

Maria Elisa Lemos Nunes da Silva
Ricardo dos Santos Batista
(Organizadores)

HISTÓRIA e SAÚDE

políticas, assistência, doenças
e instituições na Bahia

*História e
Saúde*



Universidade do Estado da Bahia – UNEB

José Bites de Carvalho

Reitor

Marcelo Duarte Dantas de Avila

Vice-Reitor



Editora da Universidade do Estado da Bahia – EDUNEB

Sandra Regina Soares

Diretora da Editora

Conselho Editorial

Danilo Gusmão de Quadros

Darcy Ribeiro de Castro

Hugo Saba Pereira Cardoso

Luiz Carlos dos Santos

Maria das Graças de Andrade Leal

Rudval Souza da Silva

Thiago Martins Caldas Prado

Suplentes

Aliger dos Santos Pereira

Gabriela Sousa Rêgo Pimentel

Maristela Casé Costa Cunha

Marluce Alves dos Santos

Mônica Beltrame

Reginaldo Conceição Cerqueira

Valquíria Claudete Machado Borba

Maria Elisa Lemos Nunes da Silva
Ricardo dos Santos Batista
Organizadores

História e Saúde

políticas, assistência, doenças
e instituições na Bahia

Salvador
EDUNEB
2018

© 2018 Autores

Direitos para esta edição cedidos à Editora da Universidade do Estado da Bahia.
Proibida a reprodução total ou parcial por qualquer meio de impressão, em forma
idêntica, resumida ou modificada, em Língua Portuguesa ou qualquer outro idioma.
Depósito Legal na Biblioteca Nacional
Impresso no Brasil em 2018.

Coordenação Editorial

Fernanda de Jesus Cerqueira

Coordenação de Design

Sidney Silva

Revisão Textual e Normalização

Tikinet Edições Ltda

Diagramação e Capa

George Luís Cruz Silva

Revisão Textual de Prova

Maria Aparecida Porto

Revisão de Diagramação de Prova

George Luís Cruz Silva

Ficha Catalográfica

Bibliotecária: Fernanda de Jesus Cerqueira – CRB 162-5

História e saúde: políticas, assistência, doenças e instituições na Bahia/
Organizado por Maria Elisa Lemos Nunes da Silva e Ricardo dos Santos
Batista. – Salvador: Eduneb, 2018.

212 p.: il.

ISBN: 978-85-7887-346-2

1. Saúde pública - História. 2. Política de saúde - Bahia. I. Silva, Maria Elisa
Lemos Nunes da. II. Batista, Ricardo dos Santos.

CDD: 362.109

Editora da Universidade do Estado da Bahia – EDUNEB

Rua Silveira Martins, 2555 – Cabula

41150-000 – Salvador – BA

editora@listas.uneb.br

portal.uneb.br

Esta Editora é filiada à



SUMÁRIO

PREFÁCIO

MODERNIZAR A GESTÃO DA POBREZA CUIDANDO DA SAÚDE E DA DOENÇA	7
<i>Luiz Otávio Ferreira</i>	

APRESENTAÇÃO

HISTÓRIA E SAÚDE: NOTAS PARA UM DEBATE NO CAMPO DA HISTORIOGRAFIA	11
<i>Maria Elisa Lemos Nunes da Silva e Ricardo dos Santos Batista</i>	

HISTÓRIA E SAÚDE EM SALVADOR

ASSISTÊNCIA AO TRABALHADOR E FORMAÇÃO DO SISTEMA PREVIDENCIÁRIO NA BAHIA (1930-1960)	23
<i>Christiane Maria Cruz de Souza</i>	

ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO HOSPITAL SANTA IZABEL (1900-1930)	47
<i>Ricardo dos Santos Batista</i>	

O DISPENSÁRIO RAMIRO DE AZEVEDO E A CONSTITUIÇÃO DE POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE NA BAHIA NA DÉCADA DE 1920	69
<i>Maria Elisa Lemos Nunes da Silva</i>	

**HISTÓRIA E SAÚDE NO RECÔNCAVO E
NOS SERTÕES DA BAHIA**

- FRANCISCO ANTÔNIO DE SAMPAIO:
A HISTÓRIA NATURAL E A CIRURGIA NA VILA
DE NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO DO PORTO
DA CACHOEIRA** 105
João Batista de Cerqueira
- A PESTE BUBÔNICA NOS SERTÕES DA BAHIA:
POLÍTICA E COTIDIANO NO RAIAR DO
SÉCULO XX** 141
Cleide de Lima Chaves e Tatiane Pereira Amorim
- A SAÚDE E A MARCHA DEVASTADORA DAS
DOENÇAS EM JUAZEIRO NAS PRIMEIRAS
DÉCADAS DO SÉCULO XX** 179
Ana Clara Farias Brito

PREFÁCIO

MODERNIZAR A GESTÃO DA POBREZA CUIDANDO DA SAÚDE E DA DOENÇA

A história da saúde e das doenças não é mais uma promessa no contexto acadêmico brasileiro e latino-americano. Além de produção científica regularmente publicada – o que é uma prova da maturidade da área –, com certa frequência são lançados livros e artigos que oferecem aos historiadores uma visão ampla do atual estado da arte da historiografia.¹

Partindo da premissa de que a saúde e a doença são fenômenos biossociais, podemos definir sua história como um campo interdisciplinar de estudos que investigam as representações e as atitudes coletivamente adotadas em contextos socioculturais específicos a respeito de tais fenômenos.

A coletânea *História e saúde: políticas, assistência, doenças e instituições na Bahia*, organizada por Maria Elisa Lemos N. da Silva e Ricardo dos Santos Batista, se inscreve nessa tradição historiográfica. Os estudos reunidos focalizam as representações leigas, religiosas e científicas, as diversas práticas de cura e as instituições públicas ou privadas que coexistiam articuladas em torno do binômio saúde-doença. A pergunta de fundo é: como a desigual e heterogênea sociedade baiana se organizava para cuidar dos indivíduos adoecidos ou para protegê-los dos riscos de contrair doenças ou sofrer privações que poderiam comprometer sua saúde?

A maioria dos estudos se reporta a um contexto histórico específico que tem recebido particular atenção por parte da historiografia

brasileira da saúde e das doenças. Estamos falando de um aspecto crucial das narrativas sobre a história republicana brasileira que remete ao processo de institucionalização da saúde pública e de implantação de políticas públicas sanitárias e de assistência à saúde. Focalizando as especificidades locais da Bahia, os autores destacam as ações e omissões dos agentes públicos de âmbito federal, estadual e municipal, e também o papel desempenhado por agentes localizados na sociedade civil, tratando especialmente dos limites da filantropia social praticada pelas elites (especialmente a médica), entendida como ação complementar ou subsidiária às políticas públicas.

Um ponto que merece ser destacado do conjunto de estudos é a demonstração de como o conflituoso ambiente político baiano, marcado por disputas oligárquicas, favorecia ou não a implantação das políticas públicas de saúde. Nesse caso, a existência de uma elite médica cientificamente preparada e moralmente comprometida não afastou as injunções dos interesses políticos. Antes de ser entendida como um “bem público”, a saúde foi entendida como um “bem político” em disputa.

Um tema que ressalta da leitura dos estudos reunidos nesta coletânea é o dos modelos ou dos tipos de instituições de saúde que emergiram ou se transformaram no contexto político-sanitário baiano. Não podendo tratar de todos os tipos de instituições de saúde, hospitais e postos sanitários, principalmente, vou me concentrar nos dispensários, um tipo de instituição médica cujo papel na estruturação dos serviços de assistência à saúde é pouco estudado pela historiografia brasileira. No caso baiano, a presença dos dispensários está relacionada ao combate da tuberculose e da mortalidade infantil.

Uma característica singular dos dispensários europeus e norte-americanos foi a prestação de consultas e tratamentos médicos sem a necessidade de internação dos pacientes. Outra marca registrada foi o trabalho voluntário de médicos e estudantes de medicina. Para os médicos, os dispensários constituíram uma fórmula bem-sucedida de articulação de seus interesses profissionais com suas ideologias a respeito da pobreza. A filantropia médica praticada como trabalho voluntário em dispensários transitava em uma via de mão-dupla: de um lado dava às populações urbanas pobres acesso aos serviços da

medicina e, de outro, oferecia aos médicos um manancial inesgotável de pacientes que poderiam servir como campo de estudos clínicos e terapêuticos. Para a profissão médica, os dispensários preenchiam o “vazio pedagógico” existente entre o ensino teórico da medicina nas faculdades e o treinamento prático dos estudantes nos diversos ramos da medicina e da cirurgia.

O estilo de atuação dos dispensários teve efeitos positivos para a saúde pública. Entre as práticas sanitárias difundidas pelos dispensários estava a vacinação contra a varíola e a visitação domiciliar, um método de prestação de assistência que possibilitou conhecer as condições de vida dos pobres urbanos. Os dispensários ajudaram na propagação de meios de profilaxia e educação sanitária, especialmente no campo da higiene materno-infantil.

Além do trabalho voluntário de médicos e estudantes, o funcionamento dos dispensários também dependia do engajamento ideológico e da colaboração financeira das elites urbanas. Os dispensários se tornaram uma expressão da filantropia social de base utilitarista que visava reorganizar as tradicionais instituições de assistência aos pobres, substituindo o fundamento religioso (caridade) por princípios e conhecimentos científicos. Atuando juntos, médicos e elites urbanas comparilhavam um objetivo comum: modernizar a gestão da pobreza.

Modernizar a gestão da pobreza é um tema atual, por isso a leitura da coletânea *História e saúde: políticas, assistência, doenças e instituições na Bahia* é recomendada não apenas para os historiadores da saúde e das doenças, mas para o público mais amplo preocupado com o destino das políticas de saúde no Brasil.

Luiz Otávio Ferreira

Pesquisador e Docente do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e do Departamento de Ciências Sociais e Educação da Faculdade de Educação da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

Referências

CUETO, Marcos; PALMER, Steven. *Medicina e saúde pública na América Latina: uma história*. Tradução Sérgio Lamarão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. (Coleção História e Saúde)

HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. (Coleção História e Saúde)

NOTAS

¹ Cf. Hochman e Armus (2004) e Cueto e Palmer (2016).

APRESENTAÇÃO

HISTÓRIA E SAÚDE: NOTAS PARA UM DEBATE NO CAMPO DA HISTORIOGRAFIA

Esta coletânea é composta por textos que tratam da história da saúde na Bahia, escritos por pesquisadores com formação em História e em História das Ciências. Outrora objeto de atenção de profissionais da medicina e da sociologia, os estudos sobre história e saúde se expandiram desde as últimas décadas do século XX e ganharam cada vez mais espaço entre os historiadores.

A articulação entre essas duas áreas do saber se tornou possível devido à renovação da historiografia, especialmente às contribuições do movimento dos *Annales*, que auxiliou na ampliação do conceito de fonte histórica e na abertura do diálogo interdisciplinar no campo historiográfico. Como exemplo, é possível citar *Os reis taumaturgos*, obra publicada originalmente em 1924, na qual Marc Bloch analisou a crença no poder da cura da doença de pele conhecida como escrófula por meio do toque real, difundida na França e na Inglaterra da Idade Média ao século XVIII (BLOCH, 1993).

Na década de 1970, a temática da doença foi abordada pelas mãos de Jacques Revel e Jean-Pierre Peter no artigo intitulado “O corpo: o homem doente e sua história”, publicado em *História: novos objetos*, livro que, juntamente com *História: novos problemas* e *História: novas abordagens*, compôs a trilogia organizada por Jacques Le Goff e Pierre Nora. Segundo Revel e Peter (1988, p. 144), o acontecimento mórbido pode ser um lugar privilegiado para observar melhor a significação de “[...] mecanismos administrativos ou

de práticas religiosas, as relações entre os poderes, ou a imagem que uma sociedade tem de si mesma”. Para eles, a doença quase sempre representa “[...] um elemento de desorganização e de reorganização social”. (REVEL; PETER, 1988, p. 144).

Anos mais tarde, Jacques Le Goff (1991) alertou para a necessidade de entender que “a doença pertence à história”, pois descontextualizada ela seria apenas “uma abstração”. Dessa forma, ela integra não apenas a história superficial dos progressos científicos e tecnológicos, mas também a história dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, instituições, representações e mentalidades (LE GOFF, 1991, p. 7-8).

Na década de 1990, Charles Rosenberg e Janet Golden consideraram que a doença deve ser vista simultaneamente como um evento biológico e um repertório específico de geração de constructos verbais que refletem a história intelectual e institucional da medicina. Ela é uma ocasião para a legitimação de políticas públicas, ao se levar em conta seu aspecto social e individual. Os autores compreendem que, de certa forma, as doenças só acontecem quando as percebemos, as nomeamos e respondemos a elas (ROSENBERG; GOLDEN, 1992, p. XIII).

O entendimento da doença como elemento que modifica as sociedades se faz presente na historiografia brasileira recente. Entre as produções de destaque está a coletânea *Uma história brasileira das doenças*, que em sete volumes articula trabalhos de diferentes pesquisadores em análises que enfatizam doenças específicas, suas implicações para o indivíduo e para a sociedade, a construção de políticas públicas para seu combate, entre outras. Na primeira seção do primeiro volume, intitulada “A doença revelando a história: uma historiografia das doenças”, Anny Jackeline Torres da Silveira e Dilene Raimundo Nascimento fazem um balanço historiográfico, ressaltando a expansão do campo. As autoras diferenciam os trabalhos que discutem enfermidades, mas que não contemplam a análise de como as diferentes sociedades compreenderam sua experiência patológica, dos estudos que se situam em uma história propriamente cultural, “[...] por enfatizarem quer as representações científicas ou

leigas, quer a atenção institucional ou as atitudes sociais espontâneas e difusas”. (NASCIMENTO; CARVALHO, 2004, p. 17-18). Por meio da saúde e da doença é possível identificar a imagem da sociedade e sua imposição aos indivíduos. Somente ao nominar um fenômeno como doença, a ele será atribuído um sentido. Assim, a história das doenças, entre elas as epidemias,

[...] será sempre mais instigante quando ampliar nossas percepções sobre a interação entre dimensões biológicas, econômicas, sociais, políticas e culturais, quando de uma visão particular nos fizer mover para perspectivas mais amplas e abrangentes. (NASCIMENTO; CARVALHO, 2004, p. 29-30).

Há historiadores que fazem interlocução com a saúde e têm se debruçado sobre a história da assistência, com análises acerca das ações que garantiram o auxílio aos grupos excluídos das redes de proteção social e/ou que não possuíam meios de se prover. O conceito de assistência pode ser compreendido a partir das proposições de Robert Castel, para quem a ruptura da dependência das proteções imediatas das sociedades agrárias no período feudal e o aprofundamento das diferenças sociais entre os grupos suscitam a questão do atendimento aos mais carentes. A assistência é vista como um conjunto de práticas diversificadas que se inscrevem numa estrutura comum, determinada pela existência de certas populações carentes e pela necessidade de atendê-las (CASTEL, 2010, p. 47). O estudo da assistência à saúde privilegia temas como a caridade e a filantropia, além de investigar hospitais, orfanatos, asilos e outras instituições que objetivaram a atenção à pobreza.

A coleção *História da saúde: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*, que possui volumes relativos a Rio de Janeiro, Bahia, São Paulo, Minas Gerais, Santa Catarina e Goiás, auxilia a compreensão sobre a assistência à saúde no Brasil. Os textos que a integram apresentam diferentes instituições de saúde e suas trajetórias ao longo da história, com ênfase nas ações filantrópicas. No que

diz respeito à filantropia, os livros *Entre os salões e o laboratório: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940*, de Gisele Sanglard, e a coletânea *Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal* trazem importantes contribuições acerca dessa temática. O primeiro analisa os caminhos que permitiram a filantropia de Guilherme Guinle, voltada para a saúde, no Rio de Janeiro, no período em que Carlos Chagas estava à frente do Departamento Nacional de Saúde Pública (SANGLARD, 2008). O segundo reúne contribuições de pesquisadores do campo da história da assistência em artigos que discutem elites e caridade, médicos e filantropos, a ação de ligas, asilos e maternidades e a filantropia na literatura feminina no Brasil e em Portugal (SANGLARD et al., 2015).

Essas abordagens, em meio a outras que poderiam ser elencadas, não funcionam como áreas estanques. Em muitos momentos elas dialogam entre si e contribuem para a reconstituição de capítulos da história da saúde e das ciências no Brasil. Um dos elementos que perpassa a produção está associado a grupos acadêmicos que se utilizam de ferramentas interdisciplinares para a realização de suas investigações, mas sempre sob o fio condutor da história.

Na Bahia, há um aumento significativo de estudos que têm a saúde e as doenças como objetos de atenção. Entre eles, destaca-se *A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*, no qual Christiane Maria Cruz de Souza analisa como a doença se infiltrou na vida dos baianos, as reações que provocou e a maneira pela qual deu expressão a valores sociais, culturais e políticos entre 1918 e 1919 (SOUZA, 2009). Além disso, a autora organizou juntamente com Maria Renilda Barreto Nery o volume *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)* (SOUZA; BARRETO, 2011).

Maria Elisa Nunes Lemos da Silva trouxe contribuição inovadora para a história da saúde na Bahia ao analisar a trajetória do médico José Silveira (1904-2001) na luta contra a tuberculose, principalmente a partir da criação do Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose (Ibit), em 1937. A autora dá ênfase às

estratégias discursivas e às práticas por ele desenvolvidas para se constituir como um tisiólogo de prestígio. Pela trajetória do médico, que articula o individual ao coletivo, foi possível observar questões que envolviam a doença no período (SILVA, 2009, 2014).

Cleide de Lima Chaves organizou a coletânea *História da saúde e das doenças no interior da Bahia: séculos XIX e XX*, que além de apresentar contribuições de autores que discutem saúde e doença em diferentes lugares do estado baiano, colabora para visibilizar a história da Santa Casa de Misericórdia da cidade de Vitória da Conquista, no interior da Bahia. Em *Filantropos da nação*, coletânea organizada por Gisele Sanglard e outros autores (SANGGLARD et al., 2015), Chaves destacou a atuação do médico Crescêncio Antunes da Silveira (1884-1952), cujas trajetórias pessoal e profissional estiveram associadas ao Hospital da Santa Casa e à filantropia cristã em Vitória da Conquista (CHAVES, 2013, 2015).

Recentemente Ricardo Batista produziu trabalhos sobre a Reforma Sanitária da Bahia entre 1920 e 1945, com destaque para a atuação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (IPLDV). Entre os aspectos abordados por ele, discutem-se as ações desempenhadas pelos médicos baianos no intuito de efetivar um projeto político-sanitário no estado, inclusive em cidades do interior (BATISTA, 2017a, 2017b).

Os textos aqui apresentados são desdobramentos das experiências de pesquisas dos autores citados e outros que trabalham de forma articulada nos últimos anos, com produção a partir de fontes diversificadas e abordagens teórico-metodológicas diferenciadas. O que os unifica é o entendimento da saúde e da doença como fenômenos socioculturais em análises sobre o estado da Bahia. Nesse sentido, os temas aqui tratados se voltam para as trajetórias históricas das políticas de saúde, da assistência, das instituições e das doenças.

A abertura da coletânea é feita pela professora Christiane Maria Cruz de Souza, que apresenta a constituição de um aparato voltado para a assistência à saúde do trabalhador a partir da análise do sistema previdenciário em formação. Ao voltar-se para as décadas de 1930 a 1960, a autora compreende o direito à assistência à saúde

num processo progressivo de ampliação, regulação e unificação dos serviços de assistência e previdência social no país.

Em seguida, Ricardo dos Santos Batista investiga a assistência à saúde no Hospital Santa Izabel, de Salvador, em um processo de modificação da relação público-privada na Bahia. A Santa Casa de Misericórdia se queixava da responsabilidade de desenvolver as ações assistenciais nas primeiras décadas do século XX, sem um auxílio mais efetivo do poder público. E, com a configuração sanitária existente na década de 1920, o estado começou a dividir responsabilidades nessa esfera.

No terceiro texto, Maria Elisa Lemos Nunes da Silva discute a constituição de políticas de saúde voltadas para a tuberculose na Bahia, especificamente na cidade de Salvador, tomando como referência a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública. Para a autora, os acordos firmados com a União possibilitaram que ações efetivas fossem realizadas a partir da inauguração do Dispensário Ramiro de Azevedo, em 1922.

A análise das práticas do cirurgião Francisco Antônio de Sampaio e de seu interesse pela medicina natural é objeto de investigação de João Batista de Cerqueira na quarta seção do livro. Atuante na Vila de Nossa Senhora do Rosário do Porto da Cachoeira, no Recôncavo baiano, essa personagem esteve em diálogo com a medicina lusitana e registrou uma série de animais e plantas em sua obra *História dos reinos vegetal, animal e mineral no Brasil, pertencentes à medicina*.

Na sequência, Cleide de Lima Chaves e Tatiane Pereira Amorim articulam o surgimento do surto epidêmico de peste bubônica em Vitória da Conquista, com as condições sociais e relações políticas estabelecidas, bem como as respostas produzidas pela medicina e pela sociedade para combater a doença naquela cidade. A partir desse episódio, as autoras destacam a atuação de Régis Pacheco, que utilizou da sua condição de político e médico para conter o surto epidêmico.

No último texto, Ana Clara Farias Brito apresenta “a marcha devastadora das doenças” ao tratar do saneamento do norte da Bahia

nas primeiras décadas do século XX. Ao explorar a expedição de Arthur Neiva e Belisário Penna, a autora mostra as cores locais do Vale do São Francisco e as possibilidades de combate às doenças pelo Posto de Profilaxia Rural, criado em Juazeiro em 1922.

Por fim, os organizadores agradecem a colaboração dos autores desta coletânea e convidam o leitor a conhecer um pouco dessa história da saúde na Bahia.

Os organizadores

Referências

BATISTA, Ricardo dos Santos. *Sífilis e reforma da saúde na Bahia (1920-1945)*. Salvador: Eduneb, 2017a.

BATISTA, Ricardo dos Santos. Sífilis e relações de gênero na Bahia. In: RANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres (Orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Belo Horizonte: Fino Traço, 2017b. v. 7, p. 113-132.

BLOCH, Marc. *Os reis taumaturgos: o caráter sobrenatural do poder régio: França e Inglaterra*. Tradução Júlia Mainardi. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Tradução Iraci Domenciano Poleti. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

CHAVES, Cleide de Lima. Assistência à saúde no sertão baiano: as origens da Santa Casa de Misericórdia de Vitória da Conquista (1913-1932). In: CHAVES, Cleide de Lima (Org.). *História da saúde e das doenças no interior da Bahia: séculos XIX e XX*. Vitória da Conquista: Edições Uesb, 2013. p. 83-114.

Maria Elisa Lemos Nunes da Silva e Ricardo dos Santos Batista (Org.)

CHAVES, Cleide de Lima. Crescêncio Antunes da Silveira: um médico filantropo baiano. In: SANGLARD, Gisele et al. (Orgs.). *Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2015. p. 95-112.

LE GOFF, Jacques (Org.). *As doenças têm história*. Tradução Laurinda Bom. Lisboa: Terramar, 1991.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de (Orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília, DF: Paralelo 15, 2004.

REVEL, Jacques; PETER, Jean-Pierre. O corpo: o homem doente e sua história. In: LE GOFF, Jacques; NORA, Pierre (Orgs.). *História: novos objetos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988. p. 141-159.

ROSENBERG, Charles; GOLDEN, Janet (Eds.). *Framing disease: studies in cultural history*. New Brunswick: Rutgers University Press, 1992.

SANGLARD, Gisele. *Entre os salões e o laboratório: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

SANGLARD, Gisele et al. (Orgs.). *Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2015

SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes. *Do “centro” para o “mundo”:* a trajetória do médico José Silveira na luta contra a tuberculose. 2009. 204 f. Tese (Doutorado em História) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes da. Ciência e saúde no “centro” do Brasil: a trajetória do médico José Silveira na luta contra a tuberculose. In: SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes da; SILVA, Paulo

História e Saúde: políticas, assistência, doenças e instituições na Bahia

Santos (Org.). *Rastros biográficos: estudos de trajetórias*. Salvador: Eduneb, 2014. p. 53-95.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. *A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: Edufba, 2009.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (Orgs.). *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Barueri: Manole, 2011.

HISTÓRIA E SAÚDE EM SALVADOR



DA JUA
Luzia Salles Assis, Prof. Universidade



ASSISTÊNCIA AO TRABALHADOR E FORMAÇÃO DO SISTEMA PREVIDENCIÁRIO NA BAHIA (1930-1960)

Christiane Maria Cruz de Souza

Neste texto pretende-se analisar brevemente a constituição de um aparato especialmente voltado para a assistência à saúde do trabalhador na Bahia com base no sistema previdenciário em formação. Elege-se como foco de atenção privilegiada a estrutura montada pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETC) para assistir seus segurados. O recorte cronológico escolhido – compreendido entre as décadas de 1930 e 1960 – se relaciona ao período em que os direitos sociais, dentre estes o direito à assistência à saúde, são concedidos a categorias nacionais de trabalhadores, quando se observa também uma progressiva ampliação, regulação e unificação dos serviços de assistência e previdência social no país.

Estas reflexões se apoiam em fontes primárias, tais como a legislação do país, os relatórios expedidos pelos ministros que ocuparam a pasta do Trabalho, Indústria e Comércio, nos jornais da época, assim como na literatura que aborda aspectos diversos do assunto em questão. Cabe assinalar ainda que, este texto é fruto de pesquisa desenvolvida por iniciativa da diretoria do Hospital Ana Nery entre os anos de 2013 e 2014, e financiada pela Fundação de Apoio à Pesquisa da Universidade Federal da Bahia (Fapex/Ufba).

Ao analisar o processo de coletivização dos cuidados com a saúde, com a educação e a formação e expansão de Estados de Bem-Estar em diferentes países, Abram de Swaan (1988) concluiu que a dinâmica dos processos de coletivização dos cuidados médicos, da educação do pobre, da seguridade e do alívio da pobreza se originou em grande parte nos dilemas impostos pela experiência comum das adversidades e destituições. Tal dinâmica foi ocasionada também pelo vislumbre, por parte das elites, da distribuição desigual dos custos com a assistência entre seus membros e dos benefícios resultantes da regulação estatal desses efeitos negativos.¹

Na Bahia, os momentos de crise, como os de epidemias, despertaram entre os mais abastados a consciência de que não havia proteção individual contra tais adversidades. As doenças epidêmicas atingiam pessoas de qualquer faixa etária, sexo ou condição socioeconômica e cultural, além de roubar braços ao trabalho e inviabilizar a livre circulação de pessoas e mercadorias, prejudicando a economia. Nesse período, as elites começaram a perceber também que os encargos relativos à assistência aos despossuídos eram assumidos de forma desigual por seus membros e passaram a reivindicar maior protagonismo dos poderes instituídos na oferta de bens de saúde (SOUZA, 2009, 2011).

Os transtornos produzidos pelas epidemias, mais dramáticos e intensos que os provocados pelas doenças crônicas e silenciosas, exigiam medidas imediatas e de grande visibilidade por parte dos poderes públicos. Assim, foram os cuidados com as doenças transmissíveis, e depois com as endemias rurais, que determinaram modificações nas estruturas administrativas estatais e permitiram a incorporação de novas atribuições e a progressiva penetração do Estado no território nacional.²

Para Ângela de Castro Gomes (1999), a assistência à pobreza só começou a ser vista como uma atribuição dos poderes instituídos após a guerra do Paraguai, a abolição da escravidão e a proclamação da República. Segundo a autora, só depois de tais eventos é que se pôde passar do processo de construção do Estado, levado a cabo com sucesso durante o Império, para o de construção da

nação, “enfrentando-se a questão chave da extensão dos direitos de cidadania, quer fossem civis, políticos ou sociais.” (GOMES, 1999, p. 54).

A crescente diversificação das atividades produtivas, especialmente as relacionadas aos centros urbanos em expansão, com a progressiva industrialização e o significativo aumento do número de trabalhadores assalariados, colocou em pauta a questão social, demandando novas formas de intervenção para minimizar os danos, eventuais conflitos e tensões próprios do processo de acumulação capitalista. A coletivização dos bens de saúde, entretanto, foi um processo lento no Brasil, especialmente na Bahia. A fragilidade da base tributária da União, do estado e do município até a terceira década do século XX não permitia que a saúde se tornasse um bem universal, compulsório, permanente e eficaz.

Ainda que timidamente, a partir da década de 1930 o governo federal apoiou financeiramente algumas instituições filantrópicas e incorporou outras, alargando seus campos de atuação na Bahia. Nesse período, as políticas sociais passaram a ser consideradas elementos importantes de penetração do poder público no território nacional e a saúde assumiu posição estratégica nas ações de centralização e interiorização das ações do Estado. Com a criação da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (DNSAMS), órgão que centralizou diversos serviços, dentre esses a Assistência Hospitalar em 1934, a intervenção da União nas ações em prol da saúde pública se intensificou.

Todavia, a intervenção do governo federal no âmbito da saúde não se equiparava à atuação de entidades privadas na constituição de bens de saúde – que, no caso das instituições filantrópicas, tinham um caráter privado –, mas assumiam função pública. O aparato estatal continuava majoritariamente voltado para o controle e tratamento das doenças infecciosas e mentais, e os serviços de saúde mantidos por particulares possuíam quase o dobro do tamanho e da quantidade dos financiados pelos poderes públicos. Dentre as instituições de caráter privado, as entidades filantrópicas e mutualistas predominavam e foram fundamentais para ampliar a oferta de serviços de

saúde na Bahia (SOUZA, 2011, 2015). Assim, pode-se afirmar que a assistência aos pobres ministrada pelo Estado é suplementada pela filantropia e por estruturas organizacionais fincadas no mundo do trabalho, por sua vez dependentes do auxílio estatal, conformando-se um sistema de bem-estar social de inextricável complexidade.

PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Os movimentos grevistas de 1917 e 1919 ensejaram a promulgação, em 1923, da Lei Elói Chaves (BRASIL, 1923), que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), considerada a lei inaugural de previdência do país.³ A Lei que nasceu da necessidade de atender e apaziguar os trabalhadores de um setor estratégico da época – os ferroviários – previa a constituição de um fundo de administração própria que garantisse assistência médica, aposentadoria ordinária ou por invalidez, auxílio funeral e pensão por morte para os dependentes desses trabalhadores. Esses benefícios eram contratualmente assegurados mediante contribuições de longo prazo feitas pelos associados.

Progressivamente, o regime da Lei Eloy Chaves foi alcançando outras categorias profissionais, inaugurando formas de proteção pública aos trabalhadores, permitindo o acesso a serviços previdenciários e assistenciais. Trabalhadores de grandes empresas, especialmente as que prestavam serviços públicos, como as de telégrafos, de água, dos portos e de luz, também organizaram suas Caixas (BRASIL, 1926, 1928, 1930, 1931).⁴ As CAPs possuíam um caráter civil e de seguro privado, com a constituição de um fundo de administração própria, alimentado por contribuições mensais dos trabalhadores e anuais de cada empresa. O fundo era depositado em banco, exceto os valores que o Conselho de Administração destinava às despesas e investimentos imediatos.

Havia grandes diferenças no conjunto de benefícios oferecidos pelas CAPs, porque estas não eram regidas por regras comuns de funcionamento técnico e administrativo. Cada Caixa tinha suas próprias normas e a oferta de serviços de assistência e previdência

estava em conformidade com as prioridades de cada segmento e com a capacidade da receita disponível, fruto das contribuições dos associados (MERCADANTE, 2002, p. 237). Contudo, a assistência à saúde foi um dos benefícios previstos pelo regime de previdência social desde a promulgação da Lei nº 4.682/23. O artigo nono da Lei prevê assistência médica ao segurado ou a seus dependentes e medicamentos comercializados por um preço especial, a ser determinado pelo Conselho de Administração.

A necessidade de conferir maior eficiência aos serviços e atender os requisitos de ordem econômica determinou ampliações, aglutinações, incorporações e fusões das CAPs (FALCÃO, 1941, p. 162). Surgiram, então, os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), organizados a partir das categorias profissionais ou segmentos de atividades. O primeiro IAP criado foi o dos marítimos (IAPM), em 1933; no ano seguinte foram formados os institutos dos comerciantes (IAPC) e dos bancários (IAPB); em 1936 surgiu o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (Iapi); em 1938 criou-se o instituto dos servidores do Estado (Iapse); e, em agosto desse mesmo ano, a Caixa de Aposentadoria e Pensão dos Trabalhadores em Trapiches e Armazéns passou a denominar-se Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas (IAPETC) (FIGUEIREDO, 1948, p. 19-20).

Tais como as Caixas, os IAPs eram órgãos executores da previdência social que possuíam personalidade jurídica de forma autárquica, do tipo paraestatal, contando com receita, patrimônio e administração próprios. Apesar desse caráter autárquico, os IAPs estavam submetidos, por lei, ao controle direto do Estado, a cargo do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), fundado em 1930, durante o governo de Getúlio Vargas.

Tal como ocorria com as CAPs, não havia homogeneidade nas normas, nem nos benefícios oferecidos pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões. O artigo 137 da Constituição de 10 de novembro de 1937 previa a instituição dos seguros em casos de acidente de trabalho, invalidez, velhice e morte, bem como a prestação de assistência médica e sanitária ao trabalhador. Às trabalhadoras, garantia a

licença maternidade, antes e depois do parto, sem prejuízo de seus salários (FALCÃO, 1941, p. 162).

Todavia, em determinados IAPs os serviços de saúde assumiam importância secundária e sofriam restrições, conforme a disponibilidade orçamentária. No IAPM, por exemplo, a despesa com a assistência médica não podia ultrapassar 8% da receita do ano anterior e o período de internação hospitalar do segurado se limitava a trinta dias. Em outros institutos, tais como o dos industriários e o dos trabalhadores em transportes e cargas, o acesso aos cuidados médicos ocorria mediante ao pagamento de contribuição suplementar (MERCADANTE, 2002, p. 338).

Em 1938, por exemplo, a norma possibilitava ao assegurado do IAPETC o acesso à assistência médica, cirúrgica e hospitalar, ainda que, para tal, este devesse despende uma contribuição complementar (BRASIL, 1938). Já em 1946, além dos seguros por invalidez, doença, velhice e morte estabelecidos em regulamentos anteriores, a legislação apresentava a possibilidade de assistência à maternidade (BRASIL, 1946). A oferta de benefícios estava sujeita à revisão periódica, utilizando-se como justificativa o “resguardo da plena estabilidade do instituto” (BRASIL, 1946).

As disparidades na regulamentação e nos benefícios ofertados por cada IAP revelavam os desníveis econômicos entre as categorias profissionais, bem como a capacidade de mobilização política de cada sindicato. Os sindicatos mais atuantes recebiam maior cobertura por parte da previdência, e assim, esta passou a ser um fator de mobilização política entre estes, ao mesmo tempo em que a política previdenciária se convertia em poderoso instrumento do governo varguista de cooptação e controle da classe trabalhadora (COHN, 1980; MALLOY, 1986).

A heterogeneidade das normas e a pluralidade de instituições resultaram em avaliações negativas do sistema. Críticos, muitos dos quais “técnicos, especialistas e membros da elite política, [...] vinculados [...] ao sistema previdenciário”, partícipes “da discussão internacional sobre trabalho e proteção social”, reivindicavam um sistema de previdência unificado e menos desigual (HOCHMAN, 1988,

p. 3). Como resultado de um estudo levado a cabo por técnicos, procuradores e membros dos órgãos previdenciários, em 7 de maio de 1945 promulgou-se a Lei Orgânica dos Serviços Sociais do Brasil com o objetivo de ampliar e padronizar as coberturas assistenciais dos IAPs, que passaram a oferecer na década seguinte serviços de assistência médico-hospitalar próprios ou mediante convênio com terceiros (BRASIL, 1945a).

A política de ampliação e regulação dos serviços de assistência e previdência social, assim como a legislação que regulamentou as relações trabalhistas, tinha a pretensão de amenizar as tensões entre os sindicatos. Além disso, o seguro previdenciário buscava garantir a manutenção do trabalhador como consumidor, mesmo quando este já não exercia nenhuma função no mercado de trabalho. Essa era uma medida importante tanto para o equilíbrio socioeconômico quanto para o político, em um período conturbado pela crise do setor agroexportador, pelas greves de trabalhadores, pelos conflitos de interesses entre as oligarquias e pelas dissidências regionais, resultantes da heterogeneidade das forças aliadas que haviam apoiado o governo revolucionário. Ampliava-se também, naquela altura, a percepção de que era mais econômico e lucrativo investir na qualidade de vida e de saúde do trabalhador do que onerar a previdência com seguros e aposentadorias precoces ou perder mão de obra por morte ou invalidez do trabalhador.

O aumento das demandas dos trabalhadores por mais atenção à saúde contrastava com as restrições orçamentárias do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). Havia, contudo, uma estrutura montada para gerir o volume de recursos pecuniários movimentado pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões. Essa condição do setor previdenciário motivou o governo a considerar a possibilidade de utilizar a estrutura e os fundos da previdência para atender a demanda por serviços médico-hospitalares.

Na Bahia, a partir do ano de 1948, os segurados do IAPETC passaram a ter acesso à assistência médica, hospitalar, dentária e farmacêutica nos ambulatórios e hospitais conveniados. A assistência médico-hospitalar era garantida mediante convênio com o Hospital

Português; a ambulatorial era prestada nos modernos consultórios do recém-construído Edifício Chadler,⁵ situado na rua Chile, ponto nevrálgico da Cidade Alta, na capital baiana. Ali, o segurado tinha acesso a diversas especialidades: clínica médica, cirurgia geral, traumatologia, otorrinolaringologia, oftalmologia, ginecologia, obstetrícia, neurocirurgia, psiquiatria, pediatria, laboratório de análises clínicas e anatomopatológicas, serviço de radiologia, de fisioterapia e gabinete dentário, havendo também uma farmácia onde as receitas eram aviadas. No Bairro do Comércio, na Cidade Baixa, eram atendidas as vítimas de acidentes de trabalho. Ambulatórios e hospitais conveniados também prestavam assistência aos segurados em cidades do interior do estado, como Feira de Santana, Nazaré, Alagoinhas, Santo Amaro, São Felix, Santo Antônio de Jesus, Valença, Jequié, Alagoinhas, Caravelas, Ilhéus, Itabuna, Canavieiras e Belmonte (A TARDE, 1948, p. 15; DUTRA, 1949).

No ano seguinte, o governo Vargas colocou à disposição dos segurados dos IAPs e das Caixas remanescentes o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (Samdu), criado com a finalidade de prestar assistência médica de urgência em ambulatórios e hospitais, bem como no domicílio ou no local de trabalho.⁶ Inaugurava-se, dessa maneira, o atendimento médico domiciliar até então inexistente no setor público, apesar de já ser uma prática comum na iniciativa privada. O serviço, subordinado ao MTIC, previa o financiamento consorciado entre todos os IAPs.

O leque de especialidades à disposição do segurado estava de acordo não só com a ideologia vigente a respeito do trabalho e do trabalhador, mas também com os avanços da medicina, que requeriam um conhecimento cada vez mais segmentado e aprofundado. As conquistas nos campos da ciência e tecnologia médicas, alcançadas a partir da Segunda Guerra Mundial, resultavam em maior sofisticação e precisão dos equipamentos relativos aos processos de diagnose e às intervenções com fins terapêuticos e curativos. Tais inovações tecnológicas, contudo, elevaram os custos da saúde, exigindo grandes investimentos. Nesse contexto, o consultório vai

perdendo importância para o hospital, que progressivamente assumiria posição central no sistema.

Projetou-se então, já no governo de Eurico Gaspar Dutra (1946-1951), uma ampliação da rede de assistência médico-hospitalar, dirigida pelo Ministério do Trabalho (FALCÃO, 1941, p. 160). Cada IAP ficaria responsável pela construção de um hospital ou pela manutenção de um já existente em estados predeterminados, que estaria habilitado a atender os segurados de qualquer uma das instituições congêneres: o IAPM ficou encarregado da manutenção e/ou construção de hospitais nos estados do Pará, Ceará, Bahia e Rio de Janeiro; o Iapi responsabilizou-se pela construção e manutenção de hospitais nos estados do Rio Grande do Norte, Alagoas, Sergipe e Espírito Santo; o IAPC, pela construção e manutenção de hospitais nos estados da Paraíba, Minas Gerais, Paraná, Mato Grosso e na cidade paulista de Santos; o Iapse deveria manter e/ou construir hospitais no Maranhão e no Piauí; e o IAPB responderia pela construção de sanatórios para tuberculosos na capital federal, São Paulo, Recife e Belo Horizonte. A construção de hospitais na Bahia, em Pernambuco, no Distrito Federal (Rio de Janeiro), em São Paulo e no Rio Grande do Sul ficaram sob a responsabilidade do IAPETC (A NOITE, 1946, p. 1, 1947, p. 7).

Conforme Ribeiro, o número de associados foi o critério utilizado para a eleição das cidades onde os hospitais estariam situados (RIBEIRO, 2011, p. 129-131). Nas cidades onde o número de associados não justificava esse tipo de investimento, ofertava-se atendimento ambulatorial e assistência nos hospitais conveniados. Até 1945, o IAPETC foi congregando profissionais cujas atividades eram relativas aos transportes,⁷ às cargas terrestres⁸ e à estiva.⁹ Com essa conformação, os benefícios da seguridade e assistência se estendiam a um vasto espectro de trabalhadores, dentre estes, os que atuavam nos serviços urbanos, no porto de Salvador e os que exerciam atividades relativas à agroexportação, ao comércio atacadista e varejista, que ainda eram o esteio da economia baiana naquele período (BRASIL, 1938, 1945b).

O projeto de construção dos hospitais do IAPETC em todo Brasil deveria ser executado no prazo de seis a sete anos. A pedra fundamental do hospital da Bahia foi assentada no dia 2 de julho de 1947. Contudo, apesar dos esforços de sucessivos presidentes do Instituto para angariar recursos, as obras não avançaram no ritmo esperado. Chegou-se ao final da década de 1950 sem que o hospital fosse inaugurado.

Os motivos da paralisação das obras eram diversos. A grave crise política, que culminou com o suicídio de Vargas em agosto de 1954, afetou a vida pública brasileira, repercutindo, como era de se esperar, no quadro administrativo dos IAPs. As mudanças contínuas no comando, nas diretrizes do Instituto, resultaram em investigação da aplicação dos recursos e em paralisação de obras.

Além disso, os IAPs enfrentaram grave crise financeira na década de 1950. O uso dos recursos da previdência para a realização de outros projetos e empreendimentos governamentais concorria para aumentar o *deficit* dos IAPs, dificultando o andamento das obras. Havia uma demanda contínua de recursos pecuniários e principalmente de reformulação da gestão financeira, depois que os institutos passaram a abranger a área de alimentação, habitação e saúde do trabalhador.¹⁰ Contribuía para agravar o quadro a ingerência política no instituto, que concorria para o inchaço do quadro de pessoal, em contraste com a permanente dívida da União e dos empregadores para com a previdência social.

Com o objetivo de padronizar o sistema de arrecadação de benefícios e aumentar a eficiência do sistema previdenciário, foi promulgada, em 1960, a Lei Orgânica da Previdência Social (Lops) (BRASIL, 1960). Para atender à uniformização requerida pela nova legislação, a mais antiga e única remanescente das CAPs, a dos ferroviários, foi transformada no Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Ferroviários e Empregados em Serviços Públicos (Iapefesp). Com essa medida, passaram a existir seis institutos de âmbito nacional e com filiação segundo categoria profissional ou setor econômico, que em conformidade com a Lei, deveriam adotar plano de benefícios, financiamento e estrutura administrativa semelhantes.

A Lops introduziu benefícios como aposentadoria especial e Auxílios Natalidade, Funeral e Reclusão. Além desses benefícios, garantia aos segurados a continuidade da assistência médica domiciliar, ambulatorial e hospitalar, com “prestação de serviços de natureza clínica, cirúrgica, farmacêutica e odontológica aos beneficiários, em serviços próprios ou de terceiros, estes mediante convênio”. (BRASIL, 1960, p. 12157). A Lei definia como beneficiários da previdência social os trabalhadores que exerciam atividade remunerada em todo território nacional. Portanto, estavam excluídos do sistema os trabalhadores domésticos, rurais e servidores civis e militares que estivessem sujeitos a regimes próprios de previdência. Três anos depois, a Lei nº 4.214, de 2 de março de 1963, concederia alguns dos benefícios conquistados pelos trabalhadores urbanos aos trabalhadores rurais, instituindo o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural) (BRASIL, 1963, p. 2857).

