, sob pena de não passar de mero simulacro, ilusório e nulo dos seus efeitos.

Nada tendo podido empreender nesse sentido, procurou, entretanto, o governo fazer alguma coisa na espécie, recorrendo a auxílio estranho. Logo que o Dr. Secretário do Interior teve conhecimento de que a benemérita Fundação Rockefeller, estava disposta a ampliar os serviços de saneamento que já tem realizado em alguns estados do Brasil, interessou-se para que a Bahia também se aproveitasse desse benefício [...]

[...] Francamente acolhido esse desejo pelo Dr. Hackett, deu ele logo as providências que estavam em suas mãos para levar a efeito a empresa, cujo início foi, no entanto, um pouco retardada em consequência principalmente das dificuldades oriundas da grande conflagração universal, felizmente já terminada.

Por tais motivos, só e fins do ano próximo passado puderam ser inaugurados os trabalhos preparatórios para a instalação desse grande serviço em nosso território”³⁵⁹.

Fruto das avaliações realizadas pela junta sanitária da Fundação, em outubro de 1920 ocorreu, de fato, a chegada do pessoal da Rockefeller para dar início à organização dos trabalhos contra a ancilostomíase³⁶⁰. A Instituição já manifestava o interesse de se expandir no Brasil, favorecido, pelo decreto 13.538, de abril de 1919, assinado pelo, então, presidente Delfin Moreira. O artigo 7 do decreto determinava que o Governo Federal ficava responsável por um quarto das despesas das campanhas sanitárias nos estados que solicitassem a

³⁵⁸ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. *A Reforma Sanitária no Brasil: Ecos da Primeira República*. Op. Cit., pp. 78 e 84.

³⁵⁹ MONIZ DE ARAGÃO, Antonio Ferrão. Exposição apresentada ao passar, a 19 de março de 1920, o Governo da Bahia ao seu sucessor o Dr. Jose Joaquim Seabra. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1920, pp. 99-102.

³⁶⁰ A.P.E.B. Seção Republicana, Fundo Secretaria do Interior e Justiça, Série Inspeção de Higiene, Carta da Comissão Rockefeller sobre a organização do serviço contra a uncinariose, Caixa 3698, maço 1033.

cooperação da Fundação Rockefeller³⁶¹. Contando com este incentivo e já dispondo das verbas iniciais necessárias, independentemente de obter possíveis recursos provenientes do recém-criado DNSP³⁶², o governo estadual firmou, em 17 de novembro de 1920, o seu primeiro contrato com a Rockefeller³⁶³.

Neste contrato fazia-se presente que o controle efetivo das ações de combate à doença ficaria nas mãos dos representantes da Fundação:

V – “A comissão tomará a seu cargo o provimento de um médico por ela pago, fora das verbas destinadas ao posto, a cargo de quem ficará a superintendência geral do serviço, com inteira liberdade para a sua direção técnica e interna. Ser-lhe-á concedida autorização, para em nome da comissão ser-lhe permitido entrar em contato com as autoridades estaduais em tudo que diga respeito aos serviços constantes deste contrato. O seu título oficial será Diretor Estadual e como tal deverá ser investido pelo Governo Estadual da autoridade necessária para o bom desempenho de suas atribuições.

VI – Os médicos e o pessoal do serviço deverão ser escolhidos e treinados pela comissão Rockefeller. Esse pessoal constará primeiramente de membros treinados da Comissão Rockefeller, sendo porém, mais tarde constituído, tanto quanto possível por elementos locais”³⁶⁴. [...]

Ao Estado caberia a concessão de um local - sem ônus para a Comissão – destinado à instalação do escritório central em Salvador. Eram ainda obrigações do governo estadual o fornecimento de transportes para o pessoal e para o material destinado ao serviço e a impressão de folhetos para a propaganda necessária ao bom andamento das ações. Outra competência do Estado era a promulgação de leis que tornassem obrigatória a construção de latrinas na zona sob tratamentos, assim como, a remuneração de funcionários que fiscalizassem o cumprimento destas leis³⁶⁵. Os critérios adotados para a abertura dos postos de saúde deveriam levar em consideração a importância econômica das localidades para o Estado³⁶⁶.

Para coordenar inicialmente os trabalhos, a Comissão nomeou o Dr. Mário Jansen de Farias que, posteriormente, em dezembro de 1921, foi substituído pelo Dr. Sebastião Barroso³⁶⁷. O Dr. Mário Jansen era médico, membro do “*staff*” da Rockefeller no Brasil e já possuía razoável experiência na organização dos trabalhos sanitários, fruto do seu serviço prestado junto à Fundação. Sob sua direção, foi inaugurado em 1920, o primeiro posto de

³⁶¹ Carta do Dr. Lewis Hackett a Wickliffe Rose. SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina Rodrigues de. (Orgs.) Arquivo Rockefeller: banco de dados. Op. Cit., p. 33.

³⁶² Ibidem.

³⁶³ SEABRA, José Joaquim. Op. Cit., pp. 455-458.

³⁶⁴ Ibidem, pp. 456-457.

³⁶⁵ Idem, p. 456.

³⁶⁶ Idem.

³⁶⁷ SEABRA, José Joaquim – Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa em sua 1ª Reunião da 17ª Legislatura pelo Dr. J.J. Seabra, Governador do Estado. Ano de 1922. Bahia, Imprensa Oficial, 1922. 37 Tab. p. 48.

profilaxia da cidade no bairro de Periperi, subúrbio de Salvador³⁶⁸. A localidade foi escolhida por ser o centro de uma zona industrial, onde se situavam “várias fábricas e uma numerosa população de operários e pequenos agricultores”³⁶⁹. Em janeiro de 1921, os critérios econômicos foram reafirmados para a abertura do segundo posto de saúde em Santo Amaro, no Recôncavo baiano. A região também possuía elevados índices de infestação verminosa. O fato, porém, de ser o principal município da zona canavieira do Estado e de sediar a atividade de indústrias, foi determinante para a sua escolha³⁷⁰.

Os custos para a instalação destes primeiros postos foram divididos em partes iguais entre o governo do Estado e a Comissão Rockefeller. Nestes seus primeiros momentos na Bahia, a Fundação, através dos postos, atuou em cooperação com o governo no combate à uncinariose e à malária. O Diretor da Fundação no Brasil, Lewis Hackett, acreditava, firmemente, no caráter temporário deste primeiro acordo e na intervenção político-financeira próxima da União sobre os Estados na área de saneamento,

“É de presumir que estas disposições terão apenas um caráter temporário e que no próximo ano a entrar, todo o trabalho de saneamento e malária ficando a cargo do Governo Federal, as verbas do Estado e as da Comissão Rockefeller serão aplicadas exclusivamente na campanha contra a Uncinariosse”³⁷¹.

Escrito em setembro de 1920, esse trecho traduz a crença, ainda existente entre os diretores da Rockefeller, na possibilidade de erradicação da ancilostomíase, com base nas primeiras experiências sanitárias da Fundação no sul dos Estados Unidos da América.

Em dezembro de 1920, no primeiro mês do seu funcionamento, o posto de profilaxia de Periperi cadastrou 3.096 pessoas. Destes, 2.582 chegaram a fazer exames e 1664 foram diagnosticados como portadores da ancilostomose³⁷². Utilizando linguagem simples, o pessoal do posto, chefiado pelo Dr. Oscar Rebelo, promoveu duas conferências sobre a doença, suas formas de preservação e seu tratamento. A precisão dos números e a preocupação com o caráter educativo da campanha – tal como ocorrera em seu país de origem – são indícios de que o combate ao ancilóstomo era a meta prioritária inicial da Fundação. A imprensa baiana dava cobertura ao início dos trabalhos misturando nas reportagens observações, reconhecimentos e apelos.

[...] “Até que afinal o ‘Congresso de Intendentes’ lavrou um tento: foi o caso desses senhores lograrem ouvir uma instrutiva conferência sobre a profilaxia rural, feita, ontem à noite na Biblioteca Pública, pelo

³⁶⁸ SEABRA, José Joaquim – Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa em sua 1ª Reunião da 16ª Legislatura pelo Dr. J.J. Seabra, Governador do Estado. Bahia, Imprensa Oficial, 1922. 9 Tab. pp. 452-454.

³⁶⁹ Ibidem, p. 454

³⁷⁰ Idem, p. 455.

³⁷¹ A.P.E.B. Seção Republicana, Fundo Secretaria do Interior e Justiça, Série Inspetoria de Higiene, Carta da Comissão Rockefeller sobre a organização do serviço contra a uncinariosse. Op. Cit.

³⁷² SEABRA, José Joaquim. Op. Cit., p. 454.

Dr. Mário Jansen, delegado da missão Rockefeller na Bahia, que, enquanto falava em linguagem acessível, ia acompanhando as suas explicações de mapas, diagramas, gravuras e projeções, tudo muito proveitosamente demonstrativo³⁷³. [...]

[...] “Representando todo o povo catarinense, rogamos a esse ilustrado jornal conseguir da Comissão Rockefeller a criação de um posto profilático contra a ancilostomose, que reina intensamente neste município. A fim de facilitar a comissão, o competente clinico Dr. Joaquim Venâncio Castro oferece gratuitamente seus serviços, uma vez sejamos atendidos no nosso justo apelo”³⁷⁴. [...]

[...] “O Dr. Mário Jansen Farias, chefe atual da missão Rockefeller neste Estado, comunicou-nos ontem a partida, sábado último, para São Paulo do Dr. Oscar Bastos Rabello, chefe do Posto de Pirajá, para um curso prático dado pelo ilustre médico americano Dr. Smillife. Quase todos os médicos da missão Rockefeller deverão tomar esse curso importante para bem conhecerem a natureza da especialidade da missão, sendo que após a volta do Dr. Rabelo seguirão médicos outros sucessivamente”³⁷⁵. [...]

Criado no final de 1920, o recém instalado Departamento Nacional de Saúde Pública firmou um novo contrato em 02 de janeiro de 1921 com o Governo da Bahia. Este contrato refletia a tendência política da União de centralizar as ações de saúde nos Estados da Federação. O objetivo do acordo era garantir a interiorização das atividades de saneamento através da unificação de todos os serviços de saúde no Estado, em um único órgão federal diretamente vinculado ao D.N.S.P. Este órgão era a Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural³⁷⁶. O estabelecimento deste último acordo não anulou o primeiro contrato assinado entre o Estado da Bahia e a Fundação, que continuava operando contra a uncinariose. Segundo o próprio governador J. J. Seabra,

[...] “Não haverá, todavia, incompatibilidade ou colisão entre os dois contratos, pois a última cláusula do firmado com a Comissão Rockefeller, e já em cumprimento, estabelece a possibilidade de modificações futuras do mesmo, que, no caso de entrar em vigor o acordo com o Governo da União, seriam feitas no sentido de unificar todo o serviço sob a direção da competente autoridade sanitária federal”³⁷⁷. [...]

O novo acordo, no entanto, abriu espaço para as mudanças que se processariam na política da Rockefeller com relação ao Brasil, de acordo com os seus interesses financeiros, após a criação do D.N.S.P. Diante dos altos custos que a erradicação da ancilostomíase demandaria, das dificuldades infra-estruturais encontradas - principalmente na Bahia - e do acúmulo de funções em torno do D.N.S.P, a Fundação negociou com o governo federal a canalização de suas campanhas em direção ao combate à febre amarela. O acordo não foi implementado de imediato e somente em 15 de abril de 1921, o então deputado federal, Dr. Clementino Fraga, formalizou a assinatura de um novo acordo com o diretor do D.N.S.P., Dr

³⁷³ Jornal *A Tarde*. 10/03/1921. p. 01.

³⁷⁴ Jornal *A Tarde*. 06/05/1921. p. 03.

³⁷⁵ Jornal *A Tarde*. 03/05/1921. p. 01.

³⁷⁶ SEABRA, José Joaquim. Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa em sua 1ª reunião da 17ª Legislatura. Op. Cit., pp. 35-39.

³⁷⁷ SEABRA, José Joaquim. Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa em sua 1ª reunião da 16ª Legislatura. Op. Cit., p. 455.

Carlos Chagas. Representando a Bahia no Rio de Janeiro, Clementino Fraga deu início à execução das diretrizes propostas pelo documento de janeiro de 1921³⁷⁸. A partir de abril, o governo se comprometia a aceitar os termos de cooperação do D.N.S.P. para levar a cabo os trabalhos de saneamento rural no Estado. De acordo com o novo contrato, o controle sobre as doenças venéreas e a lepra ficaria sob a responsabilidade do governo estadual. Os serviços de profilaxia de outras enfermidades ficariam aos cuidados do D.N.S.P. durante três anos, sem qualquer interferência municipal ou estadual.

Novamente os critérios para a organização e localização dos serviços sanitários levariam em consideração a importância econômica da região, assim como, a sua amplitude endêmica em relação às zonas circunvizinhas e às populações atingidas pelas doenças. Estavam previstos no contrato, os termos para a participação financeira do Estado e as condições para a amortização de sua dívida, contraída junto à União, referente à verba necessária para a organização dos serviços de saúde. Por este contrato, a união obrigava-se a despendar a quantia de 1.500 contos em serviços de higiene e saneamento rural que seriam executados durante três anos. Em contrapartida, o Estado da Bahia obrigava-se a indenizar o governo central da metade destas despesas em um prazo de dez anos, a contar de 1923.

O governo obrigava-se, ainda, a aceitar, como sua, toda a legislação sanitária federal até que o Estado tivesse o seu próprio código sanitário. Este último, haveria, mais tarde, de se alinhar com os princípios e determinações do código federal. Concluindo, o documento rezava que “as partes contratantes resolvem aceitar a colaboração da Rockefeller Foundation, para a execução dos serviços de profilaxia, devendo aquela colaboração ser praticada de acordo, em combinação estabelecida entre a Rockefeller Foundation e o Departamento Nacional de Saúde Pública”³⁷⁹.

Para promover a efetiva execução das ações sanitárias no interior, foi criado o Serviço de Profilaxia Rural no Estado. Era através destes órgãos e de seus postos de saúde que atuariam, a partir de 1923, as equipes da Fundação Rockefeller no combate ao *Aedes Aegypti*. Na Bahia, o serviço de profilaxia rural foi inaugurado no início de dezembro de 1921³⁸⁰. A partir de então, o combate à febre amarela já não se encontraria mais sob a responsabilidade do Estado e da sua Saúde Pública estadual. Os trabalhos anti-amarílicos passaram a se

³⁷⁸ SEABRA, José Joaquim. Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa em sua 1ª reunião da 17ª Legislatura. Op. Cit., pp. 37-38.

³⁷⁹ Ibidem.

³⁸⁰ Idem, p. 47.

concentrar nas mãos do D.N.S.P. através do Serviço de Profilaxia Rural, liderado pelo Dr. Sebastião Barroso.

[...] “Devido principalmente à grande epidemia de varíola que se disseminou por todo o Estado, funcionaram fora da capital, durante os dois anos (1919 e 1920) anteriores ao passado, grande número de comissões médicas, encarregadas da aplicação das necessárias medidas profiláticas e médicas nas localidades assaltadas pelo mal.

Assim, é que, trabalharam em 1920, em diversos municípios, quer do interior, quer do litoral do Estado, 48 comissões sanitárias estaduais, das quais, 17 já estavam em ação desde o ano antecedente, e 31 foram nomeadas no correr de 1920.

Do número total dessas comissões, 36 tiveram por missão combater a varíola, outras o paludismo e uma somente a peste bubônica, em Bananeiras, arraial do município de Campo Formoso.[...]

[...] Convém, todavia, aqui declarar que a manifestação da febre amarela no ano passado em vários lugares fora desta capital, também exigiu que fossem tomadas as devidas providências higiênicas, mas como o respectivo serviço já não estava sob a direção da Saúde Pública estadual, e sim sob a do ilustre Sr. Dr. Sebastião Barroso, chefe do serviço sanitário federal neste Estado, coube a ele agir nesta parte³⁸¹. [...]

As ações sanitárias contra a febre amarela passaram a ser dirigidas e financiadas pelo D.N.S.P. O governo central havia transformado a urgência pela erradicação das endemias rurais em um objetivo político ideológico de âmbito nacional. A nova legislação trazida com a instalação do D.N.S.P. possibilitava que o poder central fizesse intervenções nos serviços estaduais de saúde pública³⁸². Dessa forma, os programas de saneamento do D.N.S.P. e as campanhas contra a febre amarela conduzidas pela Rockefeller, a partir de 1923, se transformaram nas grandes iniciativas governamentais para a saúde pública na Bahia ao longo das décadas de 1920 e 1930.

Entre 1921 e 1923, foram instalados dez postos de saúde no interior e na capital do Estado. Na capital, dois novos postos foram colocados em funcionamento além do posto de Periperi. Eram eles os postos: Pacífico Pereira e Gaspar Viana. O primeiro foi fundado em 8 de dezembro de 1921, e o segundo, em 8 de janeiro de 1922. No interior do Estado, seis cidades foram contempladas com a abertura de postos sanitários da Profilaxia Rural em 1922. Foram elas: São Félix em 20 de abril; Nazaré em 24 de abril; Areia em 26 de abril; Canavieiras em 25 de maio; Juazeiro em 06 de junho e Itaparica em 02 de julho de 1922³⁸³. O posto da Ilha de Itaparica recebeu o nome do então diretor do Serviço de Profilaxia Rural do Estado, passando, assim, a se chamar Posto Sebastião Barroso³⁸⁴. Somavam-se a estas unidades de saúde do interior, os postos de Santo Amaro e Alagoinhas, inaugurados no ano de 1921, em decorrência do primeiro acordo do governo com a Fundação Rockefeller, assinado

³⁸¹ Idem. Grifos meus.

³⁸² FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. *A Reforma Sanitária no Brasil: Ecos da Primeira República*. Op. Cit., p. 151.

³⁸³ Diário Oficial do Estado da Bahia. Edição Especial em Comemoração ao 1º Centenário do Dois de Julho – 1823-1923. pp. 530-531.

³⁸⁴ Ibidem.

em novembro de 1920. Estes últimos, assim como o posto de Periperi, passaram também a ser controlados pelo Serviço Sanitário Federal³⁸⁵. Até o ano de 1926, mais dez novos municípios passaram a contar com os serviços dos postos de Profilaxia Rural. Os novos postos funcionavam nas cidades de Esplanada, Bonfim, Jequié, Valença, Ilhéus, Itabuna, Belmonte, Cachoeira, Cruz das Almas e Barra do Rio Grande³⁸⁶. Ao todo as zonas sertanejas do Estado, incluindo a Ilha de Itaparica no Recôncavo, já contavam com dezoito unidades de saneamento rural. Nestes postos eram desenvolvidas ações de distribuição de medicamentos contra a ancilostomose e malária, de exames parasitológicos e de sangue, de educação sanitária, de atendimento a enfermos, de vacinação contra varíola e de pequenas cirurgias.

A partir de 1923, as campanhas contra a febre amarela passaram a ser organizadas, efetivamente, pela Fundação Rockefeller. Os postos deveriam ser utilizados como base de trabalho para as ações das equipes de médicos e agentes sanitários da Fundação, cujos prepostos deslocavam-se, muitas vezes, para as áreas afetadas pelo mal amarelo através dos centros de saúde rurais. Aproveitando-se da nova infra-estrutura de serviços sanitários resultantes dos recursos disponibilizados pelo D.N.S.P, a Rockefeller ampliou suas ações de saneamento no Estado e, em especial, na cidade de Salvador.

No período de 1920 a 1922, a Bahia recebeu entre verbas fixas e extraordinárias, um montante aproximado de 81.403,00 dólares dos recursos destinados ao Brasil pelo Quadro de Saúde Internacional da Rockefeller³⁸⁷. Só no ano de 1920, quando se deu a instalação da Comissão na Bahia, foram investidos 38.412,00 dólares no Estado³⁸⁸. No ano anterior, a Fundação dispensou apenas 463,00 dólares para o Estado, enquanto que, São Paulo, em 1918, chegou a receber a cifra de 32.624,72 dólares³⁸⁹. Talvez este ínfimo valor tenha sido referente aos gastos da Rockefeller para organizar a ida da sua primeira missão sanitária ao Estado em dezembro de 1919. De fato a discrepância verificada entre os números de 1919 e 1920 coincide com o atraso da Bahia em relação aos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais no que diz respeito à assinatura de seu acordo com a Fundação. Este atraso se refletiria na distribuição desigual do volume total de recursos alocados pela Instituição para os Estados assistidos entre 1919 e 1922.

³⁸⁵ Idem.

³⁸⁶ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Op. Cit., p. 167.

³⁸⁷ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento - 014, Caixa - 01, Fundo Rockefeller.

³⁸⁸ Ibidem.

³⁸⁹ Idem.

Em 1922, após a formalização dos acordos do governo estadual com a Fundação e com a D.N.S.P., a Bahia se encontrava em sétimo lugar no ranking de investimentos da Rockefeller no Brasil. Em sua frente, se encontravam não só os mais ricos e, portanto, primeiros Estados assistidos como São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais, mas também, outros como Pernambuco, Maranhão e Rio Grande do Sul.

TABELA II

Tabela de Investimentos da Fundação Rockefeller entre os sete Estados brasileiros mais beneficiados (1916-1922)

1º São Paulo	\$314.297,39
2º Rio de Janeiro/ Distrito Federal	\$311.403,47
3º Minas Gerais	\$144.800,30
4º Pernambuco	\$ 99.360,98
5º Maranhão	\$ 94.834,31
6º Rio Grande do Sul	\$ 88.027,87
7º Bahia	\$ 81.403,34

Fonte: Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação – Documento 014, Caixa 01, Fundo Rockefeller.

A entrada da Bahia na corrida para o recebimento das verbas de origem filantrópica e as novas circunstâncias de saneamento rural criada a partir de 1921, não devem, no entanto, ser superestimadas em se tratando de combate à febre amarela no interior do Estado. Logo após assumir efetivamente a direção dos serviços de Higiene Federal na Bahia, Sebastião Barroso em entrevista concedida ao Jornal A Tarde, em 09 de abril de 1921, afirmava o sentido interiorizante que orientaria a sua gestão:

[...] “- Venho criar e chefiar na Bahia os serviços de Saneamento e Profilaxia Rural e superintender quaisquer outros que exijam a intervenção do Departamento Nacional de Saúde Pública. No que toca ao saneamento rural, tenho por encargo combater as epidemias remanescentes que são as verminoses e o impaludismo, este circunscrito a certas regiões e aquelas disseminadas por toda a parte. Principalmente quanto ao impaludismo, depende a minha ação das verbas de que puder dispor. De modo geral, os serviços a meu cargo consistirão: na fundação de postos para tratamento de povo e medidas de saneamento visando impedir a reinfestação dos curados; na movimentação de socorros de movimento momento aos núcleos flagelados por surtos epidêmicos”³⁹⁰. [...]

É importante observar, porém, que na década de 1920 as campanhas patrocinadas pela Fundação, privilegiavam ainda os grandes centros urbanos do país. Não obstante o reconhecimento da necessidade de se ruralizar o saneamento no Brasil, a crença no caráter eminentemente urbano da doença e a predominância da teoria dos focos chaves, resultaram em incursões anti-amarílicas pouco consistentes pelos sertões baianos. O próprio Sebastião Barroso na entrevista citada, quando questionado sobre a concomitância, entre o combate à

³⁹⁰ Jornal A Tarde. 09/04/1921. p. 01. Grifos meus.

malária e a luta contra a febre amarela, assumia, também, a sua crença de que o *Aedes Aegypti* era um mosquito de hábitos urbanos, diferentemente do mosquito transmissor da malária,

[...] “O estegomia é o mosquito da casa e próximos arredores, o anophelino é o mosquito rural por excelência; águas paradas para um, águas renovadas para outro; remoção de pequenos receptáculos num caso, grandes e pequenos trabalhos de hidrografia em outro caso etc”³⁹¹. [...]

Somente em 1930 a pertinência dessa estratégia de combate à doença foi questionada pelo Dr. Fred Soper, diretor regional da Fundação Rockefeller no Rio de Janeiro,

“Depois de 12 anos e quatro tentativas fracassadas de eliminar a doença no Brasil, não é tempo de revisar as premissas que a orientaram? Pode-se controlar a febre amarela na Bahia, com seus quatro milhões de habitantes, sem atentar para a ameaça de áreas endêmicas fora da capital, e insistir no combate aos insetos transmissores apenas na área de população de duzentos mil?”³⁹².

Portanto, o ímpeto de ruralização imposto pelas políticas do Departamento Nacional de Saúde Pública, não foi plenamente acompanhado pelos programas “anti-*Aedes Aegypti*” da Rockefeller no Estado. Esta situação demonstra que a reestruturação da saúde pública na Bahia e o melhor aparelhamento do Estado no setor resultaram “em grande das pressões e da atuação direta do governo federal, particularmente durante a década de 1920 – os ‘anos heróicos’ da reforma sanitária”³⁹³.

