



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

RICARDO DOS SANTOS BATISTA

**COMO SE SANEIA A BAHIA:
A SÍFILIS E UM PROJETO POLÍTICO-SANITÁRIO NACIONAL EM
TEMPOS DE FEDERALISMO**

Salvador
2015

RICARDO DOS SANTOS BATISTA

**COMO SE SANEIA A BAHIA:
A SÍFILIS E UM PROJETO POLÍTICO-SANITÁRIO NACIONAL EM
TEMPOS DE FEDERALISMO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História Social, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Doutor.

Orientadora: Profa. Dra. Lígia Bellini

Salvador
2015

SIBI/UFBA/Faculdade de Educação – Biblioteca Anísio Teixeira

Batista, Ricardo dos Santos.

Como se saneia a Bahia: a sífilis e um projeto político-sanitário nacional em tempos de federalismo / Ricardo dos Santos Batista. - 2015.

231 f. : il.

Orientadora: Profa. Dra. Lígia Bellini.

Tese (doutorado) - Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2015.

1. Reforma sanitária - Bahia - História. 2. Política de saúde - Bahia - História. 3. Saúde pública - Bahia - História. 4. Sífilis – Bahia - História. I. Bellini, Lígia. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título.

CDD 362.1098142 - 23. ed.



ATA E PARECER SOBRE TRABALHO FINAL DE PÓS-GRADUAÇÃO

NOME DO ALUNO	MATRÍCULA	NÍVEL DO CURSO
Ricardo dos Santos Batista	213115372	Doutorado
TÍTULO DO TRABALHO		
Como se saneia a Bahia: a sífilis e um projeto político-sanitário nacional em tempos de federalismo		
EXAMINADORES	ASSINATURA	CPF
Lígia Bellini (Orientadora - UFBA)	<i>Lígia</i>	
Gisele Porto Sanglard (FIOCRUZ)	<i>Gisele P. Sanglard</i>	016734577-03
Christiane Maria Cruz de Souza (IFBA)	<i>Christiane</i>	268170985-72
Cleide de Lima Chaves (UESB)	<i>Cleide de Lima Chaves</i>	943100255-87
Elisa Lemos Nunes da Silva (UNEB)	<i>Elisa Lemos Nunes da Silva</i>	337927555-72

ATA

Aos dez dias do mês de dezembro do ano de 2015, nas dependências da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia (UFBA), foi instalada a sessão pública para julgamento do trabalho final elaborado por Ricardo dos Santos Batista, do curso de doutorado do Programa de Pós-graduação em História Social do Brasil. Após a abertura da sessão, a Profa. Dra. Lígia Bellini, orientadora e presidente da banca julgadora, deu seguimento aos trabalhos, apresentando os demais examinadores. Foi dada a palavra ao autor, que fez sua exposição e, em seguida, ouviu a leitura dos respectivos pareceres dos integrantes da banca. Terminada a leitura, procedeu-se à arguição e respostas do examinando. Ao final, a banca, reunida em separado, resolveu pela APROVAÇÃO do aluno. Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão e lavrada a presente ata que será assinada por quem de direito.

PARECER GERAL

A banca ressalta a contribuição do autor para a história político-sanitária da Bahia. Trata-se de trabalho original, com argumentação apoiada em leguê variado de fontes e em diálogos com a literatura especializada em História da Saúde Pública, da Medicina, das doenças e da História do Brasil e da Bahia.

SSA, 10/12/2015: Assinatura do aluno:

Ricardo dos Santos Batista

SSA, 10/12/2015: Assinatura da orientadora:

Lígia

ENTRE
E/ ORIGINAL


Gilvan Silva dos Santos
Assistente Administrativo
PPGH/FFCH/UFBa - Siape 1863231

Ao meu avô Abel, que me mostra, cotidianamente, as implicações das doenças em
nossas vidas.

A Bartira Batista, que com muito amor cumpre a missão de cuidar da saúde
daqueles que necessitam.

AGRADECIMENTOS

Foram muitas as pessoas e instituições que contribuíram para que eu pudesse chegar à tão desejada tese. Gostaria de agradecer, em especial:

Aos meus familiares, pela paciência e compreensão sobre os processos que envolvem a escrita acadêmica: a Iracema Lima dos Santos e Antônio de Souza Batista, pais maravilhosos que a vida me deu, pela instrução, pela formação de caráter, pelo desejo ávido de me verem alcançar os meus objetivos. Também a Bartira Batista, minha irmã, por ser essa mulher determinada que me inspira. Pelo apoio incondicional, amo vocês!

A Leandro Colling, meu menino de São Martinho, que ao longo desses três anos tem caminhado ao meu lado. Obrigado pelo amor, companheirismo, pela sinceridade, por acreditar no meu potencial e pela cumplicidade presente em nossas vidas.

A Lígia Bellini, minha orientadora, por abraçar esse projeto desde que ele surgiu. Pelos preciosos diálogos que tivemos, pelo respeito às minhas escolhas ao longo dessa caminhada, pela agilidade no atendimento às minhas demandas, pelo trabalho que realizamos em completa sintonia. Muitíssimo obrigado! Com você entendi o significado da palavra mestre!

À banca examinadora, pela disposição para a leitura do trabalho. À professora Christiane Souza, que incentivou a escolha temática, por sempre me acompanhar e impulsionar os meus resultados. À professora Gisele Sanglard, pelas generosas contribuições que ofereceu à pesquisa, desde o exame de qualificação, e pelas conversas via Skype. Às professoras Cleide Chaves e Elisa Lemos, por compartilharem os seus ricos e valiosos saberes comigo, em produtivos simpósios sobre assistência, saúde e doença. Todas vocês serão sempre referência na minha vida profissional e pessoal.

Ao professor Antônio Luigi Negro, pelas contribuições oferecidas na disciplina Metodologia da Pesquisa. Muito antes que eu adentrasse profundamente o universo que viria a estudar, você conseguiu visualizar o que o meu trabalho viria a ser. Aos professores Milton Moura, Valdemir Zamparoni e Lina Aras, banca de seleção do doutorado, por também acreditarem que esse projeto poderia ser concretizado com êxito.

A Nélia de Santana, pela generosidade de compartilhar fontes comigo. A Claudia Andrade, Diego Rebelo, Miguel Rosa, Ronaldo Pelicioli e Leandro Nascimento, pela amizade verdadeira de cada um de vocês. Por ouvirem minhas queixas e vibrarem sempre ao meu lado.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, que financiou esta pesquisa.

BATISTA, Ricardo dos Santos. **Como se saneia a Bahia:** a sífilis e um projeto político-sanitário nacional em tempos de federalismo. 2015. 236 f. II. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

Resumo

Este trabalho tem como objetivo analisar o processo de Reforma Sanitária ocorrido na Bahia a partir de 1920, quando foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública e, conseqüentemente, uma Legislação Sanitária Nacional, até o ano 1945, quando se encerraram as políticas centralizadoras do Estado Novo. Destaca-se que esse momento foi marcado pela vigência do federalismo, advindo da Proclamação da República, que dava autonomia aos estados e municípios para a tomada de decisões relativas aos seus territórios. As ações da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, responsável pelo combate à sífilis, grande flagelo que atingia os sertões do Brasil desde fins do século XIX até a década de 1940, foram eleitas como foco de análise. Ao longo da segunda década do século XX, as viagens realizadas pelos pesquisadores do movimento sanitarista haviam denunciado a situação de analfabetismo e apatia da população do interior do país, considerando-os degenerados não pela mistura racial, mas pela situação de doença em que se encontravam: sífilíticos, tuberculosos, leishmaniosos, abandonados pela ação estatal. As ações médicas, no sentido de saneamento dos sertões, estavam orientadas pelas novas descobertas científicas para o período, notadamente a concepção bacteriológica. Mas, ao se colocar em prática o projeto, inúmeras tensões se revelaram, especialmente em relação à intervenção do poder central num estado marcado pelas elites coronelistas que, inclusive, utilizavam a saúde como instrumento de negociação. Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram colocadas em diálogo informações de relatórios médicos, legislação nacional e estadual, jornais, teses da Faculdade de Medicina da Bahia, entre outras fontes, no intuito de compreender os conflitos de ordem política, as articulações entre elites médicas e os empecilhos encontrados no processo de reforma. Considera-se que a política-sanitária conseguiu atingir o estado da Bahia, inclusive lugares distantes da capital, por meio dos centros de saúde e da ação de médicos que enfrentaram adversidades no combate às enfermidades, como a falta de verbas e de material e as grandes distâncias entre as cidades. Ao fim de 1945, um novo quadro se configurava com a consciência da necessidade de acabar com o uso indevido de recursos públicos na esfera privada: destinavam-se verbas específicas para o funcionamento dos postos de saúde e proliferavam-se instituições sanitárias por todo o sertão da Bahia.

Palavras-chave: Sanitarismo. Sífilis. Bahia.

BATISTA, Ricardo dos Santos. **How to sanitize the state of Bahia: syphilis and a national political-sanitary project in times of federalism.** 2015. 236 s. II. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

Abstract

This study analyzes how a National Public Health Policy initiated in 1920, with the creation of the National Department for Public Health and of a National Public Health Legislation, was implemented in Bahia until 1945, when centralizing policies under the 'Estado Novo' period were terminated. It is important to note that this moment was marked by the prevalence of federalism, originating from the Proclamation of the Republic, which provided autonomy for states and municipalities regarding decisions over their respective territories. The actions carried out by the Inspectorship for the Prevention of Leprosy and Venereal Diseases, responsible for the fight against syphilis, a significant scourge that affected the Brazilian backcountries ('sertões') from the end of the nineteenth century up to the 1940's, were selected as the focus of analysis within this study. Throughout the second decade of the twentieth century, trips carried out by researchers from the sanitarian movement denounced the situation of illiteracy and apathy within the countryside population, considering it degenerate not because of racial mixing, but for the context of illness which poor populations were facing, abandoned by state policies. Medical actions concerning the sanitation of the backcountries were oriented by the new scientific discoveries from the period, notably the bacteriological perspective. However, within the project's implementation process, numerous tensions emerged, especially concerning the intervention from a central power in a state marked by the presence of 'coronelistas' elites which also used healthcare as a negotiation tool. For the development of this research, a dialogue amongst information from medical reports, national and state legislations, newspapers, theses from the Medical School of Bahia and other sources was developed, in order to comprehend the conflicts and articulations among medical elites, and the obstacles faced during this reform process. It is deemed that the sanitation policy could reach the state of Bahia, even in places located far from its capital city, throughout primary healthcare centers and actions from medical professionals who faced adversities in the fight against diseases, such as the lack of economic and material resources and the significant distances between cities. In the end of 1945, a new paradigm was in place, with consciousness about the necessity to eradicate the undue utilization of public resources within the private sphere. Besides that, specific financial resources were allocated to the functioning of primary healthcare facilities, and sanitation institutions proliferated throughout all of Bahia's backcountries.

Keywords: Sanitarism. Syphilis. Bahia.

BATISTA, Ricardo dos Santos. **Cómo se sanea a Bahia**: la sífilis y el proyecto político-sanitario nacional en los tiempos de federalismo. 2015. 236 hojas. II. Tesis (Doctorado) – Facultad de Filosofía y Ciencias Humanas, Universidad Federal de Bahia, Salvador, 2015.

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo analizar el proceso de Reforma Sanitaria que se produjo en Bahia desde 1920, cuando fue creado el Departamento Nacional de Salud Pública y, consecuentemente, una Legislación Sanitaria Nacional, hasta 1945 cuando se puso fin a las políticas centralizadoras del Estado Novo. Es de destacar que este momento se ha caracterizado por la vigencia del federalismo, que surge de la Proclamación de la República, lo que daba autonomía a los estados y municipios para la toma de decisiones relativas a sus territorios. Las acciones de la Inspectoría de Profilaxis de Lepra y Enfermedades Venéreas, responsable por la lucha contra la sífilis, gran peste que azotó los *sertões* de Brasil desde finales del siglo XIX hasta la década de 1940, fueron elegidos como el foco de análisis. A lo largo de la segunda década del siglo XX, los viajes realizados por investigadores sanitaristas habían denunciado la situación de analfabetismo y de apatía de la población del interior del país, donde consideran al pueblo como degenerados, no por la mezcla racial y sí por las enfermedades que los castigaban: sífilis, tuberculosis, leishmaniosis. Las acciones médicas, para sanear los *sertões*, estaban orientadas por los nuevos descubrimientos científicos de la época, en especial la bacteriología. Pero, a la hora de poner en práctica el proyecto, numerosas tensiones se presentaron, especialmente las relacionadas a la intervención del poder central en un estado dominado por élites *coronelistas* que utilizaban la salud pública como herramienta de negociación local. Para el desarrollo de esta investigación, se buscó establecer un diálogo entre las informaciones de relatos médicos, las legislaciones nacionales y estatales, además de periódicos, tesis de la Facultad de Medicina de Bahia y otras fuentes, con el fin de entender los conflictos de orden político, las articulaciones entre las élites médicas y los obstáculos encontrados en el proceso de Reforma Sanitaria. Se considera que la política sanitaria ha alcanzado el estado de Bahia, incluyendo los sitios más alejados de la capital, por medio de los centros de salud y de la acción de médicos que enfrentaron las adversidades en la lucha contra estas enfermedades, especialmente la falta de fondos y materiales y las largas distancias entre las ciudades. A fines de 1945, una nueva mentalidad se ha configurado con la necesidad de acabarse con el mal uso de los fondos públicos en la esfera privada: se invirtió fondos específicos para el funcionamiento de centros de salud y proliferaron los institutos sanitarios por todo el *sertão* de Bahia.

Palabras-Clave: Sanitarismo, Sífilis, Bahia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APEB	Arquivo Público do Estado da Bahia
BPEB	Biblioteca Pública do Estado da Bahia
D.N.S.	Departamento Nacional de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
FFCH	Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
FMB	Faculdade de Medicina da Bahia
FMRJ	Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro
IBIT	Instituto Brasileiro de Investigação da Tuberculose
IHI	Inspetoria de Higiene Infantil
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
IOC-BA	Instituto Oswaldo Cruz da Bahia
IPAI	Instituto de Proteção à Infância
IPAI-BA	Instituto de Proteção à Infância da Bahia
IPLDV	Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas
ITHI	Inspetoria Técnica de Higiene Infantil
LBCMI	Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil
MESP	Ministério de Educação e Saúde Pública
MTIC	Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
PSD	Partido Social Democrático
SCMC	Santa Casa de Misericórdia de Salvador
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SHI	Serviço de Higiene Infantil

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Antônio Luis C. A. de Barros Barreto.....	64
Figura 2	Organograma dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde e Assistência Pública.....	67
Figura 3	Organograma dos Serviços de Assistência Pública da Secretaria de Saúde e Assistência Pública.....	68
Figura 4	Cancro no nariz e sífilis ocular.....	90
Figura 5	Sífilis na face.....	90
Figura 6	Representação de xifópagos 1.....	94
Figura 7	Representação de xifópagos 2.....	94
Figura 8	Monstro ancéfalo e úlceras na perna.....	95
Figura 9	Lábios leporinos.....	95
Figura 10	Monstro de 3 cabeças e monstro ancéfalo.....	96
Figura 11	Propaganda do Licor de João Paes.....	99
Figura 12	Propaganda da Secretaria de Saúde e Assistência Pública da Bahia.....	104
Figura 13	Propaganda da Secretaria de Saúde e Assistência Pública da Bahia contra sífilis.....	105
Figura 14	Tíbia de uma criança portadora de sífilis hereditária.....	111
Figura 15	Propaganda de médico para o tratamento de sífilis.....	122
Figura 16	Organograma dos Serviços de Saúde na Bahia a partir da Reforma de 1931.....	153
Figura 17	Organograma da Sessão de Saúde, 1938.....	166
Figura 18	Localização dos postos de Higiene e Saneamento Rural da Bahia..	181
Figura 19	Posto de Saneamento Rural de Santo Amaro.....	182
Figura 20	Posto de Saneamento Rural de Itabuna.....	186
Figura 21	Panfleto do Posto de Hygiene de Santo Amaro.....	195
Figura 22	Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Esplanada.....	197
Figura 23	Sala do dispensário de profilaxia da Sífilis e doenças venéreas de Santo Amaro.....	201
Figura 24	Microscópio no Posto de Profilaxia Rural de Itabuna.....	202
Figura 25	Equipe do Posto de Profilaxia Rural de Itabuna.....	203
Figura 26	Mapa das regiões sanitárias da Bahia, 1942.....	209

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Enfermarias de Homens do Hospital Santa Izabel.....	108
Quadro 2	Enfermarias de Mulheres do Hospital Santa Izabel.....	108
Quadro 3	Subvenções do ano de 1938, verba 45%.....	171
Quadro 4	Subvenções do ano de 1938, verba 1%.....	172
Quadro 5	Classificação dos postos sanitários da Bahia.....	207

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Panorama de atividades relacionadas ao tratamento da sífilis, na Santa Casa de Misericórdia.....	128
Tabela 2	Panorama de atividades relacionadas ao tratamento da sífilis, nos Postos Sanitários, em 1925.....	129
Tabela 3	Panorama de atividades relacionadas ao tratamento da sífilis, nos centros de saúde, no ano de 1934.....	155

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1	
UMA POLÍTICA SANITÁRIA NACIONAL NA BAHIA	24
1.1 A REFORMA DE 1920 E O MOVIMENTO SANITARISTA.....	25
1.2 INSPETORIA DE PROFILAXIA DA LEPROSA E DOENÇAS VENÉREAS E UMA PROPOSTA DE COMBATE À SÍFILIS.....	37
1.3 ASSISTÊNCIA, FILANTROPIA E MEDICINA NA BAHIA.....	43
1.4 REFORMA NA BAHIA.....	59
CAPÍTULO 2	
OS ALEIJÕES DA SYPHILIS	78
2.1 DE VÍRUS A BACTÉRIA.....	79
2.2 A PROPAGANDA DE MEDICAMENTOS: REPRESENTAÇÕES DA DOENÇA E SUAS CONSEQUÊNCIAS.....	86
2.3 ALEIJÕES DA SYPHILIS: DEGENERÇÃO E EUGENIA.....	88
2.4 UMA EUGENIA PREVENTIVA.....	101
CAPÍTULO 3	
DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA SANITÁRIO E O COMBATE À SÍFILIS EM SALVADOR NA DÉCADA DE 1920...	106
3.1 DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA NA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA E AS ENFERMIARIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA.....	106
3.1.1 Surgimento da Cátedra de Dermatologia e Sifilografia na FMB, e um sifilógrafo pesquisador.....	107
3.1.2 Albino Leitão: um professor erudito.....	112
3.2 DO HOSPITAL AOS POSTOS SANITÁRIOS.....	117
3.3 SÍFILIS E MEDICINA NOS DISPENSÁRIOS DE SALVADOR.....	121
3.4 BARROS BARRETO E A DIREÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NA BAHIA.....	134
CAPÍTULO 4	
A CENTRALIZAÇÃO SANITÁRIA E O COMBATE À SÍFILIS NO GOVERNO VARGAS	142
4.1 SÍFILIS E SAÚDE PÚBLICA NO PÓS-1930.....	143
4.2 A REFORMA DE 1938 E O ESTADO NOVO.....	162
CAPÍTULO 5	
SANEAR OS SERTÕES DOS SERTÕES	176
5.1 SERVIÇOS FEDERAIS NO INTERIOR DA BAHIA: CHEFES SANITÁRIOS E POSTOS DE SAÚDE.....	177
5.2 A SÍFILIS NO INTERIOR DA BAHIA.....	198
5.3 CONTINUIDADE DA CENTRALIZAÇÃO NO GOVERNO VARGAS.....	206

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	210
REFERÊNCIAS.....	217
FONTES.....	226

INTRODUÇÃO

Quando saía de férias das aulas da Faculdade de Medicina da Bahia, o estudante Ruy Santos não via a hora de entrar no trem sacolejante da empresa Leste Brasileiro, que fazia o transporte de passageiros entre a capital e o interior, para retornar à casa dos seus pais no município de Casa Nova, região do Vale do Rio São Francisco. Não que ele não gostasse do curso, acreditava que seria um médico por vocação, mas a sensação de estar de volta ao lar era incomparável. Lar, doce lar...

Em uma dessas viagens, já no quinto ano, era recebido como um médico pelos habitantes daquela cidade, que não dispunha de profissionais dessa natureza, além dos seus tios Delfino e Zé Estrela. Dessa forma, Ruy era chamado constantemente para “ver doente” e um dos primeiros casos que assistiu foi o da esposa de uma personalidade ilustre daquele lugar, episódio que jamais esqueceria. O juiz de direito, Cícero Campos, era seu amigo e, sempre que podia, o estudante dirigia-se à sua casa para conversar. Certa manhã, ao se encontrarem em uma dessas visitas, Cícero foi logo dizendo:

- Santinha está doente, está com o corpo todo vermelho... Com febre.

Como Ruy tinha grande afeto pela senhora que, para ele, parecia ter a sua idade por pilheriar sempre com outras moças, foi logo vê-la e fez o diagnóstico: sífilis.

- Mas sífilis como, seu Ruy? Cícero ponderou com seu jeito brincalhão.

- Você se faz de besta... você está querendo que eu suspeite da minha mulher?

Ruy entrou no clima da brincadeira e pediu que o amigo a pusesse em confissão. Analisou o corpo de Santinha e descobriu uma lesão na região do pescoço. Pensou nas possíveis enfermidades que poderiam ter dado origem àquilo, mas não podia se enganar. Já havia visto inúmeras vezes aquela lesão no hospital. Era um protossifiloma, um cancro duro:

- *Cancro duro*, seu Cícero... na batata.

Nem Cícero, nem sua mulher levaram a sério o diagnóstico. Ruy refletiu e decidiu não se zangar com eles, pois acreditava que confiança não se impunha.

Lembrou-se, também, que não é possível ser profeta em sua própria terra. O amigo tentava convencê-lo de que era outra coisa. Segundo ele, o doutor Delfino havia avaliado a mulher e chegara à conclusão que era *sangue novo*:

- Que *sangue novo*, seu Cícero! Roséolas... roséolas sifilíticas...

O juiz não acreditou. Preferia aceitar o diagnóstico de Delfino, que vivia com um velho manual Chernoviz na mão e passou limonadas e garapas de tapioca como terapia. Mas nada de o *sangue novo* envelhecer e Ruy a debochar:

- Então, seu Cícero, como vai dona Santinha com o Dr. Delfino!?

Certa manhã, ao entrar na casa do magistrado, Ruy soube que a mulher não passara bem à noite. Gemera a madrugada inteira com dores no corpo. O pescoço doía no contato com o travesseiro, com a lesão aumentada, apesar das pomadas receitadas pelo tio do médico.

- Seu Ruy, eu acho que só encostando o Delfino, retrucou Cícero.

E Ruy encostou mesmo. Receitou ampolas de Hectargirio, vindas no primeiro pacote de Juazeiro, e ia ele mesmo aplicá-las dia sim, dia não. Na terceira aplicação, as melhoras foram acontecendo, as manchas do corpo esmaeceram, as dores sumiram e, com o passar dos dias, a lesão sumiu.

No seu aniversário, em 15 de fevereiro de 1927, Ruy recebeu de presente de Cícero um estetoscópio, mandado buscar na capital. O primeiro da sua vida. Aquela era uma forma de agradecimento pelo tratamento ministrado a Santinha. Quando o médico escreveu essa memória, já tinha se formado há anos, seu amigo já havia falecido, mas ele ainda guardava o estetoscópio e, junto com ele, a lembrança de sua primeira vitória clínica.¹

O episódio do estudante de medicina é um dos muitos exemplos sobre como as enfermidades produzem implicações sobre a vida das pessoas, ao longo da história. A sífilis, especificamente, é uma doença sexualmente transmissível que envolvia valores relativos ao casamento, modelos de família, o uso da sexualidade e, como pôde ser observado, impedia Cícero de aceitar o diagnóstico relativo à sua esposa. Por outro lado, um jovem estudante baiano, antes mesmo de terminar o curso de medicina, já demonstrava experiência e habilidades no trato daquela doença avassaladora.

¹ Relato extraído de SANTOS, Ruy. *A faculdade do meu tempo*: memória. Brasília, DF: Senado Federal, 1978. 2 v.

Simultaneamente a esse episódio, desenvolvia-se um grande projeto político-sanitário, que avançava pelos sertões e se propunha sanar os males causados pela doença venérea, mas também pela tuberculose, malária, febre amarela e tantas outras endemias que assolavam principalmente a população pobre do Brasil. Com os esforços do movimento sanitarista da segunda década do século XX e apoiado no conhecimento da medicina experimental e da Bacteriologia, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), sob a direção do médico Carlos Chagas. Essa reforma no sistema sanitário almejava a ampliação da atuação do Estado no campo da saúde e utilizava como principal instrumento uma legislação de caráter nacional em contraposição ao regime federalista implantado com a República, que dava maior autonomia aos estados e municípios para gerir recursos e decidir sobre assuntos de diversas esferas, a exemplo das políticas sanitárias.

A tese que aqui me proponho a defender está relacionada a esse processo. O esforço de análise visa a compreender como um projeto político-sanitário nacional se concretizou, mesmo com as dificuldades existentes em um estado maltratado pela seca e prejudicado economicamente pelo regime federalista, a Bahia. Para tanto, verifico como se deu o combate à sífilis, através da Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (IPLDV), que orientou as ações desenvolvidas tanto na capital quanto nos municípios do interior. Quando da desativação da IPLDV, em 1934, analiso a continuidade do processo no contexto das políticas centralizadoras do Governo Vargas. A ideia de visibilizar um projeto nacional está relacionada à amplitude do acordo baiano com a União, que orientou não apenas os serviços da sífilis, mas também da Tuberculose e da Higiene Infantil, áreas prioritárias na nova posição adotada pelo governo brasileiro para a saúde. As balizas cronológicas escolhidas se situam entre a criação do DNSP, em 1920, tomada como marco inicial da nova configuração sanitária, e 1945, quando se encerrou o Estado Novo. Destaco que, para além do proposto, em muitos momentos o tema filantropia estará presente neste trabalho. Não é objetivo central analisá-lo, porém, por perceber sua importância para o campo assistencial e pelo destaque que o modelo médico-filantrópico adquiriu no início do século, em parceria com o modelo institucional dos Serviços Federais adotados, busco não perdê-lo de vista.

Após as transformações da historiografia, ao longo do século XX, temas antes improváveis de serem analisados pelo historiador passaram a ocupar maior espaço

nas análises.² Atitudes perante a morte, história das mulheres, do corpo e da doença, entre outras, foram impulsionadas entre tantas possibilidades temáticas e se tornaram prática comum na investigação do passado. Jacques Le Goff, em *As doenças têm história*, chamou a atenção para a dimensão social das enfermidades, em contraposição à predominante perspectiva biológica:

A doença pertence à história, em primeiro lugar, porque não é mais que uma ideia, um certo abstracto numa <<complexa realidade empírica>> (M.D. Grmek), e porque as doenças são mortais. Onde estão as febres terçãs e quartãs dos nossos antepassados? A doença pertence não só à história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também à história dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às representações, às mentalidades.³

Para o autor, um estudo relacionado às doenças possibilita conhecer os processos de subjetivação inerentes ao contágio, mas também as estruturas e as mudanças sociais, a organização do Estado para o seu combate, dentre outras questões. A pesquisa aqui desenvolvida tem como foco de análise a implementação de políticas sanitárias para o combate à sífilis, impulsionadas pelo movimento de saneamento dos sertões. Nessa perspectiva, foi necessário “iluminar” os sujeitos sociais que fizeram parte desse processo, notadamente médicos e políticos baianos que dialogavam, em sua maioria, com a medicina experimental e a bacteriologia do Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro. Buscou-se reunir o máximo de informações sobre esses sujeitos, sendo que, principalmente no que diz respeito aos médicos do interior, não foi possível encontrar tantos registros.

Alguns trabalhos foram imprescindíveis para a compreensão dos aspectos aqui analisados. Destaco *Tributo a Vênus*,⁴ de Sérgio Carrara, pioneiro nos estudos sobre sífilis no Brasil, no qual o autor analisa como a doença foi construída como mal venéreo e como a categoria médica sifilográfica se organizou para combatê-la;

² O movimento dos *Annales*, em 1929, é significativo para a reflexão sobre esse processo. Na obra *Apologia à história, ou o ofício do historiador*, Marc Bloch amplia os horizontes da escrita histórica ao afirmar que o homem deve ser pensado não somente enquanto sujeito político, mas como um sujeito integral. Caso contrário, ele é mutilado. Os desdobramentos dos *Annales* são analisados por Ronaldo Vainfas, em *Domínios da história*, quando discute as contribuições da história das mentalidades e suas limitações, e como o campo intitulado Nova História Cultural deu margem a novos estudos e novas temáticas. Cf. BLOCH, Marc. *Apologia da história, ou, o ofício do historiador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001; VAINFAS, Ronaldo. *História das mentalidades e história cultural*. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. *Domínios da história: ensaios de teoria e metodologia*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

³ LE GOFF, Jacques. *As doenças tem história*. Lisboa: Terramar, 1985. p. 7-8.

⁴ CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1996.

Entre os salões e o laboratório,⁵ de Gisele Sanglard, que analisa a articulação entre filantropia e medicina no combate à sífilis no Rio de Janeiro, pela compreensão da política de saúde pública adotada por Carlos Chagas e a construção dos hospitais para os portadores de sífilis e dos cancerosos; *A gripe espanhola na Bahia*,⁶ de Christiane Maria Cruz de Souza, que escrutina a estrutura da saúde pública na Bahia da Primeira República e mostra como a *Influenza* se tornou centro da atenção de médicos e políticos na capital e no estado; os trabalhos de Lidiane Monteiro Ribeiro⁷ e Maria Elisa Nunes Lemos da Silva,⁸ decisivos para compreender ações sanitárias desenvolvidas por médicos em paralelo às da sífilis, como o modelo de assistência à infância, com a criação do Serviço de Higiene Infantil e o protagonismo do médico Martagão Gesteira, além da trajetória do doutor José Silveira no combate à Tuberculose na Bahia. E, para refletir sobre a saúde no interior da Bahia, a obra de Cleide Lima Chaves é uma valiosa referência porque demonstra, a partir de

⁵ SANGLARD, Gisele. *Entre os salões e o laboratório*: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008. Também são importantes para este estudo outros textos da autora, inclusive escritos em parceria com Luiz Otávio Ferreira. Cf. SANGLARD, Gisele. Laços de sociabilidade, filantropia e o Hospital do Câncer do Rio de Janeiro (1922-1936). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.17, supl.1, p. 127-147, jul. 2010; SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. Médicos e filantropos: a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. *Varia História*, Belo Horizonte, v. 26, n. 44, p. 437-459, jul./dez. 2010; 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.

⁶ Além de *A gripe espanhola na Bahia*, a autora publicou textos com Gisele Sanglard e outros autores. Cf. 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, Espanha, v. 31, n. 1, p. 85-105, 2011; SOUZA, Christiane Maria Cruz de. A epidemia de gripe espanhola: um desafio à medicina baiana. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 945-972, out./dez., 2008; SOUZA, Christiane Maria Cruz de. *A gripe espanhola na Bahia*: saúde, política e medicina em tempos de epidemia. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; Salvador: EDUFBA, 2009; SOUZA, Christiane Maria Cruz de. Redes de poder e de solidariedade nos sertões da Bahia. In: CHAVES, Cleide de Lima (Org.). *História da saúde no interior da Bahia*: séculos XIX e XX. Vitória da Conquista. Edições UESB, 2013. p. 43-82; SOUZA, Christiane Maria Cruz de; SANGLARD, Gisele. Saúde pública e assistência na Bahia da Primeira República (1889-1929). In: _____; BARRETO, Maria Renilda Nery (Org.). *História da saúde na Bahia*: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958). Barueri, SP: Ed. FIOCRUZ, Manole, 2011; SOUZA, Christiane Maria Cruz de; TEIXEIRA, Luiz Antônio; LANA, Vanessa. O hospital Aristides Maltez e as campanhas de detecção do câncer do colo do útero no interior baiano. *Revista da ABPN*, Florianópolis, SC, v. 6, n. 14, p 129-142, jul.-out., 2014.

⁷ RIBEIRO, Lidiane Monteiro. *Filantropia e assistência à saúde da infância na Bahia*: a Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil, 1923-1935. 2011. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

⁸ SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes da. *Do centro para o mundo*: a trajetória do médico José Silveira na luta contra a tuberculose. 2009. Tese (Doutorado) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

diferentes estudos, processos ocorridos em áreas distantes de Salvador.⁹

No campo conceitual, a ideia de assistência é de grande relevância para o que se propôs desenvolver. Em trabalho sobre a questão social na Idade Média, Robert Castel afirma que:

Compreende-se a assistência como um conjunto extraordinariamente diversificado de práticas que se inscrevem numa estrutura comum determinada pela existência de certas categorias de populações carentes e pela necessidade de atendê-las. A assistência manifestou-se de diferentes formas e seu objetivo primordial era prestar apoio àqueles que, por motivos diversos, não possuíam condições de prover seu sustento.¹⁰

Assim, um estudo sobre a interferência do Estado no combate à sífilis visa, antes de qualquer coisa, perceber uma modificação na configuração da assistência sanitária baiana, enfocando as especificidades dos processos locais, que se constituem como diferença em relação a outras realidades nas quais também se propunha um processo de centralização da saúde, a exemplo do Rio de Janeiro.

As fontes utilizadas neste trabalho compõem um leque variado de documentos que possibilitaram o acesso à análise historiográfica das ações para o combate da sífilis, doença que agia, muitas das vezes, silenciosamente. Foram consultadas mensagens legislativas, leis nacionais e estaduais, relatórios médicos dos postos sanitários da capital e dos postos de higiene e saneamento rural, do interior, relatórios da Secretaria de Saúde e Assistência Pública, relatórios da Santa Casa de Misericórdia de Salvador (SCMS), teses de doutoramento, atas da congregação e memórias históricas da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB),

⁹ 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. Cf., também, CHAVES, Cleide de Lima. Crescêncio Antunes da Silveira: um médico filantropo baiano In: SANGLARD, Gisele et al. (Org.). *Filantropos da nação: sociedade e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2015. p. 95-112.

¹⁰ CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Tradução de Iraci D. Poletti. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p. 47.

livros e memórias de médicos e o jornal *Diário de Notícias*.¹¹

Em relação à estrutura, a tese está dividida em cinco capítulos, além desta Introdução na qual se apresenta um panorama do estudo. No primeiro capítulo, apresento o movimento sanitarista da segunda década do século XX e a sua importância para a Reforma de 1920, com a criação do DNSP. Identifico as diretrizes nacionais do projeto de combate à sífilis, elaboradas pelo sifilógrafo Eduardo Rabello e um grupo de médicos do Instituto Oswaldo Cruz, e considero como a Reforma Sanitária baiana de 1925 atendeu às expectativas do plano da União. Além disso, dou destaque aos conflitos relacionados ao Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Salvador, centro de ação filantrópica que desempenhou, por muitos anos, uma função público-privada no campo da assistência à saúde na Bahia.

No segundo capítulo, busco apresentar algumas concepções médicas relativas à doença e aos sífilíticos, constantemente chamados de aleijões. Tomando como partida a propaganda de medicamentos presente nas páginas do jornal soteropolitano *Diário de Notícias*, analiso como imagens de pessoas deformadas estavam relacionadas aos ideais de eugenia e degeneração da raça. A compreensão médica sobre a doença e suas representações sociais foram elementos norteadores das ações no seu combate.

No capítulo três, analiso como os postos sanitários funcionaram na cidade de Salvador, ao longo da década de 1920, segundo o regimento do DNSP. Mesmo com dificuldades, os médicos baianos superavam os limites impostos pelas condições materiais e colocavam em prática os procedimentos necessários. Recebiam os

¹¹ Sabe-se que o jornal *Diário de Notícias* passou, ao longo do período estudado, por diferentes orientações políticas. Ele foi fundado por Manuel da Silva Lopes Cardoso e lançado no dia 13 de março de 1875, sendo fechado em 1900 e dois anos depois, foi vendido ao coronel Vicente Ferreira Lins do Amaral, mas só voltou a ser editado no dia 16 de março de 1903. Na campanha presidencial de 1909-1910, identificou-se com o civilismo de Rui Barbosa, e atacou a candidatura do marechal Hermes da Fonseca. Com a vitória de Hermes e a subsequente ascensão de J. J. Seabra ao governo da Bahia (1912-1916), o jornal assumiu feição oposicionista, amenizada por uma pretensa atitude de neutralidade. Em 1919, quando as facções oposicionistas locais se coligaram no combate ao seabrismo, o jornal manifestou-se vigorosamente contra Seabra. No plano nacional, o periódico defendeu a candidatura de Rui Barbosa em oposição à de Epitácio Pessoa. Ainda em 1919 o jornal foi vendido a uma sociedade anônima integrada por grandes comerciantes e dirigida pelo redator-chefe do vespertino, professor Altamirando Requião. Seus artigos tiveram grande penetração na sociedade baiana, provocaram acirradas polêmicas e contribuíram decisivamente para a crescente tiragem do jornal. O jornal apontava as irregularidades dos governos de Antônio Muniz (1916-1920) e mais uma vez de Seabra (1920-1924). Depois de 1924, quando as oposições coligadas levaram Francisco Marques de Góes Calmon ao governo do estado, o jornal arrefeceu sua combatividade, identificando-se com o grupo no poder. Foi um combatente da revolução de 1930, mas depois passou a aplaudir-la. Deixou de circular em 1980. Cf. *Diário de Notícias* (Salvador) Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/DI%C3%81RIO%20DE%20NOT%C3%8D%20CIAS%20%28Salvador%29.pdf> Acesso em: 28 dez. 2015.

alunos da FMB que desejavam estudar a sífilis e o modelo dos dispensários se espalhava pela cidade, em detrimento da enfermaria São Joaquim, da SCMS. A Bahia investiu na consolidação de um modelo de combate à sífilis voltado para a higiene pessoal e utilizava a propaganda sanitária como ferramenta para atingir seu objetivo.

No quarto capítulo, a ênfase está no processo de centralização intensificado a partir da revolução de 1930, com uma incorporação do ideal sanitarista da década de 1920, pelo governo Vargas. Os interventores baianos, entre eles o médico Arthur Neiva, desenvolveram ações de importância para o tratamento de diversas doenças. Apesar de não continuar como alvo privilegiado de combate pelas instâncias federais, a sífilis e o seu tratamento prosseguiram norteados pela União. Junto a esse processo, o estado continuava a subsidiar instituições de caráter filantrópico, que fortaleciam a assistência à saúde baiana ao lado dos postos sanitários.

Por fim, no quinto capítulo me debruço sobre o interior da Bahia, no intuito de perceber as especificidades relativas à implantação do projeto político-sanitário nacional nesse espaço. Ponderando as diferenças entre as diversas regiões que compõem o vasto território definido como sertão baiano, foi possível perceber como as questões municipais, relacionadas ao regime federalista, interferiam nos trabalhos desenvolvidos nos postos e, conseqüentemente, no combate à sífilis. Ademais, a estrutura sanitária continuou a crescer e até o advento do Estado Novo as instituições sanitárias haviam se multiplicado em um número significativo.

CAPÍTULO 1

UMA POLÍTICA SANITÁRIA NACIONAL NA BAHIA

Nas primeiras décadas do século XX, o movimento sanitarista desempenhou um relevante papel para o conhecimento das condições de vida de pessoas que viviam afastadas dos grandes centros urbanos e das quais pouco se conhecia. Além disso, contribuiu para a erradicação de inúmeras doenças que as impediam de ter uma vida saudável. As viagens realizadas aos sertões brasileiros, especialmente pelos pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), foram determinantes para denunciar a necessidade de se implantar uma política nacional de saúde que pudesse, a despeito do regime federalista, combater as endemias num plano mais amplo e contribuir para a criação uma identidade nacional.

O surgimento do DNSP, em 1920, pode ser considerado uma vitória desse movimento. A sífilis, doença que entre fins do século XIX e início do século XX transformou-se em alvo das autoridades sanitárias devido ao seu pretense caráter hereditário, passou a ser combatida pela recém-criada Inspetoria de Profilaxia da Lepre e Doenças Venéreas, com ações norteadas por uma proposta específica, orientada pelo sifilógrafo Eduardo Rabello e um grupo de médicos ligado ao IOC. Nesse sentido, muitos estados brasileiros, a exemplo da Bahia, fizeram acordos com a União para o desenvolvimento dos serviços sanitários.

Em 1921, os políticos baianos aderiram ao projeto nacional e, com a criação da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública e do Código Sanitário da Bahia, em 1925, equiparavam, cada vez mais, a política sanitária do estado à proposta do Governo Federal. Este capítulo busca apresentar as principais características do movimento sanitarista, o seu papel para a concretização da reforma de 1920, as diretrizes nacionais de combate à sífilis e às doenças venéreas, além das aproximações entre médicos da Bahia e do Rio de Janeiro. Ocorria uma notável ampliação das ações estatais, com maiores responsabilidades sanitárias, antes realizadas, essencialmente, por uma assistência filantrópica de caráter público-privado.

1.1 A REFORMA DE 1920 E O MOVIMENTO SANITARISTA

Na década de 1920, ocorreu uma série de eventos ligados ao melhoramento da saúde pública no Brasil, o que compreendeu a criação de uma nova legislação nacional, o desenvolvimento de ações sanitárias e a percepção estatal da necessidade de intervenções mais consistentes no quadro de endemias que assolavam o país. O Presidente da República, Epitácio Pessoa, promulgou o decreto n. 3.987, em 2 de janeiro de 1920, com o intuito de reorganizar os serviços da saúde e criar o DNSP que, entre muitas atribuições, tornava-se responsável pela execução dos serviços de higiene e saúde pública no Brasil e ampliava o papel do Estado nos processos sanitários.¹² Em mensagem apresentada ao Congresso Nacional, o chefe de governo explicitou quais eram os objetivos dessa organização e afirmou que os serviços da saúde não podiam continuar subordinados a uma “simples diretoria”,¹³ sem os recursos necessários para levar auxílio aos estados, em caso de epidemia:

O Departamento Nacional de Saude Publica vae em breve reunir, sob uma direcção única, os serviços até agora desempenhados pela União e pela Prefeitura. Dentro de poucos dias, estará publicado o respectivo regulamento, e o Governo ficará aparelhado para solver o problema sanitário e hospitalar nesta Capital e nos Estados que solicitarem o seu auxilio.¹⁴

O *Diário Oficial da União*, de 16 de setembro de 1920, publicou o regulamento para o funcionamento do órgão subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, dividindo-o em três diretorias: Diretoria dos Serviços Sanitários Terrestres, Diretoria da Defesa Sanitária Marítima e Fluvial e Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural, todas subordinadas a uma diretoria Geral.¹⁵ A Diretoria Geral era responsável também pelas Inspetorias de Estatística e Demográfico-sanitária, de Engenharia Sanitária, de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, de Fiscalização

¹² BRASIL. *Decreto n. 3.987, de 2 de janeiro de 1920. Reorganiza os serviços da Saúde Pública*. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=48173>>. Acesso em: 1º. jul. 2013. p. 15533.

¹³ Essa é uma referência à Diretoria Geral de Saúde Pública, responsável pelos serviços sanitários desde 1897.

¹⁴ BRASIL. Presidente (1919-1920: E. Pessoa). *Mensagem apresentada ao Congresso Nacional na abertura da terceira sessão da décima legislatura pelo Presidente da República Epitácio Pessoa*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1920.

¹⁵ BRASIL. *Decreto n. 14.354, de 15 de setembro de 1920*. Approva o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o decreto n. 14.189, de 26 de maio de 1920. *Diário Oficial dos Estados Unidos do Brasil*, anno LIX, 32 da República, n. 215, 16 set.1920.

do Exercício da medicina, farmácia, arte dentária e obstetrícia, e pelos serviços de Assistência Hospitalar e de Higiene Infantil. À Diretoria de Serviços Sanitários e Terrestres incumbiam as Inspetorias dos Serviços de Profilaxia, de Fiscalização dos Gêneros Alimentícios e de Profilaxia da Tuberculose. Já a Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial tinha sob sua administração as Inspetorias de Profilaxia Marítima, de Saúde do Porto do Rio de Janeiro, Inspetoria dos Portos dos Estados, Delegacias de Saúde Marítimas, Lazaretos, Hospital Paula Cândido e Estações de Desinfecção. E, por fim, a Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural se responsabilizava pela superintendência administrativa e a orientação técnica de todos os serviços de higiene e saúde pública por ela executados nos Estados, nas zonas rurais do Distrito Federal e no Território do Acre.¹⁶

No ano de 1922, 16 dos 21 estados da federação, mais o Distrito Federal, já haviam firmado acordo com a União para serviços de profilaxia e combate às endemias rurais,¹⁷ possibilitando a constituição de novas estruturas administrativas para o tratamento de inúmeras doenças. A Bahia fez parceria com o Governo Federal, em acordo realizado no dia 15 de abril de 1921, para um período de três anos e, em 29 de fevereiro de 1924, renovou o convênio por mais cinco anos.¹⁸ O interesse pelo desenvolvimento da saúde através de ações articuladas entre o estado e a União, no pós-1920, iniciou-se, portanto, no segundo governo de Joaquim José Seabra,¹⁹ em um fluxo contínuo de ações que visavam a captação de recursos para o desenvolvimento sanitário.

A reforma de 1920 resultou de esforços realizados por médicos e intelectuais brasileiros, nas primeiras décadas do século XX, através da Campanha de Saneamento Rural. Esse movimento, que visava a melhoria das condições de vida e de saúde dos sertanejos, contribuiu para a realização de transformações sanitárias no país, com a percepção da necessidade de uma maior intervenção da União em uma sociedade que se encontrava “[...] fundada nos efeitos negativos das endemias rurais e abandonada pelo Estado em um país hígido com uma população

¹⁶ BRASIL. *Decreto n. 14.354, de 15 de setembro de, 1920*, p. 15543, 15599.

¹⁷ 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, 1993. p. 51.

¹⁸ BARRETO, Antônio Luis D. A. de Barros. *Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Pública: ano 1926*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1927. p. 175. BPEB/Seção de Obras Raras.

¹⁹ Joaquim José Seabra nasceu em Salvador-BA, em 21 de agosto de 1855, e faleceu no Rio de Janeiro, RJ em 5 de dezembro de 1942. Foi um chefe político de destaque, que governou o estado da Bahia entre os anos de 1912-1916 e 1920-1924.

saudável”.²⁰

Especialmente a partir de 1910, os profissionais do campo médico que integraram o movimento sanitarista desempenharam importante papel na publicização de uma imagem de abandono do povo brasileiro, o que, em alguns casos, repercutia de forma impactante na imprensa. O discurso proferido em 10 de outubro de 1916 pelo médico Miguel Pereira, em recepção a Aloysio Castro, diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ), recém-chegado da Argentina, por exemplo, caracterizava o país como um “imenso hospital”. O Brasil foi definido nesses termos por Pereira, em resposta aos pronunciamentos do deputado federal Carlos Peixoto, que teria demonstrado disposição, em função do conflito da Primeira Guerra Mundial, a ir aos sertões convocar os caboclos para o exército brasileiro, de modo a defender o país.²¹ A resposta do médico a tal posicionamento político enfatizava a situação crítica em que viviam os moradores do sertão brasileiro, principalmente no que diz respeito às condições de saúde:

Parte, e parte ponderável, dessa brava gente não se levantaria: inválidos, exangues, esgotados, pela ankylostomíase e pela malária; estropiados e arrasados pela moléstia de Chagas; corroídos pela syphilis e pela lepra; devastados pelo alcoolismo, chupados pela fome.²²

Pouco depois dessas proposições, publicava-se o relatório da expedição médico-científica do IOC, chefiada pelos médicos Belisário Penna²³ e Arthur Neiva,

²⁰ HOCHMAN, Gilberto. Logo ali, no final da avenida: os sertões redefinidos pelo movimento sanitarista da Primeira República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, supl., p. 217-235, 1998. p. 218.

²¹ SÁ, Dominichi Miranda. A voz do Brasil: Miguel Pereira e o discurso sobre o “imenso hospital”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 333-348, jul. 2009b. p. 336.

²² Cf. o discurso de Miguel Pereira *A margem da medicina*. Ibid.

²³ Belisário Augusto de Oliveira Penna nasceu em Barbacena-MG, em 29 de novembro de 1868, e faleceu em 4 de novembro de 1939. Matriculou-se em 1886 na FMRJ, concluindo seu curso na FMB. Foi um sanitarista brasileiro de destaque. Trabalhou no combate às endemias rurais e, entre os muitos cargos que ocupou, assumiu a chefia dos Serviços de Profilaxia Rural, em 1918, a diretoria de Saneamento Rural do DNSP, em 1920, a chefia do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, entre 1928 e 1929, e o Ministério da Educação e da Saúde, em 1931, exercendo esse cargo apenas por três meses. Cf. (A) ERA Vargas: dos anos 20 a 1945: biografia: Belisário Penna. In: ABREU, Alzira Alves de (Coord.). *Dicionário histórico-biográfico brasileiro: pós 1930*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001. Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/biografias/belisario_penna>. Acesso em: 28 jan. 2015.

²⁴ realizada ao Norte e Nordeste do país, no ano de 1912, e que contribuiu significativamente para a disseminação das ideias defendidas por Pereira. A ida ao sertão – com passagem pela Bahia, além do Piauí, Pernambuco e Goiás – foi uma solicitação da Inspetoria de Obras contra as Secas, órgão do Ministério dos Negócios da Indústria, Viação e Obras Públicas.²⁵ Essa inspetoria fora criada a partir da junção de outros dois órgãos que também tinham como objetivo amenizar os efeitos da seca²⁶ no Nordeste: a Comissão de Estudos e Construções de Obras contra os Efeitos das Secas no Rio Grande do Norte, criada em 1904, cuja ação limitara-se à construção de uma estrada de ferro naquele estado; e a Superintendência das Obras contra os Efeitos da Seca que, a partir de 1907, somou seus esforços aos da Comissão de Açudes e Irrigação, sucessora da Comissão do Açude Quixadá.²⁷

Ao longo da segunda década do século XX, muitas viagens científicas foram organizadas pela União com o objetivo de incorporar espaços distantes e desconhecidos pela maior parte das autoridades e da população dos grandes centros urbanos. Atividades dessa natureza foram consideradas como possibilidade de realizar uma integração nacional. As origens desse projeto já podiam ser observadas no Império, mas, durante a República, iniciativas se intensificaram e

²⁴ Arthur Neiva nasceu em Salvador-BA, em 22 de março de 1890, e faleceu no Rio de Janeiro-RJ, em 6 de junho de 1943. Diplomou-se pela FMRJ, em 1903, atuou como cientista de laboratório, no Instituto de Manguinhos e, posteriormente, no Instituto Biológico de São Paulo. Neiva caracterizou-se, também, como homem público, um reformador social envolvido tanto com o mundo da ciência quanto do estritamente político, tendo sido Interventor Federal na Bahia durante o Governo Provisório de Getúlio Vargas, e deputado federal da Constituinte de 1933-1934 e da legislatura de 1934-1937. Para mais informações, cf. SOUZA, Vanderlei Sebastião de. Arthur Neiva e a 'questão nacional' nos anos 1910 e 1920. *História, ciência, saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 249-264, jul. 2009.

²⁵ SÁ, Dominichi Miranda. Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna (1917-1935). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 183-203, jul. 2009a. p. 184.

²⁶ Em análise sobre o nordeste enquanto objeto histórico, Durval Muniz de Albuquerque Júnior afirma que a seca existiu como um fenômeno climático natural durante anos. Contudo, passou a ser encarada como um problema regional e nacional a partir de interesses das elites regionais, que descobriram, nesse fenômeno, um excelente argumento para reivindicarem recursos, investimentos e maior atenção do estado, a partir da segunda metade do século XIX. Cf. ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. Um leque que respira: a questão do objeto em História. In: _____. *História: a arte de inventar o passado, ensaios de teoria da história*. Bauru, SP: EDUSC, 2007; ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. *A invenção do Nordeste e outras artes*. 4. ed. Recife: FJN; Ed. Massangana; São Paulo: Cortez, 2009.

²⁷ Desde os tempos do Império vinham se sucedendo projetos para a criação de reservatórios de água nas regiões áridas do Nordeste brasileiro. Em 1884, foram aprovados os planos para a construção do açude de Quixadá, no Ceará, depois modificados. Segundo Eduardo Vilela Thielen e outros autores as obras do primeiro lago artificial foram concluídas em 1906. cf. THIELEN, Eduardo Vilela et al. *A ciência a caminho da roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz: 1911-1913*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, Ed. FIOCRUZ, 1992. p. 53.

ganharam nova expressão: ‘incorporação’ e ‘conhecimento científico’ faziam uma aliança que incluía levantamentos nosológicos e atividades de combate a doenças nos sítios a serem ocupados e povoados.²⁸ Essas características tornaram-se aspectos concebidos como indissociáveis no interior do Ministério da Viação, tendo havido, por conseguinte, uma crescente associação com instituições de pesquisa, como o Observatório Astronômico, o Museu Nacional e, com destaque, o IOC.

A pesquisa experimental e a orientação científica foram características marcantes do IOC. A origem da Instituição remonta ao ano de 1900, quando surgiu, no município do Rio de Janeiro, o Instituto Soroterápico, com a finalidade de reproduzir soros e vacinas contra a peste bubônica. Buscando substituir a importação desses produtos produzidos no Instituto Pasteur, em Paris, a instituição converteu-se no primeiro grande centro de medicina experimental da América do Sul, especialmente com as contribuições de Oswaldo Cruz e dos poucos seguidores dos novos modelos que revolucionavam o campo da medicina, notadamente a revolução pasteuriana.²⁹ Diante da sua visibilidade internacional, o Instituto Soroterápico foi transformado em Instituto de Patologia Experimental, de natureza federal, sob críticas tanto dos representantes das oligarquias, que consideravam um desperdício o investimento em ciências e nas instalações que se edificavam na Fazenda Manguinhos, como dos representantes da corporação médica que não viam com bons olhos o exercício do ensino em outra instituição que não a FMRJ. Após o grupo ganhar a medalha de ouro com uma amostra sobre o combate à febre amarela, na Exposição do XIV Congresso Internacional de Higiene e Demografia, a

²⁸ SÁ, 2009a, p. 186.

²⁹ A chamada Revolução Pasteuriana é originária das pesquisas realizadas pelo francês Louis Pasteur (1822-1895). Interessado por fermentações, o pesquisador passava horas em frente ao microscópio observando fermentações diferentes (a levedura para a fermentação alcoólica, o mofo para a fermentação acética, bastonetes para a fermentação láctea, um vibrão na origem da putrefação de cadáveres animais), e publicou, em 1857, o *Relatório sobre a putrefação chamada láctea*, certidão de nascimento da microbiologia. Pasteur prosseguiu com descobertas de relevância para ao campo científico, como a comprovação de que a geração espontânea não existe e desenvolveu o processo de pasteurização. Com a observação científica, demonstrou, pela primeira vez, que um micro-organismo era a causa da doença de um ser vivo, sendo inserido, posteriormente no centro do combate às doenças infecciosas, ao qual o seu nome e o do Instituto Pasteur ficaram ligados. Na última fase dos seus trabalhos, foi coroado pelo sucesso estrondoso da primeira vacinação contra a raiva. Para mais informações, cf. MARCHAND, Marie-Hélène Marchand. Louis Pasteur e a criação do Instituto Pasteur. In: LIMA, Nísia Trindade; MARCHAND, Marie-Hélène (Org.). *Louis Pasteur e Oswaldo Cruz*. São Paulo: Banco BNP Paribas Brasil; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. p. 17-24.

instituição passou a se chamar IOC.³⁰

O processo de instituição da Microbiologia no Brasil, que envolve a criação de Manguinhos, é objeto de análise de Jaime Benchimol. O autor discute sua relação com a busca pela cura da febre amarela, que se pautava na pesquisa experimental e objetivava, em certa medida, uma produção original nacional. Nesse contexto, são enfatizados os conflitos de médicos que caminhavam entre a concepção miasmática³¹ e a Bacteriologia, no período existente entre o fim do grupo Tropicalista da Bahia e o surgimento do IOC.³²

A denominada Escola Tropicalista Baiana, que se desenvolveu fora da FMB, era formada por médicos que organizaram o periódico *Gazeta Médica* e que elaboraram uma definição própria de medicina tropical, baseada na crença da possibilidade de se construir um lugar para o Brasil ao lado das nações civilizadas, “[...] apesar de seu clima e do povo miscigenado”.³³ Ao investigar as doenças típicas do meio tropical, esses profissionais utilizaram os mais avançados instrumentos da medicina europeia, tal como a Estatística Médica, os novos métodos clínicos baseados na edição e na Fisiologia Aplicada, o uso da Química na análise das partes fluidas do corpo, particularmente no campo da Hematologia, a nascente Parasitologia e, sobretudo, a microscopia, cuja utilização foi pioneira na Bahia. Sobre os pesquisadores que integravam o IOC, Benchimol afirma que:

Com frequência cada vez maior os cientistas de Manguinhos iriam se embrenhar pelos sertões do Brasil para combater doenças – a malária, principalmente –, colocando sua expertise a serviço de ferrovias, hidrelétricas, obras de infra-estrutura, empreendimentos agropecuários ou extrativos. Teriam oportunidade de estudar patologias pouco ou nada conhecidas, e de recolher materiais biológicos que dariam grande amplitude às coleções biológicas do instituto e aos horizontes da medicina tropical no Brasil.³⁴

³⁰ THIELEN et al., 1992, p. 6-7; BENCHIMOL, Jaime Larry. A febre amarela e a instituição da bacteriologia no Brasil. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Org.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2004. p. 79; BENCHIMOL, Jaime Larry. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 265-292, 2000.

³¹ Princípio que acreditava no poder de corrupção do ar sobre as pessoas e o meio, provocando, desta maneira, as doenças.