Os problemas financeiros da previdência, entretanto, se agravaram após a uniformização dos benefícios dos diversos IAPs, promovida pela Lops. Essas mudanças pressionavam as fontes de financiamento, comprometidas pelo não pagamento recorrente das contribuições empresariais e da União. Por conta disso, foi instituída uma comissão interministerial, com representação classista, para estudar a reformulação do sistema de previdência social. Tornava-se imperativo proceder à revisão da estrutura administrativa vigente e de seu sistema de financiamento, assim como dos sistemas de admissão de beneficiários e de contribuições.

Além das modificações ocorridas no sistema previdenciário, novas e sucessivas crises políticas atrapalhavam os planos de conclusão do hospital. Aqueles eram tempos agitados por greves e manifestações públicas tanto de trabalhadores quanto dos setores mais conservadores da sociedade em crescente polarização ideológica e política. Em março o processo de radicalização se intensificou, culminando com um golpe de Estado deflagrado na madrugada do dia 31 de março de 1964 contra o governo legalmente constituído de João Goulart.¹¹ O golpe foi orquestrado por militares e contou com o apoio de setores conservadores da sociedade.

Inicialmente, o golpe foi apresentado como uma intervenção de caráter provisório, necessária para barrar o comunismo, retomar o crescimento econômico, reinstaurar a ordem social e combater a corrupção. Todavia, em 4 de abril de 1964, o marechal Humberto de Alencar Castelo Branco assumiu a presidência, dando início a um período de endurecimento progressivo do regime, com intervenções em sindicatos, cassações, perseguições políticas, detenções, prisões indiscriminadas e exílio dos opositores do regime.

É evidente que fatos graves como esses interfeririam negativamente tanto na gestão da autarquia quanto no processo de conclusão do hospital. Ao longo do ano de 1964, a imprensa repercutiu notícias sobre a cassação dos direitos políticos, como também de inquéritos administrativos aplicados a funcionários do IAPETC, que resultaram em exonerações. Muitos desses inquéritos haviam sido iniciados em governos anteriores, outros foram começados e concluídos naquele período (A TARDE, 1964, p. 2).

A despeito desse cenário adverso, em maio de 1965, o IAPETC da Bahia recebeu a visita do presidente do Conselho de Medicina da Previdência Social, Hamilcar Veiga da Silva. Sua vinda à Bahia tinha por objetivo apurar as arestas em relação à classe médica e resolver antigas pendências financeiras do IAPETC com os hospitais conveniados, especialmente com o Hospital da Sagrada Família. As declarações dadas à imprensa buscavam ressaltar igualmente a eficiência do governo militar em contraste com os governos anteriores e tranquilizar a população a respeito da oferta de assistência à saúde no estado (A TARDE, 1965a, p. 24). Em pronunciamento feito ao jornal *A Tarde*, Hamilcar Veiga da Silva declarou que a União disponibilizaria empréstimos com juros de 6% ao ano aos hospitais privados, para que estes pudessem investir em melhorias estruturais, em equipamentos e aparelhagem médica de tecnologia avançada, e assim melhorar a qualidade dos serviços prestados (A TARDE, 1965a, p. 24).

Ao mesmo tempo, Veiga da Silva garantiu aos segurados dos IAPs que não faltaria dinheiro aos cofres da Previdência para saldar os compromissos e colocar a própria rede de assistência à saúde em funcionamento. O balanço da Previdência apresentara, naquele

ano, um *superavit* excepcional em relação ao das gestões anteriores, com um orçamento previsto de um trilhão de cruzeiros. O Samdu atravessava período igualmente auspicioso, dispondo de três bilhões de cruzeiros para investir na melhoria de seus serviços (A TARDE, 1965a, p. 24).

De um lado, disseminava-se um clima de otimismo e aprovação junto às empresas médicas de natureza privada, que comecem a ganhar corpo nesse período mediante financiamento com recursos públicos.¹² De outro lado, o Estado buscava o apoio dos trabalhadores, garantindo a oferta de assistência à saúde por meio dos Institutos.

Na ocasião, Veiga da Silva assegurou o interesse do presidente Castelo Branco em garantir a assistência à saúde ao trabalhador “à altura de suas reais necessidades” (A TARDE, 1965a, p. 24); para tanto, deveriam ser consideradas as três etapas da assistência médica: preventiva, de reabilitação e de benefícios. Ainda visando uma melhor qualidade no atendimento do segurado, o governo anunciava que o trabalho do médico seria valorizado com justa remuneração, exigindo-se como contrapartida assiduidade e um maior “sentimento de calor humano” em relação aos doentes vinculados à Previdência (A TARDE, 1965a, p. 24).

Em julho desse mesmo ano, ventilou-se na imprensa a possibilidade da vinda do presidente Castelo Branco à Bahia para inaugurar o hospital do IAPETC (A TARDE, 1965b, p. 3). A essa altura, já estava decidido que o hospital se chamaria Hospital Ana Nery (HAN), em homenagem à baiana Anna Justina Ferreira Nery, considerada a pioneira da enfermagem no Brasil.¹³ A escolha do nome da enfermeira baiana foi estratégica, em um período em que o governo militar usava diversas táticas para conquistar o apoio da sociedade e se legitimar no poder.

A reportagem informava ainda que o hospital teria capacidade para 330 leitos, o que o alçaria à condição de maior centro médico-cirúrgico do Norte do país. Com essa quantidade de leitos seria possível atender a maioria dos segurados dos IAPs na Bahia, conforme estabelecia um convênio assinado com os outros Institutos de Previdência

(A TARDE, 1965b, p. 3). As obras prosseguiram em ritmo acelerado, conforme fazia questão de divulgar o delegado regional. O IAPETC abriu concorrência em Salvador e no Rio de Janeiro para funções como a instalação de serviços de telefonia, de filtragem central, de tubulações de oxigênio e vácuo, como também para a montagem de caldeiras. A concorrência também se referia aos serviços de reparo e revisão nos aparelhos de ar condicionado, na estação de tratamento de esgoto, na cozinha, no equipamento de esterilização central e de instrumental cirúrgico, no mobiliário, como também para a montagem e reparo da lavanderia (A TARDE, 1965c, p. 3) – o que sugere que esses móveis e equipamentos já estavam no hospital, que funcionava parcialmente havia algum tempo.

Em dezembro de 1966, a aparelhagem de raios X foi instalada em várias salas do hospital, ocupando quase toda uma ala do edifício. Equipamentos de última geração, tais como: uma mesa de exames radiológicos contrastados, inclusive relativos às cirurgias cardiovasculares – as cardiopatias congênitas; “uma mesa-sucky para exames radiográficos em geral”, inclusive de “coluna vertebral em posição em pé”; um dispositivo para tomografias pulmonares; aparelho para abreugrafia, entre outros, foram instalados no hospital por técnicos alemães (A TARDE, 1966, p. 6).

O serviço especializado à disposição dos segurados da previdência seria realizado por duas turmas de técnicos e dirigido pelo médico Itazil Benício dos Santos, radiologista conceituado (A TARDE, 1966, p. 6). Assim, o HAN começou a funcionar mesmo sem ter sido totalmente concluído. Ali foram instalados um ambulatório, um serviço de raios X, bem como as instalações do Samdu, que até aquele momento funcionava no Barbalho.

Vale ressaltar que durante o governo de Castelo Branco (1964-1967) ocorreram muitas mudanças referentes à Previdência. Desde 1964, estava em andamento o processo de unificação dos institutos da Previdência Social, sendo constituída uma comissão para estudar o caso. Pretendia-se, com a unificação, reduzir os custos, centralizar

a gestão, aperfeiçoar e uniformizar os serviços, bem como os benefícios para os trabalhadores segurados.

Finalmente, o Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966, extinguiu os seis IAPs (IAPB, Iapi, IAPM, IAPC, IAPETC e Iapefesp), bem como o Samdu, e criou o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O INPS passou, então, a concentrar todas as contribuições previdenciárias do país, incluindo as dos trabalhadores da indústria, do comércio e do setor de serviços, responsabilizando-se também pelo pagamento de aposentadorias e pensões e pela oferta de assistência médica de todos aos contribuintes.

A unificação do INPS, todavia, se processaria em quatro etapas e só seria regulamentada através da Portaria nº 44, de 23 de janeiro de 1967, que traçava as normas para tal e assegurava a continuidade dos serviços prestados pelos antigos IAPs (DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 1967, p. 3). Na Bahia, a unificação começaria por Feira de Santana e dali se estenderia para os outros municípios, conforme deliberação tomada em encontro de delegados dos IAPs, sob a coordenação de José Ramos de Queiroz, Delegado Regional do IAPETC à época (ESTADO DA BAHIA, 1967, p. 3).

A partir de então, seguiu-se um modelo de administração cada vez mais centralizador, eliminando-se a gestão tripartite – União, empregadores e empregados – que caracterizara o sistema até aquela data. Os empregados foram afastados totalmente dos processos decisórios. De outro lado, estendeu-se a cobertura previdenciária para os trabalhadores rurais, domésticos e autônomos.

Quanto ao Ana Nery, este deixou de pertencer ao IAPETC, passando para a tutela do INPS. Só na década de 1970 o HAN começou a funcionar plenamente, como hospital geral, despontando então a vocação para as áreas de cardiologia, cirurgia vascular e nefrologia. Depois de outros períodos de crise e de ameaça de fechamento, o hospital se reergueu e se tornou uma unidade de saúde referenciada na Bahia.

CONCLUSÃO

A nova configuração sociopolítica e econômica, em curso desde os princípios da República, colocou em pauta a questão social e moldou novas formas de intervenção social, na expectativa de atender às demandas dos trabalhadores urbanos e amenizar os conflitos e tensões próprias do processo de acumulação capitalista no Brasil àquela altura.

Nos anos 1930, formulou-se uma política de saúde de caráter nacional e de modelo bipartite – da saúde pública e da medicina previdenciária. Segundo este modelo, as questões relativas à saúde pública seriam regidas pelo Mesp, enquanto a medicina previdenciária ficaria sob a tutela do MTIC, que tinha por atribuição supervisionar e subsidiar os serviços de saúde oferecidos pelo sistema previdenciário, acessíveis apenas aos que estavam inseridos no mercado formal de trabalho. Na altura em que a saúde era vista como um “bem público” e um dever do Estado, reservou-se à medicina previdenciária o papel de preservar e restituir a saúde do trabalhador com vistas a garantir sua capacidade produtiva. Vale ressaltar que estavam excluídos do sistema previdenciário os trabalhadores domésticos e os do campo, estes últimos incorporados a partir de 1963.

Os arranjos entre a administração pública e as autarquias, como os IAPs, para garantir o acesso à saúde aos trabalhadores se deveu, de um lado, à escassez de recursos disponíveis no Mesp para responder a demandas dos sindicatos por mais assistência à saúde, em período de grande instabilidade política. De outro, a crescente especialização da medicina e sofisticação tecnológica dos métodos de diagnose e terapia encareceu os custos da saúde, favorecendo o modelo “hospitalocêntrico”. Neste contexto, o governo Dutra resolveu construir equipamentos médico-hospitalares em algumas capitais do Brasil, dentre estas, Salvador. Todavia, apesar do volume considerável de recursos financeiros e da estrutura disponível no sistema previdenciário, alguns hospitais levaram décadas para entrar em funcionamento, como foi o caso do Hospital da Bahia.

As ingerências políticas e consequente inchaço no quadro de pessoal, que minavam as finanças dos Institutos, o desvio de recursos da previdência para custear outros projetos, a não efetivação das contribuições da União e dos empregadores, entre outros fatores, contribuíam para fragilizar a previdência e, por consequência, influíam negativamente no andamento das obras. Ademais, as convulsões, rupturas e transformações no cenário político, econômico e social do país, como também no campo da previdência social, contribuíram para adiar a conclusão e funcionamento dos hospitais. Imerso nesse contexto, o HAN foi inaugurado aos poucos e só começou a funcionar plenamente na década de 1970, passando por sérias crises ao longo da sua existência, antes de se tornar, nas duas primeiras décadas dos anos 2000, um hospital referenciado na Bahia.

FONTES

BIBLIOTECA NACIONAL (BRASIL)

A NOITE. Rio de Janeiro: Empresa Jornalística A Noite, v. 35, n. 12.195, 25 fev. 1946. p. 1.

A NOITE. Rio de Janeiro: Empresa Jornalística A Noite, v. 36, n. 12.511, 11 mar. 1947. p. 7.

BIBLIOTECA PÚBLICA DO ESTADO DA BAHIA

A TARDE. Salvador: Grupo A Tarde, ano 37, n. 12.555, 20 nov. 1948. p. 15.

A TARDE. Salvador: Grupo A Tarde, ano 53, n. 17.483, 4 nov. 1964. p. 2.

A TARDE. Salvador: Grupo A Tarde, ano 53, n. 18.139, 15 maio 1965a. p. 24.

A TARDE. Salvador: Grupo A Tarde, ano 53, n. 18.183, 12 jul. 1965b. p. 3.

A TARDE. Salvador: Grupo A Tarde, ano 53, n. 18.185, 14 jul. 1965c. p. 3.

A TARDE. Salvador: Grupo A Tarde, ano 55, n. 18.126, 26 dez. 1966. p. 6.

DIÁRIO DE NOTÍCIAS. Salvador: Diários Associados, ano 91, n. 20.236, 26 jan. 1967. p. 3.

ESTADO DA BAHIA. Salvador: Rádio Sociedade da Bahia, ano 34, n. 40.660, 30 dez. 1967. p. 3.

CENTER FOR RESEARCH LIBRARIES

DUTRA, Eurico Gaspar. *Mensagem apresentada ao Congresso Nacional por ocasião da abertura da sessão legislativa de 1949 pelo General Eurico Gaspar Dutra, Presidente da República*. Rio de Janeiro, 1949. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1949. Disponível em: <<https://bit.ly/2LNPYyg>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

FALCÃO, Waldemar. *O Ministério do Trabalho no Estado Novo*: relatório das atividades dos departamentos, serviços e institutos, nos anos de 1938, 1939 e 1940. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1941. p. 162. Disponível em: <<https://bit.ly/2JBeshE>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

FIGUEIREDO, Morvan Dias de. *Relatório referente ao ano de 1947*: apresentado ao Exmo. Sr. Presidente da República pelo Ministro Morvan Dias de Figueiredo. Rio de Janeiro: Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, 1948. Disponível em: <<https://bit.ly/2JPhr1O>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRASIL. Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Crea, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. *Diário Oficial da União*, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, 13 abr. 1923. Seção 1, p. 10859. Disponível em: <<https://bit.ly/2JXkQfm>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRASIL. Decreto nº 5.109, de 20 de dezembro de 1926. Estende o regimen do decreto legislativo nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, a outras empresas. *Diário Oficial da União*, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, 30 dez. 1926. Seção 1, p. 24113. Disponível em: <<https://bit.ly/2Les5A0>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRASIL. Decreto nº 5.485, de 30 de junho de 1928. Crêa caixas de aposentadorias e pensões para o pessoal não contractado pertencente ás empresas particulares que exntoram os serviços telegraphicos e radio-telegraphicos. *Diário Oficial da União*, Poder Legislativo, Rio de Janeiro, 4 jul. 1928. Seção 1, p. 16463. Disponível em: <<https://bit.ly/2LeeCbD>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRASIL. Decreto nº 19.497, de 17 de dezembro de 1930. Estende ao pessoal dos serviços de força, luz, bondes e telefones, a cargo dos estados, municípios e particulares e ao dos serviços de telegrafia e radiotelegrafia, mantidos por particulares o regime do decreto nº 5.109, de 20 de dezembro de 1926. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Rio de Janeiro, 19 dez. 1930. Seção 1, p. 22587. Disponível em: <<https://bit.ly/2mgBXi3>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRASIL. Decreto nº 20.465, de 1º de outubro de 1931. Reforma a legislação das Caixas de Aposentadoria e Pensões. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Rio de Janeiro, 3 out. 1931. Seção 1, p. 15578. Disponível em: <<https://bit.ly/2KVIZaq>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRASIL. Decreto-Lei nº 651, de 26 de agosto de 1938. Altera a organização da Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Trabalhadores em Trapiches e Armazens e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Rio de Janeiro, 29 ago. 1938. Seção 1, p. 17348. Disponível em: <<https://bit.ly/2LP7bav>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRASIL. Decreto-Lei nº 7.526, de 7 de maio de 1945. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Rio de Janeiro, 12 maio 1945a. Seção 1, p. 8377. Disponível em: <<https://bit.ly/2Mu5v7o>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRASIL. Decreto-Lei nº 7.720, de 9 de julho de 1945. Determina a incorporação do Instituto de Aposentadoria e Pensões da Estiva ao Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Rio de Janeiro, 11 jul. 1945b. Seção 1, p. 12305. Disponível em: <<https://bit.ly/2JCsZU3>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRASIL. Decreto-Lei nº 9.683 de 30 de Agosto de 1946. Dispõe sobre segurados, contribuições e benefícios, relativamente ao Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transportes e Cargas, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Rio de Janeiro, 2 set. 1946. Seção 1, p. 12342. Disponível em: <<https://bit.ly/2t93AMO>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRASIL. Decreto nº 27.664, de 30 de dezembro de 1949. Regula o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Rio de Janeiro, 31 dez. 1949. Seção 1, p. 18060. Disponível em: <<https://bit.ly/2FipLpG>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRASIL. Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. *Diário Oficial da União*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 set. 1960. Seção 1, p. 12157. Disponível em: <<https://bit.ly/2JIqq53>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRASIL. Lei nº 4.214, de 2 de março de 1963. Dispõe sobre o “Estatuto do Trabalhador Rural”. *Diário Oficial da União*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 18 mar. 1963. Seção 1, p. 2857. Disponível em: <<https://bit.ly/2JPdpXC>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRASIL. Decreto-Lei nº 72, de 21 de novembro de 1966. Unifica os Institutos de Aposentadoria e Pensões e cria o Instituto Nacional de Previdência Social. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 nov. 1966. Seção 1, p. 13523. Disponível em: <<https://bit.ly/2JNpnRw>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

Referências

ANDRADE JUNIOR, Nivaldo Vieira de. Arquitetura moderna e instituições de saúde na Bahia nas décadas de 1930 a 1950. In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (Orgs.). *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Barueri: Manole, 2011. p. 101-145.

COHN, Amélia. *Previdência social e processo político no Brasil*. São Paulo: Moderna, 1980.

ELIAS, Norbert. *O processo civilizador: uma história dos costumes*. Tradução de Ruy Jungmann. Rio de Janeiro: Zahar, 1994. v. 1.

GOMES, Ângela Maria de Castro. Ideologia e trabalho no Estado Novo. In: PANDOLFI, Dulce (Org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 1999. p. 53-72.

HOCHMAN, Gilberto. Aprendizado e difusão na constituição de políticas: a previdência social e seus técnicos. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 3, n. 7, p. 84-97, jun. 1988.

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p. 40-61, jan./jun. 1993.

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

MALLOY, James M. *A política da previdência social no Brasil*. Tradução Maria José Lindgren Alves. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MERCADANTE, Otávio Azevedo et al. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo. (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 236-313.

RIBEIRO, Lidiane Monteiro. Hospital Getúlio Vargas (HGV). In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (Org.). *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Barueri: Manole, 2011. p. 129-131.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. *A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: Edufba, 2009.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. A constituição de uma rede de assistência à saúde na Bahia, Brasil, voltada para o combate das epidemias. *Dynamis*, Granada, v. 31, n. 1, p. 85-105, jan./jun. 2011.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. Em socorro aos desvalidos: o papel das mulheres das elites na constituição de bens de saúde na Bahia. *Gênero*, Niterói, v. 15, n. 2, p. 47-70, jan./jun. 2015.

SWAAN, Abram de. *In care of the state: health care, education and welfare in Europe and the USA in the modern era*. New York: Oxford University Press, 1988.

NOTAS

¹ Conectando-se à sociologia histórica de Norbert Elias (1994), Abraham de Swaan (1988) analisa a sociogenese dos chamados Estados de Bem-Estar.

² Com base na análise geral apresentada por Abraham de Swaan, Giberto Hochman discute como essa conscientização se processa no Brasil nas primeiras décadas do século XX e como isso se reflete na formação de políticas públicas de saúde (HOCHMAN, 1993, p. 40-61; 1998).

³ Lei nº 4.682, de autoria do Deputado Eloy Chaves, promulgada pelo Presidente Arthur Bernardes em 24 de janeiro de 1923 (MERCADANTE, 2002, p. 238).

História e Saúde: políticas, assistência, doenças e instituições na Bahia

- ⁴ A Caixa de Aposentadoria e Pensão (CAP) dos portuários e marítimos foi criada através da Lei nº 5.109, de 20 de dezembro de 1926. A dos trabalhadores dos serviços telegráficos e radiotelegráficos, pela Lei nº 5.485, de 30 de junho de 1928. A dos empregados dos serviços de força, luz e bondes, pelo Decreto nº 19.497, de 17 de dezembro de 1930. O Decreto nº 20.465, de 1º de outubro de 1931, consolidou a legislação referente às CAPs e estendeu o regime da Lei Eloy Chaves aos trabalhadores dos serviços públicos concedidos ou explorados pela União, estados e municípios (FIGUEIREDO, 1948, p. 20).
- ⁵ Edifício construído em 1940, de projeto arquitetônico do carioca Hélio de Queiroz Duarte, que havia se instalado na capital baiana em 1936 (ANDRADE JUNIOR, 2011, p. 126).
- ⁶ O serviço era prestado a todos os segurados – ativos, inativos, seus dependentes e aos pensionistas (BRASIL, 1949).
- ⁷ Os condutores profissionais de veículos terrestres de qualquer espécie de propulsão de mecânica ou tração animada e os que prestavam outros serviços na área de transportes; motoristas de praça, carroceiros, carreiros, carreteiros, cocheiros e até os carregadores de carrinho de mão; os empregados das empresas de transporte terrestre de natureza privada, empresas de mudanças, guarda-móveis, de expressos e de mensageiros; os empregados de garagens e cocheiras e os empregados das empresas de ônibus também estavam associados ao IAPETC.
- ⁸ Incluíam-se aí os que prestavam serviços a trapiches, armazéns, frigoríficos e entrepostos comerciais; os avulsos que trabalhavam no serviço de carga, descarga, arrumação e serviços conexos e os conferentes, consertadores e separadores de carga; os empregados em serviços de mineração e perfuração de poços; os empregados de empresas de combustíveis.
- ⁹ Trabalhadores portuários, encarregados da carga e descarga de embarcações.
- ¹⁰ Desde 1945.
- ¹¹ O golpe civil-militar teve como principais protagonistas o general Olímpio Mourão Filho, que deslocou suas tropas de Juiz de Fora para o Rio de Janeiro, e o governador mineiro Magalhães Pinto, que assumiu a chefia civil do movimento.

- ¹² Nesse período, empresas de atendimento médico-hospitalar de natureza privada pressionavam o governo para obter financiamento do Estado e assim otimizar sua estrutura e aumentar a lucratividade.
- ¹³ Ana Justina Ferreira Nery (sobrenome também grafado como Néri) nasceu na Vila Nossa Senhora do Rosário do Porto de Cachoeira do Paraguaçu (Cachoeira), em 13 de dezembro de 1814. Em 1864, quando seus dois filhos foram convocados para a Guerra do Paraguai (1864-1870), ela solicitou e conseguiu permissão para acompanhá-los, oferecendo-se para servir como enfermeira voluntária no cenário da guerra. Seu nome foi dado à primeira escola de enfermagem oficializada pelo governo federal, em 1923. Ana Nery faleceu no Rio de Janeiro, em 20 de maio de 1880.

ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO HOSPITAL SANTA IZABEL (1900-1930)

Ricardo dos Santos Batista

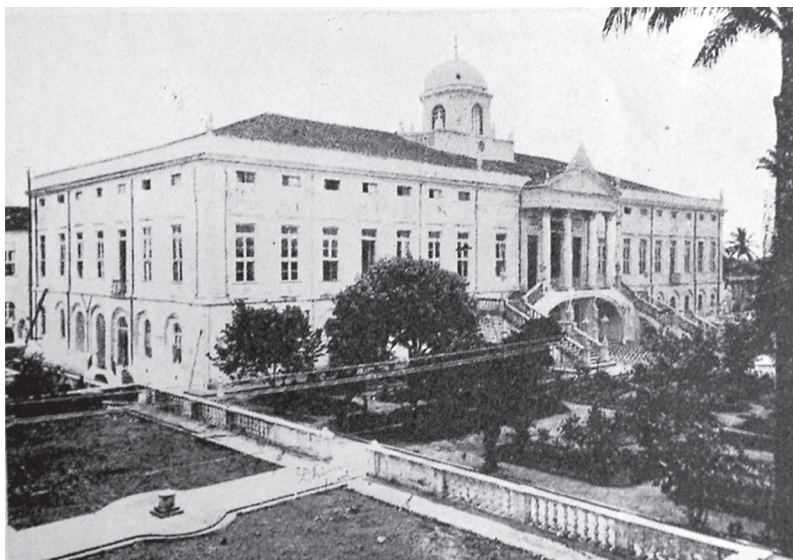
Este estudo tem como objetivo analisar o funcionamento do Hospital Santa Izabel, da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, nas três primeiras décadas do século XX, assim como a sua relação com o Estado. Esse período foi importante para a reorganização das relações público-privadas no Brasil, o que implicou na reorganização de inúmeras instituições de saúde que prestavam assistência à população pobre.

As origens do Hospital da Caridade de Salvador remetem à existência de um pequeno estabelecimento de saúde, já no ano de 1549, que tinha como objetivo tratar as pessoas doentes após a viagem do velho mundo para as terras além-mar. Ao longo do período colonial, as instalações do hospital se desenvolveram especialmente por doações à Irmandade da Misericórdia, responsável pelo nosocômio. Anthony Russel-Wood (1981, p. 111) afirma que a Coroa destinava recursos para as Santas Casas da Misericórdia no intuito de financiar a oferta de serviços hospitalares, auxiliar os presos e cuidar dos enfeitados, o que caracterizava uma função semiburocrática do Estado, que estendia seus braços às colônias por meio da Instituição enquanto não era possível criar um aparato próprio de assistência. Contudo, o autor também evidencia que em muitos momentos essas doações eram mais nominais, já que o conselho municipal se encontrava em constante *deficit* e não tinha capacidade nem disposição de

fazer doações financeiras à irmandade. Cabia assim, ao público baiano, por meio da filantropia social, financiar as atividades caritativas da irmandade, com legados e doações.

O único hospital geral da Bahia durante todo o período colonial foi conhecido como Hospital Nossa Senhora das Candeias, também denominado Hospital da Cidade do Salvador. A partir do fim do século XVII, passou a ser chamado Hospital São Cristóvão. Ele funcionou no prédio da irmandade, no centro da cidade, desde 1549. Com a Carta Régia de 1815, que criou a Academia Médico-Cirúrgica da Bahia, os médicos passaram a ministrar aulas naquele local. A transformação da Academia em Faculdade de Medicina da Bahia, ocorrida no ano de 1832, transferiu o hospital para o antigo Colégio dos Jesuítas, no Terreiro de Jesus. Com o intuito de ampliar o espaço de atendimento e oferecer melhores condições de tratamento aos pacientes, em 1893 a instituição se mudou para o bairro de Nazaré, com o nome de Hospital Santa Izabel. No final do século XIX, atendia indigentes enfermos e pensionistas, os interesses municipais e do governo do estado; tratava os soldados da polícia, fazia serviço de necropsia para inquéritos policiais, entre outros, mesmo que os poderes públicos continuassem a não pagar os serviços prestados (COSTA, 2000).

Figura 1 – Hospital Santa Izabel



Fonte: Bahia Illustrada (1918).

Segundo Sanglard e Ferreira (2014, p. 75), na virada do século XIX para o XX houve uma reorganização da relação público-privada no Brasil em que, em vez de pensar a filantropia como ação complementar às ações estatais, esferas de atuação foram delimitadas, cabendo ao governo as questões mais gerais e à filantropia as questões mais específicas. Especialmente a partir de 1921, quando o governo baiano aderiu à Reforma Sanitária proposta pelo Departamento Nacional de Saúde (DNSP), levada a cabo pelo sanitário de Manguinhos, Carlos Chagas, essas definições começaram a se tornar mais visíveis. O Estado passou a assumir responsabilidades no que diz respeito à saúde da população pobre baiana e se comprometeu com a construção de um aparato burocrático para atuar no combate a diversas enfermidades como tuberculose, sífilis e doenças venéreas, e no campo da higiene infantil. As autoridades se empenhavam na criação de postos sanitários em diversos espaços da zona urbana e no

interior do estado, mas não deixaram de reconhecer o papel exercido pelo Hospital Santa Izabel de Salvador na assistência à saúde dos pobres.

Segundo Franco (2016, p. 13), a historiografia sobre assistência tem buscado mostrar que são muito mais evidentes as continuidades entre caridade, filantropia e estado de direito do que um corte abrupto que teria inaugurado uma racionalidade científica e eficaz supostamente ausente nas instituições filantrópicas. Para o autor, nas primeiras décadas do século XX, boa parte das políticas “públicas” era elaborada e desenvolvida em instituições filantrópicas e, sem elas, “ficariam comprometidas quaisquer análises de maior fôlego sobre os princípios abstratos e excessivamente gerais como infância, higienismo, puericultura, ciência médica, entre tantos outros”.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DA BAHIA: ENTRE O PÚBLICO E O PRIVADO

A sociedade baiana da Primeira República era marcada por uma nítida estratificação social. Segundo Consuelo Sampaio (1998, p. 41-42), a pirâmide social do estado era quase uma réplica reduzida da brasileira. No topo estava uma mínima camada na qual se inseria a burguesia agrário-comercial. No polo oposto, a base da pirâmide, estava a massa da população, vivendo em condições de vida miseráveis, em sua maior parte trabalhando na zona rural e em condições semisservis. E, entre esses dois polos, existia uma camada intermediária perceptível prioritariamente no meio urbano, que se dividia em dois seguimentos. Esse grupo correspondia a cerca de 20% da população baiana em 1920, com poder de compra muito limitado. Baixos salários e deprimentes condições de vida aproximavam o segmento inferior da classe média urbana à camada mais baixa da sociedade. Na greve geral de 1919, várias frações desse grupo, como professores de escolas públicas, telefonistas e funcionários públicos menores, juntaram-se ao proletariado em reivindicação por melhores salários e por gêneros alimentícios mais baratos. A alta nos preços causou

muitos transtornos entre a população pobre, mas também às instituições que cuidavam da assistência aos baianos.

No relatório do biênio 1919-1920, o provedor da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, Isaiás Carvalho Santos, se queixava do aumento constante dos preços de itens necessários à assistência no Hospital Santa Izabel. Em 22 de janeiro de 1920, o fornecedor de carne verde lhe comunicou sobre o aumento de valores do produto, e recebeu a seguinte resposta: “[...] cabe-me dizer que sendo esse preço estabelecido para a vendagem nos açougues, a Santa Casa passa a suprir-se nos da cidade, onde mais lhe convier”. (SANTOS, 1921, p. 32). De fato, os membros da Misericórdia da Bahia se encontravam preocupados com a manutenção do nosocômio, que absorvia aproximadamente metade dos recursos arrecadados pela irmandade. Nas despesas mensais estavam incluídos ordenados do corpo clínico, dos corpos administrativos e de enfermeiras, auxiliares e serventes. Além disso, gastava-se com carne fresca, gêneros de estiva, pão, bolachas, leite, ovos e inúmeros outros itens como combustível para três caldeiras, cozinha e lavanderia, medicamentos, roupas para os profissionais de enfermarias e para os doentes (SANTOS, 1921, p. 35). A lotação, que chegou a ser de 600 pacientes entre julho de 1915 e 1917, foi reduzida gradualmente com o passar dos anos, de acordo com a crise social. Naquele momento, mantinham-se em funcionamento apenas 350 leitos.

Anos antes dessa abrupta redução, a Santa Casa devolveu algumas das instituições que havia recebido dos poderes públicos para administrar. O hospício São João de Deus, o Hospital e a Quinta dos Lázaros e o Asylo de Mendicidade do município retornaram às instâncias governamentais em maio de 1912 e em outubro de 1913. Os estabelecimentos foram beneficiados pela irmandade enquanto estiveram sob sua direção, especialmente porque o Estado não pagava as quantias devidas e a então administradora precisava se explicar diante das queixas realizadas na imprensa. Tais reclamações atribuíam à Santa Casa total responsabilidade pelos espaços, o que incomodava a Instituição:

Simple administradora que era, a Santa Casa passava como *dona*, como responsável exclusiva e sobre ella recahiam todas as culpas da falta de pavilhões, hygiene etc. etc., no S. João de Deus. Os governos locais, certo haviam de rir-se da imprevidencia da Santa Casa no acceitar aqueles *presentes de gregos*, e muito especialmente porque, indirectamente, iam figurando de cumpridores da lei, uma vez que, *nos orçamentos figuravam verbas a titulo de subvenção àquela*, e, assim forravam-se aos *encomodos* e aos gastos da assistencia devida aos miseráveis. (SANTOS, 1921, p. 37).

Isaías Santos (1926, p. 19-20) reclamava, no ano de 1923, a necessidade do Estado se responsabilizar pela assistência aos desvalidos, fossem eles indigentes, enfermos, “[...] transviados por costumes ou da razão”, ou enjeitados. Como argumento, o provedor afirmava que em outros países os serviços de assistência eram exclusivos do poder público, a exemplo da Argentina, onde não havia Misericórdias. Assim, ganhava corpo uma queixa explícita em relação ao fardo levado pela Santa Casa, dando manutenção a diversas frentes de assistência sem o efetivo auxílio dos poderes públicos. Essas reclamações evidenciavam a necessidade de delimitação das ações que cabiam ao Estado e das que cabiam à filantropia na Bahia, especialmente no que dizia respeito ao papel desenvolvido pela Santa Casa de Misericórdia.

Nas duas primeiras décadas do século XX, as dívidas do Estado com a Santa Casa de Misericórdia da Bahia (SCMB) apenas se acumulavam. Em 1913, o débito estava na cifra de 179:166\$660, das contribuições relativas ao exercício de 1912 e de nove meses e meio do exercício de 1913, enquanto o município devia 197:450\$0000 em obras realizadas pela irmandade no Hospício (SANTOS, 1921, p. 19). As quantias gastas pela Santa Casa com as instituições de assistência que lhes foram cedidas pelo Estado impediram, inclusive, que melhorias fossem realizadas no próprio Hospital Santa Izabel.

Apesar de ter sido incluída uma dotação orçamentária de 50:000\$000 para o ano de 1918, o valor não foi pago. Parte da irmandade solicitou uma audiência para que fosse discutida a entrega da respectiva verba, o que também não implicou em resultados positivos. Em 1920, a despesa do hospital superou em muito a receita (Quadros 1 e 2), tendo como maiores gastos os gêneros alimentícios diversos, o serviço sanitário, a farmácia, os medicamentos e as drogas. Nesse sentido, a Irmandade utilizava dinheiro próprio para sanar o *deficit* que se acumulava:

Quadro 1 – Balanço da receita classificada de janeiro a dezembro de 1920

Hospital Santa Izabel	Findo	Corrente
Subvenção das clínicas	2:083\$360	30:641\$270
Importo marítimo e sobre líquidos	7:321\$850	70:058\$250
Quotas de loterias federaes	1:174\$130	4:000\$000
A transportar	13:582\$340	104:599\$520

Fonte: Pimenta (1921, p. I).

Quadro 2 – Balanço da despesa classificada de janeiro a dezembro de 1920

(Continua)

Hospital Santa Izabel	Findo	Corrente
Vencimentos do corpo da administração		11:550\$000
Idem do corpo clínico		53:008\$000
Idem do serviço religioso		2:860\$000
Idem do serviço sanitário		49:828\$090
Pharmacia-medicamentos e drogas	7:012\$640	38:656\$070
Idem – alcool, assucar e banha		17:023\$780
Material		94\$800

(Conclusão)

Hospital Santa Izabel	Findo	Corrente
Capella	21\$000	374\$800
Objectos para expediente		988\$100
Utensílios	798\$100	2:551\$000
Carnes verdes	27:378\$000	3:054\$600
Xarque		571\$200
Pão e massas diversas	23:369\$150	11:770\$000
Leite e chocolate	2:170\$260	18:108\$400
Galinhas e ovos	790:500	8:189\$900
Comestíveis diversos	11:459\$900	40:085\$260
Carvão e lenha		28:994\$200
Gaz (luz)		2:753\$250
Eletricidade (luz e energia)	73\$820	2:508\$660
Lavanderia	24\$000	1:217\$000
Roupas para empregados e doentes	4:562\$400	7:322\$800
Caixões mortuários		595\$000
Condução e enterramentos	396\$000	2:964\$300
A transportar	78:055\$770	305:0669\$210

Fonte: Pimenta (1921, p. II).

A cidade de Salvador passava por uma série de problemas sanitários relacionados às condições precárias de vida, falta de higiene e má-alimentação, e o Hospital Santa Izabel recebia doentes portadores de diversas enfermidades que daí se originavam. Souza (2009, p. 52) apontou a disenteria, a difteria, a febre tifoide, a malária e a tuberculose como algumas entre as tantas enfermidades que atingiam a população soteropolitana com tamanha frequência que se tornavam praticamente endêmicas. Além disso, entre as epidemias

presentes na cidade portuária estava a de gripe espanhola, que assolou todo o estado em fins da segunda década do século. A doença começou a ser denunciada na imprensa a partir de 24 de setembro de 1918, em um momento de grande tensão, visto que a cidade vivia sob a pressão da crise da habitação e dos aluguéis, do desemprego e da ameaça das doenças.

Além dos pacientes que moravam na cidade, o Santa Isabel contava com uma porcentagem elevada de enfermos procedentes de outros municípios do estado, nos quais também existiam Santas Casas. Algumas dessas instituições eram seculares e de grandes patrimônios como as de Cachoeira (1826), Maragogipe (1680) e Nazareth (1830). Elas acumulavam muitos imóveis sob sua posse, oriundos de doações de beneméritos e filantropos, mas não tinham recursos para realizar as reformas necessárias e ampliar a rede de assistência hospitalar. O hospital de Cachoeira, por exemplo, possuía mais de 30 prédios, mas no início de 1919 tinha apenas cinco pacientes internados (SANTOS, 1921). A assistência prestada por algumas instituições filantrópicas no interior da Bahia passava assim por limitações, devido à falta de subvenções que contribuíssem para a garantia e ampliação do atendimento aos doentes. Em se tratando de hospitais das Santas Casas do interior, uma alternativa para a situação dos pacientes mais graves era encaminhá-los para o Hospital Santa Isabel, em Salvador.

A partir de 1921 e, mais efetivamente, no pós-1925, com a criação da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública e do Código Sanitário da Bahia, intensificaram-se as definições sobre as atribuições do estado baiano em relação à assistência. A nova estrutura sanitária era composta pelas Diretorias de Demografia e Educação Sanitária, de Epidemiologia e Profilaxia Rural, de Engenharia Sanitária e de Higiene Infantil e Escolar. Em relação à assistência pública, a Diretoria de Assistência Pública (DAP) se responsabilizava pelos serviços de socorros de urgência, fiscalização dos gêneros alimentícios, fiscalização das profissões médicas e suas congêneres, assistência a alienados, e pela fiscalização de asilos, casas de saúde, orfanatos, estabelecimentos nosocomiais de qualquer natureza e cemitérios (BAHIA, 1925, p. 8). A coordenação desse processo esteve

sob a direção do médico sanitarista e inspetor do DNSP, Antônio Luis Cavalcanti Albuquerque de Barros Barreto, que acabava de retornar dos Estados Unidos, tendo estudado saúde pública na Johns Hopkins University, o qual auxiliou na reconfiguração da assistência à saúde na Bahia de fins da Primeira República, com o reconhecimento das áreas de atuação governamental.

Em relação às instâncias estatais criadas, englobadas pela Assistência Pública, os Serviços de Socorros e Urgências se responsabilizavam pelos primeiros socorros médicos, cirúrgicos e dentários aos indivíduos que solicitassem, e poderiam ocorrer na sede da DAP, nos domicílios, repartições públicas, nos estabelecimentos comerciais e industriais, nas vias ou em qualquer outro lugar público. Reconhecia-se a necessidade de que os serviços fossem destinados às pessoas realmente pobres (BAHIA, 1925, p. 30). A assistência aos alienados dizia respeito ao Hospital São João de Deus, destinado ao tratamento e profilaxia de doenças mentais, mas também a visitas domiciliares e assistência familiar (BAHIA, 1925, p. 32-33). Além disso, o estado se responsabilizava pela fiscalização de gêneros alimentícios e profissões médicas. As ações mais específicas, que fugiam dessas atribuições, ficariam a cargo das instituições filantrópicas. Oficialmente não havia um compromisso de subvenção a estas entidades, o que não impossibilitava que isso eventualmente ocorresse. No ano de 1925, o Estado cedeu uma quantia considerável à Santa Casa de Salvador, que possibilitou uma série de melhorias no estabelecimento e indicou uma mudança no posicionamento dos poderes públicos em relação ao papel que desempenhariam, a partir de então, em relação à assistência baiana.

No que diz respeito ao interior, Batista (2017, p. 230-231) afirma que a implantação de Postos de Saneamento Rural, nas zonas distantes da capital baiana no pós-1920, priorizou lugares onde havia hospitais da Santa Casa, desempenhando um papel de colaboração mútua na assistência prestada pelos nosocômios. No fim da década era possível observar uma mudança nas condições de algumas instituições, a exemplo do Hospital da Santa Casa de Esplanada, que em 1928 funcionou com financiamento do estado, de sócios da irmandade e da filantropia, e conseguiu atender a 3.500 pessoas.

MÉDICOS, ESTUDANTES E FILANTROPIA NO HOSPITAL SANTA IZABEL

O cotidiano do Hospital Santa Izabel era intenso e um dos locais de maior movimento era a Sala do Banco. Ela estava sob a responsabilidade do dr. Octaviano Rodrigues Pimenta que, em dezembro de 1920, se tornou também diretor do hospital. A proposta de atuar em duas funções foi aceita mediante acordo que lhe garantia o auxílio de um ajudante.

A Sala do Banco era o que se chama atualmente de ambulatório. Todo doente passava por ela. Depois de examinados, aqueles que precisavam ser internados seguiam para a internação, enquanto os que não precisavam recebiam a medicação e iam embora. Segundo Ruy Santos (1978), aquele espaço era o mais buscado pelos estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) quando passavam para o terceiro ano de estudo. Em relato das experiências vivenciadas naquele lugar, ele afirmou:

Ali se tinha de tudo. Era uma variedade enorme de casos. Vi ali muita coisa. Não sei se aprendi alguma; mas se a vista ensina, eu aprendi um pouco naquele canto do velho Hospital. (SANTOS, 1978, p. 121).

Para o estudante, o dr. Pimenta, que também era médico de família, desenvolvia um excelente trabalho à frente daquele setor.

No ano de 1919, o hospital possuía 11 clínicas, apesar de receber subvenções relativas a apenas nove. O trabalho desenvolvido pelos professores da FMB contribuía para diminuir o movimento da Sala do Banco, visto que absorvia parte da demanda do atendimento. Nas férias dos professores, no entanto, o movimento era inverso, e a Sala do Banco não era suficiente para todas as pessoas que desejavam ser atendidas.

Nos serviços de clínicas, os médicos desenvolviam atividades relativas às cátedras que dirigiam na FMB. Os estudantes acompanhavam as ações desenvolvidas por seus mestres, por exemplo

Arthur Novis. Entre os casos explorados por ele, destaca-se o de um paciente, filho de pais alcoólatras e sífilíticos, com uma lesão grande no lábio superior (Figura 2), atendido na clínica do dr. Frederico Castro Rebello. A imagem havia sido oferecida pelo dr. Lydio de Mesquita, a quem Castro Rebello confiou o doente para ser operado. O procedimento não ocorreu porque os pais do menor se recusaram a autorizar a intervenção cirúrgica (NOVIS, 1900, p. 17).

Entre os médicos que atuavam no Santa Izabel nas duas primeiras décadas do século XX, estavam os professores Antônio Boja, Antônio B. dos Anjos, Caio Moura, Fernando Luz e Clementino Fraga, em suas respectivas clínicas cirúrgicas. A clínica de ginecologia estava a cargo do dr. Adeodato de Souza; a pediátrica, cirúrgica e ortopédica era comandada pelo médico Alfredo de Magalhães; a clínica otorrinolaringológica, pelo dr. Eduardo de Moraes; e a oftalmológica, pelo professor Cezário de Andrade. Ali também prestavam serviços os médicos Lydio de Mesquita e Aristides Maltez.

Figura 2 – Imagem de sífilítico da clínica de Castro Rebello



Fonte: Novis (1900).