Entre 1921 e 1922, como a direção da Rockefeller ainda não havia priorizado na sua política sanitária o ataque à febre amarela, estes serviços na Bahia ficaram a cargo da Profilaxia Rural, como atesta o depoimento do Dr. Sebastião Barroso:

“Pela lei atual havendo em um Estado serviço de profilaxia rural e saneamento, o chefe desse serviço tem o dever de atender e providenciar logo que qualquer mal epidêmico surja no território desse Estado, com os recursos próprios, se forem suficientes, ou pedindo-os imediatamente à União. Assim, não só a febre amarela, mas outra qualquer moléstia epidêmica – a varíola, a peste, o cólera – que ocorra na Bahia, na vigência do contrato, há de ser combatida com recursos federais necessários às providências a desenvolver”³⁹⁴. [...]

Somente em 1923 após a formalização de um novo acordo de cooperação entre o D.N.S.P. e a Rockefeller, as responsabilidades pela luta contra a doença ficaram plenamente a cargo da instituição filantrópica norte-americana. Foi criada, então, a Comissão de Febre

³⁹¹ Ibidem. Estegomia era o antigo nome, também atribuído, ao *Aedes Aegypti*. Anofelino era o nome do mosquito *Anopheles Gambiale*. O primeiro era compreendido o transmissor da febre amarela, e o segundo, o vetor da malária.

³⁹² Carta do Dr. Fred Soper ao Dr F. F. Russel RCA-305-1.1/20/164. SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina Rodrigues. 61 Broadway, New York City: Cartas americanas: correspondência inédita entre os escritórios brasileiro e norte-americano da Divisão Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller, 1927-1932: parte 2, UERJ, IMS, 2001. Série Estudos em saúde coletiva; n. 208, p. 15.

³⁹³ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Op. Cit., p. 96.

³⁹⁴ Jornal *A Tarde*. 09/04/1921. p. 01.

Amarela dirigida por João Thomas Alves do D.N.S.P. e por J.H.White, diretor da Rockefeller no período.

Na Bahia, um novo contrato foi firmado através de uma comissão local formada por um representante do D.N.S.P., O Dr. Lafayette de Freitas, por um representante da Fundação, o Dr. E.Y.Scanell, e pelo diretor estadual do serviço sanitário, o Dr. Sebastião Barroso³⁹⁵. No mesmo ano, uma nova campanha foi organizada no Estado em decorrência deste novo acordo³⁹⁶. As operações anti-amarílicas seguiam as mesmas orientações pré-determinadas pelos diretores da Fundação no Brasil. As equipes de guardas-sanitários deveriam destruir os focos de proliferação das *Aedes Aegypti* através da petrolagem das águas e do emprego de peixes larvófagos nos reservatórios dos domicílios visitados. A cidade foi dividida em seis zonas para o policiamento sanitário anti-amarílico. Cada uma das turmas era obrigada a visitar 100 casas por dia em média.

A organização destes serviços contava, no entanto, com sérios entraves para a sua execução na capital baiana. Havia grandes incompatibilidades entre os métodos empreendidos pela Rockefeller e a realidade sanitária e infra-estrutural da cidade. Salvador não disponha de um serviço de abastecimento de água, capaz de atender a toda sua população. Mais de dois terços de seus quase 290.000 habitantes não possuía água encanada em suas residências³⁹⁷. A situação obrigava-os a armazenarem água no interior das casas, através dos mais variados recipientes. Tanques, barris, filtros, grandes jarras e latas, caixas d'água e cisternas eram utilizados abundantemente pelos soteropolitanos, para guardar o líquido de consumo diário³⁹⁸. Estes reservatórios, em sua grande maioria, ficavam abertos, ou eram, em geral, mal fechados, tornando-se, assim, meios perfeitos para a proliferação dos mosquitos. Por mais que se procedessem as visitas domiciliares dos guardas sanitários da Rockefeller e a execução das medidas profiláticas, a mera falta de alternativas, por parte da população, transformava o problema em uma situação crônica.

Segundo o Dr. Sebastião Barroso,

[...] “Andam por 5.000 os grandes recipientes encontrados nas seis zonas policiadas, dando uma média de mais de três grandes recipientes por casa. Essa média se multiplicaria duas a três vezes se contados fossem os pequenos recipientes. Só em uma casa do centro da cidade, foram encontrados, em visita, no começo dos atuais serviços, 82 recipientes com larvas”³⁹⁹. [...]

³⁹⁵ Gazeta Médica da Bahia, agosto de 1926, pp. 61-63.

³⁹⁶ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Op. Cit., p. 96.

³⁹⁷ Gazeta Médica da Bahia, julho de 1923, pp. 43-50.

³⁹⁸ Ibidem.

³⁹⁹ Idem, p. 50.

Em função deste quadro, a Bahia era vista pelos diretores da Fundação como um grande centro endêmico permanente de febre amarela em todo o país⁴⁰⁰. Ainda em 1929, Fred Soper e Frederick Russel⁴⁰¹ demonstravam preocupação com o precário abastecimento de água da cidade e afirmavam que a implantação de um sistema adequado era a medida necessária para a extinção da doença. Defendiam que o governo federal deveria auxiliar financeiramente o Estado, uma vez que Salvador era foco constante de febre amarela. O Brasil, como um todo, lucraria muito em se tratando de luta anti-amarílica, ajudando a Bahia⁴⁰².

Nas diretrizes do programa da Fundação, não estava prevista a atuação anti-larvária dos agentes sanitários em áreas externas das residências. Estas ações aconteceriam apenas em seus interiores⁴⁰³. Salvador era uma cidade sem delineamento de ruas, onde parte expressiva das casas era construída em terrenos acidentados sem qualquer tipo de planejamento. As construções amontoavam-se umas por cima das outras, carentes da devida infra-estrutura de canalização e abastecimento de água. As calhas dos telhados eram, em geral, velhas, mal colocadas e acabavam servindo como criadouros de mosquitos, devido à falta de escoamento das águas das chuvas. Como muitas também dispunham de quintais e outros espaços abertos nos quais a chuva formava poços e muita lama, a proliferação do *Aedes Aegypti* se dava sem maiores controles nos arredores das residências⁴⁰⁴.

A topografia irregular da cidade, marcada pela existência de terrenos cobertos por vegetação abundante, cheia de morros, depressões e vales, criava condições “extra-muros” perfeitas para abrigar o mosquito que fora enxotado das casas⁴⁰⁵. Nesses terrenos, era comum a presença de recipientes provenientes dos dejetos atirados a céu aberto cotidianamente pelos populares. Localizados em áreas centrais não edificadas de Salvador, esses vales recebiam águas de curso natural e artificial que se acomodavam nos vasilhames imprestáveis e tornavam o lugar um grande refúgio para o *Aedes Aegypti*. Focadas apenas no controle

⁴⁰⁰ Carta do Dr. F.F.Russell ao Dr. Fred Soper. RAC – 305 1.1120/160. SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina Rodrigues. 61 Broadway, New York City: Cartas americanas: correspondência inédita entre os escritórios brasileiro e norte-americano da Divisão Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller, 1927-1932: parte 1, UERJ, IMS, 2000. Série Estudos em saúde coletiva, n.º. 207, p. 29.

⁴⁰¹ F.F. Russell e Fred Soper eram, respectivamente, diretores sanitário mundial e regional da Fundação. VER: SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina Rodrigues. *Ibidem*, pp. 4-5.

⁴⁰² *Idem*, p. 29.

⁴⁰³ Gazeta Médica da Bahia, julho de 1926, p. 28.

⁴⁰⁴ *Ibidem*, p. 29.

⁴⁰⁵ Gazeta Médica da Bahia, julho de 1923, p. 51.

culicidiano intradomiciliar⁴⁰⁶, as operações anti-amarílicas da Fundação não projetavam qualquer tipo de intervenção sobre estas áreas. Medidas profiláticas desta natureza, implicariam em custos elevados para a Instituição, que, por sua vez, não estava interessada em assumir tais ônus.

Outro sério problema, negligenciado pelos diretores da Rockefeller e que contribuía para a manutenção dos elevados índices culicidianos da capital baiana, era o hábito de utilização de “cacos” e vasos de argila para o cultivo de plantas. Com o objetivo de proteger as plantas, do ataque de formigas, estes vasos circulares, contendo água, eram largamente usados pelos soteropolitanos em quintais e terrenos extras domiciliares próximos. Sem a necessária renovação de água e durante os períodos de chuva, os “cacos” constituíam-se em criadouros do estegomia⁴⁰⁷. Apontando as dificuldades encontradas para aplicar plenamente os métodos anti-amarílicos da Rockefeller em Salvador, Sebastião Barroso afirmava:

[...] “No começo dos serviços, chácara houve com 10.000 cacos; apesar de haver uma forma de caco – “caco invertido” – que preenche o mesmo fim sem necessidade da água, apesar de vir o serviço, desde 1919, intimando a substituição desses cacos, ainda não são eles encontrados na cidade. Basta que em zona qualquer se suspenda a política de focos pro um a dois meses, para que eles reapareçam. Em 1919, orçavam por 72.000; tendo tido agora necessidade de aumentar a zona policiada, ainda foram encontradas, em junho, 126”⁴⁰⁸. [...]

Durante as campanhas coordenadas pela Fundação na década de “1920”, os seus diretores suprimiram a prática de expurgos de inseticidas e creolina sobre as áreas de grandes concentrações culicidianas, e focaram os trabalhos sobre os reservatórios de água⁴⁰⁹. A resistência em relação aos expurgos, advinha de seus altos custos e do caráter “politiqueiro” e ineficiente que lhes era atribuído pelos norte-americanos, resultante de sua grande visibilidade, especialmente, em período de eleições⁴¹⁰. Em 1928, o Dr. Fred Soper apenas admitia a incorporação de expurgos, desde que o D.N.S.P. custeasse a compra dos inseticidas⁴¹¹.

⁴⁰⁶ Fundamentada na crença de que o *Aedes Aegypti* era um mosquito de hábitos urbanos e de que o homem era o único ser vivo capaz de portar a doença, o método visava exterminar o vetor da febre amarela nos locais de sua maior proximidade com a população, ou seja, no interior das casas.

⁴⁰⁷ O primeiro nome do *Aedes Aegypti*, após a descoberta de Finlay em relação à sua função vetorial na transmissão da febre amarela, era *stegomyia fasciata*. VER: PINHEIRO, Neusa. In: *Medicina Social*. FEV. 2000, p.19.

⁴⁰⁸ Gazeta Médica da Bahia, julho de 1923, p.49.

⁴⁰⁹ Ibidem, pp. 48-54.

⁴¹⁰ BENCHIMOL, Jaime Larry (Coord.). *Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Op. Cit., pp. 116-118.

⁴¹¹ Carta do Dr. Fred Soper ao Dr. F.F. Russell RAC. 305-1.1/20/158; SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina Rodrigues de. 61 Broadway, New York City: Cartas americanas. Op. Cit., nº 207, p. 15.

Antes da Rockefeller assumir a direção da luta contra a febre amarela, este método foi aplicado em outras campanhas comandadas por Oswaldo Cruz no Distrito Federal⁴¹² em 1919 e pelo próprio Gonçalo Moniz, na Bahia, para debelar a doença no ano de 1918⁴¹³. Durante o período em que o serviço de Profilaxia Rural do D.N.S.P. atuou sob a direção de Sebastião Barroso no Estado, os expurgos foram utilizados juntamente com a distribuição dos peixes larvófagos nos reservatórios de água da cidade⁴¹⁴.

A partir de 1923, a orientação dada pelo Diretor da Rockefeller, o Dr. J. H. White, para a utilização maciça dos peixes, como método prioritário anti-larvário, trazia uma série de problemas operacionais e demonstrava a indiferença da Fundação em relação à saúde da população local.

Em Salvador, como a maioria dos recipientes que guardavam as águas era intradomiciliar, o exercício dessa medida profilática era feito, porém, com muita resistência por parte dos baianos⁴¹⁵. Os prepostos da Rockefeller encontravam sérias dificuldades para colocar os peixes nas caixas de abastecimento hídrico dos prédios, nos filtros, nos moringues e nas jarras⁴¹⁶. Além de ser exatamente invasiva e incômoda, a utilização dos peixes não seguia os princípios mínimos de higiene. O acordo inicial previa a instalação de grandes tanques com água pura, onde os animais seriam temporariamente alojados antes de serem utilizados. Na prática, os peixes provenientes de vales e rios poluídos da cidade, sem receber o devido tratamento, logo eram apanhados pelos agentes da Rockefeller, assim que os pescadores os traziam⁴¹⁷. Uma das fontes para o fornecimento de peixes era o Rio das Tripas, local para onde afluíam os dejetos e as excrescências de regiões diversas de Salvador e de um grande Hospital da cidade, o Santa Isabel⁴¹⁸. O uso sistemático do método resultava no ocorrência de surtos de infecções gastro-intestinais entre a população local. Dentre esses, um ganhou contornos de uma grande epidemia de febre tifóide em Salvador no ano de 1924. A aquisição de peixes por parte dos “mata-mosquitos” da Rockefeller nas águas sujas de um córrego no Vale do Canela, esteve no epicentro da questão, que resultou numa intervenção de médicos do D.N.S.P. nos trabalhos do Instituto Oswaldo Cruz da Bahia⁴¹⁹.

⁴¹² Gazeta Médica da Bahia, julho de 1923, p. 51.

⁴¹³ SOUZA, Christiane Maria Cruz de. Op. Cit., p. 83.

⁴¹⁴ A.P.E.B. Seção Republicana, Secretaria de Saúde, Série – Gabinete do Secretário – maço 4082/114.

⁴¹⁵ Gazeta Médica, agosto de 1926, p. 30.

⁴¹⁶ Ibidem.

⁴¹⁷ Idem.

⁴¹⁸ Idem.

⁴¹⁹ Jornal *A Tarde*. 12/08/1924, p. 01. A questão da epidemia de febre tifóide será devidamente discutida no próximo capítulo.

Tais práticas e as contradições descritas revelam não apenas a grande incompatibilidade existente entre os métodos aplicados pela Fundação e as circunstâncias que se apresentavam na realidade baiana, mas também, desnudavam o caráter pragmático da política sanitária da Rockefeller em relação ao Brasil que buscava a erradicação da doença através do menor tempo possível e, principalmente, de pouco dinheiro. A organização norte-americana não estava inclinada, de fato, a promover grandes empreendimentos sanitários e transformações estruturais sobre as realidades assistidas, que debelassem por completo a febre amarela das cidades brasileiras. O objetivo das campanhas era apenas limitar, ao máximo, a ação do agente transmissor exterminando-o, sempre que possível, ainda em sua fase larvária. O foco das campanhas não estava, prioritariamente, voltado para a garantia da vida dos indivíduos enfermos, e sim, para a execução da morte dos mosquitos *Aedes Aegypti*, em regiões consideradas estratégicas.

Uma evidência desta postura pode ser identificada no modelo gestor das ações de saneamento. Assim que a Rockefeller tomou o controle do combate à febre amarela na Bahia, os seus representantes promoveram dispensas e uma diminuição no quadro de funcionários que, anteriormente, atuavam contra a febre prestando serviços à Profilaxia Rural. Reportando-se ao pagamento de salários atrasados aos mata-mosquitos que antes trabalhavam para o órgão, o Jornal *A Tarde* noticiava:

“A Delegacia Fiscal do Tesouro Nacional comunicou à chefia dos serviços de Higiene Federal neste estado que, munida do crédito e da verba necessários, iniciará amanhã às 11 horas do dia, o pagamento dos meses atrasados, de junho a setembro do ano passado, ao pessoal da febre amarela, que naquela época subia a mais de 700 homens sendo atualmente, com a Rockefeller, pouco mais de 100. Os mata-mosquitos e demais funcionários que naquele período serviam em localidade do interior do Estado, cerca de 100 homens, já foram pagos ontem às 17 horas, na sede da Profilaxia Rural”⁴²⁰.

A redução brusca de 600 homens no quadro de mata-mosquitos, além de praticamente extinguir o serviço no interior, limitava o processo de fiscalização das ações. A cidade fora dividida em seis distritos, cujo trabalho era coordenado por um guarda chefe. Em cada distrito, dez turmas deveriam visitar 100 domicílios por dia. A cada dia, de acordo com este modelo operacional, os guardas-chefes teriam, em tese, 1000 casas para inspecionar e apenas um coordenador geral fiscalizava o trabalho dos chefes⁴²¹. Comparando sua gestão, enquanto esteve à frente da Higiene Federal no Estado coordenando o combate à febre amarela, com a administração dos norte-americanos, Sebastião Barroso denunciava a fragilidade das operações da Rockefeller:

⁴²⁰ Jornal *A Tarde*. 17/01/1924. p. 02. Grifo meu.

⁴²¹ Gazeta Médica, agosto de 1926, p. 30.

...“No nosso serviço, as cidades eram divididas em distritos, cada distrito a cargo de um médico. Esse médico tinha as suas ordens – um ou dois chefes de turma, cada chefe de turma fiscalizava três ou quatro guardas de primeira, cada guarda de primeira, três a quatro guardas de segunda e cada um destes três turmas de dois serventes cada um. Era toda uma hierarquia de funcionários a fiscalizarem uns aos outros, e daí o nome de brigada.

Os americanos têm um só fiscal para toda a cidade dividida em distritos cada um destes, entregue a um único guarda-chefe; abaixo do guarda-chefe só há turmas compostas de um guarda, que manda, e um servente, que trabalha. Note bem. Na organização americana, a fiscalização é exercida por um só guarda-chefe no distrito e um só fiscal em toda a cidade. Essa fiscalização é impossível de ser eficaz [...]

[...] Pode um só guarda-chefe fiscalizar o serviço em mil casas, num só dia?

Pode um só médico fiscalizar o serviço de toda uma cidade de seis mil casas?”⁴²². [...]

O quadro de debilidade na fiscalização e no acompanhamento dos serviços, agravava-se na medida em que as turmas eram censuradas e ameaçadas de suspensão, e até de demissão, pelos seus chefes, caso os índices culicidianos das casas sob sua competência aumentassem nas semanas subseqüentes⁴²³. O modelo operacional, posto em prática, estimulava as fraudes no preenchimento dos boletins por causa do medo imposto aos “mata-mosquitos”. Cada uma das turmas operava sempre nas mesmas casas. O eventual surgimento de um novo foco era interpretado pelos coordenadores como um sinal de negligência ou de descumprimento das ordens⁴²⁴. Sem uma fiscalização eficiente e diante destas circunstâncias, os índices eram constantemente alterados por dados fictícios, que pressionavam, para baixo, os números da população de mosquitos em Salvador⁴²⁵.

O viés urbanístico do programa não era somente resultante da crença inicial no caráter exclusivamente urbano da febre amarela, mas também, refletia os limites político-orçamentários da filantropia científica norte-americana. Durante toda a década de 1920, e boa parte dos anos de 1930, o foco era, de fato, os grandes centros urbanos. Os trabalhos organizados no interior possuíam um nítido sentido circunstancial e pragmático, devido ao alto custo que a montagem dos serviços e a manutenção das equipes nos postos rurais demandariam. Não obstante houvesse o consenso entre as autoridades sanitárias brasileiras de que a ruralização da luta contra o mal amarelo era a condição necessária para a plena erradicação da doença no Brasil, a Fundação apenas organizava, na Bahia, seus serviços anti-amarelos, quando se confirmavam casos da enfermidade nas cidades do interior.

As primeiras linhas de ação do programa previam a montagem dos serviços saneadores, apenas em cidades litorâneas e que apresentassem uma população de mais de 40.000

⁴²² Ibidem.

⁴²³ Idem.

⁴²⁴ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento BP/PI/TT 19211016, Pasta 25, Fundo Belisário Penna.

⁴²⁵ Gazeta Médica da Bahia, agosto de 1926, p. 30.

habitantes. Mais tarde, a média mínima de moradores exigida baixou para 25.000⁴²⁶. Nos momentos iniciais da nova administração capitaneada pelo Dr. J.H.White, nenhuma cidade do Recôncavo recebeu incursões de saneamento coordenadas pela Fundação. A extensão das medidas anti-amarílicas se deu, de fato, no Norte e Nordeste do Brasil, entre o final da década de 1920 e o início dos anos “30”, durante a gestão de Soper. No entanto, os custos *per capita* muito elevados dos trabalhos rurais no Brasil, faziam com que a Fundação optasse por medidas sanitárias permanentes nas localidades do interior, em períodos muito curtos de inspeção⁴²⁷. Estas, por sua vez, passaram a ser justificadas pela necessidade de se eliminar o *Aedes Aegypti* das zonas rurais, evitando, assim, a reinfestação de áreas urbanas já consideradas livres da doença⁴²⁸. Em 1934, o flagelo amarílico foi considerado extinto de toda a região Nordeste do país, pelos diretores da Rockefeller⁴²⁹. Boa parte das verbas necessárias para a campanha no final dos anos de 1920 era subsidiada pelo governo federal e o D.N.S.P. já assumia 50% das despesas de combate ao mosquito nas cidades do interior⁴³⁰.

Na Bahia, o sentido temporário e pragmático que tinham as empreitadas sanitárias da Rockefeller pelos sertões criava uma situação de constante transferência mútua de responsabilidades entre o Serviço de Profilaxia Rural e a Fundação. Não era da competência da Rockefeller tratar de qualquer “outra febre” que não fosse a febre amarela. Os serviços anti-amarílico da Rockefeller apenas deveriam fazer a profilaxia de zonas rurais onde os casos suspeitos de serem febre amarela fossem efetivamente confirmados.

O encaminhamento de suas equipes para os municípios e a instalação das operações estava, portanto, condicionada à comprovação de casos da doença através de exames clínicos e de exames com amostras de sangue coletadas entre os supostos amareletos. Uma vez que os médicos responsáveis pela Fundação atestassem a ocorrência de febre amarela, montavam-se temporariamente as operações contra os mosquitos. Assim que os índices da enfermidade e da população de mosquitos na localidade diminuíssem, os serviços eram prontamente desmontados.

Várias “febres”, porém, que acometiam as populações no interior do Estado eram comumente confundidas com o mal amarílico. Entre essas febres estava o impaludismo, também conhecida como malária. Os sintomas das duas doenças são semelhantes e a

⁴²⁶ Idem, p. 26.

⁴²⁷ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento - 09, Caixa - 01, Fundo Rockefeller.

⁴²⁸ Ibidem.

⁴²⁹ Idem.

avaliação clínica, na maioria das vezes, não proporcionava, na época, um diagnóstico preciso. No entanto, combater a malária já não fazia mais parte das obrigações da Fundação Rockefeller. O resultado desta tênue delimitação de competências entre o órgão federal e a Instituição norte-americana, era a conformação de um conflito não declarado para ver qual das organizações assumiria, de fato, o ônus e a responsabilidade pela profilaxia das áreas assoladas pelas febres. A situação descrita foi noticiada no dia 13 de março de 1924 pelo *Jornal A Tarde*:

“Perdura ainda no espírito do público a triste impressão da notícia, há dias divulgada pelo A Tarde, do flagelo que ainda assola a próspera zona sertaneja de Jacobina, vitimando grande número de pessoas e provocando o abandono da região pelas populações atemorizadas com as proporções da epidemia. As providências da Higiene Estadual se limitaram ao tardio envio de um médico, munido de pequena ambulância! [...]

[...] As providências enérgicas, decisivas, imediatas que a crescente epidemia ainda está a exigir, não foram tomadas, não obstante termos três repartições de higiene entre nós, isto é, a Profilaxia Rural, a Saúde Pública e a Comissão Rockefeller, num jogo de empurra que não pode continuar.

Constando ser febre amarela o mal que assola Jacobina e arredores, a Profilaxia Rural e a Saúde Pública alegam que nada tem haver com o caso, porquanto ele é de competência exclusiva da Comissão Rockefeller, em virtude do contrato a que, diga-se, foi estranha a higiene estadual.

A comissão Rockefeller, por sua vez, segundo ali nos declararam, estava à espera de que o Dr. Scanell regressasse do Pará, para saber o que deveria fazer! Este, tendo chegado ontem pelo paquete nacional Bahia, certamente dará as providências necessárias que o caso merece.

O Dr. Serafim Junior, médico da Profilaxia Rural e que há dias chegou da cidade de Juazeiro, onde dirigia o posto dali, e que já ocupa a direção do de Itaparica, tendo viajado pela zona ora assolada em estudos e no exercício da sua profissão, declarou-nos ser a sua opinião, que se trata de febre amarela. [...]

[...] Antes de mais nada, as informações dali chegadas descrevendo a natureza do mal e seus sintomas, vêm em auxílio dessa asserção, tanto mais quanto Mundo Novo é um dos principais focos de febre amarela do interior. [...]