³² BENCHIMOL, 2004.

³³ Cf. EDLER, Flávio Coelho. A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 357-385, maio-ago., 2002.

³⁴ BENCHIMOL, op. cit., p. 79.

Assim como destacado pelo autor, a obra *A ciência a caminho da roça* demonstra o papel desempenhado pelos pesquisadores do IOC nas viagens aos sertões brasileiros. Através das imagens das expedições científicas realizadas pela instituição entre os anos de 1911 e 1913, enfatiza-se como um grupo de cientistas, como Belisário Penna, Carlos Chagas, Astrogildo Machado, Adolfo Lutz e Antônio Martins, se associaram ao Estado para diagnosticar e propor soluções aos problemas sanitários do Brasil. Segundo Thielen e outros autores, o trabalho desenvolvido pelos pesquisadores teve um alcance histórico inegável, primeiro por ampliar consideravelmente o horizonte dos estudos no campo das chamadas “doenças tropicais” no país e, segundo, pela enorme repercussão que tiveram entre os intelectuais, camadas médias e elites, as revelações sobre “[...] aquele Brasil caipira, doente, explorado e inculto, que vivia à margem do cosmopolitismo e da civilização que as cidades do litoral, em particular a capital da República, supunham encarnar”.³⁵

Ainda em relação ao relatório escrito por Belisário Penna, denunciava-se a situação de atraso do sertão, não por questões raciais, como se observou ao longo do século XIX, mas pelo abandono estatal e pelas inúmeras doenças que acometiam sua população. O Brasil seria um país doente e, por isso, atrasado. A viagem lhe mostrou que os sertanejos padeciam de moléstias diversas, como o impaludismo, principalmente após a vazante dos rios, a asma e inúmeras doenças dos olhos, tais como conjuntivite, blefarite e leucoma, com maior incidência a partir da cidade de Caracol, no Piauí. O diagnóstico da elevada disseminação da tuberculose e da sífilis nos sertões do Nordeste, acima até mesmo da leishmaniose, da boubá e da lepra, causou grande surpresa aos pesquisadores.³⁶

Dominichi Sá analisou o processo de leitura, circulação, recepção e repercussão do documento supracitado, tanto por revistas e periódicos que endossavam o discurso, quanto por grupos contrários. É interessante perceber como em alguns estados, como Goiás, por exemplo, publicações foram elaboradas especificamente com o intuito de contradizer a imagem de um “estado de doença” difundida pelos médicos no processo de caracterização do sertão.³⁷ Sá também discutiu os possíveis motivos pelos quais aquele relatório ganhou tamanha

³⁵ THIELEN et al., 1992, p. 7.

³⁶ Ibid., p. 56.

³⁷ SÁ, 2009a.

visibilidade, entre tantos similares elaborados no período, e indicou, entre outros aspectos, o papel do cientista Carlos Chagas na insistência em relacionar, desde o início da década de 1910, as endemias rurais à degeneração do país.³⁸

As ideias difundidas a partir de 1910, afirmando que o Brasil era, ao mesmo tempo, um grande hospital e um vasto sertão, levam à reflexão sobre as fronteiras materiais entre os grandes centros e o que se considerava sertão. Acreditava-se que os sertões começavam no final da avenida Rio Branco, *boulevard* de grande destaque no Rio de Janeiro.³⁹ Isso evidencia a distância, também no plano simbólico, entre as cidades e o universo rural. “O hospital” significava, então, a presença de inúmeras endemias rurais em todo o território nacional e os sertões representavam o abandono da população pobre pelo poder público ou mesmo a sua completa ausência. Ao fazer uma analogia entre a proposição carioca e o contexto da Bahia na Primeira República, Christiane Souza sugere que o “sertão” começava “para os lados” da avenida Sete de Setembro, tomada como ícone de progresso e modernidade pelo governador J.J. Seabra e cujo modelo era a capital da República. Mas, apesar da salubridade e ordenação do espaço urbano pretendidas pelo líder político e seus correligionários, a vida das camadas mais pobres de Salvador pouco diferia da do povo pobre do interior do estado.⁴⁰

O abandono da população soteropolitana era veiculado pelos periódicos que circulavam na cidade, a exemplo do *Diário de Notícias*, em denúncia às privações enfrentadas pelas camadas economicamente subalternas, principalmente no que dizia respeito à carestia dos gêneros alimentícios.⁴¹ A notícia divulgada no jornal soteropolitano deixava a entender, nas entrelinhas, a possibilidade de uma insurreição popular caso o poder público não tomasse as providências necessárias: “[...] nem sempre terão os poderes competentes forças armadas suficientes para espingardear um povo inteiro, que se debate, que peleja heroicamente para não morrer de fome”.⁴² Destaca-se que as decisões, no que diz respeito à saúde, foram conduzidas pelas elites soteropolitanas e não por manifestações populares

³⁸ SÁ, 2009a, p. 189.

³⁹ HOCHMAN, 1998, p. 218.

⁴⁰ SOUZA, C., 2013, p. 47.

⁴¹ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, Salvador, 11 jun. 1920. (*A fome! Se o governo não providenciar virá uma reação tremenda*).

⁴² Ibid.

específicas no que tange a esse aspecto da vida humana.⁴³ Contudo, isso não quer dizer que os setores economicamente dominantes foram apenas sensíveis à condição do nordestino, propagada nos discursos. Começava-se a perceber que um centro populoso, dotado de complexas e diversificadas atividades econômicas e doenças que atingiam pobres e ricos, exigia uma posição diferenciada por parte do Governo da Bahia.⁴⁴ As inúmeras doenças que impregnavam o estado alcançavam, naquele momento, diferentes classes sociais. Dessa forma, era necessário buscar mecanismos para evitar a sua proliferação.

O movimento sanitário brasileiro da segunda década do século XX se diferenciou do existente entre os anos 1903 e 1909, que estava vinculado à atuação de Oswaldo Cruz como dirigente dos serviços federais de saúde. Por perceber que a “doença” tinha presença intensa na sociedade brasileira, ele desafiava suas elites e instituições políticas e exigia um aumento da responsabilidade do poder público em nível federal, uma vez que a maioria dos estados não tinha condições técnicas e financeiras para implementar políticas de saneamento e saúde pública. Esse movimento, bem-sucedido, conseguiu forjar uma “consciência sanitária” entre as elites brasileiras, o que possibilitou o surgimento das primeiras políticas de saúde e saneamento nacional.⁴⁵ Entre os movimentos nacionalistas surgidos no período da Primeira Guerra Mundial, que contribuíram para esse processo, destacou-se a Liga Pró-Saneamento do Brasil, fundada em fevereiro de 1918, no primeiro aniversário de morte de Oswaldo Cruz. Essa organização almejava a criação de uma agência pública de âmbito federal que uniformizasse os serviços, realizasse e coordenasse ações de saúde em todo o território nacional e superasse os limites constitucionais impostos às ações da União, restritas no campo da saúde pública ao Distrito Federal e aos Portos.⁴⁶ A proposta de centralizar os serviços sanitários era um desafio à política vigente, devido à instituição do regime federalista, implantado com o advento da República, e que teve Belisário Penna como um dos seus principais críticos.⁴⁷ Para os sanitaristas, no entanto, o instrumento legal que tornaria viável essa ação seria um código sanitário válido em todo o país e executado pela autoridade sanitária federal, o que não eliminaria a necessidade de os estados e municípios

⁴³ O que ainda não descarta a existência de manifestações que diziam respeito às condições de vida como um todo e que envolve, também, a saúde.

⁴⁴ SOUZA; SANGLARD, 2011, p. 51. Cf. também SOUZA, C., 2011, p. 93.

⁴⁵ HOCHMAN, 1998, p. 218.

⁴⁶ Ibid., p. 219, 224.

⁴⁷ Para mais informações, cf. SANGLARD, 2008, p. 126-127.

criarem seus próprios serviços sanitários: “[...] a autonomia dos serviços federais, que deveriam ser exclusivamente técnicos, seria a prevalência da ciência contra os interesses políticos, alvo das críticas do movimento”.⁴⁸

Na passagem do Império para a República, a província da Bahia foi a última a aderir ao novo regime, pelo qual vigorou o federalismo. Segundo Consuelo Novais Sampaio, em análise sobre as relações políticas que envolviam o legislativo na Bahia naquele período, havia valores conservadores profundamente enraizados nas tradições culturais dos baianos, que contribuíram para o posicionamento conservador. Além disso, o Partido Republicano fora criado apenas seis meses antes da transição do processo e não sobreviveu à República. As ideias de igualdade social e participação política ameaçavam desestabilizar a rígida estrutura social, num momento em que os ex-escravos aportavam à capital e se juntavam a retirantes do sertão, açoitados por uma seca impertinente que, vinda do Império, varou a República. A mudança do regime político era vista pelas elites como um fator determinante no aprofundamento da crise econômica pela qual o estado passava.⁴⁹

Ainda para a autora, considerando as disparidades em nível nacional, a implantação da República teve um impacto positivo para o setor cafeeiro agro-exportador, inclusive porque a autonomia dos estados possibilitava contrair empréstimos no exterior. Contudo, não auxiliaria a Bahia, cuja produção agrária era diversificada e, na qual, nenhum dos produtos tinha peso significativo nas pautas de exportação. Para agravar a situação precária da arrecadação, com o novo regime, o estado perdeu o imposto de importação e não tinha chances, dada a forte resistência do setor agrário, de criar uma política de taxaço de bens imóveis, fato que foi possível no centro-sul. Mas, apesar disso, as mesmas elites baianas que num primeiro momento repudiaram o novo sistema político, aderiram a ele, amoldaram-se às suas instituições e se ajustaram aos seus tradicionais padrões de comportamento, com monarquistas conservadores continuando a conduzir a política partidária do estado, em um panorama político dominado por forte personalismo e incipiente organização partidária. Nesse sentido, Consuelo Sampaio caracteriza a política baiana da Primeira República como uma *política de acomodação*. Não que

⁴⁸ HOCHMAN, 1998, p. 224- 225.

⁴⁹ SAMPAIO, Consuelo Novais. *O poder legislativo da Bahia: Primeira República (1889-1930)*. Salvador: Assembléia Legislativa, 1998. p. 27-32.

houvesse inércia nas ações, mas grupos políticos, dos quais não se imaginava a possibilidade de estabelecerem acordos, acabavam formulando alianças e se adaptando ao curso político na Bahia.⁵⁰

Com respeito à divisão das responsabilidades estatais em torno do cuidado social, nos anos que antecedem o marco cronológico inicial da pesquisa, o pacto federativo descentralizou as ações da saúde pública e atribuiu aos municípios o atendimento a acidentes, a criação e administração dos asilos e creches, além da organização e direção dos serviços de vacinação. Ao estado cabia o combate às epidemias, a prevenção e tratamento das doenças transmissíveis, além da supervisão dos serviços sanitários municipais, fiscalização do exercício da medicina e da farmácia, organização da estatística demográfico-sanitária e a pesquisa científica de questões relacionadas à Higiene, Bacteriologia, Química e Bromatologia.⁵¹ Em Salvador, essa lei foi motivo de constantes discussões entre as elites letradas, em meio à epidemia de gripe espanhola. Elas discordavam quanto à centralização ou descentralização das atividades sanitárias:

Apontava-se o jogo de vaidades, a pulverização ou, pelo contrário, a justaposição e a coincidência de ações, que dispersavam recursos humanos e financeiros, como causas do fracasso das medidas de saúde defendidas no período. Muitos defendiam a centralização das ações, por acreditar que isso resultaria em mais eficácia dos serviços.⁵²

Nesse quadro político conflituoso, ações que almejavam o desenvolvimento sanitário foram realizadas pelos governadores Severino Vieira,⁵³ J.J. Seabra e por Antônio Moniz Sodré de Aragão,⁵⁴ que centralizou os serviços de saúde e criou a Diretoria Geral de Saúde Pública da Bahia, subordinada à Secretaria do Interior,

⁵⁰ SAMPAIO, C., 1998, p. 48-49.

⁵¹ Cf. BRASIL. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 24 de fevereiro de 1891*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao91.htm. Acesso em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao91.htm>. Acesso em: 26 set. 2013. Cf. também SOUZA, C., 2011, p. 95.

⁵² *Ibid.*, p. 104.

⁵³ Severino dos Santos Vieira nasceu em Ribeira do Conde-BA, em 8 de junho de 1849, e faleceu em Salvador-BA, em 23 de setembro de 1917. Governou o estado da Bahia entre os anos de 1900 e 1904.

⁵⁴ Antônio Moniz Sodré de Aragão nasceu em Salvador-BA, em 13 de junho de 1881, e faleceu no Rio de Janeiro-RJ em 9 de junho de 1940. Bacharel em direito pela Faculdade de Direito da Bahia, governou o estado da Bahia entre os anos de 1916 e 1920.

Justiça e Instrução, no ano de 1917.⁵⁵

Ao discutir os significados atribuídos ao federalismo, Gilberto Hochman afirma que se essa organização for tomada como uma configuração, com um padrão estruturado e mutante de interdependência entre suas unidades e entre estas e o poder central, os problemas sanitários poderiam ser tratados como importantes elos de interdependência entre estados e municípios produtores de externalidades. Dessa forma, problemas sanitários de uma localidade poderiam produzir efeitos externos negativos sobre outras e a doença, como mal público num país pouco integrado territorialmente, acabaria sendo um importante elemento constituidor da interdependência entre unidades dispersas.⁵⁶ Ou seja, para o autor, os problemas sanitários do Brasil evidenciavam os efeitos da interdependência entre as unidades federativas e as limitações das soluções localizadas modificaram, ao longo do tempo, a configuração estabelecida pela constituição de 1891. Essas mudanças fortaleceram o poder central, ante à necessidade de elaboração de respostas públicas nacionais, em detrimento do poder das oligarquias e a partir da criação de uma identidade integrada nacionalmente, da construção de um Estado Nacional:

O 'saneamento dos sertões', que como vimos começava na periferia dos centros urbanos não era apenas uma figura retórica de um movimento que buscava a construção de uma identidade nacional, mas um projeto e um processo de construção do poder público, e através deste, de integração nacional.⁵⁷

Lima e Hochman defendem que o movimento de saneamento dos sertões teve, então, um papel central e prolongado na reconstituição da identidade nacional, a partir da identificação da "doença" como elemento distintivo da condição de ser brasileiro. A redenção nacional demandava ações centralizadas, nacionais, tecnicamente autônomas, que legitimariam o crescimento do papel brasileiro no campo da saúde pública.⁵⁸ Tentando modificar o quadro relativo à seca, impedir o

⁵⁵ Dentre outras ações, Severino Vieira instituiu o *Regulamento do Serviço Sanitário*, que amparava juridicamente e efetivava a criação da Inspetoria Geral de Higiene e da Seção Demógrafo-sanitária; J.J. Seabra procurou reestruturar os serviços de saúde, visando o combate às epidemias, e inaugurou o Instituto Vacinogênico, Anti-rábico e Bacteriológico da Bahia. cf. SOUZA, C., 2011.

⁵⁶ HOCHMAN, 1993, p. 52.

⁵⁷ Ibid., p. 53.

⁵⁸ LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor (Org.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro: CCB, Ed. FIOCRUZ, 1996. p. 23.

alastramento das doenças, diminuir o abandono das camadas menos abastadas do sertão e incluir a Bahia no referido projeto, as elites letradas aderiram à Reforma Federal da Saúde Pública, dirigida pelo médico Carlos Chagas. A partir dessa interação, o Governo Federal orientou tecnicamente as ações sanitárias implantadas no estado, especialmente as ações desenvolvidas pelas inspetorias criadas e que cuidavam da lepra, sífilis e doenças venéreas, tuberculose e higiene infantil.

A análise que aqui será desenvolvida investiga como o referido projeto político-sanitário de integração nacional e de saneamento dos sertões conseguiu se concretizar, ainda que com inúmeras dificuldades, tanto na capital como no interior da Bahia, em um momento de vigência do regime federalista e, posteriormente, com a centralização sanitária do Governo Vargas. Para isso, optou-se por analisar os serviços de profilaxia e combate à sífilis no estado.

1.2 INSPETORIA DE PROFILAXIA DA LEPRO E DOENÇAS VENÉREAS E UMA PROPOSTA DE COMBATE À SÍFILIS

A IPLDV,⁵⁹ criada com a Reforma Sanitária de 1920, tinha como grande objetivo o combate à sífilis. Conforme identificado nas viagens científicas do IOC, a doença assolava os sertões e impedia, também, os baianos de gozar de bem-estar. No 1º Congresso Sul-Americano de Dermatologia e Sifilografia, ocorrido no Rio de Janeiro em 1918, os sifilógrafos Eduardo Rabello e Oscar Clark enfatizavam a presença constante da sífilis nos sertões. Para o primeiro, o Brasil diferia da maioria dos países civilizados, onde a enfermidade preferia ser antes “cidadã” que “camponesa”:

Em nosso país, sem que nos balancemos a dizer que a fórmula se inverteu, estamos todavia autorizados a dizer que mesmo nos campos a proporção dos casos é notável. Assim, depõem com clamorosa unanimidade todos os médicos que, como Carlos Chagas, Arthur Neiva e outros, cruzaram viagens científicas no nosso interior.⁶⁰

Coube a Eduardo Rabello a direção da IPLDV. Ele atuou como auxiliar técnico do Laboratório de Bacteriologia da FMRJ, desde 1906. Tornou-se professor substituto da instituição, em 1915. Além disso, ocupou o cargo de secretário da

⁵⁹ Encarregada, também, da profilaxia do câncer.

⁶⁰ RABELO, 1921 apud CARRARA, 1996, p. 119.

Sociedade de Dermatologia e Sifilografia, em 1912, e foi enviado à Europa pelo Diretor Nacional de Saúde Pública, Carlos Seidl, em 1914, para estudar as medidas antivenéreas que lá eram adotadas no combate à sífilis.⁶¹ Apesar de vinculado à FMRJ, Eduardo Rabello desenvolveu com Oscar da Silva Araújo, seu parceiro e substituto na direção da IPLDV a partir de 1927, um plano de combate à sífilis, com forte vinculação ao IOC, onde escreveu a tese de doutoramento intitulada *Hematologia na ancilostomose*.⁶²

A bacteriologia, excelência no ensino e nos estudos elaborados em Manguinhos, influenciou toda uma geração de pesquisadores e contribuiu para surgimento da sifilografia como especialidade médica. Ao analisar as origens desse segmento profissional, Sérgio Carrara destacou a figura de Antônio José Pereira da Silva Araújo (pai de Oscar da Silva Araújo), que se formou na FMB no início da década de 1870, integrou a Escola Tropicalista da Bahia e foi redator da *Gazeta Médica*. Silva Araújo radicou-se no Rio de Janeiro no início da década de 1880 e, atuando com visibilidade internacional, defendeu a medicina de caráter experimental e prático. Além disso, foi, simultaneamente, chefe do Serviço de Doenças de Pele e Sífilis e diretor do Laboratório de Microscopia da Policlínica do Rio de Janeiro. Sua trajetória intelectual oferece elementos importantes para se compreender porque, desde o início, o campo da dermato-sifilografia se tornou tão florescente no país e prestigiado no exterior: a estreita relação com a parasitologia tropical e, posteriormente, com a bacteriologia.⁶³ Os sifilógrafos brasileiros giravam em torno de teorias e ideias produzidas na Europa, mas não deixavam de apresentar dados, descobertas e interpretações bastante originais, participando ativamente das emergentes reuniões internacionais, quer fossem dedicadas a discussões técnico-científicas, quer às melhores “armas” a serem utilizadas na luta antivenérea.⁶⁴

A proposta de erradicação da sífilis no Brasil, elaborada por Eduardo Rabello e seu grupo e explicitada no regulamento do DNSP, surgiu em meio ao debate sobre

⁶¹ RABELO, 1921 apud CARRARA, 1996. p. 91.

⁶² Sobre a filiação dos sifilógrafos cariocas, já havia condições para o desenvolvimento da Sociedade brasileira de Dermatologia e Sifilografia no Rio de Janeiro, por volta de 1912. A instituição passou a articular três grupos de combate à sífilis: o vinculado à Faculdade de Medicina do Rio, que contava com Fernando Terra, Eduardo Rabello e Oscar da Silva Araújo; o grupo ligado a Manguinhos, representado por Adolpho Lutz, Gaspar Vianna, Area Leão, Heráclides Cesar de Souza Araújo, entre outros; e, finalmente, o grupo da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, com Werneck Machado e seus auxiliares. Cf. CARRARA, op. cit., p. 90; SANGLARD, 2008, p. 165.

⁶³ CARRARA, op. cit., p. 86.

⁶⁴ Ibid., p. 88-89.

regulamentação e abolição da prostituição, que provocou calorosas discussões, atravessando o século XIX.⁶⁵ O meretrício era considerado pelos médicos o principal veículo de transmissão da doença e, portanto, deveria sofrer interferência de sua parte. O regulamentarismo via a prostituição como um mal necessário e acreditava que, se fixadas nos bordéis, as meretrizes poderiam ser submetidas a uma vigilância constante, da qual fazia parte o controle médico obrigatório e regular, para serem internadas em hospital especial no caso de estarem doentes.⁶⁶ Em sua primeira versão, essa perspectiva tinha como objetivo combater a libertinagem, proteger a moral familiar, disciplinar o espaço público e a mulher pública para que os homens não ferissem a moral das mulheres “honestas”. Por outro lado, o abolicionismo se propunha a um combate simultâneo à prostituição e às doenças venéreas, considerando a contenção sexual masculina e a emancipação política da mulher como meios mais eficientes para acabar com a prostituição e com as doenças que ela transmitia. Educação e propaganda seriam os instrumentos privilegiados para alcançar tais objetivos.⁶⁷

A partir de críticas abolicionistas relacionadas à “eficácia da regulamentação”, já que muitas mulheres poderiam fugir à inscrição e aumentar o número de clandestinas; ao “critério jurídico-político”, pois o regulamento colocava as prostitutas fora do direito comum e sob o arbítrio direto da polícia; e à “moralidade”, visto que se reconhecia a prostituição como profissão, originou-se o neorregulamentarismo, que teve como principal formulador o sifilógrafo francês Alfred Fournier, defensor da regulamentação não mais em nome apenas da preservação moral e dos bons costumes, ou do saneamento moral dos espaços públicos, mas por razões de ordem sanitária. Secundário no início, o combate às doenças venéreas transformou-se em justificativa essencial do neorregulamentarismo de finais do século XIX.⁶⁸ Esse grupo também incorporou várias das propostas abolicionistas, principalmente a defesa de uma ampla campanha de educação antivenérea para alertar a população sobre os perigos das doenças sexuais.

Os conflitos entre regulamentaristas e abolicionistas tinham como fundo a oposição entre lei e educação. Também chamados de modelo “jurídico-punitivo” e “pedagógico-disciplinar”, em linhas gerais divergiam fundamentalmente sobre o

⁶⁵ Para mais informações sobre regulamentarismo e abolicionismo cf. CARRARA, 1996.

⁶⁶ Ibid., p. 167.

⁶⁷ Ibid., p. 171.

⁶⁸ Ibid., p. 172.

modo como a sexualidade humana deveria ser compreendida. Para os primeiros, a questão principal não era mudar o comportamento sexual masculino, nem recuperar as prostitutas, mas submetê-las a exames periódicos, não propondo mudanças profundas nos comportamentos individuais, pois acreditavam que a prostituição era uma instituição sem chances de ser excluída do meio social.⁶⁹ Por outro lado, os abolicionistas tendiam a discordar dos regulamentaristas quanto à natureza dos desejos sexuais. Para eles homens e mulheres poderiam e deveriam ser castos, podendo ser erradicado o meretrício e educada a população. Segundo Carrara, a esse respeito havia divergências cruciais quando se discutia o tipo de informação médica a ser divulgada. A partir dessas disparidades, originaram-se, em linhas gerais, um abolicionismo “moral” e um abolicionismo “científico”.⁷⁰ Enquanto que, para os moralistas, o tratamento para doenças sexuais era visto com desconfiança, porque a enfermidade deveria continuar a significar uma vida de desregramento sexual, os adeptos do “abolicionismo científico” acreditavam ser necessário o combate à doença a partir de todos os meios possíveis. Nesse caso, divulgava-se a necessidade de restrição sexual masculina ao casamento, mas não se privava de oferecer informações sobre como evitar doenças venéreas por meios técnicos, como o uso de pomadas desinfetantes, lavagens, preservativos, entre outros.

Depois de muitas discussões a respeito das vantagens e desvantagens desses modelos, inclusive após a Proclamação da República, quando o debate sobre as medidas de profilaxia sanitária voltou à tona, a proposta regulamentarista foi derrotada pelo abolicionismo.⁷¹ Apesar disso, a liberdade proporcionada pelo regime federalista permitiu a implantação de medidas diversas no país, como as essencialmente jurídico-punitivas levadas a cabo pelo sanitarista de Manguinhos, Heráclides Cesar de Souza Araújo, nos estados do Paraná e Pará. Mesmo se posicionando contra o modelo adotado por Souza Araújo e defendendo o abolicionismo, é possível afirmar que Eduardo Rabello se aproximou muito mais de alguns regulamentaristas do que dos abolicionistas morais e conseguiu articular um grupo com ideias semelhantes para o combate à sífilis no Brasil, na segunda década do século XX, a partir de um modelo baseado na concepção de higiene:

⁶⁹ CARRARA, 1996, p. 204.

⁷⁰ Ibid., p. 205.

⁷¹ Que inclusive tinha como seu partidário durante o Período Imperial, D. Pedro II. Para mais informações sobre esse processo, cf. Ibid., cap. 4.

[...] as experiências regulamentaristas de Souza Araújo logo se chocariam com as novas diretrizes nacionais da *luta antivenérea* no Brasil, através da constituição de um extenso sistema de profilaxia articulado pelo governo central. Aparentemente, as intermináveis querelas entre *abolicionistas* e *regulamentaristas* começavam a ser superadas. Assumindo [...] posições estratégicas em instituições científicas e acadêmicas, um grupo bastante coeso de sifilógrafos, organizado desde 1912 em torno da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, conseguia formular uma “solução” a um só tempo pragmática e conciliadora para o *problema venéreo brasileiro*.⁷²

A nova legislação estava a meio caminho entre abolicionismo e regulamentarismo: defendia a restrição sexual masculina apenas para que a proposta tivesse aceitação na sociedade e não por moralidade. Por outro lado, através da educação sanitária, conseguiria disseminar uma série de medidas de profilaxia, como os conhecimentos de técnicas de prevenção, pomadas e soluções desinfetantes depois das relações sexuais.⁷³ A base da profilaxia proposta estava sobre dois pilares principais: a campanha de propaganda e educação higiênica e o tratamento profilático. Buscava-se impedir o contágio pelo diagnóstico precoce e tratamento eficaz dos doentes, assim como proteger os indivíduos sãos, esclarecendo-os quanto aos perigos que corriam e a que expunham seus descendentes.⁷⁴ Para tanto, determinava-se que a cura deveria ser realizada, de preferência, nos dispensários e, em certos casos, em hospital especial ou em enfermarias anexas aos hospitais gerais;⁷⁵ os dispensários deveriam ser instalados em locais acessíveis, mas discretos; o atendimento deveria ser realizado segundo o sexo e condição social dos pacientes; era necessário um pequeno laboratório para exames microscópicos das doenças venéreas e/ou sorológicas, sendo que os exames poderiam ser facultados aos doentes de poucos recursos que estivessem se tratando fora dos dispensários, quando fosse preciso esclarecer o diagnóstico do caso contagiante;⁷⁶ entre outras orientações.

Carrara analisou o Regulamento Sanitário de 1920 e destacou os caminhos utilizados por Rabello, na implantação de diretrizes que se aproximavam de uma política neorregulamentarista em muitos momentos. A legislação determinava, por exemplo, que as pessoas de ambos os sexos, pelos seus hábitos, ocupação, meio

⁷² CARRARA, 1996, p. 218.

⁷³ Ibid., p. 221.

⁷⁴ Ibid., p. 220.

⁷⁵ BRASIL. *Decreto n. 14.354, 15 de setembro de 1920*, art. 505.

⁷⁶ Ibid., art. 510.

de vida ou por outra qualquer causa evidente, se tornassem suspeitas de estar infectadas ou de veicular os germens daquelas doenças; e as que fossem aptas a transmiti-las mais facilmente, mereceriam cuidados especiais da autoridade sanitária. Isso pode ser interpretado como uma alusão ao cuidado especial a ser dispensado às meretrizes.⁷⁷ A adoção de um “serviço social” com enfermeiras visitadoras,⁷⁸ como foi proposto pelo DNSP, era central em um modelo regulamentarista, visto que elas se encarregariam de encontrar as prostitutas e convencê-las a se matricularem em um dispensário, a serem examinadas e tratadas.⁷⁹

Um empreendimento que contribuiu para o combate à sífilis, no Rio de Janeiro, pode ser observado na obra *Entre os salões e o laboratório*. Nela, Sanglard reconstruiu aspectos relativos à articulação entre bacteriologia e filantropia e analisou como o benemérito Guilherme Guinle desenvolveu uma íntima relação com o projeto de saúde pública representado pela IPLDV.⁸⁰ A autora concluiu que, com a impossibilidade do estado assumir o combate em defesa da saúde em todas as frentes propostas, expressas na reforma da Saúde Pública e no Regulamento Sanitário, Carlos Chagas apostou no consórcio com a iniciativa privada. Com isso, o projeto do médico pôde ser colocado em prática, num contexto em que um grupo de intelectuais e médicos pensava os destinos da nação por meio da salvação do homem brasileiro e colocava a ciência a serviço da construção nacional.⁸¹

⁷⁷ CARRARA, 1996, p. 222.

⁷⁸ BRASIL. *Decreto n. 14.354, 15 de setembro de 1920*, art. 498.

⁷⁹ Apesar de a sífilis e a lepra serem alvo de combate da mesma inspetoria, foram diferenciadas as medidas propostas por Eduardo Rabello para o tratamento de leprosos. Dilma Cabral analisa as políticas de combate à lepra, entre fins do século XIX e início do século XX, e destaca que o isolamento manicomial era a medida mais utilizada pelas autoridades brasileiras como forma de conter o alastramento da doença. Contudo, com a criação do DNSP, um novo modelo foi adotado. Como não havia uma profilaxia específica da lepra e após um intenso debate entre leprologistas, aderiu-se ao modelo norueguês, no qual se priorizava o isolamento domiciliar, em contraposição ao manicomial, e uma série de medidas liberais para o cuidado da doença. As internações em instituições só deveriam ocorrer em casos mais graves. Para muitos especialistas parecia inconciliável garantir a liberdade do leproso e, ao mesmo tempo, a saúde da sociedade. Em discordância, Eduardo Rabello aderiu ao isolamento, mas ao invés de atribuir-lhe caráter obrigatório o definiu como voluntário. Além disso, instituiu a confidencialidade da notificação do diagnóstico de lepra, a possibilidade do exame e do diagnóstico serem acompanhados por um médico de confiança do suspeito ou doente, a possibilidade de o leproso interpor recurso do diagnóstico médico ao diretor geral do DNSP, a permissão da internação de pessoa adulta que quisesse acompanhar o doente, desde que assumisse as suas despesas, entre outras. Cf. CABRAL, Dilma. *Lepra, medicina e políticas de saúde no Brasil (1894-1934)*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2013, p. 254; 256-259.

⁸⁰ SANGLARD, 2008, cap. 4.

⁸¹ *Ibid.*, p. 261-262.

Como resultado dessa relação, criou-se um complexo hospitalar sob a fiscalização de Eduardo Rabello e Gilberto Moura Costa, não apenas para o tratamento da sífilis, mas para o desenvolvimento de pesquisa. Tinha-se o intuito de realizar um melhor diagnóstico e encontrar terapias para a doença, dando projeção às atividades da Fundação Gaffré e Guinle.⁸² As ações da Fundação iniciaram-se com os primeiros ambulatorios, estruturados para dar suporte ao funcionamento do hospital. A localização dos mesmos evidenciava o cuidado em controlar boa parte da cidade, acompanhando a expansão natural que o Rio de Janeiro vivia em direção aos subúrbios.⁸³ Quando criado, o hospital desempenhava, com ênfase, uma função socioeducativa.

Foi a partir desse modelo educativo-higiênico que a IPLDV orientou o combate à sífilis no Brasil, a partir de 1920. A investida federal numa proposta própria de intervenção sanitária contribuiu para a centralização do modelo de saúde que começava a se delinear, intensificou-se com a Revolução de 1930 e, mais ainda, com o Estado Novo.

Antes de apresentar os passos iniciais do acordo entre a Bahia e a União e a importância que a profilaxia de doenças venéreas adquiriu no estado naquele momento, torna-se necessário analisar como estava constituída a estrutura assistencial do estado e indicar as transformações implantadas nas esferas de atuação no combate às doenças. O hospital da SCMS, antes responsável quase que exclusivamente pela assistência à saúde, viu o poder público se comprometer de forma mais incisiva com a responsabilidade sanitária. Para compreender a importância do nosocômio, no entanto, é preciso discutir como se constitui o campo da assistência e sua relação com ações em favor dos desvalidos, além do papel desempenhado por médicos naquela e em outras instituições filantrópicas da Bahia, em fins do século XIX e início do século XX.

1.3 ASSISTÊNCIA, FILANTROPIA E MEDICINA NA BAHIA

Assim como outros aspectos relacionados à vida de homens e mulheres, a pobreza e a assistência são passíveis de serem analisadas em uma perspectiva histórica, visto que lhes foram atribuídos significados heterogêneos pelas

⁸² SANGLARD, 2008, p. 176-178.

⁸³ *Ibid.*, p. 171.

populações de variados contextos sociais. Alguns trabalhos discutem a temática e observa-se, neles, uma predominância da concepção do estado de pobreza com a necessidade e/ou ausência de trabalho.⁸⁴ No livro *As metamorfoses da questão social*, por exemplo, Robert Castel analisa como, em meados do século XIV, a contradição entre estruturas fixas que organizavam o trabalho na Europa feudal e o surgimento de uma mão-de-obra flutuante, a partir de uma nascente mobilidade impulsionada pelas relações urbanas, contribuíram para modificações no quadro geral das relações que envolveram pobreza e o seu cuidado nas sociedades ocidentais. O autor estabelece uma distinção entre os grupos sociais em que não havia uma “questão social”, sem a intermediação de instituições e com formas estáveis de relações que impediam a desestabilização dos indivíduos desprovidos de condições de existência; e, por outro lado, sociedades que dispunham de instituições com algum nível de especialização para o cuidado dos pobres.

A partir das variações dentro da primeira categoria, a sociedade medieval conjugou dois vetores de interdependência: as relações horizontais do seio da comunidade rural, que implicavam laços de solidariedade de classe e de caridade, e as relações verticais relativas à sujeição senhorial. Destaca-se que a solidificação da relação senhorial teve um impacto significativo no campo socioassistencial medieval, pois se revelou como um primeiro tipo eficaz de proteção contra os riscos sociais, na ausência de uma administração estruturada e serviços especializados.⁸⁵ Bronislaw Geremek aponta que, nesse contexto, a pobreza era admitida apenas enquanto valor espiritual. Esse *status* era bem visto quando fruto de uma opção pessoal. A livre escolha por uma vida austera estava relacionada ao *ethos* da pobreza, que privilegiava igualmente o gesto heroico de renúncia e, ao mesmo tempo, o dever de socorrer os pobres, considerando-se que a doutrina do desprendimento material observada nos evangelhos disseminava o elogio da caridade como um dever de todos.⁸⁶ Por outro lado, diferente da pobreza espiritual, a condição social da pobreza material suscitava atitudes de desprezo, devido às enormes privações às quais os pobres se submetiam: fome, frio, doenças. Para Castel, o paradoxo presente nessa representação cristã era superado no plano das práticas pela utilização de dois

⁸⁴ Cf. CASTEL, 2010, p. 61; GEREMEK, Bronislaw. *A piedade e a força: história da miséria e da caridade na Europa*. Tradução de Maria Assunção Santos. Lisboa: Terramar, 1986. (Pequena história; 5).

⁸⁵ CASTEL, op. cit., p. 54.

⁸⁶ GEREMEK, op. cit., p. 29.

recursos: a assistência num plano de salvação e a classificação das formas de pobreza.⁸⁷

Em relação à também chamada “economia da salvação”, considerava-se que o pobre não podia ser detentor de privilégios, pois o rico precisava praticar a virtude da caridade cristã e, dessa forma, obter a salvação em decorrência do seu gesto. Não seria equivocado afirmar, então, que, para muitos, o sentido primordial da existência dos pobres era a garantia de que os ricos, por suas doações, chegariam ao céu. Já em torno da classificação dos diferentes tipos de pobreza, Castel demonstra que havia critérios estabelecidos para restringir o campo dos assistidos como, por exemplo, a necessidade de se estar incapacitado de trabalhar⁸⁸ e a exigência de ser territorializado, ou seja, pertencer a uma comunidade. Dessa forma, o autor se contrapõe às interpretações de uma historiografia, de certa forma consolidada, que considera o movimento renascentista e o início da modernidade como um momento de enfraquecimento de valores anteriormente hegemônicos, relativos à caridade cristã da Idade Média. Além disso, refuta a ideia, denominada “laica” ou “burguesa”, de um endurecimento da postura em relação à população pobre.⁸⁹ Para Castel, ao contrário, a gestão da caridade medieval teria oferecido as bases para o que se pode chamar de campo assistencial e conservou, na Idade Moderna, essas distinções.

Até meados do século XIV, as práticas caritativas e assistenciais eram realizadas essencialmente em conventos e em instituições religiosas, o que fez com que a Igreja se tornasse a principal administradora da caridade e não apenas disseminadora dos ideais cristãos. Mas, na baixa Idade Média, transformações no quadro socioassistencial começaram a ocorrer:

Se as principais práticas assistenciais se localizaram primeiro nos conventos e nas instituições religiosas, e se, durante muito tempo, a Igreja foi a principal administradora da assistência, a sua passagem para as autoridades laicas se deu sem interrupção. Aliás, houve menos passagem do que colaborações e encaminhamentos incessantes entre uma pluralidade de instâncias, eclesiásticas e laicas, centrais e municipais, profissionais – como a ação das confrarias – ou pessoais – como as

⁸⁷ CASTEL, 2010, p. 64.

⁸⁸ À exceção dos pobres envergonhados, como era definidos os ricos empobrecidos. Segundo Geremek, a caridade italiana do século XIV e XV privilegiava abertamente os “pobres envergonhados” porque a vergonha de mendigar lhes outorgava um direito especial às subvenções e porque o bom nascimento lhes parecia conferir qualidades morais excepcionais. Assim, a fraternidade cristã estava marcada por uma solidariedade de classe. GEREMEK, 1986, p. 33-34.

⁸⁹ CASTEL, op. cit., p. 60-61.

liberalidades das grandes personalidades cujas diferenças não decorrem, absolutamente, da oposição entre o público e o privado.⁹⁰

A proposição acima ressalta como o processo de transformação na gestão socioassistencial se deu de forma cooperativa, pela relação entre público e privado. Esse processo ocorreu desde o enfraquecimento da sociedade feudal e não pode ser analisado como uma ruptura brusca. O processo de “desconversão feudal”⁹¹ originou um período de turbulências que não podia mais ser controlado pelas estruturas tradicionais. A Peste Negra causou grande impacto na Europa medieval, impulsionou a escassez de mão-de-obra, a quebra de redes de sociabilidade primária e criou um perfil social que não tinha mais lugar entre as ordens estabelecidas, o que implicou no equilíbrio do controle dos habitantes: “[...] uma circulação acelerada das terras, dos bens e dos homens, e um modo de estruturação das relações sociais que tenta fortalecer sua dominação tradicional”.⁹² Isso deu origem à problematização moderna do social, o que exigiu a instituição de práticas especializadas para o atendimento dos carentes. O *ethos* da pobreza se modificou e a terra deixou de ser o centro das relações, dando lugar ao dinheiro. O aparecimento das cidades e das relações urbanas incitou novas questões morais, com a necessidade de se estabelecer novos preceitos que possibilitassem a salvação.⁹³ A cidade e todas as novas formas de relacionamento social presentes nela possibilitaram um novo tipo de pobreza, relacionado à sua estrutura socioeconômica e às especificidades ecológicas do meio.

A face social da pobreza fora então revelada e o auxílio aos pobres começava a se relacionar com a ideia do “perigo” que eles poderiam oferecer às camadas economicamente dominantes. A “economia da salvação” dava cada vez mais espaço às doações para as inúmeras instituições que se multiplicaram no período, entre elas hospitais, irmandades e confrarias religiosas, o que possibilitou o compartilhamento da administração da assistência, antes sob o domínio religioso, com associações leigas. Para Castel, o papel que essas instituições passaram a desempenhar caracterizava uma especialização da assistência e se relacionava à construção de um conjunto de práticas com função protetora, integradora e

⁹⁰ CASTEL, 2010, p. 70, 81.

⁹¹ Termo que o autor toma emprestado de Philipp Rieff, para acentuar a divergência da ideia de “crise do sistema feudal”.

⁹² CASTEL, op. cit., p. 115.

⁹³ GEREMEK, 1986, p. 32-33, 77.

posteriormente preventiva. Essas práticas estavam relacionadas: à ideia de que a ação socioassistencial resultava de uma intervenção da sociedade sobre si mesma; à apresentação de um esboço de especialização das práticas assistenciais, através de indivíduos ou grupos, com a função de assegurar esse tipo de atividade social; a uma tecnicização mínima, na qual o mandatado era obrigado a avaliar as situações em relação às quais se deveria intervir ou não; à seleção dos que mereciam auxílio, definindo categorias para orientar suas ações; à localização dessas práticas em um lugar “intrainstitucional” e “extrainstitucional”; e, por fim, à ideia de que não bastava ser carente de tudo para integrar a esfera da assistência. Entre populações sem recursos, algumas eram rejeitadas e outras atendidas.⁹⁴

Utilizando o conceito de filantropia social, Russel-Wood analisa como, em Portugal, se lidou com a questão da pobreza e dos desvalidos por meio de instituições que se enquadram no perfil descrito por Castel, e mostra que as chamadas albergarias ou hospedarias portuguesas já haviam surgido no século XI. Essas instituições ofereciam abrigo aos peregrinos e, em certos casos, havia disposições especiais para os pobres e até mesmo um serviço médico rudimentar, sendo que algumas delas transformaram-se em hospitais posteriormente.⁹⁵ A existência de irmandades, como a da Imaculada Conceição de Sintra, a Confraria dos Homens Bons e a Ordem a Terceira de São Francisco contribuem para a reflexão de que, no século XV, já havia em Portugal não apenas uma consciência social, mas também uma estrutura caritativa para satisfazer a esse sentimento.⁹⁶

O contato entre europeus e suas colônias, à época moderna, multiplicou as instituições de assistência no intuito de administrar a pobreza nas “novas terras”. A irmandade da Santa Casa de Misericórdia, instituição leiga criada em Portugal, foi uma das mais importantes instituições caritativo-filantrópicas de gestão da assistência, inserindo-se na Ásia, África e também no Brasil. Coube às Santas Casas de Misericórdia a criação e garantia de um sistema de assistência pública, com a organização e administração de casas para o recolhimento de mulheres viúvas e órfãs, o amparo e os cuidados em relação às crianças abandonadas, o zelo aos presos, os cuidados com os doentes, a administração de cemitérios e do

⁹⁴ CASTEL, 2010, p. 57-59.

⁹⁵ RUSSEL-WOOD, Anthony John R. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755*. Brasília, DF: Ed. UnB, 1981. p. 6.

⁹⁶ As irmandades eram associações cooperativas no interior das quais se teciam solidariedades fundadas nas hierarquias sociais, que podiam se caracterizar por atributos étnicos ou de classe.

enterramento não apenas dos membros da Misericórdia, mas de qualquer irmandade. Vale notar que muitas irmandades costumavam enterrar apenas os seus filiados.

Russell-Wood define o papel desempenhado pelas Santas Casas de Misericórdia nas colônias portuguesas como semiburocrático.⁹⁷ A instituição congênere soteropolitana,⁹⁸ assim como as demais, tinha o patrocínio real. Mas, muitas vezes, esse financiamento era irregular, o que imputava à caridade e à filantropia o suprimento de suas demandas e atribuía à instituição o caráter de assistência público-privada:

Embora preenchesse uma finalidade semi-burocrática na oferta dos serviços hospitalares, auxílio aos presos e cuidados aos enjeitados, as fontes oficiais não eram receptivas aos apelos dos corpos de guardiães para obter assistência financeira com que enfrentar o custo desses benefícios à comunidade [...] Cabia ao público baiano financiar as atividades caritativas da irmandade por meio de legados e doações.⁹⁹

Em relação à ideia de caridade e filantropia, Gisele Sanglard afirma que o segundo conceito foi construído e modificou-se aos poucos, dividindo espaço com outro termo, a beneficência. Os filósofos franceses das Luzes buscaram laicizar a caridade, retirando o valor religioso da filantropia e reforçando o seu lado de ‘utilidade social’.¹⁰⁰ Para Catherine Duprat, a filantropia permitia, então, uma dupla acepção: tanto como um conjunto de ações e obras com finalidades devocionais, quanto a sua negação, por oposição às obras religiosas. Diferenciando-as, a autora aponta que na caridade há uma abdicação de toda a vaidade do seu autor, com a proposição do anonimato, enquanto a filantropia é marcada por um gesto de utilidade.¹⁰¹ Mas, mesmo assim, caridade e filantropia podem não ser compreendidas de forma antagônica, já que ambas são indissociáveis da questão da

⁹⁷ O caráter semiburocrático se refere ao papel desenvolvido pela Santa Casa que, teoricamente, deveria ser atribuído à coroa ou à municipalidade. A Santa Casa funcionava com os braços da burocracia, e realizava a assistência social local.

⁹⁸ A irmandade da Misericórdia de Salvador, composta pela alta elite branca colonial, tinha diversas exigências relativas ao ingresso no grupo: os membros deveriam ser “abastados de fazenda”, alfabetizados e nunca trabalhadores manuais. Em que pese haver uma divisão entre “irmãos maiores” e “irmãos menores”, integrar esta irmandade era uma forma de demonstração de prestígio social, principalmente na sociedade baiana do século XIX. Cf. REIS, João José. *A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. 4. reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

⁹⁹ RUSSELL-WOOD, 1981, p. 111.

¹⁰⁰ SANGLARD, 2008, p. 32-35.

¹⁰¹ DUPRAT, 1993 apud SANGLARD, 2008, p. 32.

pobreza, do controle dos pobres e, posteriormente, do controle social sobre eles.¹⁰²

Depois das doações dos beneméritos, os fundos públicos constituíam a maior fonte de renda da Misericórdia. Apesar da praticamente inexistente verba municipal para a SCMS, sua função semiburocrática era reconhecida pela Coroa, que fornecia subsídios a fim de aliviar, por exemplo, a carga financeira da manutenção do hospital, que atendia homens a serviço do rei. Assim, não só na Bahia, mas em Luanda, Goa e Macau, a Coroa e as autoridades municipais reconheciam a importância das Misericórdias na prestação de uma assistência social às respectivas comunidades, o que na Bahia colonial a tornava única.¹⁰³ Não seria, portanto, errado afirmar que as autoridades dependiam da Misericórdia, com o seu hospital, para proporcionar certos serviços públicos, especialmente no campo da saúde.

O Hospital da Caridade de Salvador, mantido pela irmandade da Misericórdia¹⁰⁴ e denominado Hospital São Cristóvão, atendia indistintamente aqueles que necessitavam e, em toda a sua trajetória, foi o principal espaço de práticas caritativas e filantrópicas baianas, até meados do século XX. Ele funcionou no prédio da irmandade, na Praça da Sé, 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 FMB, 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 mudou-se para o bairro de Nazaré, com o nome de Hospital Santa Izabel.

A instituição tornou-se responsável pela saúde da população, no atendimento a presos, soldados, marinheiros, estrangeiros, alienados, mendigos e escravos, até

¹⁰² SANGIARD, 2008, p. 34.

¹⁰³ RUSSELL-WOOD, 1981, p. 229, 231.

¹⁰⁴ A Santa Casa de Misericórdia da Bahia, administrada pela irmandade da Misericórdia, foi criada na cidade de Salvador, em abril de 1549, e desempenhou um papel de destaque na assistência pública baiana até a primeira metade do século XX. Assim como as demais Santas Casas, criadas em toda a Colônia, inspirou-se no modelo da de Lisboa e tomou a seu cargo o desenvolvimento de uma série de atividades caritativas, como o socorro aos pobres, aos órfãos, aos peregrinos e aos doentes. Tais ações faziam parte das finalidades dessa confraria, conforme o Compromisso de 1516 da Santa Casa portuguesa. As diretrizes gerais da instituição propunham, pela prática de seus membros, desenvolver as 14 obras de misericórdia – sete espirituais e sete corporais – quais sejam: ensinar os ignorantes, dar bons conselhos, punir os faltosos com compreensão, consolar os infelizes, perdoar as injúrias recebidas, suportar as deficiências do próximo, orar a Deus pelos vivos e pelos mortos, tratar os doentes, resgatar os cativos e visitar os presos, vestir os nus, dar de comer aos famintos, dar de beber aos sedentos, abrigar os pobres peregrinos e sepultar os mortos. Para mais informações cf. 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. p. 24-25; RUSSELL-WOOD, op. cit.

meados do século XX, de modo irrestrito àqueles que o procuravam. A ideia, consagrada na historiografia baiana, de que ali eram tratados apenas os indigentes que não possuíam meios de prover sua subsistência, tem sido alvo de contestação. Os doentes atendidos pela Santa Casa apresentavam perfis específicos: entre os homens, em sua maioria branca, estavam aqueles que exerciam atividades que lhes garantiam a sobrevivência e, por conseguinte, o pagamento do tratamento – artistas, chapeleiros, alfaiates, carpinteiros e inúmeros outros, em uma Salvador efervescente de trabalhadores e viajantes que circulavam principalmente na região do porto. Entre as mulheres, mestiças baianas, muito próximas da linha de pobreza ou abaixo dela.¹⁰⁵ Grande parte dos atendidos pagava por seu tratamento, a começar pelos escravos, considerados público pagante.

Grande parte da população soteropolitana, no século XIX, vivia no limiar entre pobreza e a miséria. Ao discutir a pobreza naquele contexto, Walter Fraga Filho apontou as dificuldades pelas quais a maior parte dos soteropolitanos passava, tais como a carestia dos gêneros alimentícios, a falta de mobiliário nas casas, a existência de muitos indigentes em um mercado de trabalho extremamente suscetível às variações da economia, além de retirantes movidos pelas secas, a quem só restava mendigar.¹⁰⁶ A análise do quadro da pobreza na cidade, realizada pelo autor, possibilita o estabelecimento de nexos comparativos com o panorama descrito por Geremeck e Castel sobre a Idade Média, guardadas as devidas especificidades de tempo e espaço. Para Fraga Filho, práticas caritativas sobreviviam através de uma relação próxima entre os mendigos e outras classes sociais, inscritas em relações mais amplas de domínio paternalista. Assim, da mesma forma que possuíam agregados, as famílias mais afortunadas e até mesmo os que conseguiam escapar da penúria tinham “seus mendigos”, a quem deviam proteção e amparo material.¹⁰⁷ A seleção dos assistidos, apontada por Castel como elemento de permanência entre o medievo e a modernidade, era perceptível na

¹⁰⁵ BARRETO, Maria Renilda Nery. A Santa Casa da Misericórdia da Bahia e a assistência aos doentes no século XIX. In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; BARRETO, Maria Renilda Nery (Org.). *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri: Minha Editora, 2011, p. 13-15.

¹⁰⁶ FRAGA FILHO, Walter. *Mendigos, moleques e vadios na Bahia do século XIX*. São Paulo: Hucitec; Salvador: EDUFBA, 1996. Cap. 1.

¹⁰⁷ *Ibid.*, p. 38. Sobre mendicância o autor estabelece uma tipologia dos mendigos, o que englobava pedintes ocasionais, pessoas que deixavam suas profissões para mendigar, “falsos” mendigos, mendigos envergonhados, mendigos que batiam de porta em porta, entre outros. Cf. *Ibid.*, p. 41-48.

sociedade baiana:

A mendicância era reconhecida como cristamente legítima, desde que o indivíduo não tivesse forças para trabalhar e manter a própria subsistência. O doente ou portador de alguma deficiência física, o velho, a criança órfã e portanto aptos a sobreviver de caridade. Eram pobres amparados pelos fiéis e de certa maneira protegidos pelas autoridades, que lhes concediam licenças para mendigar em determinados pontos da cidade.¹⁰⁸

A abolição da escravatura funcionou como elemento importante na desarticulação dessas relações e para o aumento da repressão médico-policial sobre a pobreza. Iacy Maia Mata analisou as relações sociais entre ex-senhores e ex-escravos, no período pós-abolição na Bahia, e destacou a surpresa que os ex-proprietários tiveram com a reação dos libertos à abolição. Segundo a autora, antes do treze de maio, a liberdade era alcançada, muitas vezes, mediante uma rede de favores e relações paternalistas, nas quais os libertos não se tornavam livres, mas dependentes dos ex-senhores. Assim, os proprietários baianos se acostumaram a pensar a gratidão em função da liberdade de que gozavam os ex-cativos, ligados a eles pelos favores e lealdades pessoais.¹⁰⁹ A partir da aprovação da Lei, a polícia baiana, desprestigiada nos anos anteriores à abolição e completamente despreparada para agir, passou a receber inúmeros chamados de reforço da segurança devido às manifestações violentas de libertos, além de ser pauta constante nos jornais soteropolitanos. Anos depois, a mobilidade da população liberta aumentou por conta do êxodo rural e, para aqueles que seguiram para a capital, eram necessárias instituições de assistência à saúde, especialmente no episódio da epidemia de gripe espanhola, responsável por despertar a atenção dos governantes para a necessidade da construção de estruturas para o controle sanitário.¹¹⁰

Como instituição de caráter público-privado, o hospital da caridade foi um dos que recebeu e tratou dos doentes da Bahia, ao longo do Império e da Primeira República, períodos históricos em que o modelo liberal definia a ação do estado como restrita a momentos epidêmicos. Um desses momentos foi a epidemia de

¹⁰⁸ FRAGA FILHO, 1996, p. 39.

¹⁰⁹ MATA, Iacy Maia. *Os 'treze de maio': ex-senhores, polícia e libertos na Bahia no pós-abolição (1888-1889)*. 2002. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002. p. 57-58.

¹¹⁰ SOUZA, C., 2009.

cólera-morbo, entre os anos de 1855 e 1856. Provavelmente vinda do Pará, temia-se que a doença chegasse ao estado pelo porto de Salvador. Apesar das medidas profiláticas realizadas, a epidemia teria se expandido após a chegada do navio Imperatriz, com os primeiros registros oficiais da doença.¹¹¹ Medidas foram tomadas em caráter de urgência: solicitou-se a criação de postos sanitários e hospitais temporários para o atendimento dos doentes – sugerindo-se a utilização dos conventos do Carmo e de São Bento, os hospícios da Barra e de Santa Tereza, o lazareto da Barra, a residência de veraneio do arcebispo, na Penha, além do Hospital de Mont Serrat, que servia aos doentes de febre amarela. As aulas da FMB foram suspensas para que professores e alunos colaborassem nos trabalhos das Comissões Médicas de Socorros.¹¹²

Os médicos baianos estavam presentes nas muitas instituições de saúde da capital. Além do Hospital da Misericórdia, Salvador contava com outros espaços de cura como o Asilo São João de Deus, inaugurado em 1874, contribuindo para o cuidado dos ‘alienados’ que deixavam de ocupar leitos no referido nosocômio; o Hospital de Mont Serrat, criado em 1853, que abria suas portas em períodos de epidemia e sempre que o Conselho de Saúde indicava a necessidade de sua abertura; o Hospital São Cristóvão dos Lázarus, localizado na Baixa de Quintas (Freguesia de Santo Antônio Além do Carmo), que cuidava dos leprosos; a roda dos expostos; e o Cemitério do Campo Santo.¹¹³

A atuação médica também podia ser observada nas instituições de auxílio mútuo, que surgiram na Bahia oitocentista com o papel de prestar assistência a seus membros. Elas estavam ligadas a grupos nacionais/étnicos e/ou de caráter classista, referente a categorias profissionais. Em trabalho sobre o papel desempenhado pelas elites na assistência à saúde da Bahia na Primeira República, Souza e Sanglard analisaram uma obra encomendada pelo governador baiano, Joaquim Manuel Rodrigues,¹¹⁴ ao diretor do Arquivo Público da Bahia, Francisco Vicente Vianna, na última década do século XIX, para divulgar o estado no exterior. Na produção de

¹¹¹ DAVID, Onildo Reis. *O inimigo invisível: epidemia na Bahia do Século XIX*. Brasília, DF: SarahLetras; Salvador: EDUFBA, 1996. p. 48.

¹¹² *Ibid.*, p. 49-50.

¹¹³ RIOS, Venéti Durando Braga. *Entre a vida e a morte: médicos, medicina e medicalização na cidade do Salvador, 1860-1880*. 2001. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001. p. 35-39.

¹¹⁴ Joaquim Manuel Rodrigues Lima nasceu na cidade de Caetitê, em 4 de maio de 1945 e faleceu em Salvador, em 18 de dezembro de 1903. Foi o primeiro governador eleito da Bahia. Governou o estado da Bahia entre os anos de 1892 e 1896.

Vianna foram relacionadas instituições de assistência existentes na Bahia e, entre as associações mutualistas baianas, foram identificados três grupos: a associação de Proteção à Infância Desvalida, criada em 1882, com o objetivo de fornecer vestuário a crianças desvalidas que frequentassem as escolas; as associações ligadas às colônias estrangeiras, sendo que a portuguesa e a espanhola conseguiram atingir o ponto máximo da organização do auxílio mútuo, cada qual pela abertura de um hospital (Hospital da Real Sociedade Portuguesa de Beneficência e Hospital Espanhol); e um grupo diverso, ligado a determinadas categorias profissionais, como caixeiros, tipógrafos, maquinistas, funcionários públicos e outros.¹¹⁵ Apesar de terem sido criadas para atender a necessidades de grupos específicos, quando declaradas filantrópicas recebiam subvenções do estado, por exercer uma função pública.