O corpo médico do Santa Izabel era constituído por profissionais que ganharam notoriedade pelas ações realizadas no campo da filantropia. Ferreira e Freire (2011, p. 74-75), por exemplo, destacam a participação do médico Alfredo de Magalhães, junto a Joaquim Augusto Tanajura e às mulheres das elites soteropolitanas, na criação do Instituto de Proteção e Assistência à Infância (Ipai-BA), como exemplo de novo modelo de assistência que resultou da conjugação de interesses e valores da medicina higienista e de entidades filantrópicas. A Instituição partia do preceito da “assistência integral à criança”, com o intuito de proteger as crianças pobres, doentes, deficientes e moralmente abandonadas, incentivar o aleitamento natural das classes populares e regulamentar a amamentação mercenária; realizar estudos sobre o estado de alimentação, educação e habitação da infância pobre, e difundir os princípios da puericultura entre as mulheres das classes populares. Segundo os autores, o Ipai-BA se propunha a agir na construção de uma consciência social moderna sobre a infância e, além de intensificar práticas já conhecidas, como a organização de campanhas de vacinação, propunha novidades como a difusão de conhecimentos sobre doenças infantis e a criação de institutos de assistência à criança e de um hospital para crianças pobres, investindo contra hábitos culturais tradicionalmente arraigados (FERREIRA; FREIRE, 2011, p. 78-79).

Outro exemplo a ser citado é o do dr. Martagão Gesteira, que também atuou no Ipai-BA e liderou a criação da Liga Baiana Contra a Mortalidade Infantil (LBCMI), em 1923. Gesteira manteve uma clínica de crianças no Santa Izabel durante a sua permanência como catedrático de clínica médica pediátrica e higiene infantil da FMB (1915-1937). Apesar de estabelecer críticas à precariedade do espaço clínico, após um ano de criação da LBCMI, inaugurava-se um novo consultório no Santa Izabel, baseado nos princípios científicos preconizados pela puericultura. Ainda em 1923, o médico foi convidado pelo pediatra Fernandes Figueira, responsável pela direção da recém-criada Inspetoria de Higiene Infantil (IHI) do DNSP, a coordenar os Serviços Federais de Higiene Infantil (SHI) na Bahia (RIBEIRO, 2011, p. 32-33, 53). O SHI constituía um órgão normativo e fiscalizador dos

serviços de assistência à infância, e a LBCMI como um instituto de assistência modelar que atuava de acordo com os padrões estabelecidos pelo SHI. Contudo, na prática, ambos os serviços se misturavam devido ao fato de Martagão Gesteira ocupar os cargos de Inspetor de Higiene Infantil e, simultaneamente, de diretor da LBCMI (RIBEIRO, 2011, p. 53; FERREIRA; RIBEIRO, 2016, p. 110).

Por fim, Souza (2015, p. 264-265) aponta o papel desempenhado pelo professor Aristides Maltez na luta contra o câncer. Em 1925, ele se tornou professor catedrático de ginecologia da FMB e, observando as limitações da Santa Casa, empenhou-se na construção de um espaço específico para pesquisa e tratamento gratuito do câncer. O projeto só começou a ser concretizado na década de 1930. Em uma reunião ocorrida nas dependências do Santa Izabel, foi criada a Liga Bahiana Contra o Câncer (LBCC), com o intuito de qualificar profissionais de saúde para atuarem naquele campo, informar a população sobre a doença, e criar o Instituto de Câncer da Bahia. Enquanto não foi possível construí-lo, o atendimento das mulheres com câncer no colo do útero continuava a ser realizado na enfermaria Santa Úrsula, que possuía dez leitos, no Hospital da SCMB (SOUZA, 2015, p. 266, 270).

REFORMA NO HOSPITAL SANTA IZABEL

Em 10 de maio de 1925, a irmandade da Misericórdia decidiu realizar reformas no Hospital Santa Izabel com o intuito de ampliar as instalações e melhorar os serviços. Almejava-se construir novos pavilhões para enfermarias, atendendo à solicitação do Estado para a adequação ao novo modelo sanitário. A instituição filantrópica recebeu uma intimação, através da publicação oficial da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), manifesta no Ofício nº 252, de 11 de abril de 1925, para que se efetuassem os melhoramentos. Cabe destacar que, quando a solicitação de melhoramentos foi realizada, ainda não havia sido criada a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública.¹

Os dirigentes do Santa Izabel concordavam com a necessidade de reforma, especialmente porque também estavam preocupados com as dezenas de indigentes acampados no passeio do hospital e/ou na praça Almeida Couto, na qual ele estava localizado, aguardando que vagassem leitos (LEMOS, 1930, p. 41). A DGSP reclamava a modificação dos assoalhos, o revestimento das paredes com azulejo até dois metros de altura, a criação de dois sanitários para cada vinte leitos, a instalação de banheiras de ferros esmaltado, pias de louça e mictórios, o abastecimento de água fria e quente em todas as enfermarias, e obras de arejamento e iluminação das enfermarias S. Mauricio, S. Roque e S. Clara. Entre tantos outros itens, também destacavam reformas nas salas de operações, melhoramentos na farmácia, na cozinha, e a substituição da lavanderia por outra, mecânica (LEMOS, 1930, p. 42-43). Assim, foram instaladas comissões para angariar donativos nas regiões de Conceição da Praia e Pilar, Baixa dos Sapateiros, rua Dr. Seabra, Sé, São Pedro e Calçada, e distribuiu-se o seguinte panfleto no comércio baiano:

A Santa Casa de Misericórdia da Bahia, sob intimação da Directoria da Saúde Pública para fazer importantes obras no seu – Hospital Santa Izabel –, e, sob a necessidade inadiável de uma lavanderia a vapor e de novas enfermarias para acudir enfermos indigentes que lhes estão a bater á porta sem que possam ser admitidos, estimadas as obras lavanderia, enfermarias, camas, roupas, material cirurgico etc., em quantia não inferior a oitocentos contos de réis (800:000\$000), faz um fervoroso apelo aos seus irmãos, aos caridosos capitalistas e negociantes bahianos, aos bons christãos, emfim, implorando-lhes socorros na razão das posses de cada um, os quaes lhe serão recompensados em ardentes preces dos enfermos socorridos, e em infindas graças da Divina Providência. (LEMOS, 1930, p. 45).

Além do apelo à população soteropolitana, a irmandade escreveu ao governador do estado da Bahia, Francisco Marques de Góes Calmon, e solicitou auxílio:

V. Exa., sr. dr. Governador, espírito clarividente e patriota, cioso sempre dos bons créditos da Bahia, estamos certos, baterá palmas ao nosso grandioso projeto de dotar-a de um serviço hospitalar modelar, como foi o a seu tempo, o que nos legou a geração passada, de cuja sucessão devemos mostrar-nos dignos. [...] O Hospital Santa Izabel precisa ser ampliado para attender ás necessidades sempre crescentes, não só dessa capital, como de todo o estado. (LEMOS, 1930, p. 47).

Em 7 de agosto de 1925, o governador atendeu o pedido da Santa Casa, e promulgou a Lei nº 1.834, concedendo ao Hospital Santa Izabel a quantia de 500:000\$00 para a ampliação de leitos e construção de enfermarias. O valor foi entregue de forma parcelada, em atendimento à solicitação da Instituição requerente e às condições do estado. Dessa forma, o então provedor Arthur Newton Lemos agradeceu ao governador e aos membros do Congresso Estadual, assim como aos comerciantes, que foram listados nominalmente, pelas contribuições que tornaram a reforma possível. Entre as principais modificações realizadas estiveram a criação de uma ala para doentes infecciosos, que não podiam estar em contato com os doentes das enfermarias comuns; uma reforma completa na enfermaria das crianças, onde se instalou uma clínica pediátrica; a construção de um pavilhão com duas dependências, para cozinha e dispensa, visto que a cozinha antiga era considerada pelo diretor do hospital como anti-higiênica.

A reforma na enfermaria Santa Izabel, que voltou a ser utilizada, foi orientada completamente pelo dr. Martagão Gesteira. O antigo assoalho foi substituído por pavimentação de ladrilho, imagens infantis foram colocadas nas paredes e mobiliário novo branco

foi adquirido (LEMOS, 1930, p. 55-59). Além disso, inaugurou-se o pavilhão de isolamento Júlio de Mesquita, com “[...] linhas arquitetônicas e valores higiênicos”. Sofreram reparos as enfermarias de Santa Martha, Sant’Anna, São Luiz, São Joaquim, São Vicente e São José, além de uma reforma completa também na enfermaria São Salvador. Por fim, o hospital implantou uma lavanderia mecânica com mecanismo de desinfecção, considerada imprescindível para a preservação da higiene.

Em análise sobre o Hospital Gaffrée e Guinle, no Rio de Janeiro, Sanglard (2007, p. 258) afirma que a década de 1920 significou um momento em que o Estado deu os primeiros passos na organização da assistência hospitalar geral, até então a cargo da Irmandade da Misericórdia, e que esta organização da saúde pública está intimamente ligada ao processo de reforma que Carlos Chagas pôs em prática na capital federal. Segundo a autora, o sanitarista foi um defensor da criação de hospitais regionais e rurais para atender à campanha de Saneamento Rural. Por isso, ele denunciava a deficiência na rede de assistência médico-hospitalar do país, tanto em relação aos preceitos modernos de higiene nos hospitais de isolamento, como no que se refere ao tratamento de doenças habituais, para as quais a falta de leitos constituía motivo de críticas cotidianas. Assim, os irmãos Guinle se propuseram a construir o hospital em parceria com o Estado, para contribuir na prevenção e combate à sífilis.

Na década de 1920, o estado baiano se encontrava impossibilitado de construir novos hospitais. A exigência de uma reforma no Santa Izabel para adequação aos padrões de higiene e ampliação do atendimento, acompanhada do financiamento de grande parte das modificações, indica a existência de uma consciência em relação ao papel do Estado no campo da assistência, naquele momento. A doação teve um significado importante pelo valor que foi concedido e pelo contexto no qual ocorreu: o da delimitação das responsabilidades estatais sobre a assistência, conforme indicado pelo Código Sanitário da Bahia, de 1925.

Assim, a criação de outros hospitais e instituições filantrópicas baianas, pela parceria público-privada, ocorreria no pós-1930, com

a intensificação da centralização das ações sanitárias realizada nos governos de Getúlio Vargas, principalmente no Estado Novo. Cita-se, como exemplo, o pavilhão Caminhoá do Hospital para Crianças, inaugurado em 1936; o Hospital Santa Terezinha, em 1941; a inauguração da sede própria do Instituto Brasileiro para a Investigação da Tuberculose (Ibit), em 1946; o primeiro pavilhão do Hospital Aristides Maltez, em 1952, entre outros. Projetos filantrópicos que começaram a ser gestados nas três primeiras décadas do século XX se fortaleceram e construíram estruturas físicas no pós-1930, com o auxílio estatal às instituições.

Em 1933 foi criada uma tributação específica sobre a venda da carne, a partir da Federação de Obras de Proteção e Assistência Social (RIBEIRO, 2011, p. 103). Além desse imposto, havia outro relacionado à renda bruta dos municípios no Estado Novo, que gerenciava e distribuía dinheiro para uma grande rede assistencial em toda a Bahia. Em 1938, inúmeras instituições recebiam subvenções oriundas da cota de 45% da taxa de matança do gado no estado da Bahia, e outras, da cota de 1% sobre a renda bruta dos municípios (BATISTA, 2017, p. 197). Entre as instituições financiadas estavam as Santas Casas da Misericórdia da Bahia, hospitais, a LBCMI, asilos e fundações filantrópicas de amparo aos doentes e/ou desvalidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pós-1920 foi importante na história da assistência à saúde brasileira. Em muitos locais, foi a partir de então que o Estado passou a integrar mais consistentemente o rol das responsabilidades nesse campo, visto que sua ação ocorria, até então, restrita aos momentos de epidemia. Apostou-se na construção de instituições públicas, mas também em empreendimentos público-privados, liderados por médicos filantropos e organizações sociais. Isso ocorreu na Bahia num momento em que a Irmandade da Misericórdia de Salvador tinha consciência plena de que não poderia continuar responsável pelas ações assistenciais sem o auxílio dos poderes públicos. Para mostrar

a sua insatisfação, ela devolveu as instituições que o estado havia lhe cedido para administrar.

O subsídio à reforma do Hospital Santa Isabel e as definições de atribuições da DAP demonstram uma mudança inicial na percepção sobre o papel estatal no campo da assistência baiana por parte das elites políticas. Esse movimento se ampliou no Estado Novo e a rede assistencial alcançou cidades do interior. Um exemplo que pode ser citado é o surgimento da Liga Jacuipense de Proteção à Maternidade e à Infância (LJPMI), que se empenhou na construção do Hospital e Maternidade Adelaido Ribeiro, uma instituição de cunho público-privado. Seu protagonista foi o médico João Campos, nomeado pelo Interventor varguista na Bahia, Landulpho Alves, para a prefeitura da cidade de Riachão do Jacuípe, entre 1940 e 1941 (SOARES, 2014, p. 22).

Em Salvador, o Hospital Santa Isabel continuava a ser o grande hospital geral da população soteropolitana até meados de 1950, pelo menos. Depois daquela reforma muitos outros problemas ainda existiriam, mas foi possível lograr algum êxito com a ampliação do atendimento a inúmeros pacientes, no tratamento e cura de enfermidades dos pobres de Salvador e de cidades do interior baiano.

FONTES

BAHIA. Lei nº 1.811, de 29 de julho de 1925. Organiza a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Poder Legislativo, Salvador, 2 ago. 1925.

BAHIA Illustrada. Rio de Janeiro: Anatolio Valladares, v. 2, n. 4, p. 29, mar. 1918.

LEMOS, Arthur Newton. *Relatório apresentado à junta da Santa Casa de Misericórdia da Bahia pelo provedor Dezembargador Arthur Newton Lemos em Sessão de Posse em 1º de janeiro de 1927*. Salvador: Oficinas da “Livraria duas Américas”, 1930.

NOVIS, Arthur. *Estigmas da syphilis hereditaria tardia*. 1900. Tese Inaugural (Cadeira de Clinica Dermatologica e Syphiligraphica) – Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 1900.

PIMENTA, Octaviano. *Directoria do Hospital Santa Izabel, Relatorio do anno de 1920*. Salvador: Livraria e Typographia do Commercio, 1921.

SANTOS, Isaías. *Relatório apresentado à junta da Santa Casa de Misericórdia da Bahia pelo provedor Dr. Isaías de Carvalho Santos na Sessão de Posse da Junta a 1º de Janeiro de 1921*. Salvador: Livraria e Typographia do Commercio, 1921.

SANTOS, Isaías. *Relatório apresentado à junta da Santa Casa de Misericórdia da Bahia pelo provedor Dr. Isaías de Carvalho Santos. Bahia na Sessão de Posse da junta a 1º de Janeiro de 1923*. Salvador: Typographia e Encadernação “America”, 1926.

Referências

BATISTA, Ricardo dos Santos. *Sífilis e reforma da saúde na Bahia (1920-1945)*. Salvador: Eduneb, 2017.

COSTA, Paulo Segundo da. *Hospital de caridade: (São Cristóvão/ Santa Izabel) da Santa Casa de Misericórdia da Bahia: 450 anos de funcionamento: 1549-1999*. Salvador: Contexto e Arte, 2000.

FERREIRA, Luiz Otávio; FREIRE, Maria Martha de Luna. Medicina, filantropia e infância na Bahia: um hospital para crianças (1920-1930). In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (Orgs.). *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Barueri: Manole, 2011. p. 74-100.

FERREIRA, Luiz Otávio; RIBEIRO, Lidiane Monteiro. Entre a assistência e a higiene: saúde pública e infância no Rio de Janeiro e na Bahia (1921-1933). In: SANGLARD, Gisele (Org.). *Amamentação e políticas para a infância no Brasil: a atuação de*

História e Saúde: políticas, assistência, doenças e instituições na Bahia

Fernandes Figueira, 1902-1928. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p. 101-118.

FRANCO, Renato. Infância: um itinerário de estratégias. In: SANGLARD, Gisele (Org.). *Amamentação e políticas para a infância no Brasil: a atuação de Fernandes Figueira, 1902-1928*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p. 9-14.

RIBEIRO, Lidiane Monteiro. *Filantropia e assistência à saúde da infância na Bahia: a Liga Baiana Contra a Mortalidade Infantil, 1923-1935*. 2011. 138 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

RUSSELL-WOOD, Anthony John. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755*. Tradução Sérgio Duarte. Brasília, DF: Editora da UnB, 1981.

SAMPAIO, Consuelo Novais. *O poder legislativo da Bahia: Primeira República (1889-1930)*. 2. ed. Salvador: Assembleia Legislativa, 1998.

SANGLARD, Gisele. Hospitais: espaços de cura e lugares de memória da saúde. *Anais do Museu Paulista*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 257-289, jul./dez. 2007.

SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. Pobreza e filantropia: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro (1900-1920). *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 53, p. 71-91, jan./jun. 2014.

SANTOS, Ruy. *A faculdade do meu tempo*. Brasília, DF: Senado Federal, 1978.

SOARES, Amarílio. *Memórias de Riachão do Jacuípe*. Riachão do Jacuípe: [s.n.], 2014.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. *A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: Edufba, 2009.

Maria Elisa Lemos Nunes da Silva e Ricardo dos Santos Batista (Org.)

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. Médicos e mulheres em ação: o controle do câncer na Bahia (primeira metade do século XX). In: SANGLARD, Gisele et al. (Orgs.). *Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2015. p. 259-275.

NOTAS

¹ Cf. BAHIA, 1925.

O DISPENSÁRIO RAMIRO DE AZEVEDO E A CONSTITUIÇÃO DE POLÍTICAS DE ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE NA BAHIA NA DÉCADA DE 1920

Maria Elisa Lemos Nunes da Silva

Esta seção examina a constituição de políticas voltadas para o combate da tuberculose na Bahia, especificamente na cidade do Salvador. Considera-se que a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, foi fundamental para a implementação de medidas mais efetivas para o controle dessa doença. Através de um acordo firmado entre este Departamento e a Liga Bahiana Contra a Tuberculose (LBCT) foi possível colocar em funcionamento o Dispensário Ramiro de Azevedo, específico para atender tuberculosos.

A interferência do governo federal através do DNSP não passou despercebida pela imprensa local. Em 27 de julho de 1922, o jornal *A Tarde*, importante periódico que circulava na cidade de Salvador, noticiou na primeira página a matéria intitulada “A Liga Bahiana Contra a Tuberculose ressurge”.¹

Segundo o articulista do jornal, o “[...] flagelo tremendo da tuberculose” que em todo o “mundo civilizado” tinha despertado “[...] os maiores empenhos filantrópicos dos governos e da iniciativa particular em combatê-lo”, não mobilizava há muito tempo um movimento sério que lhe atenuasse os danos na capital da Bahia. Essa situação estava prestes a mudar, pois finalmente o terrível mal seria “combatido e encarado” como merecia (*A TARDE*, 1922b, p. 1).

A matéria noticiava os resultados das negociações entre os médicos Alfredo Brito, presidente da Liga, e Sebastião Barroso, chefe da Inspetoria de Profilaxia Rural (IPR) do DNSP, iniciadas com a vinda de Barroso à Bahia. Como representante do governo federal, o chefe da IPR tinha sido incumbido de estudar os problemas sanitários do estado, identificando a importância de viabilizar a inauguração do dispensário da Liga Bahiana que, embora construído há anos, não dispunha de recursos para desenvolver suas atividades. Após entendimento com os médicos Carlos Chagas, diretor geral do DNSP, e Clementino Fraga, representante e procurador do estado da Bahia junto àquele Departamento, a instalação do dispensário foi autorizada.

O DNSP, subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, tinha objetivo intervencionista estatal de cunho nacional, respeitada a perspectiva federalista da Constituição Republicana de 1891, pois as parcerias ocorreriam com os estados que solicitassem o auxílio da União. O Departamento foi estruturado a partir de três Diretorias: da Defesa Sanitária Marítima e Fluvial; de Saneamento e Profilaxia Rural; e dos Serviços Sanitários Terrestres, na qual estava alocada a Profilaxia da Tuberculose (BRASIL, 1920a). Na Bahia, as autoridades políticas aderiram ao projeto nacional em 15 de abril de 1921, ocasião em que foi assinado o acordo entre o governo da Bahia e o governo federal para a realização de serviços de Profilaxia Rural de combate à sífilis e às doenças venéreas, de luta contra a tuberculose e de higiene infantil (BATISTA, 2017, p. 30, 71). Assim, o combate à tuberculose no estado passava a ser uma das atividades do DNSP, por intermédio da Profilaxia Rural, pela chefia de Sebastião Barroso, embora as ações direcionadas para essa doença ficassem a cargo da Diretoria dos Serviços Sanitários Terrestres.

Os jornais da chamada grande imprensa que circulavam em Salvador no período veiculavam matérias que discorriam sobre as precárias condições sanitárias da cidade e do estado.² A tuberculose era tema presente, apesar das notícias acerca das doenças epidêmicas serem mais frequentes. O conteúdo das publicações tinha objetivos

políticos, variando conforme a aproximação ou o afastamento entre eles e os governos.

Não foi por acaso que o *A Tarde* noticiou o referido acordo numa longa matéria na primeira página. Esse periódico, fundado em 1912 por Ernesto Simões Filho,³ fazia oposição ao então governador José Joaquim Seabra (1920-1924). Anunciar que o dispensário seria inaugurado com o apoio federal sugeria que o poder executivo baiano foi omissos durante os anos de domínio político de J. J. Seabra. Este foi governador de 1912 a 1916, conseguiu eleger como sucessor seu aliado Antônio Ferrão Moniz de Aragão (1916-1920) e retornou pela segunda vez ao governo do estado em 1920.

Independentemente do teor da matéria veiculada pelo *A Tarde*, insinuando a falta de atenção do governo estadual em relação à tuberculose, o acordo firmado com a União indicava o prestígio político do chefe do executivo baiano junto ao governo federal. Seabra foi Ministro da Justiça e Negócios Interiores na gestão de Rodrigues Alves (1902-1906), responsável pelo suporte jurídico e político da reforma sanitária colocada em prática pelo médico Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro (SOUZA; SANGLARD, 2011, p. 33). Ele foi também Ministro da Viação no governo de Hermes da Fonseca (1910-1914) e permaneceu no cargo até 1912, quando se elegeu governador da Bahia. Ao deixar o executivo baiano, foi para o Senado Federal e exerceu mandato até 1920 (SILVA, 2000, p. 26).

Em seu primeiro governo (1912-1916) foram iniciadas as reformas urbanas na cidade do Salvador, cuja tônica consistia em trazer o “progresso” e a “civilização”, embora esse objetivo longe estivesse de ser alcançado. No segundo (1920-1924), era articulada a reforma sanitária no estado, indicando de alguma forma um duplo pioneirismo. No entanto, além da disputa política, a matéria publicada no jornal *A Tarde* abordava um tema de extrema importância, por implicar em ações que seriam direcionadas à tuberculose, a doença que mais matava na capital da Bahia e em diversas cidades do Brasil e do mundo.

Para uma maior compreensão do significado do acordo entre a LBCT e o DNSP, é importante conhecer a trajetória do enfrentamento dessa moléstia na capital baiana, o que faremos a seguir.

A TUBERCULOSE EM SALVADOR NAS PRIMEIRAS DÉCADAS DO SÉCULO XX

Em 1908, em sua tese de doutoramento apresentada na Faculdade de Medicina da Bahia, intitulada *A cidade do Salvador perante a higiene*, o médico Octávio Torres da Silva se referia às casas e ruas da cidade como “fábricas de tuberculosos”. Ele justificava sua definição em função da situação das casas populares, construídas sem que se considerasse a necessidade de ventilação e iluminação, cujas ausências contribuíam para a ocorrência de doenças transmissíveis. Para ele, não havia nenhum planejamento das ruas da cidade, que poderiam muito bem ser denominadas de “chiqueiros” (SILVA, 1908, p. 18).

Ainda que a expressão “fábrica de tuberculosos” parecesse exagerada, era condizente não apenas com a perspectiva higienista – voltada para a construção da cidade urbanizada e salubre a partir do controle das suas mazelas – presente em grande parte dos médicos do período, como também indicava o impacto causado pela tuberculose. A chamada peste branca era um problema de graves proporções na virada do século XIX e no início do século XX.

Na cidade do Salvador, que na década de 1920 tinha uma população estimada em 283.422 habitantes, a mortalidade por tuberculose era muito alta (BRASIL, 1920b). O médico Fábio de Carvalho Nunes publicou em 1949 um estudo acerca da mortalidade decorrente dessa moléstia relativo aos anos de 1897 a 1946, realizado a partir de dados estatísticos fornecidos pelo Departamento de Bioestatística do Estado da Bahia e pelo Dispensário Ramiro de Azevedo.⁴ Segundo informou Nunes, de 1900 a 1920, 16.910 pessoas morreram por tuberculose (1949, p. 14). Como nem todos os acometidos pela moléstia chegavam a óbito, o número de doentes era bem maior. Estimava-se que cada morte por tuberculose correspondia a cerca de

cinco doentes – e ainda havia a baixa notificação. Assim, os números deveriam ser bem maiores do que os registrados oficialmente.

O impacto causado por essa doença não foi uma especificidade desse período. Nas primeiras décadas do século XX a mortalidade por tuberculose continuava elevada, apesar da ampliação do conhecimento sobre a doença.⁵ Nesse momento, a concepção contagiosa da tuberculose predominava dentro da área da biomedicina, fortalecida no final do século XIX com a revelação do seu agente etiológico por Robert Koch.⁶ Sustentada no método experimental de Claude Bernard e na teoria microbiana de Louis Pasteur, essa concepção enfraquecia as teorias anteriormente aceitas, a exemplo daquelas que explicavam a doença pela hereditariedade, predominante durante o século XIX (BERTOLLI FILHO, 2001; NASCIMENTO, 2002, 2005). A tuberculose passou a ser considerada uma doença que era agravada nos grandes centros urbanos e que atingia principalmente a população pobre em função das suas precárias condições de vida e de trabalho.

A mudança de governo de Monarquia para República não alterou a situação sanitária de Salvador e das demais cidades do estado da Bahia. O modelo de Estado liberal e federalista, registrado na Constituição Republicana de 1891, deixava a cargo dos estados a estruturação dos serviços de saúde. A característica predominantemente agrário-exportadora da economia baiana, dependente do mercado externo embora houvesse também a presença industrial, bem como a situação de entreposto comercial de sua capital, levava a que os poderes públicos priorizassem as ações de saúde nos momentos das epidemias.

A historiografia chama atenção para os problemas sanitários e de saúde que acometiam a população, respeitadas as desigualdades sociais, uma vez que os segmentos desfavorecidos os vivenciavam com mais intensidade. As condições de habitação eram precárias: a moradia da população pobre de Salvador era de péssima qualidade, numerosos sobrados eram sublocados e abrigavam um número crescente de habitantes por metro quadrado; muitos possuíam cômodos sem janelas ou qualquer tipo de respiradouro (SANTOS, 1990, p. 26-27).

O abastecimento de água e a canalização de dejetos também eram insuficientes; até a década de 1930, em todo o estado da Bahia, poucas cidades dispunham desses serviços (SAMPAIO, 1992, p. 32).

Doenças como a varíola, a peste bubônica e a febre amarela atingiam a população soteropolitana periodicamente. Em 1918, a cidade não escapou à gripe espanhola (SOUZA, 2009). Além dessas moléstias, os índices de malária e de tuberculose eram altos. Christiane Maria Cruz de Souza, ao estudar a epidemia de gripe espanhola que atingiu a Bahia de setembro de 1918 aos primeiros meses de 1919, apresenta um quadro da mortalidade por doenças transmissíveis em Salvador, de 1908 a 1919, no qual a tuberculose só foi superada pelas epidemias de varíola, ocorridas em 1910 e 1919 (SOUZA, 2009, p. 53).

O reconhecimento da tuberculose como doença infectocontagiosa e social exigia medidas para seu controle, que envolviam a melhoria das condições de vida da população, como saneamento básico, alimentação, habitação e trabalho salubre, entre outras; ações que só poderiam ser efetivadas com interferência governamental.

No entanto, na Bahia, assim como aconteceu em outros estados do Brasil, o poder público não adotou medidas eficientes que interferissem na alta incidência e na mortalidade por tuberculose. Sua ação na virada do século XIX e nas primeiras décadas do século XX era voltada para a promulgação de leis sanitárias e à subvenção à filantropia.

A instituição de uma legislação sanitária na Bahia, embora não representasse a realização das ações, poderia indicar, pelo menos no campo do discurso, algumas direções sugeridas. A tuberculose era considerada uma doença de notificação compulsória, juntamente com a cólera, a peste, a febre amarela, a varíola, a escarlatina, a difteria, o tifo, a disenteria. Em relação à “peste branca”, a Lei nº 628, de 14 de setembro de 1905, regulamentada pelo Decreto nº 479, de 22 de julho de 1907, dizia que os registros deveriam ocorrer nos casos em que houvesse óbito ou quando os doentes estivessem nas seguintes condições: residissem em casa de habitação coletiva, trabalhassem em fábricas, oficinas e estabelecimentos congêneres, fossem empregados

em colégios, farmácias, casas de parto, hotéis, padarias, confeitarias, cafés, armazéns de comestíveis e outros, desenvolvessem serviços como copeiros e cozinheiros, trabalhassem como amas, ou mudassem de casa (BAHIA, 1905, 1907). As reformulações da legislação sanitária e de saúde ocorridas posteriormente praticamente mantiveram tais características em relação à tuberculose.⁷

Os primeiros movimentos dedicados à luta antituberculose no estado da Bahia ocorreram no final do século XIX e início do século XX. Foram iniciativas de alguns médicos e de intelectuais que, reconhecendo a magnitude do problema, criaram a LBCT em 1900. A Liga era uma instituição filantrópica, cuja proposta de fundação partiu principalmente dos médicos Alfredo Brito, Ramiro de Azevedo, Matheus dos Santos, Gonçalo Muniz, entre outros ligados à Faculdade de Medicina da Bahia.

A criação de instituições como as Ligas voltadas para o enfrentamento da tuberculose não foi uma especificidade local, mas uma característica ocorrida em alguns estados. Em 1899, foi fundada em São Paulo a Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos, rebatizada em 1903 como Liga Paulista Contra a Tuberculose (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 62-63). Em 1900, foi criada no Rio de Janeiro a Liga Brasileira Contra a Tuberculose (NASCIMENTO, 2002), e em Pernambuco, a Liga Pernambucana.

É fundamental observar os conceitos de caridade e de filantropia, uma vez que as ações da Liga Bahiana e das demais fundadas no Brasil na virada do século XIX para o XX se inserem nessa discussão. Gisele Sanglard (2008, p. 34) considera que a caridade e a filantropia não podem ser entendidas de forma antagônica, pois ambas se encontram indissociáveis da questão da pobreza, do socorro aos pobres e, posteriormente, do controle social sobre eles. Ao abordar a filantropia e o mecenato no Rio de Janeiro a partir da parceria estabelecida entre o médico Carlos Chagas e o industrial Guilherme Guinle, a autora considera que até o início do século XX a assistência médica ainda era muito dependente das Santas Casas de Misericórdia. Esse quadro foi alterado com a criação do DNSP em 1920, ocasião em que começaram a ser organizados os hospitais e socorros médicos

aos pobres (2008, p. 32). Na Bahia, a Irmandade da Misericórdia foi a mais importante prestadora de assistência à população, de um modo geral, e aos doentes, especialmente. Para Renilda Nery Barreto (2011, p. 7-8), o modelo implantado pela colonização continuou se reproduzindo até as primeiras décadas republicanas.

Entre as atribuições da Liga Bahiana, estava registrado como essencial estudar a tuberculose em todas as formas e causas, bem como os meios para tratá-la. Além desses aspectos, a Liga deveria se voltar para a profilaxia da moléstia e buscar apoio financeiro junto aos poderes públicos. Seus estatutos previam que ela estaria sob a proteção do Governador do Estado, do Arcebispo Primaz e dos Intendentes Municipais (SILVEIRA, 1992, p. 102, 1994, p. 38-39).

Em 1902, o jornal *Diário da Bahia*, de propriedade do então governador Severino Vieira (1900-1904), propagandeou o compromisso do Estado em colaborar com a “benemérita instituição”, prestando-lhe o apoio material indispensável para a execução do seu “filantropo objetivo”. Para o articulista do periódico, sem a cooperação oficial a obra seria lenta, ineficiente e imperfeita (DIÁRIO DA BAHIA, 1902, p. 1).

Apesar de haver reconhecimento da “imprescindível necessidade de apoio governamental”, a Liga Baiana funcionou precariamente a partir da contribuição de médicos e de particulares, pois a colaboração do governo do estado não ocorreu com regularidade. Os orçamentos a ela destinados acabavam não sendo disponibilizados. No próprio governo de Severino Vieira foi votada no Congresso Estadual uma lei para concessão de 50:000\$000 (cinquenta contos de réis) à Liga. O situacionista jornal *Diário da Bahia* chegou a reproduzir uma matéria do Estado de S. Paulo intitulada “A cruzada antituberculosa”, informando o pagamento desse valor à instituição, o que não ocorreu (DIÁRIO DA BAHIA, 1902, p. 1).

No governo seguinte de José Marcelino (1904-1908), uma comissão de representantes da Liga conseguiu audiência com o chefe do executivo estadual para tratar da dívida. O pagamento ficou estipulado em dez contos de réis, mas não foi realizado (DIÁRIO DA BAHIA, 1905a, p. 1). Na década de 1920, o governo estadual

disponibilizou a subvenção anual de dez contos de réis à Liga, o que quase nunca era cumprido. Em 1930, essa subvenção continuou com o mesmo valor (BAHIA, 1930).

Um ponto importante contido nos estatutos da Liga Bahiana dizia respeito à necessidade de criação de sanatórios para tuberculosos. O médico Matheus dos Santos chegou a elaborar o projeto de construção de uma unidade dessa natureza, que não se realizou em função da dificuldade econômica que sempre acompanhou a instituição. Essa proposta foi substituída pela criação de dispensários, uma espécie de centro de profilaxia, diagnóstico, tratamento e orientação em relação à tuberculose, cuja construção e funcionamento exigiam custos bem menores. O entendimento do dispensário como eixo fundamental na luta contra a tuberculose tinha partido da Europa e aos poucos foi implantada em outras cidades do Brasil. A Liga Paulista Contra a Tuberculose também definiu como prioridade o estabelecimento de um dispensário especializado (BERTOLLI FILHO, 2001, p. 62-63). A Liga Brasileira Contra a Tuberculose criou seu primeiro dispensário no Rio de Janeiro em 1902, seguido em 1911 pela inauguração de uma segunda unidade (NASCIMENTO, 2002, p. 52-56). Ambas as Ligas reconheciam a impossibilidade de levar à frente a construção de sanatórios em função das dificuldades financeiras, adotando o dispensário como eixo da luta contra a tuberculose.

A direção da LBCT, que visava levar adiante a proposta de construção do dispensário, enviou em 1905 um ofício ao provedor da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, comendador Manoel de Souza Campos, no qual solicitava a doação de um terreno para esse fim. O *Diário da Bahia* noticiou esse acontecimento e ressaltava que, por ser o dispensário direcionado principalmente para o socorro de tuberculosos indigentes em sua própria habitação, seria grande o número de doentes que deixariam de procurar o Hospital Santa Isabel, da Santa Casa de Misericórdia, “[...] resultando numa grande economia para a instituição”. (DIÁRIO DA BAHIA, 1905b, p. 1).

A construção do dispensário foi iniciada em 1907, em terreno situado no Campo dos Mártires, atual Campo da Pólvora, mas a falta de recursos atrasou sua conclusão. Em 1915, o prédio estava

abandonado, levando o oposicionista jornal *A Tarde* a denunciar em matéria na primeira página a calamitosa situação em que se encontrava, transformado em cortiço para a moradia de desabrigados. O articulista sugeria que o Instituto de Proteção à Infância entrasse em acordo com a Liga para que as instalações do “[...] tão sonhado dispensário fossem aproveitadas para um hospital de crianças”. (A TARDE, 1915b, p. 1).

O mesmo jornal publicou a matéria “Combatamos a peste branca”, na qual apresentava as estatísticas demográficas sanitárias dos anos de 1913 e 1914 e concluía afirmando que os números apresentados exigiam “da nossa higiene um movimento sério” que diminuísse a marcha “espantosamente acelerada” da tuberculose. Os diretores dos serviços da saúde pelo menos deveriam “[...] espalhar instruções ao povo sobre o modo de evitar a propagação do terrível *morbus*”. (A TARDE, 1915a, p. 3). Para o jornal, apesar do “[...] incessante clamor da imprensa”, os poderes públicos quase nada faziam para evitar o desenvolvimento dessa doença (A TARDE, 1917, p. 3).

A obra do dispensário foi finalizada em 1919, mas depois de inaugurada, não pôde funcionar regularmente por falta de equipamentos e de condições para o pagamento do pessoal especializado (ARAÚJO, 1998, p. 37-45; SILVEIRA, 1994, p. 59-79). Em 1920, o *Diário da Bahia* noticiou na primeira página a ocorrência da assembleia geral da instituição para discutir as condições financeiras e as dificuldades que impediam o desempenho de suas funções (DIÁRIO DA BAHIA, 1920, p. 1). No ano seguinte, com o título “Ressurgirá a Liga Contra a Tuberculose?”, o mesmo periódico divulgou a ocorrência de uma assembleia geral, na Faculdade de Medicina, para eleger um novo conselho executivo da Liga. O articulista chamava a atenção para as dificuldades da instituição que, embora tivesse como único propósito a criação do dispensário, “imprevistos e insucessos” não permitiram seu funcionamento; e concluía dizendo esperar que os antigos sócios comparecessem à assembleia a fim de reerguer a “altruísta sociedade”, como requeria a Bahia “[...] nos seus foros de terra generosa”. (DIÁRIO DA BAHIA, 1921, p. 1).

Não foi possível saber se os antigos sócios compareceram à assembleia divulgada na imprensa. Cerca de um ano depois, o dispensário foi inaugurado com apoio federal. Foi denominado de Ramiro de Azevedo, em homenagem a um dos fundadores da Liga e pioneiro na luta contra a tuberculose no estado.

A REFORMA SANITÁRIA E O ENFRENTAMENTO DA TUBERCULOSE NA BAHIA

O acordo firmado em 1922 entre o DNSP e a LBCT, que colocou em funcionamento seu dispensário, foi fundamental para a constituição de uma política de enfrentamento da tuberculose na Bahia. Esta, por sua vez, fez parte de um projeto maior de reforma sanitária, gestado principalmente na segunda década do século XX, a partir do entendimento da importância que as políticas sanitárias e de saúde teriam no processo de construção do Estado Nacional (CASTRO SANTOS, 1985; LIMA; HOCHMAN, 1996; HOCHMAN, 1998).

O diagnóstico da precária situação sanitária do Brasil e da necessidade de realizar uma reforma sanitária foi resultado das expedições científicas organizadas pelo Instituto Oswaldo Cruz, com vistas a conhecer as áreas distantes do Brasil. Entre elas, se destacaram as que resultaram das viagens aos sertões feitas pelos médicos Belisário Penna e Arthur Neiva, cujos relatórios foram publicados em 1916. Os dois higienistas percorreram o Norte e o Noroeste da Bahia, o Sudoeste de Pernambuco, o Sul do Piauí e o Norte de Goiás, apresentando um cenário preocupante das condições sanitárias e de saúde da população do sertão. Havia, portanto, a necessidade de combater as endemias, especialmente a ancilostomose, a malária e a doença de Chagas (LIMA; HOCHMAN, 1996, p. 31; HOCHMAN, 1998, p. 64).

Nessa perspectiva, foi iniciada em 1916 a campanha pelo saneamento do país, ampliada a partir de 1918 com a criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil (LIMA; HOCHMAN, 1996, p. 33). Tratava-se de um movimento político e intelectual que considerou a doença como o principal problema nacional e o maior empecilho à civilização

(LIMA; HOCHMAN, 1996, p. 23). Assim, o movimento sanitarista brasileiro buscou, entre 1910 e 1920, redefinir as fronteiras entre os sertões e o litoral, entre o interior e as cidades, considerando a doença como a principal mazela nacional. Um intenso investimento de opinião pública foi realizado para convencer as elites políticas de que os sertões eram mais próximos e ameaçadores do que o imaginado. A “salvação” do Brasil demandaria ações centralizadas nacionais, tecnicamente autônomas, que legitimariam o aumento do papel do Estado no campo da saúde pública (LIMA; HOCHMAN, 1996, p. 23; HOCHMAN, 1998, p. 16). Para Gilberto Hochman (1998, p. 41, 54), as doenças transmissíveis, ainda que acometessem as populações distantes, se constituíam em função da interdependência social, um problema que deveria ser encarado nacionalmente.

A criação do DNSP em 1920, com objetivo intervencionista estatal de cunho nacional, representou o “coroamento” do movimento sanitarista brasileiro. Houve uma investida centralizadora por parte da União, respeitando a perspectiva federalista da Constituição Brasileira. A ideia era que o governo federal colaborasse com os estados no que diz respeito à promoção da saúde, mediante apoio por eles solicitado.

Especificamente em relação à tuberculose, foi criada a Inspeção de Profilaxia da Tuberculose (IPT) que, embora tivesse o poder de decisão restrito à capital federal, poderia desenvolver ações voltadas para essa doença nos estados da federação, desde que eles buscassem a parceria com o governo federal (NASCIMENTO, 2002, p. 70, 2005, p. 71-72).

Na Bahia, o acordo entre o governo do estado e o governo federal foi firmado em 15 de abril de 1921. Ricardo dos Santos Batista, objetivando compreender como o projeto político nacional de reforma sanitária se efetivou na Bahia, principalmente a partir das ações contra a sífilis, chama atenção para a amplitude do acordo baiano com a União. Essa parceria visava à realização dos serviços de profilaxia rural de combate à sífilis e às doenças venéreas, de luta antituberculose e de higiene infantil (BATISTA, 2017, p. 71).

Até fins de 1924, o governo federal custeou integralmente os serviços de profilaxia rural de combate à sífilis e às doenças venéreas. O estado da Bahia ficou responsável em amortizar a dívida com a união em dez parcelas, cuja quantia corresponderia à metade do dinheiro investido. Esse convênio foi renovado em 1925, por mais cinco anos. (BATISTA, 2017, p. 71). No que diz respeito à tuberculose e à higiene infantil, a União assumiu integralmente os custos dos serviços até 1929, quando passou a dividir as despesas com o governo estadual (CALMON, 1927, p. 103; BAHIA, 1929; DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 1929).

Em 1925, a política sanitária do estado equiparou-se cada vez mais à proposta do governo federal, com a criação da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública, pela Lei nº 1.811, de 29 de julho de 1925, e do Código Sanitário da Bahia, pelo Decreto nº 4.144, de 20 de novembro de 1925 (BATISTA, 2017, p. 27, 71).

A Subsecretaria, subordinada direta e exclusivamente ao governador Francisco Marques de Góes Calmon, passou a gerir todos os serviços de higiene e saúde pública executados no estado da Bahia. Esse aspecto deve ser observado à luz das disputas políticas estaduais. Batista chama atenção que o acordo para o saneamento da Bahia se deu por dois governos opositores, sendo iniciado com o convênio firmado em 1921, durante a gestão de José Joaquim Seabra (1920-1924), e consolidado em 1925, com a criação da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública e do Código Sanitário da Bahia, durante o governo de Góes Calmon. A submissão da Subsecretaria diretamente ao governador implicava no aumento de poder do representante do executivo baiano, causando desconforto no grupo seabrista (BATISTA, 2017, p. 79). Competia à Subsecretaria: o estudo de todas as questões que interessassem à saúde coletiva; a adoção de todas as medidas técnicas que visassem evitar, diminuir e suprir as causas de doenças e morte; o melhoramento das condições de saúde e bem-estar da população (BAHIA, 1925b, art. 2º). Seu artigo 5º previa que, enquanto vigorasse o contrato firmado entre o governo federal e o governo do estado, os serviços de saneamento rural, profilaxia da sífilis e doenças venéreas, higiene infantil e tuberculose

seriam executados com a colaboração financeira da União. Cessando o apoio federal, esses serviços seriam efetivados exclusivamente pelo estado, que aproveitaria ou não os funcionários dele encarregados (BAHIA, 1925b, art. 5º).

Pouco mais de três meses depois de criada a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública, foi instituído o Código Sanitário da Bahia. Este foi apresentado pelo então governador Góes Calmon como um “instrumento legal” sustentado nos “[...] modernos preceitos da saúde pública”. (CALMON, 1927, p. 103). Quanto à tuberculose, o art. 677 do Código Sanitário da Bahia estabelecia que, enquanto vigorasse o contrato com o governo federal, a autoridade sanitária teria que “[...] comunicar imediatamente ao Serviço de Profilaxia da Tuberculose (SPT) qualquer notificação recebida” (BAHIA, 1925a, p. 218), instituindo legalmente a articulação nacional das ações relacionadas a essa doença.