[...] Vários outros médicos acompanham o Dr. Serafim Junior em sua opinião, julgando que em Jacobina e arredores podem grassar outras moléstias, como o impaludismo, as febres para-típicas, etc., mas o que é fato é que os maiores estragos têm sido causados pela febre amarela, proveniente do foco de principal que é Mundo Novo”⁴³¹.

Através da hipótese de que a febre amarela teria chegado a Jacobina proveniente de Mundo Novo, as autoridades da Profilaxia Rural – o Dr. Serafim Junior e seus colegas médicos – buscavam transferir para a Rockefeller, a incumbência de fazer a profilaxia do município. No dia 17 do mesmo mês, a Comissão Rockefeller enviou o Dr. Godofredo Vianna para promover as investigações e iniciar o trabalho, contratando pessoal da própria região para montar as equipes de “mata-mosquitos”.

[...]” A comissão Rockefeller, se bem que tardiamente, vai combater as febres malignas que assolam Jacobina e seus arredores. [...]

[...] Com esse fim, houve, ontem, uma reunião, na sede daquela repartição de higiene, na qual o Dr. Scanell designou o fiscal da Rockefeller, Dr. Godofredo Vianna, para seguir imediatamente para

⁴³⁰ Carta do Dr. Fred Soper ao Dr. F.F.Russell. Arquivo: RAC – 305 – 1.1/ 20/ 164. SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina Rodrigues de. 61 Broadway, New York City: cartas americanas. Op. Cit., nº 208, pp. 14-15.

⁴³¹ *Jornal A Tarde*, 13/ 03/1924, p. 01. Grifos meus.

Jacobina, Canna Brava, França e Mundo Novo e, em seguida, para Juazeiro e zona do São Francisco, a fim de estudar o mal que ali está grassando e averiguar a sua natureza. [...] [...] O Dr. Godofredo Vianna deverá embarcar hoje, sem falta, para a sua missão levando todo o material necessário às primeiras investigações. Caso verifique ser febre amarela, telegrafará para esta capital, dando conta de suas pesquisas, ao tempo em que montará sem demora o serviço de combate contratando por lá mesmo o necessário pessoal, sendo-lhe então enviado o material para o serviço, que já está pronto para seguir ao primeiro pedido. A Rockefeller manterá um serviço telegráfico diário com o seu fiscal, durante o tempo que o mesmo permanecer na zona flagelada”⁴³².

O serviço contra febre amarela não existia anteriormente ao surto em posto algum de saúde próximo ao município e só seria montado, em caráter episódico, diante das circunstâncias epidêmicas verificadas no município de Mundo Novo e suas adjacências. Alguns dias após a viagem do Dr. Godofredo Vianna para a cidade de Mundo Novo, a Rockefeller “revidou”. O Dr. Godofredo, no dia 24 de março telegrafou para a Chefia do Serviço de Combate à Febre Amarela em Salvador, afirmando que os casos diagnosticados pelos médicos da Profilaxia Rural como sendo de febre amarela, eram, na verdade, de malária:

[...]”Inspeccionei, rigorosamente Jacobina, Canna Brava, França, todo o ramal de estrada de ferro, encontrando cinquenta e oito doentes. Resultado do exame clínico confirmado pelo microscópio revelou a existência do hematozoário de laveran. A epidemia existente aqui é exclusivamente de impaludismo. Concordam com o meu diagnóstico os seguintes colegas: Farias Matta, Antonio Victorio, Raul Victoria, Bruno Bandeira e Alfredo Souza”⁴³³. [...]

O telegrama foi o atestado necessário para que a Comissão Rockefeller transferiu, de volta o problema para o Serviço de Profilaxia Rural que, naquele momento, em razão de problemas na alocação de recursos, passava por sérias dificuldades financeiras⁴³⁴.

[...]”A comissão Rockefeller, tendo em mãos esse telegrama e não sendo da sua competência o combate a essa epidemia, comunicará hoje mesmo a Saúde Pública Estadual, o resultado de suas pesquisas, ficando as providências que o caso merece, a cargo desta última⁴³⁵.

Ainda no ano de 1924, uma nova situação de transferência de responsabilidades foi verificada em relação à montagem de serviços profilaxia nos municípios de Macaúbas e Andaraí. No final de março, a Diretoria de Saúde Pública comunicou à chefia do Serviço de Combate à Febre Amarela, a existência de casos do mal amarílico em Macaúbas sugerindo a intervenção da Rockefeller. Através da matéria sugestivamente intitulada “Será Verdade?”, o Jornal *A Tarde* publicava o desenrolar da questão envolvendo a Rockefeller e os Serviços de Saúde locais:

⁴³² Jornal *A Tarde*, 17/03/1924, p. 02.

⁴³³ Jornal *A Tarde*, 25/03/1924, p. 02.

⁴³⁴ Jornal *A Tarde*, 24/04/1924, p. 02.

⁴³⁵ Jornal *A Tarde*, 25/03/1924, p. 02.

[...] “Atendendo a essa comunicação o chefe do mesmo serviço o Dr. Abel Lacerda, telegrafou ao médico da Comissão Rockefeller o Dr. Mário Bião que se acha em viagem para a zona de Andaraí autorizando-o a estender a sua viagem de inspeção até o município mencionado transmitindo por telegrama, para esta capital, o resultado das suas pesquisas”⁴³⁶. [...]

O Dr. Mário Bião, após averiguar a procedência de informações sobre casos de febre na região, telefonou para seu chefe, o Dr. Abel Tavares, negando a existência da doença em Andaraí:

[...] “Recentemente, este médico telegrafou a um dos seus chefes, o Dr. Abel Tavares, comunicando que absolutamente não existe febre amarela em Andaraí, o que verificou em pesquisas minuciosas e colhendo informações de clínicas locais. Existem, outros males, impaludismo, principalmente, mas febre amarela não. O mesmo médico acusou o recebimento da ordem de continuar viagem até Macaúbas”⁴³⁷. [...]

Situações muito semelhantes as estas, ocorreram também nos municípios de Mucugê, Rio Branco, Afonso Pena e Santo Antônio de Jesus⁴³⁸ e demonstram, na prática, a pouca disposição dos diretores norte-americanos do serviço do combate à febre amarela na Bahia, em prover, um programa profilático calcado em bases efetivamente rurais, que custeasse a instalação permanente de médicos e guardas sanitários nos postos de saúde do interior. Somadas a esses poucos interesses da Fundação, estavam as dificuldades de transporte, a péssima qualidade do sistema viário estadual e o caráter pouco integrado das várias regiões que compunham a Bahia.

Reportando-se à chefia do Serviço de Combate à Febre Amarela sobre a execução de suas pesquisas nas áreas assoladas do interior do Estado, o Dr. Mário Bião relatava a impossibilidade de concluir sua viagem entre Andaraí e Macaúbas, como atesta a reportagem:

[...] “O Dr. Abel Tavares de Lacerda, chefe do serviço de combate àquele mal, telegrafou para Andaraí autorizando o Dr. Bião a estender até ali a sua viagem, afim de averiguar a procedência de tais informações. [...]

[...] O mesmo médico acusou o recebimento da ordem de continuar viagem até Macaúbas, declarando, entretanto, ser absolutamente impossível viajar de Andaraí para aquele outro município, em virtude dos grandes temporais que tornaram impraticáveis os caminhos, provocando enchentes, desabamentos de terras, etc; não havendo meios de transporte. Virá a esta capital, trazendo um relatório circunstanciado dos trabalhos que executou na zona das Lavras Diamantinas, partindo depois desta capital para Macaúbas diretamente, por outras vias de acesso”⁴³⁹. [...]

A ruralização dos programas anti-amarílicos contava também com a resistência local dos coronéis que controlavam a política dos vários municípios. Ainda antes da Fundação assumir o comando da luta contra a febre amarela, as equipes da Profilaxia Rural já encontravam muitas dificuldades para detectar as áreas efetivamente atingidas, em

⁴³⁶ Jornal *A Tarde*, 28/03/1924. p. 02.

⁴³⁷ Jornal *A Tarde*, 05/04/1924. p. 02.

⁴³⁸ Jornal *A Tarde*, 28/01/1924; 22/02/1924; 28/03/1924.

consequência de informações destoantes e imprecisas. Esta situação foi denunciada na imprensa em junho de 1921:

[...] “O vício da potilicagem entre nós toca o extremo de, em torno das condições de salubridade dessa ou daquela região do Estado, se estabelecer a confusão pela diversidade das informações. Enquanto uns denunciam a existência de endemias, ou epidemias, outros a contestam.

Estes são sempre os mandões locais, que se apressam a afirmar, quase sempre, a excelência da situação higiênica dos seus feudos, receosos de que delas possam advir algum mal aos seus interesses políticos.

Em Jequié, neste momento, é o que se está verificando, pois, enquanto informações insuspeitas denunciam a presença da febre amarela ali, surgem os politicoídes a contestar”⁴⁴⁰. [...]

Somente entre 1925 e 1927 alguns poucos municípios do Estado⁴⁴¹ contaram com pequenos serviços fixos “anti-estegomia”. Em 1927 e 1928, porém, os coordenadores do escritório de Salvador, J.H. White e Micheal Connor, já anunciavam o fechamento de postos da Comissão de Combate à Febre Amarela no interior e manifestavam que a permanência dos serviços em Salvador se daria apenas até janeiro de 1929⁴⁴². Esses episódios já eram indícios de uma situação que se confirmaria na década seguinte. A Fundação, aos poucos, passou a transferir para o Governo Federal do Brasil, os encargos e as responsabilidades pelo controle da enfermidade. Após o reconhecimento do formato silvestre da febre amarela por parte dos médicos norte-americanos e diante, portanto, da impossibilidade da sua erradicação completa, o sentido campanhista do programa anti-*Aedes Aegypti* da Fundação Rockefeller diminuiu também na Bahia.

Em fins de 1939, a Rockefeller saiu definitivamente da coordenação das operações contra o flagelo amarílico, deixando um saldo de apenas 5 casos confirmados da doença no Estado, entre os anos de 1937 e 1941⁴⁴³. O trabalho passou para a competência do Serviço Nacional de Febre Amarela, criado no Estado Novo em 1940⁴⁴⁴. Este órgão ampliou significativamente o número de localidades atendidas com serviços anti-estegômicos⁴⁴⁵. Em 1941, a Bahia já possuía postos de combate à febre amarela em 539 localidades do Estado⁴⁴⁶.

⁴³⁹ Jornal *A Tarde*, 05/04/1924, p. 02.

⁴⁴⁰ Jornal *A Tarde*, 11/06/1921, p. 01.

⁴⁴¹ Os municípios eram Santo Antônio de Jesus, Juazeiro, Bonfim e Feira de Santana. VER: 61 Broadway, New York City: Cartas americanas: correspondência inédita entre os escritórios brasileiro e norte-americano da Divisão Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller, 1927-1932: nº 207, parte 1. Op. Cit., p. 07 e A.P.E B. Seção Republicana, Secretaria de Saúde, Série - Gabinete do Secretário - maço 4082/114.

⁴⁴² Carta de Fred Soper a F.F.Russel, RAC – 1.1/20/158. VER: SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina Rodrigues de. 61 Broadway, New York City: Cartas americanas: correspondência inédita entre os escritórios brasileiro e norte-americano da Divisão Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller, 1927-1932: nº 207, parte 1. Op. Cit., p. 15.

⁴⁴³ Acervo da Casa de Oswaldo Cruz, Departamento de Arquivo e Documentação, Documento CF/PI/194332040, Fundo Clementino Fraga, p. 18.

⁴⁴⁴ *Ibidem*, p. 07.

⁴⁴⁵ *Idem*, p. 12.

⁴⁴⁶ *Idem*, p. 19. A nova organização dos serviços contra a febre amarela, possibilitava a instalação de vários postos nos municípios do interior do Estado.

Apesar da redução aparente das ocorrências de febre amarela no Estado, entre as décadas de 1920 e 1930, o trabalho da Rockefeller, aliado às políticas do Departamento Nacional de Saúde Pública, não conseguiu alcançar expressivos resultados em se tratando da elevação dos níveis de saúde entre as populações baianas⁴⁴⁷. As campanhas contra as epidemias e endemias rurais, em especial, contra a febre amarela, resultaram na estruturação de serviços públicos de saúde na Bahia e no significativo aparelhamento do Estado neste setor. As campanhas ajudaram, ainda, a cristalizar e a executar os ideais de reforma sanitária no Estado, traduzidos na criação da primeira secretaria estadual de saúde no Brasil em 1927, “como se o Departamento Nacional de Saúde Pública submetesse a teste, na Bahia, um arranjo institucional para difusão posterior em outros estados”⁴⁴⁸.

⁴⁴⁷ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da primeira república*. Op. Cit., p. 169.

CAPÍTULO III

ACADEMICISMO MÉDICO CONSERVADOR E REAÇÃO POPULAR

Berço da primeira faculdade de medicina, a Bahia, durante a República Velha, convivia com a grande contradição de ter, ao mesmo tempo, um dos piores quadros sanitários do período e a mais antiga comunidade médica do Brasil. Estes médicos, inclusive, gozavam de grande prestígio na sociedade soteropolitana. Muitos dos políticos e intelectuais baianos de destaque formaram-se neste período pela Faculdade de Medicina da Bahia.

Fundada em 1808 após a chegada de D. João e da Corte portuguesa ao Brasil⁴⁴⁹, a Faculdade se consolidou como um dos principais centros acadêmicos brasileiros do século XIX. Em 1815, a Escola passou a se chamar Academia Médico-Cirúrgica da Bahia⁴⁵⁰. Nos séculos anteriores à sua criação, as práticas de cura eram feitas, predominantemente, por populares, rezadeiras, parteiras, curandeiros que não possuíam nenhuma formação de caráter científico⁴⁵¹ e médicos formados na Europa. Tal situação devia-se, em grande parte, ao próprio sentido cerceador da política colonialista portuguesa que impedia a instalação de universidades no Brasil. Analisando os impactos do colonialismo sobre a evolução da medicina no país, Nancy Stepan afirma que:

[...] “A instituição líder da cultura colonial, a Igreja, manteve muitas de suas estruturas e privilégios tradicionais na América Latina, bem como seu papel básico na formação de valores até bem dentro do

⁴⁴⁸ Ibidem, p. 171.

⁴⁴⁹ STEPAN, Nancy. *Gênese e Evolução da Ciência Brasileira: Oswaldo Cruz e a Política de Investigação Científica e Médica*. Rio de Janeiro: Arte Nova, 1976.

⁴⁵⁰ BARROS, Pedro Motta de. “Alvorecer de uma nova ciência: a medicina tropicalista baiana”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, IV (3): 411-459 nov. 1997 – fev. 1998. p. 436.

⁴⁵¹ BARROS, Pedro Motta de. Op. Cit., p. 420.

século XIX, e isto também foi o fator na persistência das atitudes e dos valores característicos do passado.

A ciência no Brasil acompanhou em grande parte o padrão já descrito para a América Espanhola para limitar a ciência – a má qualidade da ciência no país transmissor, uma política de imperialismo cultural nos séculos XVII e XVIII e a falta de um rompimento decisivo com as tradições coloniais na época da independência – ajudaram a modelar a evolução da ciência colonial no Brasil⁴⁵².

Somente durante o século XIX a Bahia e o Rio de Janeiro, em específico, iniciaram um processo lento de ruptura, ao inaugurarem o ensino médico formal⁴⁵³. Reproduzindo o caráter atrasado e espaçado com que se deu a formação dos saberes médicos no Brasil, a Faculdade, por não contar com um substrato próprio de conhecimentos científicos prévios, manteve-se, inicialmente, refém do que se produzia em outros centros europeus, já possuidores de uma tradição de pesquisa. Em 1832, quando se deu a institucionalização das duas Escolas de Medicina, o currículo acadêmico foi criado de acordo com o modelo da Faculdade de Medicina de Paris⁴⁵⁴. Tal situação fez com que o ensino médico praticado na Bahia durante o século XIX, adquirisse um aspecto demasiadamente livresco, retórico e pouco voltado para a promoção da saúde da população e para a investigação sobre os elementos “invisíveis” que se relacionavam aos processos de adoecimentos⁴⁵⁵.

A partir do último quartel deste século, alguns médicos baianos, através de suas teses, passaram a empreender estudos sobre questões locais diversas relacionadas à saúde. Seguindo uma tendência que se instalara no meio médico brasileiro, a partir dos anos “1850”, de questionar o legado colonial de informações médicas apoiado em descrições de viajantes naturalistas, tais estudos buscaram ressignificar e adaptar a pauta higienista européia do período⁴⁵⁶. Essa postura, relacionada à necessidade de auto-afirmação da medicina nacional enquanto profissão, resultou em interpretações peculiares sobre a patologia brasileira⁴⁵⁷. As interpretações se opunham, muitas vezes, aos antigos modelos europeus fundamentados em princípios deterministas raciais e climáticos⁴⁵⁸.

Os trabalhos iam, aos poucos, ajudando a formar um conhecimento médico autóctone e a compor o acervo da biblioteca da Faculdade. No entanto, a grande referência teórica que fundamentava o ensino médico da Bahia oitocentista era, ainda, a medicina urbana francesa gestada no século XVIII. Segundo a definição de Foucault, a medicina urbana francesa não era

⁴⁵² STEPAN, Nancy. Op. Cit., p. 32.

⁴⁵³ Ibidem, p. 56.

⁴⁵⁴ Ibidem, p. 36.

⁴⁵⁵ BARROS, Pedro Motta de. Op. Cit., pp. 425-433.

⁴⁵⁶ EDLER, Flávio Coelho. A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 9(2): 357-385, maio-ago. 2002. pp. 364-367.

⁴⁵⁷ Ibidem.

⁴⁵⁸ Idem. p. 366.

“verdadeiramente uma medicina dos homens, corpos e organismos, mas dos meios de existência”⁴⁵⁹. Os preceitos desse tipo de prática médica deram o tom das ações de saúde na antiga província pressionando, inclusive, os setores dirigentes para o combate ao costume de sepultamento no interior das igrejas⁴⁶⁰. Este era interpretado como nocivo à qualidade do ar que circulava na cidade e como responsável pela criação de um ambiente favorável à proliferação de doenças. A tentativa de medicalizar a morte através de sepultamento “extra-muros” em um cemitério afastado do antigo centro da cidade encontrou, no entanto, fortes resistências entre a população que resultaram na Revolta da “Cemiterada”⁴⁶¹.

Na segunda metade do século XIX, a medicina de base experimental e laboratorial, na Europa, iniciou um movimento de mudança nos paradigmas interpretativos sobre as origens das doenças diversas. Em países como a Alemanha e a própria França, as pesquisas e o ensino no campo da medicina direcionavam-se, aos poucos, para a investigação sobre os agentes orgânicos etiológicos das enfermidades, no corpo dos indivíduos. Nesse processo de afirmação, a medicina e a bacteriologia deslocavam o foco da prática médica, da antiga intervenção sobre as condições do meio físico, para a observação científica direta sobre o universo biológico dos seres.

Como reflexo dessas inovações, instituiu-se na Bahia, durante a década de 1850, a Escola Tropicalista Baiana⁴⁶². Composta por um grupo de médicos estrangeiros radicados na província e conhecedores dos novos paradigmas experimentais, a Escola Tropicalista inseriu-se nesse processo de formação de saberes médicos locais através da adaptação de conhecimentos importados a realidade brasileira⁴⁶³. O grupo promoveu um rompimento com o tradicionalismo acadêmico, na medida em que incorporava, em seus programas de pesquisa, disciplinas como bacteriologia, parasitologia, epidemiologia, microscopia e fisiologia clínica⁴⁶⁴.

Liderados por Otto Edward Henry Wucherer (alemão), John Ligertwood Paterson (escocês) e José Francisco da Silva Lima (português), os “tropicalistas”, demonstraram estar atentos ao estudo de doenças epidêmicas e, de forma pioneira, de doenças que atingiam os escravos e a população pobre sem lançar sobre estas, no entanto, interpretações fatalistas de cunho racista⁴⁶⁵. Embora desprezados pelos membros da Faculdade de Medicina e sem

⁴⁵⁹ FOUCAULT, Michel. Op. Cit., p. 92.

⁴⁶⁰ REIS, João José. *A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. Op. Cit.

⁴⁶¹ Ibidem.

⁴⁶² FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Op. Cit., p. 144.

⁴⁶³ EDLER, Flávio Coelho. Op. Cit., pp. 366-368.

⁴⁶⁴ BARROS, Pedro Motta de. Op. Cit., p. 440.

⁴⁶⁵ Ibidem.

qualquer auxílio financeiro da Província, os representantes da corrente tropicalista, passaram a obter notoriedade a partir das publicações do periódico *A Gazeta Médica da Bahia*, iniciadas em 1866⁴⁶⁶. Através da Gazeta, os estudos de cunho científico-experimental destes médicos, se configuraram numa das primeiras grandes iniciativas de visibilidade por parte da medicina produzida no Brasil⁴⁶⁷. No entanto, o conservadorismo médico e tautológico predominante na Faculdade baiana tratou de sufocar as reflexões teórico-experimentais dos estrangeiros reduzindo-as a um plano de inferioridade e subversão perante o conhecimento já estabelecido⁴⁶⁸.

Isolada no contexto baiano do século XIX e sem formar contingentes significativos de seguidores, a Escola Tropicalista baiana desfigurou-se perante a forte resistência da comunidade médica local entrincheirada em um saber “verboroso, livresco, hermético, para disfarçar a ignorância e o gosto pelo poder sem mérito de conteúdo”⁴⁶⁹. Desta forma, as práticas de medicina e saúde pública na Bahia dos primeiros tempos republicanos continuariam, em geral, pautadas nos padrões da medicina urbana francesa⁴⁷⁰.

Diferentemente do que ocorrera em São Paulo e Rio de Janeiro, a ciência médica não encontrou na capital baiana terreno político-intelectual fértil para o seu pleno florescimento. Tal situação contribuiu decisivamente para o atraso na instalação da reforma sanitária do Estado de acordo com os padrões científicos e racionais vigentes⁴⁷¹. Esta situação de atraso não significava, no entanto, desconhecimento absoluto por parte dos professores e médicos baianos.

Como fora observado anteriormente, estes homens se não eram habilidosos operadores de procedimentos laboratoriais e de investigação microbiológica, eram, porém pessoas detentoras de grande cultura livresca e razoavelmente bem informadas das novidades e descobertas produzidas pela “nova medicina”. Além deste fato, a geração de sanitaristas brasileiros da primeira década do século XX, representada na figura de Oswaldo Cruz, em muito contribuiu para a difusão do conhecimento médico da “*belle époque*”.

⁴⁶⁶ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Op. Cit.

⁴⁶⁷ Segundo Edler, o início das atividades da *Gazeta Médica da Bahia* relacionava-se a um contexto de expansão dos jornais de medicina no Brasil no final do século XIX. Os jornais aglutinavam grupos de médicos que haviam estudado na Europa para complementar suas formações. Em caráter alternativo às instituições oficiais de ensino, os periódicos cumpriam o papel de divulgar os novos conhecimentos que chegavam no país dando, assim, visibilidade a certos grupos que se encontravam fora das academias. VER: EDLER, Flávio Coelho. Op. Cit., pp. 377-378.

⁴⁶⁸ BARROS, Pedro Motta de. Op. Cit., p. 439.

⁴⁶⁹ Ibidem.

⁴⁷⁰ UZEDA, Jorge Almeida. Op. Cit.

⁴⁷¹ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Op. Cit., pp. 144-145.

Uma das maiores preocupações, neste período, era a febre amarela. Tais preocupações foram divididas com os representantes brasileiros do poder público⁴⁷². Desde a descoberta de Finlay no final do século XIX acerca da transmissão vetorial da doença através do *Aedes Aegypti*, médicos brasileiros como Domingos Freire⁴⁷³ e Emílio Ribas⁴⁷⁴ procediam a experimentos em favor da comprovação da teoria culicidiana defendida pelo médico cubano. Entretanto, a grande maioria dos médicos brasileiros, no início do século XX, preferia adotar uma postura híbrida em relação à transmissão da doença, associando a hipótese de Finlay às tradicionais concepções higienistas, do século XIX⁴⁷⁵.

O reconhecimento da importância do mosquito na transmissão da doença, embora que pouco consensual, já fora verificado nas campanhas anti-amarílicas comandadas por Oswaldo Cruz, no antigo Distrito Federal, ainda no ano de 1903⁴⁷⁶. Investidas de um caráter polêmico, essas campanhas tiveram uma grande repercussão na sociedade da época, sendo veiculadas, inclusive, em meios de comunicação não científicos⁴⁷⁷. Portanto, na transição da década de 1910 para a década de 1920, período no qual se deu a instalação da Rockefeller na Bahia, a necessidade de combater os mosquitos como condição para a erradicação da febre amarela, já não era novidade para os médicos baianos. O Dr. Pedro de Lemos, em sua tese intitulada *Considerações Etiológicas sobre a Febre Amarela; Estado atual da questão*, defendida no ano de 1921, ratificava a teoria culicidiana como estágio último dos conhecimentos em relação à febre:

[...] “No que se prende a questão etiológica da amarelrose, no que lhe diz de perto, a primeira conquista foi a descoberta do transportador da doença.