Destaca-se que o poder atribuído às ações médicas, pela historiografia, tem passado por uma revisão, nos últimos anos. Venétia Rios, questionando se teria havido “medicalização” na cidade de Salvador, segundo os casos divulgados na *Gazeta Médica da Bahia*, afirma que a cidade estava completamente despreparada para qualquer forma de assistência pública à saúde da população e que mesmo os programas de longa data implantados, como a vacinação antivariólica, não obtinham o sucesso desejado:

[...] Não só porque faltasse o apoio das instituições governamentais mas, sobretudo, porque não tinham a confiança da população sobre os seus resultados, e pelo temor de seus efeitos. A população não reconhecia o médico como um agente de cura; de certo, reconhecia neles o arauto da morte.¹¹⁶

É importante relativizar o poder atribuído à medicina, exaltada em leituras iniciais das obras de Foucault aqui no Brasil. Essa forma de interpretação, presente em trabalhos como *Danação da norma*,¹¹⁷ de Roberto Machado, e *Ordem médica e norma familiar*,¹¹⁸ de Jurandir Freire Costa, ainda é alvo de críticas entre muitos historiadores. Apesar de concordar com a revisão da historiografia acerca do tema, torna-se necessário fazer uma análise sobre o modo como essa crítica tem sido construída. Alguns trabalhos que visam a “desconstruir” o poder atribuído aos

¹¹⁵ SOUZA; SANGLARD, 2011, p. 41-45.

¹¹⁶ RIOS, 2001, p. 15.

¹¹⁷ MACHADO, Roberto et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal. 1978.

¹¹⁸ COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

médicos¹¹⁹ acabam por dar ênfase demasiada aos aspectos negativos da trajetória da medicina, como a falta de estrutura física, de materiais de trabalho e de dinheiro. Ressaltando excessivamente esses componentes, acaba-se por construir uma história social da saúde que repete interminavelmente o discurso do “atraso” dos baianos. Para Maio, recursos escassos; excessiva centralização administrativa sob responsabilidade do Governo Imperial, o que reduzia drasticamente a autonomia da Faculdade; despreparo de professores e alunos; instalações precárias e arcaicas; carência de funcionários; falta de equipamentos e baixos salários eram registros constantes nas *Memórias históricas da Faculdade de Medicina da Bahia*, como parte de uma atitude política das elites médicas, com o fim de sensibilizar o governo Imperial.¹²⁰

A reprodução exacerbada desses aspectos incita o risco de uma filiação a discursos como o proferido pelo médico Raimundo Nina Rodrigues, que acreditava na inferioridade da medicina professada no Brasil em relação àquela desenvolvida em outros países. Em verdade, nas últimas décadas dos oitocentos, a Faculdade de Medicina baiana não se enquadrava nessa descrição. Contava com laboratórios de química orgânica e biologia, física experimental, física médica e terapêutica experimental, histologia, além de um museu de anatomia e um museu patológico; utilizava técnicas de ponta como o raio-X e havia aparelho de radioscopia no hospital Santa Izabel.¹²¹ Além disso, médicos baianos integravam uma rede latino-americana de conhecimentos, que se fortalecia através de congressos e conferências sanitárias, em fins do século XIX e início do XX. No ano de 1907, por exemplo, o doutor Alfredo Brito¹²² fornecia dados sobre a tuberculose na Bahia para a construção de um panorama sobre a doença na América e para a conferência proferida pelo médico Emilio Coni, presidente da Comissão Internacional Permanente para a Profilaxia da Tuberculose na América Latina, no 3º Congresso

¹¹⁹ Como o de RIOS, 2001 e SILVA, Caroline Santos. *Com um fórceps na mão, há de se parir uma nação: ensino e prática da obstetrícia e ginecologia em Salvador (1876-1894)*. 2011. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia Salvador, 2011.

¹²⁰ MAIO, Marcos C. A medicina de Nina Rodrigues: análise de uma trajetória científica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 226-237, abr./jun., 1995.

¹²¹ SOUZA, C., 2008, p. 951.

¹²² Alfredo Thomé Brito nasceu em Salvador-BA, em 21 de dezembro de 1963 e faleceu na mesma cidade, em 13 de maio de 1909. Formou-se em medicina pela FMB, em 1885, e defendeu a tese intitulada *A cremação e a inumação*. Viajou para o exterior, conheceu o aparelho de raio-x e o trouxe para a Faculdade. Esse recurso foi muito útil durante a Guerra de Canudos. Também foi diretor da Instituição.

Médico Latino-Americano.¹²³

No entanto, o convívio desses médicos na Santa Casa de Misericórdia nem sempre ocorreu sem conflitos. Eles encontraram, no Hospital da Caridade, um lugar de confronto entre o conhecimento médico e o poder religioso, em todo o Império. A chegada das irmãs da Sociedade de São Vicente de Paulo, na Santa Casa do Rio de Janeiro, em 1852, por exemplo, reforçou o papel do hospital como lugar de caridade, ao mesmo tempo em que acirrou conflitos. Médicos e religiosas foram obrigados a conviver no mesmo espaço devido à falta de outro hospital que pudesse abrigar as aulas práticas da Faculdade de Medicina, na capital.¹²⁴

A inserção da referida ordem religiosa para a administração do Hospital São Cristóvão, em Salvador, substituiu o serviço de enfermagem antes realizado por pessoas carentes, geralmente homens, que tinham sido atendidos no hospital e ali permaneciam em troca de teto e comida.¹²⁵ A ordem imposta ao hospital e a outras instituições da Misericórdia nas quais as freiras estiveram presentes, manifestada pelas regras da congregação à qual elas estavam ligadas, reforçava o caráter caritativo nas instituições. Esse era um dos motivos que proporcionava entraves no trabalho dos professores, que só podiam ficar no ambiente até as 18 horas, pois as vicentinas temiam por sua reputação ao dividir o mesmo teto com médicos e estudantes durante a noite. Além disso, nem sempre o hospital dispunha de doentes portadores de uma variedade de patologias, resultado da pré-disposição da Santa Casa em socorrer a todos que a procuravam, e receber, muitas vezes, portadores de uma mesma doença.¹²⁶ Jorge Uzeda reforça a ideia do embate ideológico ao afirmar que, ainda na Primeira República, o hospital Santa Izabel era dominado pelos religiosos e não pelas regras das ciências médicas, e essa era a razão dos constantes conflitos entre professores da FMB e religiosas.¹²⁷

¹²³ ALMEIDA, Marta de. Circuito aberto: ideias e intercâmbios médico-científicos na América Latina nos primórdios do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 733-757, jul.-set., 2006. p. 747.

¹²⁴ SANGLARD, 2008, p. 52-53.

¹²⁵ RIOS, 2001, p. 142.

¹²⁶ Cf. SOUZA, Christiane Maria Cruz de; COSTA, Renato Gama-Rosa; SILVA, Estefane Evelin Gaspar da. Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES). In: _____; BARRETO, Maria Renilda Nery (Org.). *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico* (1808-1958). Barueri, SP: Ed. FIOCRUZ, Manole, 2011. p. 1-14.

¹²⁷ UZEDA, Jorge Almeida. *A morte vigiada: a cidade do Salvador e a prática da medicina urbana* (1890-1930). 1992. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1992. p. 33.

Pesquisadoras como Cláudia Maria Ribeiro Viscardi e Gisele Sanglard têm se debruçado em análises sobre a reorganização da assistência nas primeiras décadas do século XX, no Rio de Janeiro, enfatizando a ação de médicos filantropos, também chamados “reformadores sociais”. Segundo Viscardi, intelectuais, políticos, lideranças religiosas e leigas destacaram-se na sociedade brasileira durante a passagem do século. Preocupados com a situação de uma crescente multidão de desvalidos, eles mobilizavam seus recursos para amparar as vítimas do pauperismo e sugeriram políticas públicas para o combate à pobreza.¹²⁸ Para a autora, reformadores cariocas, como Ataulpho de Paiva, consideravam a assistência aos pobres uma ação reparadora, específica de um país que foi escravista. Para Paiva, era necessário implantar uma filantropia considerada científica, visto que se consideravam as iniciativas filantrópicas do país desorganizadas. Assim, objetivava-se laicizar as práticas assistencialistas e superar os “problemas raciais” brasileiros que remontariam à formação da população. A partir das discussões presentes no 1º Congresso Internacional de Assistência Público-Privada, realizado em Milão, e do Congresso Internacional de Assistência Pública, em Paris, Viscardi afirma que os reformadores reivindicavam a ampliação da atuação do Estado sobre a assistência pública, visto que o socorro dos pobres não poderia prescindir de uma ação eficaz por parte do poder público.¹²⁹

Também analisando a questão da pobreza e filantropia, Gisele Sanglard e Luiz Otávio Ferreira destacaram a ação da Pediatria de Antônio Fernandes Figueira, pelas crianças desvalidas no Rio de Janeiro. Em consonância com as ideias de Viscardi, os autores demonstraram que, no início do século XX, houve uma reorganização da assistência público-privada. Ao longo do período de vigência do liberalismo, do Estado Mínimo, que só atuava em momentos de calamidades, a filantropia era pensada como complementar à ação do Estado. Contudo, para os autores, não era mais uma instituição privada exercendo função pública, como se pôde observar em relação à ação da Santa Casa de Misericórdia. Havia, naquele momento, uma delimitação da atuação de cada uma das esferas envolvidas, em que caberiam as ações mais gerais ao Estado e as mais pontuais, à filantropia.¹³⁰

¹²⁸ VISCARDI, Cláudia Maria Ribeiro. Pobreza e assistência no Rio de Janeiro na Primeira República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. 179-197, dez. 2011, p. 188.

¹²⁹ *Ibid.*, p. 192-194.

¹³⁰ SANGLARD; FERREIRA, 2014, p. 75.

Fernandes Figueira propôs uma série de medidas relativas à assistência infantil e, entre elas, sugeria que, na divisão dos espaços entre o público e o privado, caberia à filantropia abrir creches e consultórios de lactantes, seguindo os parâmetros definidos pela ciência, e todo o resto ficaria a cargo dos poderes públicos. Sanglard e Ferreira destacam que, se a questão social uniu médicos e filantropos, o projeto de cada um dos médicos envolvidos singularizou as instituições criadas naquele período, transformando, de alguma forma, uma parcela deles em reformadores sociais.

De fato, segundo Paul Weindling, desde o século XIX a caridade havia passado por um processo de modernização, garantindo às organizações voluntárias a sobrevivência, na maioria dos sistemas de bem-estar social.¹³¹ O autor mostra como, apesar das suas especificidades, o “solidarismo” apoiou o modelo de profissionalização da assistência pública na Alemanha e na França. Isso reforçou a tendência de afastamento do filantropismo liberal de base individualista, para modelos coletivistas e profissionalizados. Sobre o modelo francês, o autor destacou a importância do Instituto Pasteur nessa nova configuração assistencial:

A modernização da caridade também estava evidente na fundação do Instituto Pasteur em 1888. Essa foi uma instituição de financiamento privado para a pesquisa médica que também fornecia, gratuitamente, tratamento para a raiva. Pasteur cultivou reconhecimento nacional e relações positivas com as autoridades estaduais e municipais, bem como com benfeitores privados. O desenvolvimento de um soro antidiftérico em 1894 constituiu uma oportunidade de levantar o perfil público do Instituto. Foram feitos apelos públicos para financiar a produção e distribuição de soros nos *Bureaux d'assistance* que acabavam de ser criados. Considerando que anteriormente o investimento em bem-estar social era considerado um meio ineficaz de prevenir doenças, a investigação médica era vista como um novo potencial terapêutico. O Instituto Pasteur desenvolveu um modelo para ser emulado pelas caridades médicas do século XX. Exemplos são o Instituto Rockefeller para pesquisa médica e o Instituto Paul Ehrlich para terapia experimental e testes sorológicos em Frankfurt. O financiamento voluntário impulsionou grandes institutos nacionais de investigação, como prometeu a ciência, para remover as causas que estavam nas raízes da

¹³¹ WEINDLING, Paul. The modernization of charity in nineteenth-century France and Germany. In: BARRY, Jonathan; JONES, Colin (Ed.). *Medicine and charity before the welfare state*. London; New York: Routledge, 1991. p. 195-196.

pobreza e da doença, enquanto a filantropia era vista apenas como uma medida paliativa.¹³²

Na Bahia, a instituição do modelo médico-filantrópico foi estudada por Lidiane Ribeiro, através da Liga Baiana contra a Mortalidade Infantil (LBCMI). Ela remontou ao surgimento dessa perspectiva instrutiva, que visava à prestação de serviços assistenciais à saúde infantil, mediante ações que envolviam trabalho voluntário e doação de recursos por parte de filantropos e do governo. Implantado no estado pelo médico baiano Martagão Gesteira,¹³³ esse modelo propunha-se a uma menor devoção às ações de assistência social desenvolvidas pelo Instituto de Proteção à Infância da Bahia (IPAI-BA)¹³⁴ e a uma maior preocupação com a construção de serviços dedicados à profilaxia dos problemas alimentares e com a educação maternal.¹³⁵ A autora afirma que, na Bahia, não havia um movimento filantrópico institucionalizado, com ações continuadas, que se preocupasse com a organização e manutenção de entidades comprometidas com obras de reforma social. Mas, ao mesmo tempo, ressalta o papel desempenhado por Martagão Gesteira, junto a outros pediatras brasileiros, e sua contribuição para a fundação de entidades filantrópicas de caráter simultaneamente público e privado, nas quais foi gestado o novo padrão de assistência à saúde da infância.¹³⁶

¹³² The modernization of charity was also evident in the founding of the Pasteur Institute in 1888. This was a privately financed institution for medical research, which also provided free treatment for rabies. Pasteur cultivated a national ethos and positive relations with state and municipal authorities as well as with private benefactors. The development of an anti-diphtheria serum in 1894 provided an opportunity further to raise the public profile of the Institute. Public appeals were made to finance the production and distribution of sera in the *bureaux d'assistance* which had just been established. Whereas previously welfare supplements were regarded as the most effective means of preventing sickness, medical research was seen as having a new therapeutic potential. The Pasteur Institute provided a model which was to be emulated by the medical charities of the twentieth century. Examples are the Rockefeller Institute for Medical Research, and Paul Erlich's Institute for Experimental Therapy and Serum Testing at Frankfurt. Voluntary funding boosted large-scale national research institutes as science promised to remove the root causes of poverty and disease, while philanthropy was seen as merely a palliative. WEINDLING, 1991, p. 195-196. (Tradução nossa).

¹³³ Joaquim Martagão Gesteira nasceu em 17 de maio de 1884, em Conceição de Almeida-BA, e morreu em 30 de abril de 1954. Formou-se pela FMB, onde defendeu a tese *Etiologia e diagnóstico da septicemia de Bruce*, em 1908. Especializou-se em bacteriologia. Foi o primeiro catedrático da clínica de Cirurgia Médica Pediátrica da FMB. Foi diretor do Serviço de Higiene Infantil, da Diretoria de Higiene Infantil e Escolar, e do Departamento Estadual da Criança, na Bahia. Para mais informações, cf. RIBEIRO, 2011.

¹³⁴ O IPAI-BA tinha o mesmo objetivo que a instituição congênera carioca: amparar recém-nascidos, crianças até 7 anos e grávidas e atuar em campos diversos, como na regulamentação das amas de leite e contra a exploração do trabalho infantil, ou seja, uma ação voltada aos diversos aspectos da vida infantil. Cf. *Ibid.*, p. 25.

¹³⁵ *Ibid.*, p. 49.

¹³⁶ *Ibid.*, p. 30.

Os médicos baianos desempenhavam o papel de filantropos, atuavam em múltiplos espaços e ocupavam os cargos públicos até fins da primeira metade do século XX, contribuindo para a ampliação do campo assistencial sanitário. Segundo Souza, Teixeira e Lana, entre os beneméritos baianos os médicos ocupavam uma posição de destaque, pois, influenciados pelos deveres caritativos próprios da cultura cristã em que estavam imersos, mobilizaram seus pares, gestores públicos, mulheres da elite e a sociedade em geral em torno da saúde das camadas mais pobres da população.¹³⁷ Realizar filantropia também era interessante para a carreira desses profissionais, pois lhes proporcionava prestígio profissional e visibilidade social.

Ao discutir as ações dos médicos baianos em relação ao câncer, na década de 1930, afirma-se que:

O viés de tais ações beneméritas, todavia, não excluía nem escondia outras motivações – em contexto de crescente especialização da medicina, e o desejo de inserção em campos de estudos emergentes e de amplitude internacional. Ao protagonizar ou contribuir para a constituição de bens de saúde com fins filantrópicos, os médicos baianos buscavam garantir o monopólio da competência científica em um campo específico da medicina ao tempo em que angariavam notoriedade e autoridade no meio acadêmico e social.¹³⁸

A partir de 1920, os caminhos da relação entre público e privado na Bahia se modificavam. A filantropia, tão importante em toda a história da saúde do estado até então, não foi descartada, mas realocada com a nova configuração assistencial que surgia. A criação do Código Sanitário da Bahia, no ano de 1925, é um marco significativo nesse processo, pois adequou a legislação baiana à legislação nacional. Ele atribuiu um lugar específico para a assistência público-privada e, no campo do combate à sífilis, aderiu-se, com ênfase, à proposta do IOC.

1.4 REFORMA NA BAHIA

O acordo entre o Governo da Bahia e o Governo Federal foi assinado em 15 de abril de 1921, para a realização dos serviços de Profilaxia Rural para o combate à

¹³⁷ SOUZA; TEIXEIRA; LANA, 2014. p. 138.

¹³⁸ Ibid.

sífilis e às doenças venéreas, de luta antituberculose e de higiene infantil.¹³⁹ Até fins de 1924, o custeio desses serviços ocorreu por conta exclusiva do Governo Federal e o estado se responsabilizou por amortizar a dívida com a União em dez parcelas, numa quantia correspondente exatamente à metade do dinheiro investido até então.¹⁴⁰

O convênio foi renovado por representantes do estado e da União, em março de 1925, na cidade do Rio de Janeiro, para o período de mais cinco anos. Ao se perceber a necessidade de adequar a legislação do estado ao código sanitário de 1920, foi criada a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública e, em meados de 1925, promulgado o *Código Sanitário da Bahia*. O novo órgão, diretamente subordinado ao governador Francisco Marques de Góes Calmon,¹⁴¹ passou a gerir os serviços de higiene e saúde pública executados no estado, a partir de então. Cabia à Subsecretaria o estudo de todas as questões que interessassem à saúde coletiva; a adoção de todas as medidas técnicas que viessem evitar, diminuir e suprimir as causas de doença e de morte; e o melhoramento das condições de saúde e bem-estar da população.¹⁴²

No acordo, previa-se a continuação da parceria no serviço de saneamento rural, de profilaxia da sífilis e o compromisso do governo baiano de unificar os serviços de higiene.¹⁴³ Segundo o relatório de Antônio Luis Cavalcanti Albuquerque de Barros Barreto,¹⁴⁴ a União se comprometia a contribuir com 75 contos de reis anuais, tanto para a lepra e doenças venéreas quanto para a tuberculose e para higiene infantil, valor a ser pago em até duas parcelas.¹⁴⁵ O subsídio fornecido pelo Governo a três questões de enorme relevância para a saúde no Brasil naquele momento indica uma conjuntura de assimilação da política nacional como um todo e não apenas no combate à sífilis, objeto de atenção deste estudo.

¹³⁹ BARRETO, A., 1927, p. 175. BPEB/Seção de Obras Raras.

¹⁴⁰ Ibid. p. 175.

¹⁴¹ Francisco Marques de Góes Calmon nasceu em Salvador-BA, em 6 de novembro de 1874, onde faleceu, em 29 de janeiro de 1932. Governou a Bahia entre 1924 e 1928.

¹⁴² BAHIA. *Lei 1.811, de 19 de julho de 1925*. Cria a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública. Salvador, 1925. p. 5-6.

¹⁴³ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 24 mar. 1925. (*A unificação da Higiene*).

¹⁴⁴ Antônio Luis Cavalcanti Albuquerque de Barros Barreto nasceu no “Engenho do meio da Várzea”, nas cercanias de Recife-PE, em 11 de maio de 1892 e faleceu em 26 de junho de 1954, quando retornava de uma estação de cura em Caldas do Cipó para Salvador. Formou-se pela FMRJ em 1916, quando recebeu o título de “aluno laureado”. Cf. JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Memória histórica do centenário da Faculdade de Medicina da Bahia (2008)*: os professores encantados, a visibilidade dos servidores e o protagonismo dos estudantes da FMB. Salvador: UFBA, Faculdade de Medicina da Bahia, 2013.

¹⁴⁵ BARRETO, op. cit., p. 178-179. BPEB/Seção de Obras Raras.

Em relação ao combate à tuberculose, Maria Elisa Nunes Lemos Silva destaca a existência de dois grupos de visibilidade na Bahia.¹⁴⁶ O primeiro, ligado ao dispensário Ramiro Azevedo,¹⁴⁷ foi liderado pelo médico César de Araújo¹⁴⁸; o outro foi coordenado pelo médico José Silveira.¹⁴⁹ A proposta da autora se concentra na análise do projeto de Silveira, que elaborou um plano antituberculose apresentado ao governo baiano, mas rejeitado pelo Secretário de Educação e Saúde.¹⁵⁰ O médico dava ênfase à análise de questões denominadas “específicas regionais” que diziam respeito à raça e à pobreza, baseado nos elementos regionais inscritos na formação discursiva naturalista, que considerava as diferenças entre os espaços do país como reflexo imediato da natureza, do meio, da raça. Mesmo que algumas das ideias de Silveira fossem, em certa medida, semelhantes às propostas do DNSP, como a educação sanitária e a necessidade de desenvolvimento da pesquisa, a divergência dos ideais fez com que ele trabalhasse sem o auxílio da União e do estado.¹⁵¹ Em 1937, ele criou o Instituto Brasileiro de Investigação da Tuberculose (IBIT), que funcionou no subsolo do Ambulatório Augusto Viana, na FMB. Tratava-se de mais uma instituição de caráter médico-filantrópica na Bahia, que desenvolvia ações auxiliares ao modelo do DNSP.

Já sobre a higiene infantil, Ribeiro destaca que a participação do governo federal no desenvolvimento dessa esfera impulsionou a criação da LBCMI que, assim como a IPLDV, tinha uma proposta de ação profilática e de educação

¹⁴⁶ SILVA, M., 2009, p. 40.

¹⁴⁷ As obras do dispensário Ramiro de Azevedo foram iniciadas em 1907, mas a falta de recursos para sua finalização só possibilitou a sua conclusão em 1919. Segundo Elisa Silva, depois de inaugurado, não pôde funcionar regularmente por falta de equipamentos e condição para o pessoal especializado, o que só possibilitou abrir suas portas em 1923, ainda com dificuldades, depois que o médico Alfredo Britto viajou para o Rio de Janeiro para conseguir apoio do Departamento Nacional de Saúde Pública, que desenvolvia ações no estado através da Inspetoria de profilaxia da Tuberculose. Para mais informações, cf. *Ibid.*, p. 47-48.

¹⁴⁸ César Augusto de Araújo nasceu em 17 de maio de 1898 e faleceu em 5 de dezembro de 1969. Formou-se em medicina pela FMB com apenas 22 anos e tornou-se Assistente Interino da 1ª Cadeira de Clínica Médica, tendo em 1927, defendido tese para livre-docência intitulada *Sobre a indicação e os resultados do pneumotórax artificial na tuberculose pulmonar*. Em 1930, regia interinamente a cadeira de Clínica Médica, substituindo o Prof. Armando Tavares. Foi o primeiro Inspetor Técnico de Tuberculose e diretor da Fundação Anti-Tuberculose Santa Terezinha. Cf. MACHADO, Almerio de Souza. A história da pneumologia na Bahia: tributo ao professor César Augusto de Araújo. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 2, n. 77, p. 195-209, jul.-dez. 2007; SILVA, M., op. cit., p. 63-64; JACOBINA, 2013, p. 105-110.

¹⁴⁹ José Silveira nasceu na cidade de Santo Amaro, em 1904, e faleceu em 2001. Formou-se em medicina pela FMB em 1928 e defendeu a tese intitulada *Radiologia da descendente*. Trabalhou no combate à Tuberculose na Bahia, sendo o grande responsável pelo Instituto Brasileiro para Investigação da Tuberculose (IBIT).

¹⁵⁰ SILVA, M., op. cit., p. 62.

¹⁵¹ *Ibid.*, p. 83, 76.

sanitária. A partir da ideia de seu assistente de clínica e amigo, Álvaro Bahia,¹⁵² o doutor Martagão Gesteira desenvolveu uma campanha para a criação da instituição e foi convidado pelo pediatra Fernandes Figueira, responsável pela direção da recém-criada Inspetoria de Higiene Infantil (IHI), do DNSP, para dirigir os trabalhos desse serviço entre os baianos.¹⁵³ Os idealizadores da LBCMI buscavam combater a mortalidade infantil e criar um espaço de formação profissional médica. Para isso, elaboraram um estatuto que, entre outras deliberações, determinava uma Diretoria composta exclusivamente por médicos, visando a garantir que as práticas assistenciais da entidade estivessem fundamentadas em preceitos da pediatria e higiene infantil. Dessa forma, também foi implantado o Serviço de Higiene Infantil (SHI) na Bahia.¹⁵⁴

As ações do doutor Gesteira são um exemplo de como ocorria o compartilhamento de ideias e das estreitas relações entre as elites médicas de baianos e cariocas. Após a assinatura do acordo de 1925, o médico Carlos Chagas escreveu ao governador da Bahia um telegrama, com o intuito de parabenizar Góes Calmon pela renovação do convênio, e indicou o doutor Clementino Fraga¹⁵⁵ como o representante do estado nordestino no processo. Após formar-se, em 1903, Clementino Fraga mudou-se de Salvador para o Rio de Janeiro; em 1906 fez concurso para Inspetor Sanitário e, aprovado, trabalhou sob a supervisão de Oswaldo Cruz, que lhe tinha grande consideração.¹⁵⁶ Quatro anos depois, retornou à Bahia, foi aprovado no concurso da FMB e ali trabalhou até ser transferido para a FMRJ, em 1925. A partir de 1926, assumiu o cargo de Diretor do Departamento Nacional de Saúde. Fraga foi amigo próximo de Carlos Chagas e acompanhou o desenvolvimento das pesquisas que descobririam um novo patógeno, o T. *Cruzi*.¹⁵⁷ Seguiu o que se pesquisava nos laboratórios de Manguinhos e foi um dos

¹⁵² Álvaro Pontes Bahia nasceu em Salvador-BA, em 17 de dezembro de 1891 e faleceu em 8 de outubro de 1964. Formou-se na FMB, onde defendeu a tese intitulada *Da tosse emetisante tuberculosos*. Desempenhou papel importante na pediatria e na puericultura baiana. Trabalhou com o doutor Martagão Gesteira na criação da LBCMI, e assumiu a cátedra de Clínica Pediátrica da FMB quando o catedrático mudou-se para o Rio de Janeiro-RJ. Além disso, dirigiu o Dispensário de Doenças Venéreas Silva Lima.

¹⁵³ RIBEIRO, 2011, p. 53.

¹⁵⁴ *Ibid.*, p. 55-57.

¹⁵⁵ Clementino Rocha Fraga nasceu em 15 de setembro de 1880, na cidade de Muritiba-Ba e faleceu em 8 de janeiro de 1871, na cidade do Rio de Janeiro. Formou em Medicina pela FMB, em 1903. Não foi possível identificar no catálogo de teses doutorais da instituição o título da tese defendida pelo médico.

¹⁵⁶ TEIXEIRA, Rodolfo. *Memória histórica da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus (1943-1995)*. 2. ed. Salvador: EDUFBA, 1999. p. 96.

¹⁵⁷ *Ibid.*, p. 96.

sustentáculos de Chagas quando foi colocada em questão a veracidade de sua descoberta. Integrou, ainda, o conselho consultivo do Hospital Gaffrée e Guinle, junto a sifilógrafos renomados, como Fernando Terra e Werneck Machado.¹⁵⁸ Em texto sobre o Hospital do Câncer, Sanglard faz um estudo prosopográfico da elite carioca envolvida na construção de hospitais e percebe que, excetuado o grupo de senhoras, a maior parte dos filantropos era formada por médicos e que havia uma presença marcante da elite oriunda do Império. Entre os membros desse corpo estava Clementino Fraga, que se relacionava institucionalmente com Carlos Chagas e Eduardo Rabello, tanto na Fundação Gaffrée e Guinle quanto na Fundação Oswaldo Cruz.¹⁵⁹ Integrado nessa rede de sociabilidade carioca e compartilhando as ideias do IOC, Fraga foi uma personalidade que desprendeu esforços para a adesão baiana àquele projeto sanitário, como se observa na correspondência do dirigente de Manguinhos:

Communico a vossa Exa, que foi assignado, neste Departamento, o acordo para serem continuados os serviços. Ahi, de prophylaxia rural, representado este Estado pelo professor dr. Clementino Fraga. Tenho muito grande satisfação levar ao seu conhecimento o voto da Sociedade Brasileira de Higiene, de applausos ao acerto de sua orientação relativa aos assumptos de saúde pública **e o empenho decidido do eminente patricio, de dotar a Bahia com uma organização sanitária moderna e eficiente.** (grifo meu) O dr, Barros Barreto apresentou, em traços geraes, o programa sanitário do governo de Vsa, Exa., que mereceu unânimes applausos. Saudações attenciosas – Carlos Chagas.¹⁶⁰

Além de Clementino Fraga, Carlos Chagas citou, no texto, o médico Barros Barreto (Figura 1), cuja foto foi inserida em notícia de jornal com a seguinte legenda: “Sr. Barros Barretto, que ficará sendo o chefe dessa unificação”. Barros Barreto desenvolveu um papel político de importância na administração da saúde na Bahia ao longo do período analisado nesta pesquisa (1920-1945), inclusive porque atuou junto aos governadores Góes Calmon, Vital Soares e Juracy Magalhães, ocupando as secretarias encarregadas da Saúde e da Educação e como chefe do Serviço de Saneamento Rural do Estado da Bahia. Sua atuação será analisada de forma mais circunstanciada no próximo capítulo.

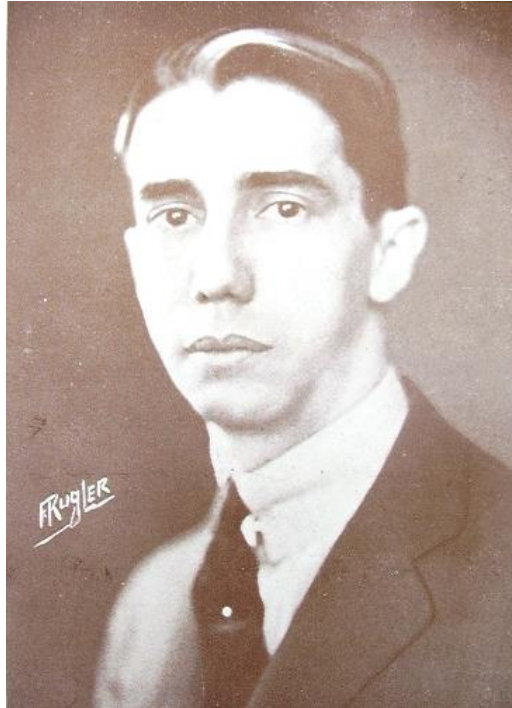
¹⁵⁸ SANGLARD, 2008, p. 172-174.

¹⁵⁹ Id., 2010, p.127-147. A Fundação Oswaldo Cruz foi criada em 25 de agosto de 1922, e contava com Clementino Fraga como integrante do Conselho Deliberativo.

¹⁶⁰ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 24 mar. 1925. (*A unificação da Hygiene*).

A reforma sanitária baiana não se realizaria sem discordâncias. Os conflitos estiveram relacionados às eleições presidenciais de 1922, quando Seabra se candidatou à vice-presidência, na chapa de Nilo Peçanha, e se opôs a Arthur Bernardes, vencedor das eleições.

Figura 1 - Antônio Luis C. A. de Barros Barreto



Fonte: FOLGUEIRA, 1930.¹⁶¹

Em seguida, o baiano, que havia lançado a candidatura de Góes Calmon para o governo do estado, retirou seu apoio ao candidato porque o Governo o aprovava. Ele queria enfrentar Arthur Bernardes, embora não tivesse forças concretas para fazê-lo.¹⁶² Estabelecia-se aí uma celeuma entre calmonistas e seabristas, que se estenderia ao longo do governo Góes Calmon (1924-1928) e que se manifestaria fortemente ao longo do processo de reforma sanitária, como poderá ser visto. O incômodo dos opositores com respeito ao novo governo do estado estava relacionado, em maior proporção, à submissão direta da Subsecretaria ao governador, o que lhe atribuía poder, e no receio de que o político utilizasse essa influência para a autopromoção:

¹⁶¹ FOLGUEIRA, Manuel Rodriguez. *Álbum artístico, comercial e industrial do Estado da Bahia*. [S. l.: s.n.], 1930.

¹⁶² SAMPAIO, C., 1998, p. 48.

Occorre que o actual governador imprime ás coisas a seu cargo um carácter todo individual de actividade incessante. Elle proprio, no governo quer estar em contacto directo com a machina funccional do Estado, e entende assim, para o bem do povo e unidade na direcção do estado [...] A lei estadual que creou as secretarias inspirou-se na política da descentralização. Nas democracias esse deve ser o principio aceito [...] Em todo caso, merece, a ser um facto a restauração de uma secretaria geral do governo, como nos tempos da monarchia existia nas provincias.¹⁶³

Na sessão da Câmara dos Deputados de 28 de maio de 1925, travavam-se ainda grandes debates em torno da criação da nova estrutura sanitária. O deputado Edgard Matta entrou em confronto com Emanuel de Sant'Anna, visto que o primeiro tinha como proposta vetar o uso "exclusivo" de funcionários públicos soteropolitanos para atuar na nova Subsecretaria, contrariando a proposta do segundo.¹⁶⁴ Matta enfatizava a atuação dos legisladores na condução de melhorias para a população, e localizava a reforma da saúde como parte de um importante projeto político centralizador:

Approvando o projecto de saúde pública, concorreremos com nosso esforço para melhorar as condições da vida actual do povo baiano e prestamos ao Governo, o apoio da nossa ação em prol das realizações que vai positivando, dia a dia. E aproveitando o aparte do talentoso deputado Hildegardo Erudilho, que este governo é um governo de opposição aos desmandos e erros das administrações passadas, apoiando este mesmo governo, fazemos obra de patriotismo, dentro da ordem, dentro da lei pelo progresso da Bahia.¹⁶⁵

Finalmente, decidiu-se que os funcionários da higiene municipal com menos de vinte anos de serviço seriam incorporados e dos quarenta e oito funcionários que compunham a higiene, quinze tinham tal pré-requisito.¹⁶⁶ Em agosto do mesmo ano, apenas dois funcionários municipais haviam sido agregados ao estado.¹⁶⁷

À Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública incumbia uma série de atribuições, como a organização da estatística demográfico-sanitária da capital e de onde fosse necessário; a educação sanitária da população; o estudo da natureza, etiologia, tratamento e profilaxia das doenças transmissíveis; e o preparo de vacinas e produtos destinados ao combate de doenças transmissíveis.¹⁶⁸ Destaca-se que a Bahia passara por um processo de reorganização dos serviços de higiene havia

¹⁶³ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 23 maio 1925. (*Ficara' tudo como era dantes?*).

¹⁶⁴ Ibid., 9 jun. 1925. (*O projecto da reforma da Saúde Pública*).

¹⁶⁵ Ibid.

¹⁶⁶ Ibid., 9 jun. 1925. (*Os funcionarios da defunta Higiene Municipal estão alarmados*).

¹⁶⁷ Ibid., 21 ago. 1925. (*Surgirá dahi nova crise?*).

¹⁶⁸ BAHIA, 1925, p. 5-6.

apenas oito anos. Novas diretrizes sanitárias, em tão pouco tempo, demonstram uma intensificação das iniciativas relativas à melhoria da saúde, na tentativa de modificar a realidade sanitária baiana.

A reformulação de 1925 (Figura 2) propôs um processo de setorização do atendimento sanitário, criou um grande número de departamentos específicos e incorporou, inclusive, alguns dos serviços implantados pela reforma de Moniz Aragão, em 1917, que dividiu a cidade de Salvador em 17 distritos sanitários; ademais, deixou a cargo dos inspetores sanitários a realização de visitas médicas aos domicílios e estabelecimentos, principalmente os que apresentassem grande concentração de pessoas em pequenos espaços.¹⁶⁹ Além disso, demonstrava-se flexibilidade e conformidade com as expectativas de organização e crescimento do campo sanitário na Bahia. Segundo os artigos 7 e 8, o subsecretário tinha autonomia de exercício na interação com esferas mais amplas de qualificação, o que lhe possibilitava, inclusive, contratar especialistas nacionais e estrangeiros para realizar serviços técnicos e de instrução de prática, além de liberar funcionários para aperfeiçoarem estudos no IOC, na capital federal.¹⁷⁰

Art. 7º A criterio do Sub-Secretário de Saúde e Assistência Pública poderá o Governo contractar especialistas nacionaes e estrangeiros para realizarem serviços thecnicos e de instrucção pratica de Sciencia Sanitaria.

Art. 8º Poderá o Governo enviar, em comissão, por prazo determinado, funcionarios thecnicos da Sub-Secretaria de Saúde e Assistencia Publica, para aperfeiçoarem os estudos no Instituto Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro, nos cursos de Saúde Pública da Universidade da Capital Federal e em instituições congêneres estrangeiras.

Com a criação da referida Subsecretaria, a diretoria de Assistência Pública passou a encarregar-se dos Serviços de Socorros e Urgência, Fiscalização de Gêneros Alimentícios, Fiscalização das Profissões Médicas e suas Congêneres, Assistência aos Alienados e fiscalização de asilos, casas de saúde, orfanatos, sanatórios, estabelecimentos nosocomiais de qualquer natureza e cemitérios.¹⁷¹ (Figura 3) A assistência público-privada se enquadrou no setor denominado Assistência Pública, em um primeiro passo para a realocação das esferas de

¹⁶⁹ Cf. SOUZA, C., 2011, p. 100.

¹⁷⁰ BAHIA, 1925, p. 9-10.

¹⁷¹ Ibid., p. 8.

Figura 2 - Organograma dos Serviços de Saúde da Secretaria de Saúde e Assistência Pública.

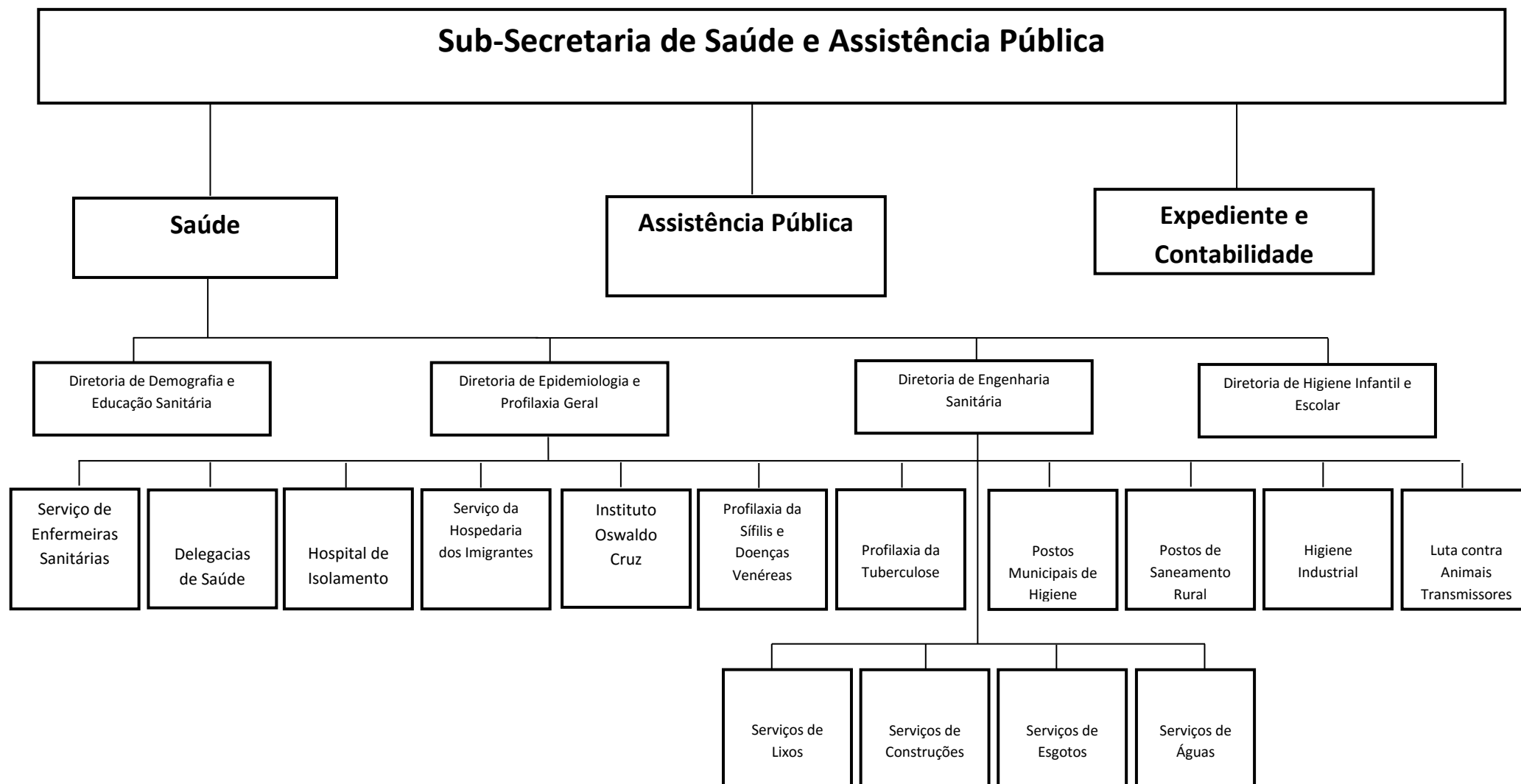
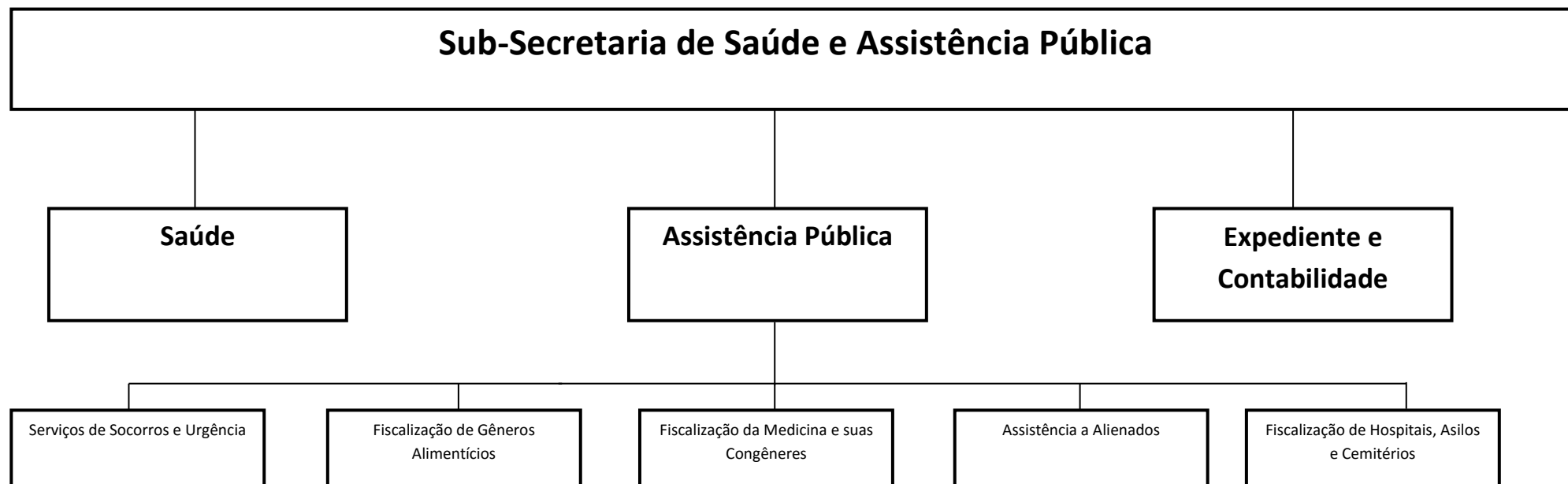


Figura 3 - Organograma dos Serviços de Assistência Pública da Secretaria de Saúde e Assistência Pública.



Fonte: BAHIA. Lei 1811, de 29 de julho de 1925.

atuação do governo e da filantropia. Contudo, no Governo Vargas essa relação se ampliou e o Governo Estadual disponibilizou subvenções oriundas de fundos específicos para as instituições filantrópicas.¹⁷²

Em relação às atribuições da Assistência Pública, a partir de 1925, os Serviços de Socorros e Urgência, por exemplo, tinham como obrigação prestar primeiros socorros médicos, cirúrgicos e dentários na sede da sua diretoria, nos domicílios, nas repartições públicas, nos estabelecimentos comerciais, nas vias públicas ou em qualquer outro lugar público. A legislação determinava que o serviço fosse gratuito somente às pessoas “realmente pobres”, em uma nítida restrição dos assistidos.¹⁷³ O Serviço de Fiscalização dos Gêneros Alimentícios, entre outras atribuições, deveria fiscalizar a produção, beneficiamento, armazenamento e venda dos gêneros destinados ao consumo humano; e a Fiscalização da Medicina e Profissões Congêneres deveria vigiar o desempenho profissional de médicos, parteiras, farmacêuticos, dentistas, optometristas, entre outros.¹⁷⁴ Além disso, o governo se responsabilizava pelo Asilo São João de Deus, que tratava pacientes com doenças mentais em duas esferas: assistência aos declaradamente alienados e tratamento profilático dos predispostos a perturbações mentais.¹⁷⁵ E, por fim, a inspeção de todos os estabelecimentos nosocomiais, asilos particulares e públicos, a localização e inspeção de cemitérios também ficavam a cargo da Assistência Pública.¹⁷⁶

Em relação à verificação de entidades particulares, Ribeiro relatou a designação do doutor Álvaro Bahia para visitar as instalações do Asilo dos Expostos, da Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Os dados fornecidos pela autora mostram que, um pouco antes de ser aprovado o Código de 1925, essa prática já era realizada, conforme determinações do DNSP. Como resultado da avaliação institucional, em 31 de outubro de 1924 o doutor Martagão Gesteira, como diretor do SHI, expediu um ofício ao provedor da instituição, parabenizando-lhe pelas instalações físicas do Asilo, mas solicitou algumas modificações, especialmente no que dizia respeito ao cuidado com as “crianças menores”, ou seja, aquelas

¹⁷² AZEVEDO, Thales de. *Relatório sobre a fundação, atividades e situação atual do Conselho de Assistência Social (1934-1938)*. Arquivo da FFCH/UFBA. Acervo pessoal de Isaías Alves. Série: Educador. Subsérie: Secretaria de Educação e Saúde do Estado. Caixa 10, 1938.

¹⁷³ BAHIA, 1925, p. 30.

¹⁷⁴ Ibid., p. 31-32.

¹⁷⁵ Ibid., p. 32.

¹⁷⁶ Ibid., p. 33.

recebidas pela roda.¹⁷⁷ Em 29 de março de 1930, foi aceita a proposta formal de estabelecimento de um convênio, no qual a LBCMI se propunha assumir a direção dos serviços médicos dos expostos, tendo ocorrido mudanças profundas no sistema de funcionamento da entidade filantrópica.

Em relação à saúde, o novo Departamento estava dividido em quatro diretorias: Diretoria de Demografia e Educação Sanitária, Diretoria de Epidemiologia e Profilaxia Geral, Diretoria de Engenharia Sanitária, Diretoria de Higiene Infantil e Escolar. A Diretoria de Demografia e Educação Sanitária era responsável, entre outras coisas, pela organização da estatística demográfico-sanitária da capital e de todos os municípios do estado, e por levar a instrução sanitária à população de diversos municípios.

O Setor de Estatística Demográfico-sanitária já fazia parte da antiga Diretoria Geral de Saúde Pública da Bahia, mas, naquele momento, foi acrescentado o ideal relacionado à educação. Não se pode esquecer que as elites brasileiras almejavam que o país atingisse um novo patamar de desenvolvimento e de “civilização”, na primeira metade do século XX, o que, acreditava-se, somente seria possível com a educação entre as camadas populares. Segundo Richard Miskolci, o desejo de aprimoramento da nação, por parte dos políticos e intelectuais, constituiu-se historicamente por meio de uma avaliação negativa do povo e do passado brasileiros. Isso, conseqüentemente, engendrou ideias e decisões políticas que se concretizaram sem nenhuma política de incorporação das camadas populares, a exemplo da abolição da escravatura, que teve lugar sem incorporação dos libertos ao mercado de trabalho. Ao contrário, desenvolveu-se uma política pró-imigração europeia com o objetivo de embranquecer, higienizar e civilizar a população.¹⁷⁸

A Diretoria de Epidemiologia e Profilaxia Geral se encontrava dividida em onze setores. O Serviço de Enfermeiras Sanitárias tinha como objetivo auxiliar na vigilância de doenças transmissíveis; na promoção de visitas de mulheres aos dispensários para desenvolver o serviço de higiene maternal e infantil; na inspeção escolar; no controle de doenças venéreas, com visitas às casas dos pacientes e encaminhamento para os dispensários daqueles que necessitassem; na profilaxia da

¹⁷⁷ RIBEIRO, 2011, p. 88.

¹⁷⁸ MISKOLCI, Richard. *O desejo da nação: masculinidade e branquitude no Brasil de fins do XIX*. São Paulo: Annablume, 2012. p. 24.

tuberculose; e no trabalho em obras de assistência social.¹⁷⁹

Já o cadastro e o recenseamento dos prédios e da população dos distritos sanitários estavam a cargo das delegacias de saúde, que também deveriam combater as doenças de notificação compulsória, a fiscalização do trabalho médico, das drogarias e laboratórios. O IOC da Bahia continuava a desenvolver suas atividades, com as seções de microbiologia, antirrábica, vacinogênica, de química e bromatologia, de bioterapia e de medicamentos. A instituição apostava na realização de uma produção medicamentosa autônoma, mas se sabe que, no ano de 1919, a falta de uma câmara frigorífica – não adquirida pelos contratemplos de fornecimento do equipamento na Primeira Guerra Mundial – fez com que se importassem vacinas do Instituto Pasteur de Lisboa.¹⁸⁰

Uma grande novidade na criação da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública era a regulamentação do tratamento das doenças venéreas, denotando a importância que esse campo da saúde ganhava desde fins do século XIX. O Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas tornava-se responsável pelo tratamento dos doentes de sífilis e enfermidades venéreas, atendendo principalmente aos portadores de lesões contagiosas e “[...] ministrando-lhes os conselhos necessários para uma cura definitiva”.¹⁸¹ Com a reforma de 1920, Epiácio Pessoa já havia reconhecido publicamente a necessidade de inclusão da profilaxia de doenças venéreas na pauta da saúde pública e, ao analisar as implicações que a ausência de prevenção da sífilis trazia para o país, enfatizou a emergência de um novo posicionamento do governo em relação à sua erradicação:

Essa falha de nossa organização sanitaria se tornava tanto mais estranhável quanto são notorios, de um lado, a grande diffusão e os incalculaveis malefícios que a *lues* entre nós, e do outro, os recursos valiosos da moderna therapeutica contra essa calamidade. O serviço de combate á lepra e ás doenças venereas foi organizado sob solidas bases, e autoriza as melhores esperanças de êxito. Começou a funcionar em janeiro deste anno, e deve estender-se a todo o paiz.¹⁸²

¹⁷⁹ BAHIA, 1925.

¹⁸⁰ SOUZA, C., 2011, p. 103.

¹⁸¹ BAHIA, op. cit., p. 22.

¹⁸² BRASIL. Presidente (1919-1922: E. Pessoa). *Mensagem apresentada ao Congresso Nacional na abertura da Primeira Sessão da Décima Primeira Legislatura pelo Presidente da República Epiácio Pessoa*. Rio de Janeiro, 1921.

A determinação do código sanitário baiano em ministrar “os conselhos necessários para a cura” está em consonância com a proposta educativa do DNSP. Ao se referir aos recursos valiosos da “moderna terapêutica”, o presidente fazia referência à Bacteriologia e à Higiene.

A sífilis foi alvo de debate no *Diário de Notícias* em fins da década de 1910, quando se noticiou que o médico e deputado federal Teixeira Brandão agitou a câmara com a proposta de uma legislação oficial, no intuito de “[...] coibir o grande flagelo”.¹⁸³ Apesar de os demais deputados se interessarem pela proposta, ela caiu em esquecimento. O assunto voltou à pauta em 1920, sob a direção da Cruz Vermelha brasileira, a quem coube a primazia de uma campanha de profilaxia da sífilis. A instituição declarava que “[...] com o concurso do governo, do povo, da imprensa, de todas as classes, enfim, esperam os seus dirigentes actuaes, conseguir o que de ha muito já tem perfeitamente organizado, os paizes adeantados”.¹⁸⁴ Para Carlos Chagas, a IPLDV viria corrigir a falta de ações contra a sífilis, inserindo o Brasil no rol dos países que combatiam aquele novo flagelo social, “[...] no momento em que as pesquisas científicas indicavam seu caráter hereditário e em que passou a ser entendida, por médicos e sociedade, como uma calamidade que devia ser combatida e destruída”.¹⁸⁵

Ainda em relação às estruturas da reforma baiana, a lei determinava que os Postos Municipais de Higiene, na capital, funcionassem como grandes acolhedores da população. Eram responsáveis pela “[...] educação, propaganda, combate às endemias rurais, doenças venéreas, lepra, tuberculose e doenças epidêmicas, estatísticas, inspeção de gêneros alimentícios, higiene maternal, infantil e escolar, policia sanitária e higiene industrial”, enquanto os outros municípios do estado utilizavam-se dos Postos de Saneamento Rural, que desenvolviam atividades similares no interior. Por fim, havia o serviço de Profilaxia e Tratamento de Tuberculosos, o serviço de Higiene Industrial, que deveria garantir a salubridade no meio fabril; e um setor para combater doenças transmitidas por animais. A preocupação com a higiene industrial é expressão da importância que o trabalhador

¹⁸³ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 20 set. 1920. (*Combatamos a Syphilis*).

¹⁸⁴ Ibid.

¹⁸⁵ SANGLARD, 2008, p. 133. A utilização do termo ‘novo’, para caracterizar a sífilis, está relacionada à percepção de que, na virada do século, a doença passava a ser vista como uma calamidade hereditária, assim como a tuberculose, que teve o seu caráter transmissível comprovado e o câncer, a reboque das descobertas pasteurianas que permitiram o seu diagnóstico. Para mais informações, cf. Ibid., p.130-131.

passava a assumir. Desde a virada do século, surgiu na França um grupo de reformadores que se destacavam ao tomar como objeto de atuação o 'operário', e não mais o 'pobre', anunciando, assim, um longo debate sobre a legitimidade do papel do Estado na sociedade industrial.¹⁸⁶ Por fim, a diretoria de Engenharia Sanitária era responsável por aspectos da estética e saúde urbana como água, esgoto, lixo e construções, e a Diretoria da Higiene Infantil e Escolar precisava orientar a Capital do estado e os muitos municípios do interior sobre o atendimento aos interesses pela vida e saúde da infância.¹⁸⁷

A recepção da reforma sanitária de 1925 foi positiva, em grande medida, e causou empolgação no meio médico, com a expectativa de transformações concretas nas estruturas sanitárias do estado da Bahia. Segundo informações do *Relatório de Assistência Pública* relativo ao ano de 1926, elaborado por Barros Barreto, o período entre 1917 e 1925 não foi de desenvolvimento significativo na saúde baiana, visto que a Diretoria de Higiene do Estado não melhorou sua aparelhagem técnica, não se orientou pelos princípios da nova administração sanitária, nem promoveu o aperfeiçoamento profissional, condição essencial para o êxito de uma organização sanitária moderna.¹⁸⁸ A fala de Barros Barreto deve ser analisada de acordo com o lugar institucional que ele ocupava: opositor do governo de J.J. Seabra e Secretário de Saúde e Assistência Pública do governo Góes Calmon. Sabe-se que as desavenças tinham um fundo político. Contudo, além disso, Barros Barreto buscava, em sua fala, diferenciar o modelo sanitário adotado por Góes Calmon daquele utilizado pelo adversário, no seu primeiro governo do estado (1912-1916), e tentava opor uma ideia de "velha medicina" a uma "medicina moderna".

O primeiro governo de J. J. Seabra foi marcado essencialmente por mudanças urbanísticas guiadas por higienistas, sanitaristas e médicos que faziam duras críticas às más condições de salubridade e higiene da cidade,¹⁸⁹ apontadas como causadoras da disseminação de várias epidemias e consideradas prejudiciais aos interesses da nação. De fato, esse foi um movimento presente nas grandes

¹⁸⁶ SANGLARD, 2008, p. 130.

¹⁸⁷ BAHIA, 1925, p. 26.

¹⁸⁸ BARRETO, A., 1927, p. 2. BPEB/Seção de Obras Raras.