OS SERVIÇOS REALIZADOS NO DISPENSÁRIO

A partir do momento em que teve seu atendimento iniciado, o Dispensário Ramiro de Azevedo passou a realizar serviços de assistência médica, de aplicação e distribuição de medicamentos, e de vigilância, orientação e propaganda contra a tuberculose, contando com cinco visitadoras sanitárias.

O relatório encaminhado pelo médico Alfredo Brito ao médico Sebastião Barroso relativo aos quatro meses de funcionamento da instituição em 1922, registra, ainda que de forma sucinta, as atividades desenvolvidas, conforme pode ser visto no Quadro 1.

Quadro 1 – Resumo dos trabalhos efetuados durante o segundo semestre de 1922

(Continua)

	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Total
Doentes encaminhados pela primeira vez	136	267	250	251	904
– Eram tuberculosos	19	41	33	22	115
– Eram suspeitos	71	160	176	169	576
– Não eram tuberculosos	46	66	41	60	213
Reexame de doentes matriculados	9	50	42	65	166
Consulta para medicação	57	288	478	579	1.402
Pesquisa do bacilo de Koch no escarro	92	180	215	203	690
– Positivas	44	86	94	99	323
Outras pesquisas do bacilo de Koch	0	0	0	0	0
– Positivas	0	0	0	0	0
Outros exames de escarro	0	0	0	0	0
Reações tuberculinas praticadas	7	15	7	10	39
Reações tuberculinas verificadas	5	7	6	3	21
– Positivas	1	2	0	0	3
Exames de urina	0	0	0	0	0
Outros exames	0	0	0	0	0
Fórmulas medicamentosas fornecidas	165	659	951	1.009	2.784
Injeções praticadas	73	353	407	500	1.333
Escarradeiras distribuídas	11	24	31	13	79

(Conclusão)

	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Total
Soluções desinfetantes distribuídas	28	146	215	270	659
Publicações de propaganda distribuídas	154	516	1.763	1.092	3.525
Doentes TPA sob vigilância profilática	29	86	92	92	299
Visitas feitas pelas enfermeiras visitadoras	93	443	890	1.060	2.486

Fonte: Brito (1923).

Houve, portanto, 1.402 consultas para medicação, com um aumento da procura nos quatro meses de funcionamento. Se, no mês de setembro, 57 pacientes foram atendidos, em dezembro esse número aumentou para 579. O crescimento no fluxo de atendimento pode ser verificado nas pesquisas para identificação do bacilo de Koch no escarro. Dos 690 procedimentos realizados nos quatro meses, 92 ocorreram no primeiro mês e 203 no último. Foram fornecidas 2.784 fórmulas medicamentosas, distribuídas 79 escarradeiras e realizadas 2.486 visitas domiciliares. Estas passaram de 93 em outubro para 1.060 em dezembro (BRITO, 1923).

No ano seguinte, o relatório elaborado por Alfredo Brito foi mais completo e detalhado. Ele relembrou o acordo firmado entre o DNSP e a LBCT, ressaltando a importância de colocar em funcionamento o dispensário no prédio da Liga especialmente construído para esse fim. Segundo afirmou, ao dispensário deveriam chegar todas as notificações e dele deveriam partir todas as providências. O dispensário era a “célula mater” do SPT. Brito considerava que, embora atendendo com regularidade, eram muitas as dificuldades enfrentadas para que o “Ramiro de Azevedo” atingisse seus objetivos; entre elas, a ausência de um hospital específico para o encaminhamento dos doentes e a pobreza dos pacientes, que inviabilizava as orientações profiláticas. Para demonstrar a necessidade inadiável

deste elemento de combate à “peste branca”, o médico citava o exemplo de um doente que dormia com cinco pessoas no mesmo quarto e pior, “[...] na mesma cama, porque toda a casa para uma família de seis pessoas” se resumia a “um cômodo único” que servia “[...] simultaneamente de sala de visitas, sala de jantar, quarto de dormir e cozinha”. E questionava: “[...] como conseguir uma profilaxia perfeita em meio de tanta miséria?”. Para ele, esse não era um caso isolado, pois havia muitos semelhantes (BRITO, 1924, p. 2).

Segundo o relatório de 1923, realizaram-se 7.238 consultas e 1.743 exames de escarro. Forneceram-se 8.001 fórmulas medicamentosas, 67 escarradeiras, fizeram-se 14.029 visitas domiciliares e distribuíram-se 26.619 publicações de propaganda. Esse relatório, além de conter as mesmas informações básicas referidas no relatório de 1922, informava o sexo, a cor e a idade dos doentes atendidos. Os registros foram mais frequentes entre as mulheres, com 301 casos, do que entre os homens, com 157. Quanto à idade, entre os 458 pacientes que tiveram esse dado identificado, 335 tinham entre 21 e 50 anos. No que diz respeito à cor, 74 eram brancos, 308 eram mestiços e 76 eram pretos. Ou seja, 384 deles eram pretos ou mestiços, correspondendo a 83,8% de indivíduos “não brancos”. Essas informações merecem ser ressaltadas, pois corroboram a ideia de que a tuberculose era uma doença que acometia principalmente a população pobre. Eram os negros e mestiços que, em função do passado escravista, tinham as piores condições de vida e de trabalho. Elas revelam também o público que procurava o dispensário, oriundo das camadas populares, pois os doentes que tinham melhor situação financeira eram atendidos pelos médicos particulares.

A comparação entre o atendimento realizado nos anos de 1922 e 1923 indica que houve crescimento dos serviços prestados no dispensário, mesmo levando-se em conta que o funcionamento em 1923 correspondeu aos 12 meses do ano, enquanto o relativo a 1922 tratou apenas de quatro meses. Chamam atenção os números apresentados em relação às vistas domiciliares: nos quatro meses de 1922 foram realizadas 2.486 e durante o ano de 1923 ocorreram 14.029 visitas. Como o dispensário contava com cinco enfermeiras

visitadoras, nos quatro primeiros meses a média foi de 5,6 visitas por dia, se considerados 22 dias mensais trabalhados (88 dias). Para o ano de 1923, a média diária foi muito alta, em torno de 10,6 visitas realizadas por dia, levando-se em conta 22 dias mensais trabalhados durante doze meses (264 dias). Mesmo que essas informações tenham sido superestimadas, deve ser ressaltado o investimento nesse tipo de atividade.

As ações do “Ramiro de Azevedo” eram semelhantes às aquelas desenvolvidas nos dispensários da LBCT, criados em 1902 e 1911 na capital federal. Neles, eram disponibilizados serviços de profilaxia e de tratamento da doença. A assistência médica, que consistia também na aplicação de medicamentos, poderia ocorrer pelo atendimento domiciliar quando o doente não estivesse em condições de se locomover até o dispensário. Os dispensários realizavam ainda o diagnóstico bacteriológico para identificação do bacilo de Koch (NASCIMENTO, 2002, p. 52).

No entanto é importante entender que, embora o dispensário baiano mantivesse as características daqueles criados no início do século XX, ele surgiu com uma conformação diferenciada, pois nele foi instituído o SPT, articulado com a estrutura nacional de enfrentamento dessa moléstia.

O modelo de assistência do “Ramiro de Azevedo” era mais parecido com o dos dispensários criados no Rio de Janeiro, ligados à IPT do DNSP. Isso pode ser observado na entrevista concedida pelo médico Alfredo Brito, presidente da LBCT, a respeito do processo inicial de negociação com a direção do DNSP com vistas a colocar o dispensário em funcionamento. Segundo o médico, a assistência que nortearia a nova instituição seguiria os procedimentos desenvolvidos nos dispensários da IPT do Rio de Janeiro, sob a direção do médico Plácido Barbosa, baseado no trabalho das enfermeiras visitadoras. Assim, o doente atendido com diagnóstico confirmado de tuberculose seria acompanhado sistematicamente em sua residência por essa profissional. Ela não deveria ser vista como uma “simples fiscal”, mas como “amiga” que lhe levaria um remédio e cuidaria dele e de sua família. Tratava-se, portanto, nas palavras de Brito, de um

procedimento inteiramente novo, considerada a parte mais importante do serviço (A TARDE, 1922a, p. 1).

Dilene Raimundo do Nascimento (2002, p. 74-76) registra que em 1921 a IPT criou, no Rio de Janeiro, o primeiro Dispensário de Tuberculose da Saúde Pública, cujo principal agente da educação sanitária era a enfermeira visitadora. Cabia a essas profissionais realizar a vigilância sanitária em domicílio, instruir o doente e sua família, prestando informação à inspetoria acerca do tratamento, do trabalho, dos recursos e das habitações dos pacientes. Outros dispensários foram construídos e em 1927 cinco deles haviam sido implantados.

Na Bahia, com a criação da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública e do Código Sanitário, em 1925, a política de combate à tuberculose se equiparou ainda mais às diretrizes nacionais (BAHIA, 1925a, 1925b). A Subsecretaria criou a Profilaxia da Tuberculose, ligada à Diretoria de Epidemiologia e Profilaxia Geral. A essa diretoria estavam subordinados o serviço de enfermeiras sanitárias, as delegacias de saúde, o hospital de isolamento, o serviço de hospedaria dos imigrantes, o Instituto Oswaldo Cruz, a profilaxia da lepra e das doenças venéreas, os postos municipais de higiene, os postos de saneamento rural, a higiene industrial e a luta contra animais transmissores (BAHIA, 1925b, art. 38).

As atribuições da Profilaxia da Tuberculose, previstas com a instituição da Subsecretaria, eram abrangentes e detalhadas no que diz respeito ao combate a essa doença. A ela cabia: registrar todos os casos de tuberculose notificados; realizar gratuitamente exames bacteriológicos dos escarros e provas radiológicas; visitar todos os tuberculosos para objetivos de vigilância; educação profilática; facilitar o isolamento hospitalar e fiscalizar o isolamento doméstico; promover as obras de asseio e renovação nas habitações ocupadas por tuberculosos; interessar-se pela instalação de preventórios; fiscalizar as habitações coletivas; visitar fábricas e usinas a fim de observar as condições destas; inspecionar hospitais, asilos, casas de saúde, sanatórios, dispensários; visitar todas as instituições de ensino; realizar, em colaboração com a Diretoria de Demografia e Educação

Sanitária, a instrução higiênica do povo relativa à tuberculose e aos meios de evitá-la; promover as providências públicas ou particulares coniventes aos fins da profilaxia da tuberculose; cooperar com as associações organizadas para a profilaxia da tuberculose; e estimular o interesse público pela campanha antituberculose (BAHIA, 1925b).

Quanto ao Código Sanitário, as questões relativas à tuberculose foram articuladas com as já instituídas pela Subsecretaria. Havia a previsão de que o SPT seria realizado por meio de dispensários, preventórios, sanatórios, colônias de convalescentes etc. O documento ressaltava que, no entanto, essas instituições seriam criadas ou aumentadas em lugares apropriados quando o governo dispusesse dos meios necessários (BAHIA, 1925a, p. 219). O Código previa ainda a possibilidade de sigilo em relação à tuberculose. Nesse caso, a notificação se faria apenas com as iniciais do paciente. O médico que fizesse a notificação ficaria responsável pelo acompanhamento do paciente, e caberia às enfermeiras visitadoras proceder à educação sanitária das habitações nas quais havia tuberculosos. Esse acompanhamento se faria mediante permissão do paciente ou de seus familiares. Caso houvesse dificuldade, cabia às enfermeiras os convencer da importância das medidas educativas (BAHIA, 1925a, p. 219-220).

No entanto, se observarmos os serviços realizados no Dispensário em 1922 e 1923, nos dois primeiros anos de seu funcionamento, e os previstos na lei que organizou a Subsecretaria e o Decreto que instituiu o Código Sanitário, ambos em 1925, não há mudanças significativas. As informações encontradas no Quadro 2 reforçam esse argumento. Elas foram transcritas da mensagem enviada à Assembleia Legislativa do Estado da Bahia pelo governador Góes Calmon, em 1927, relativo aos serviços realizados pela Profilaxia da Tuberculose no período de 1923 a 1926.

Quadro 2 – Total geral dos serviços executados no período de 1923 a 1926

(Continua)

Serviços executados	1923	1924	1925	1926
Doentes matriculados pela primeira vez	1.779	1.337	1.833	2.029
– Eram tuberculosos	233	359	412	414
– Eram suspeitos	1.130	748	1.023	1.229
– Não eram tuberculosos	416	330	398	386
Reexame de doentes matriculados	511	491	1.404	999
Consulta para medicação	4.945	4.053	4.908	6.487
Pesquisa do bacilo de Koch no escarro	1.443	1.342	1.820	1.923
– Positivas	533	486	586	601
Outras pesquisas do bacilo de Koch (fezes)	49	20	33	56
– Positivas	39	2	2	4
Reações tuberculínicas praticadas	–	4	8	3
Reações tuberculínicas verificadas	–	2	4	2
Laringologia	–	549	66	15
Radioscopia	–	457	1.929	2.232
Fórmulas medicamentosas fornecidas	8.001	6.513	7.826	8.701
Injeções praticadas	3.850	2.678	2.873	3.139
Escarradeiras distribuídas	67	163	79	40
Soluções desinfetantes distribuídas (litros)	4.433	2.200	2.430	747

(Conclusão)

Serviços executados	1923	1924	1925	1926
Publicação de propaganda distribuída	29.085	18.592	11.845	9.370
Pneumotórax instalados	–	23	60	63
Pneumotórax de reinsuflação	–	295	1.369	2.133
Doentes TPA sob vigilância profilática	503	478	892	539
Visitas feitas pelas visitadoras	12.569	13.961	13.761	14051

Fonte: Calmon (1927).

Houve funcionamento regular do Dispensário, praticamente com as mesmas atividades realizadas desde a inauguração do “Ramiro de Azevedo”. Em 1924 foram implantados alguns serviços que não tinham sido ativados em seus dois primeiros anos de existência: a radioscopia, a laringoscopia, as provas tuberculinas e o pneumotórax.⁸ No entanto, não ocorreu acréscimo de nenhuma ação ou procedimento executado após a promulgação do Código Sanitário.

O DISPENSÁRIO E A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS NO CAMPO DA TISIOLOGIA

As ações desenvolvidas no dispensário contribuíram para a formação de médicos na área de tisiologia e serviram também como referência a estudos gerais sobre a tuberculose em âmbito estadual, como foi o caso do trabalho de Fábio de Carvalho Nunes acerca da mortalidade por tuberculose na cidade de Salvador, publicado em 1949.

Alguns estudantes de medicina da Faculdade de Medicina da Bahia elaboraram, assim que o dispensário começou a funcionar, suas teses de doutoramento, também conhecidas como teses inaugurais, referenciando o trabalho do Dispensário. Esses, por exemplo,

foram os casos de Joviniano Gomes Barreto, em 1923, e de João Rabello de Mattos, em 1924.

Na tese de Barreto, intitulada *Considerações sobre o prognóstico da tuberculose pulmonar* (1923), a escolha do tema era por ele justificada em função da magnitude da doença que “[...] incrementa(va) a cada dia e por toda parte”, e seu trabalho era fruto de experimentação realizada no “Ramiro de Azevedo”. O combate à tuberculose era colocado como uma luta da civilização. O autor fazia então uma retrospectiva do conhecimento médico sobre a tuberculose, suas concepções ao longo da história e da ideia da hereditariedade ao contágio (BARRETTO, 1923, p. 84-85). Ele concluía que o prognóstico da tuberculose em algumas ocasiões era extremamente difícil, e em outras podia ser mais otimista. Mas, de qualquer maneira, o futuro longínquo seria, na visão dele, quase sempre difícil de precisar “[...] para uma *doença de surpresas* como se exhibe a tuberculose”. Apesar de dizer que frequentou o Dispensário Ramiro de Azevedo nas horas que sobram dos deveres hospitalares, o autor faz apenas um trabalho teórico, no qual não há qualquer informação sustentada em pesquisa realizada no referido dispensário. De todo modo, havia o reconhecimento do dispensário Ramiro de Azevedo como uma unidade importante no desenvolvimento de ações contra a tuberculose na Bahia.

Mattos (1924), por sua vez, em *Factos e aspectos da tuberculose na Bahia*, estudou o atendimento realizado no Dispensário Ramiro de Azevedo a partir de variáveis como sexo, idade, escolaridade, ocupação e raça. Para ele, a tuberculose era o maior flagelo que assolava a humanidade. Os danos por ela causados só puderam ser computados quando os países civilizados passaram a fazer as estatísticas demográficas. Daí afirmar que “[...] a estatística é para um povo o que a bússola é para um navegador; orienta.” (MATTOS, 1924, p. 7). O autor chegou à conclusão de que não havia relação entre tuberculose e raça – se na Bahia havia maior incidência entre a “raça mestiça”, era porque esta predominava na população –, chamando a atenção para problemas socioeconômicos em torno da tuberculose. Se os “pretos” constituíam um número elevado de casos

era porque entre eles se encontravam os mais pobres, que residiam em locais sem higiene e ficavam expostos a trabalhos mais fatigantes. O grande problema encontrado era a contaminação em locais mal ventilados e iluminados, com um número grande de trabalhadores. Por fim, João Rebello buscou mostrar que o “Ramiro de Azevedo” estava cumprindo um papel social junto à população pobre. Em dois anos de funcionamento, o número de pacientes que procurou o serviço foi grande. Para ele, se era comum a ideia de que a “classe pobre” procurava atendimento quando apresentava sintomas graves como a hemoptise, a pesquisa por ele realizada mostrou que a maioria das queixas na consulta era a tosse (MATTOS, 1924, p. 49).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Dispensário Ramiro de Azevedo até 1930 cumpriu, embora com dificuldade, seu objetivo de articulador da luta contra a “peste branca”, sendo a única instituição especializada no tratamento e na profilaxia da tuberculose no estado da Bahia. Quanto ao atendimento hospitalar, havia apenas cinquenta leitos para os portadores dessa moléstia, distribuídos em duas enfermarias (São Lázaro, para homens, e Santa Rosa, para mulheres) no Hospital Santa Izabel, da Santa Casa de Misericórdia. Essas enfermarias, destinadas principalmente aos pacientes pobres, eram conhecidas como “antecâmaras da morte” (SILVEIRA, 1994, p. 15) e longe estavam de dar conta da demanda por internamento decorrente da tuberculose.⁹

O jornal *Diário da Bahia* em 1930 denunciou na primeira página a situação “absurda e desumana” de um indivíduo tuberculoso que agonizava moribundo na via pública da cidade. Tratava-se de um carregador que, sem parentes na cidade nem recursos para se tratar, definhava deitado numa esteira, sem que qualquer providência fosse tomada pelas “autoridades competentes”. Levado por alguns companheiros até o Hospital Santa Izabel, lá ficou à espera de um leito. Saía, assim, de uma “antecâmara da morte”, a rua, diretamente para outra, o hospital. O jornal então afirmava que esses fatos

comprometedores ilustravam “[...] a conduta execrável dos governos.” (DIÁRIO DA BAHIA, 1930, p. 1).

As autoridades governamentais, por outro lado, veiculavam muitas vezes a ideia de que a tuberculose era uma espécie de “fato consumado”. Em 1929, o então governador Vital Soares, em mensagem proferida à Assembleia Legislativa (1929), ao propagandear a salubridade da cidade do Salvador, considerava injusta sua fama de terra insalubre. A saúde pública, dizia ele, era o que requeria maior cuidado da administração da Bahia. A varíola teria quase desaparecido graças à campanha de vacinação. Da mesma forma, a diminuição dos casos de peste e de febre amarela ocorrida confirmariam a melhoria dos serviços de saúde. Mas havia referência aos “hóspedes indesejáveis”, como o impaludismo e a tuberculose. Em suas palavras, o primeiro “[...] só mediante esforços contínuos, intensos e extensos nos iremos libertando”, e a tuberculose, cuja “[...] atividade daninha” poderia ser diminuída, mas nunca expulsa de casa, “[...] mal que não era de nossa terra”, era um mal social que impunha tributo maior ou menor no mundo inteiro. O possível contra ela seria apenas “pagar-lhe a menor finta.” (SOARES, 1929, p. 38). Para Vital Soares, a tuberculose poderia ser minimizada, mas nunca controlada.

Essa análise, como todo pronunciamento oficial, era um discurso autopromocional que tinha também a intenção de apresentar uma espécie de “prestação de contas”, seja à Assembleia Legislativa, seja ao governo federal. No caso específico de Vital Soares, isso fazia parte de sua propaganda eleitoral, pois pouco tempo depois ele deixaria o governo do estado para ser candidato à vice-presidência da República na chapa de Júlio Prestes, que concorreria às eleições em 1930. No entanto, ela era também uma forma de justificar a elevada incidência e mortalidade causada pela tuberculose. O enfrentamento dessa moléstia requeria investimento estatal, inclusive com a ampliação de um aparato institucional para o atendimento dos doentes, o que não ocorreu.

As ações desenvolvidas no Dispensário, embora buscassem tratar de aspectos importantes voltados para o enfrentamento da tuberculose, não conseguiram reduzir a elevada mortalidade decorrente

da doença na cidade de Salvador, que correspondeu a 9.690 óbitos de 1922 a 1930 (NUNES, 1949, p. 14). O controle maior dos casos fatais só aconteceria na década de 1950, quando do surgimento da quimioterapia antibiótica, embora a incidência tenha continuado elevada.¹⁰

Com o movimento conhecido como “Revolução de 1930”, que colocou Getúlio Vargas no poder, inaugurou-se um período no Brasil caracterizado pelo Estado intervencionista e centralizador.¹¹ O Ministério da Educação e Saúde, fundado nesse momento, passou a ser o responsável pela centralização das ações nesses setores. Cristina Oliveira Fonseca considera que a política pública de saúde implementada durante o governo Vargas absorveu e reelaborou a bandeira do saneamento em seu projeto político-ideológico, não rompendo com o que vinha sendo realizado, mas incorporando as instituições e seus atores e agentes no novo processo de construção do Estado (FONSECA, 2007, p. 29).

Na Bahia foi criada em 1931 a Secretaria do Interior, Justiça, Instrução, Saúde e Assistência Pública, substituindo a Secretaria de Saúde e Assistência Pública, organizada em 1927 (BAHIA, 1927), a qual centralizou todas as ações de saúde a partir da Diretoria Geral de Saúde e Assistência Pública (BAHIA, 1931). Nesse momento, entraram em funcionamento três Centros Sanitários na cidade do Salvador, que passaram a ter diversos serviços.¹² Destes, os voltados para a tuberculose ficaram a cargo desses três centros e do “Ramiro de Azevedo”, que nesse período vivenciou uma crise geral a partir da finalização dos acordos com a União.

FONTES

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA

BAHIA. Lei nº 628, de 14 de setembro de 1905. Reorganiza o serviço sanitário do Estado. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Poder Legislativo, Salvador, 1905.

História e Saúde: políticas, assistência, doenças e instituições na Bahia

BAHIA. Decreto nº 479, de 22 de julho de 1907. Aprova o regulamento para a execução da Lei nº 628, de 14 de setembro de 1905. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Poder Legislativo, Salvador, 1907.

BAHIA. Decreto nº 4.144, de 20 de novembro de 1925. Aprova o Código Sanitário do Estado da Bahia. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Poder Legislativo, Salvador, 1925a.

BAHIA. Lei nº 1.811, de 29 de julho de 1925. Organiza a Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Poder Legislativo, Salvador, 1925b.

BAHIA. Lei nº 1.993, de 21 de julho de 1927. Cria a Secretaria de Saúde e Assistência Pública, em substituição à Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Poder Legislativo, Salvador, 1927.

BAHIA. Lei nº 2.156, de 21 de maio de 1929. Aprova o acordo celebrado entre o Departamento Nacional de Saúde Pública e o governo do estado, para a execução dos serviços de Higiene Infantil e Profilaxia da Tuberculose. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Poder Legislativo, Salvador, 1929.

BAHIA. Decreto nº 6.902, de 18 de julho de 1930. Concede à Liga Baiana Contra a Tuberculose a subvenção de 10:000\$000, relativa ao corrente ano, de acordo com a Lei nº 1.826, de 3 de agosto de 1925. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Poder Legislativo, Salvador, 1930.

BAHIA. Decreto nº 7.337, de 27 de março de 1931. Reorganiza os serviços de saúde do estado e modifica a legislação sanitária em vigor. *Diário Oficial do Estado da Bahia*, Poder Legislativo, Salvador, 1931.

BRASIL. Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Rio de Janeiro, 17 set. 1920a. Seção 1, p. 244. Disponível em: <<https://bit.ly/2ohI46g>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

BRASIL. *Recenseamento do Brasil, 1920*. Rio de Janeiro: Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio, Diretoria Geral de Estatística, 1920b. v. 4, n. 1.

BRITO, Alfredo. *Relatório enviado pelo médico Alfredo Brito ao Sr. Dr. Sebastião Barroso, chefe do Serviço de Saneamento Rural da Bahia, relativo ao serviço realizado no Dispensário Ramiro de Azevedo, no ano de 1922*. Salvador, 2 jan. 1923. Caixa 3697, maço 1031.

BRITO, Alfredo. *Relatório enviado pelo médico Alfredo Brito ao Sr. Dr. Sebastião Barroso, chefe do Serviço de Saneamento Rural da Bahia, relativo ao serviço realizado no Dispensário Ramiro de Azevedo, no ano de 1923*. Salvador, 20 fev. 1924. Caixa 3697, maço 1031.

CALMON, Francisco Marques de Góes. *Mensagem enviada por Francisco Marques de Góes Calmon à Assembleia Legislativa*. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1927.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. *Termo de contrato de acordo firmado entre o Estado da Bahia e a União para os serviços de profilaxia da tuberculose e higiene infantil*. Salvador, 1929. Caixa 4062, maço 81.

SOARES, Vital. *Mensagem apresentada pelo governador Vital Soares à Assembleia Legislativa*. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1929.

BIBLIOTECA GONÇALO MONIZ

BARRETTO, Joviniano Gomes. *Considerações sobre o prognóstico da tuberculose pulmonar*. Tese Inaugural. Salvador: Typographia Moderna, 1923.

MATTOS, João Rebello de. *Factos e aspectos da tuberculose na Bahia*. Tese Inaugural. Salvador: Typographia Moderna, 1924.

SILVA, Octávio Torres da. *A cidade de Salvador perante a higiene*. Tese Inaugural. Salvador: Typographia Moderna, 1908.

BIBLIOTECA PÚBLICA DO ESTADO DA BAHIA

DIÁRIO DA BAHIA. Salvador: Typographia Epifânio Pedrosa, ano 47, n. 14, 18 jan. 1902. p. 1.

DIÁRIO DA BAHIA. Salvador: Typographia Epifânio Pedrosa, ano 50, n. 155, 12 jul. 1905a. p. 1.

DIÁRIO DA BAHIA. Salvador: Typographia Epifânio Pedrosa, ano 50, n. 156, 13 jul. 1905b. p. x.

DIÁRIO DA BAHIA. Salvador: Typographia Epifânio Pedrosa, ano 65, n. 157, 11 jul. 1920. p. 1.

DIÁRIO DA BAHIA. Salvador: Typographia Epifânio Pedrosa, ano 66, n. 121, 30 nov. 1921. p. 1.

DIÁRIO DA BAHIA. Salvador: Typographia Epifânio Pedrosa, ano 75, n. 389, 16 abr. 1930. p. 1.

A TARDE. Salvador: Grupo A Tarde, ano 3, n. 784, 27 maio 1915a. p. 3.

A TARDE. Salvador: Grupo A Tarde, ano 3, n. 904, 1º out. 1915b. p. 3.

A TARDE. Salvador: Grupo A Tarde, ano 5, n. 1.430, 13 jul. 1917. p. 3.

A TARDE. Salvador: Grupo A Tarde, ano 10, n. 4.332, 17 jul. 1922a. p. 1.

A TARDE. Salvador: Grupo A Tarde, ano 10, n. 4.342, 27 jul. 1922b. p. 1.

Referências

- ARAÚJO, César. *Discursos de César de Araújo*. Salvador: Academia de Letras da Bahia; Secretaria da Cultura e Turismo; Egba, 1998.
- BARRETO, Maria Renilda Nery. A Santa Casa de Misericórdia da Bahia e a assistência aos doentes no século XIX. In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (Orgs.). *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Barueri: Manole, 2011. p. 2-26.
- BATISTA, Ricardo dos Santos. *Sífilis e reforma da saúde na Bahia (1920-1945)*. Salvador: Eduneb, 2017.
- BERTOLLI FILHO, Claudio. *História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados: Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, maio/ago. 1985.
- FAUSTO, Boris. *A Revolução de 1930: historiografia e história*. 14. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- FONSECA, Cristina Maria Oliveira. *Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, Anpocs, 1998.
- LIMA, Nísia Verônica Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. p. 23-40.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. *Fundação Ataulpho de Paiva: Liga Brasileira Contra a Tuberculose: um século de luta*. Rio de Janeiro: Quadratim, 2002.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. *As pestes do século XX: tuberculose e aids no Brasil, uma história comparada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

NUNES, Fábio de Carvalho. *A mortalidade por tuberculose na cidade do Salvador*. Salvador: Secretaria de Educação e Saúde, 1949.

SAMPAIO, Consuelo Novais. *Poder e representação: o Legislativo na Bahia na Segunda República, 1930-1937*. Salvador: Assembleia Legislativa da Bahia, 1992.

SANGLARD, Gisele. *Entre os salões e o laboratório: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

SANTOS, José Weliton Aragão dos. *Formação da grande imprensa na Bahia*. 1985. 350 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1985.

SANTOS, Mário Augusto da Silva. Crescimento urbano e habitação em Salvador (1890-1940). *Rua: Revista de Arquitetura e Urbanismo*, Salvador, v. 3, n. 1, p. 20-29, jun./dez. 1990.

SILVA, Paulo Santos. *Âncoras de tradição: luta política, intelectuais e construção do discurso histórico na Bahia (1930-1949)*. Salvador: Edufba, 2000.

SILVEIRA, José. É a tuberculose uma doença vencida? *Arquivos do IBIT*, Salvador, v. 12, p. 1-2, 1953.

SILVEIRA, José. Liga Bahiana Contra da Tuberculose: referências históricas. *Revista do Instituto Geográfico e Histórico da Bahia*, Salvador, n. 90, p. 101-109, 1992.

SILVEIRA, José. *Uma doença esquecida: a história da tuberculose na Bahia*. Salvador: Edufba, 1994.

SODRÉ, Nelson Werneck Sodré. *História da imprensa no Brasil*. São Paulo: Intercom; Porto Alegre: EdiPUCRS, 2011. Edição comemorativa.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. *A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: Edufba, 2009.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de; SANGLARD, Gisele. Saúde pública e assistência na Bahia da Primeira República (1889-1929). In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (Orgs.). *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Barueri: Manole, 2011. p. 27-73.

NOTAS

- ¹ A pesquisa nos jornais A Tarde e Diário da Bahia foi realizada por Esdras Santos Oliveira, na condição de bolsista de Iniciação Científica do projeto de pesquisa por mim coordenado, intitulado “Estado enfermo: as doenças na imprensa baiana nas primeiras décadas republicanas”.
- ² Dialogamos com o conceito de grande imprensa de Nelson Werneck Sodré, seguido por José Weliton Aragão ao abordar a imprensa baiana. Ela é uma empresa jornalística que vende notícia e visa o lucro, tendo como base a publicidade, veiculando a ideologia da classe dominante (SANTOS, 1985, p. 5; SODRÉ, 2011, p. 405-406).
- ³ Ernesto Simões Filho nasceu em Cachoeira, em 1886, e morreu no Rio de Janeiro, em 1957. Foi jornalista e político, assumindo a pasta do Ministério da Educação no segundo governo de Getúlio Vargas. O jornal A Tarde continua sendo propriedade de seus descendentes.
- ⁴ Fábio Carvalho Nunes foi sanitarista do Departamento de Saúde Pública, médico da LBA e professor da Escola de Serviço Social da Bahia. Nunes defendeu tese de doutoramento em 1946, fazendo um estudo epidemiológico da difteria na

História e Saúde: políticas, assistência, doenças e instituições na Bahia

Bahia; em 1947, publicou sobre a coqueluche na cidade do Salvador. Além desses trabalhos, também publicou o que chamou de “Um programa de trabalho para o serviço de saúde do interior da Bahia: 1948”.

- ⁵ O diagnóstico da tuberculose se beneficiou com a descoberta do raio X, em 1895, e com o uso do estetoscópio no final do século XIX. Como medida profilática, a vacina BCG obtida experimentalmente em 1906 e inoculada em crianças e adolescentes na década de 1920 suscitou controvérsias principalmente a partir do acidente ocorrido na cidade de Lubeck, Alemanha, ocasião em que diversas crianças vacinadas com o BCG morreram. O uso do BCG foi então adiado por muitos anos. Mais tarde, quando passou a ser utilizado, surgiram polêmicas tanto em relação à sua eficácia enquanto imunoterápico quanto à sua forma de aplicação, via oral ou intradérmica.
- ⁶ A tuberculose é uma doença infectocontagiosa cujo agente etiológico é o *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch. Ele ataca principalmente os pulmões, mas pode se desenvolver em formas extrapulmonares. Os sintomas da doença são múltiplos e complexos (tosse, febre, sudorese, cansaço, emagrecimento, dor no peito, dificuldade de respirar), e na fase inicial da tuberculose, podem confundir-se com outras doenças. A hemoptise (eliminação de sangue das vias aéreas por via oral) representa uma sintomatologia grave da doença. O diagnóstico da tuberculose é suspeito pela clínica e por exames radiológicos e é confirmado pelo achado do bacilo de Koch em secreções.
- ⁷ Uma mudança efetiva acontece com a criação da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública (Lei nº 1.811, de 29 de julho de 1925) e da instituição do Código Sanitário da Bahia pelo Decreto nº 4.144, de 20 de novembro de 1925, quando há uma articulação das ações em âmbito nacional.
- ⁸ O pneumotórax foi um procedimento cirúrgico criado por Carlo Forlanini, na Itália, no final do século XIX, que consistia em injetar ar no espaço pleural, fazendo com que o pulmão lesado ficasse comprimido e imobilizado, o que em alguns casos possibilitava a regressão progressiva da doença. Os médicos reconheciam que naquele momento, quando ainda não havia o arsenal quimioterápico específico para tratamento da tuberculose, o pneumotórax era um dos recursos mais eficientes, apesar de nem sempre poder ser utilizado e dos acidentes que muitas vezes acarretava. Na Bahia, o pneumotórax foi introduzido em 1922 pelo médico César de Araújo, que exerceu atividade profissional no Ramiro de Azevedo de 1922 a 1930 como médico auxiliar da Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. Araújo também foi professor de clínica médica na Faculdade de Medicina da Bahia e médico especialista em tuberculose (ARAÚJO, 1998, p. 13).
- ⁹ Somente em 1941 foi inaugurado em Salvador o Hospital Santa Terezinha, específico para os pacientes portadores de tuberculose.

- ¹⁰ Um problema ocorrido a partir dos antibióticos foi o aparecimento dos bacilos resistentes em função do uso inadequado desses medicamentos (SILVEIRA, 1953, p. 1-2).
- ¹¹ A chamada Revolução de 1930 rearmou as antigas oligarquias, cuja predominância em termos de influência no Estado era exercida pelos cafeicultores paulistas. Boris Fausto, em estudo acerca desse episódio e seguindo a interpretação de Francisco Weffort, defende que no pós-1930 se estabeleceu um “Estado de compromisso”, uma vez que nenhum dos grupos participantes do movimento pôde dar a ele as bases de sua legitimidade (FAUSTO, 1995, p. 104).
- ¹² Os Centros Sanitários foram referidos na legislação como agências centralizadas de Serviços de Saúde e Assistência Pública. A eles cabia desenvolver: higiene pré-natal; higiene infantil; profilaxia da tuberculose, das verminoses, do paludismo e da leishmaniose, da sífilis e das doenças venéreas; higiene mental; assistência dentária; assistência oftalmológica e otorrinolaringológica; exames periódicos; imunização; laboratório; enfermeiras sanitárias e visitadoras; inspetoria sanitária distrital (higiene das habitações, polícia sanitária e higiene do trabalho); polícia sanitária de alimentação pública e verificação de óbitos. Cf. o art. 40 do Decreto nº 7.337, de 27 de março de 1931 (BAHIA, 1931), que reorganiza os serviços de saúde do estado e modifica a legislação sanitária em vigor.

HISTÓRIA E SAÚDE NO RECÔNCAVO E SERTÕES DA BAHIA



DA JUA
Luzia Salles Assis, Prof. Universidade



FRANCISCO ANTÔNIO DE SAMPAIO: A HISTÓRIA NATURAL E A CIRURGIA NA VILA DE NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO DO PORTO DA CACHOEIRA

João Batista de Cerqueira

Este texto tem como objetivo analisar as atividades de Francisco Antônio de Sampaio, um representante das artes de curar no Brasil, especialmente a partir de sua inserção no campo da história natural e da cirurgia na Vila de Nossa Senhora do Rosário da Cachoeira, na segunda metade do século XVIII. Ele estudou plantas e animais, possuía conhecimento sobre anatomia e sobre remédios utilizados para a cura das doenças de enfermos no referido contexto.

As artes de curar surgiram, no Brasil colonial, do encontro entre as culturas dos colonizadores europeus, dos africanos escravizados e dos indígenas brasileiros. Portanto, por meio do conhecimento histórico sobre o período, torna-se possível conhecer as doenças e práticas de cura que

[...] evoluíram com a utilização das plantas medicinais, deixando raízes profundas na cultura dos povos coloniais – os indígenas e seus pajés, os africanos e seus curandeiros, os portugueses e seus santos católicos protetores. (MARQUES, 1999, p. 22).

De acordo com Carvalho (FALCÃO; FERREIRA, 1968, p. 78), “[...] nas aperturas da necessidade, sob o império do instinto de conservação, cada um fazia a sua medicina, como sabia e podia”. Por sua vez, Márcia Ribeiro (1997, p. 16) afirma que o desenvolvimento dessas práticas de cura teve dois fatores principais: a precariedade da vida material na colônia, que pode ser ilustrada pela “[...] raridade da presença de médicos, cirurgiões e produtos farmacêuticos” oriundos da metrópole, e o sincretismo religioso entre os povos diretamente responsáveis pela formação de uma medicina multifacetada e afeita ao universo da magia.¹

Sem perder seus alicerces básicos, ao saber médico indígena acrescentou-se a experiência dos europeus e africanos. Noções e práticas muito familiares ao silvícola, outras absolutamente alheias, combinaram-se, dando origem à medicina dos tempos coloniais, que nada mais é que o conjunto de conhecimentos, hábitos e práticas nascido a partir do convívio assíduo entre as três culturas. (RIBEIRO, 1997, p. 23).

No início do período colonial brasileiro, apesar de viverem em continentes distintos, geográfica e culturalmente separadas, as populações europeias, africanas e americanas apresentavam alguns traços comuns quanto à visão sobre doenças, posto que nos três casos as pessoas acreditavam que as enfermidades eram provocadas por fatores externos que invadiam o corpo. Para Anne Rooney (2013, p. 53), desde os primeiros ancestrais os grupos humanos imaginavam que a doença era causada por forças misteriosas, sobrenaturais e invisíveis, como maus espíritos, deuses vingativos, maldições e influência dos astros celestes.

Todas as sociedades humanas padeceram de enfermidades e geraram hipóteses sobre suas causas e métodos para enfrentá-las – todas,

assim, criaram sua própria medicina. A observação da vida, da natureza e de seus fenômenos provavelmente deu origem à especulação mais antiga acerca da etiologia das doenças: a do corpo estranho. (GURGEL, 2010, p. 52).

Se a doença era provocada por uma causa externa, para restabelecer a saúde era necessário expulsar os “invasores”. Assim, os religiosos e terapeutas europeus ocidentais da época recorriam às rezas e aos santos, faziam dieta e jejum alimentar, balnearioterapia e excretoterapia, praticavam sangria, faziam purgação² estimulando os pacientes a urinar, vomitar ou defecar, além de prescreverem o uso de especiarias orientais e remédios oriundos principalmente da botânica (GURGEL, 2010, p. 61; ROONEY, 2013, p. 114).

Entre os cirurgiões que atuaram no Brasil colonial com o objetivo de curar diversas enfermidades, se destacou Francisco Antônio de Sampaio. Seus registros sobre a fauna e a flora do Recôncavo baiano resultaram em uma série de imagens, algumas delas apresentadas nesta seção, que auxiliam na compreensão do exercício das artes de curar na Bahia do século XVIII.

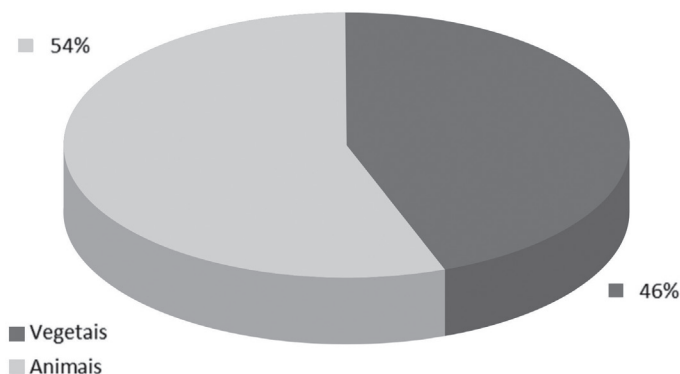
A PRÁTICA CIRÚRGICA NO PERÍODO COLONIAL

No Brasil colonial, conforme amplamente registrado em diferentes estudos, a exemplo de Santos Filho (1977) e Ribeiro (1997), era grande a carência de terapeutas oficialmente autorizados para atender as necessidades assistenciais da população de um país com dimensões continentais. A autorização para o exercício das profissões de cura era concedida pela Fisicatura-mor, órgão sanitário do governo português. Legalmente, a Fisicatura-mor emitia uma provisão ou licença aos requerentes submetidos aos exames para o exercício profissional, tanto no caso dos cirurgiões quanto dos médicos, que por sua vez eram formados em universidades. Segundo as normativas desse órgão sanitário do governo português, os cirurgiões respondiam ao cirurgião-mor e os médicos seguiam

as regras determinadas pelo físico-mor do Reino, visto que os diversos terapeutas eram portadores de formação e práticas profissionais distintas (SANTOS FILHO, 1977, p. 191; RIBEIRO, 1997, p. 33; CERQUEIRA, 2011, p. 82).

Em um estudo sobre a presença de médicos e cirurgiões no período colonial brasileiro, Ribeiro (1971) quantifica em 33 o número de profissionais que, legalmente autorizados, atuaram na Capitania da Bahia (Gráfico 1). Desses, 17 eram médicos, ou seja, 52%, e 16 eram cirurgiões, o que equivalia a 48% do universo dos terapeutas (RIBEIRO, 1971, p. 130).

Gráfico 1 – Percentual de cirurgiões e médicos na Bahia: de 1755 a 1829

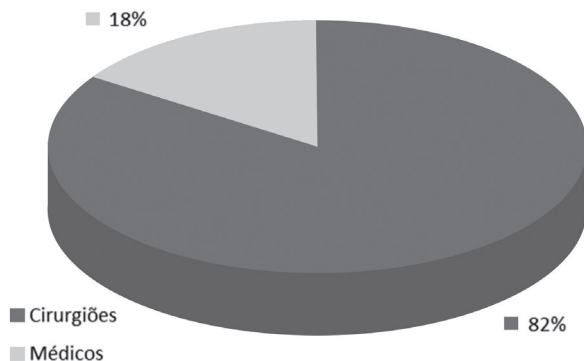


Fonte: Elaborado pelo autor baseado em Ribeiro (1971).

Entretanto, uma pesquisa de nossa autoria, realizada com base nos “requerimentos de provisão” do acervo do Conselho Ultramarino em Lisboa, referente ao período de 1641 a 1825 (Gráfico 2), pode ser mais fidedigna quanto à real proporcionalidade dessas duas categorias de terapeutas (médicos e cirurgiões) ao longo do período colonial. No estudo foi constatado que, dos 93 terapeutas que protocolaram solicitação e atuaram no Brasil, 72 eram cirurgiões, ou seja,

78%, e 21 eram médicos, o que corresponde a apenas 22% do total (PORTUGAL, 1699, 1736, [17--?], [17--?], 1825).

Gráfico 2 – Percentual de cirurgiões e médicos na Bahia:
de 1641 a 1825



Fonte: Elaborado pelo autor com base nos documentos do Arquivo Histórico Ultramarino (PORTUGAL, 1699, 1736, [17--?], [17--?], 1825).