Foi o médico cubano Carlos Finlay quem demonstrou a transmissibilidade da infecção pelo *stegomia calopus*, em 1881.[...]

[...] Em 1899 foi instituída em Cuba para o combate do tipo icteróide uma comissão composta de quatro médicos militares, Reed, Carrol, Agramonte, Lazear. A comissão iniciou seus trabalhos somente em 1900. Estabeleceu no rigor de suas pesquisas e no inatacável de suas deduções, resultado experimental do curso de duas campanhas de estudos sucessivos, grande cópia de fatos mais tarde confirmados definitivamente e criou doutrinas completadas depois principalmente pelos trabalhos da Missão Pasteur, no Brasil, Marchoux, Salimbeni, Simonal e ultimamente pelos trabalhos da Missão Rockefeller, realizados no Equador e México, chefiada por Noguchi.

⁴⁷² ALMEIDA, Marta de. Tempo de laboratórios, mosquitos e seres invisíveis: as experiências sobre a febre amarela em São Paulo. In: CHALHOUB, Sidney; MARQUES, Vera Regina Beltrão; SAMPAIO, Gabriela dos Reis; SOBRINHO, Carlos Roberto Galvão (Orgs.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de História Social*. Campinas - SP, UNICAMP, 2003. p. 123.

⁴⁷³ BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução Pasteuriana no Brasil*. Op. Cit.

⁴⁷⁴ ALMEIDA, Marta de. Op. Cit., pp. 123-159.

⁴⁷⁵ TEIXEIRA, Luiz Antonio. Da transmissão hídrica à culicidiana: a febre amarela na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. In: *Revista Brasileira de História*. São Paulo, Vol 21, nº 42, p. 217-242.

⁴⁷⁶ COSTA, Nilson do Rosário. Op. Cit., pp. 57-70.

⁴⁷⁷ Nilson do Rosário Costa se refere às controvérsias que permearam a execução das referidas campanhas. Segundo o autor, além de fortes oposições no Congresso, Oswaldo Cruz contou com a resistência de setores da imprensa fluminense. O então Diretor Geral de Saúde Pública, foi ridicularizado por alguns jornais que passaram a chamar-lhe de “General-mata-mosquitos”.

A Comissão Americana, em Cuba, é o ponto de origem da atual orientação científica sobre a febre amarela⁴⁷⁸. [...]

Os estudiosos baianos da Faculdade de Medicina demonstravam também conhecer a evolução das variadas interpretações sobre a doença, assim como, as novidades em relação aos seus aspectos etiológicos. Até o ano de 1928, os especialistas nacionais e estrangeiros não haviam formalizado um consenso em relação à natureza do agente causador da febre amarela. A maioria dos pesquisadores acreditava que a doença era provocada por um vírus alojado no mosquito contaminado após efetuar a picada em um amarelo. No entanto, um bacteriologista japonês, médico da Fundação Rockefeller, o Dr. Hideyo Noguchi, defendia a idéia de que a doença era causada, não por um vírus e sim, por uma bactéria. Esta fora denominada por Noguchi de *Spirocheta Icteroides*. Somente no final da década de 1920, a teoria do “sábio japonês”⁴⁷⁹ foi invalidada por outros pesquisadores da Rockefeller que trabalhavam na África⁴⁸⁰.

De forma revisionista, os doutorandos baianos apropriavam-se das modernas nomenclaturas, instituídas com as descobertas da medicina, manuseando-as em suas teses, com um certo domínio e conhecimento. Em 1926, Dr. Otto Schmidt analisando a questão da febre amarela na Bahia reportava-se às descobertas de Noguchi utilizando um vocabulário técnico científico apurado e preciso:

[...] “A relação etiológica firmando a causalidade desafiadora das objeções dos incrédulos entre a febre amarela e o *leptospira icteroides* de Noguchi, pode ser experimentalmente provada, sorologicamente, pela reação da aglutinação, pela fixação do complemento, pelo anti-icteroides imune serum mono valente do coelho em mistura nos meios culturais para crescimento de leptospiros, segundo as experiências de Battistini e, finalmente pela reação do fenômeno de Pfeiffer [...]

[...] Quem primeiro a praticou (a reação de Pfeiffer) na Febre Amarela foi Noguchi, o grande descobridor do *leptospira icteroides*, achando uma reação positiva em 15 de 18 casos observados”⁴⁸¹.

Também com relação às incertezas que pairavam sobre a natureza do agente causal da doença, o Dr. Pedro de Lemos Motta discorreu sobre a questão:

[...] “ A questão da transmissibilidade da febre amarela pelo mosquito traria indubitavelmente a questão de um detentor permanente de gérmen por ser resolvida. Assim, nos tempos atuais tem-se aventado a possibilidade de um reservatório, de vírus. [...]

[...] Depois de Noguchi a tendência é admitir que o gérmen específico se parte na febre amarela da mesma sorte que os hematozoários no paludismo; [...]

⁴⁷⁸ MMB. Pedro de Lemos Motta. *Considerações etiológicas sobre a febre amarela, Estado atual da questão.* (1921). Referência – 121 – C. pp. 15-17.

⁴⁷⁹ Entre os meses de janeiro e fevereiro de 1924, o Dr. Hideyo Noguchi esteve na Bahia, a serviço de Fundação Rockefeller, para estudos de campo sobre a etiologia da febre amarela. A imprensa baiana comumente se referia a Noguchi através da expressão “sábio japonês”. VER: *Jornal A Tarde*, 29/01/1924, 18/02/1924, 22/02/1924, 29/02/1924.

⁴⁸⁰ LÖWY, Ilana. Op. Cit., p. 673.

⁴⁸¹ MMB. Otto Schimidt. *A febre amarela na Bahia em 1926.* (1926) Referência – 126 – E. pp. 138-139.

[...] Noguchi dá o mosquito como apenas o vetor e o tempo que decorre para tornar o culicídeo infectivo é o necessário para a multiplicação suficiente do gérmen específico no organismo do *stegomia* o que representa o período de incubação.

Dizer do reservatório de vírus é referir à conservação do gérmen. E sendo assim, deduz-se claramente que esta se estabelece e é mantida pelas relações entre o hospedeiro definitivo e o hospedeiro transitório ou simples vetor, como quer Noguchi. Disso viria um portador de gérmen”⁴⁸².

Ainda que nem toda a comunidade médica local estivesse acompanhando as descobertas à respeito da febre amarela, o saber acadêmico baiano, alocado na Faculdade de Medicina, não haveria de estranhar o formato anti-*aedes aegypti* das ações sanitárias trazidas à Bahia pela Fundação Rockefeller. Portanto, a resistência dos médicos baianos ao seu sanitarismo residia nos métodos impostos pela Fundação para debelar os mosquitos, na questão da economia de recursos durante a execução dos programas e, em alguns casos, no excesso de controle das ações por parte dos diretores e funcionários da Rockefeller.

Em sua política para a Bahia, o D.N.S.P. procurou evitar que os membros da Fundação extrapolassem no seu exercício de poder e nas suas pretensões de dominação profissional. Através da nomeação de funcionários federais (médicos do seu *staff*⁴⁸³) para a direção dos Serviços de Profilaxia Rural no Estado, o D.N.S.P. atuou como “um escudo político-institucional de defesa da independência da Bahia, no plano das políticas públicas, caso a missão exorbitasse de suas funções”⁴⁸⁴. Essa postura além de resultar num quadro de crescente centralização das ações locais de saúde pública em torno da autoridade federal, serviu, também, para evitar conflitos diretos e disputas de poder entre os doutores da Faculdade de Medicina e os representantes da Rockefeller.

Logo nos anos em que se tornou efetiva a presença da Fundação no Estado, a total carência da Bahia no que se refere à serviços de profilaxia e saneamento rural criou um terreno não muito propício, inicialmente para grandes resistências locais à auxílios de origem federal ou estrangeira. Em janeiro de 1920, as notícias sobre o início das negociações entre o governo baiano e o D.N.S.P para combater à febre amarela no Estado, animavam setores da comunidade médica baiana. Em artigo intitulado “A Bahia e a intervenção Federal”, Álvaro de Carvalho em tom entusiasta, escrevera para a Gazeta Médica da Bahia:

“E já não era sem tempo. Estamos, de fato, em pleno regime da Profilaxia Anti-Amararílica. Velha aspiração, esta, sempre insatisfeita e só agora conseguida. Não que nos hajam faltado, na direção

⁴⁸² MMB. Pedro de Lemos Motta. Op. Cit., pp. 18-19.

⁴⁸³ Na década de 1920, os três mais importantes diretores da Profilaxia Rural no Estado, os doutores Sebastião Barroso, Abel Tavares de Lacerda e Antonio Luís Barros Barreto eram funcionários do D.N.S.P.. O primeiro, substituiu, inclusive, o médico comissionado pela Rockefeller, o Dr. Mário Jansen, no comando dos trabalhos contra a uncinariose, em dezembro de 1921. O último, por sua vez, chegou a ser secretário e subsecretário estadual de Saúde Pública da Bahia entre 1925 e 1927. VER: SANTOS, Luiz Antonio de Castro. e FARIAS, Lina Rodrigues de. *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Op. Cit., pp. 164-165.

⁴⁸⁴ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Op. Cit., p. 171.

estadual dos nossos serviços sanitários, competências e vontades em condições de constitui-la e mantê-la eficazmente, e, sim, porque não há tentativa por mais esforçada e decidida, que resista à clamorosa insuficiência de méis com que as administrações baianas tem timbrado em dotar o departamento da nossa saúde pública. [...]

[...] Tudo nos está a indicar que o tipo *icteroide* vai sofrer, na Bahia, combate eficiente, porque sistematizado, as suas exaltações epidêmicas e a sua endemicidade mesma. Combate eficiente, por que cercado de todas as garantias de êxito. [...]

[...] Acresce a tudo isto que a chefia da missão interventora (Manu Sanitária) recaiu na pessoa do Professor Clementino Fraga, nome que a Bahia já se habitou a respeitar pelo brilho de sua competência, pela formosura de seu espírito, pela incerteza de seu caráter”⁴⁸⁵. [...]

Quando o serviço de combate à febre amarela ainda se encontrava sob a responsabilidade da Profilaxia Rural e dirigido pelo Dr. Sebastião Barroso, um episódio ilustrou como a sociedade médica baiana estava em sintonia com o início do projeto federal de saneamento no Estado. Importunado com as sucessivas visitas obrigatórias dos “mata-mosquitos” da Comissão Sanitária Federal em sua residência, o delegado baiano Pedro Gordilho solicitou na justiça um “*habeas corpus*” para livrar-se deste incômodo⁴⁸⁶. O “*habeas corpus*” foi concedido pelo juiz Paulo Martins Fontes sob a alegação de que as turmas de guardas sanitários estavam provocando constrangimento e vexames ao delegado reclamante⁴⁸⁷. Sentindo-se desmoralizado como autoridade sanitária do Estado, Sebastião Barroso solicitou providências da Diretoria do D.N.S.P. no Rio de Janeiro⁴⁸⁸ e autorizou a suspensão temporária das operações anti-amarílicas na Bahia enquanto o Supremo Tribunal não julgasse a questão⁴⁸⁹. A imprensa local dava cobertura à crise, alertando para os prejuízos sanitários que teria o Estado com a referida suspensão. Em matéria intitulada “Não reduzamos a Bahia a uma vasta *cloca*”, *A Tarde* noticiava,

“A Bahia – com que dor o afirmamos! – é uma das cidades mais imundas do Brasil. Poucas como ela, tão sem higiene, sem os cuidados de salubridade mais cominhos, que não faltam até as pequenas cidades do sertão de Minas, São Paulo, Estado do Rio, Rio Grande, Paraná, Pernambuco, etc. (...)

Essas considerações vêm a propósito da resolução do chefe da comissão sanitária federal de suspender todos os serviços neste Estado, enquanto o Supremo Tribunal não julgar o “*habeas corpus*” concedido pelo juiz Paulo Fontes ao Dr. Pedro Gordilho, contra os prepostos daquela comissão incumbidos das visitas domiciliares”⁴⁹⁰.

A questão chegou a ter repercussão nacional a ponto do próprio presidente da República pedir explicações ao diretor do D.N.S.P.:

“A imprensa quase unânime, trata da suspensão dos serviços de profilaxia na Bahia, lamentando que autoridades locais dêem tão mal exemplo a população. O País discute o “*habeas corpus*” concedido, com muita acrimônia. O Dr. Carlos Chagas, diretor da Saúde Pública, conferenciou longamente com o

⁴⁸⁵ Gazeta Médica da Bahia, Janeiro de 1920.

⁴⁸⁶ Jornal *A Tarde*, 20/10/1921. p. 02.

⁴⁸⁷ Jornal *A Tarde*, 15/11/1921. p. 02

⁴⁸⁸ Jornal *A Tarde*, 20/10/1921. p. 02.

⁴⁸⁹ Jornal *A Tarde*, 16/11/1921. p. 01.

⁴⁹⁰ *Ibidem*.

presidente da República, informando que de há muito a comissão sanitária ali luta com empecilhos. O presidente pediu detalhadas informações. Também conferenciou com o Dr. Carlos Chagas, sobre o assunto, o deputado Clementino Fraga”⁴⁹¹.

Diante do impasse, o governador do Estado José Joaquim Seabra foi obrigado a intervir na situação colocando “frente à frente”⁴⁹² o delegado e chefe da Saúde Pública Federal. O desfecho da crise foi a suspensão do pedido de “*habeas corpus*” por parte de Pedro Gordilho e o conseqüente retorno do programa contra a doença.

Durante esse processo, a Sociedade de Medicina da Bahia deu apoio ao chefe dos serviços federais, Sebastião Barroso. Os membros da instituição se colocaram publicamente contra a solicitação do “*habeas corpus*”. No dia 29 de outubro de 1921, *A Tarde* publicou uma declaração do Dr. Pinto de Carvalho repudiando a atitude do delegado baiano:

“ Dificilmente se conceberá coisa mais incongruente e abstrusa do que a doutrina exposta pelo meu velho camarada Dr. Pedro Gordilho, a propósito do serviço de profilaxia contra a febre amarela, em contrário a cujas disposições dizem os jornais haver ele solicitado ordem de “*habeas corpus*”, sob o pretexto da constitucional inviolabilidade do domicílio.

Em primeiro lugar, convém lembrar que essa inviolabilidade é, como tudo, relativa. Deve ser rigorosamente respeitada, não pode haver dúvida, mas, como em todas as organizações sociais, até o momento em que prejudique a segurança ou bem estar da comunhão. [...]

[...] A doutrina contrária a ação da higiene pública torna-se tanto mais estranha no momento, quanto defendida e sustentada pelo meu caro Dr. Pedro Gordilho, que encarna as responsabilidades de uma das principais autoridades policiais de nossa terra. [...]

[...] A verdade é que na Bahia se pode fazer muito bem a profilaxia contra a febre amarela, contanto que haja a máxima severidade por parte dos prepostos ao serviço. Mais difícil é, justamente, fazer outras profilaxias, entre elas a da peste, porque estas, sim dependem muito mais diretamente das condições sanitárias gerais da cidade e, particularmente, das canalizações de esgotos. Assim, a dar lógica à sentença do Dr. Gordilho, devera a Saúde Pública baiana cerrar as suas portas, não gastar mais dinheiro com empregados, médicos, creolina, enxofre e mais petrechos, pois inteiramente inútil resultaria toda a sua atividade, preliminarmente condenada pelo princípio de cruzar braços a que me refiro e que, diga-se entre parêntesis, em absoluto combate e profíligo.

Não tem razão o ilustre delegado, que melhor andarás dando o exemplo, que é, de fato, do seu dever, de obediência e sujeição aqueles que estão no uso de uma autoridade, pelo menos tão verdadeira quanto a sua e, certamente, muito justa e muito necessária, muito boa e muito profícu”⁴⁹³.

A situação chegou a gerar polêmica entre os médicos e os advogados baianos. Argumentando em favor dos princípios das suas respectivas ciências, juristas e médicos não chegavam a um consenso e, mais uma vez, a comunidade médica manifestou sua solidariedade ao colega carioca Sebastião Barroso:

“No Instituto dos Advogados e ainda na Sociedade de Medicina continua a ser objeto de manifestações várias e de opiniões variadas o “*habeas corpus*” concedido pelo Juiz Federal contra a missão sanitária no Estado do Departamento de Saúde Pública. [...]

[...] Na última reunião do Instituto da Ordem dos Advogados, que ontem se efetuou, foi aprovada uma proposta de declaração de solidariedade ao honrado juiz federal, na atual emergência em que se encontra e em vista das críticas em torna da decisão proferida numa petição de “*habeas corpus*” contra medidas de Saúde Pública. [...]

⁴⁹¹ Jornal *A Tarde*, 18/11/1921. pp. 03-04.

⁴⁹² Jornal *A Tarde*, 22/11/1921. p. 01.

⁴⁹³ Jornal *A Tarde*, 29/10/1921. p. 02.

[...] Também ontem, toda a primeira parte da seção quinzenal da Sociedade de Medicina da Bahia, com grande concorrência foi tomada pelo caso do “habeas corpus” ruidoso, ratificando a assembléia, como uma demonstração da classe médica baiana, o protesto lavrado pela sociedade na sessão anterior. O Dr. Sebastião Barroso, cheio dos serviços sanitários federais na Bahia, foi presente à reunião, perante a qual, em nome da repartição a seu cargo e no do Departamento Nacional de Saúde Pública, agradeceu a afirmação de solidariedade preciosa daquela ilustre companhia. Fez, a propósito, considerações gerais, exclusivamente científicas e doutrinárias, terminando por ler uma valiosa comunicação, cheia de magníficas observações e corolários derivados de sua prática nos múltiplos serviços sanitários que tem superintendido em zonas diversas do país. Essa comunicação, uma vez publicada, será objeto de discussão na próxima assembléia”⁴⁹⁴.

Tais demonstrações de apoio ao superintendente designado pelo D.N.S.P, sugerem que, embora não se encontrassem diretamente na liderança da reforma sanitária local, os médicos baianos não adotaram posturas de resistência que, em nome da busca pelo controle deste processo, atentassem contra os princípios da ciência médica e contra o projeto de saneamento para o Estado. A própria passagem do diretor do D.N.S.P pela Bahia, em fevereiro de 1924, fora marcada por um clima de cordialidade entre os membros da comunidade médica local – representada por médicos e funcionários da Saúde Pública Federal e os professores da Faculdade de Medicina – e o Dr. Carlos Chagas. O Dr. Chagas chegou a prestar homenagens aos colegas baianos que o haviam condecorado com o título de professor honorário⁴⁹⁵.

A partir de 1923, quando a Rockefeller assumiu o controle definitivo das operações anti-amarílicas no Estado e começou a lançar mão, ostensivamente, da colocação dos peixes larvófagos nos reservatórios de água, em detrimento da utilização dos expurgos de inseticidas, os médicos baianos passaram a manifestar o seu repúdio ao caráter invasivo e anti-higiênico deste método profilático. O Dr. Armando de Campos teve a sua indignação publicada no jornal *A Tarde*:

“Em que pese a infelicidade desastrosíssima com que pisou na Bahia, cladicando, o ‘auxiliar’ que o ilustre Dr. Carlos Chagas houve por bem enviar-nos, para verificar os possíveis efeitos maléficos desse sistema profilático repugnante de apanhar peixinhos larvógagos em águas ultra poluídas e colocá-los nos pequenos recipientes de água limpa das nossas casas”⁴⁹⁶. [...]

O próprio Sebastião Barroso, em 1926, manifestara a sua desaprovação em relação ao método, tal como este vinha sendo aplicado, denunciado o seu caráter nocivo à saúde da população local:

“Entro, agora, na questão dos peixes. Os peixes sempre foram por nós empregados como ótimo meio de combate às larvas dos mosquitos. As estatísticas oficiais dos meus trabalhos na Bahia sempre consignaram o emprego de milhares e milhares de peixes. [...]

⁴⁹⁴ Jornal *A Tarde*, 25/11/1921. p. 02. Grifo meu.

⁴⁹⁵ Jornal *A Tarde*, 08/02/1924. pp. 01-02.

⁴⁹⁶ Jornal *A Tarde*, 30/06/1924. p. 01. Grifo meu.

[...] Deitava-os, porém imitando nisso todos os que, antes de mim, em tais serviços, haviam trabalhado, inclusive Oswaldo Cruz, nas águas de rega, de lavagens, de jardins, nunca nas caixas de abastecimento geral do prédio, na talha, no filtro, no moringue, isto é, nas águas de beber. [...]

[...] e onde a minha impregnação tornou impossível o meu assentimento foi quando, apanhando os peixes que não eram numerosos, em todas as valas poluídas, eram de mistura com essas águas e sem passar pelos tanques, tão poluídos quanto as valas, atirados em todas as águas de beber-caixas, talhas, filtros e até moringues. Não podendo o peixe viver em seco, vinha sempre com uma porção de água de onde provinha. [...]

[...] mas quero justificar-me do erro de imaginar que peixes e águas, provenientes de valas de despejo de matérias fecais, pudessem veicular germens morbígenos e houvesse impugnado esse procedimento, em bem da saúde de uma população inteira, a mim em grande parte confiada”⁴⁹⁷. [...]

Em função do alto custo dos inseticidas, a orientação dada pelos diretores norte-americanos era para a suspensão deste método, anteriormente tão utilizado pelas autoridades sanitárias brasileiras e baianas. Para os médicos da Rockefeller, os expurgos eram preferidos pelos sanitaristas locais em decorrência de sua visibilidade e exatamente, também, por não “implicarem grau elevado de intervenção na rotina dos habitantes”⁴⁹⁸. Para os médicos baianos e autoridades locais, os expurgos eram fundamentais para debelar os mosquitos contaminados já em sua fase adulta. Na sua tese defendida em outubro de 1926, O Dr. Otto Schmidt criticava, em tom de ironia, a suspensão dos expurgos associando-a à falta de humanidade por parte dos diretores da Rockefeller:

[...] “Seja-nos, pois, permitido parafrasearmos [...] o prof. Garcez Fróes: ‘Honra e glória à Rockefeller!’ Não esqueçamos, no entanto, de tecer alguns ligeiros comentários em torno de certos pontos que julgamos deficientemente zelados pela operosa direção da ‘Comissão Sanitária Federal’ Parece-nos que deveria haver uma revisão parcial nos processos por ela adotados na profilaxia anti-amarílica [...]

[...] Doutra parte, o interesse culicidiano vem sendo exclusivista, o lado humano por completo desprezado. O expurgo, por exemplo, foi banido inteiramente como medida profilática. [...]

[...] Parece-nos, portanto, que desumanidade exista, em se deixar que mosquitos infectados continuem a viver, e a propagar o mal, quando é certo que o expurgo os aniquilaria, circunscrevendo ainda mais a sua raia de ação”⁴⁹⁹. [...]

Sebastião Barroso, que embora não fosse baiano já se encontrava devidamente integrado à comunidade médica local na condição de chefe dos serviços federais de saúde, também tinha pontos de vista conflitantes com a visão dos norte-americanos em relação aos expurgos:

[...] “Antes de cá chegarem, eu já conhecia os processos americanos e de vários deles, para o nosso meio, profundamente, discordava. O primeiro ponto de divergência era a supressão total dos expurgos [...] E não vejo como se possa contestar a importância de se matar um *stegomia*, um único que seja, o qual venha a sugar o amarelento nos três primeiros dias da moléstia e no fim de doze dias poderá inocular febre amarela mortal. E, se um de nós tivesse a certeza de que a vítima iria ser um dos entes queridos do nosso lar, aplaudiria, com gratidão eternecida, o dispêndio de contos de réis empregados em matar esse único e minúsculo inseto. A nossa alma sensível de latinos é assim que raciocina. A minha, pelo menos, tem esse feitio”⁵⁰⁰. [...]

⁴⁹⁷ Gazeta Médica da Bahia, julho de 1926, p.32; agosto de 1926. pp. 57-59.

⁴⁹⁸ BENCHIMOL, Jaime Larry. *Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Op. Cit., p. 117.

⁴⁹⁹ MMB. Otto Schmidt. Op. Cit., pp. 192-195.

⁵⁰⁰ Gazeta Médica da Bahia, julho de 1926. pp. 18-21.