¹⁸⁹ LEITE, Rinaldo César Nascimento. *E a Bahia civiliza-se: idéias de civilização e cenas de anticivilidade em um contexto de modernização urbana (Salvador, 1912-1916)*. 1996. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996, p. 90.

capitais do Brasil durante a *Belle Époque* e que orientou a tentativa de reformas urbanísticas e culturais, visto que os hábitos das populações eram considerados anticivilizados.

De acordo com as disputas políticas existentes, Barros Barreto divulgava que uma nova legislação estava sendo criada na Bahia, e que atendia aos pressupostos da denominada medicina moderna, para tentar minimizar as realizações do seu opositor político-partidário. Assim, afirmava que somente com a Lei 1.811, de 29 de julho de 1925, que criava a Subsecretaria de Assistência Pública e, alguns meses depois, com o Código Sanitário da Bahia, uma transformação viria ocorrer. Além disso, criticava o trabalho técnico desenvolvido sob a orientação da Lei 1.231, de 1917, afirmando que era realizado pelos “[...] funcionarios á mercê do critério individual, executando cada um a seu sabor, o que lhe parecia mais vantajoso e consentâneo com o seu preparo profissional.”¹⁹⁰ E, por fim, criticava que a Diretoria Geral de Saúde Pública não houvesse recebido uma instalação própria: utilizara cômodos cedidos, por empréstimo, pela Assistência Pública Municipal.¹⁹¹ Elogiava a criação da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública, por sua imediata subordinação ao governador e pela completa independência administrativa e financeira, com a possibilidade de maior rapidez nas medidas “[...] na salvaguarda da saúde do povo e no zêlo pelo bem estar da coletividade”.¹⁹²

O *Código Sanitário da Bahia*, publicado três meses depois da criação da Subsecretaria, aprovado pelo Decreto 4.144, de 20 de novembro do mesmo ano, detalhou as minúcias de ordem administrativa da nova organização sanitária, seguindo as determinações técnicas aconselhadas pelo ideal de saúde pública do momento. No curto espaço de tempo de um ano e meio, a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública enviou dois de seus médicos à América do Norte, para estudar questões relativas a laboratório e anatomia patológica, sendo um deles o doutor

¹⁹⁰ BARRETO, A., 1927, p. 2. BPEB/Seção de Obras Raras.

¹⁹¹ Ibid., p. 3.

¹⁹² Ibid.

Octávio Torres,¹⁹³ diretor do Laboratório de Profilaxia da Diretoria de Saneamento Rural;¹⁹⁴ um à Europa, para conhecer os serviços de Higiene Infantil e escolar; e oito ao sul do país, para visitar as organizações sanitárias de São Paulo, Distrito Federal e Minas Gerais, frequentar o Instituto Manguinhos e realizar os cursos de Malariologia e de Saúde Pública.¹⁹⁵

No ano de 1926, ainda permaneciam dois funcionários técnicos realizando o curso do DNSP,¹⁹⁶ quando a repartição estadual conseguiu que o Instituto Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro cedesse, por seis meses, um de seus assistentes, para dirigir o Instituto homônimo baiano, e que a Fundação Rockefeller¹⁹⁷ consentisse na permanência, por sete meses na Bahia, de um dos seus melhores sanitaristas, especialista na organização de postos sanitários municipais de higiene.¹⁹⁸ De fato, a mobilização do estado para a centralização das ações sanitárias englobou uma série de interações e trocas de experiências entre médicos e técnicos de vários estados do país, com ênfase na Capital Federal, local de onde a política sanitária nacional era proposta. A autoridade e a autonomia do Governo Federal se ampliavam à medida que o acordo firmado dotava-o de poder para coordenar aspectos decisivos

¹⁹³ Octávio Torres nasceu em 25 de setembro de 1885, em Mucugê-BA, e faleceu em 31 de maio de 1963, em Salvador-BA. Formou-se em medicina pela FMB em 1909, onde defendeu a tese intitulada *Contribuição ao estudo dos anquilóstomos na Bahia*. Em momento de orfandade paterna, nos primeiros anos do curso copiava à mão todos os livros-texto em seu caderno, por necessidades financeiras. Como professor substituto, após ensinar disciplinas como patologia geral e bacteriologia, em 1925 tornou-se catedrático de Patologia Geral na FMB e estagiou em universidades estadunidenses, em especial na Harvard Universidade. Estudou no Instituto Rockefeller, especializando em doenças tropicais e patologia experimental. Fundou a Sociedade Baiana de Combate à Lepra e com o doutor Antonio Aleixo, em Minas Gerais, e Alfredo Augusto da Mata, no Amazonas, foi precursor nos estudos e no combate ao Mal de Hansen. Em Salvador, construiu o Leprosário Rodrigo de Meneses. Para mais informações, cf. JACOBINA, 2013, p. 86-89.

¹⁹⁴ TORRES, Octávio. *Relatório dos trabalhos executados no Laboratório de Prophylaxia da Directoria de Saneamento Rural*. APEB, caixa 4082, maço 114, 1926. O doutor Octavio Torres foi substituído pelo médico Enoch Torres entre setembro de 1924 e janeiro de 1926, período de experiência do médico no exterior, para desenvolver o seu papel de diretor do Laboratório, atualizado nos avanços do campo laboratorial e bacteriológico.

¹⁹⁵ BARRETO, A., 1927. BPEB/Seção de Obras Raras.

¹⁹⁶ Sendo eles os médicos Guilherme Ramos e Álvaro Garcia Rosa.

¹⁹⁷ A Fundação Rockefeller se inseriu no Brasil a partir de 1917. As atividades da organização interacional tinham como objetivo auxiliar no desenvolvimento sanitário, especialmente em campanhas contra doenças como ancilostomose e malária. Os trabalhos começaram ser realizados, inicialmente, na Capital Federal e nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Posteriormente foram firmados acordos com muitos estados. A Bahia não pôde usufruir imediatamente dos serviços da Fundação, por não possuir os recursos financeiros solicitados a título de complementação. Mas, a partir de 1920, os trabalhos se iniciaram no Estado. Cf. SANTOS, Luiz Antônio de Castro. A Fundação Rockefeller e o Estado Nacional (História e política de uma missão médica e sanitária no Brasil). *Revista Brasileira de Estudos da População*. v. 6, n. 1, São Paulo. jan./jul., 1989. p.105-106.

¹⁹⁸ BARRETO, A., op. cit., p. 4. BPEB/Seção de Obras Raras.

no combate às endemias no estado:

Primeira – O Governo do Estado da Bahia aceita e obriga-se a promover a aceitação pelos municípios de todas as leis sanitarias, instrucções technicas e administrativas e demais disposições do Departamento Nacional de Saúde Pública, referentes aos serviços sanitários federaes que forem executados no Estado.

[...]

Terceira – Os serviços sanitarios instituídos pelo presente termo additivo, serão executados durante três annos, a partir de mil novecentos e vinte e cinco, sem intervenção de qualquer autoridade estadual ou municipal, pelas comissões organizadas pelo Departamento Nacional de Saude. [...] ¹⁹⁹

No tocante às doenças venéreas, o texto do *Código Sanitário da Bahia* determinava que, enquanto durasse a parceria com o Governo Federal, a profilaxia da sífilis e das doenças venéreas seguiria a orientação do DNSP e que, quando cessado o acordo, seria regida pelas determinações do *Código baiano*.²⁰⁰ No entanto, a legislação do estado foi construída sob a mesma orientação da política nacional.

O tratamento de sifilíticos deveria ocorrer em dispensários e as enfermeiras visitadoras deveriam promover a volta dos doentes recalcitrantes aos dispensários. Além disso, os postos sanitários deveriam, sempre que possível, ser instalados em lugar acessível, mas discreto; destinar-se também ao tratamento de doenças da pele; atender ao sexo e a condições sociais dos consulentes, de forma a serem recebidos em horas ou dias diferenciados, contanto que cada grupo de doentes pudesse ter duas ou três consultas por semana; dispor de pequeno laboratório para exames microscópicos das doenças venéreas, entre outros.

Em cada item do artigo que definia as diretrizes baianas para o combate à sífilis, seguia-se, entre parênteses, o texto: “conforme a letra ‘x’ o artigo 198, do Dec. Fed. 16.300”. Esse decreto, que aprovou o regulamento do DNSP, foi promulgado em 31 de dezembro de 1923.²⁰¹

A partir da compreensão do contexto ora analisado, em que os líderes políticos e sanitários da Bahia adotaram uma política nacional de combate a enfermidades, é que se identificam os desdobramentos mais amplos que resultaram

¹⁹⁹ BARRETO, A., 1927, p. 4. BPEB/Seção de Obras Raras. p. 176.

²⁰⁰ BAHIA. *Decreto 4.144, de 20 de novembro de 1925*. Salvador, 1925. Art. 2009. APEB.

²⁰¹ BRASIL. *Decreto 16.300, de 31 de dezembro de 1923*. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D16300.htm>. Acesso em: 18 jan. 2015.

na emergência do tratamento das doenças venéreas no pós-1920. Resultado de um processo conflituoso, a construção de um aparato sanitário ocorreu de forma lenta e gradual, culminando, na primeira metade do século XX ou mais precisamente, em 1953, após a criação do Ministério da Saúde.²⁰² A IPLDV foi fruto das iniciativas para a remodelação da saúde no estado, que mobilizou esforços múltiplos, em consonância com o conhecimento do IOC.

Entre as tantas doenças que afligiam as camadas pobres baianas, a sífilis passou a ser encarada como um problema a ser sanado. Antes de se analisar o cotidiano dos postos de saúde e a influência do modelo nacional na prática sanitária da década de 1920, na Bahia, é necessário discutir as concepções médicas e sociais relativas à doença e as implicações relativas ao contágio. Dessa forma, tornar-se-ão mais compreensíveis os motivos que fizeram da doença um grande flagelo da primeira metade do século XX.

²⁰² SOUZA, C., 2011, p. 104.

CAPÍTULO 2

OS ALEIJÕES DA SYPHILIS

Por muito tempo, a sífilis esteve associada a uma concepção metafísica que lhe atribuía um caráter de castigo ao “pecado original” do desregramento sexual e, portanto, não deveria ser curada ou evitada. No início do século XX, ela passou a ser encarada como um inimigo que precisava ser localizado e combatido dentro do organismo humano, especialmente devido ao grande número de pessoas que acabavam contraindo a doença, mas que não se enquadravam no perfil dos chamados “libertinos”.

As descobertas da medicina foram de grande importância na tentativa de combater a sífilis. Os arsenicais, que surgiam no mercado e conseguiam cicatrizar feridas sífilíticas, funcionaram como ferramentas auxiliares no trabalho dos médicos e influenciaram a implantação das políticas públicas de combate à sífilis, a partir de 1920. Outras ideias que também circulavam no meio médico sobre eugenia e degeneração da raça foram fundamentais para impulsionar as ações contra o mal venéreo.

Este capítulo tem como objetivo analisar algumas concepções médicas relativas à sífilis e a sua relação com os sujeitos sociais portadores da doença. Para isso, buscou-se identificar, na propaganda de medicamentos do periódico soteropolitano *Diário de Notícias*, imagens de doentes que traduziam de forma evidente os ideais de degeneração e ajudavam a circular no meio social o medo do contágio. Imagens de pessoas desfiguradas e de crianças deformadas fisicamente impulsionaram o desejo de proteção da infância, considerada o futuro da pátria.

A chamada eugenia preventiva, predominante na década de 1920, visualizava a possibilidade de regenerar a população brasileira, que se encontrava degenerada não pela mistura racial, mas pelas doenças que a afetavam. Os médicos soteropolitanos acreditavam nessas ideias, que orientaram as ações sanitárias no combate à sífilis ao longo da década, no estado da Bahia.

2.1 DE VÍRUS A BACTÉRIA

A passagem do século XIX para o século XX estabilizou as linhas gerais de compreensão de algumas doenças, entre elas, a sífilis. Segundo Carrara, esse processo envolveu a própria definição de doença: seu agente causal, meios de transmissão, consequências orgânicas e sociais, evolução epidemiológica, além dos meios terapêuticos e profiláticos para abordá-la. Aos olhos dos médicos, o conceito de sífilis havia sido, até então, um conjunto de sintomas, concomitantemente confusos e inespecíficos, cuja etiologia estivera envolta em metafísica.²⁰³

Por muito tempo a doença foi chamada de *lues venerea*. O termo *lues* é derivado do latim e significa praga ou epidemia. A doença era considerada uma praga sexual, visto que, quando o seu motivo causador ainda não era conhecido, os sintomas mais observados eram as manifestações nos órgãos genitais.²⁰⁴ Somente em 1530, o médico, astrônomo e literato Jeronimo Fracastoro deu-lhe um nome que se tornou aceito por todos: sífilis.²⁰⁵ O poema escrito por Fracastoro conta a história de um pastor chamado *Siphilus*, castigado pelo deus Apolo por idolatria a um ser humano e que teria, portanto, sido a primeira vítima do mal que se disseminaria pelo mundo posteriormente.²⁰⁶ Tratada desde o seu surgimento com castigo divino sobre a carne e sobre os prazeres sexuais, a enfermidade era considerada não apenas transmitida sexualmente, mas também produzida sexualmente.²⁰⁷

Assim como a sífilis, muitas outras doenças foram associadas à ideia de pecado, devido à influência da moral cristã ocidental. Apesar de não ocuparem o campo sexual, enfermidades como o cólera, a varíola e a tuberculose também foram vistas como uma forma de punição dos humanos. Segundo Jorge Prata de Sousa, entre os cinco capítulos do livro bíblico *Levítico*, o terceiro, denominado *Puro e o impuro*, apresenta a doença como um mal a ser evitado, um símbolo de impureza

²⁰³ CARRARA, 1996, p. 26.

²⁰⁴ BATISTA, Ricardo dos Santos. *Lues venerea* entre práticas e representações: saúde pública, doença e comportamento social nas serras jacobinenses. In: CHAVES, Cleide de Lima (Org.). *História da saúde no interior da Bahia: séculos XIX e XX*. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2013. p. 124.

²⁰⁵ AMARAL, Afranio do. "*Siphilis*": molestia e têrmo através da história. Rio de Janeiro: INL, Ministério da Educação e Cultura, 1966.

²⁰⁶ Para mais informações sobre os debates em torno do surgimento da sífilis, além dos processos de metaforização a seu respeito, cf. BATISTA, Ricardo dos Santos. *Mulheres livres: uma história sobre prostituição, sífilis e convenções de gênero e sexualidade*. Salvador: EDUFBA, 2014. Cap. 2.

²⁰⁷ CARRARA, op. cit., p. 30-31.

adquirido como resultado de conduta irregular, cujas consequências contaminariam os laços da aliança de Javé pelo contágio de seu próprio povo.²⁰⁸ O autor aponta a enfermidade como resultado do desregramento de valores morais e/ou espirituais, cabendo o castigo divino, seguido de um sentimento de terror, medo ou pânico e, por fim, a exclusão do doente. O texto bíblico nega ao enfermo seus vínculos espirituais e sociais, por ter um corpo insano. E, no decorrer da história das doenças, pode-se constatar que esse procedimento foi adotado pelas sociedades, principalmente em relação às enfermidades que se apresentam com caráter epidêmico.²⁰⁹

Apesar dessa concepção religiosa em torno de algumas doenças, ao longo do século XIX houve uma mudança na forma de se enfrentar a sífilis, como demonstrou Magali Engel em estudo acerca das ideias médicas sobre prostituição no Rio de Janeiro. Segundo a autora, os médicos se viam diante de uma interdição de fundo moral cristão, representada pela crença de que as moléstias venéreas seriam um castigo divino às práticas sexuais pecaminosas e, por isso, não poderiam ser evitadas e curadas. Para romper com esse obstáculo, eles procuraram impor uma nova perspectiva, formulada em fins do século XVIII, de acordo com a qual a sífilis e outras moléstias venéreas não podiam mais ser encaradas como uma punição sagrada ao desregramento sexual, pois isso expressava uma “[...] pretensão moral falsa e mesquinha”.²¹⁰ Nos textos médicos analisados por Engel, o argumento básico utilizado para fundamentar a nova posição era a preocupação com as “vítimas inocentes” da moléstia, que não levavam uma vida sexual desregrada, mas que acabavam contraindo a doença. Essa ideia foi reforçada pelo princípio que estabelecia como dever do médico aliviar todo e qualquer tipo de sofrimento.²¹¹ Assim, os médicos teriam tomado a si a missão de defender a moral e combater a libertinagem com um novo instrumento: ao invés da fé, a ciência. Trabalharam para tornar a sífilis um problema de caráter científico, que precisava ser enfrentado a partir de bases “racionais”, e as novas descobertas da medicina seriam decisivas nessa empreitada.

²⁰⁸ SOUSA, Jorge Prata de. A cólera, a tuberculose e a varíola: as doenças e seus corpos. In: DEL PRIORE, Mary; AMANTINO, Marcia (Org.). *História do corpo no Brasil*. São Paulo: Ed. UNESP, 2011. p. 223-250.

²⁰⁹ SOUZA, C., 2011, p. 224.

²¹⁰ ENGEL, Magali. *Meretrizes de doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)*. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 67

²¹¹ *Ibid.*, p. 68.

O médico americano radicado na França, Phillipe Ricord, foi o primeiro a contribuir, decisivamente, para o processo de singularização da sífilis, ainda na primeira metade do século XIX, pois realizou experiências de inoculação, a partir do princípio patológico-experimental²¹² como critério fundamental, e contribuiu para que a enfermidade fosse diferenciada de inúmeras outras sequer consideradas sexualmente transmissíveis atualmente.²¹³ Já na segunda metade do século XIX, uma correlação “mecânica” entre sexo e sífilis prevaleceu, pois se percebia, naquele momento, que as relações sexuais eram o meio de transmissão da *lues* por excelência. Chegava ao fim a disputa entre médicos que defendiam modelos explicativos contagionistas e não-contagionistas, com a vitória dos primeiros.²¹⁴ As teorias não-contagionistas, que caíram por terra, apostavam no aparecimento da sífilis por uma irritação generalizada das mucosas, produzida por relações sexuais ardentes ou demasiado frequentes. As teorias contagionistas, por outro lado, defendiam a ideia da transmissibilidade. Sobre o triunfo desse modelo, Carrara chama a atenção, ainda, sobre o contagionismo de finais do século XIX: não era o mesmo prevalecente anteriormente, quando se considerava que o *vírus sífilítico* era um veneno que invadia e dominava todo o corpo:

A teoria bacteriana de Pasteur logo o traduziria para a linguagem dos “infinitamente pequenos”. Dentro dos quadros do Pasteurianismo o misterioso *vírus sífilítico* tomaria a forma visível de uma bactéria espiralada, uma *espiroqueta*: o *treponema palidum*, identificado por Schaudinn em 1905. Antes disso, Neisser já havia “descoberto” o agente causal específico da *gonorreia* (1879) e Ducrey, o do *cranco mole* (1889), selando definitivamente a separação entre as três *doenças venéreas* então conhecidas.²¹⁵

A bacteriologia desempenhou um papel de grande relevância no conhecimento que se construiria sobre a sífilis na primeira metade do século XX. Antes, a *lues* se apresentava praticamente como uma espécie de princípio etiológico geral, que provocava doenças que atingiam o coração, o cérebro, o fígado, os rins, o baço. Mas as descobertas laboratoriais permitiram o “isolamento” do *treponema* em tecidos de diversos órgãos e a detecção, pelas alterações sanguíneas que produzia, da contaminação sífilítica em indivíduos “aparentemente” sadios ou portadores de

²¹² Esse princípio se baseava na inoculação do considerado *vírus sífilítico* em seres humanos.

²¹³ CARRARA, 1996, p. 29.

²¹⁴ *Ibid.*, p. 33.

²¹⁵ *Ibid.*

sintomas até então atribuídos a outros males.²¹⁶ E, apesar do perigo sífilítico continuar sendo compreendido como uma espécie de invasão ao organismo, a ideia de “envenenamento” deu lugar à de “parasitismo” ou “infestação”.

Com a transformação do conceito de sífilis, as práticas terapêuticas para o seu cuidado também se alteraram. O mercúrio foi a principal substância ministrada para combatê-la em diversas partes do mundo e continuou sendo usado até meados de 1940, quando ocorreu a generalização do uso da penicilina. Ao analisar a trajetória profissional e pessoal do médico português Thomaz de Mello Breyner, que atuou na clínica de sífilis do hospital do Desterro, em Lisboa, Cristiana Bastos percebeu a força que a substância tinha na tentativa de cura aos sífilíticos: “[...] mercúrio, mercúrio e mercúrio, em fricções, pílulas e injeções”.²¹⁷ No entanto, nas primeiras décadas do século XX, sua utilização não tinha mais o objetivo de induzir o organismo a evacuar o *veneno* por meio de intensa sudorese, diarreia e salivação causadas pela intoxicação mercurial. Não se almejava expulsar o mal do organismo, mas localizá-lo, neutralizá-lo e eliminá-lo.

O alvorecer da moderna quimioterapia viu o aparecimento de um dos marcos iniciais da nova terapêutica da sífilis, a utilização de outra medicação. Em 1909, os médicos Ehrlich e Hirata apresentaram à comunidade mundial um sal de arsênico altamente tóxico, desenvolvido na Alemanha, com o nome de *Savarsan* ou *606*, para imortalizar o número do experimento que havia produzido resultados satisfatórios. Ainda para Bastos, a tradição oral portuguesa atesta que Ehrlich teria escolhido Breyner e a clínica do hospital do Desterro para primeiro testar, naquele país, o novo remédio. Mas, apesar disso, ela constatou que o médico português só viria a usar a medicação a partir de novembro de 1910, não sendo o primeiro a fazê-lo no país, em Lisboa ou sequer naquele hospital.²¹⁸ Alguns anos depois, a mesma equipe que criou o *Savarsan* desenvolveu uma versão menos tóxica do medicamento que, pelas mesmas razões anteriores, foi nomeada de *Neo-savarsan* ou *914*.²¹⁹

O médico João Prudêncio de Souza, formado pela FMB em 1923, acreditava que os compostos de Ehrlich poderiam realmente curar a sífilis e se posicionava como partidário dos colegas que, baseados na observação clínica, defendiam as

²¹⁶ CARRARA, 1996, p. 39.

²¹⁷ BASTOS, Cristiana. Entre mundos: Thomaz de Mello Breyner e a clínica de sífilis do Desterro, Lisboa. In: SANGIARD et al. (Org.) *Filantropos da nação: sociedade e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2015. p. 90.

²¹⁸ Ibid.

²¹⁹ CARRARA, op. cit., p. 34.

possíveis reinfecções. Em relação à importância dos novos medicamentos, especialmente se comparados ao mercúrio, ele afirmava que:

Antigamente, com a terapêutica mercurial-iodurada, a medicina se limitava a curar as manifestações aparentes da doença, porque as possibilidades de esterilização eram duvidosas. A doença latente e recidivante tornava o doente um sofredor eterno, obrigado a tolerar por muitos anos um tratamento incommodo, não só por ser doloroso como pela sua duração.²²⁰

Mas, com o passar do tempo, percebeu-se que esses medicamentos não tinham o poder de curar a doença, apesar de auxiliarem para uma rápida cicatrização das lesões, e logo se atribuiu aos arsênicos, e também ao bismuto, um valor mais profilático do que terapêutico. A introdução do *Savarsan* e do *Neosarvasan* no mercado de medicamentos foi considerada uma revolução no tratamento da sífilis, comparada ao impacto causado pela utilização da penicilina.

Essas inovações medicamentosas não passaram despercebidas pelo modelo de combate à doença defendido por Eduardo Rabello, a partir da criação do DNSP e da IPLDV, em 1920.²²¹ O médico declarava que, diante dos conhecimentos científicos então disponíveis e da terapêutica da sífilis, a sua profilaxia poderia se manter no campo puramente sanitário, prescindindo de qualquer dimensão policial ou repressiva, em uma notável rejeição ao modelo regulamentarista explícito da prostituição,²²² como se pôde observar no primeiro capítulo. A educação higiênica, base da proposta sanitária, seria realizada com a função de divulgar a gravidade da doença, aproximar os doentes dos médicos, promover a vigilância sanitária e a “cura profilática”, mediante a cicatrização propiciada pela medicação arsenical. Além disso, a educação deveria oferecer aos indivíduos os meios para evitar a contaminação, devendo-se levar em conta, pelos médicos, os “preservativos de contágio”, que Rabello dividia em *mecânicos*, a exemplo das “camisinhas”, e *químicos*, como a pomada de Metchnikoff.²²³

É preciso perceber que, ao longo da história, as políticas sanitárias são elaboradas, entre outras influências, a partir do conhecimento científico que se tem sobre a doença em cada momento. A aplicação de medidas de combate à sífilis não

²²⁰ SOUZA, João Prudêncio de. *Syphilis e eugenia*. Bahia, 1923. These (Inaugural) - Faculdade de Medicina da Bahia, Bahia, 1923. p. 8

²²¹ Cf. SANGLARD, 2008, p. 158. Para a autora, as descobertas da medicina laboratorial, como o teste de Wassermann e os compostos de Erlich, possibilitaram um profilaxia segura da sífilis.

²²² CARRARA, 1996, p. 197.

²²³ Ibid.

poderia ignorar informações sobre os meios de transmissão e as medicações que produziam melhores resultados.

Na Bahia, o doutor Abelardo da Silva Porto escrevia orientações relacionadas à profilaxia individual da sífilis e indicava a posologia considerada ideal – para o uso dos medicamentos defendidos por Rebello – em pessoas que se utilizassem dos serviços do meretrício:

Falando das práticas ilegítimas, isto é, do comercio sexual sob qualquer forma que as relações sexuais se processem, queremos referir-nos à cópula natural; acreditamos ser de grande utilidade fazer-se, antes do coito suspeito, uma fricção prolongada com uma pomada de calomeno [...] dando mais trabalho aos micróbios infecciosos antes de chegarem ao seu destino.²²⁴

O médico observava que a utilização dessa medicação era de fácil execução e rapidez e que a camada gordurosa da pomada impedia os microrganismos de contaminar o indivíduo, mas produzia maior eficácia entre os homens do que entre as mulheres. Dessa forma, também fazia menção a práticas de prevenção femininas, como a lavagem vaginal com biocloreto de mercúrio, para que as mulheres também pudessem se defender do perigo da sífilis.

Mesmo com a generalização do tratamento com mercuriais e arsênicos, a substância que possibilitava a cura sífilítica, descoberta em 1928 por Alexander Fleming,²²⁵ ainda não era produzida em grande escala até quase a metade do século. Segundo Roy Porter, no desencadear da Segunda Guerra Mundial a penicilina ainda estava latente nos laboratórios e continuou racionada por muitos anos.²²⁶ Como prova disso, em 1944 a Bahia recebeu um comunicado do diretor do Departamento Nacional de Saúde (DNS), João de Barros Barreto, com orientações sobre a distribuição da medicação, importada do exterior. Determinava-se que ela ocorreria por intermédio dos órgãos competentes do DNS, e que, na denominada 1ª região (Distrito Federal, São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro), seria organizado um serviço para atender aos pacientes requisitantes. Já na 2ª região (Amazonas), 3ª

²²⁴ PORTO, Abelardo da Silva. *Breves considerações sobre a prophylaxia e tratamento das molestias venereas*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1925. These (Inaugural) - Faculdade de Medicina da Bahia, Bahia, 1925. p. 27-28.

²²⁵ PEREIRA, Ana Leonor; PITA, João Rui. Alexander Fleming (1881-1955): da descoberta da penicilina (1928) ao Premio Nobel (1945). *Revista da Faculdade de Letras: HISTÓRIA*, Porto, III série, v. 6, p. 129-151, 2005.

²²⁶ PORTER, Joshua Roy. *Cambrigde: história da medicina*. Rio de Janeiro: Revinter, 2006. p. 2.

(Pará e Maranhão), 4ª (Piauí, Ceará e Rio Grande do Norte), 5ª (Paraíba, Pernambuco e Alagoas), 6ª (Sergipe, Bahia e Espírito Santo), 7ª (Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) e 8ª (Mato Grosso e Goiás), o controle e distribuição da medicação ocorreriam por meio das delegacias federais de saúde que, para este fim, poderiam se articular com os Departamentos de Saúde dos Estados.²²⁷ O comunicado solicitava que o uso do medicamento fosse limitado aos casos em que houvesse rigorosa indicação clínica, dado o pequeno estoque com que o país contava.

Além dos medicamentos, as formas de diagnóstico da sífilis também se aprimoraram, com o surgimento de um exame sorológico para a identificação do seu agente etiológico, em 1906. Inaugurando uma nova sorologia, o médico alemão Wassermann e sua equipe trouxeram a público um teste através do qual seria possível detectar alterações sanguíneas que o *treponema pallidum* causava.²²⁸ Até 1940, o exame foi considerado amplamente eficaz para o diagnóstico da doença, mas não apresentava um diagnóstico completamente confiável. Muitas outras alterações sanguíneas indicavam também positividade no teste, mas os médicos atribuíam a discrepância nos resultados ao caráter polimorfo da sífilis (nem sempre identificado) ou a erros na execução do próprio exame.²²⁹

Como se pode observar, os médicos tinham grande interesse na compreensão da doença, especialmente sobre os medicamentos que poderiam ser utilizados no seu combate. Em processo simultâneo a esses desdobramentos, havia outro setor social interessado no desenvolvimento das novas terapêuticas: a indústria farmacêutica e a publicidade de medicamentos que ela produzia. Como ocorreu em relação a muitas enfermidades, remédios eram anunciados em jornais e prometiam o alívio de sintomas, quando não a cura. Pela análise dos elementos que compõem a propaganda, é possível observar aspectos específicos em relação à compreensão médica e às representações sociais da sífilis.

²²⁷ BOLETIM dos trabalhos executados pelo Saneamento Rural nos Dispensários de Lepra e Doenças Venéreas da Capital e do interior. APEB, caixa 4032, maço 25, 1944.

²²⁸ CARRARA, 1996, p. 36.

²²⁹ Ibid.

2.2 A PROPAGANDA DE MEDICAMENTOS: REPRESENTAÇÕES DA DOENÇA E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Ao longo da primeira metade do século XX, é possível observar a presença da propaganda de medicamentos em periódicos de Salvador e de diversas cidades brasileiras. Ela se desenvolveu no país, especialmente durante a década de 1920, junto ao melhoramento das técnicas de produção publicitária. A partir do ideal de modernidade difundido pelas elites, que almejavam o remodelamento do espaço urbano e uma população “sã”, os medicamentos passaram a ser tratados como uma fortaleza contra as fraquezas e vulnerabilidades do corpo, um estímulo à iniciativa e uma caução para o sucesso.²³⁰ A indústria farmacêutica já havia ganhado visibilidade em momentos de epidemia como, por exemplo, no combate à gripe espanhola. Entre as muitas substâncias utilizadas para tentar erradicá-la, destaca-se o sal de quinino, amplamente utilizado no trato da malária, na Europa do século XVII, sendo que no Brasil alcançou importância desde o período colonial para curar as febres que grassavam pelo território nacional.²³¹ O Serviço Sanitário do Estado de São Paulo recomendou o medicamento como preventivo e tratamento contra a epidemia de *influenza*, o que aumentou exacerbadamente o preço do produto na mesma proporção em que se multiplicava o número de enfermos.²³² Apesar de se constatar processo similar na Bahia e de o quinino tornar-se um produto escasso no estado ao longo da epidemia da espanhola, os médicos baianos enfatizavam a inexistência de um tratamento específico para a gripe. Souza afirma que, diante da incerteza de uma ação direta do medicamento sobre a doença, não se pode afirmar que os fabricantes se beneficiavam explorando a credulidade dos doentes, mas é inegável que a indústria farmacêutica se aproveitou da crise epidêmica para vender seus produtos.²³³

No combate à sífilis, a farmácia soteropolitana acompanhava a modificação das fórmulas e o surgimento de novas substâncias. O jornal *Diário de Notícias* anunciava tanto o 606, quanto o 914, quando do refinamento das técnicas de fabricação. Além desses, figuravam no periódico o *Antigal*, *Elixir Infalível*, *Treparsol*,

²³⁰ BUENO, Eduardo; TAITELBAUM, Paula. *Vendendo saúde: história da propaganda de medicamentos no Brasil*. Brasília, DF: Agência de Vigilância Sanitária, 2008. p. 60.

²³¹ BERTUCCI, Liane Maria. Remédios, charlatanices... e curandeirices. In: CHALHOUB, Sidney et al. (Org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas, SP: Ed. da UNICAMP, 2003. p. 199.

²³² *Ibid.*, p. 200.

²³³ SOUZA, C., 2009, p. 245-246.

Licor de João Paes, Elixir de Nogueira e tantos outros preparados antissifilíticos. Esses anúncios também eram observados em muitas cidades do interior da Bahia, a exemplo de Jacobina, no piemonte da Chapada Diamantina, que exibia, nas páginas do periódico *O Lidador*, anúncios de medicamentos depurativos do sangue, como o consagrado *Elixir 914*.²³⁴ No intuito de despertar a atenção dos leitores dos jornais e, conseqüentemente, expandir a venda de mercadorias pela publicidade, tornou-se comum a utilização de recursos gráficos como os desenhos e as fotografias. Eles apareciam, principalmente, em propagandas de medicamentos que prometiam resolver problemas uterinos, garantiam o crescimento saudável das crianças e alertavam para as implicações sociais de algumas doenças como a sífilis.²³⁵

Ao se impor em momentos históricos a propaganda modificou estilos de vida e comportamentos, ao mesmo tempo em que foi elaborada a partir de hábitos e costumes da população. Isso pode ser observado, por exemplo, nas imagens de crianças veiculadas pela imprensa brasileira entre 1930 e 1950, analisadas por Olga Brites. Estas estavam relacionadas às discussões sobre infância em diferentes espaços dos governos e da sociedade civil.²³⁶ A autora informa que, de forma geral, as propagandas do início do século direcionavam-se a questões de saúde, alimentação, vestimenta e beleza, entre outros itens, e propunham a incorporação do universo do consumo. Como exemplo desse projeto, ela utilizou anúncios da revista *O Cruzeiro*, que atingia as frações de renda mais baixas das camadas médias da população.²³⁷

Segundo James Roberto da Silva, em trabalho sobre doença, fotografia e representações, tratar da representação de doenças a partir de imagens implica adentrar o terreno do corpo doente e abordar práticas científicas e sociais desenvolvidas para conhecê-lo e dominá-lo, como as desempenhadas pelas pessoas e instituições responsáveis pelo seu controle e estudo, ou seja, médicos,

²³⁴ BATISTA, 2013.

²³⁵ Não é objetivo deste estudo analisar as técnicas de desenho ou de produção de fotografia, como iluminação, nitidez, contraste e tipo de câmera utilizada, como foi para James Roberto Silva. Isso requereria um conhecimento específico sobre a fotografia, que se compreende como importante para um estudo no qual ela seja o foco central. O olhar sobre as imagens aqui apresentadas diz respeito ao potencial do seu conteúdo imagético, considerando desenhos/fotografias escolhidos para figurar na propaganda, e a que mensagens pretendiam transmitir aos leitores do periódico. Cf. SILVA, James Roberto. *Doença, fotografia e representação: revistas médicas em São Paulo e Paris, 1869-1925*. São Paulo: EDUSP, 2009.

²³⁶ BRITES, Olga. Infância, higiene e saúde na propaganda (usos e abusos nos anos de 1930). *Revista brasileira de História*, São Paulo, v. 20, n. 39, p. 249-278, 2000. p. 250, 252.

²³⁷ *Ibid.*, p. 251.

hospitais e serviços de saúde pública.²³⁸ Aqui se dará ênfase às imagens usadas na propaganda, que integram os discursos racionalizadores do contexto e das atividades sobre a sífilis e concorrem para a formulação de um *campo de significados* em seu entorno. Tal campo diz respeito à doença e ao doente, às práticas curativas e às pesquisas médicas, ao preconceito dirigido aos hábitos e à procedência social. Esse *campo* revela os limites subjetivos em que se cruzam práticas, ideias e crenças de toda ordem, e constitui o meio nos quais são formuladas as representações sociais; e, assim, como está susceptível de deixar vazá-las para fora de seus limites, atingindo o imaginário de toda a sociedade, esse campo também está sujeito a infiltrações.²³⁹

Antes de ganhar as propagandas, as fotografias médicas eram registradas pelos profissionais em suas clínicas particulares, hospitais ou serviços públicos e na Santa Casa de Misericórdia. Essas fotos retratavam corpos doentes e eram reproduzidas, sobretudo, em revistas especializadas, mediante as quais os clínicos tornavam públicas suas observações.²⁴⁰ A partir da análise de periódicos paulistas e franceses como a *Revista Médica de São Paulo*, *Gazeta Clínica*, *Révue Photographique des Hospitiaux de Paris* e *Clinique Photographique*, Silva afirma que a importância desse tipo de fotografia foi percebida como suporte visual, encarnando em si a carga negativa e estigmatizante das moléstias e de suas possíveis consequências. Naquelas revistas ele encontrou fotografias de doentes, de procedimentos médicos, de instalações sanitárias, radiografias fotomicografadas de órgãos malformados e de “monstros”, esqueletos, “moribundos atacados pela sífilis”, doentes com verminoses, crianças com poliomielite, entre outras.²⁴¹ Nas imagens de medicamentos presentes na propaganda do jornal *Diário de Notícias*, sífilíticos também eram retratados, traduzindo para a população soteropolitana as implicações de ser portador da doença e a ideia do que seria integrar o campo dos “degenerados”.

2.3 ALEIÇÕES DA SYPHILIS: DEGENERAÇÃO E EUGENIA

No ano de 1920, o jornal *Diário de Notícias* trouxe a propaganda do *Antigal*,

²³⁸ SILVA, J., 2009, p. 37.

²³⁹ Ibid., p. 37.

²⁴⁰ Ibid., p. 27.

²⁴¹ Ibid., p. 27-28.

com a seguinte chamada: “OS ALEIJÕES DA SYPHILIS: o maior flagelo humano – deforma, cega, aleija, enlouquece, mata”.²⁴² Esse título é indicativo de como a imagem da doença foi construída pela medicina em finais do século XIX e início do século XX, ligada diretamente à ideia de deformidade. O doutor Luiz Fabrício de Oliveira, formado pela FMB em 1928, concordava com o significado que o *Antigal* atribuía à sífilis, e afirmava que:

A syphilis, a peste social, é um fator dysgenetico de grande poder ofensivo na degeneração das raças. E' uma doença terrível que não se satisfaz em aleijar, deformar, martyrisar, matar emfim, o infeliz mortal que a adquire. Sedenta do mal, qual serpente, vae deslizando atravez das gerações do individuo syphilizado, a destruir e contaminar victimas inocentes de um crime praticado por um antepassado. E' um mal que não isenta nem perdoa.²⁴³

Os desenhos e fotografias que também compunham a propaganda variavam entre a representação de corpos marcados pela primeira e segunda fase da doença²⁴⁴ e desenhos de crianças deformadas, intituladas “monstros”. No primeiro grupo, formado predominantemente por imagens de adultos, eram evidentes as marcas da manifestação do cancro, a exemplo da úlcera presente no lábio de um homem e no nariz da criança ao seu lado, claramente desfigurado. (Figura 4) Silva afirma que, em relação à elaboração de fotografia por médicos em fins do século XIX e início do século XX, havia uma notável preferência pelas moléstias de visibilidade explícita, que deixavam sequelas, que imobilizavam ou que deformavam, como as doenças musculares, a leishmaniose e as febres eruptivas.²⁴⁵ A sífilis se incluía nesse rol, deixando marcas publicamente identificáveis, que contribuía para o processo de exclusão social do doente.²⁴⁶

Outras imagens, ainda do primeiro grupo, diziam respeito às consequências específicas da sífilis secundária, fase em que havia maior visibilidade das

²⁴² DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 21 jul. 1920.

²⁴³ OLIVEIRA, Luiz Fabrício de. *Da eugenia e o exame pré-nupcial obrigatório*. Bahia, 1928. These (Inaugural – Cadeira Hygiene) – Faculdade de Medicina da Bahia, 1928. p. 35-36.

²⁴⁴ A sífilis é uma doença de ciclo biológico longo e que se apropria de diversas partes do corpo. Ao mesmo tempo em que alguns sintomas aparecem, outros somem. O processo de seu desenvolvimento se compõe de três fases, intercaladas por intervalos assintomáticos e de tempo variável em cada organismo. A primeira delas é caracterizada pelo cancro, que pode aparecer na região genital, entre as pernas, língua, lábios, ânus ou outras partes do corpo. Depois de alguns meses, inicia-se a segunda fase, em que podem aparecer erupções na pele, feridas e úlceras nas amídalas, boca e órgãos genitais. Após meses, ou até anos, surge a fase terciária, que afeta órgãos vitais como o cérebro, o pulmão, o coração, o fígado e os rins.

²⁴⁵ SILVA, J., 2009, p. 45.

²⁴⁶ Cf. BATISTA, 2014. Cap. 2.

implicações cutâneas. Nesse estágio poderiam se manifestar as roséolas sífilíticas, manchas vermelhas observadas no rosto do homem da Figura 5.

Figura 4 - Cancro no nariz e sífilis ocular.



Fonte: *Diário de Notícias*, 21 jul. 1920.

Figura 5 - Sífilis na face



Fonte: *Diário de Notícias*, 21 jul. 1920.

O paciente retratado nessa imagem constituía uma exceção entre os demais que compunham a propaganda, pela sua tez clara e pelos traços físicos que se aproximavam dos europeus. Uma das possibilidades de análise sobre a sua presença em meio a imagens de pessoas predominantemente negras é que aquele paciente fosse pobre, pois os ideais eugênicos, refletidos na veiculação imagética, tinham como objetivo denunciar a “degeneração” das camadas pobres, negras e mestiças, como se poderá observar. Entretanto, a forma como estava vestido (camisa e pulôver aparentemente limpos e conservados), permite que se reflita, caso se tratasse de pessoa pobre, que se distinguia ao menos de uma parte dessa população, a que mendigava nas ruas. Por fim, como não há informações mais localizadas sobre origem da imagem, ela pode não ter sido elaborada no Brasil, o que não a desvincula dos propósitos implícitos na sua utilização dentro do mercado nacional.

O segundo grupo de imagens identificado na propaganda de *Antigal* representava a degeneração física atribuída aos bebês que nasciam com sífilis. São figuras de crianças com más formações congênitas (Figuras 7 e 8), elaboradas pela técnica do desenho, e retratavam o compartilhamento de partes do corpo entre gêmeos, inclusive da face. A presença dessas figuras na propaganda de medicamentos tinha como objetivo disseminar, entre a população, ideias que circulavam no meio médico, e difundir o medo do contágio, forjando imagens irreais e assustadoras para aqueles que liam o periódico.

Em *A hora da eugenia*, Nancy Leys Stepan faz uma análise sobre como o movimento eugênico foi apropriado na América Latina, especialmente no Brasil, Argentina e México. A autora mostra que, apesar de já haver na Grécia clássica formas de eliminação de indivíduos considerados inadequados, somente em 1865, após a leitura de *A origem das espécies*, de Charles Darwin, o cientista Francis Galton elaborou as formulações básicas da eugenia, para a qual a aptidão humana seria função da hereditariedade e não da educação.²⁴⁷ Ao longo do século XIX, a repulsa moral e a aversão política quanto à interferência na reprodução humana impediam que os argumentos eugênicos se tornassem ação; nas três últimas décadas do século, entretanto, a crescente competição econômica entre as nações, as “políticas das classes operárias e dos feministas” contribuíram para que esse

²⁴⁷ STEPAN, Nancy Leys. *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. p. 30.

quadro se modificasse.²⁴⁸ Acredita-se que o otimismo característico da época vitoriana começou a dar lugar a um pessimismo generalizado em relação à vida moderna e seus males, com a inquietação sobre o futuro da sociedade e com a incerteza sobre a modernidade, contribuindo para o surgimento de um contexto propício a um movimento científico de reforma. Em lugar da ideia de evolução, extremamente presente no campo biológico do período,²⁴⁹ investia-se na propagação dos perigos causados pela “degeneração”, atribuída a diversos fatores como o vício, o crime e algumas doenças específicas: “A convicção de que eram hereditárias muitas doenças comuns entre os pobres – tuberculose, sífilis, alcoolismo, doenças mentais – insuflava o medo de decadência social”.²⁵⁰

A teoria da degeneração pretendia explicar a própria emergência do mal biológico e investigava a predisposição de alguns indivíduos para desenvolver determinados tipos de males. Ela surgia como a análise do indivíduo e de sua constituição. De um lado, analisava-se a ordem de causalidade externa ao indivíduo, referida às condições gerais de vida e à moralidade de uma determinada população (como o alcoolismo, a alimentação precária, as profissões insalubres), e, de outro, uma ordem de causalidade interna, como a herança recebida pelos descendentes e as alterações orgânicas que os condicionantes internos teriam recebido dos antepassados: “[...] os descendentes de alcoólatras, miseráveis, criminosos, etc, muito provavelmente receberiam como legado um organismo anatômica e fisiologicamente alterado, uma tara que os predisponha a uma infinidade de males físico-morais”.²⁵¹ Carrara afirma que a definição mais precisa do conceito de degeneração foi elaborada pelo psiquiatra francês Benedict Morel, em meados do século XIX. O médico partiu do princípio de que o homem, criado por Deus, era um ser perfeito, mas teria deixado a sociedade à mercê de um uma série de

²⁴⁸ STEPAN, 2005, p. 31.

²⁴⁹ Nancy Stepan afirma que na América Latina não se aderiu às teorias como o Darwinismo, Mendelismo, inspiradoras da Eugenia europeia. Por outro lado, as ideias do médico Chavalier Lamarck, que produziu a primeira teoria científica sistemática do “transformismo”, uma teoria radical de sucessivas formas de espécies, teria grande adesão, em uma segunda forma, o neolamarckismo. Após a descoberta das leis da hereditariedade de Mendel, o lamarkismo de estreitou passando a significar uma teoria particular do funcionamento da hereditariedade. O neolamarckismo se voltou para questões muito mais culturais e políticas do que biológicas. Segundo as ideias de Lamarck, a evolução era resultado não de forças materiais cegas, mas de mudanças provocadas pela vontade e escolha. Dessa forma, se alinhava muito mais às noções tradicionais de moralidade, e atribuía ao médico a possibilidade de intervenção no processo de melhoria das raças. Para mais informações, cf. *Ibid.*, p. 78-84.

²⁵⁰ *Ibid.*, p. 32.

²⁵¹ CARRARA, 1996, p. 56.

circunstâncias que podiam corromper seus sistemas vitais pela falha moral do “pecado original”. O processo de degradação atingiria, então, o sistema nervoso e proporcionaria uma série de perturbações físicas e morais. Os efeitos dessa corrupção seriam hereditariamente transmitidos aos descendentes como um conjunto de defeitos progressivamente mais graves ao longo de gerações sucessivas.²⁵²

O médico Alfred Fournier contribuiu para que a ideia de degeneração fosse incorporada à nova linguagem científica emergente no início do século XX, a bacteriologia. Ele defendia que, além da transmissão entre mãe e filho, havia uma transmissão propriamente hereditária que, através de mecanismos misteriosos, fazia com que o pai sífilítico, livre de lesões contagiantes, pudesse contaminar o feto, sem, entretanto, ter contaminado a esposa. Uma das grandes contribuições de Fournier foi, apoiando-se no mesmo princípio da hereditariedade de Morel, afirmar que a sífilis poderia produzir não só uma gama variada de outras moléstias, mas também um conjunto de anomalias e defeitos. Em outras palavras, Fournier propunha a ideia de que a sífilis era uma espécie de mediadora entre patologia e teratologia; “[...] uma moléstia que, agindo de um modo não esclarecido sobre o ‘germe’ (esperma ou óvulo), tornava-se um princípio teratológico com poder de alterar o próprio biótipo da espécie ao longo das gerações, fazendo com que se *degenerasse*”.²⁵³ Carrara também afirma que a trajetória das convicções científicas acerca da sífilis hereditária não ocorreu de forma linear. Em 1918, Eduardo Rabello duvidava da possibilidade de uma sífilis germinativa e pensava que não poderia haver filho sífilítico sem mãe sífilítica, sendo a sífilis quase sempre transmitida pela placenta e não por meios embrionários ou fetais.²⁵⁴ A realização sistemática do teste de Wassermann pode ter contribuído significativamente para essa conclusão.

Sobre os chamados sífilíticos hereditários ou heredo-sífilíticos, eram vistos como criaturas degradadas ou não-desenvolvidas. Os médicos acreditavam que a sífilis hereditária implicava a parada de desenvolvimento físico e também mental, contribuindo para a multiplicação de sujeitos integrantes de uma raça inferior. Eram constantes as ideias de crianças que nasciam sem cérebro, por exemplo (Figura 8 e Figura 10), com deformações labiais (Figura 9) e, extrapolando completamente as

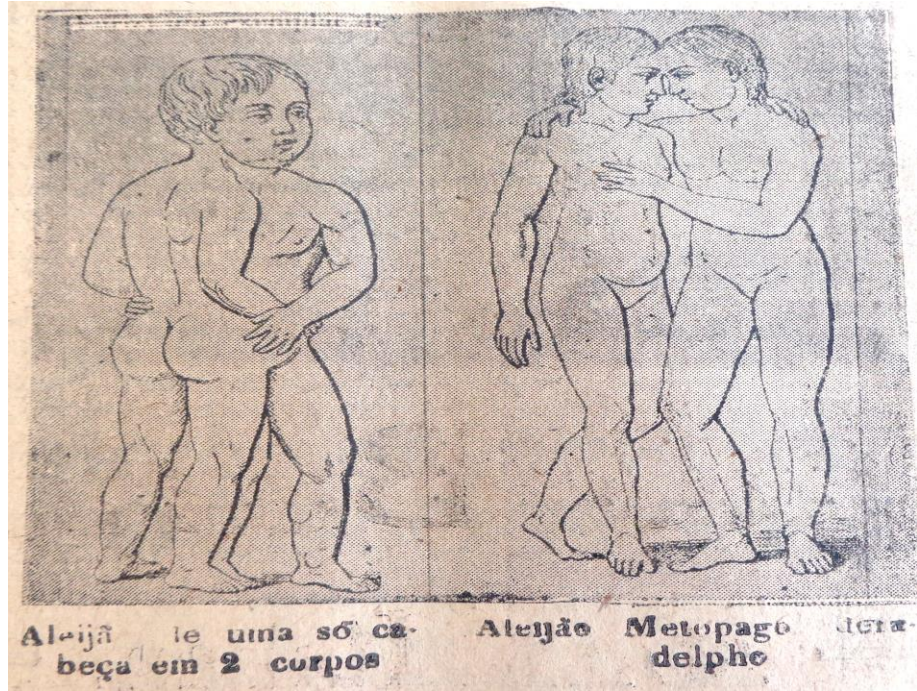
²⁵² CARRARA, 1996, p. 54.

²⁵³ Ibid., p. 63.

²⁵⁴ Ibid., p. 69.

possibilidades reais, uma imagem mostrava crianças com três cabeças. (Figura 10).

Figura 6 - Representação de xifópagos 1.



Fonte: *Diário de Notícias*, 21 jul. 1920.

Figura 7 - Representação de xifópagos 2.



Fonte: *Diário de Notícias*, 21 jul. 1920.

Figura 8 - Monstro ancéfalo e úlceras na perna.



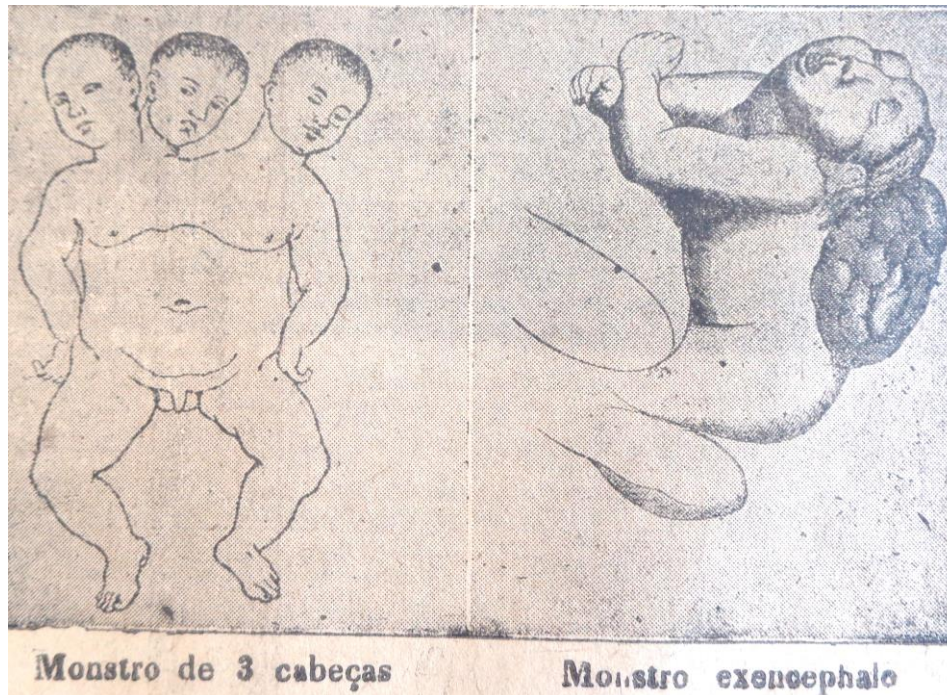
Fonte: *Diário de Notícias*, 21 jul. 1920.

Figura 9 - Lábios leporinos.



Fonte: *Diário de Notícias*, 21 jul. 1920.

Figura 10 - Monstro de 3 cabeças e monstro ancéfalo.



Fonte: *Diário de Notícias*, 21 jul. 1920.

É paradoxal como em pleno início do século XX, com todos os avanços da medicina descritos até aqui, ainda se vinculavam a saberes acadêmicos imagens que remetiam ao ideal de monstruosidade presente, por exemplo, ao longo da Idade Média e início da Modernidade.²⁵⁵ Em análise sobre o imaginário dos portugueses, Luís Adão da Fonseca mostra como eram diversas as construções imaginárias acerca desses seres, que variavam entre serpentes, seres canibais, seres com apenas um olho, dragões e baleias que teoricamente existiriam no além-mar.²⁵⁶

Havia, no entanto, uma diferença na ideia de monstruosidade nos referidos momentos históricos. Na Idade Média, o “monstro” era visto como uma diferente manifestação da ação de Deus. Era o “outro”, aquilo que os humanos não eram. Já para o homem moderno, o monstro passou a participar do patológico, do defeituoso congênito, contrapondo-se à ideia de equilíbrio e de perfeição que caracterizava a não monstruosidade. “A monstruosidade é decomposta nas diferentes deformações, distinguindo-as quanto à sua origem, e remetendo a explicação para o domínio da

²⁵⁵ Não se busca, aqui, realizar uma comparação sistemática entre as figuras míticas do medievo/modernidade e as imagens vinculadas na propaganda da Primeira República Brasileira, apenas alertar para a similaridade das representações.

²⁵⁶ FONSECA, Luís Adão da. O imaginário dos navegantes portugueses dos séculos 15 e 16. O imaginário dos navegantes portugueses dos séculos 15 e 16. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 6, n. 16, p. 35-51, 1992. p. 47-48.

patologia na transmissão da mensagem genética, a ciência moderna acaba por biologizar a monstruosidade.”²⁵⁷ As propagandas de medicamentos veiculadas em Salvador, e aqui analisadas, apropriavam-se de representações nesse sentido, articulando-as à infância.

No início do século XX, as crianças eram vistas como o recurso biológico-político da nação e se considerava que o estado tinha a obrigação de regular sua saúde. Isso fez com que um grupo de médicos se voltasse para os estudos da puericultura e passasse a propor intervenções relacionadas à maternidade. Como a puericultura estava ligada a uma visão profundamente tradicional do papel da mulher na família e na reprodução, os puericultores concentravam-se na necessidade de manter as mulheres no papel maternal, criando saudavelmente seus filhos segundo os “modernos princípios médicos”. Dessa forma, a eugenia foi associada à obstetrícia, às políticas populacionais e ao bem-estar infantil e constituiu pauta comum nas campanhas contra alcoolismo, tuberculose e doenças venéreas. A reprodução humana não era considerada apenas sagrada, mas valiosa para o estado, as crianças precisavam de proteção e os médicos se viam com a obrigação de sanear e moralizar a esfera sexual para torná-las saudáveis e fortes.²⁵⁸

Maria Martha de Luna Freire analisou a construção do discurso maternalista no Brasil, na década de 1920, pela análise de revistas femininas que veiculavam ideias de uma maternidade científica. Ela destaca como os médicos progressistas consideravam importante substituir os padrões considerados “arcaicos” pelos novos padrões higiênicos, enquanto os conservadores insistiam em preservar os valores familiares tradicionais. Para a autora, as regras que guiavam a vida familiar começavam a se modernizar, incorporando os conhecimentos científicos da eugenia e introduzindo, no cenário doméstico, profissionais como médicos, juristas e assistentes sociais.²⁵⁹ Nos artigos que escreviam nas revistas femininas, esses profissionais davam orientações sobre prevenção e cuidado com ferimentos e doenças comuns, lembrando sempre o risco de contágio. Estavam todos unidos em torno a uma preocupação declarada com a infância e com o destino da nação brasileira, baseados em uma eugenia positiva, fundamentada na teoria

²⁵⁷ FONSECA, L., 1992, p. 48.

²⁵⁸ STEPAN, 2005, p. 86, 89.