Por sua vez, segundo o estudo de Pimenta (2003), que investiga o intervalo entre 1808 e 1828 e baseia-se nos registros na Fisicatura-mor das licenças concedidas aos terapeutas que atuavam nas artes de curar, 30% foram fornecidas para cirurgiões, 29% para boticários, 16% para sangradores, 15% para licenciados para curar da medicina prática (como eram chamados os cirurgiões com autorização para prescrever remédios), 5% para parteiras, 3% para médicos e 2% para curandeiros. No exercício profissional, os sangradores atuavam em logradouros públicos, praças e ruas, em lojas ou embarcados em um navio, especialmente aqueles dedicados ao tráfico negreiro (PIMENTA, 2003, p. 349).

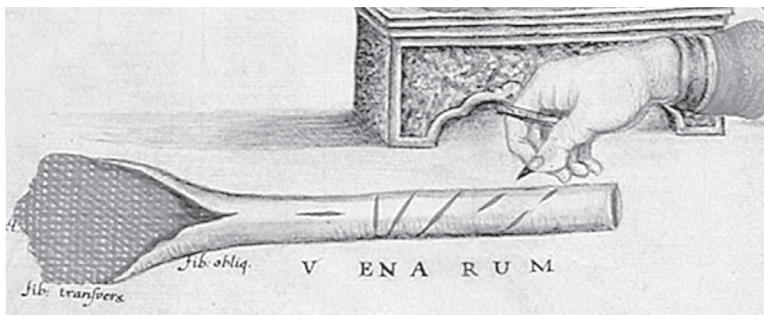
Na Bahia setecentista, a sangria também foi uma das condutas terapêuticas mais recomendadas para tratamento de diferentes doenças. O uso da arte se transformou em perigosa panaceia e a técnica

terapêutica era praticada por cirurgiões, boticários, curandeiros e barbeiros, sendo que a maioria era de origem africana (RIBEIRO, 1971, p. 43; PIMENTA, 1998, p. 357).

Os indivíduos que atuavam como sangradores eram, em sua maioria, africanos (64%); mas 21% deles haviam nascido em Portugal e 13% no Brasil. Entre os nascidos no Brasil, a maior parte era formada de escravos e forros, portanto, descendentes de africanos. Dessa forma, pode-se arriscar dizer que brasileiros e portugueses mais bem posicionados socialmente requeriam a licença de sangrador tendo em vista, provavelmente, a prestação posterior de exame de cirurgia. (PIMENTA, 1998, p. 352).

Ao lado dos purgativos, as sangrias eram “[...] obrigatórias nas prescrições médicas” até pelo menos o final do século XVIII. De acordo com Santos (2005), a técnica era derivada do saber antigo, popularizou-se na Idade Média e adentrou incólume na Idade Moderna (Figura 1). A flebotomia, como também podia ser chamada, era considerada pelo saber douto e universitário como um procedimento altamente eficaz na Lisboa dos Setecentos. Terapeutas do Império Português partidários da teoria humoral rotineiramente orientavam que, para a conservação da saúde e correto tratamento de qualquer doença, era essencial neutralizar os humores “corruptos” (RIBEIRO, 1971, p. 141; HENRIQUEZ, 2004, p. 31; SANTOS, 2005, p. 44).

Figura 1 – Detalhe de ilustração da técnica cirúrgica de sangria ou flebotomia



Fonte: Companhia de Jesus (1766).

AS ATIVIDADES DE FRANCISCO ANTÔNIO DE SAMPAIO EM HISTÓRIA NATURAL

O cirurgião e licenciado Francisco Antônio de Sampaio residia na Vila da Cachoeira, mas se mantinha integrado ao universo da Ilustração portuguesa e foi membro correspondente da Academia de Ciências de Lisboa. Assim, em decorrência dos dotes intelectuais e da circulação de saberes da ciência setecentista no mundo lusitano, dentre todos os terapeutas conhecidos que atuaram na vila (Quadro 1), incontestavelmente Sampaio foi quem deixou um legado que retrata as atividades do campo das artes de curar e da história natural.

Quadro 1 – Terapeutas que atuaram em Cachoeira durante o século XVIII

(Continua)

Ano	Nome	Atividade / Profissão
1699	Frei Bernardo da Conceição	Cirurgião e boticário
1736	Manoel da Costa Teixeira	Cirurgião
1754	Frei Joam de S. Tomaz e Castro	Assistente/enfermeiro

(Conclusão)

Ano	Nome	Atividade / Profissão
1756	Frei José de Sant'Anna e Lyra	Assistente/enfermeiro
1782	Francisco Antônio de Sampaio	Cirurgião e licenciado
1785	Manoel Fernandes Nabuco	Cirurgião

Fonte: Elaborado pelo autor baseado nos documentos: Portugal (1736); Anais da Biblioteca Nacional (1913); Nabuco (1949); Sampaio (1971); Fragoso (2004).

O mundo natural era objeto da história natural no período moderno. Segundo Prestes (2000), o termo “história natural” foi usado pela primeira vez por John Maplet no livro *A verde floresta*, de 1576, embora o *Oxford dictionary* registre que o termo já teria sido empregado em 1567. Ressalte-se que o termo “história” não possui o significado de disciplina que estuda o passado, mas sim de “estudo ou conhecimento”. Por sua vez, “natureza” se refere à parte do mundo físico que funciona sem o artifício do homem. Nos Setecentos, período do apogeu das ideias da Ilustração, o termo “história natural” compreendia os estudos da “[...] zoologia, botânica, geologia e mineralogia”. (PRESTES, 2000, p. 37).

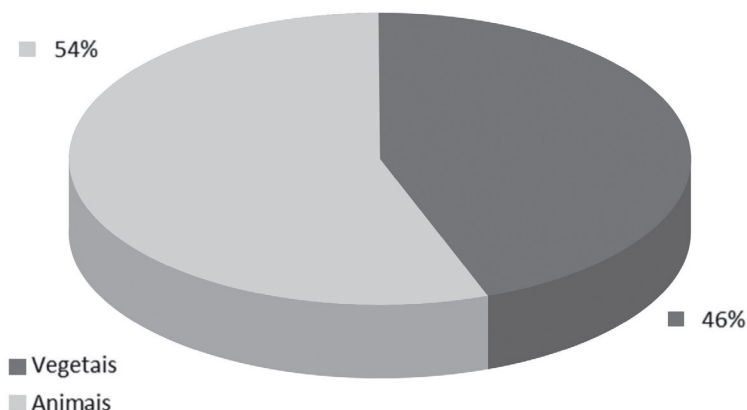
Os estudos em história natural na Vila da Cachoeira setecentista têm como marco referencial a obra *História dos reinos vegetal, animal e mineral do Brasil, pertencente a Medicina*, de Francisco Antônio de Sampaio³ (1971). Nascido em Vila Real, ele era filho de Heitor Botelho de Sampaio e recebeu carta de cirurgia em 2 de abril de 1762, assinada pelo Cirurgião-mor Antônio Soares Brandão. Para obtenção da carta, Sampaio foi examinado pelo comissário Antônio da Costa, juntamente com os cirurgiões Luís Gomes da Fonseca e Manuel Álvares de Araújo (PORTUGAL, [1762]; SAMPAIO, 1971, p. 9).

Ademais, Francisco Antônio de Sampaio, que pelo menos desde 1759 já atuava na condição de “prático do curativo”, residiu na Vila da Cachoeira, onde foi cirurgião e licenciado para curar na medicina. Essas atividades também foram exercidas na função de partidista⁴ do Senado da Câmara de Cachoeira e no Hospital São João

de Deus. Mais que isso, o cirurgião e licenciado realizou pesquisas em história natural e descreveu 182 espécies (Gráfico 3) da rica flora e fauna do Recôncavo baiano (SAMPAIO, 1971, p. 9; MARTINS, 2008, p. 11).

Francisco Antonio de Sam Payo, natural de Villa Real, Arcebispado de Braga, *aprovado* em toda à *Cirurgia*, e com licença para curar de Medicina, Partidista em ambas as Faculdades do Senado, e Hospital de S. *Joam de Deus* da Villa da Cachoeira, termo da Cidade da Bahia *anno* de 1782. (SAMPAIO, 1971, tomo I, p. 9, grifos nossos).

Gráfico 3 – Espécies vegetais e animais estudadas por Francisco Sampaio em 1782



Fonte: Elaborado pelo autor baseado em Sampaio (1971).

A leitura da obra de Francisco Sampaio deixa evidente a influência intelectual do botânico, zoólogo e médico sueco Carl Von Linné (1707-1778), uma vez que o autor demonstra conhecer a nomenclatura binária dos seres vivos vegetais e animais proposta pelo

naturalista sueco no livro *Systema naturae*. Na obra publicada em 1735, com apenas doze páginas, amplamente difundida e adotada no meio acadêmico do Ocidente setecentista, o sistema de classificação das plantas proposto por Linné estabelecia diferenças entre as plantas por seu sistema de reprodução (MARQUES, 1999, p. 97; MARTINS, 2008, p. 9; NOMURA, 2011, p. 33).

No tomo I, dedicado à botânica, Francisco Antônio de Sampaio (1971, tomo I) faz a descrição morfológica de 83 espécies de plantas. Delas foram feitos 170 desenhos, que foram gravados e reunidos em 20 “estampas”, entre as quais constam as espécies retratadas nas figuras 2 e 3. Além disso, nesse volume o autor registra sua rica experiência no uso das plantas do Recôncavo baiano com fins medicinais, que são didaticamente separadas de acordo com a maneira de uso e a ação farmacológica esperada (SAMPAIO, 1971, tomo I, p. 11).

Figura 2 – Gravuras de espécies da flora



Fonte: Sampaio (1971, tomo I, p. 90).

Nota: Figura 1, Jarrinha; Figura 2, Argueiro; Figura 3, Flor de Argueiro em grandeza natural;

Figura 4, Semente de Argueiro natural; Figura 5, Fedegoso; Figura 6, Flor de Fedegoso natural; Figura 7, Semente de Fedegoso natural; Figura 8, Malícia de Mulher natural; Figura 9, Malícia de Mulher murcha; Figura 10, Silícula da mesma erva; Figura 11, Sua Semente

natural.

Figura 3 – Gravuras de espécies da flora



Fonte: Sampaio (1971, tomo I, p. 95).

Nota: Figura 1, Coirana; Figura 2, Flor da Coirana, natural; Figura 3, A sua fruta, natural; Figura 4, Mariana; Figura 5, Huma folha em que se cria a flor, natural; Figura 6, A sua flor, natural; Figura 7, Erva da Costa; Figura 8, Mandacaru; Figura 9, Maxixe; Figura 10, Cana de Macaco [sic].

Portanto, com fins eminentemente terapêuticos, a botânica que, segundo Pereira (2013, p. 18), “[...] destacou-se como uma das ciências mais importantes do período moderno”, foi o primeiro objeto de estudo de Sampaio (1971). Em vista do objetivo, as espécies vegetais não são agrupadas por suas características morfológicas, mas de acordo com efeito esperado no tratamento das doenças:

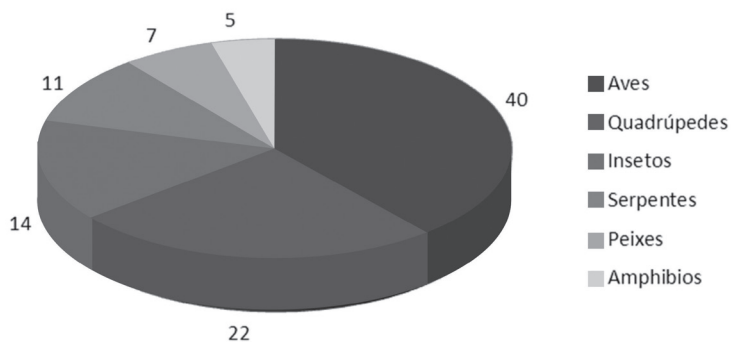
[...] resolutivos, detergentes, i[n]crassantes para o uso interno, adstringentes, purgantes e eméticos, desobstruentes, contravenenos e febrífugos, diaforéticos, antivenéreos, anticóli-

cos, anti-spasmódicos, refrigerantes e temperantes para o uso externo. (SAMPAIO, 1971, tomo I, p. 11; PEREIRA, 2013, p. 9).

Em seguida, a zoologia foi o campo da história natural que mereceu as observações e descrições de Francisco Sampaio (1971). Dos 22 animais “quadrúpedes ou brutos” descritos, o pesquisador lusitano do Recôncavo baiano registra que Carl von Linné também descreveu nove espécies. De forma similar, o naturalista sueco descreveu seis das 40 aves, dois dos 5 “amphibos”, cinco das 11 serpentes, quatro dos sete peixes e sete dos 14 insetos. Ainda no terreno da zoologia, em desacordo com a nomenclatura proposta pelo naturalista sueco, que diferenciava seis classes de animais,⁵ entre as quais os mamíferos, que Sampaio continuava a referenciar como “quadrúpede”, encontrados nos escritos zoológicos atribuídos a Aristóteles (SAMPAIO, 1971, tomo II, p. 1; SINGER, 1996, p. 44; NOMURA, 2011, p. 34).

Em vista da pesquisa, no tomo II, dedicado à zoologia, Sampaio faz a “descrição de vários animais estampados nas suas naturaes cores”. Usando parcialmente como referencial o sistema de classificação dos animais proposto por von Linné, o cirurgião descreve a “anatomia, o habitat e as virtudes e uso” de 99 espécies de aves, mamíferos, répteis, insetos, peixes e crustáceos de forma sistematizada (Gráfico 4). As gravuras (entre as quais estão as figuras de 4 a 14) estão distribuídas em 20 estampas “em que se mostram por números as figuras, retratadas com seus nomes, e adiante as páginas, onde se achão descriptos os animais”. (SAMPAIO, 1971, tomo II, p. 1).

Gráfico 4 – Espécies animais estudadas por Francisco Sampaio em 1789



Fonte: Elaborado pelo autor baseado em Sampaio (1971, tomo II).

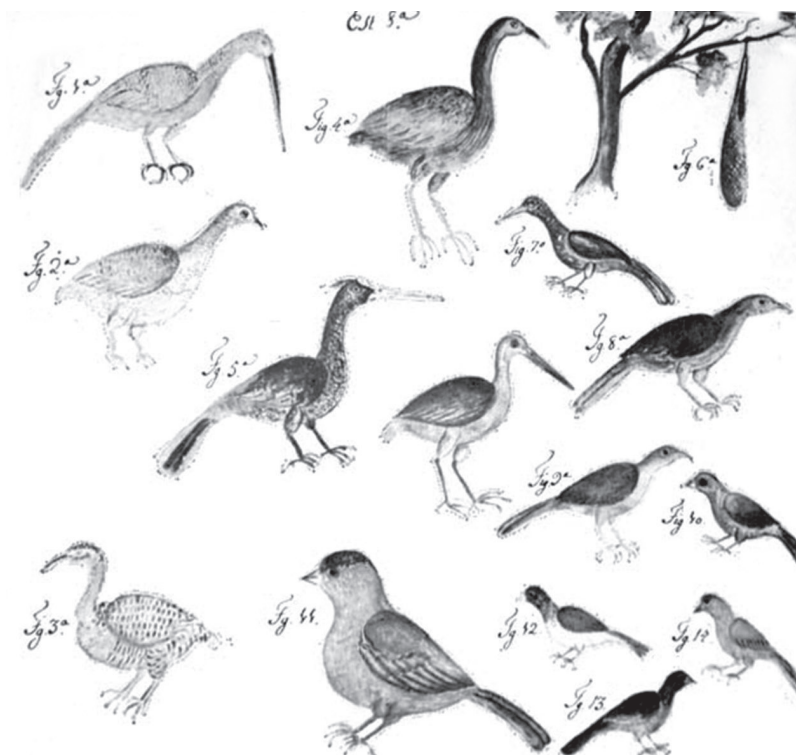
Figura 4 – Gravuras de aves



Fonte: Sampaio (1971, tomo II, p. 99).

Nota: Figura 1, Pega Brasileira; Figura 2, Jacú pomba; Figura 3, Jacú;
Figura 4, Sofrei; Figura 5, Jacenan; Figura 6, Beija-Flor;
Figura 7, Martin pescador; Figura 8, Outro Martin pescador menor.

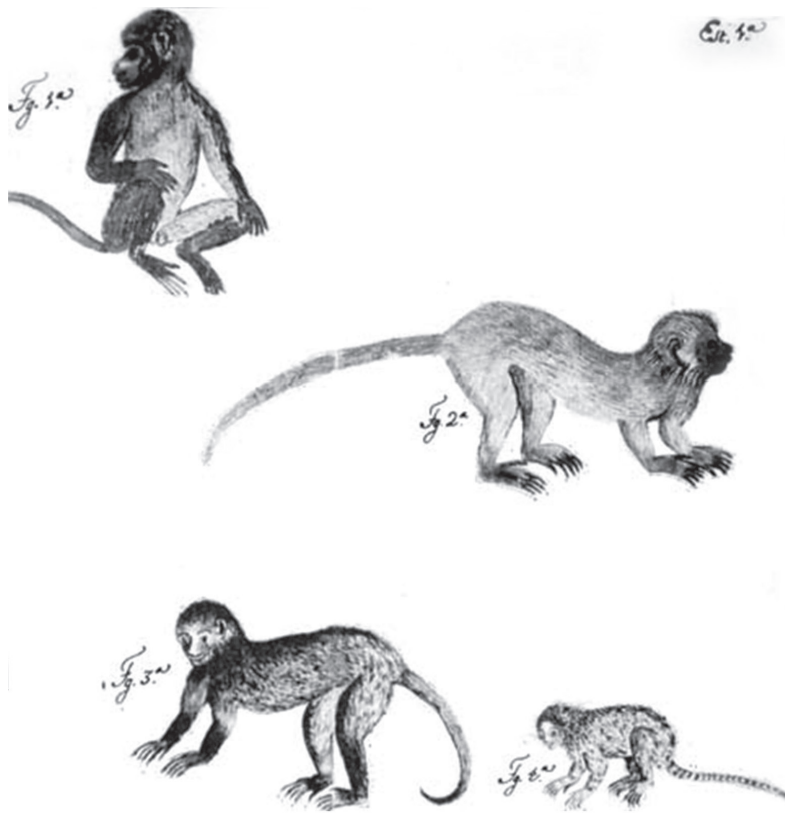
Figura 5 – Gravuras de aves



Fonte: Sampaio (1971, tomo II, p. 100).

Nota: Figura 1, Martin pescador; Figura 2, Zabelê; Figura 3, Napupé; Figura 4, Frango d'agoa; Figura 5, Rei congo; Figura 6, O ninho do Rei congo; Figura 7, Viuva; Figura 8, Sabiá verdadeira; Figura 9, Sabiá coca; Figura 10, Azulão; Figura 11, Caboculinho; Figura 12, Papa-capim; Figura 13, Curió; Figura 14, Canário.

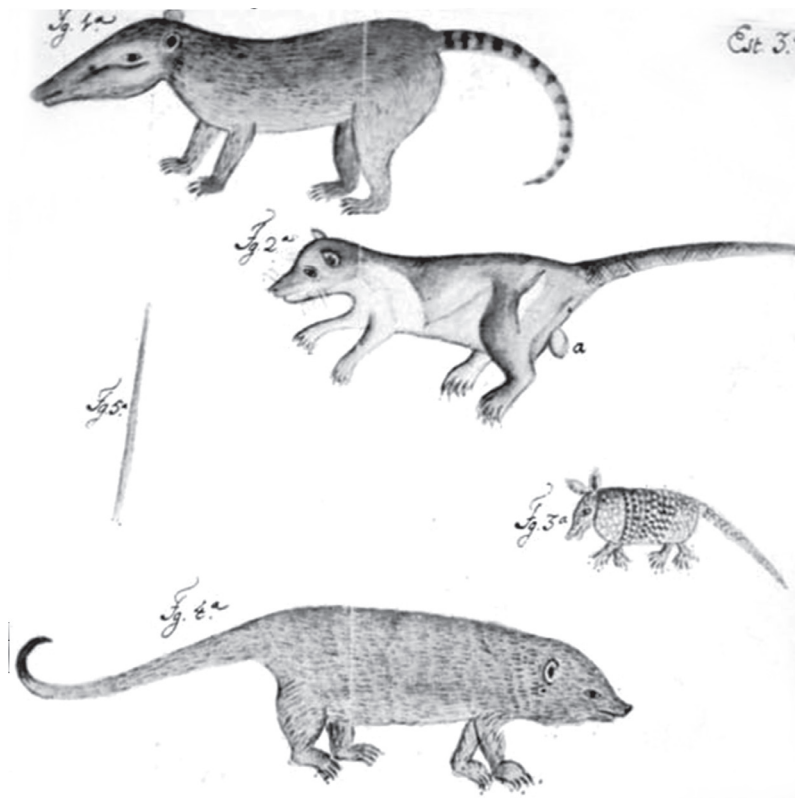
Figura 6 – Gravuras de quadrúpedes



Fonte: Sampaio (1971, tomo II, p. 93).

Nota: Figura 1, Guariba; Figura 2, Guigo; Figura 3, Macaco; Figura 4, Çagui.

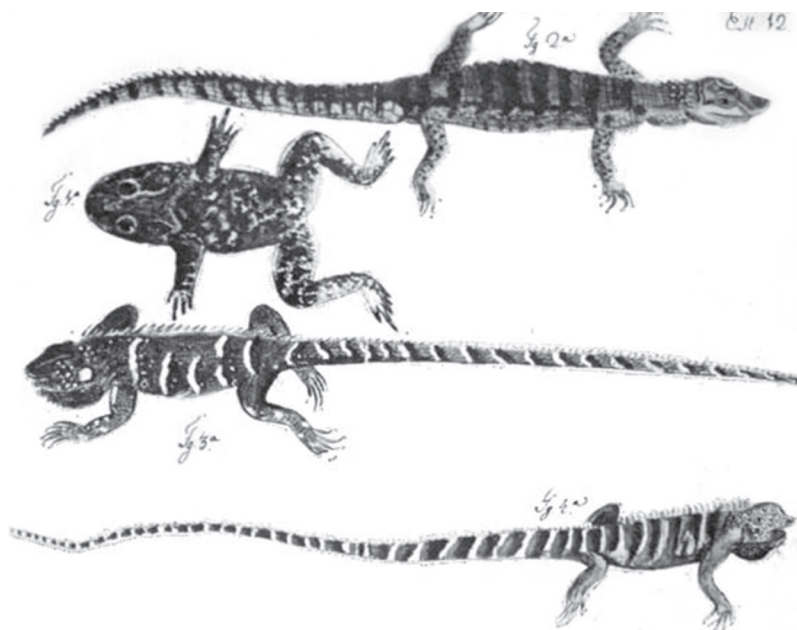
Figura 7 – Gravuras de quadrúpedes



Fonte: Sampaio (1971, tomo II, p. 87).

Nota: Figura 1, Quati mundé; Figura 2, Lontra; Figura 3, Tatui; Figura 4, Porco espinho.

Figura 8 – Gravuras de répteis



Fonte: Sampaio (1971, tomo II, p. 89)

Notas: Figura 1, Gia; Figura 2, Jacaré; Figura 3, Camaleão brasileiro;
Figura 4, Camaleão papa-vento.

Figura 9 – Gravuras de répteis



Fonte: Sampaio (1971, tomo II, p. 105).

Nota: Figura 1, Cobra cascavel; Figura 2, Giboia; Figura 3, Sucruiuba.

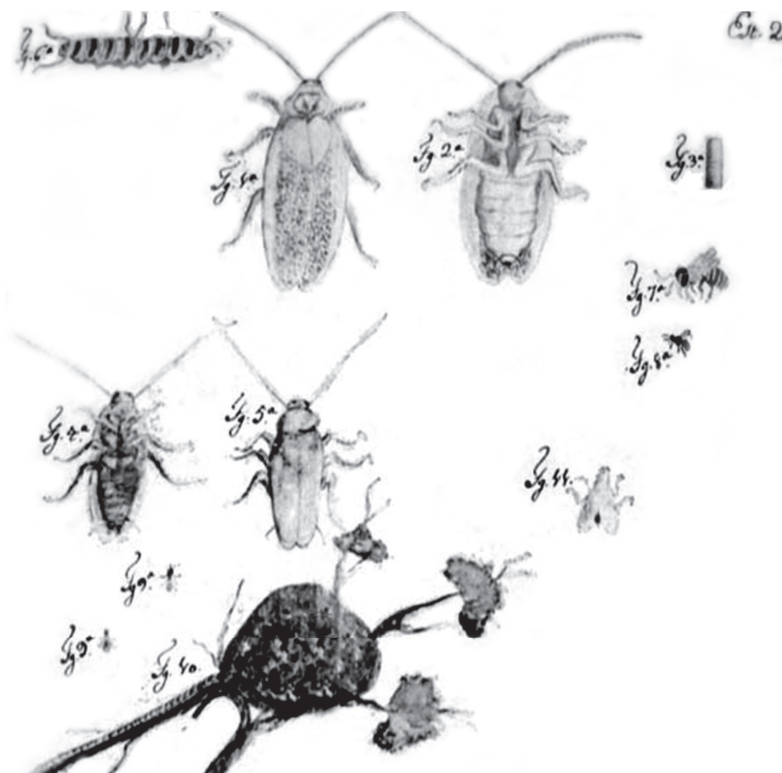
Figura 10 – Gravuras de insetos



Fonte: Sampaio (1971, tomo II, p. 90).

Notas: Figura 1, Bisouro maximo; Figura 2, Bisouro viridi-aureo.

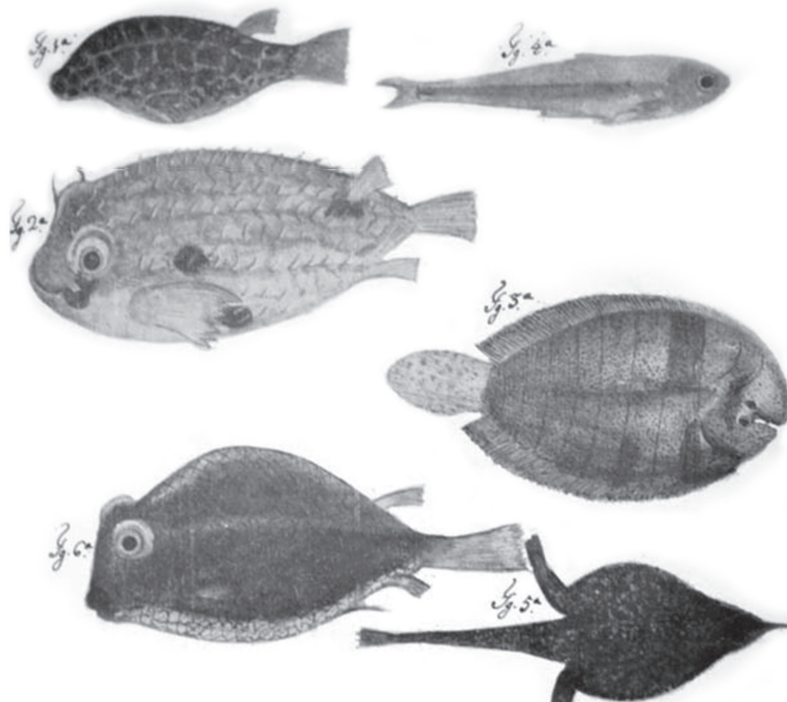
Figura 11 – Gravuras de insetos



Fonte: Sampaio (1971, tomo II, p. 112).

Nota: Figura 1 e 2, Baratta grande; Figura 3, Ovo de Baratta grande; Figura 4 e 5, Baratta menor; Figura 6, Lagarta; Figura 7, Abelha Oruçú; Figura 8, Abelha Gitai; Figura 9, Copim; Figura 10, Casa de Copim; Figura 11, Mosca Mutuca.

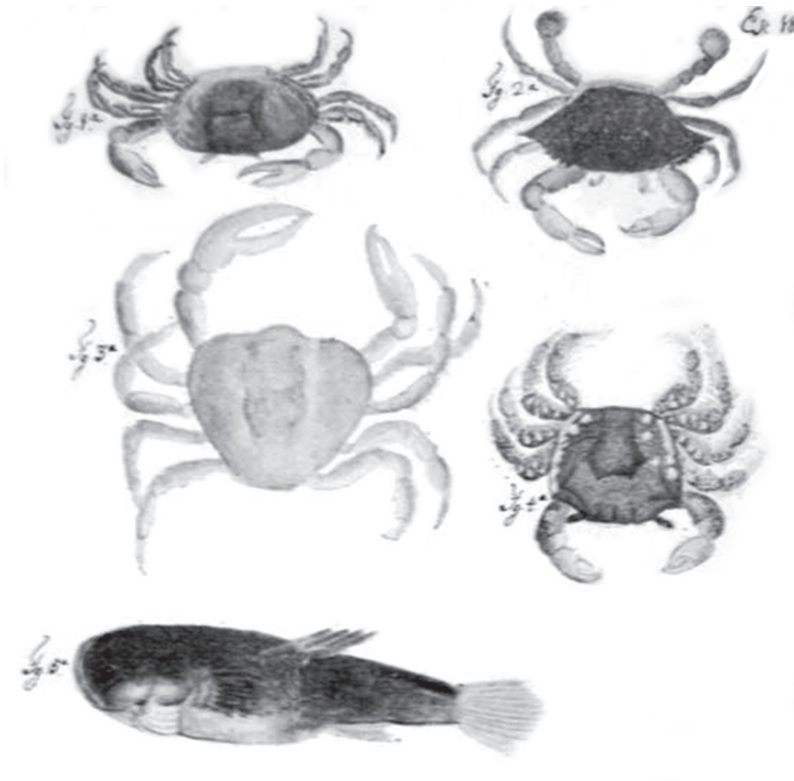
Figura 12 – Gravuras de peixes



Fonte: Sampaio (1971, tomo II, p. 108).

Nota: Figura 1, Baiacú verdadeiro; Figura 2, Baiacú de espinho; Figura 3, Aramaçã; Figura 4, Pititinga; Figura 5, Sapo marítimo; Figura 6, Taoca.

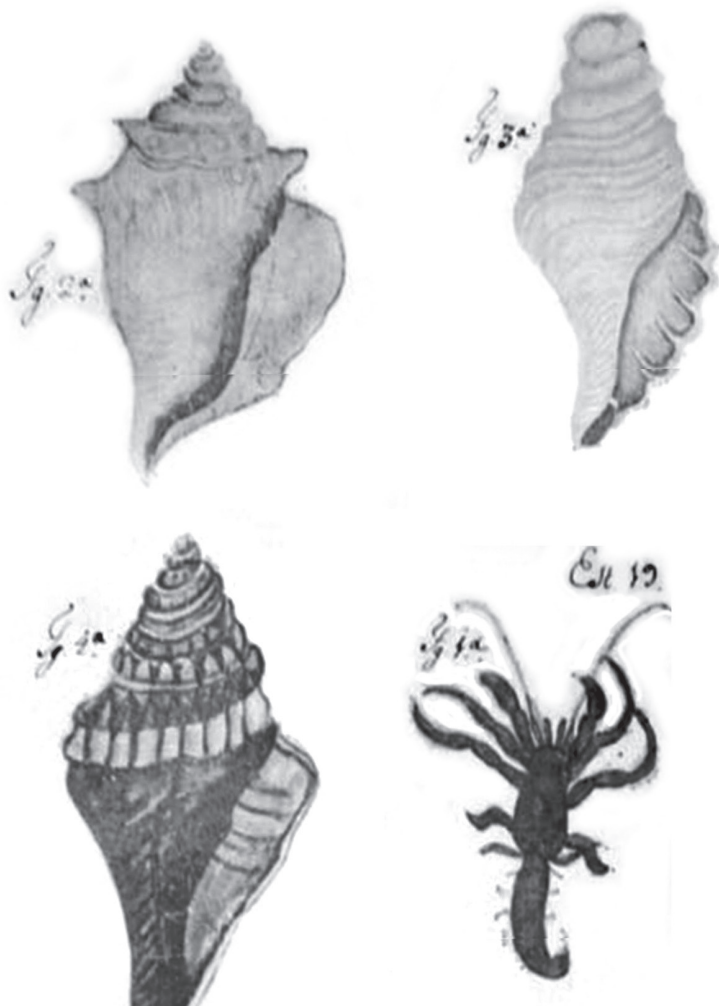
Figura 13 – Gravuras de peixe e crustáceos



Fonte: Sampaio (1971, tomo II, p. 110).

Nota: Figura 1, Carangueijo Ossá; Figura 2, Seri; Figura 3, Ganhamum;
Figura 4, Aratú; Figura 5, Moreya.

Figura 14 – Gravuras de moluscos e crustáceo



Fonte: Sampaio (1971, tomo II, p. 111).

Nota: Figura 1, Peguari; Figura 2, Caracol do Peguari;
Figura 3, Caracol, em que mete; Figura 4, Atapú.

AS ATIVIDADES TERAPÊUTICAS DE FRANCISCO SAMPAIO

As atividades terapêuticas de Francisco Antônio de Sampaio podem ser conhecidas pela obra *História dos reinos vegetal, animal e mineral do Brasil*, visto que oferece detalhes sobre práticas curativas intervencionistas ou cirúrgicas utilizadas pelos terapeutas que atuaram na Vila da Cachoeira, bem como a nosologia regional do Recôncavo baiano na época colonial. O autor se debruça especificamente sobre o maculo, ou “corrupção do bicho” e, além de propor a utilização da “erva do bicho”, faz uma detalhada descrição dos achados patológicos da “[...] enfermidade a que o vulgo, e alguns escritores denominam bicho”. (SAMPAIO, 1971, tomo I, p. 62).

Esta enfermidade não há outra *couza* mais que huma relaxação do *sphinter* do dito anu *ocazionada* pelo nímio calor que nos corpos infunde o clima americano. Os doentes desta queixa além de padecerem de febre, *anciedade*, prostação de forças, espreguiçamento, e outros mais sintomas, sofrem aquela relaxação do *sphinter* com tanto excesso, que de nenhuma sorte podem reter as fezes alvinas, e se constituem marasmadas até que *mizeravelmente* acabam a vida a violência de tão perniciosa doença. (SAMPAIO, 1971, tomo I, p. 62, grifos nossos).

Ainda sobre cirurgia, pode-se compreender a formação de Francisco Sampaio através de seu conhecimento sobre a anatomia, saber básico para o bom desempenho da atividade cirúrgica (Quadro 2). Embora sem descrever intervenções em humanos, ele demonstra conhecer esse campo do saber ao fazer relatos comparativos da morfologia humana com a constituição morfológica de outros animais. Referente à classificação dos últimos, inclusive, Sampaio utiliza termos empregados por Aristóteles,⁶ em diferentes textos.

Quadro 2 – Termos morfológicos usados por Francisco Sampaio em descrições anatômicas

Aparelho locomotor: mãos, braços, esqueleto, vértebras, espinha	Sistema respiratório: tórax, traqueia
Aparelho reprodutor feminino: ovário, tubas falopianas, útero, vagina, placenta, cordão umbilical, feto	Sistema digestório: esôfago, intestino, jejuno, íleo, cécum, cólon, recto, anus, fígado, vesícula biliar
Aparelho reprodutor masculino: pênis, testículo, vasos espermáticos	Sistema urinário: rins, bexiga ou vesica urinária, uretra

Fonte: Elaborado pelo autor baseado em Sampaio (1971, tomo II)

Quanto à anatomia animal comparada, campo de conhecimento relativo à zoologia, segundo Singer (1996, p. 44), historicamente os referenciais estão vinculados às obras de Aristóteles (384-322 a. C.), que na Antiguidade realizou observações com verdadeiro rigor científico sobre a reprodução de plantas e animais. Nesse campo, Sampaio também demonstra um amplo conhecimento ao fazer a descrição da morfologia do Guariba, “maior dos bugios brasileiros”, comparando-a com a anatomia humana.

As vísceras deste animal em pouco diferem das humanas, assim como os ossos, principalmente na região *thoracica*, braços, *maons*, e cabeça; tem porém mais cinco vertebrae na espinha, que o homem. Os ossos e *ischios* são mais compridos, e acanulados, mas os *pes* diferentes. Eu fiz hum esqueleto dos ossos desse bugio, tirando-lhe as cinco vertebrae, que tem demais; posto em *pe* parece esqueleto humano. (SAMPAIO, 1971, tomo II, p. 3, grifos nossos).

Registra-se que se devem a Aristóteles os estudos iniciais sobre a anatomia animal e a anatomia animal comparada, ou seja, as descrições anatômicas comparativas entre espécies diferentes. Considerado um dos primeiros biólogos, autor da *Historia animalium*, ele estudou o estômago de ruminantes, classificou cerca de 500 espécies de peixes, estudou a vida das abelhas, e a sua filosofia influenciou o pensamento anatômico ocidental por cerca de dois milênios (SINGER, 1996, p. 42; MENEZES, 1997, p. 50; TUBINO; ALVES, 2009, p. 1).

A *História dos reinos vegetal, animal e mineral do Brasil, pertencente a Medicina* pode ser incorporada ao conjunto de manuais de práticas fármaco-medicinais escritos em Portugal desde o início do século XVIII, devido a seu interesse pela farmácia e pela terapêutica. Conforme já relatado, Francisco Sampaio (1971) realizou descrições morfológicas didáticas de espécies vegetais e registra “suas virtudes, dozes, e methodo de as applicar nos enfermos”, no primeiro tomo da obra. Além disso, o autor utiliza um linguajar hipocrático-galênico para detalhar como preparar os remédios (Quadro 3), cujos efeitos determinam sua classificação de acordo com as indicações terapêuticas (SAMPAIO, 1971, tomo I, p. 11).

Os manuais fármaco-medicinais ou farmacopeias, fundamentados no conhecimento hipocrático-galênico, eram largamente utilizados tanto no ensino oferecido nas universidades quanto naquele em que um mestre orientava a formação prática e teórica de um aprendiz. Essas obras versavam sobre práticas terapêuticas médico-farmacêuticas, fabricação de drogas, composição de substâncias, além de conter a sistematização de diversas matérias-primas naturais utilizadas na produção de “remédios” e substâncias com finalidade terapêutica (GOMES, 2011, p. 1).

Quadro 3 – Remédios utilizados por Sampaio de acordo com suas virtudes

Adstringentes	São os preparados que apertam, cerram, uni os poros ou mundificam
Antivenéreos	Atuam contra doença venérea, mal francês ou gálico
Anticolicos	Atuam no tratamento das dores de cólicas (Antiespasmódicos)
Contravenenos	Curam o veneno ou são contrapeçonhentos
Detergentes	São aplicados externamente e limpam ou desbridam feridas, úlceras ou chagas, favorecendo a cicatrização
Diaforéticos	São remédios sudoríferos ou que estimulam a transpiração
Desobstruentes	Atuam contra obstruções
Febrífugos	Afugentam a febre
I[n]crassantes	Atuam com encrassantes ou engrossantes
Eméticos	São remédios que provocam vômitos
Purgantes	Purificam, afinam, apuram ou limpam por meios de purga
Rezolutivos	Tem a virtude de resolver, recolher tumores e inflamações
Refrigerantes	Diminuem o calor interno do corpo
Temperantes	Abrandam ou moderam algum mal

Fontes: Elaborado pelo autor baseado em Sampaio (1971, v. 1; MARTINS, 2008).

Por sua vez, no tomo II, que “contem a descrição de vários animais estampados nas suas naturaes cores”, Sampaio (1971, v. 2, p. 1) também indica de forma sistematizada os diferentes remédios de origem animal para o tratamento de doenças que afligiam os moradores do Recôncavo baiano. Para tal, utiliza termos referentes à classificação dos seres vivos consagrados desde a Antiguidade (Tabela 1). Não esquecendo as artes de curar, destaca que dos 99 animais descritos, 20 diferentes espécies podem ser utilizadas para o preparo de remédios (SAMPAIO, 1971, v. 2, p. 1; SINGER, 1996, p. 44).⁷

Classe	Número descrito	Número utilizado
Quadrúpedes	22	5
Aves	40	1
Amphibios	5	3
Serpentes	11	2
Peixes	7	3
Insectos	14	6
Total	99	20

Tabela 1 – Classificação de animais utilizados no preparo de remédios “simples”

Fonte: Elaborado pelo autor baseado em Sampaio (1971, tomo II).

Ademais, ao longo do texto dos dois volumes conhecidos da obra de Francisco Antônio Sampaio (1971), o pesquisador registra nomes de autores contemporâneos setecentistas, pelo que demonstra possuir um razoável conhecimento de suas obras e que, por certo, lhe servem como referência. Além do sueco Carl von Linné, são referenciados os portugueses Francisco da Fonseca Henriquez (1665-1731),⁸ cujo trabalho *Âncora medicinal* foi publicado em 1721, e Manoel Rodrigues Coelho, autor da obra *Farmacopeia tubalense*, publicada em 1735 (SAMPAIO, 1971; HENRIQUEZ, 2004, p. 18; NOMURA, 2011, p. 34; GOMES, 2012, p. 76).

Segundo Sérgio de Paula Santos (HENRIQUEZ, 2004), a obra *Âncora medicinal* representa o primeiro tratado de nutrição em língua portuguesa. Médico da Corte de D. João V, integrado ao ambiente cultural hegemônico no reino lusitano setecentista, Henriquez utilizava conceitos firmados por Hipócrates, Galeno, Avicena e propalados pela Escola de Salerno. Dr. Mirandela, valeu-se dos conhecimentos científicos da época para abordar os problemas relacionados com os hábitos de vida e orientar como se poderia conservar a vida com saúde (HENRIQUEZ, 2004, p. 17).

Quanto ao boticário lusitano Manoel Rodrigues Coelho, objetivando corrigir distorções no campo da farmácia e da produção de remédios, publicou em 1735 a *Pharmacopea tubalense chimico-galenica*. Nascido em Setúbal no ano de 1687, Rodrigues Coelho recebeu licença para exercer o ofício de boticário em 1707, e publicou a primeira edição de sua obra em Coimbra. Segundo Marques (1999), a obra de Rodrigues Coelho foi um dos livros sobre farmácia que mais circulou no império português, desde a primeira edição, e o sucesso pode ser atribuído à inclusão, por parte do autor, de orientações referentes às formulações dos remédios galênicos e químicos (MARQUES, 1999, p. 74; GOMES, 2012, p. 45).

No campo das relações profissionais, além de cirurgião, Francisco Antônio de Sampaio foi licenciado para curar da medicina, exercendo essa atividade na condição de “partidista” no Hospital São João de Deus e pelo Senado da Câmara da Vila da Cachoeira. Em vista disso, ele manteve vínculos profissionais com as duas instituições, atendendo pacientes hospitalizados e, em paralelo, residentes da vila cujos cuidados com a saúde eram facultativamente assumidos pelo Senado da Câmara.

Referente a esse tema, em um estudo sobre os cuidados prestados aos doentes pobres pelos terapeutas contratados para tal fim, tanto pelo Conselho dos Municípios quanto por hospitais, Coelho (2014) relata que, em Portugal, era facultada às Câmaras que tivessem condições financeiras a contratação de profissionais das artes de curar para assistirem os pacientes necessitados. Para tal, esses terapeutas eram “renumerados como *somma certa*, e não por visita”

e, segundo o autor, possivelmente foi por essa razão que o médico passou também a ser designado pelo cognome de “facultativo”.

Eram pagos pelos impostos municipais e contratados pelas Câmaras, que posteriormente solicitavam à Coroa sua provisão definitiva para um lugar a que chamavam de “partido médico”. O desempenho destes partidistas consistia em “curar” os doentes pobres dos municípios contratantes, embora alguns deles pudessem assistir, em paralelo, nos hospitais, onde estes existissem, fossem propriedade ou geridos pelas Misericórdias, bem como exercer o “pulso livre”. (COELHO, 2014, p. 32).

Em vista da análise apresentada, os estudos filosóficos naturais desenvolvidos por Sampaio, cujos manuscritos dos dois volumes conhecidos foram encaminhados para a Academia de Ciências de Lisboa nos anos de 1782 e 1789, respectivamente, demonstram a circulação de ideias da Ilustração no Brasil colonial e a prática da ciência com base nos métodos validados à época.

Pode-se afirmar que Francisco Antônio de Sampaio legou à posteridade um relevante trabalho de natureza científica sobre flora, fauna e práticas das artes de curar no Recôncavo baiano. Essa pioneira contribuição permite identificá-lo como um dos mais profícuos pesquisadores e terapeutas que atuaram na Vila da Cachoeira, bem como, um importante estudioso no campo da história natural da Capitania da Bahia setecentista.

FONTES

ARQUIVO HISTÓRICO ULTRAMARINO

PORTUGAL. Arquivo Histórico Ultramarino. *Documento 281*. Cx. 3. Lisboa, 1699.

PORTUGAL. Arquivo Histórico Ultramarino. *Documento 08*. Cx. 56. Salvador, 1736.

PORTUGAL. Arquivo Histórico Ultramarino. *Documento 60*. Cx. 270. Salvador, [17--?].