Outro ponto de divergência entre diretores norte-americanos e médicos baianos, era o sentido urbanístico e litorâneo do programa imposto para a erradicação da doença. Esse sentido relacionava-se diretamente à pouca disposição da Rockefeller em despender grandes somas de dinheiro no Brasil. Segundo Sebastião Barroso:

[...] “O meu segundo ponto de divergência foi a declaração de que só se fariam serviços nas cidades do litoral e que tivessem mais de 40.00 habitantes, depois baixada para 30 e, mais tarde, para 25.000. Farse-iam, portanto, serviços somente em cinco ou seis cidades. Nas pequenas cidades, dizia o Dr. White, a epidemia se extinguirá por si mesma; não vale a pena gastar dinheiro com elas, morra quem morrer”⁵⁰¹. [...]

O Dr. Otto Schmidt, também discordava da teoria dos focos-chave e do caráter “epidêmico-circunstancial” das investidas da Rockefeller pelo interior do Estado:

[...] “Uma outra medida da ‘Comissão Rockefeller’ altamente atentadora aos princípios de humanidade, é a de estabelecer tão somente medidas da polícia de foco nas pequenas localidades quando açoitadas pelo mal de São, ainda mesmo que se trata de surtos epidêmicos verificados em zonas restritas, ao nosso ver, facilmente sanável pelo expurgo, aliado à profilaxia anti-larvar”⁵⁰². [...]

O médico baiano sinalizava, ainda, para a inconsistência do programa, por não proceder a ostensiva prática de vacinações contra a doença em pessoas que transitassem por regiões de endemicidade comprovada:

[...] “Sendo o ‘Rockefeller Institute for Medical Research’ o orientador científico para a estandardização das medidas profiláticas e, no particular, tendo a autoridade máxima de Noguchi como o seu ‘leader’, a vacinação anti-amarílica deveria ser em certos casos largamente indicada e praticada intensamente, atenta a vantagem provadíssima da sua ação, onde tenha sido executada. Assim, por exemplo, em tropas destinadas ao Norte do Brasil, onde a endemicidade do tifo amarílico é um fato, não se desculpam descuidos como tais”⁵⁰³. [...]

No trecho grifado, o tom de crítica ao excesso de controle por parte da Fundação sobre as ações de combate à doença, encontrava-se explícito. Esse monopólio administrativo exercido pelos médicos norte-americanos foi, inclusive, o fator de indisposições entre o Dr. Sebastião Barroso e o diretor do escritório da Rockefeller em Salvador, o Dr. J.H.White. Devido à intervenção da Fundação Rockefeller nas operações anti-amarílicas, seu posto, dentro do programa, passou a adquirir um caráter meramente figurativo. Indignado com a sua falta de autonomia, enquanto diretor do Serviço de Profilaxia Rural do Estado, perante as questões relacionadas à febre amarela, o Dr. Barroso demitiu-se do cargo no final de 1923. Sua demissão foi anunciada através de um ato público em frente da Sociedade Médica Baiana no qual “se fizeram ouvir eloquentes discursos nacionalistas e sonoros apupos aos imperialistas americanos”⁵⁰⁴.

⁵⁰¹ Ibidem. pp. 21-22.

⁵⁰² MMB. Otto Schimidt. Op. Cit., p. 195.

⁵⁰³ Ibidem. p. 193. Grifo meu.

⁵⁰⁴ BENCHIMOL, Jaime Larry. Op. Cit., p. 120.

Em seu comunicado à Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, Barroso relatou o fato, evidenciando a indiferença do Dr. White em relação às suas discordâncias com o novo formato do programa. Às vésperas de seu pedido de demissão, ocorrências de casos de desintéria começavam a ser associados ao uso freqüente, por parte dos prepostos da Rockefeller, dos peixes larvófagos em águas de beber.

“Já em dois bairros da cidade estão urgindo casos numerosos de desintéria; pode alguém afirmar não esteja isso sendo ocasionados pela presença de tais peixes, de tais águas nos reservatórios domiciliares? Quem assumiria a responsabilidade de tal negativa? Ao Dr. White a denúncia e o meu protesto não causaram o menor abalo.

Tudo isso, meus colegas, passou-se ‘intramuros’. Constava apenas de cartas e telegramas entre chefes do serviço na Bahia e seus superiores hierárquicos. As divergências, uma vez não partilhadas pelos meus chefes ou uma vez não me dando eles uma mão forte, só me restava como funcionário cumprir ordens, ressaltada a minha responsabilidade no caso, ou demitir-me da comissão. Foi a última hipótese que se verificou”⁵⁰⁵. [...]

Sebastião Barroso, além de discordar do uso abusivo e irresponsável dos peixes, da suspensão dos expurgos e da prática de isolamento dos doentes em hospitais, para evitar a exposição destes aos mosquitos, discordava, principalmente, do caráter autoritário com que os norte-americanos comandavam o trabalho:

“A passagem do Dr. White por aqui veio confirmar as minhas suposições ‘uma vez que é ele quem paga, declara, vem fazer o serviço como entender, com a sua técnica, com o seu pessoal superior’. Naturalmente, a parte material, odiosa e difícil ficará com os nacionais; a lata direção, os cargos de comando ficarão com eles. Aliás, é assim que têm procedido e é natural que assim procedam nos outros países onde de tal profilaxia se têm encarregado”⁵⁰⁶. [...]

A arrogância e o autoritarismo dos gestores, expressos especificamente nas figuras dos doutores Joseph H. White e E.Y Scannell, manifestaram-se nitidamente em dois outros episódios ocorridos no final de 1923. No primeiro, o Dr. Scannell havia solicitado ao representante do D.N.S.P. no estado, Dr. Lafayette de Freitas, mais um guarda-chefe experiente para dar continuidade à montagem dos serviços. Lafayette telegrafou para o Departamento no Rio de Janeiro, pedindo-o com urgência⁵⁰⁷. O funcionário Peres da Silva embarcou para Salvador e ao se apresentar para o trabalho, foi rejeitado e dispensado pelo Dr. Scannell, sem receber qualquer tipo de indenização referente às despesas da viagem⁵⁰⁸. Sem que houvesse delimitações acerca de suas reais possibilidades de intervenção sobre os serviços operacionais do programa, Sebastião Barroso nada pode fazer para evitar o constrangimento:

“Eu entrei a ser intitulado chefe dos serviços, mas sem poder intervir em detalhe qualquer, mínimo que fosse. Não podia nomear nem demitir, nem suspender qualquer funcionário. Dias depois, chegou a Bahia o Dr. WHITE. Pedi-lhe que definisse as minhas funções, queria saber até onde podia ir a minha

⁵⁰⁵ Gazeta Médica da Bahia, agosto de 1926. p. 61.

⁵⁰⁶ Gazeta Médica da Bahia, julho de 1926. p. 17.

⁵⁰⁷ Gazeta Médica da Bahia, agosto de 1926. p. 63.

⁵⁰⁸ Ibidem.

intervenção, onde ela era vedada. Ele só me respondia que, pelo acordo, eu era o chefe dos serviços, mas, quando eu pedia que, tendo um preposto ali, a mandar e a desmandar, declarasse quais as funções minhas e quais as do preposto, esquivava-se”⁵⁰⁹. [...]

A outra situação ocorrera durante a convocação de uma reunião entre representantes da Rockefeller e do D.N.S.P. para acordar os termos do combate à febre amarela, após a publicação no Diário Oficial do Estado, do novo contrato firmado em 1923. Por este novo instrumento, a Rockefeller se responsabilizava pela erradicação da doença nos Estados da Região Norte, entre eles, a Bahia. No encontro o representante norte-americano, Dr. Scannell recusava-se aceitar qualquer intervenção, de natureza deliberativa, por parte dos médicos do D.N.S.P no programa “anti-*Aedes Aegypti*”⁵¹⁰. Após a negociação, a redação do acordo ficou a cargo do Dr. Barroso. No dia seguinte, o Dr. Scannell não foi encontrado e, posteriormente, recusou-se a assinar o documento. Como o médico da Rockefeller não havia conseguido convencer os brasileiros, este, de forma intransigente e revanchista, eximiu-se da responsabilidade sobre a concordância com o que se encontrava escrito. Segundo Barroso:

“Firmado, entretanto, ao acordo, organização das turmas, modo e técnica de trabalhos, ordenados, horários, etc., foi deliberado reduzir tudo a um termo a ser assinado pelos dois membros da Comissão Diretora. Mas a reunião acabou tarde e ficaram a redação e a assinatura para o dia seguinte, em que devia regressar o Dr. LAFAYETTE. Fui encarregado da redação e, no dia seguinte, o Dr. LAFAYETTE punha a sua assinatura e dava uma entrevista a um jornal, declarando como iam ser feitos os serviços. Mas o Dr SCANNELL, procurado por toda a parte, não foi encontrado e, no dia imediato, recusou a sua assinatura. E os serviços começaram a ser organizados e a se fazerem, sem amaneira por que fora deliberado e, muitas vezes, de modo diametralmente oposto”⁵¹¹.

Em seu lugar, o D.N.S.P designou, temporariamente, o Dr. Abel Tavares que chefiou o serviço até o início de outubro de 1924. Em meados de janeiro de 1924, o Jornal A Tarde divulgava a sua chegada à Bahia.

“O chefe do Serviço de Profilaxia Rural neste Estado, Dr. Sebastião já tem em mãos um telegrama do Dr. Lafayete de Freitas, diretor geral do mesmo serviço, comunicando haver embarcado ente-ontem no Rio de Janeiro com destino a esta capital, pelo paquete ‘Affonso Pena’, o Dr. Abel Tavares de Lacerda, médico do departamento nacional de Saúde Pública, o qual vem chefiar aqui o serviço de combate a febre amarela a cargo da comissão Rockefeller”⁵¹².

A partir de outubro, a direção do serviço de Profilaxia Rural ficou a cargo do Dr. Antonio Luis Barros Barreto. A nomeação de Barros Barreto fora pensada pela direção do D.N.S.P como uma alternativa para minimizar os efeitos da crise verificada na gestão Sebastião Barroso. Barros Barreto havia estudado nos Estados Unidos da América – provavelmente financiado pela Rockefeller através de seus programas de educação médica – e doutorou-se em Saúde Pública pela Universidade Johns Hopkins. Tendo sido formado de

⁵⁰⁹ Idem.

⁵¹⁰ Idem. p. 62.

⁵¹¹ Idem. pp. 62-63.

⁵¹² Jornal A Tarde, 18/01/1924. p. 01.

acordo com os padrões da medicina norte-americana, em instituições ligadas à filantropia científica da Fundação, a probabilidade de conflitos entre o novo gestor estadual e os médicos da Rockefeller era, aparentemente, menor. Mais uma vez a imprensa baiana demonstrou não estar indiferente às novidades relacionadas aos serviços de profilaxia rural:

“O novo diretor geral do serviço de Profilaxia Rural, Dr. Antonio Luiz Barros Barreto, assumiu ontem, a chefia dessa comissão.

Logo após ter tomado posse, nos acercamos de sua mesa de trabalhos, procurando ouvi-lo sobre seu programa de ação.

O Dr. Barros Barreto tem o diploma de doutor em saúde pública pela Universidade de John Hopkins, nos Estados Unidos e o curso de organização sanitária, com a experiência que lhe deixaram as viagens através das quais toda a Europa, mostra-se, por ora, reservado, com a imprensa.

Pretende observar a marcha do serviço na sede e no interior do estado, cujos postos visitará, para depois formar então o seu programa”⁵¹³. [...]

A chegada de Barros Barreto ao Estado para gerenciar a Profilaxia Rural, representando o D.N.S.P, vinculou-se, principalmente, a uma grave questão verificada na saúde pública da Bahia, envolvendo diretamente as operações profiláticas da Fundação Rockefeller. Este episódio foi o evento mais expressivo das resistências que os métodos impostos pela Rockefeller sofreram por parte da comunidade médica local. Entre os meses de maio e junho de 1924, estourou uma grande epidemia de febre tifóide em Salvador. O uso sistemático de peixes sujos nos reservatórios intradomiciliares de água de beber, promovido pela Rockefeller, foi apontado pelos médicos baianos como o principal fator para a ocorrência do surto. Ao todo, estimou-se que 1.300 soteropolitanos foram infectados pela doença, que causou a morte de 196 pessoas num curto período de dois meses⁵¹⁴. Transmitida pelo bacilo de Elberty, encontrado nas águas contaminadas do Açude do Queimado, a doença rapidamente se alastrou devido à abundância das chuvas naqueles meses uma vez que, “em abril choveu 24 dias, maio choveu 29 dias e em junho 29 dias”⁵¹⁵. Até então, nenhuma epidemia de febre tifóide tinha se propagado na cidade com tanta força, segundo observou o Dr. Genésio Pacheco, bacteriologista do D.N.S.P:

“As nossas indagações médicas e bacteriológicas procedidas com o propósito de esclarecer a origem da epidemia de febre tifóide, mostraram que nunca na Bahia se observou uma epidemia desta doença com tal intensidade, e que além dos casos esporádicos, índice do endemismo existente em toda a parte do mundo, não encontrei notícia de caso semelhante”⁵¹⁶. [...]

Genésio Pacheco fora enviado à Bahia pelo D.N.S.P para investigar a questão, diante das denúncias que associavam a ocorrência do surto ao programa da Rockefeller:

⁵¹³ Jornal *A Tarde*, 15/10/1924, p. 01.

⁵¹⁴ UZEDA, Jorge Almeida. Op. Cit., p. 79.

⁵¹⁵ Ibidem. p. 83.

⁵¹⁶ APEB: Seção Republicana, Fundo-Secretaria do Interior e Justiça, Caixa-3696, maço 1029. p. 03.

“Aportado a Bahia em fins de junho, quando já amairara o flagelo, o Dr. Genésio Pacheco – vindo apenas para estudar a possibilidade de transmissão das ditas febres pelos peixes larvófagos, empregados na polícia de foco de mosquitos, pela Comissão Anti-Amarílica da Rockefeller – teve necessidade de um esclarecimento em torno da etiologia das mesmas. Tratou então de elucidá-las praticando investigações bacteriológicas e sorológicas, representadas por hemoculturas”⁵¹⁷. [...]

As chuvas abundantes, os alagamentos e enxurradas levavam para o Açude do Queimado⁵¹⁸ todo tipo de sujeira e material orgânico em decomposição. Animais mortos, lama e outros dejetos se encontravam nestas águas⁵¹⁹. Devido a interrupção das bombas elevatorias da estação da Bolandeira⁵²⁰, a água do Dique do Queimado foi largamente utilizada, chegando a ser quase que exclusiva no abastecimento de boa parte da cidade⁵²¹. Em 18 de maio de 1924, o Dr. Aristides Novis, então diretor da Saúde Pública do Estado, diante da nocividade de suas águas, determinou o fechamento do açude⁵²². No entanto, parte da população “já estava contaminada e em período de incubação da doença. Seria apenas uma questão de tempo para que os casos começassem a aparecer⁵²³”. Os médicos e autoridades baianas, porém, defendiam que as excrescências dos peixes larvófagos utilizados pela Rockefeller foram as causadoras da contaminação dos populares.

“O estudo da possível transmissão da moléstia pelos peixes larvófagos empregados pela Comissão Rockefeller na profilaxia da febre amarela, e apontados como responsáveis pela epidemia, ofereceu-nos oportunidade, pela correlação do estudo, de entrar nas indagações sobre as fontes da epidemia e a sua expansão, isto é, da epidemiologia”⁵²⁴. [...]

A partir da designação do bacteriologista, Dr. Genésio Pacheco, para investigar a etiologia da febre tifóide na Bahia, abriu-se uma cisão entre a Saúde Pública Estadual e o D.N.S.P. Durante o processo de expansão da epidemia de febre tifóide, o D.N.S.P procurou acompanhar os métodos utilizados para conter o surto na capital baiana⁵²⁵. O Diretor Estadual de Saúde, Dr Aristides Novis, temendo uma investigação federal no Estado em consequência da epidemia, recusou-se a aceitar o auxílio que fora oferecido pelo diretor do D.N.S.P, o Dr. Carlos Chagas⁵²⁶. Com a chegada de Genésio Pacheco, a comunidade médica local ficou em estado de alerta e se sentiu ameaçada e desprestigiada. As primeiras observações do

⁵¹⁷ MMB. Edgard de Cerqueira Falcão. *A febre typhoide na cidade do Salvador: estudo Epidemioprophyllático*. (1926). Referência – 126 – D.

⁵¹⁸ O açude do Queimado, construído em meados do século XIX, localizava-se atrás do Convento da Soledade e era o responsável pelo abastecimento de água das áreas centrais da cidade. Seu nome deve-se ao fato de que a companhia que o construiu em 1952 chamava-se Companhia do Queimado. VER: Edgard de Cerqueira Falcão. Op. Cit., p. 102.

⁵¹⁹ UZEDA, Jorge Almeida. Op. Cit., p. 84.

⁵²⁰ Responsável pelas águas do antigo Rio da Pedras, a estação localizava-se entre os atuais bairros da Boca do Rio e do Imbuí. VER: Edgard de Cerqueira Falcão. Op. Cit., p. 104.

⁵²¹ APEB: Seção Republicana, Fundo-Secretaria do Interior e Justiça, Caixa-3696, maço 1029. p. 04.

⁵²² UZEDA, Jorge Almeida. Op. Cit.

⁵²³ Ibidem.

⁵²⁴ APEB: Seção Republicana, Fundo-Secretaria do Interior e Justiça. Op. Cit., p. 03.

⁵²⁵ UZEDA, Jorge Almeida. Op. Cit., p. 90.

representante do D.N.S.P, sinalizavam para a negligência das autoridades sanitárias do Instituto Oswaldo Cruz da Bahia em relação às águas, açudes e esgotos da cidade. Estas afirmações provocaram fortes reações entre os médicos baianos:

[...] “Esse mesmo já agora mal visto emissário, com uma falta de critério pasmosa, a tocar as raias da inconsciência, havia condenado sem ao menos conhecer (após uma rápida visita) e usando de linguagem mais própria – ela sim – dos cozinheiros que cospem nas panelas, que de um técnico, mesmo especializado que fosse em demonstrações ... coprológicas”.[...]

[...] “Para sua honra e para honra até da medicina e da ciência, não somente baianas, mas brasileiras, preferíamos que o jovem ‘auxiliar’ do ilustre Dr. Carlos Chagas pudesse ter, realmente, alguma base para criticar e censurar a técnica ou as técnicas adotadas pelo Instituto baiano”⁵²⁷. [...]

Diante das atitudes de Genésio Pacheco, Aristides Novis tentou junto ao governador do Estado afastá-lo da sua missão de investigação sobre as causas da febre tifóide, descredibilizando o seu trabalho. O chefe do Serviço Estadual de Saúde não obteve êxito e pediu demissão do cargo que ocupava⁵²⁸. Em face destas circunstâncias e sentindo-se pressionado, o governador Francisco de Góes Calmon baixou uma portaria nomeando uma comissão de médicos baianos, professores da Faculdade de Medicina, para acompanhar os trabalhos do bacteriologista “intruso”.

“O Desembargador Secretário do Interior, Justiça e Instrução Pública, em nome do Governador do Estado, autoriza ao Sr. Genésio Pacheco, bacteriologista do Instituto de Manguinhos a fazer no Instituto “Oswaldo Cruz” as pesquisas de que vem incumbido pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, designando os professores Drs. Manoel Augusto Pirajá da Silva e Fernando São Paulo, catedráticos da Faculdade de Medicina para acompanharem as mesmas pesquisas de acordo com o diretor do referido Instituto, Dr. Augusto César Vianna, que merecendo a confiança do Governo facilitará o que se tornar necessário ao cabal desempenho da aludida comissão”⁵²⁹. [...]

Com a crise instalada e a demissão de Aristides Novis, o D.N.S.P nomeou outro funcionário para chefiar o Serviço Sanitário Federal na Bahia, o doutor Barros Barreto. Este episódio serviu para externar um conflito maior existente entre duas visões diferentes de medicina. O Dr. Aristides Novis era médico do Serviço Sanitário Estadual, professor da Faculdade de Medicina e Clínico em seu próprio consultório⁵³⁰. Na condição de Diretor de Saúde Pública “adotou o receituário da medicina urbana, a saber: o isolamento do doente do meio urbano, preveniu contra aglomerações (é o caso do fechamento das escolas e dos internatos); fez uso, em grande medida, das desinfecções nas casas e em objetos dos doentes, e manteve o sistema de vigilância domiciliar”⁵³¹.

Genésio Pacheco, por sua vez, era pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro (Manguinhos) e representava o que havia de mais moderno na medicina do Brasil.

⁵²⁶ Ibidem.

⁵²⁷ Jornal *A Tarde*, 30/06/1924, p. 01.

⁵²⁸ UZEDA, Jorge Almeida. Op. Cit., p. 91.

⁵²⁹ Diário Oficial do Estado da Bahia, 28/06/1924. Portaria 5.354.

⁵³⁰ UZEDA, Jorge Almeida. Op. Cit.

Enquanto conhecedor da medicina investigativa de base experimental e laboratorial, Genésio, em seus trabalhos, buscava não somente cercar a doença, mas também identificar seus agentes etiológicos e suas formas de imunização⁵³². Seus trabalhos concluíram que a epidemia de febre tifóide em Salvador teve origem hídrica e que o Açude de Queimado foi o grande responsável pela contaminação dos soteropolitanos⁵³³. Em suas margens habitavam uma população aproximada de 1.600 pessoas que comumente, realizava suas necessidades fisiológicas e criava animais às margens da barragem⁵³⁴. Suas constatações advinham de suas observações na região e de análises laboratoriais feitas com material coletado nas águas do Queimado.

A crise decorrente da epidemia de 1924, desnudou, também, as orientações da política do D.N.S.P em relação à Bahia. Mais uma vez o Departamento procurou atuar no estado como um anteparo entre médicos baianos e norte-americanos evitando, assim, o confronto direto entre os dois grupos. Soma-se a essa questão, o fato de que o D.N.S.P, enquanto órgão federal e “líder” da reforma sanitária no Estado, havia sido o principal responsável pela aceitação do auxílio técnico financeiro da Rockefeller no combate à febre amarela no norte do país. Portanto, uma vez que a cooperação da Fundação estadunidense desobrigava o órgão de proceder investimentos maiores para debelar a doença, o interesse do Departamento era o de resolver a situação, o mais rápido possível, sem prejuízos para o serviço de profilaxia do mal amarílico e sem que a imagem sanitária da Rockefeller fosse manchada. Essa preocupação pode ser observada nas conclusões de Genésio Pacheco acerca das causas da epidemia. Em sua tese “*A febre tifóide na cidade de Salvador: estudo Epidemioprofilático*” defendida em 1926, o doutorando Edgard de Cerqueira Falcão reportou-se às avaliações feitas pelo bacteriologista do D.N.S.P sobre a questão dos peixes:

“O papel dos peixes larvófagos, pelo apurado em nosso inquérito, e, principalmente depois das brilhantes provas experimentais realizadas pelo Dr. Genésio Pacheco (vide ‘Os peixes como transmissores de moléstias que se podem veicular pela água potável’ in ‘A Epidemia da Febre Tifóide do ano de 1924 na Cidade da Bahia’), ficou completamente excluído do rol dos agentes propagadores da doença em nossa capital.

E, assim, damos por findo o nosso estudo sobre a epidemia que grassou de Maio à Julho de 1924, na Cidade do Salvador, apresentando as 2 conclusões finais: 1ª - A epidemia foi exclusivamente de febre tifóide, sem a intercorrência de paratifóides.

2ª - O seu foco de irradiação foi o “Açude do Queimado”⁵³⁵.

⁵³¹ Ibidem. pp. 91-92.

⁵³² Idem.

⁵³³ MMB. Edgard de Cerqueira Falcão. Op. Cit., pp. 99-129.

⁵³⁴ Ibidem. pp. 83-85.

⁵³⁵ Idem. pp. 94-95. Grifos meus. O livro referido no trecho transcrito da tese do Dr. Edgard Falcão, “A Epidemia da Febre Tifóide do ano de 1924 na Cidade da Bahia” é de autoria do próprio Genésio Pacheco. Nele estão postas suas conclusões sobre a questão da febre tifóide em Salvador.

Durante a sua administração, Barros Barreto também conviveu com problemas nas suas relações com os diretores da Fundação oriundos da política de baixos investimentos para a erradicação da febre amarela. Em fevereiro de 1928, Fred Soper, em carta enviada a F.F.Russel, afirmava que o programa seria extinto em várias regiões do Norte até julho daquele ano e que, na Bahia, a previsão do Diretório Regional era a de estender os trabalhos anti-larvários até 1º de janeiro de 1929⁵³⁶.