²⁵⁹ FREIRE, Maria Martha de Luna. *Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV Ed., 2009. p. 81-82.

neolamarckista, que visava o aprimoramento hereditário.²⁶⁰

Ainda em relação às implicações da sífilis, o doutor Souza considerava que, de certa forma, adquiri-las ao longo da vida era menos nocivo do que herdá-las, devido à possibilidade de reversão dos males causados pelo contágio, no primeiro caso:

A herança da lues cria tara, etygmias degenerativos, que não demovem com as mediações. Da mesma maneira que a lues faz a invariabilidade do produto de concepção, gera produtos outros viáveis incapacitados, em parte ou ao todo, para a vida da sociedade; estes são indivíduos fisiologicamente anormaes, inadaptáveis ao meio em que vivem, são tarados incuráveis que levam uma vida inteira improductiva, são inconscientes ou meio conscientes que representam um prejuízo e um perigo social.²⁶¹

Em 1926, o médico Guttemberg José Leal demonstrava uma percepção extremamente negativa em relação aos heredo-sifilíticos e pensava ser a morte melhor que a convivência com os sintomas causados pela enfermidade: “[...] felizmente grande parte destes desafortunados morrem cedo; outros chegam à idade adulta, outros à velhice; mas durante a vida [...] são *obrigados* a lutar com deficiências físicas e mentais [...] a morte é preferível a seus horrores”.²⁶² Aneurisma, reumatismo e paralisia também eram anunciados pela propaganda de medicamentos como o *Licor de João Paes*. (Figura 11) O anúncio era emblemático e trazia a imagem de um homem que havia se suicidado, não suportando conviver com os sintomas, que a medicação prometia acabar.

Apesar de ser considerada uma atitude extrema, o suicídio não era uma saída tão improvável em relação aos portadores da sífilis. Numa das visitas que o doutor

²⁶⁰ FREIRE, 2009, p. 125-126.

²⁶¹ SOUZA, J., 1923, p. 21.

²⁶² LEAL, Guttemberg José. *A decadência da humanidade*. Bahia, 1926. These (Inaugural – Cadeira Hygiene) – Faculdade de Medicina da Bahia, 1926. p. 29.

Pirajá da Silva²⁶³ realizou ao dispensário Ramiro Monteiro, encontrou uma meretriz nomeada como E. V. O médico relata a inquietação da mulher, quando lhe mostrou as manifestações sífilíticas no braço, na face e no colo: “[...] após a prescrição medica confessou a resolução previamente tomada, o suicídio, caso não melhorasse, por não ter segundo seu pensar, a mínima serventia, mulher como ella e em taes condições”.²⁶⁴

Figura 11 - Propaganda do Licor de João Paes.



Fonte: *Diário de Notícias*, 4 jul. 1927.

²⁶³ Manuel Augusto Pirajá da Silva nasceu em Camamu-BA, em 28 de janeiro de 1873, e faleceu em Salvador-BA, em 1961. Formou-se em medicina pela FMB, em 1896, onde defendeu a tese intitulada *Contribuição para o estudo de uma moléstia que ultimamente aqui tem reinado com os caracteres da meningite cérebro-espinhal-epidêmica*. Estudou doenças tropicais em Hamburgo, na Alemanha, e em Paris, na França. Clinicou dois anos na cidade de Amargosa, recôncavo baiano, trabalhou na Amazônia por três meses, quando retornou a Salvador. Em 1902, foi nomeado assistente da 1ª Cadeira de Clínica Médica da FMB. Conviveu com Carlos Chagas, com quem realizou os estudos preliminares das suas principais descobertas nas áreas da medicina e da parasitologia. Estudou no Instituto Pasteur, em Paris, e, em 1921, foi nomeado Inspetor Sanitário e organizou centros de assistência e combate às doenças venéreas. Correspondia-se com inúmeros nomes proeminentes da época, como Adolfo Lutz, Afranio do Amaral, Arthur Neiva, Oswaldo Cruz. Cf. SILVA, Lara Parente; NOVAES, Maryana Dias. Pirajá da Silva. In: JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; MATUTINO, Adriana Reis Brandão; CORREIA, Fernanda Ramos (Org.). *Faculdade de Medicina da Bahia: mais de 200 anos de pioneirismo*. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 15-20.

²⁶⁴ SILVA, Pirajá da. *Relatório do serviço de profilaxia da lepra e doenças venereas*. APEB, caixa 4068, maço 18, 1925.

Não se sabe se a mulher cometeu suicídio após a consulta médica mas, certamente, muitas outras o fizeram. A prostituta de nome Ricarda Pereira da Silva, também chamada de Caboclinha, tinha 26 anos de idade quando se atirou de uma das janelas do terceiro andar do prédio número 11 da Rua Visconde do Rio Branco, no dia 25 de outubro de 1918. O Jornal *O Democrata* noticiava, como causa da morte, o fato de que, há muito tempo, ela vinha sofrendo de uma “moléstia interna incurável” e, seguindo o conselho de sua mãe, foi ao médico. Tomando ciência do mal que a acometia, dirigiu-se à sua casa e, “[...] iludindo a vigilância das pessoas de casa, atirou-se da janela a rua”.²⁶⁵ Diante de todas as ideias de degeneração presentes nas representações médicas e sociais sobre a sífilis, é muito provável que a meretriz tenha tirado sua própria vida por um diagnóstico de *lues*.

Entre os muitos espaços da medicina que a eugenia influenciou, um apoio seguro foi encontrado no campo da higiene mental. Graças a essa associação, os ideais eugênicos acabaram sendo relacionados a problemas de criminalidade e prostituição, consideradas “patologias” dos pobres, da população negra e mestiça brasileira.²⁶⁶ As deformidades geradas pela sífilis não seriam apenas físicas, mas também morais, psicológicas. A partir da medicina preventiva psiquiátrica, marcada pelo hereditarianismo, os médicos buscavam extrapolar os muros dos asilos, hospitais e ganhar a vida cotidiana dos lares, ruas e escolas.

Para esses profissionais, era consenso o papel central da prostituição na propagação da sífilis. Contudo, enquanto solução para a questão do meretrício, as perspectivas de abolição e de regulamentação eram um elemento de grande divergência entre a classe médica, como se pôde observar no capítulo 1. Ainda no século XIX, o meretrício era articulado às imagens relativas à doença, como ao cancro, à chaga, à úlcera, à gangrena e ao vírus. Engel constatou que a prostituição era vista pelos médicos como uma enfermidade do corpo, um foco infeccioso que ameaçava a saúde e a vida. O discurso médico recaiu sobre a prostituição como fonte e agente da propagação venérea, um perigo que se espalhava pelas ruas e casas, contaminava corpos e causava destruição,²⁶⁷ a degeneração.

Os estudos de medicina legal, principalmente, se apropriaram dos elementos

²⁶⁵ *O Democrata*, 26 out. 1918. (*Os desertores da vida*)

²⁶⁶ STEPAN, 2005, p. 58.

²⁶⁷ ENGEL, 2004, p. 74-75.

de degeneração,²⁶⁸ representados na Bahia pelo médico Raimundo Nina Rodrigues. Lilian Schwarcz analisa a produção científica da FMB e da FMRJ e afirma que, no combate às enfermidades, os profissionais baianos da década de 1890, filiados a essa matriz, priorizavam a figura do doente, pois acreditavam que a partir da miscigenação se previa a loucura, se entendia a criminalidade e promoviam programas eugênicos que visavam à “depuração”. Além disso, comparava baianos e cariocas:

Na Bahia é a raça, ou melhor, o cruzamento racial que explica a criminalidade, a loucura, a degeneração. Já para os médicos cariocas, o simples convívio das diferentes raças que imigraram para o país, com suas diferentes constituições físicas, é que seria o maior responsável pelas doenças, a causa de seu surgimento e obstáculo à “perfectibilidade” biológica”.²⁶⁹

As imagens presentes na propaganda de *Antigal*, então, articulavam-se de forma explícita com as concepções expostas sobre degeneração da raça, presentes no campo da medicina. Não se propõe neste estudo analisar a recepção da propaganda entre os diferentes grupos sociais. As classes, muito provavelmente, a assimilavam diferentemente, tendendo a haver uma maior preocupação por parte das elites soteropolitanas, do que pelas camadas mais pobres, analfabetas e sem dinheiro para comprar jornais. A partir de 1920, as reflexões em torno da eugenia ganharam força. Se houve uma mudança na postura do estado em relação às doenças venéreas, o imaginário em torno da sífilis continuava inalterado. As representações de degeneração racial estavam presentes nos discursos da população geral e no meio médico.²⁷⁰ Entretanto, a percepção acerca de uma eugenia preventiva tornou-se a grande bandeira dos médicos ligados ao saneamento, com o intuito de “regenerar” a população brasileira.

2.4 UMA EUGENIA PREVENTIVA

Em seu trabalho, Stepan argumenta que a eugenia na América Latina estava muito mais voltada para os acontecimentos continentais do que os acontecimentos

²⁶⁸ STEPAN, 2005, p. 60.

²⁶⁹ SCHWARCZ, Lilia Moritz. As Faculdades de Medicina ou como sanar um país doente. In: _____. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993. p. 191.

²⁷⁰ SANGLARD, 2008, p. 167.

na Europa, onde a eugenia surgiu. Para isso, ela indica como os países europeus, que simbolizavam a civilização e o avanço, contrastando com o que definiam como barbárie e atraso presentes no continente americano, caíram em seus próprios barbarismos durante a Primeira Guerra Mundial. Isso ajudou a gerar um novo senso de nacionalismo na América Latina, concebido por um desejo de projetar os Estados-nação do continente no cenário mundial.²⁷¹ De fato, enquanto os europeus intensificavam o medo da degeneração, na América Latina se insuflava uma nova determinação de realizar a regeneração nacional, ideias que prevaleceram principalmente na década de 1920:

Na segunda década do século XX, a atroz pobreza e a deplorável saúde dos pobres haviam se cristalizado na consciência pública como uma questão nacional – a “questão social”. O grupo que mais inquietava os médicos, os especialistas em saneamento e reformadores brasileiros era, em sua maior parte, constituído por negros e mulatos. Esses profissionais presumiam que as doenças sociais se acumulavam na base da hierarquia sócio-racial – que os pobres eram pobres porque eram anti-higiênicos, sujeitos ignorantes e hereditariamente inadequados. Os preconceitos de raça e classe fundiram-se, por conseguinte, na linguagem da hereditariedade.²⁷²

Carrara concorda com a autora e destaca que a sífilis, que dividiu com a miscigenação racial a posição de responsável pela degeneração da raça brasileira, começou a se impor a partir de 1920 e, posteriormente, a substituí-la. Surgia, então, um apelo relacionado à salvação da raça pela luta antivenérea, liderada pelos médicos.

No Brasil, o profissional de maior destaque no campo da Eugenia foi, sem dúvidas, Renato Kehl. Segundo Stepan, ele se reuniu com médicos para discutir a revisão do código matrimonial civil da nação brasileira, que iria permitir casamentos consanguíneos, sendo que a maior parte dos médicos era contra essa decisão, por razões religiosas e médicas. Kehl se aproveitou da oportunidade para vincular o casamento à ideia de eugenia e, após a reunião, propôs a criação da Sociedade Eugênica de São Paulo.²⁷³ A eugenia não passaria despercebida pelos médicos baianos e ganhou tamanha força entre eles, na década de 1920, que o doutor Oliveira defendia o protagonismo de um professor da FMB como pioneiro daquela ciência, em relação ao Brasil:

²⁷¹ STEPAN, 2005, p. 46.

²⁷² Ibid., p. 47.

²⁷³ Ibid., p. 55.

No nosso paiz, o primeiro grito partiu da Bahia, onde o ilustre Prof. da Faculdade de Medicina, Dr. Alfredo Ferreira de Magalhães teve a honra de ser o pioneiro da Eugenia, quando a 27 de Novembro de 1912, num dos estabelecimentos de Ensino, lera sua bela conferencia, sob o titulo de “Pro-Eugenismo”. No ano seguinte, ao tempo que era proposto por Manouvrier e Houssay para “membro associado d Societé Française d’Eugenique, publicava ele o livro “Orthophilia” – Escritos de Eugenia, primeira publicação brasileira sobre o assunto.²⁷⁴

A eugenia não era vista pelo doutor Oliveira como algo homogêneo. Na tese de doutoramento que escreveu, definiu-a em três formatos. O primeiro deles seria basicamente uma eugenia positiva, pautada na educação dos jovens para o matrimônio e para a perpetuação da espécie. A segunda, negativa, que visava evitar ou limitar o nascimento de sujeitos doentes ou degenerados. Essa modalidade propunha num campo maior de gravidade, como medida de combate à sífilis, a esterilização dos indivíduos portadores de moléstias hereditárias e contagiantes.²⁷⁵ E, por fim, a terceira, segundo ele a mais necessária para a raça brasileira em formação, era a eugenia preventiva. Ela tinha como objetivo combater o analfabetismo, o grande empecilho que esbarrava na propaganda educativa, e a melhoria da raça:

O brasileiro, - produto do cruzamento entre três grandes raças: europeia, representada pelo portuguez descobridor e colonizador; a cabocla, figurada pelo selvagem autochtone e independente; a negra, na pessoa do africano forte mas escravizado, - é, como dissemos um elemento em plena formação. Urge pois eugenisal-o. Eugenisal-o excluindo os defeitos e fazendo sobressair as optimas qualidades de que são possuidores os três factores ethnicos.²⁷⁶

Baseado nas proposições de Renato Khel, o doutor Oliveira reafirmava que não havia inferioridade na raça mesclada dos sertanejos. Pelo contrário, os caboclos eram o padrão de homem eugenizado: sem vermes, sem sífilis e sem intoxicação alcoólica.²⁷⁷ Para conseguir a erradicação desses males que assolavam o sertanejo seria necessária a boa vontade dos médicos e uma administração definida como “patriótica” pelo governo brasileiro. A eugenia preventiva se adequava aos ideais do movimento sanitarista e da reforma proposta pelo DNSP, primeiro porque não considerava inferior o homem do campo e, sim, doente. Segundo, primava pela

²⁷⁴ OLIVEIRA, L., 1928, p. 22.

²⁷⁵ Ibid., p. 15.

²⁷⁶ Ibid., p. 12.

²⁷⁷ Ibid., p. 13.

instrução da população abandonada do campo, pela propaganda com folhetos, livrinhos, cartazes e jornais ilustrados; e, por fim, defendia o estabelecimento de Centros Rurais de Saúde, onde fosse realizada a profilaxia sistemática da verminose, do paludismo, da sífilis, da tuberculose.²⁷⁸ A Secretaria de Saúde e Assistência Pública da Bahia investiu nesse modelo eugênico, a partir do acordo firmado entre o estado e a União,²⁷⁹ e produziu materiais de propagandas para esclarecer a população sobre diversas doenças e hábitos saudáveis (Figura 12), inclusive sobre a sífilis. (Figura 13) As imagens de uma foice e uma caveira, significando a morte, e uma criança doente alertavam a população para os males da degeneração presentes no contágio venéreo.

Figura 12 - Propaganda da Secretaria de Saúde e Assistência Pública da Bahia.



Fonte: BARRETO, 1928.

Os ideais de eugenia e degeneração estiveram completamente imersos na compreensão da sífilis na década de 1920. Acreditar que o país não era degenerado pela mistura de raças, por conta do clima, era a grande tônica.²⁸⁰ Se fosse realizada uma política sanitária e educativa bem dirigida, o país poderia ser eugenicamente redimido, purificado. As raças que compunham sua população exibiriam então seus

²⁷⁸ OLIVEIRA, L., 1928, p. 14.

²⁷⁹ Cf. Cap. 1.

²⁸⁰ CARRARA, 1996, p. 130.

atributos positivos, apenas momentaneamente mascarados pelas consequências de da doença.

No próximo capítulo será observado como, na prática, os médicos soteropolitanos agiram, a partir das ideias de degeneração e regeneração exploradas aqui, no intuito de sanear a capital baiana.

Figura 13 - Propaganda da Secretaria de Saúde e Assistência Pública da Bahia contra a sífilis.



Fonte: BARRETO, 1928.

CAPÍTULO 3

DESENVOLVIMENTO DO SISTEMA SANITÁRIO E O COMBATE À SÍFILIS EM SALVADOR NA DÉCADA DE 1920

O pós-1920 foi definitivo para a transformação das estruturas sanitárias da Bahia. Houve uma multiplicação de postos sanitários, que se tornaram o principal local de tratamento da sífilis, em detrimento do Hospital Santa Izabel, cujas enfermarias eram utilizadas pelos médicos para as aulas práticas do curso.

Apesar de existir uma cátedra de dermatologia e sifilografia na FMB, o ensino sobre a sífilis não ocorria na enfermaria São Joaquim, criada no hospital da Santa Casa para esse fim. Ele foi pulverizado em outras cátedras e colocado em prática mediante o conhecimento construído nos dispensários, por diversos outros professores e seus alunos.

Os médicos seguiam as orientações do DNSP e abriam os postos sanitários para que os estudantes de medicina adquirissem conhecimento prático sobre a sífilis. Como consequência, teses de doutoramento eram elaboradas pelos estudantes e serviam como instrumento para o tratamento de sífilíticos naqueles mesmos espaços. Além disso, priorizava-se a educação sanitária como forma de transformação das condições de saúde dos baianos.

O projeto de saneamento na Bahia foi supervisionado pelo secretário de Saúde e Assistência Pública, Antônio Luis Cavalcanti de Barros Barreto. Sua formação no IOC e as relações afetivas e políticas que estabeleceu ao chegar na Bahia – casou-se com a filha do governador Góes Calmon e assumiu a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública –, tornaram-no figura de destaque no processo de ampliação das estruturas sanitárias da capital.

3.1 DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA NA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA E AS ENFERMARIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA

Para compreender a importância que os postos sanitários adquiriram no tratamento da sífilis na década de 1920, torna-se necessário recuar um pouco no

tempo e verificar como se criou e se desenvolveu a cátedra de Dermatologia e Sifilografia, na qual era ministrado o ensino sobre a doença.

3.1.1 Surgimento da Cátedra de Dermatologia e Sifilografia na FMB e um sifilógrafo pesquisador

Ao longo da sua trajetória, a SCMS passou por muitos momentos de dificuldades financeiras. No biênio 1918-1919, a situação se agravou devido à crise dos gêneros alimentícios e à dívida do estado, que acumulava valores relativos ao tratamento médico de policiais, juros de apólices e débitos antigos por obras no Asilo São João de Deus.²⁸¹ Além disso, o provedor fazia queixas relativas à defasagem do valor pago pela FMB para a utilização de 14 clínicas na instituição filantrópica, visto que ela continuava a pagar o mesmo valor de 1903, quando ocupava apenas 9 enfermarias do hospital. Como o Santa Izabel absorvia praticamente 50% da receita total da Santa Casa, o número de leitos foi diminuído, mesmo com a demanda de pessoas doentes de outros municípios do estado, como as cidades de Nazaré e Cachoeira.²⁸² Apesar das queixas, admitia-se que o serviço médico-cirúrgico, de laboratório e o hidrelétrico-terápico era desenvolvido pelo corpo clínico de docentes da FMB, “[...] não havendo reclamação de nenhuma importância [financeira] por parte da Faculdade”.²⁸³ Os médicos atuavam filantropicamente, utilizando aquele espaço como *locus* de estudo para desenvolvimento de suas pesquisas, e ajudavam a amenizar os efeitos das doenças que afligiam integrantes das classes economicamente subalternas.

Ao longo da década de 1920, as enfermarias do Hospital Santa Izabel estavam divididas por sexo e eram designadas por nomes de santos católicos. (Quadros 1 e 2) A clínica de moléstias dermatológicas e sifilíticas estava localizada na enfermaria São Joaquim e só pôde ser criada com as reformas médicas de finais do século XIX.

²⁸¹ SANTA CASA DE MISERICÓRDIA. *Relatórios da Santa Casa de Misericórdia 1919-1924*. Arquivo da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, 1921. p. 32.

²⁸² Ibid.

²⁸³ PIMENTA, Octávio. *Directoria do Hospital Santa Izabel: relatório de 1920*. Arquivo da Santa Casa de Misericórdia, 1921.

Quadro 1 - Enfermarias de Homens do Hospital Santa Izabel

Enfermarias de Homens	
Nome	Especialidade
Enfermaria São Luiz	Clínica Cirúrgica
Enfermaria São Vicente	Clínica Médica
Enfermaria São José	Clínica Cirúrgica
Enfermaria São Joaquim	Clínica Dermatológica e Sifilográfica
Enfermaria São Paulo	Clínica de Moléstias Nervosas
Enfermaria São Pedro	Clínica Médica
Enfermaria São Lázaro	Clínica de Tuberculosos
Enfermaria Santa Izabel	Clínica Pediátrica Médica-Cirúrgica
Enfermaria São João	Pensionistas
Enfermaria São Maurício	Clínica Ophtalmológica
Isolamento	Moléstias infecciosas não-epidêmicas

Fonte: Relatórios da Santa Casa de Misericórdia²⁸⁴

Quadro 2 - Enfermarias de Mulheres do Hospital Santa Izabel

Enfermarias de Mulheres	
Nome	Especialidade
Enfermaria Santa Rosa	Clínica de Tuberculosas
Enfermaria Sant'anna	Clínica Médica
Enfermaria Santa Martha	Clínica Ginecológica
Enfermaria Santa Maria	Clínica Médica-Cirúrgica
Enfermaria Santa Izabel	Clínica Pediátrica Médica-Cirúrgica
Enfermaria Santa Amélia	Pensionistas
Enfermaria Santa Clara	Clínica Ophtalmológica
Isolamento	Moléstias infecciosas não-epidêmicas

Fonte: Relatórios da Santa Casa de Misericórdia²⁸⁵

Em estudo sobre o surgimento do ensino da pediatria e a assistência à infância na primeira República, no Rio de Janeiro, Gisele Sanglard e Luiz Otávio Ferreira afirmam que a Reforma do ensino médico, decretada em abril de 1879 pelo ministro do império Leôncio de Carvalho, instituiu a frequência livre às aulas e sabatinas; medida desastrosa, foi abolida em 1883 pelo novo diretor da FMRJ, Vicente Cândido Figueira Sabóia. O médico tornou obrigatória a frequência aos trabalhos práticos e laboratórios e permitiu a realização dos cursos livres nas próprias instalações da Faculdade, com matérias relativas ao currículo. Na prática, muitos cursos ocorreram fora dos muros da FMRJ, como os oferecidos com regularidade pelo médico Moncorvo de Figueiredo, sobre doenças de crianças, na Policlínica Geral do Rio de Janeiro. As disposições da Reforma Leôncio Carvalho

²⁸⁴ SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, 1921. Arquivo da Santa Casa de Misericórdia da Bahia; SANTA CASA DE MISERICÓRDIA. *Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Bahia 1925-1928*. Arquivo da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, 1930.

²⁸⁵ Ibid.

que ainda não haviam sido colocadas em prática foram expandidas com os Decretos de 12 de março de 1881 e de 30 de outubro de 1882, quando se criaram sete novas cátedras: clínica obstetrícia e ginecológica, clínica psiquiátrica, clínica oftalmológica, clínica das moléstias médicas e cirúrgicas de crianças, anatomia e fisiologia patológicas, clínica de moléstias e doenças cutâneas e sífilíticas, segunda cadeira de clínica médica de adultos e segunda cadeira de clínica cirúrgica de adultos.²⁸⁶ O ensino da sífilis passou a ser ministrado na cadeira de Dermatologia e Sifilografia, articulando a doença venérea às doenças cutâneas, visto que suas manifestações mais visíveis ocorriam na pele.

Com a institucionalização do ensino da sifilografia, a FMB realizou concurso para a nova cátedra em 1885, sendo aprovado o doutor Alexandre Evangelista de Castro Cerqueira.²⁸⁷ A trajetória do médico oferece elementos para uma reflexão sobre como o ensino e a prática sobre a sífilis se desenvolveram na instituição. Depois de formado, o médico trabalhou no Instituto Vacinogênico da Bahia e, em 1881, participou de um disputado concurso para substituto na seção de Ciências Acessórias. Em 1882, foi nomeado e ensinou nas cadeiras de clínica orgânica, botânica e medicina legal.²⁸⁸ Entre 1883 e 1885, ele esteve na Europa e estudou sifilografia e dermatologia com grandes nomes da área, a exemplo de Alfred Fournier, em Paris, F. Hebra e Moriz Kaposi, em Viena. Retornou do exterior e, como único candidato para a cátedra de doenças venéreas, obteve aprovação unânime dos seus colegas.²⁸⁹

Como professor, Cerqueira declarava ser guiado “[...] só e só pela observação e pelas clínicas”, o que revela o seu gosto pela experimentação. Viajou para ao Rio de Janeiro em 1896, como representante da Sociedade de Medicina e de Cirurgia e descreveu seus experimentos no tratamento da lepra, que desenvolvia em seu

²⁸⁶ SANGLARD; FERREIRA, 2010, p. 444.

²⁸⁷ Alexandre Evangelista de Castro Cerqueira nasceu em Salvador-BA, em 1853 e faleceu na mesma cidade, no ano de 1931. Formou-se em medicina pela FMB no ano de 1877, onde defendeu a tese intitulada *Signaes e diagnósticos fornecidos pelos exames das urinas*. Foi catedrático de Dermatologia e Sifilografia e o primeiro médico da FMB a chamar a atenção dos seus alunos para o Botão de Briskra, também chamado de leishmaniose cutânea, apesar de Juliano Moreira desenvolver pesquisa sobre a doença quase que simultaneamente. Cf. MOURA, Caio Otávio Ferreira de. *Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia*, anno de 1914. Bahia: S.C.P., 1914.

²⁸⁸ Ibid.

²⁸⁹ Ibid.

consultório na Bahia, a partir do óleo de *chaoulmoogra*²⁹⁰ associado a correntes elétricas, de forma simultânea às pesquisas com eletricidade desenvolvidas pelo sifilógrafo carioca Werneck Machado, em busca de uma terapêutica para a mesma doença.²⁹¹

Assim, o trabalho do primeiro catedrático de doenças cutâneas e de sifilografia da FMB estava em sintonia com os conhecimentos sobre a sífilis e a lepra daquele momento, no Brasil e no mundo. Seu gosto pela prática influenciava positivamente os alunos no trabalho desenvolvido na enfermaria São Joaquim, da Santa Casa de Misericórdia, que se utilizavam das experiências adquiridas para a elaboração de teses de doutoramento. Como exemplo, é possível citar o trabalho defendido em 1900 por Arthur Novis, intitulado *Estigmas da syphilis hereditaria tardia*, no qual o autor analisou o caso de uma criança sífilítica tratada por Alexandre Cerqueira. Além disso, Novis agradeceu ao catedrático pela permissão para a elaboração de uma imagem, a partir da observação realizada. (Figura 14)

Outro exemplo sobre a influência do trabalho desenvolvido pelo catedrático na FMB pode ser observado na atuação do médico Juliano Moreira. Caracterizado como “o pupilo ilustre” de Cerqueira,²⁹² Moreira matriculou-se na instituição em 1886 e, em 1890, foi aprovado para Interno da Clínica Dermatológica e Sifilográfica. Formou-se em 1891, com a tese *Etiologia da syphilis maligna precoce*. Entre as muitas contribuições que deu para esse campo, diagnosticou que muitas outras doenças de pele eram consideradas sífilis, o que banalizava a doença e gerava um ganho secundário na venda de produtos “depurativos”.²⁹³ Ademais, denunciou o equívoco dos falsos negativos de sífilis, alertando para a consequência grave da falta de cuidados adequados para os que sofriam da enfermidade. Em 15 de setembro de 1894, fez concurso para preparador de anatomia médico-cirúrgica, mas

²⁹⁰ Antes da década de 1930, o tratamento de doenças era feito com medicamentos a base de substâncias da natureza. As plantas conhecidas pela designação de *chaulmoogras* pertencem à família das flacourtiáceas e o seu óleo foi amplamente utilizado no combate à lepra em fins do século XIX e início do século XX. O IOC foi um importante local de produção dos derivados do óleo e de pesquisa e ensino sobre a terapêutica chaulmúgrica. Para mais informações, cf. SANTOS, Fernando Sérgio Dumas dos; SOUZA, Leticia Pulmar Alves de. O óleo de chaulmoogra como conhecimento científico: a construção de uma terapêutica antileprótica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 29-47, jan./mar. 2008.

²⁹¹ MOURA, 1914.

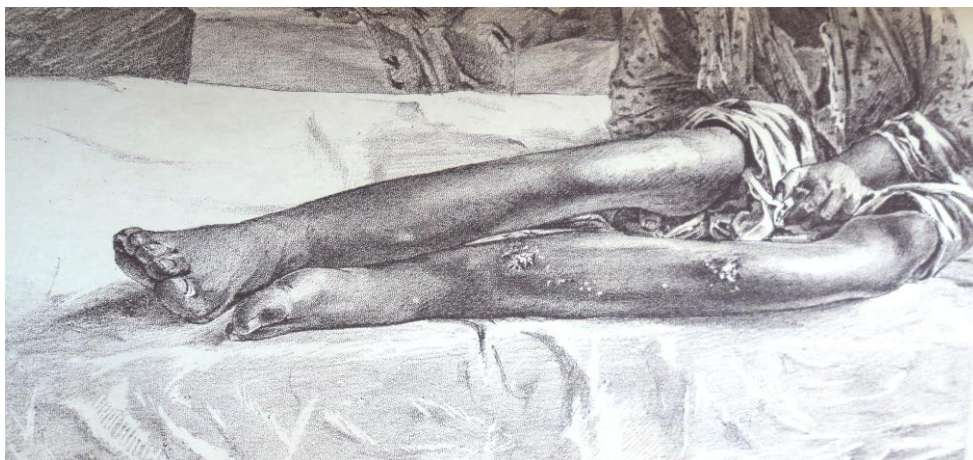
²⁹² SILVA, Laura Maria Andrade et al. Alexandre Evangelista de Castro Cerqueira. In: JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; MATUTINO, Adriana Reis Brandão; CORREIA, Fernanda Ramos (Org.). *Faculdade de Medicina da Bahia: mais de 200 anos de pioneirismo*. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 87-98.

²⁹³ *Ibid.*, p. 94-95.

nesse período, sem remuneração, tornou-se assistente da cátedra de Clínica Psiquiátrica e de Doenças Nervosas da FMB. Em 1903, transferiu-se para o Rio de Janeiro para assumir a direção do Hospital Nacional de Alienados e dirigir a política de assistência a essas pessoas, em todo o país.²⁹⁴

Alexandre Cerqueira se preocupou em opinar sobre os temas relacionados à sua área de atuação, especialmente sobre o debate que envolvia a prostituição e as medidas de combate à sífilis: “[...] rebelou-se adversário da regulamentação mormente reforçada com a vigilância da polícia de costumes [...] tendo dado máos resultados em todos os paizes que a têm adoptado”.²⁹⁵ Declarava-se antirregulamentarista, desaprovava a criação de sifilicômios, defendia o princípio da liberdade de se tratar os doentes em dispensários gratuitos e numerosos e alertava para a necessidade de, por todos os meios, esclarecer a população sobre o perigo da sífilis.²⁹⁶

Figura 14 - Tíbia de uma criança portadora de sífilis hereditária.



Fonte: NOVIS, 1900.

Em finais do século XIX, o médico baiano se filiava a um ramo específico da sifilografia, com ideias semelhantes aos princípios da política nacional, proposta pelo grupo de Eduardo Rabello alguns anos depois. Quando se aposentou, Alexandre Cerqueira deu lugar a outro professor, que desenvolveu um trabalho muito diferente. O ensino marcado por traços personalistas foi um dos fatores pelos quais a sifilografia baiana não viria a ser desenvolvida na cátedra que trazia o seu nome, até 1945.

²⁹⁴ SILVA, L. et al., 2015, p. 96-98.

²⁹⁵ MOURA, 1914.

²⁹⁶ Ibid.

3.1.2 Albino Leitão: um professor erudito

Em 1906, o médico Albino Arthur da Silva Leitão²⁹⁷ foi aprovado em concurso para assistente interino da Clínica de Dermatologia e Sifilografia e professor substituto da mesma cadeira. Em 1911, tornou-se professor Extraordinário Efetivo e, em 13 de abril de 1914, assumiu a cátedra de Alexandre Cerqueira.²⁹⁸ Como concorrentes, Albino Leitão encontrou o doutor Egas Moniz Barreto de Aragão²⁹⁹ e o doutor Antônio do Prado Valladares³⁰⁰ (que desistiu da seleção por motivos de doença), mas ficou classificado em primeiro lugar. Egas Moniz ocupou a segunda colocação. As seleções para professor e transições de catedráticos da Clínica de Dermatologia e Sifilografia na FMB ocorreram de forma tranquila desde o surgimento da cadeira até o ano 1945,³⁰¹ pelo menos. Processo diferente das disputas acirradas pela cátedra de Pediatria da FMRJ, na qual Fernandes Figueira, seguindo os passos do seu mestre Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, pretendeu, em 1910, ser dispensado do concurso para substituto da nona seção, visando a ocupar o cargo apenas com o valor da sua produção científica. Mesmo não obtendo sucesso em sua aspiração, Figueira continuou vinculado à FMRJ, na condição de livre-docente que, segundo a legislação, podia oferecer “cursos equiparados” aos do currículo oficial.³⁰² O médico tornou-se expoente do ensino e da Clínica de Pediatria no Rio de Janeiro, mesmo não ocupando o lugar de catedrático.

Não há muitos registros sobre a atuação de Albino Leitão na FMB e os poucos escritos encontrados não oferecem indícios sobre as concepções teóricas que norteavam o seu trabalho. Leitão é definido sempre como um professor erudito,

²⁹⁷ Albino Arthur da Silva Leitão nasceu em São Sebastião do Passé-BA, em 2 de setembro de 1891, e faleceu em Salvador-BA, em 27 de agosto de 1960. Formou-se pela FMB em 1903 e sua tese doutoral ainda não foi catalogada pela Biblioteca Gonçalo Moniz, da FMB.

²⁹⁸ ATAS da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia, ano 1914. FMB.

²⁹⁹ Egas Moniz Barreto de Aragão nasceu no ano de 1870, em Salvador-BA, e faleceu em 1924. Foi professor extraordinário de História Natural Médica e autor de vasta bibliografia sobre dermatologia e sifilografia. Cf. OLIVEIRA, Eduardo de Sá. *Memória da Faculdade de Medicina da Bahia concernente ao ano de 1942*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1992.

³⁰⁰ Antônio do Prado Valladares nasceu no ano de 1882, em Santo Amaro da Purificação-Ba, e faleceu em Salvador-BA, em 1938. Ocupou a cadeira de Patologia Geral, a qual deixou para ser catedrático de Clínica Médica, entre 1915 e 1925. Posteriormente, assumiu a cadeira de Propedêutica, disciplina da qual tinha sido interno e onde permaneceu até sua morte. Cf. ANTÔNIO Prado Valladares (1882-1938). [2001]. Disponível em: <<http://www.dec.ufcg.edu.br/biografias/AntPVala.html>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

³⁰¹ Albino Leitão deixou a direção da cadeira de Dermatologia e Sifilografia nesse ano, antes da aposentadoria compulsória, para permitir que Flaviano Inocêncio da Silva, mais velho do que ele, assumisse a cátedra antes de também se aposentar. Cf. JACOBINA, 2013, p. 55.

³⁰² SANGLARD; FERREIRA, 2010, p. 448-449.

pois tinha apreço pela leitura. Essa característica possibilitou-lhe comprovar, com muitos argumentos, na sessão de 28 de dezembro de 1921, que a tese do doutor Antônio Grisi, apresentada à Congregação para validação de título, tratava-se de um plágio.³⁰³ A atuação do médico no órgão representativo se limitava a integrar comissões de avaliação e, além disso, solicitar a inclusão, em ata, de menções a pessoas ilustres e pesares em situações como falecimentos de médicos. Preocupava-se com a etiqueta e, aparentemente, não causava discórdias.

Albino Leitão era considerado um homem sério; e a imagem construída por seus companheiros de trabalho e alunos ressalta essa característica. Em *A Faculdade de meu tempo - memórias*, o médico Ruy Santos descreveu alguns acontecimentos da FMB no período em que ainda era estudante de medicina e destacou, entre outros, a relação estabelecida com os seus professores. Em uma pequena e única referência ao mestre, escreveu:

Albino Leitão, da Clínica Dermatológica, deu-me algumas aulas. Aulas secas, secas como ele. Longas como o seu nariz, mas honestas como ele. Foi, durante muito tempo, o Papa sério da Congregação: à hora difícil todos o buscavam e os seus conselhos sempre surgiam à base da decência.³⁰⁴

Outra passagem que nos dá indícios sobre a personalidade de Leitão foi elaborada pelo doutor Newton Alves Guimarães, em notas sobre a trajetória da dermatologia na FMB:

Conhecido por sua irretocável integridade, embora homem de sólida cultura humanística, e grande erudição, o professor Albino Leitão não se destacou entre os especialistas da época por ser avesso a publicar, e nem mesmo ter exercido a clínica privada. Era de formação eminentemente teórica, e seu exercício da profissão limitava-se ao atendimento gratuito à população de São Sebastião do Passé.³⁰⁵

E, por fim, no livro *Sal e pimenta*, Heitor Prager Fróes (1952) fez uma homenagem ao amigo e ex-professor, em um poema chamado *Perfil*, em que o caracterizou como uma pessoa solícita com os alunos, além de desempenhar com maestria a profissão de professor:

– Em meio a tanto sábio caricato / E a tanto palrador sesquipedante /

³⁰³ ATAS da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia, ano 1921. FMB.

³⁰⁴ SANTOS, R., 1978.

³⁰⁵ GUIMARÃES, Newton Alves. Notas sobre o ensino e os professores de dermatologia da Faculdade de Medicina da Bahia. Salvador, v. 2, n. 77, p. 193-194, jul./dez. 2007.

Conheço um mestre – professor de fato! - / Correto e sempre amigo do estudante. / Embora seja ALBINO desde a infância / Vendo-lhe a tez nada encontramos nela / Que de albinismo ampare a sugestão; / E note-se mais esta circunstância: / É que está sempre fora... da panela', / Mau grado o sobrenome de...LEITÃO!

Todos os relatos encontrados sobre Albino Leitão convergem para aspectos da sua personalidade e muito menos para as bases norteadoras do trabalho que desenvolveu como catedrático. No primeiro ano em que ocupou a direção da cátedra, Albino Leitão alegou que os trabalhos práticos realizados nos laboratórios de clínica não tiveram os objetivos alcançados devido à falta de material e de aparelhos para estudo.³⁰⁶ Além disso, o curso teria sido muito prejudicado pelas férias “abusivamente tomadas pelos alunos”.³⁰⁷ Entre 17 de junho e 20 de agosto, o médico deu apenas uma aula, alegando a falta de estudantes e, no mês de novembro, pelo mesmo motivo, não pôde ministrar nenhuma.

De fato, na *Memória Histórica* elaborada pelo médico Caio Otávio Ferreira de Moura, em 1914, há referências sobre as dificuldades financeiras atravessadas pela FMB nas duas primeiras décadas do século XX, especialmente por um incêndio que destruiu parte do patrimônio da instituição e por um material demasiadamente caro, encomendado pela diretoria à Europa. Entretanto, naquele mesmo ano, outros professores, que também necessitavam de materiais para as suas aulas, registraram com entusiasmo a realização de trabalho satisfatório. Como exemplo, pode-se citar o trabalho do professor extraordinário Augusto Couto Maia,³⁰⁸ que assumiu a cátedra de Microbiologia pela ausência do doutor Augusto César Vianna.³⁰⁹ Apesar das dificuldades existentes, Couto Maia se esforçou para desenvolver um trabalho

³⁰⁶ MOURA, 1914.

³⁰⁷ Ibid.

³⁰⁸ Augusto de Couto Maia nasceu no ano de 1876 e faleceu em 1944. Formou-se pela FMB, em 1898, e defendeu a tese intitulada *Considerações sobre as polynevrites encaradas á luz da moderna concepção do systema nervoso*. Foi preparador interino de Bacteriologia na mesma instituição, entre 1902 e 1903. Tornou-se professor extraordinário efetivo da cadeira de Microbiologia, entre 1911 e 1915; foi vice-diretor da Faculdade, em 1925; e ocupou a cátedra de Microbiologia, de 1933 a 1937, quando se aposentou. Couto Maia dirigiu o Hospital de Isolamento de Monte Serrat, desde o ano de 1911, estando nesse cargo quando ocorreu o surto de gripe espanhola na Bahia. Fez cursos de aperfeiçoamento na Europa, em microbiologia e técnicas de laboratório. Para mais informações cf. SOUZA, C., 2009; OLIVEIRA, E., 1992.

³⁰⁹ Augusto César Vianna nasceu em 1868 e faleceu em 1933. Formou-se pela FMB, em 1890, e defendeu a tese intitulada *Estudo geral do sangue*. No mesmo ano, exerceu o cargo de Inspetor do Laboratório de Higiene. Entre 1901 a 1911, foi professor catedrático de Bacteriologia na FMB – cadeira mais tarde denominada Microbiologia – lugar que ocupou até a sua morte, em 1933. Além de dirigir o Instituto Oswaldo Cruz, Vianna foi também diretor da FMB entre 1908 e 1912; 1915 e 1930; e 1933. Realizou cursos de especialização em bacteriologia e microbiologia na Europa, nos anos de 1891 e 1914. Cf. SOUZA, C., op. cit.; OLIVEIRA, E., op. cit.

voltado para a experimentação e comandou, nesse ano, um curso para quase cem estudantes:

Tendo sido designado para, durante a ausência do Ilustrado Professor ordinário, reger a cadeira de Microbiologia para os alumnos dos cursos médico, pharmaceutico, e odontológico, procurei, por todos os meios a meu alcance dar às minhas aulas uma orientação absolutamente prática. [...] Não possuindo o laboratório nem area, nem material que permitissem ao mesmo tempo os exercicios praticos de todos os 95 alunos inscriptos no curso fui obrigado a dividi-los em 4 turmas.³¹⁰

A atitude de Couto Maia, frente à falta de espaço e de material, foi inversa à de Albino Leitão. O esvaziamento das aulas de sifilografia, em contraposição ao número de alunos matriculados em microbiologia, podia estar relacionado ao posicionamento e à personalidade do médico que regia a primeira cadeira. O desapego pela escrita e a ausência de pesquisa o colocaram em dissonância com o que realizava o catedrático engajado que o antecedeu e ao que muitos médicos realizavam em outras cadeiras.

Quando o professor Caio Otávio Moura solicitou informações sobre o que Albino Leitão havia desenvolvido na cátedra de Dermatologia e Sifilografia no ano de 1914, para a confecção da *Memória histórica* da FMB, ele apresentou, em manuscrito, um plano de curso com uma lista de assuntos que teriam sido discutidos em sala. Mas os planos de curso oficiais dos anos seguintes, aprovados e impressos pela FMB para 1915,³¹¹ 1918,³¹² e 1920,³¹³ elaborados pelo professor Leitão, diferiam da versão enviada ao doutor Moura em 1914. Os planos oficiais eram compostos apenas por um pequeno texto, em geral de quatro linhas, diferente da estrutura dos planos de curso elaborados por professores de outras cátedras, que detalhavam o conteúdo a ser aplicado e se resumiam ao seguinte: “Durante este período, darei aulas práticas sobre os casos que se apresentarem na clinica, e aulas theoricas, nas quaes procurarei explanar assumptos de caráter geral e estudar as dermatoses mais frequentes entre nós”.³¹⁴

³¹⁰ MOURA, 1914.

³¹¹ PROGRAMMAS de ensino das matérias do 4º ano do curso médico aprovados pela congregação para o ano lectivo de 1915b. Salvador: Estabelecimento dos Dois Mundos, 1915. FMB.

³¹² PROGRAMMAS de ensino das matérias do 4º ano do Curso Médico aprovados pela Congregação para o ano lectivo de 1918. Salvador: Imprensa Official do Estado, 1918. FMB.

³¹³ PROGRAMMAS de ensino das matérias do 4º ano do Curso Médico aprovados pela Congregação para o ano lectivo de 1920. Salvador: Imprensa Official do Estado, 1920. FMB.

³¹⁴ PROGRAMMAS..., 1915, 1918, 1920.

É notória a abrangência da proposta do curso, o que possibilitava ao professor atuar da forma que lhe parecesse mais conveniente e não explicitar quais eram as concepções que norteavam o ensino da sífilis em sua cátedra. Muito provavelmente ministrava aulas teóricas, marcadas por sua erudição, das quais o relato de Ruy Santos pode ser sintomático. Em relação ao plano de curso solicitado por Caio Moura não é improvável que o médico tenha utilizado o planejamento elaborado por Alexandre Cerqueira, antes da sua aposentadoria. Somente no programa de ensino de 1932, Leitão escreveu um planejamento de curso detalhado, momento em que as bases para o tratamento da sífilis já estavam definidas e no qual podia escolher assuntos já “consentidos” pelo conhecimento sifilográfico. No programa de 1935, por exemplo, ele propôs discutir a relação entre dermatologia, sifilografia e outras disciplinas, diagnóstico, evolução, tratamento da sífilis por diversos elementos, como os mercúrios e os arsenicais, além da heredosífilis. Apesar de incluir o estudo da relação entre sífilis e hereditariedade e dos modernos medicamentos utilizados para o combate da doença, não havia menção, no documento, ao plano das políticas públicas que vinha sendo desenvolvido no combate à sífilis, com educação e propaganda sanitária como medida de intervenção pública. Assim, entre 1914 e 1945, período em que Albino Leitão esteve à frente da clínica, o ensino de dermatologia e sifilografia, em sua cátedra, não foi de destaque. Leitão parecia não estar atento às discussões que se passavam sobre sifilografia ou não se interessava pelos assuntos centrais do debate, que diziam respeito às implicações sociais da doença, como abolição/regulamentação da prostituição e métodos mais adequados para sua profilaxia.

O silêncio das *Memórias históricas* da FMB sobre Albino Leitão induz à ideia de um ensino eminentemente teórico sobre sífilis. Mas, como será possível observar, professores que ocupavam cadeiras diversas como a de Pediatria e Clínica Médica, nelas inseriram o ensino da dermatologia e da sifilografia, especialmente nos dispensários criados por acordo entre a União e o estado da Bahia. Também em outros lugares, e por motivos diversos, muitas vezes as enfermarias da Santa Casa de Misericórdia eram preteridas. Sanglard e Ferreira demonstram como, considerando a enfermaria da Santa Casa do Rio de Janeiro imprópria para o desenvolvimento das atividades da clínica pediátrica, o médico Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo propôs a utilização da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, criada e dirigida por ele em 1881, como alternativa para a realização das aulas

práticas da cadeira recém-criada. O modelo da “policlínica ou dos dispensários” foi utilizado para o desenvolvimento de estudos científicos e para o treinamento de estudantes, fortalecendo um modelo de assistência que mesclava filantropia e medicina.

Como exemplo da contribuição de médicos baianos especialistas em outras áreas da medicina, para os estudos de dermatologia e sifilografia, pode-se destacar a atuação do baiano Octávio Torres na 1ª Conferência Sul-Americana de Dermatologia e Sifilografia, ocorrida no Rio de Janeiro, em 1918. No evento, a Bahia foi apontada como local com alto índice de lepra, o que fez com que Torres se comprometesse com a Sociedade Brasileira de Dermatologia a estudar o assunto e resolver o problema. De volta a Salvador, ele avaliou os documentos relativos ao Hospital São Cristóvão dos Lázaros e ao Leprosário Rodrigo de Menezes. Com as informações coletadas, organizou uma série de pequenos trabalhos para apresentar à Sociedade de Medicina da Bahia e um mais completo referente ao período de cem anos, apresentado em 1926 ao 3º Congresso Nacional de Higiene, ocorrido em São Paulo. O médico conseguiu desconstruir a acusação de uma Bahia com um número de leprosos acima da média nacional.³¹⁵ Em relação à sífilis, especificamente, médicos como o pediatra Álvaro Bahia foram responsáveis pela direção dos dispensários e, dessa forma, professores e estudantes de medicina tinham a possibilidade de desenvolver o ensino prático da sifilografia, de realizar pesquisa e impulsionar o combate à sífilis na cidade de Salvador.

3.2 DO HOSPITAL AOS POSTOS SANITÁRIOS

Uma característica significativa da reforma sanitária de 1920, na Bahia, foi a criação dos postos de saneamento no estado.³¹⁶ O atendimento a doentes, realizado até então no Hospital Santa Izabel, foi compartilhado, em grande escala, com as novas instituições profiláticas. Essa forma de organização, à qual a Bahia se adaptava, visava à implantação dos “centros de saúde”, modelo de origem internacional do qual o Brasil buscava se aproximar e que foi analisado pelo médico

³¹⁵ TORRES, Octávio. *Relatório da Inspeção da lepra e doenças venéreas, anno de 1934*. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1936. APEB.

³¹⁶ Também chamados, nesse estudo, de dispensários ou postos de saúde.

Jorge Valente,³¹⁷ em tese de doutoramento da FMB. Essas instituições tinham por objetivo oferecer atendimento de qualidade, reunindo em um único estabelecimento todos os recursos necessários para sanar as doenças. Valente reproduziu a definição de “centro” elaborada pelo médico Adamastor Cortez e indicou a ideia que os médicos tinham em relação à sua função:

- 1.º – a sua missão essencialmente prophylactica, pois é do centro que emanam formas de actividade que tendem a prevenir as molestias e promover a saúde de uma colectividade;
- 2.º – essas actividades são cada vez mais coordenadas e se distribuem em outros centros cooperados;
- 3.º – nenhum centro de Saude funciona como dispensário exclusivamente, pois o seu fim principal é a prophylaxia nas suas diversas acepções.³¹⁸

O médico acreditava que, para a concretização desse modelo, era fundamental priorizar a conscientização como forma de profilaxia, já que a base da nova higiene era a educação sanitária. Além da instrução oferecida, ele afirmava que um “centro sanitário modelo” deveria disponibilizar serviços de administração, de enfermeiras visitadoras, inspetoria escolar, laboratório, dispensário, centro de morbidade,³¹⁹ higiene industrial e investigação.³²⁰ Contudo, a fala de Valente deve ser relativizada. Ele desconsidera que, alguns anos antes, os dispensários baianos ligados à profilaxia da tuberculose já desenvolviam, como tarefa fundamental, a profilaxia e educação sanitária. Segundo Silva, no ano de 1923 o médico Alfredo Britto “lembrava a importância da educação sanitária e elogiava o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras visitadoras e pelo médico César de Araújo”.³²¹

Como será possível observar, havia dificuldades a serem enfrentadas na realização da reforma sanitária baiana, especialmente em alguns postos sanitários. Entretanto, o seu corpo técnico dispensava esforços para atingir altos padrões de qualidade, o que envolveu a atualização dos médicos em relação às novas diretrizes

³¹⁷ Jorge Valente nasceu em 1905 e faleceu em 1969. Formou-se em medicina na FMB em 1927, onde defendeu a tese intitulada *Centros de Saúde*. Foi um dos fundadores da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública, criada em parceria com a Santa Casa de Misericórdia da Bahia (quando em 1948 as atividades da FMB foram transferidas para o Hospital das Clínicas, pertencente à instituição) e da qual foi diretor. Foi professor Catedrático da Clínica Urológica, substituindo o doutor Lafayette Coutinho, que faleceu de morte súbita em 1959. Para mais informações, cf. JACOBINA, 2013.

³¹⁸ VALENTE, Jorge. *Os centros de saúde*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1927. These (Inaugural - Cadeira Higiene) - Faculdade de Medicina da Bahia, Bahia, 1927. p. 7-8.

³¹⁹ Que investiga a taxa de portadores de determinadas doenças, em relação à população total estudada.

³²⁰ VALENTE, op. cit.

³²¹ SILVA, M., 2009, p. 60.

da medicina, o desenvolvimento de estudos nos dispensários, o diálogo constante entre teoria e prática médicas, a ação preventiva, entre outros.

Segundo Valente, a profilaxia antivenérea teria, no centro de saúde, uma verdadeira acepção. Ali o doente encontraria o seu tratamento, em ficha sanitária com todas as indicações necessárias para tal.³²² O centro seria, ainda, responsável pela difusão da educação, da promoção de hábitos sadios e da formação da consciência sanitária, “[...] seguindo com justeza as normas do progresso da saúde pública e se tornando o mais perfeito aparelhamento sanitário moderno”.³²³ Se a visão negativa das doenças venéreas, presente nas diversas classes sociais, contribuía para que muitas pessoas só compartilhassem em confidência a contaminação, o papel dos centros era, portanto, o acolhimento e o atendimento dessas pessoas, principalmente em casos de doenças que ainda não tinham cura.

Na Bahia, o acordo com a União favoreceu a criação do posto de profilaxia Pacífico Pereira, situado no largo das Sete Portas, ainda em 1921; e, logo em seguida, do posto Gaspar Viana, localizado no bairro da Calçada.³²⁴ É relevante observar como os nomes atribuídos aos dispensários homenageavam médicos que tiveram sua trajetória ligada à bacteriologia e à medicina experimental. O doutor Pacífico Pereira³²⁵ foi um expoente da Escola Tropicalista da Bahia e Gaspar

³²² VALENTE, 1927, p. 36.

³²³ Ibid., p. 51.

³²⁴ SANTANA, Nélia de. *A prostituição feminina em Salvador (1900-1940)*. 1996. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

³²⁵ Antônio Pacífico Pereira nasceu em 5 de junho de 1846, na cidade de Salvador-BA, onde faleceu em 19 de novembro de 1922. Formou-se em medicina na FMB e defendeu a tese intitulada *Dignóstico diferencial e tratamento das paralyrias*, em 1867. Integrou a Escola Tropicalista da Bahia, foi diretor da *Gazeta Medica da Bahia*, de janeiro de 1868 a julho de 1870 e ocupou diversos cargos. Realizou filantropia na Santa Casa de Misericórdia na reforma do Asilo dos Expostos e na construção do Asilo de Beneficência. É considerado por Armando Sampaio Tavares como o grande responsável pelo ensino prático na FMB. Para mais informações, cf. PEREIRA, Antonio Pacífico. In: FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. *Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil: 1832-1930*. Rio de Janeiro, 200-. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/perantpac.htm>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

Viana,³²⁶ representante da medicina do IOC, promotora da política nacional adotada na Bahia.

A reorganização sanitária baiana de 1925 contribuiu para a criação de quatro novos dispensários profiláticos e, entre 1924 e 1926, o número de oito postos de saneamento rural se viu duplicado.³²⁷ Os postos Pacífico Pereira e Gaspar Viana foram transformados em dispensários mistos, com duas funções principais: combater as doenças venéreas e as helmintoses. Criaram-se os postos da Força Pública do Estado e da Penitenciária, do Hospital Santa Izabel e das Docas do Porto. Além disso, finalizou-se, em 1925, a instalação do posto Ramiro Azevedo, que, junto ao Silva Lima, tinha a função de tratar doenças venéreas e tuberculose.³²⁸

A dispersão do atendimento médico para novos espaços da cidade tornou mais acessível o tratamento de pacientes que anteriormente precisavam se deslocar do seu bairro até o hospital. Já no final da década de 1920, percebiam-se os efeitos produzidos por tal mudança. O médico Álvaro Bahia, diretor do dispensário Silva Lima, apontava a criação de postos sanitários como motivo para a diminuição na frequência dos seus pacientes:

Não há que admirar a diferença para menos apurada neste ultimo anno no numero dos novos matriculados, porquanto foram installados mais dispensarios no Hospital S. Izabel, na Brigada Policial, nas Docas do porto, e por outro lado, os demais dispensários da cidade, subordinados ao Saneamento Rural passaram também a ter serviço para attender ás doenças venéreas, todos elles, por certo, derivando doentes que dantes se viam obrigados a procurar este Dispensario, que os podia attender, mas agora podem livremente escolher o que menos tempo roube aos seus interesses ou mais próximo esteja do centro de sua actividade ou residencia.³²⁹

O processo de “descentralização do atendimento hospitalar” foi um grande avanço sanitário e contribuiu para amenizar os problemas de saúde da Bahia. De

³²⁶ Gaspar Viana nasceu no Pará em 11 de maio de 1885, migrou para o Rio de Janeiro em 1903, após concluir um curso de Agronomia, ingressou na FMRJ. Em 5 de Janeiro de 1909 apresentou a Tese intitulada “Estrutura da célula de Schwann dos vertebrados”, a fim de obter o grau de Doutor em Medicina. Foi então convidado por Oswaldo Cruz para trabalhar em Manguinhos, onde desenvolveu estudos de enorme relevância em relação à descrição da espécie *Leishmania Brasiliensis*, e marcantes seus trabalhos em doença de Chagas e na descrição das etapas do ciclo de vida de *Trypanosoma cruzi*. Cf. FERREIRA, Luiz Fernando; JANSEN, Ana Maria; ARAÚJO, Adauto. Gaspar de Oliveira Viana: paraense e grande cientista dos tempos da criação e brilho do Instituto de Manguinhos. *Norte Ciência*, Belém, v. 1, n. 2, p. 68-75, 2010. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Gaspar.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2014.

³²⁷ BARRETO, A., 1927, p. 9. BPEB/Seção de Obras Raras.

³²⁸ *Ibid.*, p. 192.

³²⁹ SILVA, Pirajá, 1925. APEB, caixa 4068, maço 18.

fato, na década de 1930, o estado ainda era eminentemente rural, as condições sanitárias eram péssimas e inúmeras doenças ainda assolavam a população.³³⁰ Mas deve-se reconhecer que a criação dos postos teve um impacto positivo sob a assistência à saúde baiana.