PORTUGAL. Arquivo Histórico Ultramarino. *Documento 62*. Cx. 270. Salvador, [17--?].

PORTUGAL. Arquivo Histórico Ultramarino. *Documento 93*. Cx. 268. Salvador, 1825.

COMPANHIA DE JESUS. *Collecção de varias receitas e segredos particulares da principaes boticas de nossa Companhia oriundas de Portugal, da Índia, de Macáo, e do Brazil*. Roma: Companhia de Jesus, 1766. Manuscrito do Archivum Romanum.

PORTUGAL. Arquivo Nacional da Torre do Tombo. Chancelaria Régia de D. José I. *Livro 70*. Lisboa, [1762].

SAMPAIO, Francisco Antônio de. História dos reinos vegetal, animal e mineral do Brasil, pertencente à medicina. *Anais da Biblioteca Nacional*, Rio de Janeiro, v. 69, p. 1-91, 1971.

Referências

ALMEIDA, Danielle Sanches de. *Entre lojas e boticas: o comércio de remédios entre o Rio de Janeiro e Minas Gerais (1750-1808)*. 2008. 146 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

ANAIS DA BIBLIOTECA NACIONAL. Rio de Janeiro: Biblioteca Nacional, v. 31, p. 1-678, 1913.

CERQUEIRA, João Batista de. Da cirurgia à medicina: a evolução das artes de curar na Bahia oitocentista. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM HISTÓRIA DAS CIÊNCIAS, 2., 2011, Salvador. *Anais...* Salvador: Ufba, 2011. p. 140-157.

COELHO, José Abílio. Facultativos dos partidos municipais: cuidados médicos prestados aos doentes pobres nos conselhos e nos hospitais. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA COLONIAL, 4., 2014, Belém. *Anais...* Belém: Açaí, 2014. v. 15, p. 30-42.

FALCÃO, Edgard de Cerqueira; FERREIRA, Arnaldo Amado (Orgs.). *Lições e conferências do Prof. Oscar Freire*: obra póstuma antecedida de um In memoriam coligida. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1968.

FRAGOSO, Hugo. *São Francisco do Paraguaçu*: uma história sepultada sob ruínas. Salvador: Secretaria da Cultura e Turismo, 2004.

GOMES, Leonardo Gonçalves. Animais que curam: circulação de saberes e medicamentos de origem animal no reino português. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 26., 2011, São Paulo. *Anais...* São Paulo: Anpuh, 2011. p. 1-15.

GOMES, Leonardo Gonçalves. *A farmacopeia tubalense de 1735 e a construção de um modelo para a farmácia portuguesa setecentista*. 2012. 114 f. Dissertação (Mestrado em História Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, São Gonçalo, 2012.

GURGEL, Cristina. *Doenças e curas*: o Brasil nos primeiros séculos. São Paulo: Contexto, 2010.

HENRIQUEZ, Francisco da Fonseca. *Âncora medicinal*: para conservar a vida com saúde. Cotia: Ateliê, 2004.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. *Natureza em boiões*: medicinas e boticários no Brasil setecentista. Campinas: Centro de Memória da Unicamp; São Paulo: Fapesp, 1999.

MARTINS, Anna Paula (Org.). *Eu observo e descrevo*: relatos de Francisco Antônio Sampaio. Rio de Janeiro: Dantes, 2008.

MENEZES, Orlando Bastos de. *A zoologia de Aristóteles*. Feira de Santana: Editora da Uefs, 1997.

NABUCO, Manuel Fernandes. *Observações medico-cirúrgicas e anatômicas: em que se demonstra o efeito das altas doses de ópio contra as contrações convulsivas resultantes das feridas*. Porto: [s.n.], 1949.

NOMURA, Hitoshi. Carl von Linné (1707-1778), o patrono da nomenclatura binária dos seres vivos. *Atualidades Ornitológicas On-line*, Ivaiporã, n. 159, p. 33-36, jan./fev. 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2sVEphu>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

PEREIRA, Rodrigo Osório. *O Império botânico: as políticas portuguesas para a flora da Bahia atlântica colonial (1768-1808)*. 2013. 336 f. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

PIMENTA, Tânia Salgado. Barbeiros-sangradores e curandeiros no Brasil (1808-28). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 349-374, out. 1998.

PIMENTA, Tânia Salgado. Terapeutas populares e instituições médicas na primeira metade do século XIX. In: CHALHOUB, Sidney (Org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil: capítulos de história social*. Campinas: Editora Unicamp, 2003. p. 307-330.

PRESTES, Maria Elice Brzezinski. *A investigação da natureza no Brasil colônia*. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2000.

RIBEIRO, Lourival. *Medicina no Brasil colonial*. Rio de Janeiro: Sul Americana, 1971.

RIBEIRO, Márcia Moisés. *A ciência dos trópicos: a arte médica no Brasil do século XVIII*. São Paulo: Hucitec, 1997.

ROONEY, Anne. *A história da medicina: das primeiras curas aos milagres da medicina moderna*. Tradução Rosa Maria Lúcia. São Paulo: M. Books, 2013.

SANTOS, Georgina Silva dos. A arte de sangrar na Lisboa do Antigo Regime. *Tempo*, Niterói, v. 10, n. 19, p. 43-60, jul./dez. 2005.

SANTOS FILHO, Lycurgo de Castro. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Hucitec; Edusp, 1977. v. 1.

SÃO PAULO, Fernando. *Linguagem médica popular no Brasil*. Salvador: Itapuã, 1970. v. 2.

SINGER, Charles Joseph. *Uma breve história da anatomia e fisiologia desde os gregos até Harvey*. Tradução Marina Rachel Araújo. Campinas: Editora Unicamp, 1996.

THOMAS, Keith. *Religião e o declínio da magia: crenças populares na Inglaterra, séculos XVI e XVII*. Tradução Denise Bottmann e Tomás Rosa Bueno. São Paulo: Companhia de Letras, 1991.

TUBINO, Paulo; ALVES, Elaine Maria de Oliveira. *Medicina pós-hipocrática*. Brasília, DF: [s.n.], 2009. Manuscrito.

NOTAS

- ¹ Para Keith Thomas (1991), em muitas sociedades primitivas é impossível traçar a linha divisória entre magia e religião. Segundo esse estudioso, para alcançar as graças ou benefícios, a diferença essencial entre as preces de um religioso e os encantamentos de um mago era de que apenas estes últimos pretendiam funcionar automaticamente, nunca falhar, salvo se um mago rival fizesse uma contramagia mais forte. Já nas preces, que são uma forma de súplica, o religioso não tinha a certeza de êxito, e estas não seriam atendidas se Deus não quisesse concedê-las (1991, p. 47).
- ² Segundo Fernando São Paulo (1970, p. 302), nas artes de curar, purgar (defecar, vomitar, supurar) é originar corrimento. O ato terapêutico é realizado por estímulos físicos ou químicos.
- ³ A descrição feita pelo autor sobre suas qualificações demonstra que ele não era médico e sim cirurgião, entretanto “com licença para curar de medicina” como era comum no Brasil colônia, especialmente devido à carência de médicos regularmente formados (CERQUEIRA, 2011, p. 140).

- ⁴ O médico ou cirurgião partidista ou do partido era o profissional contratado pelo Senado da Câmara, ou seja, pelo poder público, para tratar os pobres, presidiários e necessitados (RIBEIRO, 1997, p. 33).
- ⁵ No campo da zoologia, von Linné escolheu diferentes órgãos como base para classificar quatro das seis classes de animais: dentes, no caso dos mamíferos; bico, no caso das aves; nadadeiras, nos peixes; e asas, para os insetos (NOMURA, 2011, p. 34).
- ⁶ Segundo Charles Singer (1996, p. 44), embora Aristóteles não tenha criado a classificação formal dos animais, são encontrados em seus textos, de forma dispersa, termos que sugerem uma tentativa de classificação.
- ⁷ Estudando o comércio de remédios entre as Capitanias do Rio de Janeiro e de Minas Gerais entre os anos de 1777 e 1803, Almeida (2008, p. 116) constatou que 73% dos remédios vendidos à população eram classificados como “simples”, ou seja, formulados a partir de um único componente.
- ⁸ Conhecido como dr. Mirandela, por ser natural de uma cidade de mesmo nome, situada na região do Alto Douro, em Portugal.

A PESTE BUBÔNICA NOS SERTÕES DA BAHIA: POLÍTICA E COTIDIANO NO RAIAR DO SÉCULO XX

*Cleide de Lima Chaves
Tatiane Pereira Amorim*

Este estudo busca analisar o aparecimento da epidemia de peste bubônica na cidade de Vitória da Conquista, no interior baiano, entre 1927 e 1928, com as relações políticas, as condições de vida da população local e a estrutura de saúde existentes no período. Buscamos contribuir com estudos da história da saúde e das doenças no interior do Brasil, haja vista que já há uma importante produção sobre boa parte das capitais brasileiras. O surto de peste bubônica atingiu o Brasil em 1899 e a Bahia em 1904, alastrando-se para o interior do estado na década seguinte. A pesquisa se baseou nos jornais que circulavam na Bahia neste período, nas atas do Conselho Municipal, nos registros de óbito e na bibliografia existente sobre a temática no Brasil e na América Latina. Partimos da compreensão de que o fenômeno epidêmico é capaz de revelar as práticas sociais, as relações políticas e a imagem que uma sociedade tem de si mesma.

A grande pandemia de peste bubônica, iniciada entre os anos de 1348 e 1350 e encerrada no século XVIII, devastou o continente europeu e ceifou cerca de um terço de sua população, provocando uma das maiores catástrofes demográficas no Ocidente. De acordo com Robert Delort (1991), houve três grandes pandemias de peste bubônica, sendo a primeira em 451, denominada peste de Justiniano,

a segunda entre os séculos XIV e XVIII, já citada, e uma terceira pandemia, oriunda de Hong-Kong, na China, em 1894, e que percorreu o mundo até as primeiras décadas do século XX.

Até o final do século XIX, acreditava-se que as medidas sanitárias adotadas nos portos europeus e americanos, bem como o início da implementação de medidas higiênicas nos centros urbanos, seriam capazes de deter a peste. No entanto, ela reapareceu com força, de acordo com Márquez Valderrama:

No fim do século XIX, o comércio internacional e a navegação à vapor facilitaram a difusão universal da peste que surgiu em Yunnan, China, em 1891, e tomou o seguinte curso: Hong Kong, 1894; Bombaim, 1896; Suez, 1897; Madagascar, 1898; Portugal e continente americano, 1898; Austrália, 1900. (MÁRQUEZ VALDERRAMA, 2001, p. 133, tradução nossa).¹

Apesar de ser uma doença antiga, a descoberta de seu agente causador ocorreu no final do século XIX, com os avanços da bacteriologia e da epidemiologia que permitiram a descoberta dos agentes de transmissão e propagação de muitas enfermidades. Do grande cataclismo do século XIV até as ondas epidêmicas dos séculos posteriores, essa doença afetou diversos povos e regiões do planeta. O termo *pestis*, do latim, designa flagelo em geral, e em francês designa todas as doenças contagiosas, por isso tornou-se comum associar os eventos epidêmicos a períodos “das pestes”. A partir do início do século XX, como afirmam Sournia e Ruffié (1986, p. 79), “não podemos empregar este termo senão perante certos sintomas clínicos, e depois da identificação do bacilo *yersinia pestis* [o agente da peste bubônica]”.

No Brasil, a peste desembarcou no porto de Santos, no estado de São Paulo, em outubro de 1899, que era o segundo mais importante porto do país naquele momento. Dilene Nascimento (2011, p. 68) analisa a chegada da doença no país e acredita que a peste

tenha vindo da cidade do Porto, em Portugal, e que a partir de Santos “[...] assolou várias cidades brasileiras no século XX”.

Apesar de não ter provocado uma mortalidade elevada no porto paulista, a epidemia de peste propiciou a criação, em 1899, das duas maiores instituições produtoras de soros e vacinas no Brasil até a atualidade, o Instituto Serumterápico de São Paulo (atual Instituto Butantan) e o Instituto Soroterápico Federal, no Rio de Janeiro (atual Fundação Oswaldo Cruz).² A alta procura pela vacina produzida no Instituto Pasteur de Paris e a crescente demanda no Brasil por soro e vacina antipestosos promoveram a articulação dos médicos bacteriologistas Oswaldo Cruz e Vital Brasil, que

[...] desejosos de implementar no Brasil a produção de soro e da vacina contra a peste, viam nas futuras instituições, encarregadas da missão, a trincheira a partir da qual poderiam conduzir, vitoriosos, o combate pela fundação da bacteriologia no país. (NASCIMENTO, 2011, p. 77).

No ano seguinte à chegada da peste bubônica no Brasil, a epidemia adentrava a capital federal, o Rio de Janeiro, nos primeiros dias do ano de 1900, apesar das medidas adotadas para proteger a capital, com o estabelecimento de quarentenas aos navios vindos de portos infectados. Dilene Nascimento e Matheus Silva (2013, p. 1283) apontam o caminho percorrido pela epidemia a partir daí:

Só na capital federal, em 1900 e 1901, morreram cerca de quinhentos indivíduos. Além disso, a peste, que já havia atingido várias cidades do estado de São Paulo, espalhou-se para outras áreas do país, como São Luís do Maranhão, Porto Alegre, Recife e algumas cidades do estado do Rio de Janeiro.

O aparecimento da epidemia de peste bubônica na capital do estado da Bahia ocorreu no ano de 1904. Salvador, como cidade portuária, era porta de entrada de muitas embarcações e pessoas, mas também de diversas enfermidades que assolaram a cidade no início do século XX, como a febre amarela, varíola, cólera, disenteria, tuberculose e malária. A quase inexistente infraestrutura sanitária na capital baiana e os índices alarmantes de pobreza propiciavam a existência endêmica dessas doenças. Segundo Castro Santos (1998),

A peste invadiu a cidade em 1904. As autoridades federais e estaduais tentaram sem sucesso estabelecer um cordão sanitário em volta do porto. Pacífico Pereira, diretor de Saúde Pública, recomendou a adoção de medidas defensivas na cidade, tais como o extermínio dos ratos, a recuperação de velhos edifícios no centro de Salvador, o fechamento de porões e sótãos e a completa remoção do lixo. De acordo com a legislação existente, essas medidas tinham de ser realizadas pela municipalidade, sobre a qual o governo estadual exercia pouco controle. Isso constituía um obstáculo à adoção de medidas sanitárias, pois as autoridades municipais sempre evitaram entrar em choque com os interesses comerciais locais, ameaçados pelos planos de renovação urbana. Depois de ter invadido o porto, a doença espalhou-se livremente até os arredores de Salvador.

De acordo com Christiane Souza (2009), a peste chegou à capital do estado no momento em que se discutia e se implementava um aparato de assistência à saúde, ainda que pequeno e deficiente. Os governos estaduais – entre 1896 e 1912 – se preocuparam em legislar, dividindo as responsabilidades do estado e dos municípios no que se refere ao saneamento e aos serviços de assistência à saúde,

ainda que na prática essa legislação fosse “letra morta”, como foi o caso do Instituto Bacteriológico e Vacinogênico, que:

Marcelino sancionou lei que estabelecia a criação do Instituto Bacteriológico, Anti-Rábico e Vacinogênico (Leis e Resoluções do Estado da Bahia, Lei nº 628, de 14 de setembro de 1905). Contudo, apesar de os governadores baianos reconhecerem a necessidade de um instituto de pesquisas bacteriológicas na Bahia, editando sucessivas leis que previam sua criação, somente no governo de Araújo Pinho (1908-1911) foi construído um edifício próprio para a instalação daquela repartição (MONIZ DE ARAGÃO, 1916, p. 31). As instalações, porém, só foram inauguradas no governo do seu sucessor – J. J. Seabra (1912-1916). (SOUZA, 2009, p. 69).

Mesmo com o início da organização do serviço sanitário em Salvador,

nenhuma dessas medidas pôde impedir que a Bahia fosse invadida pela peste bubônica, em 1904. De acordo com o conselheiro Luiz Anselmo da Fonseca, a culpa daquela situação cabia à União, que não cumprira, ou executara mal, a tarefa de proteger o porto de Salvador da invasão de doenças exógenas. (SOUZA, 2009, p. 70).

Esse relato aponta para os embates entre o estado e a Federação e a forte descentralização política ocorrida nas primeiras décadas do período republicano, que dificultaram a implementação de um serviço de saúde pública nacional e interligado e que atendessem às necessidades existentes nos três níveis de organização política: municípios, estados e União.

Após 1904, a peste bubônica permaneceu na Bahia ainda por algumas décadas. O governador J. J. Seabra (1912-1916) apresentou em seu relatório de 1913 as estatísticas relacionadas à peste bubônica em Salvador, informando que

[...] quanto a peste, tivemos 83 casos em 1912, 72 em 1911, 167 em 1910, 147 em 1909, 73 em 1908, 128 em 1907, 150 em 1906, 10 em 1905 e 207 em 1904, quando surgiu pela primeira vez entre nós. (BAHIA, 1913).

O relatório apontava que a doença oscilava na cidade, mas não deixava de se fazer presente ano após ano.

Na década seguinte, em 1910, a peste bubônica alcançou os pequenos centros urbanos no interior da Bahia. Encontramos notícias de focos epidêmicos em Juazeiro entre os anos de 1914 e 1916 (SOUZA, 2009), em Campo Formoso entre 1919 e 1920 (CASTRO SANTOS, 1998), e no ano de 1927, as cidades de Seabra (BATISTA, 2017) e Vitória da Conquista tiveram que enfrentar a epidemia da peste bubônica.

Além desta doença, que se espalhou por todo o país após 1899, outra epidemia, mais devastadora, foi a de gripe espanhola, que aportou no Brasil em 1918, atingindo quase todos os estados, dentre eles a Bahia (SOUZA, 2009). A “espanhola” no país forçou uma mudança importante nos falhos serviços de saúde prestados pelo governo federal, como salienta Gilberto Hochman (2006, p. 135):

O episódio da gripe espanhola e a permanente ameaça da febre amarela revelam duas dimensões do problema da interdependência. A tragédia causada pela *influenza*, em fins de 1918, foi um evento único mas, porque dramático, acentuou a percepção da interdependência social e da fragilidade individual diante de uma epidemia. A ameaça da febre amarela, por conta da presença endêmica em certas áreas

do país, aguçava a compreensão por parte das elites estaduais da interdependência territorial e do perigo do problema continuar sob a responsabilidade dos estados. [...] A falência dos serviços sanitários significaria, nessa linha de argumentação, a necessidade de sua reforma e ampliação, e a extensão de sua autoridade.

Dessa forma, após muita discussão e muitos acordos políticos, o Congresso Nacional aprovou a criação de um novo organismo federal com amplos poderes, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920. Esse novo órgão permitia que o poder central interviesse nos serviços estaduais de saúde pública a partir de convênios firmados entre a União e os estados, implementando medidas sanitárias para a profilaxia rural e o combate a diversas endemias. No que se refere ao tratamento das epidemias,

[...] em especial de peste bubônica e de febre amarela, os serviços de profilaxia rural instalados em zonas epidêmicas poderiam se encarregar de seu combate, com a ressalva da necessidade de autorização dos governos estaduais. (HOCHMAN, 2006, p. 186).

A Bahia assinou o acordo com o governo federal em 1921 para “a realização dos serviços de profilaxia rural de combate à sífilis e às doenças venéreas, de luta antituberculose e de higiene infantil” (BATISTA, 2017), e esse convênio foi renovado até o ano de 1930. A partir daí, a Bahia se engajava na reforma sanitária iniciada pelo governo federal, e a capital começava a melhorar suas condições gerais de saúde, embora ainda faltasse superar grandes obstáculos, como o inexistente sistema de esgoto na cidade.

O interior baiano, todavia, não obteve as mesmas melhorias no que se refere à saúde após as reformas sanitárias da década de 1920. Como afirma Castro Santos (1998),

[...] se o balanço das condições de saúde na capital mostra algum progresso, o interior da Bahia – tanto as áreas urbanas quanto as rurais – ficou claramente para trás. Por um lado, o interior continuou a abrigar frequentes surtos epidêmicos até o final da década de 1920.

É nesse contexto de disputas políticas e estruturação do Estado republicano que aparece, no ano de 1927, na cidade de Vitória da Conquista, a epidemia de peste bubônica.

Pretendemos, então, articular o surgimento deste surto epidêmico com as condições sociais e as relações políticas estabelecidas, bem como as respostas produzidas pela medicina e pela sociedade para combater a doença em Vitória da Conquista.

O cenário político-administrativo do Brasil nas primeiras décadas do século XX foi marcado pelas relações de poder baseadas no coronelismo e mandonismo (CARVALHO, 1997), nas quais os homens mais abastados divergiam entre si pela posse de terras e pelo monopólio do poder. A cidade de Conquista, assim como outras cidades de diversas regiões do país, se inseria neste contexto e foi palco de diversos conflitos provocados por parentelas lideradas por coronéis em prol da manutenção do poder.

A Tragédia do Tamanduá e a Guerra dos Peduros e Meletes exemplificam bem essa política oligárquica. A Tragédia ocorreu em 1895 e consistiu em um caso de lutas de família, iniciando com o assassinato de dois irmãos e conseqüentemente resultando na vingança premeditada por Calixto de Almeida Freire contra o subdelegado Afonso Lopes Ferraz Moitinho e o coronel Domingos Ferraz de Araújo, cujo saldo do embate armado foi de vinte e duas pessoas assassinadas (IVO, 2004, p. 22).

A Guerra dos Peduros e Meletes foi um conflito armado entre facções políticas rivais, em grande medida resultante das disputas locais associadas às dissidências políticas em âmbito estadual, em 1915. As relações com o poder político estadual se aprofundaram especialmente no governo de J. J. Seabra (1912-1916),

[...] quando este saiu do Diretório do Partido Republicano Conservador, em agosto de 1913, e fundou o Partido Republicano Democrata da Bahia, passando a ter sob seu comando um partido para reunir seus correligionários. (NOVAIS, 2011, p. 37).

E, mais ainda, quando o governador reformou a Constituição de 1915 e acabou com a eleição para as intendências, com seus membros passando a ser nomeados. “Isso significou, para os coronéis do interior da Bahia, a necessidade de estar no partido de Seabra, demonstrando força para adquirir prestígio e ser indicado intendente.” (NOVAIS, 2011, p. 39).

Com essas modificações na Constituição baiana, os políticos conquistenses se converteram ao seabrismo, o que ocasionou a intensificação das disputas intrapartidárias. Além disso, com o passar do tempo J. J. Seabra acabou despertando “[...] a ira de muitos chefes, que não aceitavam ter que depender do beneplácito do governo para exercer o poder em seus próprios municípios.” (SARMENTO, 2009, p. 119). Por isso, em 1919, com a ascensão política de Ruy Barbosa no Brasil, antigo opositor de Seabra na política baiana, e uma possível candidatura à presidência da República (que acabou não acontecendo), ocorreram dissidências no interior do Partido Republicano Democrata em Conquista. Estas geraram muitas rupturas com Seabra e um aumento no apoio a Ruy Barbosa, com a alegação por parte de alguns políticos de que não houve o cumprimento das promessas de melhorias e que os sertões estavam abandonados.

Tal rivalidade interna se acirrou após a morte do Coronel Gugé em 1918, antigo líder político da cidade. Desde então abriu-se uma disputa entre dois grupos denominados Meletes e Peduros;³ a imprensa, por intermédio dos jornais *A Palavra* e *O Conquistense*, foi palco de diversas ofensas e intrigas entre os grupos opostos. O pivô do desentendimento se deu quando o juiz Antônio José Almeida escreveu uma matéria criticando e ameaçando os Peduros. O resultado foi um conflito armado ocorrido entre 19 e 21 de janeiro de 1919,

deixando um saldo de duas mortes (SOUZA, 1999). O desfecho do conflito evidenciou, segundo Suzimar Novais (2011, p. 52),

que a caracterização dos partidos políticos bem como as rivalidades que permeavam os processos eleitorais em Conquista perduraram por um longo período, mesmo após a instituição da República, o que não difere do contexto estadual, onde a personificação, o elitismo, a constituição de partidos, que mais se identificavam como facções e os periódicos atrelados a lideranças locais/regionais definiram a política baiana e os diversos embates para a sucessão governamental. Por fim, predominava a conciliação política, onde os interesses de grupos econômicos se sobrepunham aos perfis partidários destoantes e os rearranjos eram comuns como garantia de sobrevivência no seio da política local.

Com o encerramento do conflito entre Peduros e Meletes, ocorreram algumas mudanças na conjuntura política da cidade. Vitoriosos no conflito, os Peduros elegeram Ascendino Melo como liderança em Conquista, que exerceu o mandato até 1922 e, assim como seu sucessor Paulino Fonseca, não completou o mandato, sendo substituído pelo dr. Antônio Agripino da Silva Borges. Este, na qualidade de presidente do Conselho Municipal, exerceu o poder administrativo do município entre os anos de 1922 e 1923.

A partir de 1924, ocorreram algumas mudanças na conjuntura política da Bahia. J. J. Seabra perdeu sua hegemonia em virtude da eleição de Góes Calmon (1924-1928), e as antigas lideranças, a exemplo de Agripino Borges, continuaram seabristas. Nesse sentido, a política local necessitava de novas lideranças com maior capacidade de articulação no novo contexto da política baiana. Foi nesse momento que surgiu o nome de Luiz Régis Pacheco Pereira como uma das maiores forças políticas locais.

O médico Luiz Régis Pacheco Pereira chegou em Conquista em 1919 a mando do governador Antônio Ferrão Muniz de Aragão, que fazendo valer a Lei nº 213, o enviou para combater a epidemia de varíola que assolava a cidade.⁴ Esta epidemia devastou não somente a capital baiana (SOUZA; HOCHMAN, 2012), mas atingiu diversas cidades no interior, e Conquista não escapou a esse cenário epidêmico, tendo sido contaminada por uma mulher procedente da capital e que faleceu na cidade em função da doença (CHAVES, 2013).

Posteriormente,

[...] terminada a epidemia, Conquista inteira protestava eviternos agradecimentos ao seu benfeitor, pedindo-lhe, reiteradamente, que aqui se demorasse, que para sua residência escolhesse esta terra. (DANTAS; FONSECA; MEDEIROS, 1995, p. 17).

Além do prestígio popular, outros fatores comprometiam a permanência do médico na cidade:

Conquista era uma cidade acolhedora e prometia um futuro promissor. Possuía boas edificações, cinemas, jornais e, coisa rara para o Sertão naquela época, tinha luz elétrica, e os homens de recursos eram empreendedores. Tudo isso presenciou o novo médico com bom humor e cheio de atenção para as coisas da terra. (TANAJURA, 1992, p. 69).

Em 1922 Régis Pacheco se casou com Enerita Fernandes Pacheco Pereira e passou a compor a endogamia conquistense.⁵ Em 1923, marco de seu entrosamento político, o médico candidatou-se à intendência. Naquela ocasião, o jornal *A Semana* que tinha por diretor, Deraldo Mendes, que fazia parte da oposição, relatou que

Entre um e outro candidato torna-se até absurdo estabelecer um comparativo desta ordem,

tão absurdo que, certa vez, destas colunas, fizemos a seguinte declaração: se o sr. Régis Pacheco apontar um só serviço prestado a esta terra, e que faça jus ao cargo de intendente, o nosso pardo, em peso, descarregará votação no nome de S. S^a. [...] O sr. Pacheco trouxe à baila o tratamento, por S. S^a feito, nos variolosos da Santa Casa de Misericórdia [...] Ora, quem trabalhou estipendiado, isto é, quem para aqui veio contratado pelo governo do estado para cuidar de variolosos, fazendo jus à gorda maquia de 500\$000 mensais, não pode se jantariar de haver prestado serviços à Conquista. (A SEMANA, 1923).

Régis Pacheco perdeu as eleições de 1923, mas continuou na carreira política exercendo seu ofício de médico. Aliás, sua profissão contribuiu enormemente para sua projeção política na cidade e para angariar votos. Em 1925 foi presidente do Conselho Municipal; nos anos de 1927 e 1928 foi provedor da Santa Casa de Misericórdia da cidade; em 1930 retomou a presidência do Conselho Municipal; e em 1937 foi eleito intendente de Conquista.

Dado o exposto, percebe-se que Régis Pacheco se tornou ao longo da década de 1920 a figura mais ilustre do cenário político local. Seu perfil e sua identidade intelectual o inseriam no novo contexto político adotado pelo país, em que o bacharelismo se sobrepunha ao coronelismo, uma vez que jovens médicos, advogados e outros magistrados se inseriam cada vez mais no campo político. Porém, esses novos líderes eram parentes ou aliados dos coronéis; não contavam com força eleitoral própria e dependiam, nesse sentido, do apoio dos antigos líderes (SOUZA, 1999). Desse modo, destaca-se então que as influências familiares e o mandonismo ainda permaneciam no controle político da cidade de Conquista na década de 1920.

No entanto, a chegada de Régis Pacheco ao poder não significou maior investimento em assistência à saúde no município. Os serviços de saúde continuaram precários, e mesmo o hospital da

Santa Casa de Misericórdia, que era a única instituição assistencial, permaneceu fechado e sem recursos para seu funcionamento.

A PESTE BUBÔNICA EM VITÓRIA DA CONQUISTA

As duas primeiras décadas do século XX foram marcadas por três epidemias em Conquista. Primeiro, a gripe espanhola em 1918, que havia chegado à Bahia nesse ano e se espalhou da capital para o interior do estado, atingindo muitas cidades (SOUZA, 2009). Em Conquista, atingiu relativo número de pessoas (SOUZA, 2013); depois a varíola, que em 1919 e início de 1920 assolou a cidade; e por fim, a peste bubônica, que em finais de 1927 até meados de 1928 causou verdadeiro terror, ceifando muitas vidas na cidade. Os jornais da época, as atas do Conselho Municipal, bem como os livros de óbitos do período relataram o impacto e a comoção causada por tão horrendo mal.

Historicamente, as sociedades reagiram de maneira distinta ao surgimento de doenças e, ao mesmo tempo, as doenças – enquanto fenômeno biossocial – provocaram modificações importantes na organização das sociedades humanas. O aparecimento das enfermidades, seja nas formas endêmica ou epidêmica, é

quase sempre um elemento de desorganização e de reorganização social; a esse respeito, ela torna frequentemente mais visíveis as articulações essenciais do grupo, as linhas de força e as tensões que o traspassam. O acontecimento mórbido pode, pois, ser o lugar privilegiado de onde melhor observar a significação real de mecanismos administrativos ou de práticas religiosas, as relações entre os poderes, ou a imagem que uma sociedade tem de si mesma. (REVEL; PETER, 1988, p. 144).

Interessa-nos, portanto, analisar a epidemia de peste e a imagem produzida dessa sociedade sertaneja nesse período. O termo

“peste bubônica” surgiu após os pesquisadores Alexandre Yersin e Shebasabuso Kitasato definirem a etiologia da doença em 1894, quando o bacilo da peste foi descrito. Todavia, antes de tal descoberta, a doença era denominada como “peste negra”. O uso do termo derivava dos bulbos escuros que se formavam nas axilas e virilha das pessoas contaminadas. A descoberta da doença se insere no contexto da era bacteriológica e da descoberta de que “[...] em poucos anos – em grande parte entre 1877 e 1897 – revelaram-se as causas microbianas de numerosas doenças de homens e animais, em especial graças a investigadores germânicos”. (ROSEN, 1994).

Os estudos de cientistas como Yersin e Kitasato possibilitaram a compreensão de que a peste não se trata de uma moléstia humana, mas de uma doença de animais que é transmitida devido aos desequilíbrios ambientais que levam os vetores para perto do homem, como também à falta de prevenção da população que, por meio do acúmulo de lixo doméstico nas ruas e quintais, propicia um ambiente favorável à presença de ratos, que abrigam as pulgas transmissoras da peste.

A difusão da doença se dá por meio de uma cadeia alimentar: o bacilo se encontra no sangue do animal infectado, geralmente roedor; em seu pelo alojam-se as pulgas, que sugam o sangue contaminado. O homem passa a ser portador da doença quando picado por uma pulga infectada; e uma vez contaminado, também passa a ser difusor da doença (LEWINSOHN, 2003).

A doença se manifesta no homem basicamente de quatro formas, sendo estas: bubônica, pneumônica, septicêmica e meningítica. A bubônica é transmitida ao homem por meio da picada da pulga infectada; é a forma que oferece mais possibilidades de sobrevivência, desde que o bacilo não invada as vias respiratórias; se isso ocorrer, resultará na forma pneumônica. Tanto a forma pneumônica quanto a septicêmica e meningítica são altamente contagiosas e transmitidas diretamente entre humanos. No caso das duas últimas formas, o doente é levado à morte em questão de horas.

À medida em que os casos de pessoas acometidas pela peste se confirmavam e que as autoridades locais percebiam que não

dispunham, sozinhas, de condições para combater a epidemia, fez-se necessário a intervenção estadual. Nessa ocasião, Régis Pacheco, intendente interino, solicitou ao governador do estado, o dr. Francisco Marques de Góes Calmon (1924-1928), que tomasse as medidas cabíveis para combater o mal que se alastrava pela cidade assustadoramente, já que cabia ao governo auxiliar os municípios em tempos de epidemia.

Atendendo ao apelo do intendente, em 28 de outubro de 1927 chegou à cidade de Conquista uma comissão sanitária composta pelos médicos Luiz Machado, Joel Oliveira e César Caldas e por um guarda sanitário de nome Durval César de Oliveira. Como chama a atenção Castro Santos (1998, p. 611) acerca da investida sanitária nos sertões da Bahia:

Quarenta e quatro equipes médicas foram enviadas aos sertões antes do término do ano de 1926. Várias se deslocaram para as localidades ao longo do rio São Francisco, afligidas pela malária. Quatro equipes dirigiram-se para a região de Lavras Diamantinas para combater novos surtos de peste. Quatro outras delegações médicas alcançaram o longínquo município de Barreiras e as áreas de criação de gado do oeste da Bahia.

A Comissão Sanitária tinha por objetivo o tratamento dos doentes e o combate à epidemia por meio de medidas profiláticas, instruindo o povo a exterminar os ratos e assearem rigorosamente suas casas comerciais e residenciais para evitar as pulgas, que são agentes transmissores da peste. Para o cumprimento de suas atividades, a comissão se dividiu da seguinte forma: O dr. Joel da Silva se encarregou do serviço de vacinação; o serviço de vigilância ficou a cargo do dr. Cezar Corrêa Caldas; o guarda sanitário, Durval Cesar de Oliveira, se responsabilizou pela função de desinfecção juntamente com oito ajudantes; e ao chefe da comissão, dr. Luiz

Machado, coube o serviço de administração, verificação de óbitos e atendimento aos infectados.

Dois dias após a chegada da comissão sanitária na cidade, o jornal *A Semana*, que fazia oposição política a Régis Pacheco, publicou uma nota no dia 31 de outubro de 1927 em matéria intitulada “A peste bubônica: as providências do sr. dr. intendente foram prontas e imediatas”:

[...] temos o prazer de registrar nas colunas de nosso órgão um elogio dos mais merecidos ao sr. Intendente Municipal, pela atitude assumida em face da situação sanitária da cidade, assolada pela epidemia terrível que é a peste bubônica. As providências não se fizeram tardar, assim se confirmou o diagnóstico do terrível mal, conforme boletim que fizemos circular em data de 13 do corrente. O sr. dr. intendente, com as deliberações tomadas, esteve na altura do cargo que ocupa, realizando com energia o desejo da população apavorada, ante tão dolorosa circunstância. (A SEMANA, 1927a).

Conquista repetiu o receituário profilático de Santos, Rio de Janeiro (NASCIMENTO; SILVA, 2013) e outras cidades latino-americanas (CUETO, 1997; MARQUEZ VALDERRAMA, 2001), que foi o de extermínio dos ratos – portadores da doença – bem como a desinfecção das casas e de objetos. No jornal *A Semana*, pudemos encontrar as prescrições feitas pela Comissão Sanitária no dia 23 de dezembro de 1927, tomando por base os conhecimentos médico-científicos produzidos naquele momento, bem como se levando em consideração a realidade local da cidade, como veremos abaixo:

Cauterizar a picada da pulga, conjurando assim um perigo maior; guerra aos ratos quer por meio de ratoeiras, quer por meio de venenos; queimar os ratos e animais outros julgados pestosos (gatos, preás, coelhos) e

jogar água fervente num metro de raio de circunferência; *pegar os cadáveres desses animais por meio de uma pinça feita de dois pauzinhos que, ao depois, deverão ser queimados; acabar com cocheiras e chiqueiros, lugares procurados por ratos e guardar fechado o lixeiro, e queimar o lixo; lavar a casa com soda ou potassa em água quente ou mesmo fria, ou com creolina; varrer a casa com vassoura molhada em forte solução de creolina, depois queimar o lixo; levantar os paióis de milho, de farinha etc., e depósito de algodão; diminuir os trastes da casa afim de não haver esconderijos para os ratos; não visitar pestosos; abster-se de cachorros; não estorvar as medidas reclamadas e indicadas pela comissão sanitária; notificar qualquer doente com febre; guardar as comidas em vasilhames bem fechados, armários e guarda-comidas; tomar todos os pontos acessíveis a ratos; soro-vacinar-se; expurgar sua bagagem caso tenha pousado em foco de peste; submeter-se ao tratamento pelo soro, quando logo a moléstia se declara ocasião ótima para a ação do soro, fora, pois, desta oportunidade o resultado é duvidoso; submeter-se de boa vontade ao isolamento; sair da casa onde houver pestoso e expurgá-la por vários dias; cimentar a sua casa doravante, principalmente a cozinha e a despensa, e cobrindo de cimento as paredes destes dois compartimentos até um metro de altura, impermeabilizando-as; ter asseio em seu corpo e em suas vestes; folear galerias de ratos com vapores raticidas, enxofre, cianureto, etc. (A SEMANA, 1927b, grifos nossos).*

Algumas dessas medidas foram comuns nos momentos de epidemia, outras se adequavam à realidade local. No caso de

Conquista, havia o fato de ser uma pequena vila, cuja maior parte da população residia na zona rural, e onde as casas serviam não apenas para as famílias viverem, mas alguns de seus cômodos eram depósitos da pequena produção agrícola e os quintais abrigavam chiqueiros (criatórios de porco). Estes animais eram uma importante reserva alimentar da população sertaneja em períodos de seca. Os quintais também abrigavam cocheiras para cavalos, o único meio de transporte para uma cidade que ainda não possuía nenhuma estrada importante que a interligasse a outros municípios maiores dado que as estradas de rodagem foram construídas no final dos anos 1940 e início dos anos 1950.

Outras medidas, como sorovar-se, submeter-se ao isolamento e não visitar pestosos eram importantes para o combate da epidemia, mas que produziram resistência de parte da população. Essa resistência, em nosso entendimento, perpassava especialmente a esfera política, pois como afirmou Christiane Souza (2009), a epidemia acabou se tornando “[...] instrumento político dos grupos diversos que disputavam o controle do poder”. Vejamos.

De acordo com o relatório produzido pela Comissão Sanitária, foi proposto pela comissão ao dr. Régis Pacheco, intendente interino, “[...] que fosse feito um isolamento, não o conseguindo apesar de todos os esforços empregados neste sentido” (BAHIA, [19--?]),⁶ pois não havia local adequado. A estrutura de saúde em Conquista era precária nessa época e a cidade possuía, apenas, um pequeno prédio construído destinado ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia, inaugurado em 1919.

O intendente interino da cidade era, ao mesmo tempo, provedor da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, mas não houve grandes esforços para fazer funcionar essa instituição no período da sua gestão, de 1927 a 1928. O edifício ficou praticamente abandonado desde sua inauguração e não tinha condições de abrigar os doentes, como já destacamos em outro estudo (CHAVES, 2015) e, somente em 1930 o hospital passou a funcionar plenamente. Ou seja, a chegada da epidemia revelou a inexistência de condições mínimas

para o atendimento aos doentes na cidade, considerando que não havia outros serviços de saúde.

Ainda segundo o documento, eram fixados diariamente na porta principal do Conselho Municipal informes sobre o estado sanitário da cidade, bem como sobre os trabalhos realizados pela comissão. O documento em questão também relata a eficácia do soro de *Yersin* utilizado para o tratamento dos infectados.

O relatório destacou ainda que, os resultados do trabalho desenvolvido pela comissão não foram melhores em função dos alarmistas locais, a exemplo do sr. Esmeraldo Andrade, que escondia os doentes, sendo estes descobertos três ou quatro dias após o início da moléstia, o que muitas vezes inviabilizava a cura. Além disso, “[...] o serviço obrigatório de verificação de óbitos estabelecido pela Comissão veio revelar vários óbitos que ocorreram em indivíduos que eram ocultos pelos parentes ou responsáveis.” (BAHIA, [19--?]). Esse fenômeno de esconder os doentes e ocultar os cadáveres era recorrente em períodos de epidemia, em diversas regiões e temporalidades.

Como afirma Jean Delumeau (1989, p. 124), em períodos epidêmicos ocorre “[...] a abolição da morte personalizada”, ou seja, os rituais de enterramento são suspensos em função do perigo do contágio e do excesso de cadáveres produzido pela epidemia. Nesse sentido, os familiares ocultavam a causa da morte para manter preservado o importante ritual católico de enterrar seus mortos e salvar suas almas.

Aparece, então, outro elemento: as disputas políticas, reveladas através do nome de Esmeraldo Andrade que, à época, fazia feroz oposição a Régis Pacheco, ainda um principiante na política local, mas que já despontava como grande liderança. De acordo com Belarmino Souza (1999, p. 131-132), a ascensão de Régis Pacheco

[..] foi sendo alcançada gradativamente pela ocupação de espaços na sociedade conquistense: fora o candidato da Concentração Republicana de Conquista em novembro de 1923; foi eleito Conselheiro Municipal em 1925, e como

Presidente do Conselho, completou o mandato de Paulino Santos que havia renunciado em 1927; em 1926, foi eleito vice-presidente da primeira Associação Comercial de Conquista (havia comprado a Farmácia Oliveira); entre 1927 e 1928 exerceu a condição de provedor da Santa Casa de Misericórdia; no ano de 1930, ocupava mais uma vez a condição de presidente do Conselho Municipal, vice-presidente do Diretório Partido Republicano da Bahia, sócio fundador da Associação dos Fazendeiros e Agricultores do Sertão e do Sudoeste Baiano (maio) e presidente da diretoria do primeiro Tiro de Guerra (julho). Régis Pacheco se tornou, ao longo da década de vinte, a nova grande liderança política em Conquista, tendo com seu grupo o controle da municipalidade.

As críticas da imprensa faziam parte do jogo de poder existente na cidade. Os jornais oposicionistas costumavam fazer o papel de aterrorizar a população e de eleger os responsáveis pela epidemia. O jornal *A Semana* estava a serviço da facção política chefiada por Justino Gusmão, Agripino Borges, Deraldo Mendes e Deoclides Novais. Estes foram os fundadores deste periódico que, dentre outros, integravam o grupo político que se opunha a Régis Pacheco, Zeferino Correia, Paulino Fonseca, Ascendino Melo e outros do Partido Republicano Conquistense.

Foi, portanto, o jornal *A Semana* que revelou e confirmou a informação dada pela Comissão Sanitária em seu relatório. No entanto, para o periódico, Esmeraldo Andrade estava sendo perseguido politicamente porque “[...] havia espalhado uns boletins dizendo que a peste continuava como você está vendo: faltava isolamento, medicação, melhor profilaxia.” (A SEMANA, 1928a, p. 1). Ou seja, para os oposicionistas, ele só havia tecido corretas críticas acerca das péssimas condições da cidade e do despreparo das autoridades para debelar a doença.

Não nos interessa aqui saber quem está dizendo “a verdade”, mas o que essas discussões revelaram do ponto de vista da população conquistense em relação à epidemia. Além dos comportamentos coletivos em tempo de peste, havia a contribuição dos opositores políticos, que incitavam as pessoas a não atenderem às exigências da Comissão Sanitária, com o objetivo de desmobilizar e enfraquecer o poder político de Régis Pacheco e seu grupo.