Neste período, o então diretor do D.N.S.P., o baiano Clementino Fraga prestou apoio ao programa da Rockefeller em sua iniciativa de vistoriar as embarcações e os navios que aportassem na Bahia. Este tipo de operação profilática fora fortemente rejeitada pelo serviço marítimo local⁵³⁷. Por conta da resistência, o responsável norte-americano pelas campanhas em Salvador, Dr. Michel Connor, cortou parte das subvenções mensais destinadas ao programa na Bahia⁵³⁸. Reconhecendo a importância do apoio da Rockefeller ao diretor estadual para o sucesso do programa contra a febre amarela, o Dr. Connor afirmou que problemas desta natureza não mais ocorreriam sem dizer, no entanto, quando os recursos seriam novamente liberados⁵³⁹.

Durante a sua gestão e após a crise verificada em decorrência da epidemia da febre tifóide de 1924, a Saúde Pública na Bahia passou por transformações e alcançou alguns avanços. O governo de Góes Calmon (1924-1928), em novembro de 1925 editou o decreto 4.144, que instituiu o primeiro código sanitário da história do Estado⁵⁴⁰. No período “Calmonista” também, o Instituto Oswaldo Cruz fortaleceu-se e a partir de outubro de 1925 passou a ser coordenado por pesquisadores experientes do Instituto Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro como Carlos de Figueiredo e Eduardo de Araújo⁵⁴¹. A renovação e a capacitação do corpo técnico da área de saúde foi uma das grandes preocupações do governador Góes Calmon. Médicos baianos foram enviados para desenvolver estudos aos Estados Unidos e a Estados do sul do país⁵⁴². E o próprio Barros Barreto acabou se tornando, também, secretário estadual de saúde do governo no ano de 1927. Estes avanços refletiam as mudanças relacionadas à “promoção da ciência e do saneamento pelo governo federal, em parceria com a missão da Fundação Rockefeller”⁵⁴³.

⁵³⁶ Acervo do Departamento de Documentação e Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz, Documento - 078, Caixa - 02, Fundo Rockefeller. p. 02.

⁵³⁷ *Ibidem*.

⁵³⁸ *Idem*.

⁵³⁹ *Idem*.

⁵⁴⁰ FARIA, Lina Rodrigues de. e SANTOS, Luiz Antonio de Castro. *Op. Cit.*, p. 165.

⁵⁴¹ *Ibidem*, p. 159.

⁵⁴² *Idem*.

⁵⁴³ *Idem*.

Como as campanhas coordenadas pelos norte-americanos na Bahia, foram intermediadas por funcionários do D.N.S.P e acompanhadas de perto pelo órgão federal, não foram criados maiores espaços para a formação de um poder paralelo absoluto da Rockefeller no Estado, que impusesse uma configuração hierárquica de subalternização direta da comunidade médica local perante os diretores da Fundação. Tal situação foi a “peça-chave” fundamental para evitar que, diante do tradicionalismo médico local, maiores embates inviabilizassem os trabalhos da Rockefeller e os esforços do D.N.S.P. em prol da reforma sanitária na Bahia.

3.1. “QUEIXAS DO POVO”: ROCKEFELLER E RESISTÊNCIA POPULAR

Os trabalhos profiláticos da Rockefeller encontravam sérias dificuldades operacionais para a sua execução cotidiana na Bahia e não conseguiam obter os resultados esperados pelos diretores da Fundação, no que diz respeito à plena erradicação da doença. Diante da falta de uma ampla rede de esgotos, da deficiência no abastecimento de água para a maioria da população e do caráter limitado dos programas da Rockefeller, a febre amarela continuava em situação de endemidade no Estado. Em fevereiro de 1929, o Dr. Micheal Connor, um dos diretores da instituição no Brasil, se reportava ao Diretor do D.N.S.P, Clementino Fraga⁵⁴⁴, sobre a questão:

“Penso com o senhor sobre ser a cidade de São Salvador, Bahia, um centro permanente de febre amarela, e que esse centro de endemidade compreende parte da área vizinha da cidade, isto é, o Recôncavo, sendo sobre toda essa área que devemos convergir todos os esforços possíveis na destruição dos mosquitos.

Na minha próxima visita ao Norte tenciono determinar ao fiscal estadual do serviço de febre amarela, em Salvador, a proceder imediatamente ao treinamento de diversos homens para serem enviados as localidades do centro do Estado, com o objetivo de nelas organizar o serviço contra os mosquitos. Na hipótese da febre amarela surgir em qualquer das localidades do interior margeando as linhas de estradas de ferro, nós poderemos remeter em continente guardas do serviço de São Salvador a essas localidades”⁵⁴⁵. [...]

A falta de água na capital baiana era um problema estrutural grave que inviabilizava o sucesso da teoria dos focos-chave e mantinha a cidade com freqüentes casos da doença. Em

⁵⁴⁴ O médico baiano, Clementino Fraga, após ter se transferido em 1925 para a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, assumiu em 1926 a direção do Departamento Nacional de Saúde Pública, substituindo o Dr. Carlos Chagas no posto. A transferência para a antiga capital deveu-se a sua presença no parlamento federal entre 1921 e 1925, enquanto deputado representante da Bahia. Em 1930, após a ascensão de Getúlio Vargas ao poder, exonerou-se do cargo e foi substituído por Belisário Penna, seu antigo companheiro de lutas em favor da causa sanitária. VER: Acervo de Documentação e Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, Fundo – Clementino Fraga, Inventário Analítico.

⁵⁴⁵ Acervo de Documentação e Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, Documento CF/DNSP/19280806-6, Fundo – Clementino Fraga. p.01.

outubro de 1929, quase dez anos após a chegada da primeira missão Rockefeller à Bahia, a falta de água encanada ainda atormentava a vida dos soteropolitanos:

“Água! Água! É o grito que se ouve em toda a cidade.

De todos os pontos da ‘urbe’ chegamos a todo o momento reclamações por cima de reclamações, visando todas elas a falta do precioso líquido.

No Desterro, na Saúde, nos Barris, principalmente nos bairros mais elevados, a água tem faltado completamente.

Ontem, os moradores das ruas Santa Clara do Desterro, do Carro, Jogo de Lourenço, General Labatut e adjacências estiveram na iminência de morrer de sede.

É inacreditável, mas é um facto.

Um dos prejudicados trouxe-nos, hoje, uma garrafa de lama retirada de um dos encanamentos da Rua do Carro.

Foi o Sr. Alberto Caldas, ali, residente, que nos pediu que fizéssemos levar ao conhecimento do Departamento de Águas o estado lastimável em que se encontra aquela via pública⁵⁴⁶.”

Em 1930, mesmo após a “descoberta” da febre amarela silvestre e com o conseqüente enfraquecimento do paradigma dos focos-chave, a instalação de modernos sistemas de distribuição hídrica nas grandes cidades, era indicada pelos norte-americanos como importante passo em direção à erradicação da doença no Brasil. Em correspondência destinada à Clementino Fraga, W.A. Sawyer, um dos diretores da Fundação em Nova York, reconhecendo a limitação do programa anti-amarílico inicial da Rockefeller, alertava para a importância da participação do governo federal na questão e para a necessidade de melhoria do abastecimento de água nos centros urbanos:

“Prezado Doutor Fraga:

Aproveito-me da primeira oportunidade para lhe agradecer as inúmeras gentilezas que me prestou durante a minha curta visita ao Rio de Janeiro. [...]

[...] Estarei brevemente no norte do Brasil com o Dr. Connor realizando inspeções do serviço de profilaxia anti-amarilica no qual colabora a D.S.I. da Fundação Rockefeller. Em relação a esta região endêmica, estou igualmente de completo acordo com a opinião expressa pelo Doutor, de que os estudos científicos acompanhando a obra de controle deverão ser continuados e ampliados. Com o desenvolvimento dos novos métodos será cada vez mais possível determinar com previsão e presença ou a ausência da febre amarela, tanto no litoral como no interior, e de acordo com essa noção decidir onde serão mais necessários os serviços de profilaxia.

Causou-me grande satisfação conhecer pelo Doutor que o Governo dos Estados Unidos do Brasil aceitou a sua idéia de considerar o combate da febre amarela um problema nacional.

É também excessivamente animados reconhecer que o Doutor está firmemente a favor dos métodos permanentes de controle, de que o mais importante é o abastecimento d’água potável, moderno e adequado, a todas as cidades, especialmente as grandes. Quando todas as casas nessas cidades forem abastecidas de água abundante e contínua, serão dispensáveis os inúmeros depósitos, atualmente focos criadores de mosquitos, exigindo uma vigilância permanente⁵⁴⁷. [...]

No ano anterior, o Dr. Micheal Connor também havia recomendado ao D.N.S.P. o melhoramento da infra-estrutura hídrica das cidades brasileiras:

⁵⁴⁶ Jornal *Diário de Notícias*, 19/10/1929. p. 01.

⁵⁴⁷ Acervo de Documentação e Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, Documento CF/ DNSP/ 19280806-5, Fundo – Clementino Fraga. pp. 01-02.

“[...] Conviria que o Departamento insistentemente recomendasse a instalação de um moderno sistema de canalização d’água em todas as cidades, como medida de erradicação permanente da febre amarela e para manter esses núcleos de população inacessíveis a essa doença”⁵⁴⁸. [...]

Na Bahia, a debilidade da distribuição de água potável perdurou durante boa parte do período em que o combate à febre amarela ficou a cargo da Divisão Sanitária da Rockefeller. Tal situação fazia com que a maior parte da população, sem outras alternativas, praticasse diariamente o armazenamento do líquido no interior de suas residências. Por sua vez, o modelo de campanha anti-amarílica empreendido, objetivava o extermínio dos mosquitos em espaços onde a possibilidade de contato com o homem fosse maior, ou seja, no interior dos domicílios.

O *modus vivendi* da maioria da sociedade baiana representava um sério entrave aos programas de saneamento da Rockefeller. Seus hábitos diários e intradomiciliares de armazenamento hídrico e de cultivo de plantas em recipientes com água e a sua própria relação com o espaço público e externo à casa, entravam em conflito direto com o racionalismo dos métodos de trabalho da Fundação. Tais métodos eram orientados para a rápida extinção da doença buscando, então, a imposição de um projeto de “medicalização e o enquadrinhamento científico e tecnológico da sociedade científico e tecnológico da sociedade”⁵⁴⁹. Aliado ao poder público, o poder médico, a partir do final do século XIX, perseguiu as doenças e as infecções não apenas no corpo, mas também, no espaço privado das comunidades, invadindo suas casas e intervindo diretamente em seus costumes através da imposição de normas de conduta⁵⁵⁰. Dotada de forte sentindo experimental e cercada de um aparato tecnológico jamais visto até então, a biomedicina na “*belle époque*” elevou, em benefício própria o saber médico ao *status* de legítima expressão do avanço científico do período.

Detendo-se o conhecimento sobre a natureza etiológica de uma enfermidade específica, o seu combate poderia ser feito em qualquer circunstância ou realidade encontrada uma vez que, a verdade científica, enquanto absoluta, se impunha sobre as questões de natureza sócio-econômica, cultural e infra-estrutural. Estes princípios nortearam as operações sanitárias da Rockefeller desde a sua instalação, ainda nos anos de 1910. Entretanto, a população baiana resistia, cotidianamente, à restrição de sua autonomia intradomiliar

⁵⁴⁸ Acervo de Documentação e Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, Documento CF/DNSP/ 19280806-6, Fundo – Clementino Fraga. Op. Cit., p. 02.

⁵⁴⁹ SANTOS, Fernando Sergio Dumas dos. Alcoolismo: algumas reflexões acerca do imaginário de uma doença. In: *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, vol. 3, Número 2. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1993. p. 86.

⁵⁵⁰ RAGO, Luzia Margareth. Op. Cit., p. 173.

decorrente desta reificação do conhecimento técnico e científico em detrimento dos hábitos, costumes e das práticas sociais.

Para destruir as larvas do *Aedes Aegypti*, os prepostos da Rockefeller tiveram que adentrar as residências sem o consentimento prévio de seus moradores. Enquanto executores do programa anti-amarílico, os “mata-mosquitos” da Rockefeller eram fortemente rejeitados pela população e comumente entravam em desavenças com os moradores:

“Foi intimado a comparecer a 2ª delegacia o Sr. Francellino Santos, morador à Estrada dos Boiadas, em cuja residência foram dirigidos insultos a uma turma de mata-mosquitos.

Na polícia, o homem disse que toda história se originou da colocação de peixinhos nos reservatórios d’água potável.

Resolvendo a questão, o Dr. Chagas Filho disse que as turmas de mata-mosquitos seriam garantidas proque esta é a ordem que os delegados recebem das autoridades superiores do Estado.

E conveniente, portanto, que ninguém procure dificultar a entrada das turmas dos homens da higiene nos domicílios”⁵⁵¹.

Diante da dificuldade de acesso à água e do caráter anti-higiênico do método profilático, a colocação dos peixes nos reservatórios interiores representava, na prática, uma medida arbitrária e extremamente invasiva. Em uma matéria intitulada “A repugnância aos peixes da Rockefeller”, o jornal *A Tarde*, publicava as manifestações populares de resistência e insatisfação:

“Continuam as reclamações contra à prática adotada pela Rockefeller, da colocação de peixes nos pequenos reservatórios domésticos de água, inclusive até os de beber.

Alegam os queixosos fatos que a mais rudimentar noção de asseio as repele, já não querendo discutir as observações científicas, particularmente higiênicas, que possam representar.

O assunto merece pelo menos um pouco de atenção dos competentes”⁵⁵².

A população de Salvador buscava, de todas as formas, meios para deter a ação dos guardas sanitários que trabalhavam para a Fundação, de tal modo, que as indisposições, muitas vezes, resultavam em confrontos físicos e na utilização de força policial para reprimir a rebeldia dos populares:

“Todas as vezes que a higiene vai visitar a sua residência, Euclides Gomes da Cunha faz um barulho terrível, protestando contra os célebres peixinhos deitados nos vasos de água potável, para evitar que as larvas nele se proliferem.

Num destes últimos dias, Euclides não se conteve e matou todos os peixinhos da ‘Rockefeller’ derramando ácido sulfúrico dentro da água. O chefe da turma de mata-mosquitos sabendo do fato chamou o guarda 149 que levou Euclides para o xadrez da 2ª delegacia”⁵⁵³.

Além dos discursos higienistas e sanitaristas proferidos através da imprensa, a repressão, ainda que utilizada inicialmente de forma circunstancial, era outro método eficaz para sufocar o ímpeto daqueles cidadãos inconformados com a profilaxia anti-amarílica da

⁵⁵¹ Jornal *A Tarde*, 24/10/1924. p. 02.

⁵⁵² Jornal *A Tarde*, 30/06/1924. p. 02.

⁵⁵³ Jornal *A Tarde*, 15/08/1924. p.02.

Rockefeller. Em julho de 1924, a imprensa local noticiou um episódio no qual um popular foi intimado pela polícia, após ter atentado contra a integridade física de um preposto da Fundação.

“O chefe de turma dos mata-mosquitos, Cesar Leoni, foi à 2 delegacia se queixar de que, quando visitava a casa do Sr. Francisco Ribeiro Costa, este puxara contra o queixoso um revólver, ameaçando matá-lo.

O Dr. Chagas Filho mandou intimar o Sr. Francisco a comparecer à segunda delegacia para explicar o fato dizendo ele ao delegado que não puxara revólver absolutamente, tendo, sim, se visto obrigado a deitar o mata-mosquito para fora de casa, por causa dos absurdos que ele queria praticar, olhando até as panelas que estavam no fogo”⁵⁵⁴.

Por trás destes conflitos deflagrados nas ruas e residências da cidade, se encontrava a pretensão de natureza triunfalista, por parte do conhecimento médico, de querer neutralizar e abstrair o sentido de fenômeno social que revestia a doença e as respectivas práticas, a serem adotadas, para a sua erradicação ou terapêutica.

De acordo com George Rosen, “as pessoas em uma dada comunidade ou grupo social tendem a avaliar o comportamento daqueles com quem entram em contato e interagem no cotidiano a partir de alguma concepção do normal baseada em critérios culturais”⁵⁵⁵. Assim, como a prática do expurgos de inseticidas, anteriormente adotada pela Profilaxia Rural, foi praticamente extinta pela Rockefeller, em benefício da colocação de querosene e peixes nas águas das casas, e perante o incômodo diário causado pelo referido método profilático, a reação exprimia o estranhamento popular diante das mudanças impostas. A resistência também desnudava a incompatibilidade existente entre os padrões aplicados pela Fundação e a realidade sanitária, topográfica, econômica e sócio-cultural na qual vivia a população baiana.

O estranhamento era tão forte que em abril de 1924, o diretor da Profilaxia Rural e coordenador do Serviço de Febre Amarela no Estado, o Dr. Abel Tavares de Lacerda, adotou um conjunto de medidas de controle, ainda mais rigoroso, a ser praticado durante a execução do programa anti-amarílico de forma pioneira em todo o país. O Dr. Abel de Lacerda condicionou o exercício das disposições punitivas legais, previstas pelo Regulamento do D.N.S.P., à colaboração efetiva da população com as turmas de guardas sanitários no sentido de “evitar a proliferação de muriçocas no interior e nas dependências de sua residência bem como nos terrenos baldios de sua propriedade”⁵⁵⁶. As disposições previam a aplicação de severas multas sobre as pessoas que não adotassem a medida profilática exigidas:

⁵⁵⁴ Jornal *A Tarde*, 11/07/1924, p.02.

⁵⁵⁵ ROSEN, George. *Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica*; Tradução – Ângela Loureiro de Souza, Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 51.

⁵⁵⁶ Gazeta Médica da Bahia, abril de 1924. p. 689.

[...] “parágrafo único. Se dentro da habitação e nos terrenos a ela pertencentes, ou baldios, forem encontrados depósitos que contenham larvas de mosquitos, será imposta ao morador a multa de 20\$000 a 100\$000, dobrada nas reincidências. [...]

[...]Art.1.265. É obrigatória a limpeza das valas, sarjetas e caixas coletoras, das calhas e dos telhados, afim de evitar a estagnação das águas pluviais ou o seu transbordamento, sendo a infração punida com a multa de 20\$000 a 100\$000”⁵⁵⁷. [...]

Articulada ao Estado Republicano através de sua cooperação com o D.N.S.P, a filantropia sanitária da Rockefeller, ocupou parte do espaço estratégico que a medicina assumiu na vida social do Brasil e viabilizou a afirmação de processos de ordem econômica e de controle das populações. Desta forma, a sua prática médica das epidemias e endemias exigia “a definição de um estatuto político da medicina e a constituição, ao nível de um estado, de uma consciência médica, encarregada de uma tarefa constante de informação, controle e coação”⁵⁵⁸. Na prática, cabia, então, ao chefe do Serviço de Febre Amarela ou ao representante do Departamento Nacional de Saúde Pública no Estado, juntamente com as autoridades sanitárias locais, a fiscalização e a execução dos dispositivos legais⁵⁵⁹. A severidade das condições impostas pelo diretor do serviço, foram justificadas, portanto, exatamente pelos resultados insatisfatórios das campanhas decorrentes da “desobediência” popular:

[...]”Apesar de todas as precauções e máximo empenho na execução dos trabalhos, quer selecionando, instruindo e disciplinando seus empregados, que fornecendo material abundante e de primeira qualidade, a Comissão verifica que a percentagem de mosquitos, em vez de baixar ainda mais – para maior tranquilidade e segurança de todos nós – ou mesmo manter-se estacionária, apresenta, ao contrário, ligeiro aumento não só devido as chuvas que concorrem para a multiplicação de focos, principalmente quando as famílias enchem novos recipientes, mas também a inobservância de preceitos sanitários claramente regulamentados”⁵⁶⁰.

As ações adotadas por Abel Tavares de Lacerda, visando a divisão das responsabilidades pela manutenção das medidas anti-larvárias com a população local, foi bem avaliada pela direção da D.N.S.P e pelos representantes da Rockefeller no Brasil. Durante a crise da teoria dos “focos chaves” no final dos anos 1920, resultante do estouro de uma nova epidemia de febre amarela no Estado do Rio de Janeiro, entre 1928 e 1929, Clementino Fraga, em correspondência destinada ao Dr. Micheal Connor, reportava-se ao exemplo dado pelo Serviço de Febre Amarela da Bahia em tom de reconhecimento:

[...]”Tem sido de grande proveito as seguintes disposições e regulamentos agora adotados em São Salvador, para se conseguir a cooperação ativa do público no prosseguimento da campanha da Comissão da Febre Amarela.

⁵⁵⁷ Ibidem. p. 690.

⁵⁵⁸ FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica. Tradução* – Roberto Machado, Forense - Universitária, Rio de Janeiro. 1977. p. 28.

⁵⁵⁹ Gazeta Médica da Bahia. Op. Cit., p. 690.

⁵⁶⁰ Ibidem. p. 689. Grifo meu.

1. Serão os moradores responsáveis pela existência dos focos dos mosquitos dentro de habitações nos terrenos a elas pertencentes;
 2. Os reservatórios abertos devem ser povoados de peixes larvófagos ou petrolizados periodicamente;
 3. Os depósitos de água serão cobertos e cintados com papel ou pano gomado;
 4. Os pequenos depósitos de água para beber, (potes, talhas, etc) que devem ser providos de torneira, serão protegidos de tampas fixas metálicas, cintadas, de modo a impedir a procriação de mosquitos;
 5. As águas existentes em jarras para flores, que não possam ser providas de proteção fixa, serão sistematicamente despojadas todos os dias pelos prepostos da repartição sanitária.
- Os moradores que não quiserem se sujeitar à disposição acima, deverão conservar enxutos e emborcados os vasos recipientes por ocasião da vista dos referidos funcionários;
6. Todo o depósito de água que não for fechado à prova de mosquitos, antes de receber nova carga, deverá ser lavado e depois de bem limpo deverá ser emborcado até ficar enxuto”.[...]
- [...]”Do que ficou expresso, se deduz eu o objetivo da Comissão de Febre Amarela é ensinar ao povo o meio de adotar medidas contra os mosquitos no domicílio, dessa forma deixando os moradores das casa a responsabilidade pessoal da procriação dos mosquitos nas suas habitações”⁵⁶¹ .[...]

Apesar dos esforços da direção do serviço e do rigor da legislação, a resistência da comunidade persistia. Entre abril e julho de 1924, muitos habitantes da cidade foram multados por não cumprirem com as orientações profiláticas definidas pelo serviço de febre amarela:

“Grande número de proprietários multados pela saúde pública, por inobservância de medidas higiênicas em suas casas, que não recolheram, dentro do prazo legal, à Diretoria de Rendas a importância das multas, vão pagá-las agora judicialmente, tendo sido enviada uma lista dos devedores relapsos ao procurador dos feitos as Saúde Pública”⁵⁶² .

A resistência também era manifestada através de denúncias publicadas nos jornais acerca das contradições existentes entre o excesso de cobrança praticado pelos “mata-mosquitos”, na esfera doméstica, e a precária intra-estrutura sanitária das vias públicas na capital baiana:

Enquanto os mata-mosquitos continuam com exigências absurdas nos lares, verifica-se em plena via pública a falta notória de higiene e profilaxia. O bairro de Itapagipe, destacava-se, entre outros, pela falta de ação dos prepostos da Saúde Pública. Pois, apesar de uma petição endereçada ao Secretário da Saúde, pelos moradores dos Dendezeiros do Bonfim, reclamando contra uma vala, que é um perigo para os eu ali residem, ou transitam, pelo fétido que exala, por ser depósito de detritos e viveiro de moscas, mosquitos, muriçocas, etc, até hoje nenhuma providência foi tomada em consideração ao apelo solicitado”⁵⁶³ .[...]

Os protestos dos soteropolitanos contra a falta de higiene no uso dos peixes, pela Fundação, também foram, contraditoriamente, os responsáveis pelo aprimoramento do processo de coleta e tratamento dos animais. Perante as críticas expressas através dos jornais, a direção da companhia contra a febre amarela se viu coagida a combinar a execução das medidas punitivas com ajustes operacionais internos. Em tom de provocação, Abel Lacerda expôs, em 1942, o conjunto de cuidados que passaram a ser incorporadas nos trabalhos contra a febre a partir daquele ano:

⁵⁶¹ Acervo de Documentação e Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz. Fiocruz, Documento - 082, Caixa - 03, Fundo-Rockefeller. pp. 03-04.

⁵⁶² Jornal *A Tarde*, 22/07/1924. p. 02.

“Respeitados os fundados escrúpulos da colocação de peixes na água de beber, que inconveniente poderia haver na utilização desses ativos e gratuitos auxiliares de polícia de focos na água de gasto comum, quando esse mesmo líquido só é ingerido com alimentos que sofrem cocção prévia e, além disso, os mananciais e reservatórios que abastecem a cidade estiveram e estão naturalmente povoados de peixes de várias espécies, predominando a que aqui empregamos?