3.3 SÍFILIS E MEDICINA NOS DISPENSÁRIOS DE SALVADOR

A proposta do médico Eduardo Rabello para a IPLDV estava conectada às descobertas mais recentes da área que, entre fins do século XIX e início do XX, começava a ganhar as suas linhas de definição. Até a primeira metade do século XIX, por exemplo, a lepra foi confundida com várias dermatoses e doenças venéreas, especialmente a sífilis, sendo muitas vezes considerada uma variedade ou um diferente estágio dessa enfermidade.³³¹

As atividades que os médicos da FMB desenvolviam nos dispensários estavam em sintonia com as diretrizes estabelecidas pelo Governo Federal. O artigo 518 do decreto do DNSP, por exemplo, recomendava que:

[...] os dispensarios e hospitaes serão centros do educação hygienica antevenerica, segundo as normas oportunamente estabelecidas pela Inspectoria de Prophyllaxia de Doenças Venereas. Facilitarão com esse intuito, o estagio e a frequencia dos medicos e estudantes de medicina dos annos superiores, desde que não haja inconvenientes para o serviço, guardadas as necessarias regras de discricção, a juízo do chefe.³³²

No ano de 1926, os estudantes de medicina da Bahia tinham predileção pelo posto de saúde Silva Lima. O primeiro dispensário de doenças venéreas de Salvador estava situado inicialmente na rua das Vassouras (uma das transversais da rua Chile) e foi transferido, logo após, para a ladeira da Praça, nas mesmas imediações.³³³ Os doutorandos desenvolviam observações e aprendiam, de forma prática, como ocorria o tratamento das especialidades naquele espaço.³³⁴ O doutor Álvaro Bahia facilitava o acesso dos futuros médicos ao dispensário, mesmo que estabelecesse uma seleção prévia, devido à grande demanda. Dessa forma, o

³³⁰ SAMPAIO, Consuelo Novais. *Poder e representação: o poder legislativo da Bahia na Segunda República*. Salvador: Assembléia Legislativa; Secretaria de Comunicação Social, 1992. p. 32.

³³¹ CABRAL, 2013, p. 76.

³³² BRASIL. *Decreto n. 14.354, 15 de setembro de 1920*, art. 518.

³³³ SANTANA, 1996, p. 89.

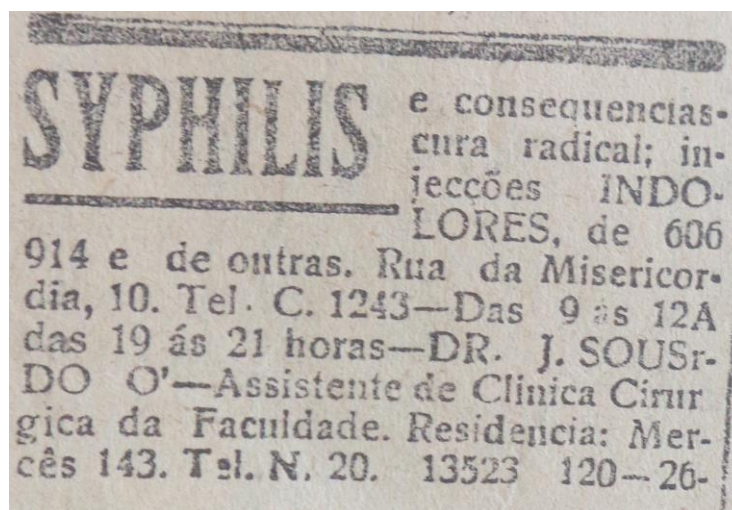
³³⁴ BAHIA, Álvaro. *Relatório dos trabalhos feitos pelo posto de Profilaxia Silva Lima*. APEB, caixa 4068, maço 92, 1926. APEB.

médico acreditava realizar a difusão das noções de sifilografia e venereologia, como disposto no Regimento do DNSP.³³⁵

Os estudantes se mostravam dispostos a acompanhar os trabalhos do posto, mesmo sem remuneração pelos serviços prestados e sem possibilidade de contratação efetiva após a formatura. Afirmavam ter somente o desejo de acumular ensinamentos que lhes fossem úteis na vida prática.³³⁶ Contudo, a opção por um dispensário de doenças venéreas revelava o interesse por uma especialidade médica em processo de expansão, que podia se tornar geradora de lucros: a sifilografia. Não raro se viam anúncios no jornal, sobre médicos que tratavam do mal venéreo com aplicações de injeções em seus consultórios. (Figura 15)

A utilização do dispensário Silva Lima como *locus* de observação resultou na elaboração de teses de doutoramento, em 1926, como *Do emprego das injeções de leite no tratamento dos bubões venéreos*, do médico Benigno de Araújo, e *Doenças de Nicolas*, do doutor Antônio Firmato. O suíço Bruno Rietmann, que também frequentou voluntariamente o posto Silva Lima, ao longo de 1926 e 1927, a fim de validar o seu diploma no país,³³⁷ apresentou à FMB a tese *Sobre tinas na Bahia*.³³⁸

Figura 15 - Propaganda de médico para o tratamento da sífilis.



Fonte: *Diário de Notícias*, 9 jun. 1925. (*Syphilis*)

³³⁵ BAHIA, Álvaro. *Relatório dos trabalhos feitos pelo posto de Profilaxia Silva Lima*. APEB, caixa 4068, maço 92, 1927. APEB.

³³⁶ Ibid.

³³⁷ Ibid.

³³⁸ BAHIA, A., 1926. APEB.

A escrita de teses a partir de experiências nos postos e enfermarias de hospitais era uma atividade constante e obrigatória para a obtenção do título de médico. Ederlindo Silva Serra e Percival da Cunha Vasconcelos, por exemplo, deixaram de ser enfermeiros no dispensário Ramiro Monteiro, localizado na avenida Carlos Gomes e, formando-se em medicina, apresentaram, respectivamente, as teses *Ligeiras considerações sobre disenteria (amébrica e bacillar) na Bahia* e *Contribuição ao estudo do granuloma venereo na Bahia e seu tratamento específico com neutro-flavina*.³³⁹ Os dirigentes dos postos sanitários sentiam-se orgulhosos com a produção intelectual a partir das unidades de saúde das quais eram responsáveis, pois acreditavam que os dispensários e, conseqüentemente, o seu trabalho como chefes sanitários ganhariam visibilidade na comunidade acadêmica.

A análise sobre a sífilis reitera uma influência mútua e direta na relação entre as teses inaugurais e o trabalho que os internos realizavam nos dispensários. Álvaro Bahia, por exemplo, ao discutir o tratamento médico com o Treparsol, afirmou que no posto sanitário que dirigia seguiam-se as recomendações da tese *O treparsol no tratamento da syphilis*, elaborada por Himilcon Costa Carvalho, ex-interno daquele dispensário.³⁴⁰ Assim, os conhecimentos construídos pelos estudantes nos estágios tornavam-se norteadores do tratamento das doenças nos próprios dispensários, após serem apresentados à academia.

O caráter predominantemente teórico das teses pode estar relacionado a um formato padrão de trabalho de conclusão de curso que priorizava a discussão de ideias e não o relato de práticas de estudo (o que não quer dizer que não havia conexão entre elas). Os casos clínicos, que muitas das vezes não figuravam nas teses, eram descritos pelos professores da FMB em um periódico específico, a *Gazeta Médica*. Em análise sobre a participação da FMB na Guerra de Canudos, Lina Aras e Alexander Pinheiro ressaltam o papel dos alunos que foram ao *front* para atender os feridos e afirmam que, depois do confronto: “[...] nas teses de doutoramento percebiam a mancha nacional que deixara o Exército no arraial do Belo Monte”,³⁴¹ em referência explícita à contribuição que a guerra oferecera à produção intelectual.

³³⁹ SILVA, Pirajá, 1925. APEB, caixa 4068, maço 18, 1925.

³⁴⁰ Ibid.

³⁴¹ ARAS, Lina Maria Brandão de; PINHEIRO, Alexander Magnus Silva. Faculdade de Medicina da Bahia na Guerra de Canudos. 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. 17-42. p. 42.

Grande parte do texto escrito por Álvaro Bahia sobre o dispensário Silva Lima, em 1927, trata da ausência de algumas especificidades corriqueiras da sífilis no atendimento ambulatorial.³⁴² Para explicar suas possíveis causas, o médico fez menção às observações do professor Cesário de Andrade³⁴³ a seus alunos, nas aulas ministradas naquele dispensário. É importante destacar que o catedrático de oftamologia utilizava um dispensário de tratamento da sífilis para analisar casos de manifestação da doença nos olhos. Isso reforça a ideia de que o ensino de sifilografia na FMB foi realizado, em todo o período aqui estudado, nos centros sanitários, por professores de outras cátedras que não a de sifilografia.

Em relação à ausência de especialidades comuns de sífilis no dispensário, Álvaro Bahia, que acompanhava o processo de ensino/aprendizagem no estabelecimento, chegou à conclusão de que o atendimento precoce da doença nos postos de saúde estaria inibindo as manifestações sifilíticas e gonorreicas.³⁴⁴ E, já que não havia mais casos a analisar, o convênio do referido posto com as clínicas otorrinolaringológica e oftamológica foram desfeitos.³⁴⁵ Para além disso, o médico construiu, ainda, duas memórias a partir de suas experiências no referido dispensário e as apresentou no Congresso de Higiene, sob os títulos *Dispensários Infantis e tratamento e prophylaxia da syphilis hereditaria* e *Aspectos da syphilis na Bahia*.³⁴⁶ No mesmo ano, o doutorando Diógenes Vinhaes aplicou pela primeira vez um tratamento específico para infecções puerperais, material que publicou em sua tese, inaugurando a terapêutica no Brasil.³⁴⁷ O estudo ocorreu no Laboratório do Serviço de Profilaxia Rural de Salvador.

Os professores da FMB, os dispensários e o processo de formação dos médicos na Bahia também se mantinham em sintonia. A medicina baiana trocava, além de conhecimentos, materiais de pesquisa com profissionais do Rio de Janeiro, por exemplo, no tratamento de manifestações como o cranco venéreo simples:

³⁴² BAHIA, A., 1927. APEB.

³⁴³ João Cesário de Andrade nasceu em Fortaleza-Ce em 25 de fevereiro de 1887, e faleceu em no Rio de Janeiro-RJ, em 10 de janeiro de 1963. Formou-se em medicina pela FMB, em 1913, onde defendeu a tese intitulada *Glaucoma primitivo*. Fez livre docência de Clínica Oftalmológica em 1914, tornando-se professor extraordinário por dois anos (1914-1915). Ainda em 1915, tornou-se o catedrático de Clínica Oftalmológica da FMB.

³⁴⁴ BAHIA, A., op. cit. APEB.

³⁴⁵ Ibid.

³⁴⁶ Ibid.

³⁴⁷ TORRES, Octávio. *Relatório do Laboratório do Serviço de Saneamento Rural no Estado da Bahia* APEB, caixa 4082, maço 114, 1927.

[...] podendo-se desde logo afirmar, porém, que esse methodo de tratamento [aplicação de injeções de leite em bubões venéreos] é excelente, commodo, práctico, talvez econômico convindo pois a serviço movimentado como é o do dispensário Silva Lima.³⁴⁸

Ainda sobre o atendimento no posto Silva Lima, Álvaro Bahia solicitou de Barros Barreto a atenção para com as crianças sífilíticas e sugeriu a criação de dispensários específicos para o seu tratamento, em vista do comparecimento infantil praticamente nulo nos centros existentes.³⁴⁹ Em tempo, anunciava o diálogo estabelecido com a Santa Casa de Misericórdia da Bahia que, através da sua provedoria, declarou o interesse em construir um pavilhão apropriado para o trato da *lues* infantil, colaborando, assim, com o Serviço Federal de Profilaxia.³⁵⁰ A parceria entre o Estado e a filantropia era expressiva nesse período, o que durou, pelo menos, até a década de 1950. A casa em que funcionava o Posto das Docas do Porto, por exemplo, foi adquirida com a doação do benemérito Roiz Gamboa, a quem o médico Alfredo Rosa Boureau,³⁵¹ chefe do dispensário, agradeceu.³⁵²

A construção de uma enfermaria infantil, na Santa Casa, era um empreendimento de grande relevância para ampliar a atuação da instituição no cuidado à saúde em Salvador. Também podia ser vista como uma ação de retribuição, por parte do estado, aos benefícios que a instituição proporcionava na parceria sanitária. Desde 1918, o Hospital Santa Izabel passava por dificuldades orçamentárias, diminuindo o número de internos, devido à carestia dos alimentos e à ausência de medicamentos de utilização urgente.³⁵³

³⁴⁸ BAHIA, A., 1926, p. 4. APEB.

³⁴⁹ BAHIA, A., 1927. APEB.

³⁵⁰ Ibid.

³⁵¹ Alfredo Rosa Boureau formou-se em medicina pela FMB, em 1923, onde defendeu a tese intitulada *Ligeiras considerações em torno das orchites*. A referência encontrada a seu respeito é sobre anestesia. Segundo Ib Gatto Falcão, na *Gazeta Médica da Bahia*, o médico desenvolvia trabalhos com anestesia em sua clínica particular, mas também em todas as cirurgias realizadas na FMB, com a utilização do clorofórmio através de máscara, sem tubo endotraqueal nem as aparelhagens e outras condições tecnológicas. Cf. FALCÃO, Ib Gatto. A FMB na década de 1930. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 1, p. 37-49, jan./jul. 2007. p. 45.

³⁵² SILVA, Pirajá, 1925. APEB, caixa 4068, maço 18; DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 11 jan. 1932. (*Inaugurou-se o posto medico das Docas*)

³⁵³ SANTOS, Isaías. *Relatório da Santa Casa de Misericórdia (1919-1924)*. Arquivo da Santa Casa de Misericórdia, 1920; PIMENTA, 1921. Arquivo da Santa Casa de Misericórdia.

Na posse de Arthur Newton Lemos³⁵⁴ para a provedoria da Santa Casa de Misericórdia, em 1927, ele apresentou as modificações realizadas no espaço hospitalar no biênio 1925-1926.³⁵⁵ Os dirigentes da Instituição, naquela gestão, haviam dado prioridade ao Hospital Santa Izabel para o desenvolvimento das ações institucionais. Como os recursos exclusivos da Santa Casa eram insuficientes para ampliar as instalações daquele nosocômio, recorreram ao alto comércio e ao governo da Bahia.³⁵⁶ Alegando os inúmeros serviços prestados pela Instituição ao estado, a necessidade de se adequar aos padrões sanitários modernos, segundo os preceitos da Lei de 1925, e a contribuição que os chefes de estado pernambucanos e alagoanos ofereciam para suas respectivas instituições filantrópicas, a junta da Santa Casa de Misericórdia da Bahia escreveu ao governador:

O Hospital Santa Izabel precisa ser ampliado para atender às necessidades, sempre crescentes, não só desta capital mas como de todo o Estado. Não é demais, conseqüentemente, espera a Santa Casa o auxílio extraordinário de mil contos de réis do Estado e uma subvenção annual condigna, que transforme o poder público no maior baluarte desta instituição.³⁵⁷

A proposta de ampliação era importante, pois o Hospital continuava a contribuir com o poder público ao acolher os doentes baianos em suas dependências. Atenta-se, apenas, para o momento em que o financiamento foi solicitado, simultâneo ao processo de reorganização sanitária. Como muitos dos médicos beneméritos da Santa Casa acompanhavam as discussões sobre a medicina moderna e as mudanças legislativas, orientaram o pedido de subvenção para reformas porque viam, naquele contexto, uma conjuntura favorável para o desenvolvimento material da instituição filantrópica. Surpreendentemente, em resposta ao pedido enviado com detalhamento de um orçamento de 800:000\$00 (oitocentos contos de reis) em anexo, Góes Calmon fez promulgar a Lei 1.834, de 7 de agosto de 1925, que concedeu “[...] ao Hospital Santa Izabel, da Santa Casa de

³⁵⁴ Arthur Newton de Lemos nasceu em Santo Amaro-Ba, em 04 de novembro de 1872. Formou-se em Direito pela Faculdade de Direito de Recife, em 1892. Trabalhou em diversas comarcas do interior da Bahia. Posteriormente, foi Desembargador do Tribunal de Justiça da Bahia, ocupando o cargo de presidência. Cf. BARATA, Carlos Eduardo de Almeida. *Juízes de direito nas comarcas baianas*: 1898. Disponível em: <<http://www.cbg.org.br/novo/bahia-juizes-nas-comarcas-1898/>>. Acesso em: 25. jan. 2015.

³⁵⁵ LEMOS, Arthur Newton de. *Relatório apresentado à Junta da Santa Casa de Misericórdia pelo provedor desembargador Arthur Newton de Lemos em sessão de posse de 1º de julho de 1927*. Arquivo da Santa Casa de Misericórdia, 1930.

³⁵⁶ *Ibid.*, p. 40.

³⁵⁷ *Ibid.*, p. 47.

Misericórdia, desta capital, auxílio de 500:000\$00 (quinhentos contos de réis), para a ampliação de leitos e construção de enfermarias".³⁵⁸

Dois anos depois, o médico Aristides Novis,³⁵⁹ diretor do Hospital, afirmava à imprensa que a instituição continuava sendo a mais procurada a cada ano, o que lhe garantia o *status* de principal órgão de saúde do estado:

A população da Bahia, em sua crescente densidade, e carente de outro derivativo às dôres e sofrimentos impostos pela moléstia, tem sempre as vistas voltadas para o unico posto de sua salvação, que é aquella casa, já pequena para conte-la, com a solicitude que seria de desejar numa cidade que se preza civilizada.³⁶⁰

De fato, o Hospital Santa Izabel foi o de maior atuação até meados do século XX. Mas, apesar da afirmação do médico, os dados relativos à sífilis indicam que a procura pelo tratamento da doença, naquela Instituição, não ocorria com a frequência dos outros centros sanitários. Nos relatórios da Santa Casa, relativos à década de 1920, apesar da indicação da enfermaria São Joaquim para o tratamento da sífilis, não se faz referências ao médico responsável pelo serviço. E, mais, não há o registro do Albino Leitão, catedrático de Dermatologia e Sifilografia, naquele lugar.

Uma análise dos relatórios da Santa Casa de Misericórdia entre os anos de 1919 e 1928 é norteadora para se compreender a atenção à *lues venerea* nas dependências do Hospital Santa Izabel. Os exames bacteriológicos realizados pelo laboratório do nosocômio, por exemplo, ocuparam um número pouco significativo frente a outros exames como fezes e urina, ao longo da década de 1920. (Tabela 1).³⁶¹

³⁵⁸ LEMOS, 1930, p. 47.

³⁵⁹ Aristides Novis nasceu em 18 de junho de 1855, em Cuiabá-MT, e faleceu em 30 de abril de 1953, em Salvador-BA. Formou-se em medicina pela FMB, em 1907, onde defendeu a tese intitulada *Da concepção neurônica*. Em 1911, fez concurso e tornou-se professor catedrático de Fisiologia, na mesma instituição. Foi diretor do Asilo São João de Deus e graças a ele conseguiu-se a troca do nome para Hospital Juliano Moreira. Foi presidente do Hospital Santa Izabel e fundador do Instituto Baiano de História da Medicina. Para mais informações, cf. JACOBINA, 2013, p. 34-36.

³⁶⁰ NOVIS, Aristides. *Relatório apresentado à Junta da Santa Casa de Misericórdia da Bahia*. Arquivo da Santa Casa de Misericórdia, 1928.

³⁶¹ E entre eles estavam os de sífilis.

Tabela 1 - Panorama de atividades relacionadas ao tratamento da sífilis, na Santa Casa de Misericórdia.

Ano	Número de exames total	Exames bacteriológicos	Injeções de elixir 914	Injeções de soro mercurial	Casos registrados de sífilis ³⁶²
1919	2090	269	46	25	264
1920	2061	261	15	30	182
1921	2321	300	63	50	158
1922	2375	254	100	86	230
1923	2372	289	100	86	163
1924	1921	262	100	86	134
1925	2044	440	136	259	Não informado
1926	2098	455	140	185	Não informado
1927	2452	510	82	50	Não informado
1928	2589	387	69	0	Não informado

Fonte: Relatórios da Santa Casa de Misericórdia.³⁶³

A sífilis e outras afecções venéreas eram algumas das muitas doenças do Hospital da Santa Casa de Misericórdia, ao longo do século XIX.³⁶⁴ No entanto, o número pequeno de exames realizados na instituição, no início do século XX, indica que, em sua maioria, os portadores da doença não estiveram ali, mas nos dispensários espalhados pela cidade. E com poucos sífilíticos à procura de tratamento, não era necessária uma investigação laboratorial intensa sobre casos suspeitos. Os relatórios da Santa Casa até o ano de 1924 não descrevem detalhadamente quais exames bacteriológicos eram realizados no Hospital Santa Izabel. Entre 1925 e 1927, percebe-se que foram realizadas pesquisas do bacilo de Hansen, do bacilo de Vincent e do de Loeffler, entre outros, mas nenhuma do *treponema pallidum*, que só aparece no relatório de 1928, com o número de apenas dois.³⁶⁵ Além desse fator, a aplicação de injeções de soro mercurial e Elixir 914, utilizados no tratamento da sífilis, também não ocorreu em quantidade significativa. Por fim, se comparados os números de sífilíticos tratados no Hospital Santa Izabel com os acolhidos pelos dispensários soteropolitanos (Tabela 2), percebe-se a discrepância na demanda por parte dos portadores de doenças venéreas nos diferentes espaços de cura da cidade de Salvador.

³⁶² Foram levados em consideração, aqui, todos os registros que faziam alusão direta à sífilis, como hemiplegia sífilítica, mielite sífilítica, oftalmia sífilítica, ozema sífilítico, úlceras sífilíticas, e sífilis, entre outros.

³⁶³ SANTA CASA DE MISERICÓRDIA. *Relatórios da Santa Casa de Misericórdia, 1919-1924*. Arquivo da Santa Casa de Misericórdia da Bahia; SANTA CASA DE MISERICÓRDIA. *Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, 1925-1928*. Arquivo da Santa Casa de Misericórdia da Bahia, 1930.

³⁶⁴ BARRETO, M., 2011, p. 12.

³⁶⁵ NOVIS, 1928.

Tabela 2 - Panorama de atividades relacionadas ao tratamento da sífilis, nos postos sanitários, em 1925.³⁶⁶

Centro de Saúde	de	Matriculas Totais	Matrículas de Sifilíticos em 1925	Injeções totais	Injeções de Mercúrio/ Neosalvarsan/ I. de sódio	Exames totais	Reações de Wassermann
Docas Porto	do	320	181	1659	1293	695	232
Gaspar Vianna		1630	1141 ³⁶⁷	12263	8996	2831	1471
Ramiro Monteiro		2587	702	12567	10813	2447	916

Fonte: BAHIA, 1925.

Em Salvador, o responsável pela realização dos exames solicitados nos postos profiláticos que não dispunham de microscópio próprio era o laboratório do serviço de Saneamento Rural da Bahia. Mas é preciso lembrar que a reação de Wassermann não fornecia resultados exatos.³⁶⁸ Os médicos da Bahia sabiam da necessidade de relativizar tal sorologia, devido à inespecificidade do exame. Em meio ao tratamento de helmintoses, impaludismo e sífilis, o diretor profilático Francisco Mendonça³⁶⁹ afirmava: “Enfim, é muito de desmerecer a reacção de Wassermann, isto de ella ser positiva noutras molestias como o paludismo e lepra, o que lhe retira o character de uma reacção específica”.³⁷⁰ O exame perdia o valor absoluto para os médicos soteropolitanos, mas não era descartado, por ser naquele momento, ainda assim, o meio mais recomendado para a identificação da doença.

Com a fundação do laboratório do Serviço de Saneamento Rural da Bahia, o número de pesquisas sorológicas realizadas se multiplicou, partindo de 901 no ano de 1922, para 6.695, em 1925.³⁷¹ Tal laboratório estava preparado para a realização de inúmeros exames, como os de urina e de fezes, pesquisas do hematozoário de Laveran, de leishmanias, do bacilo de Koch e a reação de Wasserman. Entretanto, do total de 6.695 sorologias requisitadas pelos dispensários no ano de 1925, 6083

³⁶⁶ Apesar de constarem relatos sobre outros dispensários, priorizou-se esses três, por conterem as informações de relevância para a análise.

³⁶⁷ O relatório de onde foi retirado esse dado apresenta o atendimento a 8576 sífilíticos, o que envolve pessoas já matriculadas e outras, que procuravam atendimento mas não se registravam.

³⁶⁸ CARRARA, 1996, p. 36.

³⁶⁹ Francisco Mendonça formou-se em 1919 pela FMB, onde defendeu a tese intitulada *Fragments de cirurgia encephalica*. A única informação que se conseguiu sobre ele é que foi aceito sócio efetivo da Associação Brasileira de Leprologia, em 25 de fevereiro de 1948. ASSOCIAÇÃO Brasileira de Leprologia: fundada em 19 de novembro de 1948: boletim informativo atividades sociais. *Revista brasileira de Leprologia, São Paulo*, v. 17, n. 2, 1949. Disponível em: <<http://hansen.bvs.ilsl.br/textoc/revistas/1949/PDF/v17n2/v17n2abl.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

³⁷⁰ SILVA, Pirajá, 1925. APEB.

³⁷¹ TORRES, 1925.

foram reações de Wassermann, em um total de 3.871 testes a mais do que no ano anterior.³⁷² A velocidade com que se proliferavam e a cifra de 91% para a sífilis em relação à sorologia total, indicam uma popularização da procura à instituição sanitária, refletida na visita aos postos e na intensificação da investigação clínica da *lues venerea*. Os dados informados pelos diretores dos dispensários indicam que esses ambientes se tornavam, por excelência, o lugar de tratamento da sífilis, em detrimento do Hospital Santa Izabel.

A criação do Posto das Docas do Porto, por exemplo, foi significativa para a população do bairro do Comércio, que o via modificar-se desde fins do século XIX, quando os comerciantes ricos começaram a abandonar as freguesias centrais e passaram a construir seus palacetes no Campo Grande, Vitória, Barra Avenida e Graça.³⁷³ A ocupação residencial da zona central da cidade pela população mais pobre ocorreu com a vantagem da proximidade do local de trabalho, em sobrados construídos nas imediações do bairro comercial. Nessas habitações, um pavimento podia ser dividido em “cômodos”, “quartos” e “partes de andar”, geralmente alugados a diferentes inquilinos.³⁷⁴ Tais habitações acentuavam a precariedade das condições de vida em Salvador, em vista das suas péssimas condições sanitárias. A implantação do dispensário das Docas do Porto naquele local foi uma decisão estratégica da Subsecretaria de Saúde, que enxergava “perigo” na zona portuária, com sua complexa rede de sociabilidade, em que o trabalho, o lúdico, a malandragem e a prostituição por vezes se misturavam.³⁷⁵ A educação sanitária para a prevenção da sífilis era uma atividade intensa naquele posto profilático, atendendo às demandas da reforma de 1920 e, em apenas quatro meses de existência, o posto já computava muitos matriculados. Entre seus frequentadores, destacavam-se os auxiliares do comércio e operários que trabalhavam na cidade baixa, essencialmente os marítimos que, segundo o médico Alfredo Boureau, em grande medida, a ele procuravam.³⁷⁶ Utilizavam-se também dos serviços daquele posto moradores de localidades vizinhas à capital que chegavam de lanchas, barcos

³⁷² TORRES, 1925.

³⁷³ MARAUX, Amélia Tereza Santa Rosa. *Estivadores além do Porto: sociabilidade e trabalho na cidade da Bahia (1912-1940)*. 2001. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. p. 46.

³⁷⁴ *Ibid.*, p. 47.

³⁷⁵ A existência de um dispensário na zona de meretrício é sintomático porque, mesmo não sendo alvo de regulamentação, a resolução do Código Sanitário de 1920 lhes atribuía uma atenção especial.

³⁷⁶ SILVA, Pirajá, 1925. APEB.

ou outros meios de condução, à procura do serviço médico e que, como portadores de doenças venéreas, eram matriculados e acompanhados em seu tratamento.³⁷⁷

A intenção pedagógica do centro de saúde se manifestava, entre outras formas, na distribuição de folhetos de propaganda e em falas como a do inspetor Pirajá da Silva,³⁷⁸ exemplo de como os médicos daquele estabelecimento julgavam importante a prevenção:

O syphilitico, verdadeiro perigo social, deve poder se tratar sem a preocupação do custo do tratamento. Em que se pese a opinião optimista de alguns relativamente á importância das doenças venéreas não cessamos de **incutir no espírito do povo** o perigo das mesmas.³⁷⁹

Entretanto, mesmo com os avanços sanitários observados em relação às duas primeiras décadas do século XX, tanto o laboratório, quanto os postos profiláticos soteropolitanos sofreriam com a escassez de funcionários, a falta de material e com o restrito espaço para o desenvolvimento de suas atividades. O médico Octávio Torres solicitou, insistentemente, um aparelho de banho-maria para o auxílio na relação de exames, ao longo da segunda metade da década de 1920.³⁸⁰ Esse instrumento chegou ao laboratório do Saneamento Rural somente no ano de 1929, junto a outro instrumento de análise clínica que não foi acompanhado de instruções para o manejo.³⁸¹ O médico também se queixava do pequeno grupo de funcionários do laboratório, resumido a três pessoas, que muitas vezes ficava desfalcado.³⁸² Constantemente César de Araújo era requisitado para outras atividades, o que atrapalhava o trabalho desenvolvido naquele ambiente. Em abril de 1926, por exemplo, ele foi enviado para servir como enfermeiro e prático de farmácia na Comissão de Profilaxia do Paludismo, na cidade de Juazeiro, onde passou

³⁷⁷ SILVA, Pirajá, 1925. APEB.

³⁷⁸ Não foi possível encontrar na documentação mais informações sobre a agência de Pirajá da Silva como Inspetor de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas na Bahia. Sabe-se que ele foi o primeiro a assumir o cargo, mas não por quanto tempo. Sua ligação direta com a bacteriologia, com Carlos Chagas e com o Instituto Pasteur foi elemento fundamental para a indicação do seu nome. Além da descoberta e identificação do *Schistosoma mansoni*, Pirajá da Silva foi um dos primeiros a confirmar, no Brasil, a veracidade da descoberta de Schaudinn e Hoffmann sobre a causa da sífilis, em 1905. Mais informações, cf. SILVA; NOVAES, 2015.

³⁷⁹ SILVA, Pirajá, op. cit. (grifo nosso).

³⁸⁰ TORRES, Octávio. *Relatório dos trabalhos executados no Laboratório de Prophylaxia da Directoria de Saneamento Rural*. APEB, caixa 4082, maço 114, 1926. O método “banho Maria”, utilizado em laboratórios consistia no aquecimento lento e uniforme de qualquer substância líquida ou sólida num recipiente, submergindo-o noutro, onde existe água a ferver.

³⁸¹ Id. *Relatório dos trabalhos executados no Laboratório de Prophylaxia da Directoria de Saneamento Rural*. APEB, caixa 4082, maço 114, 1929.

³⁸² TORRES, op. cit. APEB.

aproximadamente dois meses. Em seguida, foi designado para representar a congregação da FMB no Congresso Brasileiro de Medicina.³⁸³

Em relação aos postos de saúde, o médico Adroaldo Pires,³⁸⁴ chefe do dispensário Gaspar Vianna, analisava as dificuldades de colocar em prática o serviço de Profilaxia das Doenças Venéreas naquele local e denunciava a necessidade de sua ampliação:

Diante do espectáculo que diariamente, perplexos, presenciámos no Dispensário “Gaspar Vianna” de uma multidão, que aumenta todos os meses, de inutilizados por estas fataes moléstias, demonstrando o mal imenso que infesta uma população, alheia dos grandes soffrimentos que a affligem, sem os meios de defesa ou sem os conhecimentos necessários para precaver-se dos terríveis males.³⁸⁵

Para o doutor Pires, as medidas que vinham sendo tomadas para o combate das doenças venéreas ainda eram poucas. Era preciso criar um número maior de dispensários, pois o grande número de doentes, em contraposição à fragilidade no número de postos sanitários, sobrecarregava todos os seus servidores.³⁸⁶ O doutor Alfredo Boureau, que se dispunha a aumentar o número de matrículas de sífilíticos no posto das Docas do Porto, não pôde realizar esse trabalho porque, no ano de 1926, o Governo determinou a realização de uma campanha para vacinação, a ser realizada no período de três meses.³⁸⁷ Com o acúmulo de atividades naquele centro e a disponibilidade de apenas uma sala para a terapêutica da sífilis e para a vacinação, deu-se prioridade à vacina: “[...] não nos era possível, muitas vezes, examinar indivíduos que procuraram o Dispensário porque a sala se achava repleta de senhorinhas e senhoras”,³⁸⁸ afirmava o médico. Ele alegava que as outras salas eram destinadas ao laboratório, aos serviços de curativos e ao serviço de lavagens, restando apenas a sala de entrada, “de exíguas proporções”, para o desenvolvimento de múltiplas funções, e onde não se podia estabelecer o serviço de vacinações sem prejudicar o serviço de moléstias venéreas e sífilíticas.³⁸⁹ Por fim, solicitavam-se reparos na instalação elétrica e nas telas de arame que circundavam

³⁸³ TORRES, 1926. APEB.

³⁸⁴ Formado em 1905.

³⁸⁵ SILVA, Pirajá, 1925. APEB.

³⁸⁶ Ibid.

³⁸⁷ BOUREAU, Alfredo Rosa. *Relatório dos serviços effectuados no Dispensário das Docas durante o anno de 1926*. APEB, caixa 4068, maço 1926.

³⁸⁸ Ibid. A separação no atendimento entre homens e mulheres nos dispensários está relacionada às determinações do DNSP.

³⁸⁹ BOUREAU, 1926.

o posto.

Os acometidos de sífilis ocupavam o primeiro lugar no número de matriculados no dispensário Silva Lima, em 1925. Dos 1.362 pacientes registrados, 614 eram sífilíticos, 504 tinham gonorreia – doença causada por bactéria (*neisseriagonorrhoeae*) em forma de cocos, imóveis – e 367 eram casos de cancro venéreo simples (levando-se em consideração que uma pessoa poderia ter mais de uma doença).³⁹⁰ Apesar do alto índice de infectados e de toda a preocupação com a doença, muitos pacientes não mantinham uma continuidade no tratamento, que era marcado por idas e voltas ao posto sanitário, em grande medida pelas dificuldades relacionadas à grande demanda:

Considerando o fato de ser o meio altamente contaminado como é o nosso e onde os doentes em sua grande maioria se cuidam mal, raramente cumprindo a risca os tratamentos que lhes são traçados. Raro é o dia em que não voltam á consulta um doente que abandonou ha meses, ha um, a dois anos o tratamento ou não comparecem indivíduos que se infeccionaram ha mais tempos – ha quatro, seis e mais anos – [...]³⁹¹

As autoridades buscavam estratégias para evitar essa inconstância no tratamento. Dentre elas, observa-se a solicitação de medicação suficiente para que o tratamento fosse oferecido em diferentes dias da semana. Requisitava-se, por exemplo, doses semanais a mais de *Neosalvasan* para serem ministradas às segundas-feiras e não apenas às quintas-feiras, dias em que, em geral, era feita sua aplicação. O fornecimento desse medicamento evitaria que os pacientes que procurassem tratamento na segunda tivessem que esperar, sendo cuidados com outras medicações, como o mercúrio, elemento que causava efeitos colaterais e induzia efeitos no sistema nervoso central.

A análise desse processo auxilia na percepção de como uma reforma sanitária se realizou cumprindo um plano nacional de combate à sífilis, mesmo com todas as dificuldades existentes, em um momento marcado pela autonomia federalista. A Bahia conseguiu criar e pôr em movimento estruturas de assistência à saúde, o que contesta a ideia, defendida por Castro Santos, de que o estado não conseguiu realizar uma experiência exitosa de reforma, como teria ocorrido em São

³⁹⁰ BAHIA, A., 1926. APEB.

³⁹¹ Ibid.

Paulo.³⁹² Para o autor, “de modo geral, todos os estados nordestinos produziram movimentos mais ricos do ponto de vista ideológico, tendo sido mais escassos os resultados do ponto de vista do saneamento.”³⁹³

As ações sanitárias extrapolaram o campo ideológico na Bahia. Na década de 1920, a estrutura assistencial à saúde baiana foi modificada concretamente. Destaca-se, ainda, que não se pode atribuir as dificuldades na realização da reforma baiana exclusivamente a questões políticas, como a inexistência de elites oligárquicas “estáveis” nas primeiras décadas do século XX, como também afirma o autor citado. Isso é um risco, pois o processo ocorreu de forma complexa. A falta de verbas, os problemas com o abastecimento de água e o saneamento das ruas, a pobreza da população, entre outros, funcionavam como grandes empecilhos ao desenvolvimento da saúde em Salvador.³⁹⁴

Assim, as ações sanitárias na Bahia eram realizadas e caminhavam para uma nova fase que lhe marcaria de forma mais profunda e centralizadora. Com a chegada de Getúlio Vargas à presidência e o processo de interventoria federal, o quadro da saúde passaria por muitas outras modificações.

3.4 BARROS BARRETO E A DIREÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NA BAHIA

Para que a reforma sanitária baiana fosse possível, foi necessário contar com o apoio de figuras políticas como Antônio Luis Cavalcanti Albuquerque de Barros Barreto. 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 1927,³⁹⁵ e conduziu o processo de mudanças sanitárias.

Como diretor da Higiene na Bahia, Barros Barreto comandou o processo de unificação entre Higiene Municipal e o Estado e estabeleceu críticas à forma como J. J. Seabra conduziu as atividades sanitárias, no mandato encerrado em 1924, conforme já afirmado. Antes mesmo de concretizar o projeto, ele apresentou o

³⁹² SANTOS, Luiz A. de Castro. As origens da reforma sanitária e da modernização conservadora na Bahia durante a Primeira República. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, 1998. Não paginado. SANTOS, Luiz A. de Castro. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2004. p. 249-294.

³⁹³ SANTOS, 2004, p. 285.

³⁹⁴ SOUZA, C., 2009, p. 261-268.

³⁹⁵ BAHIA. *Lei 1.993, de 21 de julho de 1927*. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1928.

programa sanitário do governo Góes Calmon, na perceptível pretensão de chefiar os serviços estaduais de saúde após a criação da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública.³⁹⁶ E assim foi feito. Em 10 de julho de 1925, o então secretário de saúde interino, Mario Barretto, cedia lugar a Barros Barreto.³⁹⁷

O novo líder da saúde pública da Bahia sofreu ataques constantes no jornal *Diário de Notícias*, em uma série de textos que cobrava eficiência do departamento que chefiava. Apesar da pretensão de neutralidade do periódico, naquele momento era dada voz a um discurso de crítica a Barros Barreto, e que parecia favorável a J. J. Seabra.³⁹⁸ Segundo Sampaio, o ano de 1915 havia assinalado o domínio incontestado do poder seabrista, com a consumação do controle absoluto no Legislativo, a reforma da Constituição Estadual e a promulgação da Lei de Organização Municipal.³⁹⁹ De fato, o líder político vinha galgando destaque no cenário político ao longo da primeira década do século XX e, com uma aliança realizada para as eleições de 1915 entre marcelinistas,⁴⁰⁰ severinistas,⁴⁰¹ e vianistas,⁴⁰² havia se tornado uma das principais personalidades dentro da estrutura oligárquica baiana da Primeira República. A figura de Barros Barreto, como representante de um processo de centralização, tornava-se uma ameaça para Seabra e seus correligionários. Assim, o posicionamento ofensivo do jornal ocorria em defesa das prerrogativas do federalismo, da sobrevivência das oligarquias com os seus favoritismos e do desejo de impedir a intervenção do Governo Federal. Destaca-se que, ao longo do Governo Constitucionalista de Vargas, Seabra continuou a estabelecer oposição ao poder central e utilizou o jornal carioca *A Batalha* para denunciar a administração do interventor Juracy Magalhães.⁴⁰³

As notícias veiculadas no periódico baiano ultrapassavam a análise das atitudes profissionais de Barros Barreto e atribuíam-lhe traços caricaturais: “[...] todo perliquitetes e <não me toques>, apertadinho em seu paletó cintado de higienista *dernier cry*, espremidinho nas suas elegancias de melindroso, empinadinho no seu

³⁹⁶ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 24 mar. 1925. (*A unificação da Hygiene*).

³⁹⁷ *Ibid.*, 10 jul. 1925. (*A Saúde Pública tem novo secretário*); *Ibid.*, 1 set. 1925. (*A Sub Secretaria da Saúde*).

³⁹⁸ SOUZA, C., 2009, p. 99.

³⁹⁹ SAMPAIO, C., 1998, p. 129.

⁴⁰⁰ Partidários do político José Marcelino Sousa.

⁴⁰¹ Partidários do político Severino dos Santos Vieira.

⁴⁰² Partidários do político Luiz Viana.

⁴⁰³ SILVA, Paulo Santos. *Âncoras de tradição: lutas políticas, intelectuais e construção do discurso histórico na Bahia (1930-1949)*. Salvador: EDUFBA, 2011. p. 33.

prestígio sub-secretarial”.⁴⁰⁴ A direção do veículo de comunicação o considerava incompetente e “comparava” suas ações com as realizadas pela antiga Diretoria de Saúde Pública:

A novel repartição do Estado dizíamos não tem, afinal de contas correspondido á fama com que se annunciou; nem mesmo procurado exercer a sua esfera de acção nos limites traçados á ex-diretoria da Saúde Pública, que, pesar de todos os pesares, jamais deixou de tomar as mais comensinas e urgentes providências, quando isso exigia a saúde pública.⁴⁰⁵

Especialmente ao longo do primeiro mandato de Barros Barreto à frente do serviço de saúde baiano,⁴⁰⁶ era intensa a reprodução de cobranças da população pobre de Salvador, em torno da resolução dos problemas sanitários da cidade, fazendo menção ao projeto sanitário desenvolvido por Seabra. Queixavam-se, por exemplo, das águas pútridas no 2º Arco, local de passagem para aqueles que se dirigiam ao Rio Vermelho, pela “linha de cima”.⁴⁰⁷ O periódico proclamava-se como defensor da autonomia municipal e considerava a parceria estabelecida com o estado extremamente nociva para os soteropolitanos. Criticava-se a perda do tempo de serviço que funcionários transferidos sofreriam e o conseqüente retardamento de suas aposentadorias; e estabeleciam-se severas queixas sobre a subtração de alguns prédios públicos, dentre eles o da Assistência Pública Municipal. As novas medidas sanitárias eram utilizadas, pelo jornal, para divulgar a ideia de ameaça a uma ordem que já estava estabelecida: “[...] se patentes nos parecem as vantagens que delle [o município] advieram para o Estado, nelle nenhuma lobrigamos a favor da municipalidade de Salvador, que, ainda agora, não passa de uma carniça a que não faltam os urubus.”⁴⁰⁸

Em julho de 1927, a Subsecretaria de Assistência Pública foi promovida à Secretaria de Saúde pela Lei 1.993, de 21 de julho de 1927, e Barros Barreto seguiu no comando da saúde baiana.⁴⁰⁹ Entre as muitas críticas que lhe foram feitas, destaca-se a dificuldade em controlar o surto de peste bubônica que ocorreu

⁴⁰⁴ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 21 nov.1925. (*Um tremendo foco de podridões*).

⁴⁰⁵ Ibid., 11 nov. 1925. (*Uma crise no seio do corpo administrativo da Saúde Pública*);

⁴⁰⁶ Esse período compreende os anos de 1925 a 1930. Em 1935 ele retornaria à direção dos serviços, como secretário de Educação, Saúde e Assistência Pública da Bahia, até o ano de 1937.

⁴⁰⁷ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 15 jul. 1925. (*Para isto o Estado não tem Saúde Pública*). A referida “linha de cima” corresponde, provavelmente, ao trajeto Campo-Grande/ Rio Vermelho pela atual avenida Cardeal da Silva, no bairro da Federação.

⁴⁰⁸ Ibid., 21 nov. 1925. (*Foi-se tudo para o Estado!*); Ibid., 29 nov. 1925. (*O Código <<Barreto>>!*)

⁴⁰⁹ Ibid., 27 jun. 1927. (*Como era fatal foi promovido o antigo subsecretário*)

simultaneamente a um grande evento brasileiro de saúde, sediado na Bahia.

Em 2 de agosto de 1927, por “motivos poderosos”, mas não explicados, foi decidido que o 4º Congresso Brasileiro de Hygiene ocorreria em Salvador e não mais em Recife, como se havia determinado anteriormente. E, em caráter de urgência, quatro meses antes da realização do evento o governo do estado solicitava recursos à União.⁴¹⁰ A decisão de organizar um congresso nacional alvoroçou a classe médica e a imprensa, que veiculava a inquietação dos baianos sobre o término da construção do Palácio da Victória, prédio no qual funcionaria a Secretaria de Saúde e Assistência Pública e, conseqüentemente, o evento. Dessa forma, rapidamente os engenheiros interessados na obra apresentaram orçamentos para a sua construção.⁴¹¹ A obra foi concluída a tempo, mas nem por isso o encontro médico iniciou-se tranquilamente. Em 14 de janeiro de 1928, o *Diário de Notícias* questionava a impressão que os médicos de todo o país teriam sobre as condições de saúde em Salvador, já que a peste bubônica matava inúmeras pessoas.⁴¹² Os organizadores promoveram, durante o congresso, visitas a diversas instituições sanitárias da cidade como, por exemplo, o IOC-Ba,⁴¹³ no intuito de apresentar o desenvolvimento do seu aparato sanitário e estabelecer intercâmbio com profissionais de fora do estado. Mas, ao mesmo tempo, deixavam à mostra suas fragilidades no que diz respeito ao combate à doença.

Entre os ocorridos daquele mês, noticiaram-se dois casos de contaminação no número 47 da Ladeira da Preguiça e se denunciava uma “inércia” da Secretaria de Saúde, visto que o chefe sanitário já havia sido alertado, em matérias anteriores, sobre a necessidade de profilaxia.⁴¹⁴ Entretanto, após o diagnóstico do IOC-Ba sobre a peste bubônica como *causa mortis* de um funcionário do Café Suíço, já haviam sido vacinadas mais de duzentas pessoas e interditados vários prédios na rua do Pilar, na rua de São Pedro e na ladeira da Conceição da Praia,⁴¹⁵ onde se concentravam residências populares de Salvador. Incomodado com a situação, Barros Barreto se posicionou através de uma nota no *Diário Oficial*. 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

⁴¹⁰ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 2 ago. 1927. (*4º Congresso de Hygiene*)

⁴¹¹ Ibid.

⁴¹² Ibid., 14 jan. 1928. (*A instalação do IV Congresso Brasileiro de Hygiene*)

⁴¹³ Ibid.

⁴¹⁴ Ibid., 11 jan. 1928. (*A peste bubônica continu'a fazendo victimas*)

⁴¹⁵ Ibid., 24 fev. 1928. (*A peste!*)

caso, ao colocar em prática as medidas “demonstradas eficazes pela moderna thecnica sanitária”.⁴¹⁶ Ao seu modo de ver, a Secretaria estava preparada para agir e a população não poderia se deixar influenciar pelos “[...] desvarios partidários de alguns órgãos de imprensa desvirtuados de sua verdadeira função social.”⁴¹⁷ 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. Além disso, indica a sua convicção sobre a capacidade do estado em combater doenças, especialmente por contar com o apoio do Governo Federal e a orientação dos técnicos do IOC.

Apesar das críticas, o chefe político continuava a desenvolver ações administrativas sem maiores empecilhos. Ele recebeu plenos poderes de ação pelo governador, o que permitia a execução de ações arbitrárias, em determinados momentos. Em relação ao acordo para a transferência dos funcionários da higiene municipal, por exemplo, das 15 pessoas que seriam integradas ao estado, o secretário contratou apenas 3, contrariando o que havia sido definido por lei.⁴¹⁸ Julgava-se que essa liberdade estava relacionada a uma questão de parentesco de Barros Barreto com o governador. Por ocasião da solicitação do governo do estado para que a Escola Agrícola de São Bento das Lages fosse transferida para Salvador, o secretário de saúde foi acusado de almejar “fazer nome e bagagem biográfica” e de só conseguir lograr aquele lugar, antes ocupado por personalidades como Luiz Pinto de Carvalho⁴¹⁹ e Lydio de Mesquita,⁴²⁰ por ser “parente, íntimo do governo”.⁴²¹ A oposição política fazia referência ao matrimônio que Barros Barreto contraiu com Maria Constança Góes Calmon de Barros Barreto, filha do governador, assim que chegou à Bahia.⁴²²

⁴¹⁶ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 27 fev. 1928. (*Tem a palavra a S.P.B.*)

⁴¹⁷ Ibid.

⁴¹⁸ Ibid., 17 nov. 1925. (*Mais duas do Sr. Barros Barreto*)

⁴¹⁹ Luiz Pinto de Carvalho nasceu em Salvador-BA, em 31 de março de 1877, onde faleceu, em 1865. Foi redator da *Gazeta Médica da Bahia* e professor da Clínica Pediátrica da FMB. Cf. SOUZA, Antônio Loureiro de. *Baianos ilustres*. 3. ed. São Paulo: IBRASA; Brasília, DF: INL, 1979.

⁴²⁰ Lydio Pereira de Mesquita se formou em Farmácia pela FMB, em 1882, e defendeu a tese intitulada *Os caracteres clínicos da cirrose hypertrophica são suficientes para classificar-a como moléstia distinta da cirrose atropiphica?* Trabalhou no Instituto Bacteriológico, Soroterápico e Vaccinogênico da Bahia e escreveu, junto com o doutor Gonçalo Moniz, o *Relatório sobre as pesquisas bacteriológicas em um caso suspeito de peste*. Cf. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Museu da Vida. Gonçalo Moniz. Rio de Janeiro, [200-]. (Série biografias). Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/bibmang/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=274>>. Acesso em: 25. jan. 2015.

⁴²¹ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 9 jun. 1927. (*A camara e o seu marat*)

⁴²² Ibid., 22 maio 1931. (*O caso do Sr. Barros Barreto é um Panamá!*) Cf. também JACOBINA, 2013, p. 37.

É certo que as relações de apadrinhamento eram constantes na política baiana do período. Entretanto, a capacidade técnica de Barros Barreto, que ocupou cargos de chefia do Serviço de Febre Amarela no Nordeste, em 1919, e de chefe de Distrito no Serviço de Saneamento Rural do Paraná, em 1924,⁴²³ não deve ser reduzida a laços familiares. Suas experiências passadas, voltadas para a administração da saúde no sertão, eram valiosas para a condução dos serviços sanitários da Bahia. Além do desenvolvimento de todas essas atividades, o médico era um intelectual e optou também pela carreira acadêmica. Em sua estada na Bahia, foi professor das cadeiras de Higiene e Parasitologia na FMB, em 1934 e 1938, respectivamente; e membro da Academia de Letras da Bahia.⁴²⁴ Escreveu 54 crônicas, de 1940 a 1942, intituladas “Medicina para todos” no jornal *O Imparcial*, sob o pseudônimo de d’Albuquerque; e crônicas, sob o título *Coluna Médica*, de 1940 a 1941, no *Diário da Bahia*, com o pseudônimo Alca de Barros.⁴²⁵

A eleição de Vital Soares para o cargo de governador da Bahia acendeu a expectativa da demissão de Barros Barreto. O *Diário de Notícias* solicitava do novo magistrado atitudes de moralidade política e administrativa e, dentre muitas outras proposições, o fim da promoção de pessoas para cargos políticos a partir de relações de parentesco.⁴²⁶ Essa indicação, relativa ao secretário de saúde, provinha da especulação sobre a sua permanência à frente dos serviços sanitários. Contudo, Barros Barreto foi nomeado e compareceu ao ato de posse do governador para evitar boatos acerca da disposição do cargo.⁴²⁷ Curiosamente, em 27 de abril de 1925, publicou-se uma notícia sobre a transferência do exercício de suas funções de secretário para o médico Couto Maia, então diretor hospital do isolamento de Mont Serrat.⁴²⁸ Segundo a informação, quando exigida a prestação de contas para avaliação do novo governo, Barros Barreto partiu para o Rio de Janeiro, julgando-se alvo de desconfiança. Ele não se via obrigado a detalhar gastos e receitas da secretaria, pois “[...] sentia-se invulnerável a essas pequenas coisas da burocracia”.⁴²⁹

⁴²³ SILVA, Vanessa Magalhães da. *No embalo das redes: cultura, intelectualidade, política e sociabilidades na Bahia (1941-1950)*. 2010. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010. p. 123.

⁴²⁴ *Ibid.*, p. 125.

⁴²⁵ *Ibid.*

⁴²⁶ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 30 mar. 1928. (*A posse do novo governador da Bahia*)

⁴²⁷ *Ibid.*

⁴²⁸ *Ibid.*, 27 abr. 1928. (*Será verdade?*)

⁴²⁹ *Ibid.*

Esse pode ter sido apenas um boato veiculado pelo *Diário de Notícias*, o que não é improvável, devido à antipatia que o periódico soteropolitano alimentava por Barros Barreto. Entretanto, se foi real, uma negociação política ocorreu nos meandros do processo, por certo com a intervenção de Góes Calmon, e conservou o político no cargo que ocupava. Logo em seguida, ele voltava a figurar como alvo de perseguição na imprensa, porque mandou uma turma de 50 mata-mosquitos para o Rio de Janeiro, a pedido de Clementino Fraga, então diretor do DNSP, e deixou a cidade vulnerável à doença.⁴³⁰ Além disso, era pressionado pelas exigências relacionadas às demandas sociais, como a providência de abrigo para cerca de 200 pessoas pobres, entre as quais velhos, mulheres e crianças, famílias que o órgão da saúde havia despejado do beco Califórnia, um dos cruzamentos da ladeira da Preguiça, e que não tinham onde morar.⁴³¹ Uma comissão de civis havia se compadecido das pessoas despejadas e requerera a responsabilização do governo do estado pela sua moradia, mesmo que a título provisório.⁴³² Eis um exemplo prático do processo de formação da consciência sanitária das elites baianas, que passam a atribuir responsabilidade pela saúde da população ao estado. Esse processo se materializa nas solicitações da interdição do lugar insalubre no qual os despejados moravam, mas, principalmente, na exigência da oferta de subsídios para o abrigo daquelas pessoas.

A despeito das tentativas de modernização desenvolvidas pelos governadores da Bahia nas primeiras décadas do século XX,⁴³³ os problemas sanitários persistiam em Salvador. Mesmo considerando a ocorrência de surtos epidêmicos típicos da Primeira República e as queixas constantes a seu respeito, Barros Barreto contribuiu para o desenvolvimento de ações sanitárias orientadas pelo DNSP, especialmente pela relação da sua trajetória com aquele projeto. Concluído o segundo ano de medicina, ainda estudante, frequentou Manguinhos, no Rio de Janeiro, matriculou-se no Curso de Microbiologia e Zoologia Médica e foi convidado por Oswaldo Cruz a continuar pesquisando. Elaborou a tese de doutoramento intitulada *Revisão da família Subulinae* no IOC, onde trabalhou como assistente efetivo entre 1919 e 1921,

⁴³⁰ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 14 jun. 1928. (*O surto amarillico já chegou à Bahia*); *Ibid.*, 18 jun.1928. (*O vomito negro!*)

⁴³¹ *Ibid.*, 20 abr. 1928. (*Façam despejo, mas abriguem a pobreza*)

⁴³² *Ibid.*

⁴³³ Cf. FERREIRA FILHO, Alberto Heráclito. *Quem pariu e bateu, que balance!:* mundos femininos, maternidade e pobreza: Salvador, 1890-1940. Salvador: Centro de Estudos Baianos, 2003; LEITE, 1996.

até ser transferido para ao lugar de Inspetor Sanitário do Departamento Nacional de Saúde.⁴³⁴ Ingressou, em 1915, como interno na Clínica Sifilográfica e Dermatológica da Faculdade do Rio de Janeiro,⁴³⁵ onde Eduardo Rabello foi catedrático.⁴³⁶ A vinculação ao IOC, o trabalho no DNSP e o estudo na FMRJ, estabelecendo diálogos com Rabello, contribuíram na escolha de Barros Barreto para o cargo que ocupou na Bahia e, de forma positiva, para a eficácia no combate às doenças venéreas no estado com a aplicação das determinações do decreto nacional 3.987, de 2 de janeiro de 1920. Esse era um projeto que Barros Barreto acreditava exequível e do qual se sentia representante. Ele se manteve na direção da saúde baiana até a Revolução de 1930, mas logo em 1935 retornaria ao cargo, com o apoio de Juracy Magalhães.

⁴³⁴ JACOBINA, 2013, p. 38.

⁴³⁵ Ainda sobre sua relação com a sífilis e doenças venéreas, partiu dos Estados Unidos, para onde havia ido custeado pelo prêmio Aluno Laureado, em direção à Europa no ano de 1923. Especializou-se em Berlim no Charité Krankenhaus e, em Paris, no Hospital Saint Louis, recebendo o diploma de Dermatologia e Venereologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de Paris. Para mais informações cf. CENTRO DE MEMÓRIA DA BAHIA. *Barros Barreto, Antônio Luis (1892-1954)*. Verbete não publicado.

⁴³⁶ Em 1906, Eduardo Rabello fez concurso para professor da FMRJ e foi aprovado em primeiro lugar junto a Fernando Terra, a quem coube a vaga. Em 1915 Rabelo foi nomeado professor honorário da faculdade, cargo que ocupou até 1925, quando assumiu a cátedra de Dermatologia. Foi na Faculdade de Medicina que o médico conquistou seus principais discípulos, como Oscar Silva Araújo, Gilberto Henrique Moura e Armínio Fraga. Cf. SANGLARD, 2008, p. 161-162.

CAPÍTULO 4

A CENTRALIZAÇÃO SANITÁRIA E O COMBATE À SÍFILIS NO GOVERNO VARGAS

O governo provisório de Getúlio Vargas trouxe um período inicial de instabilidade quanto às políticas de saúde, em consonância com o momento político do país, mas necessário para a intensificação da centralização dos serviços sanitários. A reforma sanitária baiana de 1931 modificou o tratamento da sífilis, *a priori*, por desarticular uma estrutura que se fortalecia com as mudanças provenientes da década anterior, embora, mais tarde, viesse a resultar na otimização dos serviços. Essa reorganização se realizou pautada no conhecimento científico existente no momento, acerca de muitas enfermidades, e que rejeitava o isolamento para portadores de determinadas doenças, transmitidas por agentes específicos e não pelo ar.