Os embates políticos em torno da epidemia de peste bubônica ocorreram não somente em nível local. O jornal da capital intitulado *O Combate*, nitidamente oposicionista ao governador Góes Calmon, informava, em uma matéria de capa com o título “Uma visão macabra da Bahia atual: o rol impressionante das pestes que infestam os domínios do sr. Góes Calmon”, a existência do surto em Conquista:

No município de Conquista a peste bubônica irrompeu de maneira impressionante, o que é autenticado pelo próprio comunicado telegráfico, que ao sr. Barros Barreto fez ao diretor de Higiene do estado de Minas, em data de 4 do corrente. Ei-lo: “Irrompeu município Conquista pequena epidemia mal de *Yersin*, constante cerca doze casos humanos acompanhados [...]. Governo da Bahia já enviou comissão médica devidamente aparelhada afim dar combate mal. Último telegrama chefe comissão recebido ontem informa existirem seis casos em tratamento. Cordiais saudações”. Por mais que o sr. Barros Barreto quisesse atenuar as cores da situação, vê-se nitidamente que ela é gravíssima. O número de casos, naquela data, isto é, o começo da epidemia ia além de uma dezena! Nem Pangloss se mostraria tão otimista quanto o sr. Barros Barreto, mesmo porque a Pangloss faltava a qualidade de gestor de governador, qualidade que torna escandalosamente cor de rosa a visão das coisas. (O COMBATE, 1927, p. 1).

Vale destacar, no relato do jornal, o telegrama enviado que anunciava o “mal de *Yersin*”, escamoteando a peste bubônica e diminuindo sua importância. O desenrolar dos acontecimentos provaram que o parecer de Barros Barreto estava equivocado.

Na capital do estado, a oposição seabrista ao novo governo de Góes Calmon (1924-1928) fazia ferrenhas críticas a Barros Barreto, que

[...] com a entrada de Góes Calmon no governo baiano, o médico pernambucano se tornou o chefe da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública, transformada em Secretaria de Saúde e Assistência Pública no ano de 1927, e conduziu o processo de mudanças sanitárias. (BATISTA, 2017, p. 157).

Barros Barreto tinha larga experiência administrativa, mas sofreu muitas críticas por ser genro do novo governador e por não ter tomado providências para impedir, mais adiante, a chegada da epidemia de peste bubônica em Salvador em janeiro de 1928:

O secretário afirmou que não havia explicação científica para o surgimento daquela doença, recorrente em todo o mundo, e que agiu com rapidez desde a notificação do primeiro caso, ao colocar em prática as medidas “demonstradas eficazes pela moderna técnica sanitária”. Ao seu modo de ver, a Secretaria estava preparada para agir e a população não poderia se deixar influenciar pelos “desvários partidários de alguns órgãos de imprensa desvirtuados de sua verdadeira função social”. O relato de Barros Barreto demonstra como as questões político-partidárias integravam o cotidiano das ações sanitárias na Bahia e como se tentava construir, com o apoio da

imprensa, uma opinião pública negativa a seu respeito. (BATISTA, 2017, p. 160).

A análise de Batista (2017) de que as disputas partidárias interferiam nas ações sanitárias também se confirma para o caso de Conquista, como já destacamos o caso de determinados indivíduos que contribuíam para a ocultação de enfermos e faziam campanha contra as medidas adotadas pela Comissão Sanitária. Os interesses políticos dos grupos oligárquicos estavam acima da segurança e da saúde da população, ainda que uma tática política de ocultar doentes tivesse ecoado os desejos populares, que resistiam em se afastar de seus parentes e almejavam enterrá-los dignamente.

O relato de Barros Barreto acerca da peste bubônica em Salvador nos provoca uma reflexão, pois o secretário afirmou não ter explicação para o surgimento daquela doença na capital. No entanto, era de conhecimento das autoridades e de parte da população letrada – através da divulgação nos jornais – da existência de um surto epidêmico em Vitória da Conquista meses antes da peste surgir na capital. A doença não teria feito o caminho inverso, do sertão para o litoral, nesse momento? Isso é o que o próprio jornal soteropolitano afirma em sua edição de 26 de janeiro de 1928, em uma matéria intitulada “A bubônica alastra-se, dia a dia, através de todo o estado, do sertão ao litoral”, afirmando que

[...] a começo, era apenas em Conquista, logo depois em Poções, ameaçando Boa Nova e Jequié. Afinal, a peste bateu às portas da capital. A saúde pública acaba de fechar todo um quarteirão da Praça Deodoro, por ter ali se verificado um caso suspeito. (O COMBATE, 1928, p. 1).

A doença fazia, assim, um percurso incomum, haja vista que adentrou o país pelos portos e se interiorizou, e não o contrário.

O relatório da Comissão Sanitária de Conquista evidenciou elementos das rixas políticas ao afirmar que “para os alarmistas o

soro era veneno mortal e uma vez aplicado matava imediatamente o doente” (BAHIA, [19--?]). Para além das perseguições, encontramos nos registros de óbito o caso de uma mulher branca de 40 anos de idade, doméstica, que faleceu após a sorovacinação antipestosa aplicada pelo dr. Luiz Machado, o que pode ter contribuído para aumentar ainda mais o medo da vacina (FÓRUM JOÃO MANGABEIRA DE VITÓRIA DA CONQUISTA, 1929).

O medo da vacinação ou “vacinofobia” (CHALHOUB, 1996) é outro fenômeno comum na história das doenças, e ocorreu em outras cidades no mesmo período, como Itambé, que também recebeu no começo de 1928 um médico para fazer a vacinação na população e evitar a chegada da epidemia naquela localidade tão próxima à empestada Conquista. O médico em questão foi Thales de Azevedo⁷ que, recém-formado, recebeu a missão de ir para Itambé e relatou, em um texto publicado no jornal *A Tarde* de 1982, suas memórias desse seu primeiro trabalho:

Ninguém se quis vacinar, só me dando esse trabalho as crianças da única escola da localidade. Realmente, a peste lá não apareceu, a não ser no rebate falso de um caso que verifiquei ser de bubão venéreo em pessoa vinda de fora, como registrei no relatório ao Departamento de Saúde. (AZEVEDO, 1982).

Em Conquista, os casos de peste aumentaram no mês de janeiro de 1928. O jornal *A Semana* publicou a seguinte notícia com o título “A cidade enlutada: o surto terrificante do mal levantino: mais de 100 casos fatais: o êxodo da população apavorada”. (A SEMANA, 1928a, p. 1). Tal publicação evidencia que a epidemia não estava em seu decurso final, como havia retratado a nota publicada por este jornal no dia 3 de dezembro de 1927. No começo de 1928, “[...] devido à falta de providências imediatas, energéticas, prudentes, o mal, a terrível peste negra que aqui surgira há mais de três meses tomou proporções imprevistas”, portanto o periódico *A Semana* atribuiu a culpa da propagação da peste aos poderes municipal e estadual.

Ao municipal, pela demora em solicitar a ajuda estadual, e a este, pelo envio de uma comissão não devidamente equipada.

Na mesma edição do dia 23 de janeiro de 1928, *A Semana* publicou a morte da senhora Maria Anísia de Jesus. O título da nota – “Coisa que revolta” – retrata o teor alarmante adotado pela imprensa. O texto do jornal a seguir descreve as dificuldades enfrentadas pela família da falecida para realização de seu sepultamento:

Em um domingo à tarde, vítima da peste bubônica, faleceu a infeliz Maria Anísia de Jesus, que vivia com o velho Ignácio de Souza Meira. Achando-se na maior miséria, o pobre velho viu-se no transe mais desesperado de sua vida, ante o cadáver da que lhe fora companheira, na impossibilidade, por falta absoluta de meios de dar-lhe sepultura. Era de cortar o coração vê-lo pelas ruas da cidade na alucinação dessa dor, no abandono em que se via com uma filhinha nos braços, procurando em balde, pedindo em vão meios de fazer o enterro de sua pobre companheira. A noite daquele dia velou, ele só, o cadáver, pois que da sua casa todos esquivavam como dum lugar maldito. A caridade com que lhe fechara as portas. Tudo lhe negaram, até o esquife para o transporte do cadáver ao cemitério. E o enterro se fez, envolto o cadáver uma esteira, pendurado em um pau e conduzido pelo desgraçado velho e dois homens do povo. Oh Deus! Apiedai-vos desta terra! (A SEMANA, 1928a, p. 1).

O caso descrito exemplifica o medo das pessoas em tempos de epidemia, medo este que fazia com que muitos laços e costumes se rompessem. Amigos abandonavam amigos, pais abandonavam filhos e filhos abandonavam seus pais, maridos e esposas já não dormiam juntos. Tudo isso por medo da contaminação. Além dos vínculos afetivos que foram comprometidos, as pessoas tiveram que

abandonar certos costumes. O ritual da morte, no caso relatado anteriormente, por exemplo, foi extinto (DELUMEAU, 1989).

A notícia evidencia também a pobreza e a miséria em que viviam muitas pessoas da cidade, que não possuíam sequer recursos para adquirir um caixão e enterrar dignamente seus familiares. O desespero, o desassossego, o medo e o horror pairavam sobre Conquista. A peste prosseguia invadindo os quatro cantos da cidade. As mudanças foram radicais – o comércio foi paralisado e as escolas fecharam suas portas. O cenário era de uma cidade parada e isolada, como se percebe na nota abaixo:

A vida tornou-se caríssima nesta cidade, porque, se terrível é o mal que nos veio como castigo tremendo, se indescritível quase é a desolação que aqui paira, horríveis são as notícias que se tem espalhado por ali a fora e, por isto, a Conquista está isolada, como uma terra maldita nas vastidões do sertão baiano. (A SEMANA, 1928a, p. 1).

Ainda sobre o cenário conquistense por decorrência da peste, o memorialista Mozart Tanajura acrescenta que:

Em poucos dias a epidemia alastrou-se pela cidade e redondezas, atingindo centenas de pessoas. Os mortos, por precaução, eram enterrados nos lugares desertos, com pesar dos familiares que não podiam por objeção. A população, como acontece nessas ocasiões, entrou em pânico e as famílias religiosas se reuniram, à noite, para rezar a ladainha, implorando a intercessão de Nossa Senhora contra a peste e a guerra. (TANAJURA, 1992, p. 69).

O cenário descrito por Tanajura era comum em tempo de epidemia. As crônicas da peste insistem também na interrupção do comércio e do artesanato, no fechamento das igrejas, na suspensão de

qualquer divertimento e no vazio das ruas e das praças; o tempo da peste é o da solidão forçada (DELUMEAU, 1989).

Os livros de óbitos do ano de 1927 constam que 33 pessoas faleceram em consequência da peste (FÓRUM JOÃO MANGABEIRA DE VITÓRIA DA CONQUISTA, 1929), quase 23% das mortes registradas naquele ano. Muitos morriam sem que seus familiares notificassem o motivo do óbito, isto porque, admitindo ser em decorrência da peste bubônica, seriam proibidos da realização do funeral. Esse fato indica a possibilidade de terem ocorrido muito mais que 33 mortes. Essa estatística comprova que a Comissão Sanitária não estava a par da propagação da doença ou não queria admitir a situação de calamidade perante o governo estadual; comprova ainda que a população tinha, de fato, muitos motivos para se alarmar, principalmente porque o grau de mortandade aumentou no ano seguinte. Com base nos registros de óbitos do ano de 1928, o número de mortes foi de 41 por peste (FÓRUM JOÃO MANGABEIRA DE VITÓRIA DA CONQUISTA, 1929), o que equivale a aproximadamente 32% dos mortos registrados no livro de óbitos, podendo ter sido mais, em função do ocultamento de cadáveres e dos doentes por parte dos parentes, como já relatado anteriormente.

Descrentes das providências propostas por parte das autoridades, a população recorria à fé e ao sentimento religioso, e voltava-se em súplicas pelo fim da peste ou aceitava a doença como quem aceitava um flagelo enviado pelo próprio Deus. As pessoas consideravam que a peste era sinônimo da ira divina; tratava-se de um castigo pelos pecados e iniquidades dos homens (LEWINSOHN, 2003).

Este, segundo a imprensa, era o pensamento da população: ao que parece, não só da massa popular, como também da elite do período. Assim faz-se crer a nota seguinte:

Para fazer chamar o cumprimento de seus deveres religiosos [...] Deus manda o castigo, de quando em vez, a coletividade como fazem os pais justiceiros, que sem esquecer o muito amor voltado aos filhos, castiga-os, quando

é preciso, encaminhando-os assim, melhormente na prática do bem [...] Esta estremeçada Conquista, por certo não estaria tão distanciada do olhar de Deus, e cremos piamente que esses seis meses de horrível epidemia, mais não foram que uma advertência do criador, para que mais o amemos e confiemos mais em sua benignidade e retidão insuperáveis. (A SEMANA, 1928b, p. 1).

O trecho foi publicado após o fim da epidemia. Conquista se encontrava, de acordo com o periódico, em ação de graças pela misericórdia divina. Aqueles que temiam a volta da peste e não acreditavam que esta havia chegado ao fim eram vistos como pessimistas e perversos, que não acreditavam no poder divino.

No começo de 1928, o desespero fez com que as pessoas procurassem refúgio nas fazendas de José Gonçalves e nos municípios vizinhos como Poções e Angicos. Este era o mecanismo de fuga adotado pela população com o fim de evitar, ou ao menos adiar a contaminação, mas nem todas as pessoas podiam se retirar da cidade por não dispor de recursos financeiros para isso, pois Conquista ainda era uma pequena e pobre cidade sertaneja. Pelas atas do Conselho Municipal, percebemos que quem conseguiu fugir da peste foram os fazendeiros e políticos locais, como fica explícito na ausência dos conselheiros às reuniões do Conselho Municipal:

Ata da sessão ordinária do Conselho Municipal do dia 16 de fevereiro de 1928 [...]. Foi levado ao conhecimento do presidente pelo secretário deste Conselho que deixou de efetivar a entrega dos ofícios aos senhores suplentes convocados, por acharem-se os mesmos ausentes desta cidade, pelo fato de estar grassando com muita intensidade, em todas as ruas da *urbis* a epidemia do mal levantino [...] Atendendo a falta de número legal pelo não comparecimento dos senhores membros efetivos

que, depois de comparecerem a três sessões, receosos se retiraram desta cidade devido a epidemia reinante e também pela ausência dos senhores suplentes, o senhor presidente resolveu suspender os trabalhos deste Conselho até que se normalizasse a vida nesta cidade. (VITÓRIA DA CONQUISTA, 1928).

Na sessão descrita, estiveram presentes apenas quatro conselheiros, sendo estes: Régis Pacheco (presidente do Conselho), Alziro Prates (primeiro secretário), Josias da Silva Leite (segundo secretário) e Manoel Andrade da Silva (Comissão de Higiene, Viação e Obras Públicas). Os demais se ausentaram, que foram os senhores Manoel Meira (Comissão de Instrução Pública e Estatística), Antônio Dantas (Comissão de Poderes, Constituição e Redação de Leis), Sifredo Pedral Sampaio (vice-presidente), Joaquim Viana de Castro (Comissão de Fazenda), Victor Clemente Brito e Elpídio dos Santos Flores (Comissão de Comércio, Agricultura, Indústria e Artes).

Em 10 de maio de 1928, o Conselho tentou retomar suas atividades, o que porém não foi possível,⁸ pela continuada ausência dos conselheiros:

Ata da sessão ordinária do Conselho Municipal do dia 11 de maio de 1928 [...]. Não houve sessão, mandando o senhor presidente que se convocasse os suplentes conselheiros Daniel Ferraz dos Santos, Manoel João do Prado e Augusto Candido Correia a fim de comparecerem amanhã as 12 horas do dia no paço municipal para prestarem o compromisso de lei e tornarem parte nas sessões do Conselho. (VITÓRIA DA CONQUISTA, 1928).

Como a maioria dos conselheiros oficiais não se fazia presente nas reuniões pelo fato de não se encontrarem na cidade, o presidente

do Conselho, Régis Pacheco, convocou a presença dos conselheiros suplentes na tentativa de normalizar as sessões, o que não foi possível, segundo o documento a seguir:

Ata da sessão ordinária do Conselho Municipal do dia 12 de maio de 1928 [...] O secretário do Conselho informou que não foi possível entregar os ofícios de convocação aos suplentes do Conselho por não estarem na sede do município, devido estarem receosos da peste bubônica e bem assim muitos dos senhores conselheiros tem se retirado com o mesmo pavor, tornando-se difícil atualmente um número legal para o funcionamento do Conselho. Em vista do que, o senhor presidente deliberou encerrar a reunião do Conselho até que se normalize a atual situação motivada pelo mal levantino. (VITÓRIA DA CONQUISTA, 1928).

A epidemia se encerrou em abril de 1928, de acordo com notícia publicada no jornal *A Semana*. Enfim, as atividades começavam a se normalizar:

Eis que se reabrem as escolas; invocam-se aos céus as aleluias sorridentes dos hinos colegiais e já se vê pelas ruas o espetáculo festivo, divinamente alvissareiro da criançada bizarramente vestida, ostentando seus belos uniformes escolares, cada grupo em direção à casa sagrada em que os mestres risonhos, sacerdotes benditos, esperam os discípulos para os abraçarem com ternura, com a mais deliciosa satisfação. Graças a Deus, acabou a peste! Que possamos dizer sempre e sempre, estas ditosas palavras são os ardentes votos de *A Semana*. (A SEMANA, 1928b, p. 1).

Com o fim da epidemia, a vida voltava ao normal e aqueles que tiveram condições de se afastar da cidade retornaram a ela, e aproveitavam para notificar seu regresso, como foi o caso do pedreiro Jesuíno José dos Santos, que anunciou no jornal *A Semana* no mês de junho de 1928 seus serviços:

Depois de alguns meses de ausência, motivada pela peste negra, me acho novamente nesta cidade, residindo na Avenida Municipal, onde estarei ao dispor dos amigos que quiserem me dispensar suas preferências na arte que exerço (pedreiro) cujos trabalhos já são bastante conhecidos não só aqui como em outros lugares. (A SEMANA, 1928d, p. 1).

Chama a atenção, no texto acima, o fato de o pedreiro denominar a epidemia de “peste negra”, o que indica a permanência no imaginário construído sobre a peste bubônica desde a Idade Média, em que ela foi vista como um símbolo da morte e devastação. Evidenciou-se também o fato de que o cotidiano da cidade estava voltando à normalidade, com a retomada das construções e reformas das casas residenciais e comerciais.

Ao término da epidemia, manifestações políticas foram para as páginas dos jornais. Surpreendentemente, foi publicada no jornal de oposição *A Semana* uma nota de agradecimento da sra. Ana Maria Teixeira ao governador, à Comissão Sanitária e ao intendente interino, todos rivais políticos do periódico em questão:

É com o coração reconhecido que venho por meio destas pálidas linhas agradecer, em meu nome, de meu marido e de meus filhos ao ex-governador do Estado o exm. dr. Francisco Marques de Góes Calmon pela útil quão aproveitável iniciativa de enviar para esta cidade uma Comissão Sanitária composta dos abalizados médicos drs.

Luiz Machado, Joel de Oliveira e Caldas que vieram debelar a terrível peste que estava grassando aqui, pois sendo acometidos deste mau sete dos meus filhos, foram imediatamente tratados por dois destes médicos, drs. Machado e Joel, que não pouparam esforços um só momento, empregando todos os recursos que a ciência médica exige a fim de salvar os meus doentes, especialmente o dr. Joel. Destes morreram dois porque, para isto foram predestinados por Deus, porém os outros estão todos sãos. [...] Não podemos deixar de manifestar nosso reconhecimento pelo bem que nos dispensou o médico dr. Regis Pacheco que, como médico particular e humanitário, não visando recompensa alguma por parte do governo e de qualquer que seja unido aos médicos do governo, prestou um grande benefício a meus doentes. (A SEMANA, 1928c, p. 2).

O acometimento da peste em sete filhos e a morte de dois deles evidencia o quão assustadora e impactante foi a epidemia para muitas famílias conquistenses. Depreende-se ainda da nota que essa família era abastada, assim como o pedreiro Jesuíno, pois possuía recursos para pagar um anúncio em um jornal. Como afirmou Hochman (2006, p. 50), “a possibilidade do contágio tornara indissociáveis pobres e ricos, sãos e doentes, palácios e cortiços, regiões diversas de um mesmo país e do planeta. Ninguém, em nenhum lugar, poderia escapar da ameaça da doença”.

Essa percepção fez com que fossem implementadas medidas sanitárias e de assistência à saúde mais coletivas para o município? A curto prazo, não! O modelo político brasileiro da Primeira República dificultava ações permanentes nas áreas de saúde e educação, pois a ajuda do Estado aos municípios era mínima e as necessidades locais eram muitas. Conquista esperou ainda algumas décadas para que possuísse um sistema de saúde pública mínimo, capaz de prestar

História e Saúde: políticas, assistência, doenças e instituições na Bahia

assistência à sua população pobre, em paralelo à expansão do setor privado de saúde na cidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo do fenômeno epidêmico revelou o cotidiano da cidade de Conquista, as relações e tensões políticas existentes e a falta de infraestrutura médico-hospitalar para socorrer as dezenas de pacientes. A epidemia de peste provavelmente contribuiu para o fortalecimento do político Régis Pacheco que, mais uma vez, atuou como médico e político para debelar um surto epidêmico na cidade, bem como para a retomada dos trabalhos da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, que conseguiu, a partir de 1930, abrir em definitivo o hospital filantrópico São Vicente de Paulo (CHAVES, 2015).

Apesar de a epidemia ter chegado ao fim na cidade de Conquista em abril de 1928, é certo que ainda hoje o Nordeste, a Bahia e o planalto da Conquista são focos naturais da doença, circunscritos às áreas silvestres. As medidas de controle da peste contribuíram para a erradicação da doença nas zonas urbanas, no entanto ainda permanece como uma ameaça em diversos países, inclusive no Brasil (BRASIL, 2008).

FONTES

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA

BAHIA. Arquivo Público do Estado da Bahia. Seção Republicana. Diretoria Geral de Saúde Pública. *Relatório da Comissão Sanitária de Vitória da Conquista*. Salvador, [19--?].

ARQUIVO PÚBLICO MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

A SEMANA. Vitória da Conquista: [s.n.], ano x, n. x, 7 set. 1923.

A SEMANA. Vitória da Conquista: [s.n.], ano 5, n. x, 31 out. 1927a.

A SEMANA. Vitória da Conquista: [s.n.], ano 5, n. x, 23 dez. 1927b.

A SEMANA. Vitória da Conquista: [s.n.], ano 5, n. 7, 23 jan. 1928a. p. 1.

A SEMANA. Vitória da Conquista: [s.n.], ano 5, n. 9, 21 abr. 1928b. p. 1.

A SEMANA. Vitória da Conquista: [s.n.], ano 4, n. 1, 24 jun. 1928c. p. 2.

A SEMANA. Vitória da Conquista: [s.n.], ano 4, n. 1, 20 jul. 1928d. p. 2.

AZEVEDO, Thales de. Aventuras com a peste. *A Tarde*, Salvador, 29 nov. 1982. Disponível em: <https://bit.ly/2MquiJL>. Acesso em: 14 jun. 2018.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Arquivo Público Municipal de Vitória da Conquista. *Atas do Conselho Municipal*. Vitória da Conquista, 1928. Não paginado.

BAHIA. *Mensagem apresentada a Assembleia Geral legislativa no Estado da Bahia na abertura da 1ª Sessão Ordinária da 12ª Legislatura pelo Dr. J. J. Seabra governador do estado*. Salvador: Seção de Obras da Revista do Brasil, 1913. Disponível em: <<https://bit.ly/2sZy5Wc>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

O COMBATE. Salvador: Redacção Saldanha, ano 1, n. 140, 25 nov. 1927. p. 1. Disponível em: <<https://bit.ly/2JEduw>>. Acesso em: 14 jun. 2018. p. 1.

O COMBATE. Salvador: Redacção Saldanha, ano 2, n. 195, 26 jan. 1928. p. 1. Disponível em: <<https://bit.ly/2LAF27i>>. Acesso em: 14 jun. 2018. p. 1

FÓRUM JOÃO MANGABEIRA DE VITÓRIA DA CONQUISTA. *Livro de registro de óbitos da cidade de Conquista de 1927-1928*. Vitória da Conquista: FJMVC, 1929.

Referências

- ABREU, Alzira Alves de (Coord.). *Dicionário histórico-biográfico brasileiro: pós-1930*. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2001. 5 v.
- BATISTA, Ricardo dos Santos. *Sífilis e reforma da saúde na Bahia (1920-1945)*. Salvador: Eduneb, 2017.
- BENCHIMOL, Jaime Larry; TEIXEIRA, Luiz Antônio. *Cobras, lagartos e outros bichos: uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de vigilância e controle da peste*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.
- CARVALHO, José Murilo de. Mandonismo, coronelismo, clientelismo: uma discussão conceitual. *Dados: Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, maio/ago. 1997. Não paginado. Disponível em: <<https://bit.ly/29gxZjf>>. Acesso em: 14 jun. 2018.
- CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. As origens da reforma sanitária e da modernização conservadora na Bahia durante a Primeira República. *Dados: Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, p. 593-633, jul./set. 1998.
- CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- CHAVES, Cleide de Lima (Org.). *História da saúde e das doenças no interior da Bahia: séculos XIX e XX*. Vitória da Conquista: Edições Uesb, 2013.
- CHAVES, Cleide de Lima. Crescêncio Antunes da Silveira: um médico filantropo baiano. In: SANGULAR, Gisele et al. (Orgs.). *Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2015. p. 95-112.
- CUETO, Marcos. *El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: IEP, 1997.

DANTAS, Euclides; FONSÊCA, Humberto José; MEDEIROS, Ruy Hermann. *Regis Pacheco 1895-1987: esboços biográficos*. Vitória da Conquista: Museu Regional de Vitória da Conquista; Edições Uesb, 1995.

DELORT, Robert. Que a peste seja do rato! In: LE GOFF, Jacques (Org.). *As doenças têm história*. Tradução Laurinda Bom. Lisboa: Terramar, 1991.

DELUMEAU, Jean. *História do medo no Ocidente: 1300-1800, uma cidade sitiada*. Tradução Maria Lucia Machado e Heloísa Jahn. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política da saúde pública no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Anpocs, 2006.

IVO, Isnara Pereira. *O anjo da morte contra o Santo Lenho: poder, vingança e cotidiano no sertão da Bahia*. Vitória da Conquista: Edições Uesb, 2004.

LEWINSOHN, Rachel. *Três epidemias: lições do passado*. São Paulo: Editora Unicamp, 2003.

MÁRQUEZ VALDERRAMA, Jorge. ¿Rumores, miedo o epidemia? la peste de 1913 y 1914 en la costa atlántica de Colombia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 133-171, mar./jun. 2001. Disponível em: <<https://bit.ly/2Mtcnlt>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. La llegada de la peste al estado de Sao Paulo en 1899. *Dynamis*, Granada, v. 31, n. 1, p. 65-85, 2011.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVA, Matheus Alves Duarte da. “Não é meu intuito estabelecer polêmica”: a chegada da peste ao Brasil, análise de uma controvérsia, 1899. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 1271-1285, nov. 2013. Suplemento. Disponível em: <<https://bit.ly/2JLKcwo>>. Acesso em: 14 jun. 2018.

- NOVAIS, Suzimar dos Santos. *Mulheres sertanejas: política e economia no Sertão da Ressaca (1840-1920)*. 2011. 124 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.
- REVEL, Jacques; PETER, Jean-Pierre. O corpo: o homem doente e sua história. In: LE GOFF, Jacques; NORA, Pierre (Orgs.). *História: novos objetos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988. p. 141-159.
- ROSEN, George. *Uma história da saúde pública*. Tradução Marcos Fernandes da Silva Moreira e Ruben de Alcantara Bonfim. São Paulo: Editora Unesp; Hucitec, 1994.
- SARMENTO, Silvia Noronha. *A raposa e a águia: J. J. Seabra e Rui Barbosa na política baiana na Primeira República*. 2009. 143 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- SOURNIA, Jean-Charles; RUFFIÉ, Jacques. *As epidemias na história do homem*. Lisboa: Edições 70, 1986.
- SOUZA, Belarmino Jesus. *Arreios, currais e porteiras: uma leitura da vida política em Conquista na Primeira República*. 1999. 181 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de. *A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. Rio de Janeiro Editora Fiocruz; Salvador: Edufba, 2009.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de. Redes de poder e solidariedade nos sertões da Bahia. In: CHAVES, Cleide de Lima (Org.). *História da saúde e das doenças no interior da Bahia: séculos XIX e XX*. Vitória da Conquista: Edições Uesb, 2013. p. 43-82.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de; HOCHMAN, Gilberto. Ano de nove, ano de varíola: a epidemia de 1919, em Salvador, Bahia. *Fenix*:

Revista de História e Estudos Culturais, Vitória da Conquista, v. 9, n. 3, p. 1-19, set./dez. 2012.

TANAJURA, Mozart. *História de conquista: crônica de uma cidade*. Vitória da Conquista: Brasil Artes Gráficas, 1992.

NOTAS

- ¹ No original: “A fines del siglo XIX, el comercio internacional y la navegación a vapor facilitaron la difusión universal de la peste que apareció en Yunan, China, en 1891 y siguió el curso siguiente: Hong Kong, 1894; Bombay, 1896; Suez, 1897; Madagascar, 1898; Portugal y el continente americano, 1898; Australia, 1900”.
- ² Sobre esses dois institutos, cf. Benchimol e Teixeira (1993).
- ³ Melete é uma espécie de tamanduá extinto no sertão; Peduro é uma expressão utilizada para rotular animais sem raça definida. Para saber mais, cf. Souza (1999).
- ⁴ Sob a tutela do estado ficariam as medidas de tratamento e prevenção de moléstias transmissíveis, como também o combate às epidemias (Lei nº 213, de 23 de agosto de 1897).
- ⁵ Conjunto de parentelas que exercem controle absoluto sobre a estrutura econômica e sólida hegemonia política (SOUZA, 1999).
- ⁶ Cumpre registrar que este relatório foi encontrado incompleto no Arquivo Público do Estado da Bahia e sem data, no entanto, a análise das informações existentes nele assegura se tratar da comissão que veio para Conquista debelar a epidemia de peste bubônica entre 1927 e 1928.
- ⁷ Thales de Azevedo (1904-1995) ficou mais conhecido por sua atuação como antropólogo e sociólogo na Universidade Federal da Bahia, no entanto, sua primeira formação foi em medicina na Faculdade de Medicina da Bahia, onde se formou em 1927 (ABREU, 2001).
- ⁸ O Conselho retornou às suas atividades no dia 12 de novembro de 1928.

A SAÚDE E A MARCHA DEVASTADORA DAS DOENÇAS EM JUAZEIRO NAS PRIMEIRAS DÉCADAS DO SÉCULO XX

Ana Clara Farias Brito

Esta seção aborda os cuidados com a saúde na cidade de Juazeiro, na Bahia, durante a primeira metade do século XX, dando ênfase ao que os jornais do período chamaram de “marcha devastadora das doenças”. Dentro do marco temporal proposto, investigamos o processo de saneamento do norte da Bahia, em especial da cidade de Juazeiro, observando o quadro de doenças e as políticas de saúde introduzidas na região durante as primeiras décadas do século XX. Foi dada atenção especial ao papel desempenhado pela Santa Casa de Misericórdia de Juazeiro e aos serviços prestados pelo Posto de Profilaxia Rural, que ajudou no combate a algumas enfermidades, além de atuar na educação sanitária da população local.

A cidade de Juazeiro surgiu no final do século XVII como local de paragem de viajantes. Ela foi considerada um ponto central da comunicação do interior devido às estradas que daquele local se encaminhavam para o Maranhão, através do Piauí. Além disso, também ganhou visibilidade pela comunicação fluvial que, saindo de Minas Gerais, chegava ao oceano através de Pernambuco, Alagoas e Sergipe. Esta localização tornou Juazeiro um centro privilegiado de transações comerciais da região e contribuiu para que fosse considerada como o ponto médio entre os rios São Francisco e Tocantins. As comunicações terrestre e marítima permitiram, também, que a

cidade fosse acometida por doenças como a malária, febre amarela, difteria, e peste bubônica.

Até a primeira metade do século XX, as ações do Estado em relação à saúde na Bahia eram restritas ao combate a epidemias. Seguindo o modelo liberal adotado pelo Império, os poderes públicos só intervinham em situações de calamidade, deixando à sociedade a tarefa de organização dos cuidados com a saúde. No início da República, após a Constituição de 1891, a responsabilidade de prover os cuidados com a saúde pública passou às unidades federativas (SOUZA, 2011).

Neste período os governadores baianos dividiam responsabilidades, partilhando as atribuições sanitárias entre estado e municípios. Em 1901, o então governador Luiz Vianna sancionou a lei que tornava a municipalidade responsável por oferecer saneamento público, assim como dirigir serviços de vacinação e criar espaços como asilos e creches. Entretanto, muitos destes encaminhamentos nunca saíram do papel. A crise financeira, a pobreza e a onda contínua de epidemias em toda a Bahia impediam qualquer progresso das iniciativas ligadas à saúde. Desta forma, o interior da Bahia chegou ao século XX sendo palco de grandes surtos epidêmicos, sem deixar de sofrer com as chamadas “grandes endemias do sertão”, doenças consideradas crônicas, amplas e fora de controle até a década de 1920, como malária, ancilostomíase, tracoma, leishmaniose, filariose e doença de Chagas (CASTRO SANTOS, 1998).

Este quadro de pobreza e enfermidades foi constatado por médicos sanitaristas que, nos anos de 1910, realizaram expedições pelo interior do país. Em seus diagnósticos, o Brasil se encontrava abandonado e doente, sendo necessária uma intervenção federal para conter as enfermidades e integrar a população esquecida pelo Estado. Os clamores dos médicos eram sobretudo por melhorias sanitárias no interior, uma vez que, adotando-se determinadas medidas, seria possível salvar vidas e extinguir doenças graves como a malária. As investidas do chamado movimento sanitarista resultaram na criação dos Postos de Profilaxia Rural, que garantiram o serviço contínuo de combate a algumas enfermidades. Na Bahia, os

postos iniciaram seus serviços no ano de 1921, e a cidade de Juazeiro teve sua unidade inaugurada em julho de 1922.

O MOVIMENTO SANITARISTA E A CURA DO SERTÃO DOENTE

O ano de 1910 foi marcado pelo surgimento do movimento sanitaria, que tinha como objetivo sanar as endemias rurais que constantemente assolavam o Brasil doente.¹ Para os sanitaria, o local atingido por doenças, sem a devida assistência dos poderes públicos, era considerado interior ou sertão. Segundo o *Dicionário Aurélio*, a palavra *sertão* significa região agreste coberta de mato, zona pouco povoada do interior do Brasil, mais seca que a caatinga, onde perduram tradições e costumes antigos (FERREIRA, 2010, p. 1922). Esta aproximação com termos referentes ao atraso, à seca e ao deserto de pessoas, referenciada ainda nos dias atuais, começou a ser definida ainda no século XVI. A palavra *sertão* é um termo oriundo de “desertão”² e tem como primeiros significados: interior, espaço pouco povoado, longe da costa; um conceito que, segundo Kalina Silva (2010), já aparece nas cartas de doação da Capitania de Pernambuco a Duarte Coelho, em 1534.

No início do século XX, o discurso de incivilidade atribuído ao Sertão trazia em si a busca por sua superação, sendo utilizado por médicos e cientistas para embasar seus projetos de saneamento e integração econômica e política. Na concepção de Moraes (2003), o Sertão não pode ser definido por suas características físicas, constituindo-se, portanto, em uma realidade simbólica, figura do imaginário da conquista territorial. Trata-se de um conceito construído pelo outro que, ao classificar uma localização, aponta para sua transformação. Assim, a designação dos elementos que constituem o Sertão como espaço do “atraso” vem acompanhada de um projeto de contraponto rumo ao “progresso”, com caráter povoador, civilizador, modernizador, o qual almeja a superação da condição sertaneja. O movimento sanitaria, em particular, buscava superar o atraso do interior por meio de mudanças nos hábitos e costumes da população.

JUAZEIRO, O RIO SÃO FRANCISCO E A COMUNICAÇÃO ENTRE O LITORAL E O SERTÃO

A proeminência da comunicação fluvial, realizada através do rio São Francisco, e o incremento realizado pelas vias férreas fizeram Juazeiro manter sua característica de importante entreposto comercial por muitos anos. No início do século XX a cidade reunia cerca de 8.000 pessoas e o comércio era sua principal atividade econômica. A ferrovia, que ligava a capital ao São Francisco, intensificava a comunicação com diversas províncias que lidavam com a ineficiência de transporte de mercadorias, feita apenas pelos rios. Ainda em construção, no ano de 1863 o ramal chegou até a cidade de Alagoinhas. Entretanto, apenas nos anos de 1880 e 1887 os trechos até Serrinha e Vila Nova da Rainha (Senhor do Bonfim) foram inaugurados. Neste trecho, os trabalhos foram suspensos por dois anos, sendo retomados em 1889. A estrada ainda levaria sete anos para ser concluída, chegando à cidade de Juazeiro, seu ponto final, apenas em 1896.

Após sua finalização, o prolongamento da estrada de ferro do São Francisco interligava Juazeiro à capital, num percurso de 452,31 quilômetros, com paradas em 35 estações ferroviárias ao longo do caminho (GARCEZ; SENA, 1992). Neste percurso, transportava sobretudo açúcar, fumo e tabaco. Entretanto, a ferrovia não conseguiu diminuir os problemas econômicos da Bahia. Segundo Robério Souza (2007, p. 37), com o funcionamento deficitário, a estrada de ferro construída em direção às margens do rio São Francisco se justificou para a União mais em termos geopolíticos que econômicos, sendo um importante instrumento de controle político do território baiano para a consolidação da República.

Assim, a ferrovia desempenhou o papel de estabelecer a ligação entre o interior e o litoral, permitindo o adensamento das relações de Juazeiro com outras cidades da Bahia e com a capital, Salvador. Esta comunicação possibilitou ainda a disseminação de muitas doenças como a gripe espanhola, a peste bubônica, a febre amarela e a difteria, ampliando o quadro de enfermidades endêmicas que já atingiam a região. Sua importância como interposto comercial e o

grande índice de doenças fez a cidade se tornar alvo das expedições científicas que adentraram o interior do país com o intuito de realizar trabalhos de saneamento no Sertão doente.

AS EXPEDIÇÕES CIENTÍFICAS E A PASSAGEM PELO NORTE DA BAHIA

Em 1910, foram feitas viagens requisitadas pela Inspetoria de Obras Contra as Secas (Iocs) que tinham como objetivo fazer o levantamento das condições epidemiológicas e socioeconômicas das regiões percorridas pelo rio São Francisco, além de outras áreas do Nordeste e do Centro-Oeste brasileiro. As expedições chefiadas por cientistas do Instituto Oswaldo Cruz evidenciaram a condição nosológica e socioeconômica precária do interior do país (LIMA, 1999). Os relatórios escritos pela terceira expedição possibilitaram observar de forma mais detalhada a percepção dos viajantes sobre a cidade de Juazeiro. A comissão chefiada pelos médicos Arthur Neiva e Belisário Penna percorreu durante sete meses parte dos estados da Bahia, de Pernambuco, do Piauí e de Goiás. No percurso, eles realizaram um amplo levantamento das condições socioeconômicas, climáticas e nosológicas da população, incluindo fotografias, e registrando ainda aspectos da fauna, da flora, das condições de vida e das doenças que afetavam os habitantes da região. A população encontrada era descrita como ignorante, abandonada, isolada, com instrumentos primitivos de trabalho, desconhecendo o uso da moeda, tradicionalista e refratária ao progresso (HOCHMAN, 1998, p. 66).

O relatório desta viagem, publicado no ano de 1916, se tornou um marco do movimento pelo saneamento rural na Primeira República. O quadro começou a ser traçado pela cidade de Juazeiro, que foi caracterizada pela falta de saneamento do espaço urbano e pelas doenças encontradas. Destacam-se, no relatório, a presença endêmica da malária e a existência da febre amarela. Neste sentido, mesmo Juazeiro sendo apontada como a cidade mais importante daquele percurso do rio São Francisco, junto à cidade de Goiás, a ineficiência

das ações de saúde é evidenciada como forma de denunciar a “primitividade” do local.

Joazeiro com 6 mil habitantes apesar de rotulada pela denominação de Princesa do Sertão, não passa de um amontoado de gente habitando uma povoação sem esgoto, iluminação, água encanada, pavimentação, compara-se núcleo de povoação igual mesmo no Brazil meridional, [...] alguns quilometros de Joazeiro, esta se na mesma condição de que se tivesse internado centenas de quilômetros daquela cidade [...] é o sertão em toda sua primitividade. (NEIVA; PENNA, 1916, p. 179).

No trecho citado, o atraso é relacionado à falta de saneamento do espaço urbano, ainda que para os padrões da época, a cidade fosse considerada desenvolvida. Os elementos associados ao desenvolvimento urbano e à civilidade, como ruas alinhadas, praças, casas caiadas e coloridas, a existência de um teatro, levaram o engenheiro Teodoro Sampaio a atribuir a Juazeiro, no ano de 1879, o título de Princesa ou Corte do Sertão (SANTANA, 2002). Entretanto, estes aspectos foram desconsiderados por Arthur Neiva e Belisário Penna, que descreveram a cidade como um “amontoado de gente” que vivia de forma insalubre. Nesta perspectiva, percebem-se as redefinições feitas pelos sanitaristas no que se refere aos limites do urbano e rural, agora caracterizados pela presença de doenças endêmicas e ausência de autoridade pública (LIMA; HOCHMAN, 2000). Assim, a ciência buscava identificar os sintomas de nossa cultura, submetendo-os ao espelho crítico de outra civilização.

Na passagem por Juazeiro, o foco dos médicos foi o diagnóstico das doenças que acometiam a região. A febre amarela estava no topo da lista das doenças transmissíveis que mais preocupavam tanto o governo federal quanto o estado da Bahia. Desde que aportou em Salvador em 1849, havia se tornado praticamente endêmica entre os baianos (SOUZA, 2013, p. 54). Embora as cidades de Petrolina,

em Pernambuco, e Juazeiro não fossem consideradas focos da febre amarela, os médicos defendiam a ideia de que todas as vilas e cidades sertanejas às margens da Estrada de Ferro do São Francisco possuíam transmissores em abundância. Segundo eles, a febre amarela existia nestas cidades, mas passava despercebida por conta da dificuldade na realização de seu diagnóstico.

Nós que observamos as condições precárias da assistência médica em Juazeiro e as profundas falhas do registro civil, principalmente na parte referente ao registro de óbito, nutrimos suspeita que sob o rótulo de moléstias intermitentes, sezões etc; esteja incluídos casos de febre amarela em crianças, os quais passaram despercebidos não só pela própria dificuldade de ser diagnosticados, como principalmente por se revestirem numa forma frusta e benigna. (NEIVA; PENNA, 1916, p. 127).

Deste modo, Neiva e Penna (1916) acreditavam que a forma vaga com que se registraram casos rotulados como moléstias se tratassem, na verdade, de casos de febre amarela que passaram despercebidos, por se revestirem de uma forma benigna. Eles afirmam que em localidades consideradas isentas da moléstia, como a vila do São Francisco, foi constatada a morte de um estrangeiro, vítima de febre amarela, e defendiam que a via férrea era a principal transmissora da doença, uma vez que, depois da cidade de Petrolina até Goiás, ponto final da sua expedição, nenhum caso da doença havia sido encontrado (NEIVA; PENNA, 1916, p. 128).

Mesmo que a febre amarela existisse nas comunidades ao longo do rio, ainda não havia casos suficientes para considerá-la perigosa na região. O mesmo não ocorria com a malária, que se apresentava de forma endêmica naquelas localidades há muito tempo. Na passagem por Juazeiro no mês de março de 1912, Penna e Neiva destacam que o impaludismo, ou malária, grassava intensamente entre a população, mas mesmo os casos mais graves cediam facilmente após

a utilização de pequenas doses de cloridrato de quinina. Entretanto, os médicos observam que a população não teria noção dos benefícios da quinina, que era utilizada apenas em último caso:

A medicação específica só é utilizada em caso de “desespero” e ainda assim, além de usar o sal mais improprio, fazem-no em doses insuficientes, pessoas tem repugnancia pela quinina que tem seu emprego dificultado pelo alto preço, sendo vendida a 500 rs cada 30 centigramas e que constitui um “purgante de quinino”, o qual é pesado com 37 grãos de pimenta do reino, conforme a dose seja simples ou dupla. (NEIVA; PENNA, 1916, p. 143).

Segundo o relatório, usava-se na região o sulfato de quinina, sal de menor valia que o cloridrato por sua percentagem de alcaloides.³ Ainda assim, o sulfato era caro e, portanto, tinha pouca utilização, sendo a malária tratada naquela região pelo que os cientistas denominaram de terapêuticas populares:

Em geral as pessoas do povo tratam-se com infusões feitas com a flor ou folhas da catin-ga de porco e casca do joazeiro e, sobre o mal, nutrem erroneos preconceitos, como o de não beber leite, quando se está impaludado. Este despropósito é usado mesmo entre as pessoas cultas, e os inconvenientes resaltam ao se pensar que as crianças são impedidas do uso da dieta lactea, a qual é substituída por outra proveniente da alimentação ali em uso, ja de si tão imperfeita. (NEIVA; PENNA, 1916, p. 143).