Para atender a distribuição de peixes, a Comissão construiu tanques de criação ou viveiros anexos aos depósitos de material, tanques alimentados por água do encanamento geral e os dos jardins públicos do Campo Grande, por concessão da autoridade competente, responsabilizando-se pro sua conservação e limpeza; e ali mantém um empregado só para esse fim. Além desses aquários, dispõe de tanques de repouso onde os peixes larvófagos, destinados aos serviços do dia seguinte, permanecem cerca de vinte e quatro horas, sendo depois transportados em baldes de zinco, limpos e com água colhida diretamente em torneiras dependentes também da rede que serve aos domicílios”⁵⁶⁴. [...]

Partindo de suas próprias lógicas de atuação, a população baiana por meio de movimentos sutis de reação, aparentemente difusos e frágeis, redefinia o tom e o ritmo do programa anti-amarílica imposto pela Rockefeller. Esses movimentos, ainda que não possam ser compreendidos como propulsores de mudanças estruturais na política sanitária da organização, faziam parte de um conjunto de variadas formas de enfrentamento, por parte da população, das questões cotidianas que se apresentavam naquele contexto de luta contra a doença. Entre estes movimentos, as denúncias contra o abuso de poder dos prepostos e as críticas aos métodos usados, tiveram papel fundamental. Os reclames publicados nos jornais da época expressavam o clima de insatisfação popular com a Rockefeller e desnudavam os aspectos arbitrários do seu programa:

“Moradores da Matta Escura pedem-nos chamemos a atenção da direção do serviço de profilaxia da febre amarela, contra o modo de proceder da turma que faz o serviço na Matta Escura, pois os empregados que fazem parte da mesma, primam em maltratarem as famílias pobres, residentes no local”⁵⁶⁵.

“Queixam-se os moradores ao Tororó serem desatenciosos os mata-mosquitos que fazem ali o serviço domiciliário e pedem para o caso providências do diretor do S.P.B.”⁵⁶⁶.

“O sr. João Gomes funcionário federal, residente à rua da Imperatriz 9, pede-nos reclamemos providências, a quem de direito, contra a turma de mata-mosquitos, chefiada pro Agnello, que não se porta convenientemente em seu posto de fiscalização”⁵⁶⁷.

A postura inconveniente e, às vezes, até violenta dos agentes sanitários era fruto de mais uma contradição das atividades sanitárias da Rockefeller. Assim, que a Fundação assumiu a campanha anti-amarílica na Bahia em 1923, os seus diretores promoveram dispensas no efetivo de guardas-sanitários⁵⁶⁸. O objetivo da medida era cortar custos diminuindo as despesas com as folhas de pagamentos. Sobre os funcionários que continuavam

⁵⁶³ Jornal *Diário de Notícias*, 09/10/1929. p. 02.

⁵⁶⁴ Gazeta Médica da Bahia. Op. Cit., p. 692.

⁵⁶⁵ Jornal *A Tarde*, 24/07/1924. p.04.

⁵⁶⁶ Jornal *A Tarde*, 26/12/1924. p.02.

⁵⁶⁷ Jornal *A Tarde*, 26/11/1924. p.02.

⁵⁶⁸ Jornal *A Tarde*, 17/01/1924. p.02.

à fazer parte das ações de profilaxia, recaíram o aumento de trabalho e as pressões para que as equipes procedessem as visitas em todas as casas delimitadas pelas zonas de inspeção⁵⁶⁹.

A cobrança por resultados e por agilidade sofrida pelos mata-mosquitos traduzia-se, na prática, em ameaças de demissão e, muitas vezes, em humilhações perante os colegas do serviço⁵⁷⁰. Diante destas pressões, os prepostos da Rockefeller acabavam transpondo para o exercício de suas funções, a aflição sob a qual estavam submetido. Assim, quaisquer atos de resistência ou entraves encontrados durante as visitas eram revidados com hostilidade aumentando, ainda mais, a tensão entre a população e os mata-mosquitos. “Uma situação típica da presença diária desta tensão, foi relatada pelo jornal *A Tarde* através da matéria, sugestivamente intitulada *Uma queixa séria contra os mata-mosquitos*”. Através desta, a reação de uma população contra o abuso de poder dos agentes sanitários ficou registrada por meio de sua denúncia:

“Esteve nesta redação o Sr. Galdino dos Santos, empregado na Estação da Este à Calçada, que nos veio pedir reclamemos contra o abuso dos mata-mosquitos que trabalham em Plataforma. Na sua ausência, entraram em sua casa, passando pelo quintal, depois de arrombarem uma das portas do fundo. Estragaram na passagem toda a plantação e não deixaram um único vasilhame com água”⁵⁷¹. [...]

A insatisfação do Sr. Galdino dos Santos parecia ser, de tal forma, compactuada com outros soteropolitanos, que o Dr. Abel Tavares, ainda em 1924, já demonstrava preocupação com as constantes reclamações:

“Desejando distribuir brevemente ao povo desta cidade, impressos contendo instruções relativas ao serviço de extinção da febre amarela para evitar queixas perturbadoras da marcha dos trabalhos e atribuídas a exorbitância da Comissão, cumpro o dever de precedê-las de esclarecimentos minuciosos na esperança de que se dissipem as dúvidas a respeito”.[...] [...] Esclarecidos estes pontos capitais e definidos os propósitos da Comissão, espero que essas instruções sejam acatadas com simpatia pela população culta desta cidade praticadas, visando o objetivo nobilitante e patriótico da extinção da febre amarela cujos redutos só se encontram presentemente no Brasil e na África”⁵⁷².

A reação da população ao sanitarismo da Rockefeller na Bahia, revelava a fragilidade da ilusão de que a racionalidade instrumental e estratégica pudesse construir a absoluta hegemonia, do saber médico, perante a sociedade e suas condições materiais e culturais de existência. Ao denunciarem na imprensa os excessos cometidos pelos agentes sanitários, em nome da técnica e de padrões científicos pré-estabelecidos, os membros da sociedade baiana expunham, inconscientemente, os limites das pretensões universalizantes que permeavam os fundamentos da medicina na “*belle époque*”. Esta, alicerçada em um viés cientificista e

⁵⁶⁹ Gazeta Médica da Bahia, agosto de 1926. Op. Cit., p. 30.

⁵⁷⁰ Ibidem.

⁵⁷¹ Jornal *A Tarde*, 09/04/1924. p. 04.

⁵⁷² Gazeta Médica da Bahia. Op. Cit., pp. 687-694. Grifos meus.

especializante, supunha ter criado mecanismos objetivos de combate às doenças, capazes de operar desvinculados da necessidade de observações sobre as especificidades das vivências e das realidades locais⁵⁷³.

A objetividade destes mecanismos, no entanto, era percebida e ressignificada de diferentes formas pelos populares. Suas percepções derivavam não somente de seu capital cultural e de suas subjetividades, mas também de suas experiências no domínio prático da vida social⁵⁷⁴. Estas compunham um princípio de realidade que operava como um mecanismo de conservação do socialmente estabelecido, fundamental ao processo de luta política e resistência⁵⁷⁵. Através dos protestos publicados nos jornais, que responsabilizavam os “mata-mosquitos” da Rockefeller e sua prática operacional, pelos danos que causavam nas casas, durante suas visitas de inspeção, percebe-se esta dicotomia conflitante de significados e visões acerca dos métodos de combate à doença. Já em seu próprio sub-título, a matéria a seguir ilustra a repulsa popular ao padrão-profilático instituído pela Fundação:

“ O farmacêutico Eutychio Maia protesta contra esse processo de profilaxia [...]

Escreve-nos o farmacêutico Eutychio Maia:

‘Ilustres cidadãos redatores da *A Tarde*:

- Atenciosas saudações. Tomando parte ativa, ontem, na honrosa comemoração do trabalho, nas sociedades Centro Operativo e União dos Estivadores, “a noite voltei para a minha residência em Itapegeipe.

Pela manhã, hoje, vi a obra que os senhores da higiene consumaram, dizendo “as pessoas de casa assim, por desempenho de ordem superiores. A bica, do frontispício da casa, apresenta dois enormes orifícios, executados pelos mesmos, sem o menor avisos e a mínima satisfação “a ninguém da família.

De modo que, com este diabólico processo, acarretador de prejuízos, é favorecer o rápido estrago da casa, devido “as chuvas que, de agora em diante, ainda mais neste tempo invernosso, lavarão constantemente a parede, correndo o risco de até abala-la.

Pergunto eu, a quem competir, é racional este método estúpido, pernicioso e desgraçado de profilaxia?!...

Nem na lafria se emprega tal sistema!

Muito vos agradeço a publicação destas ligeiras e indispensáveis linhas”⁵⁷⁶.

É importante observar que no texto do regulamento do D.N.S.P existiam imprecisões que legitimavam e justificavam a atitude depredatória dos prepostos sanitários da Fundação:

“As medidas previstas pelo Regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública, no que mais de perto interessa a este serviço, podiam resumir-se deste modo: todo morador deveria evitar a proliferação de muriçocas no interior e nas dependências de sua residência bem como nos terrenos baldios de sua propriedade. Assim rezam os textos regulamentares:

Art.1.263. Todos os reservatórios de águas de qualquer espécie serão mantidos em perfeito asseio e protegidos contra os mosquitos por meios adequados, exercendo-se rigorosa vigilância sobre as torneiras, ladrões, etc, com o fim de evitar a perda e o empoçamento de águas, ficando os moradores

⁵⁷³ LUZ, Madel Therezinha (coord.). Seminário de Cultura, História e Política institucional. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998. In: *Série estudos em saúde coletiva*; nº 177. pp. 07-08.

⁵⁷⁴ BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998. Apud: ACIOLI, Sônia. *Novas práticas em saúde. Estratégias e táticas de grupos populares no enfrentamento de questões cotidianas*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2000. In: *Série estudos em saúde coletiva*; nº 202. p. 11.

⁵⁷⁵ Ibidem.

⁵⁷⁶ Jornal *A Tarde*, 03/05/1924. p. 02. Grifos meus.

responsáveis pela limpeza dos mesmos reservatórios, que serão lavados periodicamente, a juízo da autoridade sanitária, sob pena de multa de 20\$000 a 100\$000, nos casos de infração. [...]
[...] “Art.1.265. É obrigatória a limpeza das valas, sarjetas e caixas coletoras, das calhas e dos telhados, a fim de evitar a estagnação das águas pluviais ou o seu transbordamento, sendo a infração punida com a multa de 20\$000 a 100\$000”⁵⁷⁷. [...]

A determinação para que o empoçamento e a estagnação das águas nos domicílios fosse combatida à todo custo, aliada à pressão sofrida pelos “mata-mosquitos” por parte de seus superiores, criavam as circunstâncias propícias para a prática de excessos daquela natureza. No entanto, os protestos divulgados pela imprensa e as outras formas de reação cotidiana, fizeram os coordenadores das operações anti-amarílicas, repensarem o treinamento e a prática dos agentes de saúde. Clementino Fraga na já citada carta de 1930 em que se refere ao serviço da Bahia para o Dr. Micheal Connor, defendia a necessidade de se aumentar o sentido pedagógico e propagandista da campanha:

Torna-se evidente, por esse plano, que os guardas devem ser especialmente treinados mais como educadores do que como mata-mosquitos. Eu considero essa prática indispensável para conseguir a duração e permanência das medidas profiláticas e de valor econômico. A minha experiência demonstra que muitas pessoas quando percebem a facilidade e simplicidade da destruição dos mosquitos, praticam as necessárias medidas em suas residências, sem maior insistência das autoridades sanitárias”⁵⁷⁸.
[...] Toda a imprensa desses Estados deve ser solicitada a fazer a propaganda profilática por todos os meios e assim obter a boa vontade popular.
A área infectada e infectável do Brasil é enorme e a presente campanha contra a febre amarela é a mais extensa até agora empreendida. Este fato é apenas citado para salientar o grandioso problema que o Departamento Nacional de Saúde Pública arrosta e é um motivo para recrutar todas as forças no sentido de combater esse mal. A minha experiência pessoal indica que a publicidade é a maior alavanca para conseguir resultados imediatos”⁵⁷⁹. [...]

Em face do caráter anti-democrático que configurou o conjunto de reformas sanitárias durante a Primeira República e, em especial, as operações da Rockefeller no combate à febre amarela, as comunidades iam, através de permanentes ações de resistência, garantindo para si o direito de serem, ao menos, informadas sobre a natureza e o sentido das operações profiláticas impostas. Estas comunidades, tais como a própria população baiana, redefiniam o seu papel neste processo e, perante o olhar dos coordenadores da campanha, desnudavam a importância de sua postura, diante do programa para o êxito das ações de saneamento e erradicação da doença.

Os populares, além de reclamarem, sugeriam que as intervenções profiláticas fossem realizadas por iniciativa dos próprios moradores das casas, e não pelos “mata-mosquitos”. A sugestão foi interpretada pelo Dr. Abel Tavares de Lacerda, como um instrumento limitador

⁵⁷⁷ Gazeta Médica da Bahia, abril de 1924. Op. Cit., pp.689-690. Grifos meus.

⁵⁷⁸ Acervo de Documentação e Arquivo da Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, Documento - 082, Caixa - 03, Fundo Rockefeller. Op. Cit., p. 04.

⁵⁷⁹ Ibidem. p. 01.

do poder da Comissão de Febre Amarela, capaz de aumentar os custos da campanha e de inviabilizar o alcance de seus objetivos.

“Freqüentemente reclamam certos moradores, contra a destruição de focos de larvas pelo processo mais simples que é, o de esvasiar, lavar, esfregar e emborcar, quando possível, o depósito. Entende a maioria dos reclamantes que a Comissão deve coar a água conseguida, às vezes, às custas de sacrifício ou confiar-lhe essa incumbência.

Satisfazer o desejo dos moradores, neste caso, era tirar à Comissão importante prerrogativa que lhe confere o acordo citado.

Além de tudo, segundo o parágrafo único, do art. 1.263, o foco encontrado constitui infração passível de multa muito mais pesada do que as providências tomadas na ocasião.

Entregando-se o pessoal da polícia de focos ao mister de coar as águas dos depósitos que estivessem criando mosquitos e deixando que os moradores o praticassem, quando surpreendidos em falta, ou o serviço tornar-se-ia ineficaz pela morosidade e impossibilidade de visitas semanais sistemáticas ou haveria maior dispêndio com aumento de pessoal.

A adoção de qualquer desses critérios, com fraqueza, equivaleria a atestado de incapacidade técnica e administrativa da Comissão e colocaria o infrator, quase sempre reincidente, em situação de quem se julga inteiramente alheio ao honroso papel que lhe cabe de colaborar nesta humanitária empresa, sendo exato, como é, que, sem o concurso individual, não existiria higiene coletiva”⁵⁸⁰.

Percebe-se que o pedido dos reclamantes orientava-se pelo interesse de que fossem diminuídas as visitas de inspeção assim como, as suas conseqüências perturbadoras do cotidiano doméstico. Portanto, as manifestações diversas de repulsa e reação da população baiana ao sanitarismo da Rockefeller interpretadas à partir do conceito de **táticas**, definido por Certaud. Em suas análises sobre as formulações deste autor, Sonia Acioli afirma:

“[...] Tática é a ação calculada no campo de visão do outro e no espaço por ele controlado. A ausência de um campo próprio imprime mobilidade, mas também um certo grau de indeterminação, já que torna difícil um planejamento de todas as ações. [...] Estão ligadas ao movimento dos fracos e portanto à ausência de um poder explícito. [...] No entanto, ao ressaltar as táticas como estratégia dos fracos, o autor faz uma correlação entre fraqueza e pobreza, que limita a utilização da categoria. Não são apenas os pobres que lançam mão de táticas. No entanto, a partir da análise de Certaud, pode-se pensar as táticas como possibilidades de tornar forte a posição mais fraca. [...]”

Como diria Certaud, faz-se necessário desvendar as ‘maneiras de fazer’ desses grupos no que se refere ao seu processo saúde-doença, o que implica buscar conhecer as práticas relacionadas direta ou indiretamente à saúde. E também a inter-relação entre essas práticas, os saberes e os elementos ou dimensões presentes nas racionalidades médicas”⁵⁸¹. [...]

Ao se recusarem, cotidianamente, a aceitar a penetração dos prepostos da Rockefeller na intimidade dos seus lares, os populares revelavam não apenas a sua rejeição ao sentido invasivo da campanha anti-amarílica, mas também, a sua luta, ainda que inconsciente, pela afirmação de circunstâncias próprias de vida. Estas circunstâncias, historicamente construídas e reproduzidas, foram negligenciadas e incompreendidas pela racionalidade do saber médico que fundamentou o exercício da filantropia científica da Fundação.

⁵⁸⁰ Gazeta Médica da Bahia, abril de 1924. Op. Cit. p. 694.

⁵⁸¹ CERTAUD, M de. *A invenção do cotidiano. 1. Artes de fazer*. Petrópolis: Vozes, 1994. Apud: ACIOLI, Sonia. Op. Cit. p. 13. Grifos meus.

No enfrentamento diário, portanto, estavam presentes lógicas de ação, próprias desta sociedade, configuradas em situações específicas de déficit habitacional, de insuficiência no abastecimento hídrico, de pobreza da maioria da população, de ingerência governamental em relação às outras questões de saúde pública e de pouco acesso à educação e à cidadania. Porém, muitas vezes as ações também se apropriavam de elementos desta racionalidade operacional e médica para configurarem a sua resistência, em situações de negociação.

Desta forma, através de agressões físicas e morais, sabotagem, expulsão dos “mata-mosquitos” de suas casas, de protestos e denúncias veiculadas nos jornais, de ameaças à integridade física dos prepostos e de negociações com os guarda-chefes das inspeções, homens e mulheres baianos imprimiram suas marcas na passagem da Rockefeller pela Bahia. Estas marcas reafirmaram o seu *modus vivendi* e redimencionaram aspectos da prática sanitária da Fundação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença da Fundação Rockefeller no Estado da Bahia entre os anos de 1919 e 1940, se insere no conjunto de reformas sanitárias empreendidas no Brasil durante os primeiros tempos da República. Ela também deve ser interpretada como resultado da expansão dos programas de saneamento da Fundação para a América Latina.

O deficiente quadro sanitário do Estado da Bahia no período apresentava uma série de limites ao sentido imperialista que revestia as ações sanitárias da Rockefeller no país, impedindo que este se configurasse de forma plena e onipotente. Não obstante o caráter racionalizado e pragmático de suas operações anti-amarílicas, a Rockefeller não conseguia superar os entraves infra-estruturais que se apresentavam na realidade baiana. As ações profiláticas da Instituição não alcançaram os resultados esperados pelos seus coordenadores norte-americanos, pois demonstravam pouco êxito em se tratando da rápida erradicação da doença. Desta forma, a incômoda situação de endemividade da febre amarela na Bahia se perpetuou ao longo das décadas de 1920 e 1930.

A fragilidade das campanhas de combate à doença relacionava-se ao desconhecimento dos médicos da Fundação acerca da febre amarela de origem silvestre até 1930, ao caráter limitado da teoria dos focos-chave, à resistência da população em adotar as medidas profiláticas exigidas e, principalmente, à pouca propensão da Rockefeller em investir as grandes somas de capitais que demandavam um programa mais amplo e menos pontuado apenas sobre as grandes cidades.

Em se tratando de educação médica, a análise comparativa entre o papel da Fundação no Estado e sua atuação em outras unidades do centro-sul do país, revela, que a Bahia pouco se beneficiou neste aspecto que compunha o programa da Rockefeller. Nenhum instituto de pesquisa e ensino foi montado, ou funcionou aliado à Faculdade de Medicina da Bahia, com recursos diretos da Fundação. Diferentemente do que ocorrera no Rio de Janeiro, por exemplo, a Bahia não teve nenhuma escola de enfermagem estruturada ou coordenada pela Rockefeller.

Na mesma perspectiva comparativa, a observação das fontes relacionadas ao fornecimento de bolsa de estudos para o aprimoramento de médicos brasileiros nos Estados Unidos, revelou que apenas um número muito reduzido de profissionais baianos foi beneficiado pela filantropia científica da Fundação. Tal situação, dava ao programa de saúde da Rockefeller no Estado um caráter de insuficiência, pois este a ajudou apenas na especialização de uma parcela muito pequena de médicos da comunidade local.

Portanto, a tão sonhada reforma sanitária na Bahia republicana foi fruto, efetivamente, da atuação do Governo Federal através das ações do Departamento Nacional de Saúde Pública e não do modelo gestor e operacional da Fundação Rockefeller. A importância do órgão federal para a saúde pública do Estado, no período, pode ser avaliada pelo seu papel de mediação exercido nas relações entre os diretores da Instituição estadunidense e as autoridades sanitárias locais.

A população baiana, por sua vez, manifestava de diversas formas a sua resistência aos padrões profiláticos impostos, dificultando o trabalho dos agentes de saúde da Instituição. Convivendo com situações de precariedade sanitária e falta de água em seus domicílios, os habitantes do Estado e de Salvador, em especial, reproduziam, cotidianamente, um modo de sobreviver que causava uma série de problemas para o exercício das campanhas de combate à febre amarela.

É difícil mensurar precisamente os efetivos resultados do programa da Fundação no Estado, uma vez que o seu modelo operacional estimulava as fraudes e que, a partir de 1930, a União passou, aos poucos, a se coresponsabilizar pelos serviços contra a Febre Amarela. Mas, se o programa anti-amarílico não logrou o esperado sucesso na Bahia, foi também porque resistências ocorreram por parte de uma população que nem sempre agia de acordo com as expectativas dos diretores da Rockefeller.

As ações de saneamento foram pensadas e implementadas sem levarem em consideração as especificidades locais e as reais possibilidades de sua aplicação prática no Estado inviabilizando assim, a erradicação plena da doença e a conseqüente promoção da saúde para a sociedade baiana.

LISTA DE FONTES

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA

- Fala, mensagens e relatórios dos Presidentes da Província e dos Governadores do Estado.
 - Nº. 99 – ARAGÃO, Antônio Ferrão Moniz de. Exposição apresentada ao passar, a 29 de março de 1920, o Governo da Bahia ao seu sucessor o Exmo. Sr. José Joaquim Seabra. Bahia, Imprensa Oficial do estado, 1920.
 - Nº. 101 – SEABRA, José Joaquim. Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa em sua 1ª. Reunião da 16ª. Legislatura pelo Dr. José Joaquim Seabra, Governador do Estado. Bahia, Imprensa Oficial, 1922.
 - Nº. 102 – SEABRA, José Joaquim. Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa em sua 1ª. Reunião da 17ª. Legislatura pelo Dr. José Joaquim Seabra, Governador do Estado, ano de 1922. Bahia, Imprensa Oficial, 1922.
 - Nº. 103 – CALMON, Francisco Marques de Góes. Mensagem apresentada pelo Exmo. Sr. Dr. Francisco Marques Góes Calmon, Governador do Estado da Bahia a Assembléia geral Legislativa por ocasião da abertura da 1ª. Reunião Ordinária da 17ª. Legislatura em 7 de abril de 1924. Bahia, Imprensa Oficial, 1924.

- Seção Legislativa
 - Câmara dos Deputados do Estado da Bahia, Série: Projeto de Leis e Resoluções, Livro – 171, 1911/1923.
 - Senado do Estado da Bahia, Série: Projetos de Leis e Resoluções, Livro – 174, 1917/1923.
 - Câmara dos Deputados do Estado da Bahia, Série: Projetos de Leis e Resoluções, Livro – 175, 1926/1926.
 - Câmara dos Deputados do estado da Bahia, Série: Relatórios, Livro – 195, 1919/1925.
 - Câmara dos Deputados do Estado da Bahia, Série: Atas das Comissões, Livro – 400, 1913/1922.
 - Câmara dos Deputados do Estado da Bahia, série: Ofícios recebidos e expedidos, Livros – 1200 e 1201, 1919/1920 e 1921/1923.

- Seção Republicana – Secretaria da Agricultura, Indústria e Comércio.

Maço	Conteúdo - Série - Contratos	Período
06	Contrato entre o Governo do Estado e o Eng. Amando Carneiro da Rocha, para a construção dos pavilhões do Hospital de Isolamento em Monte-Serrat.	1917
15	Contrato entre o Governo do Estado e a Societé Anonyme Dês Hauts-Fourneaux & Fonderies de Pontamousson, para fornecimento de material para canalizações de água do serviço de abastecimento de água do Salvador.	1929
15	Contrato para a construção do Pavilhão de Química e Bromatologia do Instituto Oswaldo Cruz.	1929

159	Especificações do projeto para o edifício da repartição do saneamento.	1933
153	Projeto do Pavilhão de Química, Bromatologia e Medicamentos, Instituto Oswaldo Cruz.	1928
22	Termos de prorrogação do contrato do Sr. Avelino Ferreira Alves, contratante das obras de saneamento das baixadas de Camarão, Areia Preta e Ondina.	1927

• Seção Republicana – Secretaria do Interior e Justiça.