Após as breves interventorias de Leopoldo Afrânio do Amaral e de Arthur Neiva, este grande representante do movimento sanitarista, Juracy Magalhães conseguiu estabilizar aspectos políticos do estado, mas renunciou com a implantação do Estado Novo. A IPLDV foi desativada em 1934 com a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública, contudo isso não significou um enfraquecimento das políticas de saúde contra a sífilis. Ao contrário, a bandeira do saneamento fora incorporada e reelaborada no projeto do governo Vargas, contra a demasiada flexibilidade do sistema federalista presente na Primeira República.

Com a chegada de Landulfo Alves à interventoria baiana, em 1938, efetuou-se uma reforma que contribuiu para diminuir a indefinição sobre o que pertencia à esfera pública e o que era do interesse privado, e para oferecer ao governo central maior controle sobre as ações sanitárias. As ações em prol da saúde ocorriam mais articuladas e com investimento financeiro específico. O combate à sífilis continuou a acontecer segundo as diretrizes de saneamento, mesmo quando a doença deixou de figurar como foco das principais intervenções do Governo Federal. No Estado Novo, um dos principais campos do combate à sífilis ocorreu na higiene infantil e escolar. Foram realizados inúmeros esforços de inserção estatal na assistência à saúde da Bahia e, além dos grandes centros de saúde, contava-se com a

assistência público-privada que continuava a ocorrer pelo apoio a instituições de caráter filantrópico.

4.1 SÍFILIS E SAÚDE PÚBLICA NO PÓS-1930

Em *Anos trinta e política: história e historiografia*, Vavy Pacheco Borges desenvolveu uma análise sobre as contradições no conceito de revolução e sobre as (re)construções historiográficas da denominada Revolução de 1930, ocorrida no Brasil sob a liderança dos militares, percebendo que, ao longo do tempo, os autores que escreveram sobre o tema deixaram de pautar-se no conceito de ideologia para escrever em um prisma mais amplo, em torno do conceito de representação.⁴³⁷ A despeito das diferenças entre as análises acerca desse evento,⁴³⁸ sabe-se que ele desencadeou desdobramentos nas mais variadas esferas da política brasileira e influenciou os arranjos e rearranjos políticos nos contextos de cada estado do país, inclusive na Bahia. O movimento político-militar que levou Vargas ao poder congregou descontentamentos de diversos tipos, em um país organizado por representantes das oligarquias estaduais e, particularmente, pelos interesses agroexportadores dos estados do sudeste.⁴³⁹ O novo líder da nação desenvolveu uma política que visava a alteração do modelo de organização econômica e social brasileiro, transformando a composição e a correlação de forças políticas. Sem dúvida, foi um momento de ruptura com o modelo de domínio estabelecido na Primeira República, mesmo que a influência das oligarquias não tenha desaparecido completamente.

Em relação aos primeiros anos do Governo Vargas, Cristina Fonseca aponta que o período compreendido pelo governo provisório (1930-1934) foi marcado por grande instabilidade política, devido, entre outros fatores, à heterogeneidade das forças que haviam se aliado durante o processo revolucionário.⁴⁴⁰ Assim, no plano

⁴³⁷ BORGES, Vavy Pacheco. *Anos trinta e política: história e historiografia*. In: FREITAS, Marcos Cezar (Org.). *Historiografia brasileira em perspectiva*. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2000. p. 159-182.

⁴³⁸ Cf., por exemplo: Id. *Tenentismo e revolução brasileira*. São Paulo: Brasiliense, 1992; DE DECCA, Edgar. *O silêncio dos vencidos: memória, história e revolução*. São Paulo: Brasiliense, 1984; FAUSTO, Boris. *A Revolução de 1930: história e historiografia*. São Paulo: Brasiliense, 1970.

⁴³⁹ HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar*, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005. p. 128.

⁴⁴⁰ FONSECA, Cristina Maria Oliveira. *Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2007. p. 32.

político, a diversidade de interesses em disputa por maior influência junto ao Governo Federal se fez presente até 1937, já que os tenentes se aprofundaram em crítica acentuada ao liberalismo e defendiam um modelo de Estado nitidamente centralizador e intervencionista.⁴⁴¹ Na Bahia, as classes economicamente dominantes levantaram-se contra a revolução de 1930. Com a aliança entre as facções mangabeirista (liderada por Otávio Mangabeira) e calmonista (dirigida por Francisco Góes Calmon), o estado havia experimentado uma fase de estabilidade política que não se observava desde o advento da República.⁴⁴² Apenas um reduzido grupo de políticos e de jovens acadêmicos liderados a distância pelo ex-governador J. J. Seabra, manifestou-se no periódico *O Jornal* e contribuiu para que a revolução não ficasse completamente ausente no estado. A deposição do presidente Washington Luis foi um acontecimento inusitado para os coroneis baianos que acreditavam convictamente em sua vitória. Assim, observou-se contraditoriamente uma série de congratulações aos militares, por parte de periódicos como *A Tarde*, além de diversas cartas de apoio de muitas cidades do interior do estado.⁴⁴³

Como em outros locais do país, o pós-1930 na Bahia integrou um processo inicial conturbado de reorganização, gerado pela nova configuração política que se instaurou. Era necessária a escolha de interventores, que muitas vezes não conseguiam manter-se no cargo. Em fins de 1931, por exemplo, com exceção da Paraíba, de Pernambuco e do Acre, todos os interventores já tinham sido substituídos por militares.⁴⁴⁴ Na Bahia, os dois primeiros foram civis, Leopoldo Afrânio do Amaral⁴⁴⁵ e Arthur Neiva, e ficaram no poder, respectivamente, por quase três meses (1º de novembro de 1930 a 18 de fevereiro de 1931) e cerca de cinco meses (18 de fevereiro de 1931 a 15 de julho de 1931). O político J. J. Seabra, que havia apoiado a revolução, não recebeu poder de indicação para o cargo de

⁴⁴¹ FONSECA, 2007, p. 34.

⁴⁴² SAMPAIO, C., 1992, p. 57.

⁴⁴³ *Ibid.*, p. 59.

⁴⁴⁴ *Ibid.*, p. 62.

⁴⁴⁵ Leopoldo Afrânio Bastos do Amaral nasceu em 1893, em Belém-PA, e faleceu em 1965, em Salvador-BA. Foi engenheiro, professor da Escola Politécnica da Bahia e da Faculdade de Filosofia da Bahia. Foi político e interventor na Bahia entre 1930 e 1931. Cf. DIAS, André Luiz Mattedi. Uma História da educação matemática na Bahia. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 26., 2011, São Paulo. *Anais...* São Paulo: ANUH, 2011. Disponível em: <http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300909600_ARQUIVO_ALMD.EducacaomatematicaBahia_revisado.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2015.

interventor, o que contribuiu para o seu descontentamento.⁴⁴⁶ E, em agosto de 1931, o tenente Juracy Magalhães⁴⁴⁷ foi indicado,⁴⁴⁸ assumindo a interventoria da Bahia até novembro de 1937, quando ocorreu novo golpe e implantou-se o Estado Novo.

Os governos de Amaral e Neiva, assim como os dois primeiros anos do mandato de Magalhães, foram marcados pela descontinuidade e pelo “afrontamento social”. Desenvolveram ações e elaboraram decretos, a exemplo da Lei de Reorganização Municipal de 1931, que objetivavam reduzir as despesas públicas, reativar as economias locais e fortalecer a administração central. No início da década de 1930, a Bahia era um estado descapitalizado, vítima de uma profunda crise econômica agravada pela instabilidade político-partidária gerada pela revolução.⁴⁴⁹ Somente com as ações de Juracy Magalhães, inicialmente rejeitado por ser jovem, militar e não ser baiano, é que se conseguiu dar novos contornos a esse quadro. Por volta de 1933, com a estratégia de não implementar reformas radicais, buscou adaptar a revolução à rígida estrutura da sociedade oligárquica.⁴⁵⁰

Para Sampaio, apesar da atuação de fatores específicos locais no período pós-revolução, o fracasso dos dois primeiros governantes do estado estava diretamente relacionado às comissões de sindicância, organizadas de acordo com o Tribunal Especial instalado no Rio de Janeiro. Essas comissões tinham o intuito de investigar a ação de homens públicos, dando “[...] o primeiro passo para erradicar a corrupção do país”.⁴⁵¹ De fato, questionar a conduta de integrantes das classes dominantes pode ter sido um agravante para o insucesso político dos primeiros interventores baianos. A figura de maior projeção política a ser investigada na Bahia foi Antônio Luis Cavalcanti de Barros Barreto, ex-secretário de Saúde e Assistência Pública, o que despertou a indignação de muitos membros da elite que o acompanharam ao longo da sua liderança nos serviços sanitários:

⁴⁴⁶ SAMPAIO, C., 1992, p. 63.

⁴⁴⁷ Juracy Montenegro Magalhães nasceu em 4 de agosto de 1905, em Fortaleza-CE e faleceu em 15 de maio de 2001, em Salvador-BA. Foi um político de forte influência no estado. Governou a Bahia entre 1931 e 1935, como interventor; entre 1935 e 1937, por eleição indireta. A partir de 1945, quando o país voltou ao processo democrático, foi o principal protagonista da retomada do processo político na Bahia, ao lado do governador Otávio Mangabeira.

⁴⁴⁸ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 26 ago. 1931. (*Teve, afinal, provimento a interventoria bahiana*)

⁴⁴⁹ CARVALHO, Patrícia Carneiro Santos Moreira de. *Juracy e a construção do juracismo: um perfil da política baiana*. 2005. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005. p. 18.

⁴⁵⁰ SAMPAIO, C., op. cit., p. 74-75.

⁴⁵¹ Ibid., p. 64.

A' hora em que circularmos estará sendo julgada, em sessão pública, isto é, na presença do povo, pela comissão de sindicancia [...] a administração do dr. Antônio Cavalcante de Albuquerque Barros Barreto. É relator desse processo o bacharel Pericles Mello, cujo parecer sabemos constituir um tremendo libello contra o Ex-Secretário de Saúde Pública nos governos dos srs. Góes Calmon e Vital Soares, sendo que, na vigiência desse último, s. s. estava, por uma lei, de pae p'ra filho pródigo, dispensado da formalidade de prestar contas dos dinheiros públicos que gastava, das devidas explicações, ao Tribunal de Contas.⁴⁵²

Barros Barreto, que perdera seu cargo com a vitória do movimento de 1930, não havia se pronunciado nem procurado, em um primeiro momento, defesa às acusações que lhe foram feitas. Na referida sessão, no entanto, encontrava-se acompanhado pelos seus advogados, o que indica, em última instância, uma medida de precaução. Mas não era apenas isso. O político pode ter rejeitado inicialmente o acompanhamento jurídico para sugerir aos militares que seu mandato ocorreu de forma transparente e honesta. Talvez a população soteropolitana não imaginasse os desdobramentos dessa investigação, mas certamente Barros Barreto previa que, no dia seguinte, seria o principal tema de discussão na cidade. Acabou exposto na capa do jornal, em uma notícia de subtítulo: “[...] um assalto em regra ao patrimonio e á economia do Estado”.⁴⁵³ Tal acusação pautava-se na identificação de uma série de irregularidades no mandato do ex-secretário, que ocupara simultaneamente inúmeros cargos como o de diretor do Saneamento Rural, da Repartição de Águas e Esgotos e de fiscal da Febre Amarela: “[...] da devassa procedida na administração daquellas repartições, se verifica terem sido ellas, um servedouro de dinheiro, que despejava directamente grandes quantias na fortuna privada do dr. Barros Barreto”.⁴⁵⁴

As acusações chegavam a afirmar que, em 1925, a repartição de saúde tornou-se independente apenas devido ao casamento entre Barros Barreto e a filha de Góes Calmon, como parte de uma estratégia para o desvio da verba pública na relação entre sogro e genro.⁴⁵⁵ Além disso, denunciava o uso indevido do patrimônio do estado, o roubo de material e o desvio de dinheiro por meio de notas falsas:

⁴⁵² DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 21 maio 1931. (*Na Justiça Revolucionária*)

⁴⁵³ Ibid., 22 maio 1931. (*O caso do Sr. Barros Barreto é um Panamá!*)

⁴⁵⁴ Ibid.

⁴⁵⁵ A Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública foi criada em 1925 e teve como dirigente Barros Barreto, que recebeu poderes ilimitados de ação, visto que o órgão era subordinado diretamente ao Governador, Góes Calmon, seu sogro. Cf., cap. 1.

O dr. Barros Barreto levava para a sua fazenda tudo de que precisava lá, e que existisse na Saúde Pública, e se na repartição não existisse, mandava que o fornecedor lhe trouxesse [...] Se o Estado comprava um edifício, elle mandava retirar o que podia, estatuas, escadarias (test. fls. 90); se passando em qualquer próprio Estado, sympathizava com os portões, os mandava arrancar e levar (test. fls. 183, que os arrancou). Animaes da Saúde Pública, burros, bestas, levava tudo (test. fls. 93, 95, 98 e v.) [...] alguns comerciantes mandavam fatura em branco, e a Repartição enchia essas facturas como queria. Ha facturas encontradas que conteem mais dinheiro que o commerciante recebeu, e também facturas de commerciantes que não vendem o artigo.⁴⁵⁶

Apesar das tentativas de defesa por parte de seu advogado, Barros Barreto foi condenado a confisco de todos os depósitos, títulos e bens de qualquer natureza relativos aos danos à Fazenda Pública.⁴⁵⁷ Essa investigação pode ter sido influenciada por uma espécie de revanchismo político, a partir das forças militares. Mas também pode ser um exemplo de como, ao longo da década de 1930, surgiria uma consciência da necessidade de criar fronteiras entre as esferas públicas e os interesses privados dos dirigentes políticos: ainda era nova a ideia de que a saúde era um bem público e, como tal, um dever do Estado, mas começava a se desenvolver.

De 1930 a 1937, forças políticas baianas uniram-se em resistência ao poder central, especialmente a partir da indicação de Juracy Magalhães para a interventoria. J. J. Seabra uniu-se a Otávio Mangabeira, Pedro Lago, João Mangabeira, Wanderlei Pinho, Ubaldino Gonzaga, Simões Filho e ao próprio Góes Calmon, forte opositor na década de 1920, para defender os interesses regionais, em um grupo denominado “autonomista”, cuja produção intelectual foi analisada por Paulo Santos Silva.⁴⁵⁸ Destaca-se que, após o Estado Novo, Magalhães se aliou a esse grupo e, junto com Otávio Mangabeira, foi eleito:

Para marchar nesse sentido, firmaram um pacto contra o Estado Novo e o governo Vargas adotando como bandeira de luta o slogan do inicio dos anos 30: ‘restituir á Bahia a posse de si mesma’. [...] A frente opositorista que se organizou em torno de Otávio Mangabeira e Juracy Magalhães consistiu num amplo bloco antivarguista que reuniu a quase totalidade das lideranças políticas baianas.⁴⁵⁹

Sobre a constituição de políticas de saúde por Getúlio Vargas, Cristina Fonseca aponta a existência de dois modelos de inclusão social que visavam a

⁴⁵⁶ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 22 maio 1931. (*O caso do Sr. Barros Barreto é um Panamá!*)

⁴⁵⁷ Ibid.

⁴⁵⁸ SILVA, Paulo, 2011, p. 27-28.

⁴⁵⁹ Ibid., p. 38.

concretizar o Estado de bem-estar, especialmente no que diz respeito à saúde: os serviços do Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP), sobre os quais a análise aqui desenvolvida, em relação à Bahia, se debruça, e os destinados ao Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC).⁴⁶⁰ Ela discorda que houve uma retração nas ações de políticas públicas que vinham sendo implementadas no interior do país e que isso justificaria uma política de acomodação, concepções e barganhas nas áreas de antiga dominação coronelística. Dessa forma, a autora defende que a política pública de saúde constituiu, também, um instrumento do processo de construção do Estado e de sua capacidade administrativa:

[...] a bandeira do saneamento foi incorporada e reelaborada no projeto político-ideológico do governo e, independente da existência ou não de mobilização social, ela atendeu ao governo federal em seu interesse de garantir presença no interior do país, apoiado no excesso de federalismo que havia marcado a primeira República e, segundo as interpretações da época, prejudicado os interesses nacionais.⁴⁶¹

Assim, as políticas de saúde elaboradas pelo MESP não configuraram um rompimento com o que vinha sendo desenvolvido na área da saúde pública, mas a incorporação tanto das instituições, quanto dos seus atores, ao novo processo de construção do Estado, alertando para o fato de que houve um investimento institucional realizado pela União no campo da saúde pública, como resultado direto de uma iniciativa governamental, independente da presença de grupos de pressão.⁴⁶²

A população alvo do MESP eram as pessoas não cobertas pelo sistema previdenciário e que se encontravam dispersas por todo o país, sem canais formais de agrupamento que tornassem públicas suas necessidades primordiais, diferentemente do que ocorria com os trabalhadores sindicalizados, que eram socorridos pelo MTIC. Assim, essa população civil não tinha poder de interferência nas decisões adotadas e nas prioridades estabelecidas nas políticas sanitárias pelo poder federal.⁴⁶³ Como poderá se observar no caso da Bahia, nos dados relativos ao ano de 1938, uma parcela da população recebeu atenção especial: as mulheres e as

⁴⁶⁰ FONSECA, C., 2007.

⁴⁶¹ Ibid., p. 29.

⁴⁶² Ibid., p. 31.

⁴⁶³ Ibid., p. 48.

crianças, elementos-chave do projeto político-ideológico de construção nacional.⁴⁶⁴ Segundo Fonseca, a antiga estrutura, baseada em postos de profilaxia rural, anteriormente construídos em vários pontos do país, foi modificada, mas ampliou-se e se diversificou o formato de ação do poder público. Sete doenças – tuberculose, lepra, febre amarela, malária, peste, câncer e doenças mentais – foram contempladas com serviços federais.⁴⁶⁵

A sífilis não compôs o rol das doenças de prioridade nacional, o que induziu Carrara à ideia de que as medidas implementadas para a sua erradicação fossem esparsas.⁴⁶⁶ Segundo o autor, a política de combate à sífilis se modificou ao longo da década de 1930, desenvolvendo-se uma demanda por intervenções educativas mais amplas e por leis sanitárias mais severas.⁴⁶⁷

Como prova disso, quando a IPLDV encerrou suas atividades, em 1934, a Constituição Federal promulgada, influenciada por preocupações higiênicas e eugênicas, regulamentava a apresentação pelos nubentes de prova de sanidade física e mental, com atenção às condições regionais do país;⁴⁶⁸ e, com o código penal de 1940, instituiu-se o delito de contágio venéreo como crime:

Art. 130 - Expor alguém, por meio de relações sexuais ou qualquer ato libidinoso, a contágio de moléstia venérea, de que sabe ou deve saber que está contaminado:

Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa.

§ 1º - Se é intenção do agente transmitir a moléstia:

Pena - reclusão, de um a quatro anos, e multa.

§ 2º - Somente se procede mediante representação.⁴⁶⁹

Ainda para Carrara, o abolicionismo liberal característico da luta antivenérea nos anos de 1920 havia empaldecido e, até mesmo autores que o haviam defendido, como Oscar da Silva Araújo, mudaram a ênfase no seu discurso, alertando para que um plano integral de campanha antivenérea não podia consistir,

⁴⁶⁴ Apesar da atenção especial a esses grupos, Fonseca destaca que não se deve relegar o caráter abrangente das ações de saúde desenvolvidas. Foi a sua dimensão não-restritiva que lhe atribuiu o caráter de universalidade. Cf. FONSECA, C., 2007. p. 49.

⁴⁶⁵ Ibid. p. 51.

⁴⁶⁶ CARRARA, 1996, p. 270-271.

⁴⁶⁷ Ibid., p. 246.

⁴⁶⁸ BRASIL. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934.*

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm. Acesso em: 25 jan. 2015.

⁴⁶⁹ BRASIL. *Código penal: Decreto Lei n. 2.848, 7 de dezembro de 1940.* Disponível em:

<http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp_DL2848.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2015.

apenas, em medidas sanitárias ou médico-sociais.⁴⁷⁰ As raras iniciativas do governo teriam, também, contribuído para a falta de uma orientação central sobre o combate à sífilis, o que somente mudaria com a promoção da maior conferência sobre o assunto que o Brasil já teve, em quase um século de luta contra a doença, em 1940.⁴⁷¹ A experiência de reforma na Bahia, contudo, revela como a proposta foi exitosa ao longo da década de 1920. Além disso, encontram-se indícios de que as medidas centralizadoras do Governo Vargas e do fortalecimento gradual do Ministério da Educação e Saúde, no pós-1935, contribuíram para o seguimento de orientações específicas de instâncias nacionais para o tratamento da sífilis, mesmo que a doença não estivesse figurado como alvo das medidas prioritárias de intervenção da União.⁴⁷²

As reformas da saúde pública, nos diferenciados momentos dos governos de Vargas, acompanharam as oscilações políticas entre 1930 e 1945, período marcado por sucessivas mudanças no comando do MESP, criado em dezembro de 1930,⁴⁷³ até a posse do ministro Gustavo Capanema, em 1934.⁴⁷⁴ O formato institucional atribuído ao MESP deveria ser compatível com os debates que ocorriam nas disputas desencadeadas no pós-1930. Porém, tal como as discussões ocorridas na esfera política nacional, os primeiros anos da instituição foram marcados pela inconstância e indefinição de propostas e projetos. Nos quatro primeiros anos do Ministério da Educação e Saúde Pública, até a indicação de Gustavo Capanema, três diferentes ministros ocuparam a pasta ministerial: Francisco Campos, Belisário Pena e Washington Pires.⁴⁷⁵ Essa descontinuidade foi reflexo das divergências existentes sobre o futuro do país, chegando ao final do Governo Provisório sem objetivos definidos para a sua estrutura administrativa.⁴⁷⁶ Antes de construir o seu aparato técnico-administrativo, a União exigiu apoio dos estados, que nem sempre tinham condições de colaborar. Em seu mandato, por exemplo, Belisário Pena

⁴⁷⁰ CARRARA, 1996, p. 256.

⁴⁷¹ *Ibid.*, p. 270.

⁴⁷² Cf. a correspondência do médico Antônio Simões, orientando os médicos baianos sobre como proceder em casos de sífilis identificados nos postos de saúde da capital. SIMÕES, Antônio. Circular ao diretor do 2º Centro de Saúde Mario Andrea. APEB, caixa 4034, maço 28, 1928.

⁴⁷³ BRASIL. Decreto n. 19.444, de 1 de dezembro de 1930. Dispõe sobre os serviços que ficam a cargo do Ministério da Educação e Saúde Pública, e dá outras providências. Disponível em: <http://porta.l.mec.gov.br/arquivos/pdf/d19444.pdf>. Acesso em: 4 abr. de 2014.

⁴⁷⁴ HOCHMAN, 2005, p. 129.

⁴⁷⁵ *Ibid.*, p. 130.

⁴⁷⁶ HOCHMAN, Gilberto O.; FONSECA, Cristina M. O. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-1945. In: PANDOLFI, Dulce. *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999. p. 82.

suspendeu os serviços de profilaxia nos estados e solicitou que os governadores os assumissem. Essa medida era provisória, com validade até que o DNSP os retomasse e os reorganizasse.⁴⁷⁷ A suspensão do financiamento da União contribuiu para o atraso de salários dos funcionários da saúde na Bahia e a falta de material de trabalho. Era difícil adquirir instrumentos necessários para o funcionamento dos postos (agulhas, mesas de operação, algodão, remédios e aparelhos), porque a União só repassava esses materiais mediante a quitação das quotas que os estados lhe deviam e a Bahia acumulava débitos dos serviços sanitários desde o governo sanitário de Barros Barreto.⁴⁷⁸ Além disso, segundo o *Diário de Notícias*, em meados de 1932, o fato de o governo baiano ter se recusado a assumir provisoriamente a chefia dos serviços sanitários causou o descontentamento dos representantes da União: enquanto os outros estados voltavam a ter suas despesas de saúde pagas pelo Tesouro Nacional, os funcionários baianos do Posto das Docas continuavam com os salários atrasados, mesmo com as tentativas de intervenção de Juracy Magalhães.⁴⁷⁹

Destoando dos demais postos sanitários, o dispensário Ramiro Azevedo tentou continuar em funcionamento. Com a suspensão do Serviço de Profilaxia Rural, a Liga Baiana contra a Tuberculose resolveu manter as portas do posto abertas para atender às mais de 20 mil pessoas que dependiam do seu funcionamento e, como medida de contenção de gastos, reduziu o número de enfermeiras e o corpo médico passou a atender gratuitamente.⁴⁸⁰ O *Diário de Notícias* apoiou a iniciativa do dispensário e publicou uma matéria sobre a falta de repasse de verbas do Estado para o estabelecimento.⁴⁸¹ Em resposta à denúncia da imprensa, o diretor do centro respondeu que o edifício e as instalações do posto eram de responsabilidade da Liga, que custeava uma parte das suas despesas em acordo com o Serviço Federal de Profilaxia Rural, que pagava a outra parte. Para o médico, não havia nenhuma responsabilidade por parte do estado com o Ramiro Azevedo.⁴⁸² Mas a contenção de verbas do Governo da Bahia não era exclusiva daquele posto. Havia também suspenso subvenções para o hospital Santa

⁴⁷⁷ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 21 abr. 1931. (*Entre o fechamento dos “Postos” e a abertura dos “Centros”*)

⁴⁷⁸ Ibid.

⁴⁷⁹ Ibid., 24 maio 1932. (*Fazendo prophylaxia gratuita*)

⁴⁸⁰ Ibid., 21 abr. 1931. (*Entre o fechamento dos “Postos” e a abertura dos “Centros”*)

⁴⁸¹ Ibid., 9 abr. 1931. (*O Dispensário de Ramiro Azevedo*)

⁴⁸² Ibid.

Izabel que, com sua lotação completa, não recebia mais doentes.⁴⁸³ Dois anos depois, ainda sem o repasse de verbas, os representantes da Santa Casa de Misericórdia da Bahia levaram um documento às mãos do interventor, expondo a situação crítica em que a instituição se encontrava. Apresentaram os números relativos aos repasses de outros interventores às Santas Casas de outros estados, mas obtiveram a resposta de que seriam ajudados “na medida do possível” porque, naquele momento, não era possível conceder-lhes um auxílio tão grande quanto o oferecido pelos referidos líderes políticos.⁴⁸⁴

Durante o governo de Arthur Neiva, procurou-se dar continuidade à reforma sanitária que se iniciara em 1925 na Bahia. Foi promulgado, em março de 1931, um decreto que reorganizou os serviços de saúde pública e modificou a legislação sanitária do estado.⁴⁸⁵ (Figura 16). Apenas seis anos após a última reforma, alterava-se uma vez mais a estrutura da saúde baiana: a Secretaria de Saúde e Assistência Pública deixou de existir e se criou a Diretoria Geral de Saúde e Assistência Pública, subordinada à Secretaria do Interior, Justiça, Instrução, Saúde e Assistência Pública.⁴⁸⁶ O órgão prometia encarregar-se de todas as questões que interessassem à saúde coletiva, empregando as medidas técnicas e científicas que combatessem doenças, evitassem mortes e promovessem o bem-estar do povo.⁴⁸⁷ Foram conservados muitos dos serviços já existentes, subordinando-os a um Diretor Geral, que desempenharia seu trabalho com o auxílio de um Inspetor Geral. Inicialmente, foi nomeado como inspetor o médico Alfredo Britto,⁴⁸⁸ transferido dias depois para a sessão de Hygiene Escolar e Educação Sanitária.⁴⁸⁹ Não se repetirá, aqui, a descrição de funções desempenhadas por órgãos que permaneceram em funcionamento e que já foram citados nesse trabalho quando se analisou a reforma de 1925. Ao contrário, voltar-se-á para as mudanças e, especificamente, as que dizem respeito ao tratamento da sífilis. Dentre elas, destacam-se o desativamento dos postos sanitários e a implantação de três centros de saúde, concebidos da seguinte maneira:

⁴⁸³ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 9 abr. 1931. (*O Dispensário de Ramiro Azevedo*)

⁴⁸⁴ Ibid., 12 dez. 1933. (*As dificuldades da Santa Casa de Misericórdia*)

⁴⁸⁵ BAHIA. Decreto 7.337, de 27 de março de 1931. In: BAHIA. Decretos do ano de 1931. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1935.

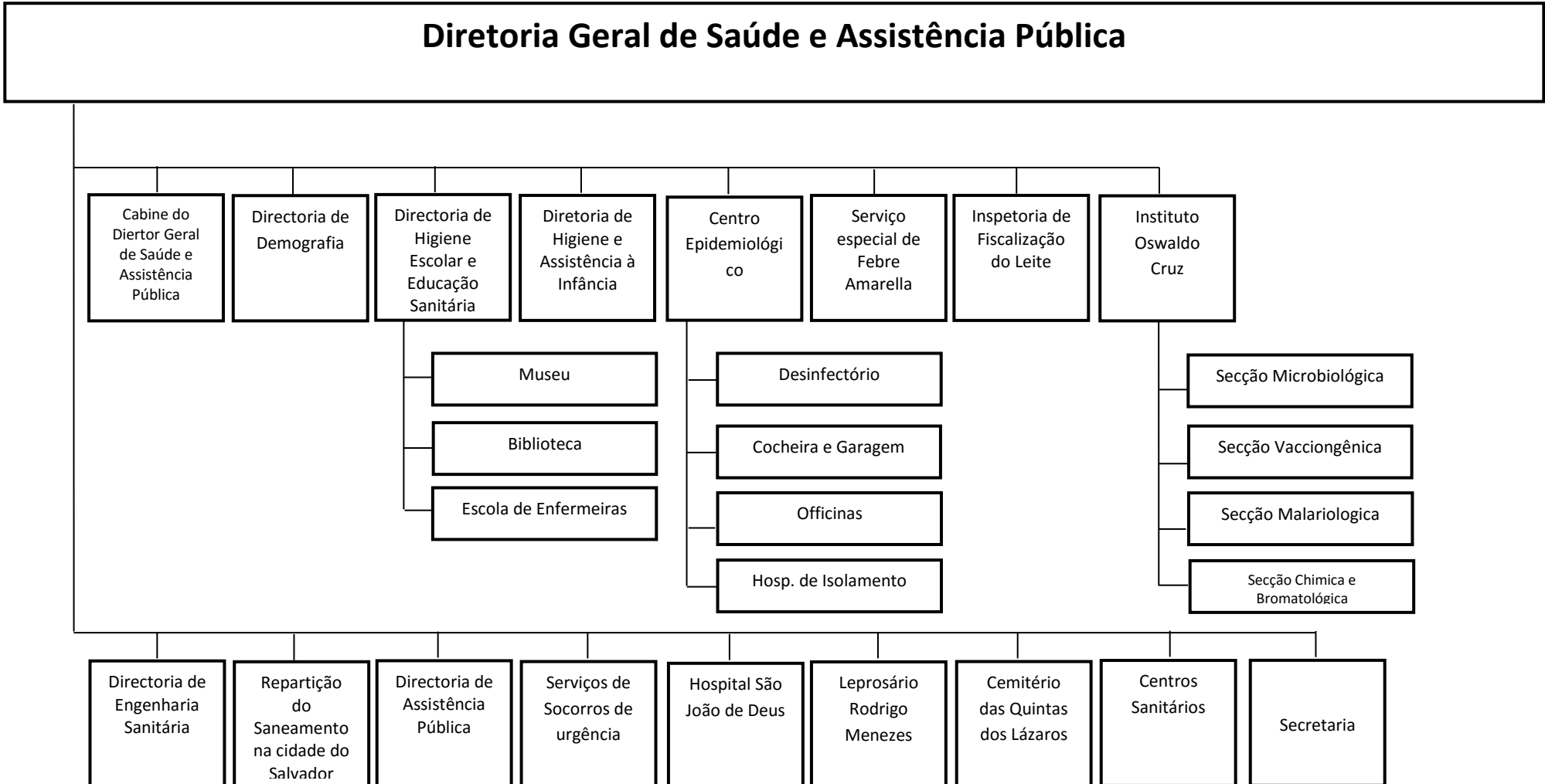
⁴⁸⁶ Ibid., p. 274.

⁴⁸⁷ Ibid.

⁴⁸⁸ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 7 abr. 1931. (*Outros aspectos odiosos da reforma*)

⁴⁸⁹ Ibid., 10 abr. 1931. (*Educação sanitária*)

Figura 16 - Organograma dos Serviços de Saúde na Bahia, a partir da Reforma de 1931.



Fonte: BAHIA, 1935.

Art. 37. O Centro Sanitario será uma agencia centralizadora de Serviços de Saude e Assistência Publica, todos coordenados para uma determinada parte da população e operando dentro dos limites de uma area que possa estender uma acção efficiente.

[...]

Art. 39. Serão installados na Capital 3 Centros Sanitarios estendendo cada um seu raio de acção a uma zona composta de 4 districtos sanitarios.⁴⁹⁰

Arthur Neiva concentrou o atendimento nos três postos aos portadores de sífilis, doenças venéreas e outras moléstias, como a tuberculose, e conservou o dispensário das Docas do Porto. Essa manobra político-sanitária fazia parte de uma tentativa de reafirmar e aprofundar as diretrizes sanitárias nacionais no estado. A nova legislação solicitava, por exemplo, o atendimento de pacientes por sexo, nos novos centros, e incentivava a continuidade do investimento na educação sanitária, com enfermeiras que reconduziriam doentes recalcitrantes, da mesma forma que em 1925.⁴⁹¹ A permanência do posto das Docas do Porto ocorreu devido ao lugar em que ele se encontrava localizado e na ação que poderia desempenhar no tratamento das pessoas as quais, pelos seus hábitos, ocupação, meio de vida ou por outra qualquer causa evidente, se tornassem suspeitas de estar infectadas ou de veicular os germens daquelas doenças; também atendiam àquelas e as consideradas mais aptas a transmitir doenças venéreas, no caso, as prostitutas.

A reforma de 1931 interferiu diretamente na relação paciente/tratamento, pois modificou a geografia dos postos sanitários e selecionou os médicos que acompanhariam o tratamento de sífilíticos. Com isso, os pacientes precisaram se adequar aos novos ambientes, que nem sempre estavam preparados para o atendimento. As consequências desse processo puderam ser observadas em 1934, quando o professor Octávio Torres – um dos médicos que se mantiveram no governo, diretor do Leprosário Rodrigo Meneses e Inspetor da Lepra e Doenças Venéreas – escreveu sobre as atividades em torno da sífilis na cidade de Salvador.⁴⁹² Como se pode verificar na Tabela 3, o número de matrículas de sífilíticos declinou se comparado ao da Tabela 2, a qual apresenta dados sobre o atendimento nos postos sanitários no pré-1930. Por outro lado, o número de injeções para o tratamento da sífilis aumentou consideravelmente. As pessoas eram atendidas nos três centros de saúde e no dispensário das Docas do Porto, que se encontravam sob as respectivas direções dos médicos Manuel Victorino Pereira,

⁴⁹⁰ BAHIA, 1935, p. 287.

⁴⁹¹ Ibid., p. 289.

⁴⁹² TORRES, 1936. APEB.

Washington Landulpho Medrado, Almir Braga e Alfredo Boureau, mas não realizavam cadastro e não desenvolviam tratamento contínuo nos postos.

Tabela 3 - Panorama de atividades relacionadas ao tratamento da sífilis, nos centros de saúde, no ano de 1934.

Unidade Sanitária	Matriculados em 1934			Atendidos em 1934			Injeções para doenças venéreas em 1934		
	Homens	Mulheres	Crianças	Homens	Mulheres	Crianças	Homens	Mulheres	Crianças
1 Centro de saúde	241	402	4	5005	5753	44	8480	4085	12
2 Centro de Saúde	71	57	Não informado	9071	6.777	Não informado	4534	3946	Não informado
3 Centro de Saúde	320	578	Não informado	1668	1444	Não informado	10954	10765	37
Posto das Docas		451		Não informado	Não informado	Não informado		9614	

Fonte: TORRES, 1936.

O pós-1930 teve uma repercussão negativa imediata para a terapêutica da sífilis, por desarticular um processo que estava em andamento e obtinha sucesso, mesmo que parcial. Os exames anuais para diagnóstico da doença, em 1934, declinaram vertiginosamente porque não foram realizados na maior parte dos centros. Naquele ano, por exemplo, o Posto das Docas efetuou apenas 193 reações de Wasserman. De fato, um dos maiores impactos da reforma no tratamento da sífilis estava relacionado ao seu diagnóstico, visto que o laboratório do Serviço de Profilaxia Rural fora fechado. Como observado anteriormente, essa instituição trabalhava com fluxo intenso e prestava serviços importantíssimos aos antigos postos de saúde, por atender toda a demanda laboratorial de Salvador, com destaque para os exames bacteriológicos. Suspenso o Serviço de Profilaxia Rural, o laboratório se extinguiu. O doutor Torres pedia a sua reativação com urgência, pois viria a satisfazer uma grande necessidade dos centros de saúde.⁴⁹³ Destaca-se que o artigo 51 da reforma de 1931 não estava sendo cumprido. Ele determinava que cada Centro Sanitário disporia de um laboratório destinado a fazer exames para a elucidação do diagnóstico dos pacientes matriculados nos diversos serviços do

⁴⁹³ TORRES, 1936, p. 55. APEB.

Centro, assim como o esclarecimento do diagnóstico de moléstias supostamente transmissíveis.⁴⁹⁴

Por outro lado, outras medidas começavam a ser adotadas, como a implantação de um serviço venéreo noturno no 2º centro de saúde,⁴⁹⁵ para proporcionar às prostitutas a profilaxia e o tratamento da sífilis. O posto foi inaugurado em fins de 1933, sob a supervisão do doutor João Olympio Guimarães, no São Miguel, centro de Salvador, com entrada pela rua Fonte Nova do Desterro, e com o funcionamento entre 20 e 24 horas,⁴⁹⁶ cumprindo o que foi determinado pelo DNSP para os postos: deveriam ser implantados em locais acessíveis, mas discretos.

E assim não poderão deixar de procurá-lo todos aqueles que se hajam exposto á contaminação venerea - que será evitada naturalmente por meio de medidas de desinfecção, aconselhadas pela sciencia médica e alli practicadas com o maximo de carinho e maior rigor.⁴⁹⁷

Um dos grandes questionamentos da população e da imprensa sobre a criação dos centros sanitários estava associado ao fato de gastar com grandes estruturas que, em pequeno número, contribuiriam para a mistura contraindicada de “[...] tuberculosos com luéticos, de leishimaniosos com doentes de males venéreos, visto como nem ao menos ha localizações especiais para os diversos serviços, nem material de observação destinado a cada espécie de morbo revelado”.⁴⁹⁸ Havia o receio de que, diante da precariedade das condições sanitárias observada nos centros de saúde, não se conseguisse realizar a assepsia necessária e, ao invés de curar, contribuir para a proliferação das doenças. Por fim, apontava-se que “[...] faltava equidade oficial na reforma”, com a notória prioridade das vontades pessoais do interventor Arthur Neiva.⁴⁹⁹

As considerações do periódico traziam à tona uma questão que diz respeito à compreensão da população sobre a transmissão de doenças e que divergia do conhecimento médico-científico vigente naquele momento. O que foi classificado como “[...] vontades pessoais de Arthur Neiva” refletia o pensamento de um projeto político-sanitário nacional, que durante uma parte do período estudado foi alvo de críticas do periódico *Diário de Notícias*, por questões aqui já explicitadas relativas ao

⁴⁹⁴ BAHIA, 1935, p. 290.

⁴⁹⁵ TORRES, 1936. APEB.

⁴⁹⁶ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 19 abr. 1934. (*Tem sua utilidade*)

⁴⁹⁷ Ibid.

⁴⁹⁸ Ibid., 21 abr. 1931. (*Entre o fechamento dos “Postos” e a abertura dos “Centros”*)

⁴⁹⁹ Ibid., 7 abr. 1931. (*Outros aspectos odiosos da reforma*)

federalismo e ao poder das oligarquias. Neiva não via problema em misturar portadores de diferentes doenças em um mesmo local, por ter a certeza de que, cada uma das enfermidades tinha uma forma específica de transmissão, divergindo da concepção científica anterior, para a qual o ar seria a forma predominante de sua proliferação. Sendo assim, a nova disposição dos postos sanitários soteropolitanos se constituiu em uma tentativa de eficácia do tratamento sanitário.

O editorial do *Diário de Notícias* também enfatizou a promessa realizada, antes da reforma legislativa, de não permitir a acumulação de funções entre os servidores públicos, já que o objetivo maior era reduzir os gastos públicos, impedindo os “cabides de emprego”.⁵⁰⁰ Entretanto, alguns médicos foram demitidos enquanto outros continuaram a acumular suas funções no órgão de saúde, na FMB e em outros locais. A imprensa colocava em questão o caráter “novo” da intitulada “nova República”, visto que havia privilegiado profissionais federais de visibilidade e havia despedido profissionais também muito competentes que serviam nos postos de profilaxia fechados pela União: “Diga-nos senhor Interventor, por favor, por gentileza [...] é isto meridianamente defensável, em materia de ethica reformista?”.⁵⁰¹ Para muitos, essa era a repetição dos favoritismos políticos da “República Velha”, não devendo ocorrer no novo contexto que se propunha à profissionalização da administração pública, com o objetivo de que ela diminuísse o controle pessoal e oligárquico. Acredita-se que a escolha de funcionários federais poderia atuar como uma forma de garantir a centralização das atividades sanitárias e o ideal bacteriológico, num momento de clara instabilidade política.

A preocupação constante com a profissionalização do funcionalismo público e com o fim das relações de compadrio foi amenizada na Bahia apenas com o advento do Estado Novo. Como exemplo concreto disso, em março de 1938, o professor Edgar Santos⁵⁰² recebeu um parecer sobre a situação profissional em que se encontrava, referente ao acúmulo das funções de docente na FMB e de diretor do

⁵⁰⁰ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 7 abr. 1931. (*Outros aspectos odiosos da reforma*)

⁵⁰¹ Ibid.

⁵⁰² Edgard Rego Santos nasceu em Salvador-BA, em 8 de janeiro de 1894, e faleceu em 3 de junho de 1962. Formou-se em medicina pela FMB em 1917 e defendeu a tese intitulada *Um ensaio em torno de hormônios*. Foi catedrático de Cirurgia, especialidade à qual se dedicou em viagens a Berlim, Paris e Lion. Em 1927, fez concurso e foi aprovado para a cátedra de Patologia Cirúrgica. Em 1932, foi convidado pelo Interventor na Bahia, Juracy Magalhães para dirigir a Assistência Pública de Saúde. Nesse cargo, criou o Hospital do Pronto Socorro, no Canela.

Serviço de Socorros de Urgência.⁵⁰³ Mesmo com a disposição do médico em receber apenas um dos salários, o documento afirmava:

[...] não ser isso possível em face da Lei que véda as acumulações. O cargo de director do serviço de Socorros de urgência é cargo remunerado, consignando o orçamento estadual verba para esse fim. O cargo de natureza remunerada não deixa de o ser por haver o funcionário desistido da remuneração. Além disto, a finalidade do dispositivo constitucional não é a de obter trabalho gratuito ou de forçar a economia para o Thesouro ou outras instituições públicas, mas, assegurar a justa distribuição das funções, impedindo em benefício do serviço publico o exercício cumulativo das funções publicas remuneradas.⁵⁰⁴

O ocorrido é significativo quando se analisa um estado em que, por muitos anos, os médicos ocupavam cargos simultâneos no campo da saúde, não pela remuneração, mas por *status* político. A resposta ao pedido do médico foi uma demonstração incisiva de como as diretrizes para a ocupação do funcionalismo público passaram a ser seguidas e como, no Estado Novo da Bahia, se trabalhava para a modificação das estruturas de funcionamento dos órgãos da saúde. Apenas quatro dias depois, o médico foi exonerado do cargo de diretor do Serviço de Socorros de Urgência, por optar pelo magistério superior.⁵⁰⁵

Quando Juracy Magalhães assumiu a interventoria do estado, algumas medidas para a normatização do serviço público já haviam sido tomadas. Criou-se, por exemplo, uma junta médica para avaliar a situação física dos funcionários aposentados por invalidez.⁵⁰⁶ O grupo de avaliadores era formado por cinco médicos da Diretoria Geral de Saúde Pública do Estado e tinha como objetivo evitar o desperdício do dinheiro público, de forma extremamente autoritária:

Art. 2º - Cabe á junta Superior de saúde inspeccionar quando o Governo achar necessário, os funcconários que tenham sido julgados incapazes definitivamente para o serviço do Estado, em exame da Junta Médica Ordinária.

Art. 3º - As decisões da Junta Superior de Saúde são definitivas.⁵⁰⁷

O surgimento desse órgão, assim como todo o processo de transformações aqui descrito, inscreve-se nos esforços para a concretização dos ideais nacionais de

⁵⁰³ O Serviço de Socorros de Urgência localizava-se no Canela, no local onde se fundaria, posteriormente, o Hospital Edgard Santos.

⁵⁰⁴ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 14 mar. 1938. (*Em face da vedação das acumulações*)

⁵⁰⁵ Ibid., 18 mar. 1938. (*Por haver preferido o magistério superior*)

⁵⁰⁶ Ibid., 12 set. 1931. (*Uma medida acertada*)

⁵⁰⁷ Ibid.

formação de um Estado robusto e centralizado, como meta a ser alcançada na constituição de um aparato governamental que alcançasse todo o território nacional, integrando as esferas de governo em um projeto político-administrativo mais unificado, como apontou Gilberto Hochman.⁵⁰⁸ Na equipe de trabalho nomeada por Juracy Magalhães foi escolhido um militar, o capitão de corveta baiano Heraldo Maciel,⁵⁰⁹ para assumir o cargo de Diretor Geral de Saúde e Assistência Pública do Estado. Ao chegar à Bahia o militar afirmou não ter uma plataforma de governo previamente definida, mas assegurou que seu lema seria “ordem, trabalho e justiça”, sobretudo justiça, sem se deixar influenciar por amigos para cometer atos que não correspondessem aos seus critérios.⁵¹⁰ Declarou ainda que:

A saúde das populações sertanejas constituirá objecto de minha preocupação tanto quanto a da nossa gente desta velha e querida cidade do Salvador. Merecerão, pois os meus especiais cuidados e carinhos os serviços permanentes, indispensáveis, no interior da Bahia.⁵¹¹

Essa afirmação explicita a orientação técnico-científica adotada pelo militar, assim como a escolha de Arthur Neiva para interventor na Bahia revela que, ao longo do Governo Provisório, eram despendidos esforços para que se continuasse o saneamento dos sertões. Com a substituição de personalidades políticas e sanitárias, havia intenção em dar continuidade do projeto, escolhendo-se sempre profissionais que compartilhassem a mesma concepção sanitária. Dias depois de sua chegada, Heraldo Maciel apresentou uma proposta de organização do serviço contra a tuberculose, nos centros de saúde da capital, e ações voltadas para a mortalidade infantil, febre tifo e peste bubônica no interior do estado.⁵¹² O líder sanitário propôs algumas mudanças na legislação promulgada por Arthur Neiva, como a adoção do nome “Departamento” ao invés de Diretoria de Saúde Pública, para demonstrar a amplitude que tal serviço se propunha a alcançar e com o intuito

⁵⁰⁸ HOCHMAN, 2005, p. 130.

⁵⁰⁹ No conjunto das reformas administrativas realizadas no Ministério da Marinha, entre os anos de 1914 e 1923, foi criada a Escola Médica da Armada, com o objetivo principal de aprimorar o conhecimento dos oficiais médicos da Marinha de Guerra Nacional. No curso, ministrado no Hospital Central da Marinha, no Rio de Janeiro, Heraldo Maciel foi professor de parasitologia, bacteriologia e anatomia patológica. Cf. ESCOLA Médica da Armada. In: FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. *Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil: 1832-1930*. Rio de Janeiro, 200-. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/index.php>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

⁵¹⁰ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 19 out. 1931. (*A chegada do novo diretor de saúde pública*)

⁵¹¹ Ibid.

⁵¹² Ibid., 3 nov. 1931. (*Em visita ao “Diário de Notícias”*)

de se alinhar aos moldes do Governo Federal;⁵¹³ dividiu o estado em distritos sanitários, sendo que cada um disporia de um posto central de higiene; modificou o código sanitário para adequá-lo às mudanças na reforma; ampliou o serviço de enfermeiras visitadoras, o que fez crescer a receita para esse departamento em relação ao exercício passado; e tentou aumentar a subvenção para o interior.⁵¹⁴ Não foi possível conseguir a verba para o interior devido às limitações do orçamento do tesouro baiano. Mesmo assim, o Diretor de Saúde afirmava: “Mas, não desisto do intento. O serviço do interior não ficará apenas creado. Não me conformo deixe elle de ser instalado, pois, o considero de máxima importância.”⁵¹⁵

Heraldo Maciel também conseguiu reativar o Posto das Docas, fechado desde março de 1931. O novo gestor convenceu os funcionários a trabalhar gratuitamente até que a situação financeira do estado melhorasse.⁵¹⁶ Para a surpresa dos baianos, o político deixou a Bahia dois dias após a reinauguração do posto, às pressas, para uma seleção da cadeira de Medicina Tropical na FMRJ, prometendo utilizar-se do prestígio do interventor para conseguir esforços da União no sentido de melhorar a higiene no interior da Bahia.⁵¹⁷

Com a eleição de Juracy Magalhães para governador da Bahia, por voto indireto em 1935, Antônio Luis Cavalcanti de Barros Barreto, que havia deixado a chefia da saúde em 1930, foi nomeado para o cargo de Secretário da Educação e da Saúde Pública.⁵¹⁸ Depois de todo o processo de investigação e comprovação de desvios de verbas da saúde, Barros Barreto voltou a ocupar o cargo público. Uma das possíveis explicações para essa escolha está relacionada às parcerias políticas de Juracy Magalhães, na criação do Partido Social Democrático (PSD). Segundo Sampaio, nenhum dos PSD do país⁵¹⁹ foi tão forte quanto o organizado pelo político. Depois da sua criação, a Bahia se tornou um importante centro de consulta no processo de decisão nacional. Para elevar o *status* do estado a esse patamar, Juracy estimulou ações voltadas para a produção do cacau que, em 1934, também ascendia, e se articulou com políticos de menor projeção dentro dos grupos políticos da Bahia, visto que os representantes máximos desses grupos se negaram a apoiá-

⁵¹³ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 9 jan. 1932. (*Está prompta a reforma da saúde pública*).

⁵¹⁴ Ibid.

⁵¹⁵ Ibid.

⁵¹⁶ Ibid., 11 jan. 1932. (*Está inaugurou-se o posto medico das Docas*)

⁵¹⁷ Ibid., 14 jan. 1932. (*Teve um bota-fora muito concorrido*)

⁵¹⁸ Ibid., 27 abr.1935. (*As solenidades da posse, hontem e hoje, de três dos secretários de Estado*)

⁵¹⁹ Foram criados vários no país, todos estaduais, sem articulação nenhuma entre si e sem relação com o PSD que o Brasil organizou após a 2ª Guerra Mundial.

lo.⁵²⁰ Dentre os que aderiram ao PSD, destacam-se Clemente Mariani Bittencourt, filho de Pedro Ribeiro, ligado ao grupo do ex-governador Góes Calmon; e Marques dos Reis, que havia sido Secretário de Segurança Pública, no mesmo governo.⁵²¹ Considerando que o PSD era, na formulação de Sampaio, uma “[...] mistura incongruente de homens que haviam prestado lealdade a diferentes governos, em períodos diversos da história baiana, sem qualquer compromisso de ordem ideológica”,⁵²² Barros Barreto pode ter sido mais um dos que integraram o grupo e, gozando da sua influência política como chefe da saúde por tantos anos, pode ter negociado o apoio a Magalhães em troca do cargo. Dias depois de ter sido empossado, o secretário de Educação e Saúde Pública reunia a imprensa de todo o país – que se deslocara até a Bahia para a posse do governador – em um jantar registrado pelo *Diário de Notícias*.⁵²³ Ele deu continuidade às ações sanitárias e, dessa vez, criou uma sala para a imprensa baiana no Palacete da Vitória, para que pudessem acompanhar seu trabalho de perto.⁵²⁴ Tal atitude tinha como intenção demonstrar que não temia as críticas à sua administração, assim como, talvez, reforçar a ideia de que não se envolveria em escândalos de corrupção.

Entre as atividades apoiadas por Juracy Magalhães, em seu governo, esteve a criação da Federação das Obras de Assistência Social, orientada por um conselho central formado por 11 membros e sob a presidência do Secretário de Estado do Interior, Justiça, Instrução, Saúde e Assistência Pública.⁵²⁵ A organização surgiu a partir da movimentação de um grupo comprometido com a luta contra a lepra que, em 1934, sugeriu ao Governo do Estado a criação de um órgão que orientasse e auxiliasse as instituições sociais da Bahia, mediante o produto de uma nova taxa cobrada pelos municípios.⁵²⁶ Com o apoio de Magalhães, o órgão foi fundado e, com a criação da Secretaria de Educação, Saúde e Assistência Pública, em 1935, o artigo 66 da Constituição do Estado da Bahia instituía o Conselho de Assistência Social.⁵²⁷

Por fim, ainda em relação ao cuidado com a sífilis, o tratamento continuava a ocorrer nos centros sanitários. A Inspetoria Técnica de Higiene Infantil (ITHI)

⁵²⁰ SAMPAIO, C., 1992, p. 88.

⁵²¹ *Ibid.*, p. 89, 93.

⁵²² *Ibid.*, p. 96.

⁵²³ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 29 abr. 1935. (*Numa significativa homenagem á imprensa*)

⁵²⁴ *Ibid.*, 30 maio 1935. (*Uma sala para a imprensa*)

⁵²⁵ AZEVEDO, 1938. Arquivo da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FFCH/UFBA).

⁵²⁶ *Ibid.*

⁵²⁷ *Ibid.*

operava em parceria com a Liga Baiana contra a Tuberculose, no consultório de Higiene Infantil do Instituto Arnaldo Baptista Marques, sede da LBCMI e nos três postos de higiene localizados na capital.⁵²⁸ As ações sanitárias dessas áreas passariam a ser desenvolvidas de forma mais integrada.

4.2 A REFORMA DE 1938 E O ESTADO NOVO

Em 1935, o ministro Gustavo Capanema propôs uma reforma sanitária em nível nacional. Segundo Hochman, o político parecia ter clareza da necessidade de reorganizar os serviços de educação e saúde e, para isso, procurou reforçar os ideais que orientaram a política varguista, quais sejam a formação de uma nova nação e de um novo homem e a necessidade de consolidar a unidade nacional.⁵²⁹ Essa reforma, implementada somente a partir de 1937, definiu os rumos da saúde pública no país, reformulou e consolidou a estrutura administrativa, adequando-a a tais princípios básicos definidos na política do Estado Novo.⁵³⁰ A ditadura implantada teria facilitado as ações que pretendiam aumentar a presença dos serviços sanitários federais nos estados, reformulando a relação entre estes e a União.⁵³¹ No campo específico da saúde pública, foram criadas as delegacias federais de saúde, serviços e conferências nacionais de saúde. As delegacias, com sede no Rio de Janeiro, Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, São Paulo, Porto Alegre e Belo Horizonte, tinham como função a supervisão das atividades de colaboração da União com os serviços locais de saúde, a assistência médico social e a inspeção dos serviços sanitários federais.⁵³²

De acordo com essa orientação, a Bahia também modificou sua estrutura sanitária durante o Estado Novo. Essas atividades começaram a ser desenvolvidas a partir da nomeação de Landulfo Alves para o cargo de interventor da Bahia, em março de 1938. O seu programa de Governo destacava-se pelo caráter autoritário que se implantava a partir de então, na proposta de:

⁵²⁸ RIBEIRO, 2011, p. 103.

⁵²⁹ HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina. A I Conferencia Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In: GOMES, Ângela de Castro (Org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000. p.176.

⁵³⁰ Destaca-se que, com a aprovação da reforma em janeiro de 1937, o Ministério da Educação e Saúde Pública passa a ser denominado Ministério da Educação e Saúde. Para mais informações cf. HOCHMAN, 2005, p. 131; HOCHMAN; FONSECA, op. cit., p. 177.

⁵³¹ HOCHMAN, op. cit., p. 132.

⁵³² HOCHMAN; FONSECA, 1999.

1.º) Administrar, coordenando valores, coordenando os esforços individuais, em torno do bem estar comum;

[...]

5.º) Fazer respeitar o princípio de autoridade que, por ação tendenciosa, oculta ou extensiva vai resvalando aos poucos para um terreno, em que não mais se distingue quem manda, de quem obedece, a ponto de passarem o respeito à autoridade, o respeito à sociedade, e o próprio respeito sagrado à família a ocupar plano secundário nas preocupações sociais, a despeito da reação que os espíritos fortes vão fazendo;

[...]

9.º) Organizar, tanto quanto possível, os meios de defesa sanitária das populações humanas cuja capacidade de produzir esta em função da saúde individual;⁵³³

Promulgada por Landulfo Alves, uma legislação rígida e que homogeneizava o atendimento à saúde na Bahia passava a vigorar no estado logo após sua chegada ao governo, através de um decreto que reorganizou os serviços sanitários e realocou os funcionários nos novos quadros do Departamento de Saúde.⁵³⁴ Dias depois, o então governador nomeou seu irmão, Isaías Alves, como Secretário da Educação e Saúde, para conduzir a reforma sanitária.⁵³⁵ Ao lado de Alfredo Brito, então Diretor da Saúde Pública, o político discursou, na sua posse, enfatizando a necessidade da instrução pública na Bahia, e declarou contar com o auxílio dos funcionários públicos, em especial do professorado.⁵³⁶

Para se compreender a indicação de Isaías Alves para o cargo de secretário é necessário analisar o posicionamento de Juracy Magalhães nos anos que antecederam o Estado Novo. Ao contrário da tendência geral no Brasil, ele não intensificou a repressão aos comunistas após o levante de 1935, visto que muitos dos seus amigos de farda e companheiros de revolução tinham aderido à Aliança Nacional Libertadora.⁵³⁷ Por outro lado, ordenou o fechamento dos núcleos integralistas baianos, principais opositores do PSD nas eleições municipais de

⁵³³ ALVES, Isaías. *Educação e saúde na Bahia: na interventoria Landulpho Alves* (Abril 1938 - Junho 1939). Salvador: Bahia Gráfica, 1939b. BPEB/Seção de Obras Raras.