A terapêutica empregada contra o impaludismo na cidade de Juazeiro consistia na utilização de infusões de flores e folhas encontradas na região e da retirada do leite da dieta, ações consideradas como um grande despropósito pelos cientistas. Segundo os princípios

do sanitarismo, a alimentação ineficiente fazia parte dos problemas que tornavam os sertanejos suscetíveis a várias doenças. O leite, por exemplo, era identificado pelos médicos como um importante alimento da dieta das crianças. Sua exclusão na alimentação não ajudava na cura da malária, além de enfraquecer o corpo e deixar o caminho livre para outras enfermidades.

O espanto maior dos viajantes foi constatar que esse tipo de prática de cura era utilizado também pelas pessoas mais cultas da cidade. Esperava-se que os letrados corroborassem com as práticas médicas oficiais, entretanto observa-se que, ainda nas primeiras décadas do século XX, as práticas de cura não representavam um fenômeno construído pela superação. Desta forma, na maioria das vezes a medicina acadêmica não substituía os modos de cura constituídos anteriormente e preservados pela tradição. Segundo Souza (2013, p. 60), essas práticas representavam um conjunto de saberes criados pela experiência, sendo comum que pessoas de diversos extratos sociais recorressem à farmacopeia doméstica (chás, xaropes caseiros), buscassem o auxílio das forças sobrenaturais, e ainda recorressem à ajuda dos médicos quando disponíveis na cidade.

O grande número de pessoas acometidas pela malária e a recusa na utilização de quinina como forma de cura fizeram Neiva e Penna ressaltarem, em seus escritos, a possibilidade da criação de um posto de Profilaxia na cidade de Juazeiro. Para eles, não seria impossível instalar ali um posto médico, aproveitando assim os médicos locais para isentar da doença a parte mais povoada da cidade (NEIVA; PENNA, 1916, p. 147).

A Argentina é citada como exemplo bem-sucedido da intervenção autônoma do governo central que realizou a profilaxia anti-palúdica nos estados em que a doença grassava entre a população. Assim, sugere-se que esta iniciativa poderia ser posta em prática no interior do Brasil, alcançando as cidades de Juazeiro e Petrolina.

Em Joazeiro poder-se ia fazer cousa analogia e, o Posto que funcionasse nesta localidade, socorreria também a cidade pernambucana

de Petrolina. Somos testemunhas das devastações ocasionadas pela malária naquelas localidades e as medidas que propomos, são de facilíma realização e relativamente pouco dispendiosas, além do estipendio dum medico, o posto teria que fornecer a quinina gratuitamente e parece impossível que o municipio, a união e o Estado não consigam fazer face a tais encargos. (NEIVA; PENNA, 1916, p. 146-147).

Em lugar da resignação de um atraso sem solução, os sanitaristas vislumbravam a possibilidade de recuperação por meio de ações de higiene e saneamento fundadas no conhecimento médico e implementadas pelas autoridades públicas. Para as campanhas realizadas no interior, a ancilostomíase, a malária e a doença de Chagas, males evitáveis através de ações profiláticas, deveriam ser o foco das ações estatais (HOCHMAN, 2013). Até aquele ano em Juazeiro, o combate a doenças só era feito em tempos de epidemias, sendo o Hospital da Santa Casa o único espaço disponível para o tratamento de enfermidades na região.

OS “APÓSTOLOS DA CARIDADE” E A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE JUAZEIRO

Até o final do século XIX, a assistência na Bahia era totalmente dependente das ações das Irmandades da Misericórdia, tanto na capital como no interior. Estas associações mantinham uma relação permeável com o Estado, apesar de serem privadas, e aquelas que recebiam a indicação de filantrópicas exerciam uma função pública, sendo contempladas com subvenções do Estado (SOUZA, 2013). Em Juazeiro, a única instituição voltada para o cuidado com a saúde era a o Hospital da Santa Casa de Misericórdia, que no início do século XX tinha poucos leitos e recursos insuficientes para cuidar dos pobres e doentes da região.

O compromisso das Misericórdias previa a assistência caritativa e filantrópica aos mais pobres. Essa instituição exercia várias funções, dentre elas, o recolhimento de dotes para as moças pobres, os enterros, a assistência a presos e indigentes e o recolhimento dos recém-nascidos entregues na roda dos expostos. Entretanto, a partir do fim do século XIX e início do XX, passaram a ser símbolos de assistência médico-hospitalar (CHAVES, 2013, p. 84).

Em Juazeiro, não há notícias dessas outras ações caritativas. Os irmãos da Santa Casa se reuniram em 1885, já com o objetivo da construção do hospital. Congregando 36 pessoas em uma sessão realizada no prédio da Câmara de Vereadores, no dia 3 de julho de 1885, foram aprovados os estatutos que davam à sociedade o nome de Irmandade de Nossa Senhora das Grotas, tendo como primeiro provedor o dr. José Inácio da Silva.⁴ Desde a fundação da instituição, o médico lançou a obra de construção do hospital, inaugurado em 2 de outubro de 1892 (CUNHA, 1978, p. 148). Segundo os memorialistas de Juazeiro, Silva era reconhecido por “bater de porta em porta”, solicitando donativos e auxílio dos juazeirenses para a construção de uma casa de caridade que tratasse dos enfermos pobres da cidade. Alguns autores⁵ apontam que seus adversários políticos zombavam da sua iniciativa, em nada contribuindo com sua missão.

Todos os domingos saía José Inácio de porta em porta, com a sacola a mão, pedindo auxílio para construção do hospital. Inúmeras vezes era enxotado da porta de seus inimigos políticos, que ainda o maltratavam por palavras, mas no domingo seguinte, José Inácio batia novamente as mesmas portas, para ser recebido da mesma forma. (CUNHA, 1978, p. 151).

José Inácio é exaltado por seus pares como um “[...] verdadeiro apóstolo da caridade” que, mesmo sofrendo represália dos adversários, conseguiu construir o hospital. O prédio, inaugurado em 1892, só tinha capacidade para receber quatro doentes, entretanto

passou a receber 12 no ano seguinte, nas quatro enfermarias existentes (RIBEIRO, 2005, p. 261).

Segundo Maria Renilda Barreto (2011), a Irmandade de Misericórdia da Bahia figurou como espaço de negociação entre riqueza e pobreza, de afirmação de poder e prestígio social das oligarquias locais. Em Juazeiro, a família de José Inácio da Silva disputava o poder com a família Duarte,⁶ que não contribuía com donativos para a instituição, sempre sujeita a doações das elites locais. Essa dependência fez o Hospital da Santa Casa alternar períodos de crises financeiras e prosperidade, permanecendo em funcionamento até o ano de 1960.⁷ O espaço era um dos poucos existentes na região norte da Bahia, sendo requisitado como ponto de apoio em momentos de conflito. Nos anos de 1924 e 1925, por exemplo, foi transformado em hospital de campanha pelas tropas do Exército que se fixaram em Juazeiro para combater a Coluna Prestes.⁸ No fim da ocupação, o dr. José Cordeiro de Miranda conseguiu a doação de todo o material farmacêutico, cirúrgico e as macas que haviam sido usadas pelo Exército, do General Mariante, chefe das forças que acamparam em Juazeiro (RIBEIRO, 2005, p. 239).

Em 1930, a instituição foi ocupada pelas forças revolucionárias⁹ outra vez e serviu de hospital para doação de sangue. Após este episódio, no ano de 1931, o edifício foi reformado, modificado em algumas partes, e inaugurou-se a farmácia da Santa Casa, com um estoque regular de medicação (RIBEIRO, 2005, p. 240). No mesmo ano, há notícias da existência de um contrato com a Prefeitura Municipal de Juazeiro para a construção de um hospital fora do perímetro urbano. Entretanto, em 1932, o contrato foi rescindido porque a Prefeitura não teria cumprido as cláusulas previstas no acordo. Até os anos de 1930, o Hospital da Santa Casa foi a única instituição com possibilidade de internamento destinada ao tratamento de enfermos na cidade.

A MARCHA DEVASTADORA DAS EPIDEMIAS: O CASO DA PESTE BUBÔNICA

As medidas ligadas ao saneamento das cidades do interior eram igualmente ignoradas pelos poderes locais. Em Juazeiro, até as primeiras décadas do século XX, não havia abastecimento de água, nem serviços de esgoto, e as ruas de chão batido ainda eram iluminadas por querosene (GARCEZ; SENA, 1992). Entre os anos de 1912 e 1924, o coronel Aprígio Duarte Filho¹⁰ se dedicou a realizar algumas mudanças na cidade, investindo em melhoramentos como alargamento de ruas, criação de praças, arborização do centro e construção de novos prédios. O intendente foi responsável ainda pela criação de espaços públicos que regulamentavam a higiene da cidade, como o matadouro público municipal (1913) e o mercado público (1916), além de reformular o Código de Postura da cidade e inserir um capítulo voltado para a higiene e salubridade pública. Na lei estava prevista a obrigatoriedade de vacinas, o depósito de lixo em locais adequados, o controle do asseio das águas em frente às propriedades e a fiscalização de venda de substâncias venenosas em estabelecimentos comerciais (GARCEZ; SENA, 1992).

Entretanto, as medidas voltadas à salubridade parecem não ter saído do papel e as melhorias na estrutura urbana foram pontuais, beneficiando apenas o centro da cidade. Os relatórios publicados pelos diretores do Posto de Profilaxia Rural entre os anos de 1922 e 1925 apontam o péssimo estado de higiene da cidade, principalmente dos bairros mais afastados e populosos.¹¹

Em 1916 a cidade foi atingida pela peste bubônica. Naquele ano, o empenho de Aprígio Duarte em combater a doença foi notado pelo então governador da Bahia, Moniz de Aragão. Segundo informou o governador em 1918, apesar das medidas tomadas pela saúde pública, o município subsidiou, durante algum tempo, parte das despesas necessárias à profilaxia e à extinção da doença (SOUZA, 2013, p. 57).

Juazeiro foi o primeiro lugar de foco de peste no Sertão e o alto número de doentes fez o governo estadual considerar a região

acometida por uma epidemia. Segundo informações do jornal *A Tarde* (28 out. 1922), a doença teria chegado ao norte da Bahia pelos vagões de mercadorias que vinham de Salvador, infestados de ratos pestosos. Para conter a doença, foi instalado na cidade um hospital provisório a fim de isolar e tratar os enfermos. Após o controle dos danos, a comissão inicialmente chefiada pelo dr. Eduardo Lins de Araújo, que veio de Salvador, passou ao comando do então delegado de higiene, Antônio Serafim Júnior, que se responsabilizou por dirigir os trabalhos de profilaxia. Para destruir o foco da peste foi necessário o expurgo rigoroso do local infectado. Entretanto, acredita-se que foi a cheia do rio São Francisco que extinguiu o foco da doença na cidade. O grande volume de suas águas teria limpado as áreas do lixo que alimentava os ratos portadores da peste, permitindo seu controle no ano de 1917 (SOUZA, 2013, p. 56-57).

A fim de impedir que a doença passasse para o outro lado do rio, foi montado um posto de desinfecção na cidade de Petrolina, que imunizava as pessoas vindas de Juazeiro. Segundo os memoria-listas da região, um corpo de guardas sanitários conduzia as pessoas para aquele lugar, submetendo-os a uma espécie de defumação, inclusive para as roupas, que eram trocadas por vestimentas limpas, o que teria arrefecido os casos no vizinho estado de Pernambuco (DOURADO, 1986).

Os transtornos causados pelas epidemias eram mais visíveis e intensos. Existia um temor por parte das autoridades de que os doentes pudessem infectar as pessoas sãs (SOUZA, 2009, p. 268). Quando o risco de contágio e eventual propagação das doenças passava, o estado mandava de volta os médicos à capital, suspendia os serviços sanitários e os municípios então voltavam a ficar em risco, uma vez que não dispunham de recursos para efetuar medidas permanentes de combate às enfermidades.

No ano de 1918, uma epidemia de gripe espanhola acometeu a cidade de Juazeiro. Entretanto, a doença se apresentou de forma branda e, apesar de ter atingido dois terços da população, adquiriu um caráter benigno, manifestando-se na sua forma brônquica. Os 15 óbitos registrados se referiam a pessoas vindas do Alto

São Francisco, onde a doença assumiria sua forma pneumônica mais letal (SOUZA, 2009, p. 274-275). Segundo Christiane Souza (2009), a gripe, que também teria chegado à cidade pela Estrada de Ferro, subiu o rio São Francisco, propagou-se pelas cidades ribeirinhas e atingiu também municípios e povoados circunvizinhos, assim Bom Jesus da Lapa, Rio Branco, Barreiras, Remanso, Curaçá e Abaré haviam sido atingidos pela gripe.

No caso da peste bubônica, temos notícias de seu retorno a Juazeiro anos depois. Segundo *A Tarde* de 28 de agosto de 1922, Sobral Pinto, vice-diretor da profilaxia rural na Bahia, telegrafou à Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural (DNSP), no Rio de Janeiro, solicitando 200 doses de soro antipestoso a fim de prevenir os municípios de Juazeiro e Serrinha de uma possível epidemia. Pelo que indicam as matérias seguintes, tais recursos não chegaram, e em outubro do mesmo ano se veiculou a notícia de uma “marcha devastadora” da peste bubônica que passava a se propagar pelo interior da Bahia, atingindo também Jacobina, entre outras localidades. Entretanto, seu combate era dificultado pelos poucos recursos do estado para prover uma campanha satisfatória.

Na sua marcha devastadora a peste irrompe violentamente em Jacobina e Juazeiro.

Agora mesmo chega-nos a triste notícia da sua irrupção violenta em Jacobina, município até então poupado pelo flagello, se não nos enganamos. Eis o despacho que recebemos:

JACOBINA, 27 (A Tarde) – No districto de Cannabrava, distante des kilômetros do povoado verificaram-se 10 casos factaes de peste bubonica. Rogamos providencias. – (ca.) Acelino Rios, Isaias Lopes, Francisco Fulco, José Passos. (A TARDE, 1922, p. 2).

Embora a doença estivesse grassando violentamente em Juazeiro, Jacobina e Petrolina, apenas a primeira cidade contou com ajuda, tendo em vista a existência de um posto profilático no local

que permitia o envio de medicamentos e a contratação de pessoal. Segundo Sebastião Barroso, chefe do serviço de Profilaxia Rural na Bahia, nada poderia ser feito para socorrer as outras localidades:

O dr. Sebastião Barroso determinou que defendesse da peste a cidade de Juazeiro, nada podendo fazer, porém, em auxílio de Petrolina, por não ser esta pertencente a Bahia. Ao mesmo tempo enviou para lá grande quantidade de acidophenico, anzol, massa raticida, varios aspersores e bombas de desinfecção, um chefe de turma e dois serventes, autorizando o diretor do posto rural em Juazeiro a contractar mais gente ali, caso seja preciso, para o combate a peste. (A TARDE, 1922, p. 2).

Petrolina, cidade pernambucana que faz fronteira com Juazeiro, não conseguiu ajuda por não pertencer à Bahia, mesmo sendo considerada pelo jornal *A Tarde* um lugar onde a doença teria atingido os moradores com “grande virulência”.

O periódico petrolinense *O Pharol*, na edição de 5 de novembro de 1922, se contrapôs às informações do jornal *A Tarde*, de Salvador, e afirmou que na cidade de Petrolina não haveria um único caso de peste bubônica.

Pois bem, isto que dizem de Petrolina é mentira.

Aqui não houve nem há peste bubônica. O que houve foi peste... de mentira, exclusivamente!

Não somos entendidos em materia de medicina porem não nos conformamos com a palavra do medico, cujo diagnostico não foi aprovado, senão, através de telegrammas alarmantes. *Errare humanum est*, os médicos também erram porque são humanos e a humanidade está sujeita ao erro.

Mas nos temos a convicção de que não erramos quando afirmamos que aqui não houve e nem há peste bubônica. (O PHAROL, 1922, p. 1).

O texto de *O Pharol* contradiz a palavra do médico Serafim Júnior, chefe do Posto de Profilaxia de Juazeiro, que telegrafou a seu superior em Salvador e relatou os casos encontrados na região. O jornal afirma que os casos denunciados em Petrolina não foram comprovados por diagnóstico, mas apenas alardeados por telegrama, portanto, tratava-se de um erro. Assim, segundo o periódico, a única “peste” que existiu em Petrolina foi a “de mentiras”, e para comprovar suas informações, *O Pharol* publicou na mesma matéria o obituário mensal, demonstrando que nenhuma morte registrada no período teria sido pela peste bubônica.

E provamos com os factos:

Vejamos o que diz o registro do obtuario da cidade de 7 de outubro até 3 do corrente, quando ocorreu o ultimo fallecimento.

Deram-se 16 obtos durante esse período, sendo quatro de moléstias do coração, dous de febre, um de estupor, um em consequência do parto, um assassinato, um engasgado, um bronchite, um syphilis, um repentinamente e outro de congestão.

Os supostos pestosos recolhidos ao isolamento, depois de quatro dias, em vista das melho-ras obtidas voltaram para suas casas e estão vivos.

Suspeitas não são provas. (O PHAROL, 1922, p. 1).

Os debates não prosseguiram nas edições seguintes. Contudo, era muito provável que a doença grassasse não só em Juazeiro, como também em Petrolina, tendo em vista a condição de salubridade das cidades e a grande circulação de pessoas e mercadorias feitas

pelas linhas férreas e do rio São Francisco. A falta de uma estrutura adequada e de medicação para tratar os possíveis enfermos poderia alarmar a população e diminuir a passagem dos comerciantes, algo que não era desejado pelas elites de Petrolina, dirigentes do jornal *O Pharol*. Entretanto, se uma epidemia de grande porte tivesse tomado curso na região, seria noticiada pelos meios de comunicação, não só na cidade como na capital, o que não aconteceu.

O fato é que a peste e outras doenças sempre retornavam à região e a falta de controle destas enfermidades já ameaçava causar danos em todo o território nacional. A chamada interdependência sanitária já era uma grande preocupação dos médicos e foi utilizada como argumento para a intervenção federal em questões ligadas à saúde pública. Os médicos acreditavam que a doença estabelecia dependência entre indivíduos, vizinhanças, cidades e regiões, o que inviabilizavam soluções isoladas. Essa configuração impunha a necessidade de uma autoridade capaz de agir sobre o território e sobre seus indivíduos, impedindo que localidades e pessoas imputassem custos aos demais, necessitando assim restringir liberdades individuais, alterar direitos de propriedades e violar autonomias políticas (HOCHMAN, 2013, p. 49). Com este intuito foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920 que, através do Serviço de Profilaxia Rural, buscava promover políticas de saneamento consideradas urgentes, sem retirar a autonomia dos estados.

No ano de 1922, percebeu-se como a existência de um posto em Juazeiro facilitou o socorro aos enfermos acometidos pela peste bubônica. Todavia, ações pontuais se mostravam ineficientes na extinção da doença, sendo necessário investimentos a longo prazo que priorizassem não só o tratamento como a prevenção pela educação sanitária.

SANEANDO O INTERIOR: A CHEGADA DO POSTO DE PROFILAXIA RURAL

Segundo Gilberto Hochman (2013), a criação do DNSP inaugurava uma nova etapa do desenvolvimento de políticas de saúde

pública e de saneamento do Brasil, o que resultou em uma significativa ampliação das atribuições do governo federal neste setor. A profilaxia rural foi incluída no órgão pela Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural (DSPR) que, sob o comando inicial de Belisário Penna, foi o serviço mais ativo e de maior impacto no que diz respeito à presença do governo federal nos estados.

O Serviço de Profilaxia Rural aparece como uma solução, ao mesmo tempo eficaz e constitucional, para ampliar os serviços públicos de higiene em todo o país, principalmente nos estados do Norte e Nordeste, que acumulavam problemas ligados à saúde da população. O acordo era resultado da adesão voluntária dos estados, que acabavam por sanar a enorme dificuldade técnica e financeira para combater as endemias e epidemias rurais, sem maior demanda de custos. A Bahia firmou o seu acordo com o governo federal já no ano de 1921.

Segundo o contrato, o controle sobre as doenças venéreas e a lepra ficaria sob a responsabilidade do governo estadual e os serviços de profilaxia de outras enfermidades ficariam aos cuidados do DNSP durante três anos, sem qualquer interferência municipal ou estadual. O governo da Bahia se obrigava ainda a aceitar como sua toda a legislação sanitária federal, até que o estado tivesse seu próprio código sanitário (PONTES, 2007).

As prioridades do Posto de Profilaxia Rural eram ações educativas com o intuito de prevenir comportamentos que poderiam levar à (re)infestação de outros indivíduos, e a ação destes sobre o meio ambiente, isto é, sobre as condições promotoras da presença e expansão da doença (HOCHMAN, 2013). A contaminação dos seres humanos pelos micróbios era entendida como um fenômeno social, daí o clamor do movimento sanitarista para que as autoridades públicas utilizassem os recursos da medicina para impedir hábitos e práticas consideradas insalubres, uma vez que a manutenção por alguns habitantes, além de torná-los doentes, ameaçava a saúde e a vida de outros.

Era preciso, portanto, convencer e educar o homem comum a compartilhar comportamentos individuais e coletivos fundados

no conhecimento médico existente. Isso significava agir no sentido de modificar práticas de controle do corpo arraigadas na população, como má higiene, consumo de álcool e prostituição, bem como práticas de relação com os espaços (HOCHMAN, 2013). No caso de Juazeiro, as ações foram voltadas para instituir novas formas de utilização do rio São Francisco e das vias públicas, evitando os alagadiços e o lixo acumulado, uma vez que isto contribuía com a manutenção de focos de moscas, ratos e mosquitos, propícios para a transmissão de muitas doenças.

O Posto de Profilaxia Rural de Juazeiro foi inaugurado em 6 de julho de 1922, tendo como chefe o médico José Serafim Júnior.¹² Sob sua direção atuava uma equipe composta por um escrevente, um microscopista, seis guardas de primeira a terceira classes e um sergente. No posto eram realizados exames parasitológicos e de sangue, pequenas cirurgias, aplicação de vacinas contra varíola, distribuição de medicamentos contra o impaludismo e helmintoses (SERAFIM JÚNIOR, 1923).

Em Juazeiro não foram detectados casos significativos de doença de Chagas, entretanto a proximidade com o rio São Francisco fez da cidade local propício à existência da malária, considerada endêmica nas comunidades banhadas por ele. Em passagem pela cidade no ano de 1912, Belisário Penna já documentava o alto número de pessoas acometidas pela enfermidade, não havendo alterações neste quadro até 1922 (NEIVA; PENNA, 1916, p. 147). Segundo Serafim Júnior (1923), a doença dizimava a população de forma mais frequente entre os meses de abril a setembro, pois neste período do ano os alagadiços se tornavam focos permanentes do mosquito transmissor da doença. Entretanto, estes não seriam os piores focos, uma vez que as larvas eram destruídas rapidamente pelo sol ardente, sempre presente na cidade.

Eram as grandes barcas que estacionavam à margem do rio, dentro do perímetro da cidade, as responsáveis pelos mais perigosos focos de malária, visto que continham em seus porões águas estagnadas por permanentes infiltrações. Assim, seus tripulantes se tornavam

portadores de esplenomegalias que indicavam formas crônicas da malária. Como colocado no trecho abaixo:

Os mosquitos infectados que desses focos se espalharam em grandes nuvens pela cidade inoculam a moléstia nos habitantes desprevenidos. Não é raro ver-se em todas as epochas do anno entre os naturaes, “especimens” clássicos desses indivíduos trabalhados de malária que assumem um typo a parte: os em que enquanto o organismo inteiro se atrophia, o baço somente se hypertrophia segundo Bordier. (SERAFIM JÚNIOR, 1922, p. 5).

A solução para evitar este tipo de contágio seria um entendimento entre o Posto de Profilaxia Rural e a Capitania dos Portos, para agir de forma conjunta no saneamento do porto. Serafim Júnior almejava retirar as barcas para um ancoradouro distante, e proceder uma revista para certificação da inexistência de focos de malária nas embarcações. Mas o desejo do médico não obteve o apoio dos órgãos envolvidos, o que prolongou a infestação por muitos anos.

Desde o início dos trabalhos em Juazeiro, a equipe do Posto denunciava o descaso da intendência municipal com propostas que visavam à melhoria nas condições de salubridade dos espaços e o controle das doenças por meio dos seus relatórios. O caso do porto foi um deles. No mesmo período, o intendente se eximiu de colaborar com o projeto de setorização das águas do rio São Francisco, medida que evitaria o contágio de muitas doenças.

Em 1922, os hábitos da população local eram considerados inadequados, mesmo entre as famílias mais abastadas. Em seus domicílios existiam fossas onde eram lançados os dejetos, que contudo eram depositados em latas e barris e jogados em seguida diretamente no Rio São Francisco. Entre os mais pobres, parte significativa da população, as fossas não existiam e os dejetos eram espalhados pela rua onde, sobre a influência do sol forte, sofriam rápida decomposição (SERAFIM JÚNIOR, 1924). Ainda no ano de 1922, depositava-se

dejetos e tomava-se banho nos mesmos lugares onde mulheres retiravam a água para o consumo diário. Esta ação era classificada pelos médicos higienistas como “anti-higiênica e nociva”.

O problema do abastecimento da água resolve-se ainda pelo antiquado processo, de todo o ponto condenável, porque anti-higiênico e nocivo, dos barris carregados por muarezes (jumentos) que aguadeiros mal vestidos e desaceitados guiam aos domicílios mais afastados da margem do rio do qual é retirada uma água barrenta, cheia de detritos e imundícies. Centenas de mulheres carregam dessas mesmas águas em lata para os domicílios. (SERAFIM JÚNIOR, 1923, p. 11).

O projeto do Posto de Profilaxia tinha o intuito de pleitear junto a intendência municipal a setorização do uso das águas do São Francisco. No ano de 1922 foi solicitada uma marcação em local afastado do porto para o abastecimento da população, uma medida simples que poderia diminuir a ingestão de águas servidas. Entretanto, os médicos não obtiveram resposta dos líderes locais e, nos anos seguintes, os entraves aos trabalhos do posto permaneceram.

Sem o apoio necessário para alterar a estrutura urbana, os representantes da Profilaxia Rural se empenhavam em influenciar o comportamento da população sertaneja por meio da educação sanitária. Desta forma, se não era possível canalizar a água, os esforços se concentravam em prevenir os moradores acerca dos prejuízos causados à saúde ao ingerir água contaminada. Alertava-se para o mau uso do rio São Francisco e condenava-se sua utilização para lavagem de roupas, banho, depósito de detritos e materiais fecais. O trabalho de conscientização foi feito por conferências públicas e propagandas nos jornais locais. Entre os meses de julho a dezembro de 1922, foram realizadas conferências na Oficina de Viação S. Francisco, nos colégios municipais, na Escola Popular Vicente de Paula e ainda no próprio Posto de Profilaxia, sendo a iniciativa Repetida até o ano

de 1924, período em que o dr. Serafim Júnior ocupava a direção do posto.

Todavia, o médico ainda conta que as palestras não surtiram o efeito desejado e afastavam, em vez de aproximar, a população do local. Segundo registro de seu relatório, corria um boato entre a população da região que o posto seria, na verdade, um local de recrutamento de pessoal para uma possível guerra.

As conferencias publicas dão pouco resultado; por mais rudimentar que seja a linguagem empregada e por mais triste e apavorante que se patenteie a descrição do quadro de doenças chronicas do povo, o sertanejo ouve e guarda só por alguns instantes as palavras dos conferencistas, esquecendo-as de logo para se lembrar de cousas que o seu cérebro incluto e fanatisado não podem dissimular – assim a Prophylaxia Rural é um disfarce do alistamento militar e o prólogo de futuro recrutamento para uma imaginária guerra próxima de que estamos ameaçados. (SERAFIM JÚNIOR, 1923, p. 6).

Nos relatos afirma-se ainda que a única forma de atrair a atenção da população sertaneja era a publicização de alguns tratamentos práticos, como a exibição de uma tênia de grande metragem expelida por um paciente.

Só as demonstrações práticas colhidas no trabalho do Posto, por exemplo, um tratamento de volto obtido em um doente que se registra-o expellir de uma taenia de grande metragem – cuja noticia se espalha por todos os cantos da cidade, produzem resultados efficaz, porque o espírito de curiosidade agudíssimo que substitue tudo mais no ignorante traz ao Posto numerosos concorrentes a ver a solitária

conservada num vidro. Desse facto se aproveitava o médico para fazer propaganda e obter novos tratamentos. Passam-se porem alguns dias e tudo volta ao mesmo desanimo em que estava. (SERAFIM JÚNIOR, 1923, p. 6).

Acreditava-se que apenas a curiosidade atraía os sertanejos ao espaço do posto, ainda não visto como referência para o tratamento de doenças. Os médicos, que se propunham “missionários da civilização”, se mantinham dispostos a integrar os sertanejos à nação, contudo tiveram suas ações limitadas por falta de interesse dos enfermos. Foi necessária uma mudança nas estratégias de distribuição de medicamentos e tratamento de enfermidades para o alcance deste objetivo. Nos anos seguintes os médicos passaram a visitar as casas, a oferecer medicamentos e registrar doentes, tática que, segundo Serafim Júnior, surtiu mais efeito.

Constituiu uma turma que fosse até os domicílios colher material para exame e levar medicações. Tem esse serviço dado resultado pois a eles deve a maioria do registro de doentes, que é superior a 4.000, representando metade da população, numero que não obteria se conservasse o costume de esperar no posto as pessoas que necessitam de exame. (SERAFIM JÚNIOR, 1923, p. 7).

Ainda segundo os relatórios, nos anos seguintes o registro de doentes e o tratamento de algumas enfermidades como a malária e ancilostomíase foram mais efetivas. Os Postos de Profilaxia Rural tinham o objetivo de tratar algumas doenças consideradas endêmicas e conter epidemias. Embora estas instituições funcionassem com recursos federais, o diálogo com as instâncias locais se mostrou de grande valia para o encaminhamento de propostas ligadas à educação sanitária. Os resultados decorrentes desta interlocução poderiam facilitar ou prejudicar as ações de profilaxia.

Como forma de conter os entraves, os serviços voltados para a saúde passaram a ser centralizados na Bahia no ano de 1925, após a promulgação de um novo Código Sanitário. No que se refere aos municípios, foi prevista a criação de postos de higiene, que procuravam dividir os trabalhos com a Profilaxia Rural. Seus funcionários e técnicos eram nomeados diretamente pelo governo do estado.¹³ Essa organização contribuía para homogeneizar os serviços de saúde prestados, retirando dos chefes locais a possibilidade de interferir nos encaminhamentos propostos em outra instância.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A propagação dos serviços de saneamento rural do país teve o objetivo de conter a marcha devastadora das doenças que grassavam muitas vidas em todo o território nacional. Em pouco tempo a autoridade sanitária foi se fazendo presente através de ações de profilaxia voltadas a endemias rurais, lepra e doenças venéreas, atuando ainda na prevenção e no combate a epidemias. Assim, a atuação do DNSP significou um aumento da presença do poder público em quase todas as unidades da federação, permitindo que a União passasse a regular não apenas questões ligadas a saúde pública, mas uma vasta gama de atividades sociais e econômicas no país. Segundo Gilberto Hochman (1993), a saúde pública passa a ser a ilustração do processo de penetração do Estado na vida social, significando, inversamente, o distanciamento das elites estatais da legislação.

Entretanto, este processo não se deu de forma harmônica nem rápida. Os estados se tornaram palco de negociação e conflitos, sendo necessário investigar as particularidades da adesão de cada localidade a este projeto. No caso da Bahia, as disputas dos grupos políticos locais e as particularidades da relação entre os chefes locais e o poder central devem ser levadas em consideração na inserção das políticas de saúde pública.

Neste texto percebemos como a cidade de Juazeiro, localizada na região norte da Bahia, convivia com doenças endêmicas como a malária e lidou com a passagem de algumas epidemias, como a peste

bubônica e a gripe espanhola. Destacamos ainda o papel da elite local na mediação das ações voltadas para a saúde pública, tanto por meio das divergências no momento de criação do Hospital da Santa Casa, quanto pela falta de cooperação com medidas de salubridade propostas pela direção do Posto de Profilaxia Rural.

FONTES

ARQUIVO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA

SERAFIM JÚNIOR, José. *Relatório dos trabalhos do Posto de Prophylaxia Rural de Juazeiro, apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Sebastião Barroso Chefe do Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural no Estado da Bahia*. Salvador: [s.n.], 1922.

SERAFIM JÚNIOR, José. *Relatório dos trabalhos do Posto de Prophylaxia Rural de Juazeiro, apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Sebastião Barroso Chefe do Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural no Estado da Bahia*. Salvador: [s.n.], 1923.

SERAFIM JÚNIOR, José. *Relatório dos trabalhos do Posto de Prophylaxia Rural de Juazeiro, apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Sebastião Barroso Chefe do Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural no Estado da Bahia*. Salvador: [s.n.], 1924.

BIBLIOTECA PÚBLICA DO ESTADO DA BAHIA

A TARDE. Salvador: Grupo A Tarde, ano 11, n. 4.423, 31 out. 1922, p. 2.

BARRETO, Antônio Luis Cavalcanti de Albuquerque de Barros. *Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Pública*: anno de 1926. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1927.

NEIVA, Arthur; PENNA, Belisário. Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de

Goiás. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 30, p. 74-224, 1916.

O PHAROL. Petrolina: Oficina d'O Pharol, ano 8, n. 8, 5 nov. 1922. p. 1.

Referências

ABREU, Alzira Alves de (Coord.). *Dicionário histórico-biográfico brasileiro da Primeira República: 1880-1930*. Rio de Janeiro: FGV Editora, 2015. v. 1.

BARRETO, Maria Renilda Nery. A Santa Casa de Misericórdia da Bahia e a assistência aos doentes no século XIX. In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (Orgs.). *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Barueri: Manole, 2011. p. 2-26.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. As origens da reforma sanitária e da modernização conservadora na Bahia durante a primeira República. *Dados: Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, jul./set. 1998. Não paginado.

CHAVES, Cleide de Lima. Assistência à saúde no sertão baiano: as origens da Santa Casa de Misericórdia de Vitória da Conquista (1913-1932). In: CHAVES, Cleide de Lima (Org.). *História da saúde e das doenças no interior da Bahia: séculos XIX e XX*. Vitória da Conquista: Edições Uesb, 2013. p. 83-114.

CHILCOTE, Ronald. *Transição capitalista e classe dominante no nordeste*. São Paulo: T. A. Queiroz; Edusp, 1990.

CUNHA, João Fernandes da. *Memória histórica de Juazeiro*. Salvador: Instituto Geográfico e Histórico da Bahia, 1978.

DOURADO, Walter de Castro. *Juazeiro da Bahia à luz da história*. 2. ed. Juazeiro: Fundação Educacional e Cultural, 1986.

DOURADO, Walter de Castro. *Biografia Dr. José Inácio da Silva provedor da Santa Casa de Misericórdia de Juazeiro, Bahia*. Juazeiro: Velho Chico, 2005.

GARCEZ, Angelina Nobre Rolim; SENA, Consuelo Pondé de. *Juazeiro: trajetória histórica*. Juazeiro: Secretaria de Educação e Cultura, 1992.

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p. 40-61, jan./jun. 1993.

HOCHMAN, Gilberto. Logo ali, no final da avenida: os sertões redefinidos pelo movimento sanitaria da Primeira República. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 217-235, 1998. Suplemento.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política da saúde pública no Brasil*. 3. ed. São Paulo: Hucitec; Anpocs, 2013.

LIMA, Nísia Verônica Trindade. *Um sertão chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: IUPERJ; Revan, 1999.

LIMA, Nísia Verônica Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde, muita saúva: os males do Brasil são... discurso higienista e interpretação do país. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 313-332, 2000.

MORAES, Antônio Carlos Robert. O sertão: um “outro” geográfico. *Terra Brasilis: Revista de Rede Brasileira de História da Geografia e Geografia Histórica*, Rio de Janeiro, n. 4-5, p. 11-22, 2003.

PONTES, Adriano Arruda. *Caçando mosquitos na Bahia: a Rockefeller e o combate à febre amarela: inserção, ação e reação popular (1918-1940)*. 2007. 149 f. Dissertação (Mestrado em História Social) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

RIBEIRO, Edson. *Juazeiro na esteira do tempo*. 2. ed. Juazeiro: Câmara Municipal, 2005.

SANTANA, José Carlos Barreto de (Org.). O rio São Francisco e a Chapada Diamantina (Teodoro Sampaio). São Paulo: Companhia das Letras, 2002. (Retrato do Brasil)

SERTÃO. In: FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. p. 1922.

SILVA, Kalina Vanderlei. *Nas solidões vastas e assustadoras: a conquista do sertão de Pernambuco pelas vilas açucareiras nos séculos XVII e XVIII*. Recife: Cepe, 2010.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. *A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: Edufba, 2009.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. A constituição de uma rede de assistência à saúde na Bahia, Brasil, voltada para o combate das epidemias. *Dynamis*, Granada, v. 31, n. 1, p. 85-105, 2011.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. Redes de poder e solidariedade nos sertões da Bahia. In: CHAVES, Cleide de Lima (Org.). *História da saúde e das doenças no interior da Bahia: séculos XIX e XX*. Vitória da Conquista: Edições Uesb, 2013. p. 43-82.

SOUZA, Robério Santos. *Experiências de trabalhadores nos caminhos de ferro da Bahia: trabalho, solidariedade e conflitos (1892-1909)*. 2007. 159 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

NOTAS

- ¹ Para mais informações, cf. Hochman (1993).
- ² Relativo a um deserto grande.
- ³ O cloridrato de quinina, durante muitas décadas, foi o principal fármaco usado no combate aos sintomas da malária. A quinina é um alcaloide com propriedades antitérmicas, antimaláricas e analgésicas. A substância, extraída da casca de uma planta sul-americana conhecida como quina ou chinchona, permitiu, desde meados do século XIX, o desenvolvimento de uma terapia mais precisa no tratamento da doença.
- ⁴ O médico nasceu em 1855, formou-se na Faculdade de Medicina da Bahia no ano de 1879 defendendo a tese intitulada Beriberi. Retornando à sua cidade natal, Juazeiro, exerceu a clínica particular e foi delegado de higiene em 1884. Sua família tinha grande prestígio na região, por isso ocupou vários cargos públicos: vereador (1887-1889), deputado estadual (1891-1892), deputado federal pela Bahia (1894-1896) e intendente de Juazeiro (1904-1907) (DOURADO, 2005).
- ⁵ João Fernandes da Cunha (1978) e Edson Ribeiro (2005) falam em seus livros sobre o recolhimento de donativos por José Inácio da Silva para a construção do hospital.
- ⁶ Durante o Império e por toda a Primeira República, a política de Juazeiro se caracterizou por uma divisão de poder entre várias famílias, nenhuma delas detendo sozinha o domínio absoluto e havendo, portanto, frequentes lutas pela influência política e econômica. Entre as mais proeminentes estão Silva, Oliveira, Ferreira, Ribeiro, Duarte e Pereira Melo (CHILCOTE, 1990, p. 68).
- ⁷ Observa-se a inconstância das realizações, tendo em vista a grande dependência de iniciativas particulares. No ano de 1951, os irmãos da Santa Casa conseguem, ainda, inaugurar a Maternidade São José, sendo a primeira na região a prestar serviço às mães pobres. No ano de 1960 o Hospital da Santa Casa é extinto, dando lugar a uma creche denominada Casa da Criança.
- ⁸ A Coluna Prestes foi um movimento político-militar brasileiro existente entre 1925 e 1927. Ligado ao Tenentismo, se mostrava insatisfeito com a Primeira República, exigia o voto secreto, defendia o ensino público e a obrigatoriedade do ensino primário para toda a população. No ano de 1926, prosseguindo a marcha rumo ao sul, a coluna atravessou Pernambuco e Bahia e dirigiu-se para o norte de Minas Gerais.

História e Saúde: políticas, assistência, doenças e instituições na Bahia

- ⁹ A Revolução de 1930 foi o movimento armado iniciado no dia 3 de outubro de 1930, sob a liderança civil de Getúlio Vargas e sob a chefia militar do tenente-coronel Pedro Aurélio de Góis Monteiro, com o objetivo imediato de derrubar o governo de Washington Luís e impedir a posse de Júlio Prestes, eleito presidente da República em 1º de março anterior. O movimento se tornou vitorioso em 24 de outubro e Vargas assumiu o cargo de presidente provisório a 3 de novembro do mesmo ano (ABREU, 2015).
- ¹⁰ O coronel Aprígio Duarte foi eleito para seu primeiro mandato entre os anos de 1912 a 1915, sendo reeleito entre 1916 e 1920; a partir daí valeu-se da reforma eleitoral da Bahia, que permitia a eleição por biênios. Assim, governou de 1920 a 1922 e de 1922 a 1924, sendo nesta ocasião reeleito como candidato único.
- ¹¹ Os relatórios do Posto de Profilaxia de Juazeiro foram escritos entre os anos de 1922 a 1925 como prestação de contas ao inspetor geral de saúde do estado da Bahia e evidenciam, entre outras práticas anti-higiênicas, o mau uso do rio São Francisco.
- ¹² Antônio José Serafim Júnior foi delegado de higiene da cidade de Juazeiro entre 1916 e 1919. Integrante da Comissão Sanitária Federal enviada a Juazeiro para combater a epidemia de peste surgida no ano de 1916, serviu no Hospital dos Pestosos de outubro de 1916 a abril de 1918. Foi ainda chefe da Comissão Sanitária enviada à Alagoinhas para controlar um surto de febre amarela que irrompeu na cidade no ano de 1919 (SOUZA, 2013, p. 53). O médico foi chefe do Posto de Profilaxia Rural de Juazeiro entre o ano de 1922 e 1924, e passou a atuar no Posto de Profilaxia de Senhor do Bonfim entre 1924 e 1929.
- ¹³ Os Postos Municipais procuravam dividir o trabalho com os Postos de Profilaxia Rural. Os primeiros realizavam trabalhos de educação e propaganda sanitárias, estatísticas, inspeção de leite e carne, entre outros, combatendo doenças venéreas, lepra e epidemias da região, enquanto os Postos de Profilaxia se mantinham combatendo as grandes endemias dos campos, como helmintose, paludismo, tracoma, lepra, leishmaniose, filariose e doença de Chagas (BARRETO, 1927, p. 35-36).

SOBRE OS AUTORES

Ana Clara Farias Brito

Doutoranda e Mestre pelo Programa de Ensino, Filosofia e História das Ciências da Universidade Estadual de Feira de Santana e Universidade Federal da Bahia (Uefs/Ufba). Professora Assistente da Universidade de Pernambuco (UPE), campus Petrolina.

E-mail: acbritoupe@gmail.com

Christiane Maria Cruz de Souza

Doutora em História das Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Professora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia (Ifba), onde atua como pesquisadora do Núcleo de Tecnologia em Saúde (NTS). Professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Ensino, Filosofia e História das Ciências da Universidade Estadual de Feira de Santana e Universidade Federal da Bahia (Uefs/Ufba).

E-mail: chriscruzba@yahoo.com.br

Cleide de Lima Chaves

Doutora em História Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (Ufrj) e Professora Titular do Departamento de História da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb).

E-mail: cleide.chaves@uesb.edu.br

Maria Elisa Lemos Nunes da Silva e Ricardo dos Santos Batista (Org.)

João Batista de Cerqueira

Doutor em Ensino, Filosofia e História das Ciências pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). Professor Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana (Uefs), integrante do Núcleo de Educação Médica.

E-mail: jbc@uefs.br

Maria Elisa Lemos Nunes da Silva (Org.)

Doutora em História pela Universidade Federal de Pernambuco (Ufpe), Mestre, Licenciada e Bacharel em História pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). Professora Adjunta do Departamento de Educação da Universidade do Estado da Bahia - campus II (Uneb), onde atua na graduação e no Programa de Mestrado em História.

E-mail: elisa.lemos@uol.com.br

Ricardo dos Santos Batista (Org.)

Doutor e Mestre em História pela Universidade Federal da Bahia (Ufba). Estágio de Pós-doutorado no Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Professor do Departamento de Educação da Uneb - campus XIV, e do Programa de Mestrado em História - campus II.

E-mail: kadobatista@hotmail.com

Tatiane Pereira Amorim

Licenciada em História pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb).

E-mail: phntaty@hotmail.com

Formato: 150 mm x 210 mm
Fonte: Minion Pro, Timpani-BoldItalic,
Arial e Trebuchet MS
Papel miolo: Pólen Soft, 80 g/m²
Papel capa: Cartão Supremo, 300 g/m²
Impressão: setembro/2018
Impressão BIGRAF



<http://eduneb.uneb.br>

ISBN 978-85-7887-346-2



9 788578 873462