Maço	Conteúdo - Série – Inspetoria de Higiene	Período
1033	Carta da Comissão Rockefeller sobre a organização do serviço contra a uncinariose.	1920
1003	Registros de interdição de estabelecimentos pela inspetoria sanitária.	1921/1928
1029	Sugestões sobre Serviços de abastecimento da água do estado.	1924

• Seção Republicana – Secretaria de Saúde.

Maço	Conteúdo - Série – Gabinete do Secretário	Período
4032/24	Boletim mensal da Diretoria de Assistência Pública.	1927
4033/26	Boletim anual de doenças transmissíveis do centro epidemiológico.	1931
4032/25	Boletim sobre doenças de notificação compulsória.	1940/1948
4069/93	Boletins sanitários do movimento diário do Hospital Couto Maia.	1943
4034/28	Cartas recebidas pelo Diretor do Departamento de Saúde	1930/1944
4034/28	Cartas recebidas pelo Diretor do Departamento de Saúde	1943/1945
4034/28	Convênio entre o Governo e o Serviço Especial de Saúde Pública	1938
4034/29	Decretos sobre aprovação do Código Sanitário do Estado da Bahia a pedido do encarregado de assistência do Instituto Oswaldo Cruz e outros.	1925
4034/29	Decretos sobre desapropriação por utilidade pública de bacias hidráulicas pela repartição do saneamento da cidade do Salvador.	1928/1937
4034/29	Decretos de organização dos quadros do Departamento de Saúde.	1938
4081/111	Inventário do material do Posto de Saneamento Rural de Feira.	1928/1929
4035/31	Instruções para o Curso de Guardas, recebidos do Departamento Nacional de Saúde.	1942
4065/86	Índices sanitários do município de Salvador.	1942
4036/32	Mapa de atividades da Inspetoria de Epidemiologia.	1943
4036/32	Mapas gerais dos índices da febre amarela.	1942
4036/32	Mapas de vacinações praticadas na capital.	1924/1927
4065/86	Mapa dos óbitos do Hospital de Mont –Serrat.	1934
4065/87	Memorando da Inspetoria de Epidemiologia e Profilaxia sobre resultados dos exames.	1943/1945
4038/35	Notas publicadas para a população sobre como evitar doenças, inspeções pelas ruas de Salvador e outros.	1932/1946
4039/36	Ofícios expedidos pelo Diretor de Saúde Pública.	1928/1945
4039/37	Ofícios recebidos pelo Diretor do Departamento de Saúde Pública.	1926/1948
4082/114	Ofícios recebidos pelo chefe do saneamento rural.	1929
4074/100	Ofícios referentes ao Instituto Oswaldo Cruz.	1927/1948
4039/38	Ofícios recebidos pelo Departamento de Saúde do Serviço do	1947

	Interior e Municípios.	
4040/39	Petições e requerimentos solicitando inspeção de saúde.	1938/1939
4042/42	Portarias do Diretor do Departamento de Saúde.	1933
4042/42	Portarias do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, referente à exoneração de médicos, licenças e outros do Serviço e Profilaxia do Estado da Bahia.	1928/1929
4023/07	Processo propondo aumento de Guardas Sanitários.	1940
4023/08	Processo de padronização do Serviço de Saúde Pública.	1942
4024/09	Processo para vacinas para marinheiro.	1942
4042/44	Questionários sobre saneamento dos municípios.	1941
4052/59	Registro de plantão da inspeção sanitária do 2º. centro de saúde.	1932
4048/54	Registro de inspeção de saúde para habitações.	1934/1938
4056/70	Registro de razão da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural.	1927
4055/64	Registro de Vacinação do 3º. Centro de Saúde.	1932/1933
4044/47	Registros de correspondências do Departamento de Saúde.	1926/1931
4044/48	Registros de correspondências expedidas pelo Departamento de Saúde.	1930/1933
4053/61	Registros de vacinação do 2º. Centro de Saúde.	1928/1939
4054/62	Registros de vacinação anti-típica da 1ª. Delegacia de Saúde e do Centro Epidemiológico.	1930/1931
4060/77	Relatório sobre o surto de febre amarela ocorrida nos municípios de Caetitê, Palmeiras e Camamu.	1938
4060/77	Relatório dos trabalhos realizados na Inspetoria de Engenharia Sanitária.	1930/1940
4082/114	Relatório dos trabalhos efetuados no Laboratório do Serviço de Saneamento Rural na Bahia.	1923/1929
4092/131	Relatório dos dirigentes das diversas repartições que compõem o Departamento de Assistência Médico-Social.	1937
4224/407	Relatório dos trabalhos da Diretoria de Engenharia Sanitária e do 1º. Centro de Saúde.	1925/1936
4072/97	Relatório apresentado ao Diretor do Departamento de Saúde pelo Inspetor de Engenharia Sanitária.	1932
4075/101	Relatório dos trabalhos realizados nas diversas seções do Instituto Oswaldo Cruz.	1930/1946
4058/73	Relatório da Inspetoria de Epidemiologia e Profilaxia.	1940
4058/73	Relatório apresentado ao Diretor do Departamento de Saúde pela Inspetoria de Engenharia Sanitária.	1940
4059/74	Relatório dos serviços executados no Município de Jacobina sobre febre tifóide e impaludismo.	1933
4058/73	Relatório de cadastro sanitário dos municípios.	1937/1938
4029/20	Resumo estatístico dos trabalhos realizados pelo Serviço de febre amarela no Estado da Bahia.	1935/1944
4062/80	Sinopse dos trabalhos profissionais da Comissão de Combate ao paludismo.	1933
4029/20	Telegrama solicitando remessa de vacinas anti-tíficas.	1939
4062/81	Telegramas recebidos pelo Diretor do Departamento de Saúde.	1939/1949

ACERVO DA CASA DE OSWALDO CRUZ - DEPARTAMENTO DE ARQUIVO E DOCUMENTAÇÃO

- Fundo Clementino Fraga
 - Documento CF/DNSP/19280806. Correspondências entre o diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública e os diretores da Junta Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller.

- Documento CF/PI/1943. Serviço Nacional de Febre Amarela: síntese dos trabalhos entre 1930 e 1942.

- Fundo Belisário Penna

- Documento BP/PI/TP/19210408. Relatório dos serviços de saneamento e profilaxia rural, 1920.

- Documento BP/PI/FF/19211016. Contribuição do Dr. Samuel Uchoa, Diretor do Estado do Rio de Janeiro no Congresso realizado pela Fundação Rockefeller em 15 de Outubro de 1923.

- Documento BP/PI/TT/19230710. Profilaxia de Febre Amarela.

- Fundo Rockefeller

- Documento 003. Memorandum sobre os métodos de trabalho da Rockefeller no Brasil.

- Documento 004. Histórico da Fundação Rockefeller.

- Documento 009. Organização dos serviços de combate às doenças no interior.

- Documento 014. Gastos da Rockefeller no Brasil entre 1916 – 1922.

- Documento 024. Serviços da Rockefeller detalhados no Brasil.

- Documento 031. Carta ao presidente Arthur Bernardes para estudos financeiros.

- Documento 036. Carta do governo federal ao diretor da fundação Rockefeller, Dr. J.H. White sobre a organização dos serviços de combate a febre amarela.

- Documento 037. Breve relatório das linhas do programa contra a febre amarela.

- Documento 062. Unidades de saúde criadas em São Paulo e Bahia relacionados ao IHB e à Rockefeller.

- Documento 078. Avaliação sobre o serviço de Febre amarela na Bahia.

- Documento 154. O afastamento da Rockefeller das atividades contra a febre amarela no Brasil até 1940.

- Documento 216. Relatório sobre os resultados do combate á febre amarela entre 1929 e 1940.

BIBLIOTECA PÚBLICA DO ESTADO DA BAHIA

- Seção Jornais

- A Tarde, Salvador, jan.a dez. /1921.

- A Tarde, Salvador, jan.a dez. /1924.

- Diário da Bahia, Salvador, out. a dez./1929.

- Diário de Notícias, Salvador, out. a nov./1929.

- Diário Oficial do Estado da Bahia, Salvador, jul./1923 (edição especial em comemoração ao 1º centenário de 2 de julho 1823-1923).

- Diário Oficial do Estado da Bahia, Salvador, jun/1924; nov/1929; mar/1933.

INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL DA UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

- Arquivo Rockefeller: Banco de dados/coordenação: SANTOS, Luiz A. de Castro e FARIA, Lina Rodrigues de. Rio de Janeiro: UERJ, IMS 1995. (Série Estudos em Saúde Coletiva; nº. 114 e 143, maio/1995 e dezembro/1996).
- 61 Broadway, New York City: Cartas americanas correspondência inédita entre os escritórios brasileiro e norte-americano da Divisão Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller, 1927-1932: partes 1 e 2 / SANTOS, Luiz A. de Castro e FARIA, Lina Rodrigues de. (org). Rio de Janeiro: UERJ, IMS, dezembro/2000. (Série Estudos em Saúde Coletiva; nº 207 e 208).
- Seminário de cultura, história e política: questões de pesquisa e política institucional / coordenadora. LUZ, Madel Therezinha – Rio de Janeiro: UERJ, IMS, dezembro /1998 (Série Estudos em Saúde Coletiva; nº. 177).
- Novas práticas em saúde: estratégias e táticas de grupos populares no enfrentamento de questões cotidianas / Sônia Acioli – Rio de Janeiro: UERJ, IMS / maio 2000. Trabalho apresentado no VIII seminário do projeto racionalidades médicas, coordenado por Madel Therezinha Luz. (Série Estudos em Saúde Coletiva; nº. 202).

MEMORIAL DE MEDICINA BRASILEIRA DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

- Teses de doutoramento e verificação de títulos
 - Albino Campelo Bezerra Cavalcanti, Contribuição ao estudo da uncinariose americana no Brasil. (1919) Referência – 119 – H.
 - Alfredo de Oliveira e Souza. Icterícia e febre amarela.(1923) Referência -123- E.
 - Carlos Balthazar da Silva Azevedo. Symptomatologia Clínica da Febre Typhica na Bahia. (1925) Referência – 125 – A.
 - Décio Marinho Barbosa. O PH sanguíneo no impaludismo agudo. (1928) Referência – 128 – B.
 - Eutropio Santos Reis. Contribuição a Prophylaxia do Impaludismo e da Ancylostomiase em Canavieiras. (1919) Referência – 119 – B.
 - Edgard de Cerqueira Falcão. A febre Typhoide na cidade do Salvador: Estudo Epidemioprofylático. (1926) Referência – 126 – D.
 - Francisco da Rocha Falcão Costa. Contribuição ao tratamento do paludismo. (1924) Referência – 124 – A.
 - Luiz Silva Lopes. Ligeiras considerações sobre o paludismo, suas complicações, especialmente a splenomegalia palustre. (1926) Referência – 126 – F.
 - Otto Schmidt. A febre amarela na Bahia em 1926. (1926) Referência – 126 – E.
 - Pedro de Lemos Motta. Considerações etiológicas sobre a febre amarela; Estado atual da questão. (1921) Referência – 121 – C.
 - Walter Pinto de Almeida. Em torno da febre amarela.(1920) Referência –120- E.
- Memórias Históricas
 - Gonçalo Moniz Sodré de Aragão. (1924)
 - Antônio Pacífico Pereira. (1882)

FONTES IMPRESSAS

- Gazeta Médica da Bahia 1917/1934.
- Guia de Vigilância Epidemiológica: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Brasília: 1994.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACIOLI, Sonia. Novas práticas em saúde: estratégias e táticas de grupos populares no enfrentamento de questões cotidianas. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 2000. *Série Estudos em Saúde Coletiva*; nº 202.
- ALBUQUERQUE, Wlamyra Ribeiro de. *Algazarra nas ruas. Comemorações da Independência na Bahia (1889-1923)*. Campinas: Ed. Unicamp, Cecult, 1999.
- ALMEIDA, Marta de. Combates Sanitários e Embates Científicos: Emílio Ribas e a febre amarela em São Paulo. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Vol. VI (3): 577-607, Nov. 1999 – Fev. 2000.
- _____. , Tempo de laboratórios, mosquitos e seres invisíveis: As experiências sobre a febre amarela em São Paulo. In: CHALHOUB, Sidney; MARQUES, Vera Regina Beltrão; SAMPAIO, Gabriela dos Reis; SOBRINHO, Carlos Roberto Galvão (Orgs.) *Artes e ofícios de curar no Brasil. Capítulos de História Social*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, Cecult: 123-160, 2003.
- AZEVEDO, Thales de. *As elites de cor numa cidade brasileira: em estudo de ascensão social & classes sociais e grupos de prestígio*. 2ª. edição – Salvador: EDUFBA: EGBA, 1996.
- BARROS, Pedro Motta de. Alvorecer de uma nova ciência: a medicina tropicalista baiana. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Vol. IV (3): 411-459. Nov. 1997 – Fev. 1998.
- BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz/ Editora UFRJ, 1999.
- _____. , História da febre amarela no Brasil. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Vol. I (1): 121-124. Jul. – Out. 1994.
- _____. , Jaime Larry (Coord.). *Febre Amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro, Bio-Manguinhos/Editora Fiocruz, 2001.
- BELENS, Adroaldo de Jesus. *A modernidade sem rosto: Salvador e a telefonia (1881-1924)*. Salvador, UFBA (Dissertação de mestrado em História), 2002.
- BERTUCCI, Liane Maria. *Influenza, a medicina enferma: ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo*. Campinas – SP: UNICAMP, 2004.
- BIRN, Anne-Emanuelle. *Local Health and foreign Wealth: The Rockefeller Foundations Public Health Programs in Mexico, 1924-1951. Dissertation Thesis Submitted to the School of Hygiene and Public Health of the Johns Hopkins University in Conformity with the requirements for the degree of Doctor of Science*. Baltimore, Maryland, 1993.
- BROWN, E. Richard. *Rockefeller medicine man: medicine and capitalism in America*. Berkeley: University of California Press, 1979.
- CAMPOS, André Luis Vieira. Combatendo nazistas e mosquitos: Militares norte-americanos no Nordeste Brasileiro (1941-45), In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Vol. V (3): 603-620, Nov. 1998 – Fev. 1999.
- CASTELLUCCI, Aldrin Armstrong Silva. *Industriais e operários baianos numa conjuntura de crise (1914-1921)*. Salvador: FIEB, 2004.
- CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: Cortiços e epidemias na corte imperial*, São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- CHAVES, Cleide de Lima. “Fluxo e refluxo” do cólera na Bahia e no Prata. In: *Anais do III encontro da ANPLACH*, Salvador: revista nº 7, 2002.
- COLBY, Gerard e DENNETT, Charlotte. *Seja feita vossa vontade: a conquista da Amazônia; Nelson Rockefeller e o evangelismo na idade do petróleo*. Rio de Janeiro: Records, 1997.
- COSTA, Ediná Alves. *Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde*. São Paulo: HUCITEC/Sociedade brasileira de Vigilância e Medicamentos, 1999.

- COSTA, Ediná Alves e ROZENFELD, Suely. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, Suely (Org.) *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro, Fiocruz: 15-40. 2000.
- COSTA, Iraneidson Santos. *A Bahia já seu régua e compasso: o saber médico-legal e a questão racial na Bahia (1890-1940)*. Salvador, UFBA (Dissertação de mestrado em História) 1997.
- COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde pública no Brasil*. Petrópolis: Vozes, Abrasco, 1985.
- CUETO, Marcos. *Visions of Science and Development: The Rockefeller Foundations Latin American Surveys of the 1920 S*. In: CUETO, Marcos (Org). *Missionaries of Science: The Rockefeller Foundation and Latin America*. Bloomington/Indianapolis, Indiana University Press, 1994.
- CUNHA, José Fonseca. A febre amarela no Brasil: memórias de um médico da Fundação Rockefeller (depoimento a Wanda Hamilton e Nara Azevedo). In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Vol. (3): 733-754, Nov. 1998 – Fev. 1999.
- DAVID, Onildo Reis. *O inimigo invisível: A epidemia na Bahia no século XIX*. Salvador: Edufba/ Sarah Letras, 1996.
- DIAS, Adriana Albert. *A malandragem da mandinga: o cotidiano das capoeiras em Salvador na República Velha (1910-1925)*. Dissertação de Mestrado. Salvador, UFBA: 2004.
- EDLER, Flávio Coelho. A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Vol. 9 (2): 357-385. Maio-Ago, 2002.
- ETTLING, John. *The germ of laziness: Rockefeller philanthropy and public health in the New South*, Cambridge: Harvard university Press, 1981.
- FARIA, Lina Rodrigues de. e Santos, Luiz Antônio de Castro. *A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-1930): perspectivas históricas*. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Vol. 9, nº. 3:561-590. Set. – Dez. 2002.
- FARIA, Lina Rodrigues de. e Santos, Luiz Antônio de Castro. *A Reforma Sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: EDVSF, 2003.
- FARIA, Lina Rodrigues de. *Os Primeiros Anos da Reforma Sanitária do Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller*. In: *Revista da Saúde Coletiva*. Vol. 5, n 1, São Paulo, Physis, 1995.
- FERREIRA FILHO, Alberto Heráclito. *Salvador das mulheres: condição feminina e cotidiano popular na Belle Époque imperfeita*. Salvador. UFBA, 1994. (Dissertação de mestrado em História).
- FONSECA, Raimundo Nonato da Silva. “Fazendo Fita”: *Cinematographos, cotidiano e imaginário em Salvador (1897-1930)*. Salvador, UFBA (Dissertação de mestrado em História), 2000.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. *O Nascimento da Clínica*. Tradução – Roberto Machado, Forense – Universitária, Rio de Janeiro, 1977.
- FRANCO, Odair. *História da febre amarela no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Superintendência de Campanhas de Saúde Pública, 1976.
- GUIMARÃES, Antonio Sérgio. Estruturas de classes e formações anteriores. In: *Um sonho de classe: trabalhadores e formação de classe na Bahia nos anos oitenta*. São Paulo, Hucitec, 1998.
- HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: HUCITEC/ANPOCS, 1998.
- _____. , Gilberto. *Logo ali no final da avenida: Os sertões redefinidos pelo movimento sanitário da Primeira República*. In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Vol. V (Suplemento): 217 – 235. Jul. 1998.

- HOBBSAWN, Eric. *Sobre História*. São Paulo: Companhia de Letras, 1998.
- LEITE, Rinaldo César Nascimento. “*E a Bahia civiliza-se ...: idéias de civilidade e cenas de anti-civilidade em um contexto de modernização urbana em Salvador, 1912-1916*”. Salvador, UFBA. (Dissertação de mestrado em História) 1996.
- LE GOFF, Jacques. Uma história dramática. In: *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1991.
- LOWY, Ilana. Representação e intervenção em saúde pública: vírus, mosquitos e especialista da Fundação Rockefeller no Brasil In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, V (3): 647-677, Nov. 1998 – Fev. 1999.
- LUZ, Madel Therezinha. Saúde e Instituições Médicas no Brasil. In: Guimarães, Reinaldo (org.). *Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- _____ (Coord.). Seminário de Cultura, História e Política: questões de pesquisa e política institucional. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998. *Série Estudos em Saúde Coletiva*; nº 177.
- MERHY, Emerson Elias. *A saúde pública como política: São Paulo, 1920 – 1948. Os movimentos sanitários, os modelos técnicos assistenciais e a formação das políticas governamentais*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- MOREIRA, Marta Cristina Nunes. *A Fundação Rockefeller e a construção da identidade profissional da enfermagem no Brasil na primeira república*. In: *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Vol. V (3): 621-645. Nov. 1998 – Fev. 1999.
- PANG, Eul-Soo. *Coronelismo e oligarquias, 1889-1943, a Bahia na 1ª República brasileira*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1979.
- PEREIRA, Jaqueline de Andrade. *Práticas mágicas e cura popular na Bahia (1890-1940)*. Salvador: UFBA, (Dissertação de mestrado em História), 1998.
- PORTER, Roy. História do corpo. In: *BURKE, Peter (org.). A escrita da História: novas perspectivas*. São Paulo: UNESP, 1992.
- RAGO, Luzia Margareth. *Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.
- REIS, João José. *A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. São Paulo: Companhia de Letras, 1991.
- REIS, João José e AGUIAR, Márcia Gabriela D. de. “Carne sem osso e farinha sem caroço”: O motim de 1858 contra a carestia na Bahia. *Revista de História – Universidade de São Paulo*, São Paulo: n 135: 133-160. 1996.
- RODRIGUES, Cláudia. A cidade e a morte: a febre amarela e seu impacto sobre os costumes fúnebres no Rio de Janeiro (1849-1850). In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Vol. VI (1): 53-80. Mar-Jun. 1999.
- ROSEN, George. *Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica*; Tradução – Ângela Loureiro de Souza, Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- ROSEN, George. *Uma história de saúde pública*. Tradução Marcos Fernando da Silva Moreira com a colaboração de José Ruben de Alcântara Bonfim. São Paulo: Unesp/Hucitec/Abrasco, 1994.
- SAMPAIO, Consuelo Novais. *Os partidos políticos da Bahia na Primeira República: uma política de acomodação*. Salvador, EDUFBA, 1999.
- SAMPAIO, Consuelo Novais. *O poder legislativo da Bahia: Primeira República (1889-1930)*. Salvador: Assembléia Legislativa: UFBA, 1985.
- SANTOS, Fernando Sérgio Dumas dos. Alcoolismo: algumas reflexões acerca do Imaginário de uma Doença. In: *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Vol.3, Número 2. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: 75-95. 1993.

- SANTOS, Flávio Gonçalves dos. *Os discursos afro-brasileiros face às ideologias raciais na Bahia (1889-1937)*. Salvador, UFBA. (Dissertação de mestrado em História) 2001.
- SANTOS, Luiz Antonio de Castro. A Fundação Rockefeller e o Estado Nacional. In: *Revista Brasileira de Estudos da População*. Vol. 6, n 1: 105-110. Jan./Jun., 1989.
- _____. A Fundação Rockefeller e o Estado Nacional (História e política de uma missão médica e sanitária no Brasil). In: *Revista Brasileira de Estudos da População*. Vol. 6, n 1, São Paulo: 105-110. Jan./Jul., 1989.
- _____. O Pensamento Sanitarista na Primeira república: uma ideologia de construção da nacionalidade. São Paulo. In: *Dados (Revista de Ciências Sociais)*. Vol. 28 (2): 193-210 (1985).
- SANTOS, Luiz Antonio de Castro; FARIA, Lina Rodrigues. 61 Broadway, New York City: Cartas americanas: correspondência inédita entre os escritórios brasileiro e norte-americano da Divisão Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller, 1927-1932: parte 1, UERJ, IMS, 2000. *Série Estudos em Saúde Pública*.
- _____. 61 Broadway, New York City: Cartas americanas: correspondência inédita entre os escritórios brasileiro e norte-americano da Divisão Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller, 1927-1932: parte 2, UERJ, IMS, 2001. *Série Estudos em Saúde Pública*; n. 208.
- SANTOS, Mario Augusto da Silva. A República do povo: sobrevivência e tensão – Salvador, (1890-1930), Salvador: EDUFBA, 2001.
- SHEPPARD, Dalila de Souza. A literatura médica brasileira sobre a peste branca: 1870-1940, In: *História, Ciências e Saúde – Manguinhos*, Vol. VIII: 173-192. Mar. Jun. – 2001.
- STEPAN, Nancy. Gênese e evolução da ciência brasileira. Rio de Janeiro, Artenova, 1976.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de. A gripe espanhola em Salvador, 1918: cidade de becos e cortiços. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 12, nº 1: 71-99, Jan-Abr. 2005.
- TAVARES, Luis Henrique Dias. *História da Bahia*. São Paulo/Salvador, UNESO/EDUFBA.
- TEIXEIRA, Luis Antonio. Da transmissão hídrica à culicidiana: a febre amarela na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. In: *Revista Brasileira de História*. São Paulo, Vol. 21, nº 41: 217-242.
- TOTA, Antônio Pedro. *O imperialismo sedutor: a americanização do Brasil na época da segunda guerra*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- UZEDA, Jorge Almeida. *A morte vigiada: a cidade de Salvador e a prática da medicina urbana (1890-1930)*. Dissertação (Mestrado em História – Universidade Federal da Bahia), Universidade Federal da Bahia, 1996.
- WILLIAMS, Steven C. Nationalism and Public Health: the vergence of the Rockefeller Foundation technique and Brazilian federal authority during the time of yellow fever. In: CUETO, Marcos (org.), *Missionaries of science: the Rockefeller Foundation and Latin America*. Bloomington/ Indiana, Indiana University Press, 1994.
- XIMENES, Cristina Ferreira Lyrio. Joaquim Pereira Marinho: *Perfil de um contrabandista de escravos na Bahia: 1828-1887*. Salvador: UFBA (Dissertação de Mestrado em História) 1999.