⁵³⁴ DECRETOS de reorganização dos quadros do Departamento de Saúde. APEB, caixa 4034, maço 28, 1938. Para mais informações sobre o Decreto 10.859, de 15 de julho de 1938, cf. ALVES, 1939b. BPEB/Seção de Obras Raras.

⁵³⁵ O mandato de Isaías Alves durou de 1938 a 1942.

⁵³⁶ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 12 abr. 1938. (*Empossou-se, hontem, o dr. Isaías Alves de Almeida*)

⁵³⁷ Para mais informações sobre comunismo e integralismo, e suas relações com Juracy Magalhães, cf. SAMPAIO, C., 1992, p. 111.

janeiro de 1936, em uma rígida perseguição.⁵³⁸ Coerente com os discursos de defesa da democracia que vinha proferindo desde 1935, Juracy Magalhães, que já havia sido consultado anteriormente por Getúlio Vargas, preferiu não aderir ao golpe e, em novembro de 1937, com o decreto do Estado Novo, renunciou ao cargo,⁵³⁹ o que abriu espaço para um novo interventor.

Nascido em Santo Antônio de Jesus, Isaías Alves estudou direito e construiu uma carreira de reflexão em torno da educação no país. Através de cartas, discutia com seu irmão – que fora aos Estados Unidos em 1920 para estudar agronomia – e analisava as peculiaridades dos sistemas de ensino norte-americano e brasileiro.⁵⁴⁰ O novo secretário se posicionava de forma conservadora acerca da educação e também da saúde e a chegada do Estado Novo colaborou para o fortalecimento de suas convicções. Ele implementou uma política de nacionalização da educação que implicava o controle sobre os currículos e demais atividades escolares. Para isso, ampliou o Serviço de Inspeção Escolar, responsável pela conservação do patrimônio do Estado, pela orientação ao trabalho pedagógico e por fiscalizar o trabalho do professor e do aluno.⁵⁴¹ Por fim, ciente dos reflexos da fome e da falta de saúde nas escolas, acreditava que a instituição de merenda para os estudantes e a ampliação dos serviços médicos com a atuação da Seção Especial de Higiene Médico-escolar, criada em 1925, poderiam garantir uma maior permanência discente no espaço da escola.⁵⁴² No mesmo ano em que tomou posse, a Lei 10.859, de 15 de julho de 1938, determinava que a Inspetoria Médico-escolar constituía dependência da Secretaria de Educação, ou seja, estava sob a sua supervisão,⁵⁴³ o que possibilitou traçar estratégias de articulação entre saúde e educação.

O perfil de Isaías Alves era ideal para assumir o cargo de secretário e, nessa condição, incorporou o “espírito do Estado Novo” de forma incisiva, auxiliando na construção ideológica desse período com uma brusca ruptura com a política desenvolvida até então na Bahia: “Novo é o Estado, nova a mentalidade, novos os protestos de lealdade às instituições, novos métodos de ação, que, desta vez, deram

⁵³⁸ ROCHA, Ana Cristina Santos Matos. *O que fazer com os rudes? Isaías Alves e as divergências sobre o papel da inteligência na organização escolar*. 2011. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, Fundação Getúlio Vargas, 2011. p. 103.

⁵³⁹ *Ibid.*, p. 104.

⁵⁴⁰ Para mais informações, cf. ROCHA, op. cit., p. 35-38.

⁵⁴¹ *Ibid.*, p. 108.

⁵⁴² *Ibid.*

⁵⁴³ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 16 jun. 1938. (*Mais uma directoria creada para o gabinete do Secretario*)

da Bahia um sinal de vitalidade e de orgulho, capaz de elevá-la no conceito de suas irmãs da federação.”⁵⁴⁴

Após a inauguração do retrato de Getúlio Vargas, na Secretaria de Educação e Saúde Pública, o gestor escreveu ao presidente do país um telegrama com as seguintes palavras:

V. Exa. retirou o Brasil do caos do liberalismo e o conduziu a um regimen político no qual o País se poderá tornar uma verdadeira nação. Quero reafirmar a V. Exa. que a educação, no Estado da Bahia, consultará aos interesses da construção nacional conduzindo a mocidade nos rumos de fortalecimento do poder, como essencia do Estado Novo, que V. Exa. representa e dirige.⁵⁴⁵

O Decreto 10.866, promulgado na gestão de Isaías Alves, dividiu a administração sanitária em seções: Administrativa, de Saúde Pública e de Assistência.⁵⁴⁶ (Figura 17) A direção da Divisão de Saúde Pública ficou a cargo do doutor Álvaro Pontes Bahia e englobava as inspetorias técnicas, 3 centros de saúde na capital, 11 postos e 3 subpostos no interior, dispensários especializados urbanos e suburbanos, o Hospital Couto Maia, o Leprosário Rodrigo Menezes e o Instituto Oswaldo Cruz.⁵⁴⁷ As inspetorias foram mantidas e intensificaram suas atuações.

Entre as ações desenvolvidas a partir de então, a Inspetoria de Epidemiologia e Profilaxia centralizou os serviços de epidemiologia devido a um surto de febre tifoide, na primeira metade de 1938; a de tuberculose comprou novos aparelhos, articulou as atividades desenvolvidas pelo Dispensário Ramiro Azevedo com os centros de saúde soteropolitanos e continuou a construção de um novo hospital: o Hospital Santa Terezinha, na Fazenda Águas Claras.⁵⁴⁸

⁵⁴⁴ ALVES, Isaías. *Educação e brasilidade: ideias forças do Estado Novo*. [Rio de Janeiro]: José Olympio, 1939a. p. 154. BPEB/Seção de Obras Raras.

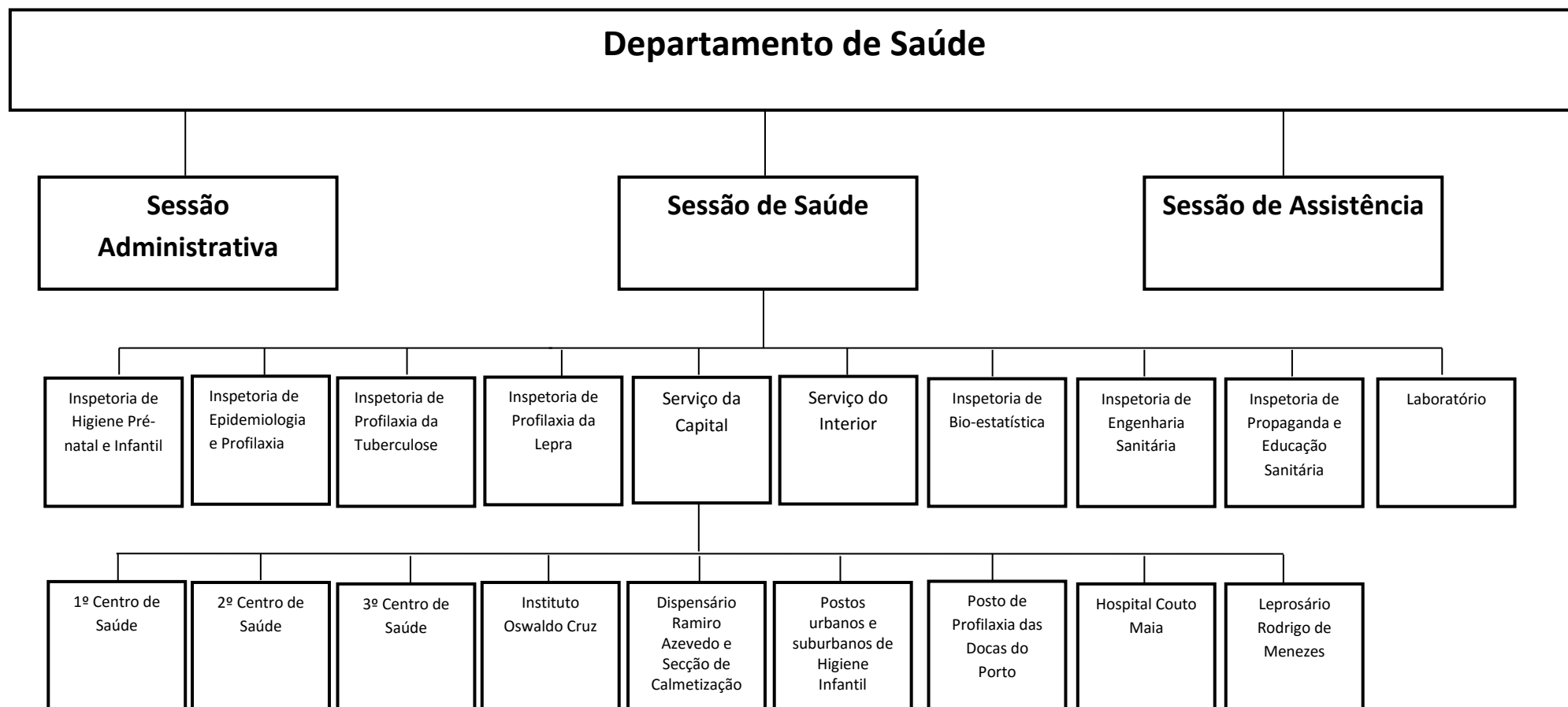
⁵⁴⁵ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 4 jun. 1938. (*O retrato do presidente*)

⁵⁴⁶ ALVES, 1939b, p. 150. BPEB/Seção de Obras Raras.

⁵⁴⁷ Ibid., p. 154.

⁵⁴⁸ Ibid., p. 152.

Figura 17 - Organograma da Sessão de Saúde, 1938.



Fonte: DECRETOS..., 1938.

Ainda no que diz respeito à legislação de 1938, foram definidos todos os setores que passariam a compor a saúde na capital e no interior, elencadas as funções de cada departamento e nomeados os funcionários que assumiriam as atividades. Entre as mudanças realizadas, efetuou-se uma reorganização dos centros de saúde, os quais passaram a ser dotados de estrutura padrão com: um diretor, um número aproximado de 17 médicos – divididos entre titulares e auxiliares –, enfermeiras visitantes de 1ª e 2ª classes, dentista, microscopista, datilógrafo, auxiliar acadêmico, visitadora parteira, técnicos de consultório, carteiro e guardas sanitários.⁵⁴⁹ Isaias Alves exaltava o crescimento do atendimento nos centros de saúde de Salvador que, para ele, “[...] se adequavam ao padrão já consagrado mundialmente”.⁵⁵⁰ No entanto, os prédios em que as instituições baianas funcionavam não atendiam às necessidades e, por isso, medidas foram tomadas para modificar esse quadro: o 1º centro de saúde foi transferido da rua dos Artistas para o bairro da Graça, “[...] dotando-o de instalações modestas, mas decentes”, e os outros dois passaram por reformas, não só com o objetivo de obter melhor rendimento nas atividades, mas como forma de impressionar aqueles que procuravam as repartições sanitárias.⁵⁵¹ Além disso, o projeto de um centro-padrão havia sido aprovado pelo Decreto 10.819, de 1º de julho de 1938, a ser construído no terreno do 2º centro de saúde.⁵⁵² O governo se preocupava com a composição estética dos ambientes sanitários, no intuito de impressionar os seus usuários. O objetivo era agregar aqueles que até então não se dispunham a tratar-se no sistema oficial de saúde.

Outra medida importante, relacionada aos centros de profilaxia e não observada nos governos anteriores, foi a instituição de verbas específicas para aqueles estabelecimentos que, anteriormente, sobreviviam com o dinheiro destinado ao pagamento dos funcionários públicos. A consciência de que somente com verbas direcionadas aos setores específicos da saúde se conseguiria uma melhora na qualidade da assistência revela o surgimento de uma visão mais ampla das autoridades baianas sobre a necessidade de políticas sanitárias no Estado Novo. Quando da implantação da verba, destacaram-se as melhorias do posto de profilaxia das Docas do Porto:

⁵⁴⁹ DECRETOS de reorganização... APEB, caixa 4034, maço 28, 1938.

⁵⁵⁰ Cf. VALENTE, 1927.

⁵⁵¹ ALVES, 1939b, p. 154.

⁵⁵² Ibid.

Existia, precariamente um serviço de profilaxia de doenças venéreas para a população em proximidade do porto dessa Capital, mantido por verba global de pessoal e material, muitas vezes insuficiente, e mais de uma vez inexistente, o que importava no trabalho quase gratuito dos funcionários. Consignou-lhes verba especial para pessoal efetivo e, articulado com o 2º Centro de Saúde, o Posto das Docas teve ampliado o seu rendimento.⁵⁵³

As ações relacionadas às doenças venéreas não eram desenvolvidas por uma inspetoria própria. Continuavam a ser responsabilidade dos centros de saúde. Junto a eles, os serviços de Higiene Pré-natal e Infantil desenvolveram uma série de atividades relacionadas à doença, ampliando, assim, como a tendência nacional, as intervenções educativas de combate à sífilis. Em setembro de 1938, o doutor Antônio Simões,⁵⁵⁴ diretor da Divisão de Saúde, escreveu para o médico Waldemar Chaves,⁵⁵⁵ chefe do 2º centro, solicitando a adoção das medidas indicadas pelo venerologista do Departamento Nacional de Saúde, visando a melhorar as contribuições dos diversos serviços na campanha contra as doenças venéreas.⁵⁵⁶ Entre as inúmeras determinações, enfatizava-se o papel dos diretores do centro de saúde na orientação das atividades relacionadas à prostituição e à educação sexual; a obrigatoriedade do exame para a sífilis por parte daqueles que desejassem obter uma carteira de saúde; a utilização da roentgenfotografia⁵⁵⁷ para o diagnóstico de problemas do coração causados pela sífilis tardia. Simões orientava, especificamente, os critérios para a emissão de atestados de saúde pelos médicos dos postos sanitários, o que revela a preocupação de acompanhamento, pelas autoridades baianas, dos debates relativos ao delito do contágio venéreo em nível nacional, instituído como crime dois anos depois.

Além disso, havia uma preocupação com a higiene infantil e pré-natal.

⁵⁵³ ALVES, 1939b, p. 150. BPEB/Seção de Obras Raras.

⁵⁵⁴ Antônio Simões da Silva Freitas nasceu em Salvador-BA, em 30 de abril de 1903, e faleceu 1982. Formou-se em medicina pela FMB, em 1928, onde defendeu a tese intitulada *Tuberculose e gravidez*. Realizou vários cursos de urologia e doenças venéreas. Foi fundador da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, ao lado dos médicos Jorge Valente e Aristides Novis. cf. SOLENIDADE de comemoração pelos 50 anos de formatura da primeira turma de medicina da bahiana. Disponível em: <https://www.bahiana.edu.br/galeria_int.aspx?id=2290>. Acesso em: 25 jan. 2015.

⁵⁵⁵ Waldemar Januário Chaves formou-se em medicina pela FMB, em 1925, onde defendeu a tese intitulada *Diagnóstico precoce da gravidez, pela prova da glycosuria phloridzinica*.

⁵⁵⁶ SIMÕES, 1928. O documento não permite a identificação exata de sua produção, visto que no local de registro do ano se escreveu apenas o último número, 8. Apesar de estar classificado pelos arquivistas do APEB como 1928, o documento diz respeito ao ano de 1938. Essa conclusão está relacionada aos métodos indicados para pesquisa sorológica da sífilis (Schediack e Kline), que não existiam na década de 1920.

⁵⁵⁷ Método utilizado para fixar fotograficamente e em tamanho reduzido a imagem observada na radioscopia.

Determinava-se, naquele momento, que todas as gestantes matriculadas no Dispensário de Higiene Pré-Natal deveriam se submeter ao teste sorológico, independente da suspeição clínica, e as gestantes com reações positivas de sífilis deveriam ser encaminhadas aos postos para tratamento específico.⁵⁵⁸ Nos dispensários de Higiene Infantil e Higiene Pré-Escolar, dever-se-ia encaminhar o tratamento da sífilis congênita sem lesões contagiantes para o Departamento de Higiene Infantil ou Departamento de Higiene Pré-Escolar, ouvindo sempre as orientações do Departamento de Doenças Venéreas e direcionando, também, para esses órgãos, os pais das crianças sífilíticas.⁵⁵⁹ Por fim, o Departamento de Higiene Escolar se tornava responsável por fazer o recenseamento sorológico da sífilis em amostras das coletividades escolares, usando os testes mais recentes para o diagnóstico da doença.

Segundo Isaías Alves, graças ao aumento orçamentário, foi possível implantar e ampliar as atividades de ordem médica de proteção à maternidade e à infância.⁵⁶⁰ A assistência coletiva se desenvolveu em relação à sífilis, por articulação com o Instituto Oswaldo Cruz da Bahia, que passou a efetuar as reações necessárias para o controle sorológico.⁵⁶¹ Havia aí uma preocupação específica com a assistência a mães sífilíticas, o que se revela um dado inédito na assistência à saúde na Bahia. O secretário, no entanto, demonstrava preocupação com as gestantes infectadas que, no pós-1937, aumentaram sua frequência nos centros de saúde.⁵⁶²

Entre as inúmeras realizações do Estado Novo no campo da saúde, percebe-se, também, uma intensificação do apoio à filantropia, mediante subvenções destinadas às instituições. Cleide Chaves confirma essa ideia, ao analisar as relações entre a política e a filantropia na cidade de Vitória da Conquista, na primeira metade do século XX,⁵⁶³ e a atuação do médico Crescêncio Antunes da Silveira. A autora afirma que o filantropo foi eleito como deputado constituinte, em 1934, com o apoio de Juracy Magalhães e do PSD, e que o governador contribuiu com a SCM conquistense:

⁵⁵⁸ SIMÕES, 1928, p. 1-3, APEB; DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 10 nov. 1938. (*O Departamento de Saúde imprime novo rythmo a' sua actividade*)

⁵⁵⁹ Ibid.

⁵⁶⁰ ALVES, 1939b, p. 154. BPEB/Seção de Obras Raras.

⁵⁶¹ Ibid.

⁵⁶² SIMÕES, op. cit., p. 2.

⁵⁶³ CHAVES, 2015, p. 95-112.

[...] esse apoio se deu inclusive através da Santa Casa de Misericórdia. Em 1934, quando em visita à cidade, Juracy Magalhães estabeleceu uma subvenção para o hospital, que passava por problemas crônicos de falta de recursos financeiros. Certamente que a presença de Deraldo Mendes e de Crescêncio Silveira como seus maiores apoiadores na cidade contribuíram para o recebimento do benefício, de certa maneira mantendo a política clientelista da troca de favores.⁵⁶⁴

O Serviço de Saúde e Assistência no Interior foi criado pelo Decreto 10.782, de 10 de junho de 1938⁵⁶⁵, e foram melhorados os serviços de assistência à maternidade e à infância, ampliando o orçamento de 99:900\$000 (noventa e nove contos e novecentos mil reis, em 1938, para 213:200\$000 (duzentos e treze contos e duzentos mil reis), em 1939.⁵⁶⁶ Subvenções foram ofertadas para diversas outras instituições de amparo à infância e à maternidade, como o Conselho de Assistência Social.⁵⁶⁷ A atuação do poder público também se manifestou no Hospital de Pronto Socorro, com a ampliação de ambulâncias e de verbas. Ministraram-se cursos para os médicos nomeados para o Serviço de Saúde e Assistência no Interior e para as enfermeiras visitadoras, reconhecendo a importância do seu papel.⁵⁶⁸ O IOC da Bahia intensificou os serviços de todas as suas sessões, no segundo semestre de 1938, e produziu 491 exames microbiológicos, 20.998 ampolas de 5 cc. de vacina antitífica, 1.293 doses de BCG, 51.343 doses de vacina antivaríolica, entre outros medicamentos.⁵⁶⁹

Apesar de não terem sido identificados documentos que apresentassem o organograma da Sessão de Assistência, a assistência público-privada continuava a ser desenvolvida nesse setor, com um amplo investimento do estado e de forma mais significativa do que na reforma de 1925, que atribuía à Assistência Pública o papel de fiscalizadora de estabelecimentos nosocomiais, asilos particulares e públicos. O crescimento das estruturas materiais de instituições sociais como a Santa Casa de Misericórdia da Bahia esteve diretamente ligado às ações do Conselho de Assistência Social, que se multiplicaram desde a sua criação. Desde 1933, foi criada uma tributação específica sobre a venda da carne, a partir da

⁵⁶⁴ CHAVES, 2015, p. 105.

⁵⁶⁵ SIMÕES, 1928. APEB. p. 2.

⁵⁶⁶ Ibid.

⁵⁶⁷ Ibid.

⁵⁶⁸ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 10 nov. 1938. (*O Departamento de Saúde imprime novo rythmo a' sua actividade*).

⁵⁶⁹ Ibid.

Federação de Obras de Proteção e Assistência Social.⁵⁷⁰ No Estado Novo, além desse imposto, também foi possível encontrar outro relacionado à renda bruta dos municípios, que gerenciava e distribuía dinheiro para uma grande rede assistencial em toda a Bahia. Em 1938, inúmeras instituições recebiam subvenções provindas, oficialmente, 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.⁵⁷¹ (Quadros 3 e 4).

Quadro 3 - Subvenções do ano de 1938, verba 45%.

Instituições subvencionadas pela verba de 45%	
Santa Casa de Misericórdia de Itabuna	7:000\$000
Santa Casa de Misericórdia de Cachoeira	5:000\$000
Santa Casa de Misericórdia de Maragogipe	2:500\$000
Santa Casa de Misericórdia de Conquista	8:000\$000
Santa Casa de Misericórdia de Belmonte	7:000\$000
Santa Casa de Misericórdia da Capital	40:000\$000
Santa Casa de Misericórdia de Ilhéus	8:000\$000
Santa Casa de Misericórdia de Alagoinhas	7:000\$000
Santa Casa de Misericórdia de Feira de Santana	6:000\$000
Santa Casa de Misericórdia de São Félix	2:500\$000
Santa Casa de Misericórdia de Esplanada	3:000\$000
Santa Casa de Misericórdia de Juazeiro	5:000\$000
Santa Casa de Misericórdia de Nazaré	7:000\$000
Santa Casa de Misericórdia de Amargosa	3:500\$000
Santa Casa de Misericórdia de Valença	3:000\$000
Santa Casa de Misericórdia de Bonfim	4:000\$000
Fundação Santa Luzia	5:000\$000
Sociedade São Vicente de Paulo de Maragogipe	1:000:000
Abrigo do Salvador	15:000\$000
Hospital nossa Senhora das Vitórias de Santo Amaro	6:000\$000
Assistência a Indigentes de São Gonçalo	3:500\$000
Asilo de Mendicidade	15:000\$000
Leprosário D. Rodrigo de Menezes	12:000\$000
Sociedade Baiana de Combate á Lepra	10:000\$000
Sociedade São Vicente de Paulo de Morro do Chapéu	1:000:000
Hospital Juliano Moreira	12:000\$000
Asylo do Bom Pastor	10:000\$000
Associação de Senhoras da Caridade de Caetité	1:000\$000
Instituto dos Cegos	10:000\$000
Sociedade São Vicente de Paulo da Capital	8:000\$000
Sociedade São Vicente de Paulo da Capital	4:000\$000
Instituto dos Cegos	5:000\$000
Cruzada pelo Bem	7:000\$000
Total	237:000\$000

Fonte: AZEVEDO, 1938.

⁵⁷⁰ RIBEIRO, 2011, p. 103.

⁵⁷¹ AZEVEDO, 1938. Arquivo da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FFCH/UFBA).

Quadro 4: Subvenções do ano de 1938, verba 1%.

Instituições subvencionadas pela verba de 1%	
Asilo Nossa Senhora de Lourdes de Feira	5:000\$000
Maternidade Santo Amaro	10:000\$000
Instituto de Proteção e Assistência à Infância	20:000\$000
Lyceu Salesiano do Salvador	9:000\$000
Colégio Nossa Senhora do Desterro	12:000\$000
Asilo dos Humildes de Santo Amaro	10:000\$000
Asilo Filhas de Anna de Cachoeira	5:000\$000
Colégio Nossa Senhora do Salete	5:000\$000
Asilo Conde Pereira Marinho	4:000\$000
Casa Pia e Colégio dos Órfãos São Joaquim	12:000\$000
Associação Devotos de Santo Antônio	1:200\$000
Associação de Senhoras da Caridade	6:000\$000
Instituto São José	2:400\$000
Liga Baiana Contra a Mortalidade Infantil	30:000\$000
Maternidade Climério de Oliveira	20:000\$000
Escola de Puericultura	38:000\$000
Postos no Interior – Expediente	4:400\$000
Postos no Interior – Fiscalização	3:000\$000
Postos de Alagoinhas e Santo Amaro	12:000\$000
Lactários de Castro Alves e Itabuna – Eventuais	24:000\$000
Total	234:000\$000

Fonte: AZEVEDO, 1938.

Nesse processo de articulação e colaboração para a manutenção das instituições, doenças infectocontagiosas como a lepra, por exemplo, ganharam notoriedade, inclusive com o estabelecimento de diretrizes federais para a uniformização de campanhas.⁵⁷² Em 1938, auge da reforma proposta no Estado Novo, houve o maior número de internos no Leprosário Rodrigo Menezes desde 1930.⁵⁷³ Uma das campanhas realizadas por Isaías Alves visava a arrecadação de verbas para o tratamento da doença, com a participação da sociedade. No discurso de encerramento da campanha pró-leproso, em 23 de agosto de 1939, o chefe político agradeceu às pessoas que, por caridade, haviam contribuído para a arrecadação e enfatizou o papel da caridade por um bem público maior.⁵⁷⁴ Usou, ainda, uma analogia entre a ação daqueles que foram às ruas pedir auxílio, com o trabalho das abelhas que saem coletando um pouco de néctar em cada flor. Concluiu que a coleta tinha como resultado o ganho da natureza, com o mel produzido:

⁵⁷² DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 1 abr. 1933. (*Campanha Bemdita!*); *Ibid.*, 17 maio 1933. (*Foi tocante a “visita de compaixão”*); *Ibid.*, 15 set. 1933. (*CERTAMEN SCIENTIFICO de cunho humanitario*); *Ibid.*, 20 set. 1933. (*Para o Congresso da Lepra*); *Ibid.*, 1 ago. 1934. (*A cura da Lepra*);

⁵⁷³ ALVES, 1939b, p. 153. BPEB/Seção de Obras Raras.

⁵⁷⁴ *Ibid.*, p. 139.

No meio das atividades febris dessa semana, desdobrou-se a beleza moral da campanha em benefício dos lázaros, movendo-se pelas suas damas e senhorinhas, que pediam o óbulo da caridade pública para o conforto daqueles que a sorte privou de tôdas as vantagens da comunhão social. [...] só nos é permitido dizer, cada um na firmeza do seu coração e na clareza das expressões de seus lábios, que a dor dos nossos semelhantes não nos achará jamais indiferentes, mas sempre resolutos e dedicados a outras tantas campanhas gloriosas de solidariedade e do civismo.⁵⁷⁵

O tratamento de leprosos que também eram portadores de sífilis passou por um processo de normatização. Todas as pessoas atendidas no dispensário de lepra em que também fossem diagnosticadas doenças sexuais deveriam ser encaminhadas ao Departamento de Doenças Venéreas; já o tratamento dos leprosos sífilíticos deveria ocorrer no Departamento de Lepra.⁵⁷⁶

Em relação aos últimos anos do Estado Novo, sabe-se que Getúlio Vargas exonerou Landulfo Alves, no ano de 1942, e nomeou o coronel Renato Onofre Pinto Aleixo⁵⁷⁷ para o cargo de Interventor.⁵⁷⁸ Pinto Aleixo se comprometeu a continuar o projeto do Estado Novo, afirmando que serviria: “[...] aos interesses da Bahia, de que sou verdadeiramente enamorado, porque sou Patriota, porque sou brasileiro”.⁵⁷⁹ Diante das evidências, a conjuntura da saúde continuou em consonância com o apresentado até aqui. Médicos do cenário baiano e do Rio de Janeiro continuaram a guiar as ações sanitárias, a exemplo do doutor Aristides Novis, nomeado Secretário da Saúde, e o médico Luiz Ferreira Tavares Lessa⁵⁸⁰, como Diretor de Saúde do Estado, em substituição a César Araújo, que voltava ao seu trabalho especializado

⁵⁷⁵ ALVES, 1939a, p. 138. BPEB/Seção de Obras Raras.

⁵⁷⁶ SIMÕES, 1928. APEB.

⁵⁷⁷ Renato Onofre Pinto Aleixo nasceu em 12 de junho de 1890, no Rio de Janeiro-RJ e faleceu na mesma cidade em 14 de junho de 1963. Foi interventor da Bahia entre 1942 e 1945.

⁵⁷⁸ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 24 nov. 1942. (*Nomeado o novo interventor*)

⁵⁷⁹ Ibid., 27 nov. 1942. (*Muito bem, Sr. Interventor*)

⁵⁸⁰ Formado em medicina pela FMRJ, em 28 de dezembro de 1929. (O) PAIZ, 28 de dezembro de 1929. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/Hotpage/HotpageBN.aspx?bib=178691_05&pagfis=40930&pesq=&url=http://memoria.bn.br/docreader#>. Acesso em: 27 jan. 2015.

em tsiologia, no Hospital Santa Terezinha.⁵⁸¹ No ano de 1949, o doutor Antônio Simões, diretor do serviço de saúde na capital escrevia para o doutor Anísio Spinola Teixeira, então Secretário de Educação e Saúde, sobre o tratamento da sífilis e das doenças venéreas, afirmando que:

Ganharam considerável incremento, no ano findo, as atividades concernentes a êste serviço. Conta ele presentemente com quatro dispensários que funcionam respectivamente nos 1º, 2º e 3ºs Centros de Saúde e mais um nas Docas e um Centro de Tratamento Rápido (C.T.R.) instalados em duas enfermarias com 40 leitos, sendo 20 para mulheres e 20 para homens.⁵⁸²

O médico descreveu os procedimentos para tratamento da sífilis e doenças venéreas da seguinte forma: o paciente chegava ao dispensário, onde era inscrito e fichado; após o diagnóstico, sendo um paciente positivo para a doença, era encaminhado para o Centro de Tratamento Rápido, onde lhe era aplicado o tratamento conveniente, após teste sorológico. A criação de postos próximos às zonas de meretrício tinha sido alvo da Diretoria de Saúde naquele ano, mas a falta de um lugar para essa instalação teria impedido de se realizar campanhas venéreas específicas para as prostitutas. Para ampliar a assistência aos portadores de sífilis, o estado despendeu a quantia de Cr\$ 600.000,00 (seiscentos mil cruzeiros) para manutenção das enfermarias dos centros de saúde.⁵⁸³ Nos anos seguintes ao Estado Novo, a luta contra a sífilis ainda era latente.

Assim, no que diz respeito às ações sanitárias entre 1930 e 1945, não se pode negar que as medidas adotadas pelos baianos integraram um processo que,

⁵⁸¹ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 23 dez. 1942. (*Empossado o novo Diretor de Saúde Pública*). Não se pode ignorar a importância do ano de 1941 para o direcionamento das ações sanitárias no Brasil. Entre 10 e 15 de novembro do referido ano, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde, cuja pauta específica era a organização sanitária em nível estadual e municipal, a ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose, as ações para o desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e um plano de proteção à infância, à maternidade e à adolescência. Daí resultariam as diretrizes que orientariam os recém-criados serviços federais; a articulação entre estados, municípios, União e organizações filantrópicas e privadas nas ações de saúde e saneamento; e as políticas de proteção à maternidade e à infância, tema caro à ideologia do governo Vargas. Além disso, em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) em acordo com os Estados Unidos, que temia o avanço da influência do nazismo na América Latina. O órgão desenvolveria ações de centralização sanitária, principalmente na Amazônia, com a extração da borracha. Para mais informações, cf. HOCHMAN, FONSECA, 2000, p. 181-182; CAMPOS, André Luiz Vieira de. Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o serviço especial de Saúde Pública. In: GOMES, Ângela de Castro (Org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000. p. 195-219.

⁵⁸² SIMÕES, Antônio. *Relatório apresentado pelo Dr. Antônio Simões, Diretor do Serviço de Saúde da Capital ao Sr. Dr. Anísio Spínola Teixeira, Secretário de Educação e Saúde*. APEB, caixa 4028, maço 17, 1949.

⁵⁸³ Ibid.

mesmo descontínuo em alguns momentos, era convergente: desenvolver a saúde no estado. Alguns decretos sancionados podem não ter frutificado imediatamente, mas assumiram um papel de combustível para manter o “motor da transformação” em movimento. No Estado Novo, conseguiram-se estabelecer ações de maior complexidade, como a centralização das atividades com a disponibilização de verbas, a expansão do sistema hospitalar, a padronização da estrutura de atendimento à saúde, o subsídio às instituições de caridade e, principalmente, a autopercepção do governo como propulsor de políticas sanitárias. Mas não se pode desprezar que aquele momento resultou de um processo desenvolvido pelo menos desde a proclamação da República e que foi propulsionado pelo federalismo. O processo centralizador do pós-1930, especialmente com o Estado Novo, foi fundamental porque, através dele, estruturas e procedimentos ganharam uma forma mais sistemática e contribuíram para a configuração atual da saúde na Bahia.

CAPÍTULO 5

SANEAR OS SERTÕES DOS SERTÕES

Um grupo de pesquisadores do IOC realizou viagens aos sertões do Brasil, ao longo da segunda década do século XX, e identificou as endemias rurais como elemento que impedia a melhoria da vida dos sertanejos. Com a criação do DNSP, propunha-se a implantação de um projeto político-sanitário que, se em Salvador encontrava dificuldades para se desenvolver, nas cidades do interior da Bahia enfrentava muitos outros empecilhos.

Nesses locais, os efeitos do federalismo se manifestavam, entre outros aspectos, na recusa de muitos intendentes municipais a contribuir com as despesas necessárias para manter os postos em funcionamento. Muitos políticos não conseguiam compreender a importância dessas instituições profiláticas para atender uma população desolada pela seca e sedenta por auxílio à saúde. Outros intendentes acreditavam que os encargos eram muito altos, impossíveis de serem pagos frente à difícil situação de municípios, que viviam com pequenos recursos.

Os médicos dos postos profiláticos, no entanto, tinham consciência da necessidade de saneamento. Eles contavam com uma série de conhecimentos, desenvolviam tratamentos com técnicas alternativas e acumulavam experiências não observadas por profissionais que clinicavam na capital, por exemplo. O tratamento da sífilis seguia as oscilações das diferentes realidades dos municípios do interior baiano e conseguia ser realizado, com sucesso, em muitos deles. Naqueles em que isso não era possível, diagnosticou-se como principais empecilhos a falta de enfermeiras visitadoras e a existência de microscópios ultrapassados. No pós-1930, os postos sanitários foram multiplicados, constituindo dez regiões sanitárias no estado; seguindo a tendência da capital, ampliaram-se os espaços de tratamento da sífilis no interior da Bahia.

5.1 SERVIÇOS FEDERAIS NO INTERIOR DA BAHIA: CHEFES SANITÁRIOS E POSTOS DE SAÚDE

Nas primeiras décadas do século XX, os sertões da Bahia⁵⁸⁴ foram marcados por uma crise social que envolvia aspectos como a seca, péssimas condições sanitárias, falta de saneamento básico e ausência de uma rede de assistência à saúde que contemplasse as necessidades da população, principalmente das camadas economicamente subalternas. A Bahia era um estado de grande predominância rural, até as duas primeiras décadas do século XX, e entre as pessoas que viviam da exploração da terra poucos eram proprietários. Grande parte dos moradores era composta por trabalhadores rurais que viviam em precárias condições de vida e de trabalho. Para quem sobrevivia no campo era natural aliviar-se no mato, utilizar a água dos mananciais para beber, cozinhar, tomar banho, lavar roupa e matar a sede dos animais; jogar as águas servidas porta a fora e, quando se mudavam para as cidades, os destituídos de recursos geralmente se instalavam em casas semelhantes às do campo, em áreas periféricas urbanas, sem os devidos serviços de saneamento. Os poderes públicos da Bahia, assim como ocorria em muitos outros estados do Brasil, costumavam intervir, essencialmente em momentos de epidemia, como no caso da gripe espanhola, que assolou o território baiano entre os anos de 1918 e 1919.⁵⁸⁵

Ao longo da década de 1920, a situação não era muito diferente do quadro descrito por Christiane Souza. Havia uma série de problemas habitacionais que refletiam diretamente nas condições de higiene e asseio das famílias pobres baianas. As casas da cidade de Cruz das Almas,⁵⁸⁶ por exemplo, não tinham esgoto e os buracos e valas serviam com fins sanitários. Até o ano de 1926, o chefe do Posto de Saneamento Rural, Lauro Almeida Passos,⁵⁸⁷ só havia conseguido a construção de duas fossas em todo o município. Os materiais fecais eram lançados

⁵⁸⁴ A ideia de “sertão” foi construída ao longo dos anos, a partir de uma imagem invocada para discutir polaridades que conformavam o Brasil: litoral e interior, civilização e barbárie, moderno e arcaico. Os sertões da Bahia seriam todo o território que se afastava do centro da cidade e se dirigia às regiões mais longínquas do amplo território que compunha o estado. Cf. SOUZA, C., 2013.

⁵⁸⁵ Ibid.

⁵⁸⁶ O município de Cruz das Almas está localizado na região geográfica definida como Recôncavo da Bahia.

⁵⁸⁷ Lauro Almeida Passos formou-se pela FMB em 1921 e defendeu a tese intitulada *A hemoclasia digestiva na exploração funcional do fígado*.

ao relento, nos fundos das casas ou nas moitas de bananeiras, comumente existentes nas portas das cozinhas. A captação de água era feita com vasilhames e, como todas as fontes, situavam-se em lugares baixos, situação que fazia com que as águas da chuva levassem os resíduos até o poço de captação.⁵⁸⁸ Ao descrever as habitações do município de Esplanada,⁵⁸⁹ o médico João Antônio da Costa Dória⁵⁹⁰ as dividia em três tipos diferentes. O primeiro dizia respeito às edificações presentes no centro da cidade, com paredes de adobo,⁵⁹¹ rebocadas internamente, com telhado e piso atijolado, nas quais residiam as pessoas de maior destaque social. O segundo tipo era formado por casas com paredes de adobo, sem revestimento interno e com piso de terra batida. Nelas viviam pessoas de condições mais modestas de vida e raramente dispunham de fossa no quintal. Por fim, a terceira modalidade de habitações era constituída por casebres de taipa, teto de palha e era “[...] ocupado por gente da roça”. Essas casas contavam, quase sempre, com um ou dois compartimentos que eram, ao mesmo tempo, sala de visita, de jantar, cozinha e dormitório.⁵⁹²

A situação de vida dos sertanejos baianos era um retrato fiel das descrições feitas pelo grupo pró-saneamento rural que, em expedições aos sertões do Brasil, alertava para as más condições de vida, abandono e proliferação de doenças.⁵⁹³ Entre 17 de abril e 17 de julho de 1912, por exemplo, os médicos vinculados ao IOC, Adolpho Lutz e Astrogildo Machado, viajaram pelo vale do rio São Francisco, de Pirapora-MG a Juazeiro-Ba, buscando conhecer como viviam as pessoas dessas localidades.⁵⁹⁴ No relatório produzido após a expedição, destacaram que a região do São Francisco era “pobre e atrasada”. A doença era um fator determinante para a caracterização desse quadro e, entre as muitas enfermidades que comprometiam a

⁵⁸⁸ PASSOS, Lauro Almeida. *Relatório anual dos trabalhos executados no Posto de Saneamento Rural de Cruz das Almas*. APEB, caixa 4082, maço 113, 1926.

⁵⁸⁹ A cidade de Esplanada integrava a região denominada Conde. A vila do Conde foi criada pelo Conde dos Arcos, quando governador da Bahia, nomeada como Villa Nova do Conde de Nossa Senhora do Monte do Itapicuru da Praia, e era uma das mais antigas do estado. Localizada no leste da Bahia, contava, em 1926, com uma extensão calculada em 161.537 hectares, distribuída em 162 fazendas, ocupadas por plantações de madeira, pastagem e, em parte, coberta ainda pela Mata Atlântica. Cf. BRITTO, Ticiano de. *Relatório dos trabalhos effectuados no Posto de Saneamento Rural de Santo Amaro*. APEB, caixa 4082, maço 114, 1926.

⁵⁹⁰ João Antônio da Costa Dória formou-se em medicina pela FMB em 1889 e defendeu a tese de doutoramento intitulada *Estudo clínico das oclusões intestinaes e seo tratamento*.

⁵⁹¹ O médico afirma que raríssimas eram as construídas com tijolos.

⁵⁹² DORIA, João Antônio da Costa. *Relatório dos trabalhos executados e ocorrências havidas no posto de saneamento rural da cidade de Esplanada*. APEB, caixa 4082, maço 113, 1926.

⁵⁹³ Para mais informações, cf. THIELEN et al., 1992.

⁵⁹⁴ *Ibid.*, p. 54.

vida daqueles sertanejos, estavam a sífilis e o impaludismo.⁵⁹⁵ Nos periódicos da capital também circulavam, constantemente, notícias sobre as doenças que infestavam o sertão. O *Diário de Notícias*, por exemplo, informava os soteropolitanos sobre a peste bubônica, que em 1927 grassava na cidade de Seabra.⁵⁹⁶ A situação do município era tão desesperadora que, segundo o jornal, desprovidas de auxílio médico, muitas pessoas ingeriam creolina e morriam.⁵⁹⁷ Um ano depois, em meio ao 4º Congresso Brasileiro de Higiene, aquela enfermidade, muito presente em Salvador, deixara os médicos soteropolitanos receosos.⁵⁹⁸

Em 1921, após a criação do DNSP, a Bahia realizou um acordo com o Governo Federal para o desenvolvimento dos Serviços de Saneamento Rural, de higiene infantil, de combate à sífilis e doenças venéreas e da luta antituberculose, segundo o qual a orientação técnico-sanitária ficava a cargo da União e cujo objetivo maior era o saneamento dos sertões. Uma das primeiras medidas tomadas, importante no sentido ampliar a centralização das ações sanitárias no estado, foi a multiplicação dos dispensários médicos na capital, como se observou no capítulo 3, mas também no interior. No ano de 1926, duplicaram-se os oito Postos de Saneamento Rural que existiam em 1924. Essas instituições tinham o objetivo de combater as grandes endemias dos campos, como helmintoses e impaludismo, mas também de se ocupar da higiene das habitações, da profilaxia da sífilis e doenças venéreas, do cadastro e recenseamento populacional, além da luta contra as doenças infecciosas.⁵⁹⁹

No relatório relativo ao ano de 1927, o Subsecretário de Saúde e Assistência Pública e chefe da Profilaxia Rural, Antônio Luis Cavalcanti Albuquerque de Barros Barreto, fazia inúmeras críticas à forma como a saúde no interior do estado foi conduzida na gestão de J. J. Seabra,⁶⁰⁰ assim como já havia se posicionado em relação à administração sanitária da capital, no ano anterior:⁶⁰¹

⁵⁹⁵ Como também era conhecida a malária. O nome impaludismo sofria modificações de acordo com a região da Bahia na qual se manifestava, sendo também chamada de paludismo ou febre palustre, no século XX.

⁵⁹⁶ A cidade de Seabra recebeu esse nome em homenagem ao ex-governador J. J. Seabra e está localizada na região da Bahia denominada Chapada Diamantina.

⁵⁹⁷ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 12 nov. 1926. (*Socorro senhores da saúde pública*).

⁵⁹⁸ Cf. capítulo 3.

⁵⁹⁹ BARRETO, A., 1927, p. 9. BPEB/Seção de Obras Raras.

⁶⁰⁰ BARRETO, Antônio Luis D. A. de Barros. *Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Pública*: anno de 1927. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1928. BPEB/Seção de Obras Raras.

⁶⁰¹ Id., op. cit., nota 599.

Até então tudo que se fazia em benefício da saúde das populações rurais e dos núcleos urbanos da Bahia corria por conta exclusiva do governo central, destinando embora algumas Intedências, sob a rubrica “hygiene”, minguadas dotações orçamentárias para o serviço de asseio das cidades.⁶⁰²

Ele criticava a existência do cargo de “delegado de higiene”, classificando-o como de “caráter ornamental”, título honorífico que servia ao chefe político regional para mostrar prestígio junto ao governador estadual “[...] do qual obtinha mais uma nomeação em recompensa da incondicional e ininterrupta dedicação partidária demonstrada”.⁶⁰³ Além disso, afirmava que, ao lado dos delegados, havia os chamados médicos municipais, pagos com verba local, e que, a seu ver, também não desenvolviam muitas atividades. A partir da nova legislação, os médicos dos municípios estavam dispensados das suas atribuições, ficando o chefe do posto sanitário como responsável pela higiene municipal, para evitar conflitos nas cidades onde fossem implantados os Postos de Higiene e Profilaxia Rural. Mas, como será possível observar, muitas atribuições integravam o cotidiano desses profissionais.

O Subsecretário via a saúde como um instrumento de manipulação política, no período anterior ao governo de Góes Calmon, e se contrapunha, claramente, ao poder das oligarquias dentro do contexto federalista. Para Barros Barreto, somente com o Código Sanitário de 1925 essa situação viria a mudar, devido à determinação de obediência municipal à esfera estadual e à determinação do custeio municipal de algumas despesas:

Art. 54. Para a instalação e custeio dos Serviços Sanitarios Municipaes concorrerão os municípios com casa, luz, agua, mobiliário e uma verba anual correspondendo, no mínimo, a 5% do total da receita voltada para cada exercício, ficando sob a direção technica do Sub-Secretário de Saúde e Assistência Pública todos os serviços sanitarios municipaes.⁶⁰⁴

A visão da importância do ano de 1925, como divisor de águas, e a desconsideração dos esforços anteriores de ampliar a assistência à saúde, presente nas fontes, desconsidera todo o trabalho desenvolvido por médicos na capital e no interior, o que já foi desmitificado por trabalhos como o de Christiane Souza, por exemplo.⁶⁰⁵

Em fins de outubro de 1924, havia quatro subdispensários especializados no

⁶⁰² BARRETO, A., 1928. BPEB/ Seção de Obras Raras.

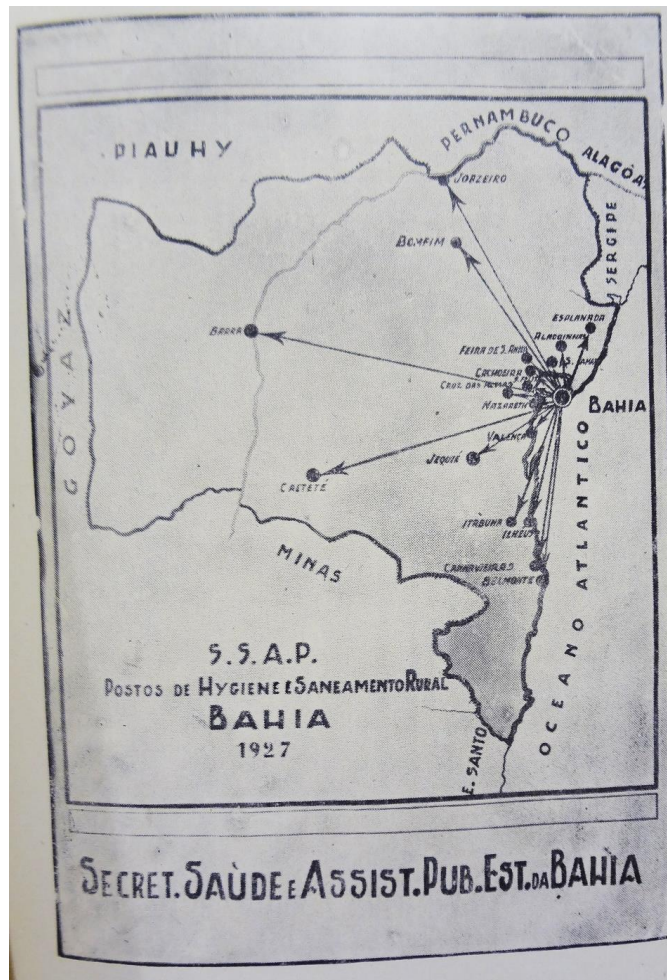
⁶⁰³ Ibid.

⁶⁰⁴ BAHIA, 1925.

⁶⁰⁵ SOUZA, C., 2009.

tratamento da sífilis e de doenças venéreas no interior do estado, localizados nas cidades de São Félix, Nazaré, Juazeiro e Bonfim; além dos postos de Catu, Areia, Santo Amaro (Figura 19) e Canavieiras. A partir daí, foram inaugurados os postos sanitários de Valença, Ilhéus, Itabuna, Belmonte, Cachoeira, Alagoinhas, Cruz das Almas e Barra do Rio Grande, na zona do rio São Francisco. Ainda em 1926, os postos localizados nas cidades de Catu e Areia foram realocados para atender outras regiões do estado; transferiram-se para os municípios de Jequié e Esplanada, visto que havia problemas sanitários graves nesses lugares e, segundo Barros

Figura 18 - Localização dos postos de Higiene e Saneamento Rural da Bahia.



Fonte: BARRETO, A., 1928.

Barreto, havia motivos de conveniência para essa mudança, não explicitados por ele.⁶⁰⁶ Como se poderá observar, a mudança do posto do município de Areia

⁶⁰⁶ BARRETO, A., 1927, p. 182-183. BPEB/Seção de Obras Raras

ocorreu em meio a sua conturbada relação com o chefe sanitário da cidade do interior e a boatos disseminados sobre apoios políticos.

Figura 19 - Posto de Saneamento Rural de Santo Amaro.



Fonte: BRITTO, 1927.

Assim como na capital, os postos sanitários dos sertões da Bahia passaram a cumprir uma função importante na prevenção e erradicação de doenças e alcançavam, muitas vezes, doentes residentes em um amplo raio territorial. A cidade de Esplanada, por exemplo, no ano de 1926, atendia a toda a região conhecida como Conde: vilarejos e distritos como Timbó, Altamira, Ribeira do Conde, Itariry, Baixio, Boa Vista, entre outros. Já os dispensários de Santo Amaro, Cruz das Almas e São Félix⁶⁰⁷ também se destacaram pela assistência prestada a diversos municípios do Recôncavo baiano. Doentes atendidos pelo chefe sanitário de São Félix, em 1925, vinham dos mais diversos municípios localizados às margens do rio Paraguaçu, como João Amaro, Sítio Novo, Afligidos, Caquende, Tororó, Engenho

⁶⁰⁷ As cidades de Santo Amaro, Cruz das Almas, Cachoeira e São Félix estão localizadas no território denominado como Recôncavo da Bahia, na região do rio Paraguaçu.

Novo, Cabonha, Engenho da Cruz, Acutinga e Cachoeira.⁶⁰⁸ A respeito do centro sanitário sob a sua direção, o doutor Passos ressaltava que:

O Posto de Cruz das Almas tem sido até agora o socorro dessa gente pobre, que sem recurso soffre as desditas da sorte, porque, mal amparados pelos governos, ignorantes por falta de instrução, morriam por doenças curaveis, pela falta de um tratamento; porque não podiam comprar o remedio e pagar ao medico.⁶⁰⁹

Os médicos dos postos sanitários baianos tinham um papel fundamental na realização do saneamento rural. Sob orientação da Secretaria de Saúde e Assistência Pública continuavam o trabalho de desbravamento do território sertanejo, assim como fizeram pesquisadores do IOC, respeitando-se as devidas particularidades e condições de atuação. Eles assumiam o compromisso de enviar informações sobre a geografia, sobre hábitos culturais e condições de saúde dos moradores daqueles lugares para os poderes da capital. Em 1928, o chefe do posto de Saneamento Rural de Juazeiro⁶¹⁰ escrevia ao seu superior:

Em cumprimento das ordens contidas em vosso memorandum circular dirigi-me as zonas o rio Salitro e lá procurando estudal-a na sua climatologia, nosologia e geographia, consegui escrever uma pequena monografia na qual trato do rio desde a sua formação até a sua foz apresentando dois mappas sendo um do rio e outro com um schema representando os canaes que devem ser abertos para o saneamento de toda aquella zona.⁶¹¹

Ele fazia viagens aos distritos daquele município, distribuía, entre as populações do interior, folhetos informativos e medicamentos contra paludismo, verminose e outras doenças ali presentes. Destaca-se que aquele posto era um dos que funcionava com maior estabilidade, cumprindo, segundo o chefe sanitário “[...] religiosamente as obrigações contratuaes que tinha para com o serviço de saneamento rural, em consonância com o acordo firmado em 1926”.⁶¹²

O Posto de Juazeiro foi criado no ano de 1922 e, desde o início, esteve sob a

⁶⁰⁸ FONTES, Pedro. *Relatório dos trabalhos efetuados no Posto de Saneamento de São Félix*. APEB, caixa 4082, maço 114, 1925.

⁶⁰⁹ PASSOS, 1926. APEB.

⁶¹⁰ A cidade de Juazeiro está localizada no extremo norte do estado da Bahia, em área denominada Vale do Rio São Francisco.

⁶¹¹ RELATÓRIO apresentado ao chefe do serviço de saneamento rural do Estado da Bahia pelo chefe do posto de saneamento rural de Juazeiro. APEB, caixa 4018, maço 18, 1928.

⁶¹² Ibid.

direção da Fundação Rockefeller.⁶¹³ O interesse da Bahia pelas ações do grupo norte-americano iniciou-se em 1916, quando o doutor Gonçalo Moniz de Aragão, então diretor de Saúde Pública do estado, escreveu para o cônsul norte-americano no estado da Bahia, o médico Robert Frazer Jr., à procura de notícias sobre a comissão que havia se instalado no Rio de Janeiro.⁶¹⁴ O médico baiano viria a se tornar o grande articulador da vinda da Rockefeller para o estado nordestino. A referida comissão chegou com a sua primeira missão no ano de 1919, mas só começou a atuar em 1920, quando já se contava com as verbas iniciais necessárias para pagar os custos da parceria. A partir do acordo entre o estado e o DNSP, a Fundação passou a combater a febre amarela, ampliando seu horizonte de atuação com as novas estruturas criadas:

As ações sanitárias contra a febre amarela passaram a ser dirigidas e financiadas pelo DNSP. O governo central havia transformado a urgência pela erradicação das endemias rurais em um objetivo político ideológico de âmbito nacional. A nova legislação trazida com a instalação do DNSP possibilitava que o poder central fizesse intervenções nos serviços estaduais de saúde pública. Dessa forma, os programas de saneamento do DNSP e as campanhas contra a febre amarela conduzidas pela Rockefeller, a partir de 1923, se transformaram nas grandes iniciativas governamentais para a saúde pública na Bahia ao longo das décadas de 1920 e 1930.⁶¹⁵

Por ser um importante ponto comercial, a cidade de Juazeiro era local de permanência de muitos viajantes que circulavam entre o alto e o baixo São Francisco. Segundo Christiane Souza e Ana Clara Brito, transitavam na cidade os passageiros da estrada de ferro que ligava a Bahia ao São Francisco e de seu ramal, que ligava Senhor do Bonfim a Jacobina, muito frequentada por ser rica em jazidas minerais.⁶¹⁶ O município era um dos tantos que haviam sofrido com o surto de gripe espanhola, em 1919, doença que chegava não apenas pela ferrovia, mas também pelas embarcações que percorriam a mais importante hidrovia baiana, constituída pelo rio São Francisco e seus afluentes. Os vapores e lanchas da Viação

⁶¹³ Para informações sobre a atuação da Fundação Rockefeller na Bahia, Cf. PONTES, Adriano Arruda. *Caçando mosquitos na Bahia: a Rockefeller e o combate à febre amarela – inserção, ação e reação popular (1918-1940)*. 2007. Dissertação (Mestrado em História Social) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

⁶¹⁴ *Ibid.*, p. 82.

⁶¹⁵ *Ibid.*, p. 88.

⁶¹⁶ SOUZA, C., 2009; BRITO, Ana Clara Farias. Os médicos e o saneamento dos sertões: análise da atuação do posto de profilaxia de Juazeiro, Bahia (1922-1940). In: SEMINÁRIO NACIONAL DE HISTÓRIA DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA, 14., 2014, Belo Horizonte. *Anais eletrônicos...* Belo Horizonte: UFMG, 2014. Não paginado. Disponível em: <file:///C:/Users/Office-PC/Desktop/Ana%20Clara%20Farias %20Brito.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2015.

do São Francisco realizavam viagens mensais entre as diversas cidades interligadas por essa grande bacia fluvial.⁶¹⁷ O estabelecimento sanitário foi dirigido, inicialmente, pelo doutor José Serafim Junior,⁶¹⁸ que considerava a cidade, com seu fluxo populacional transitório, propício para o desenvolvimento de muitas doenças definidas por ele como de “Patologia Tropical”, a exemplo da “leshimaniose, sistozomiose, amebioses e balantidioses”. Além disso, o médico também apontava a malária, a sífilis e a tuberculose como as moléstias mais frequentes na região.⁶¹⁹

Juazeiro destoava da maior parte dos municípios baianos onde havia postos de profilaxia rural. O município cumpria com o pagamento de despesas, como água e luz fornecidas ao posto, e providenciava, inclusive, o transporte dos funcionários para o interior, sempre que necessário. O posto dispunha de material para o desempenho das funções médicas, como um microscópio, fichas para cadastro de portadores da sífilis e ampolas de mercúrio em estoque, para o tratamento da doença.⁶²⁰ Acredita-se que a relação estreita estabelecida, desde a sua criação, entre o posto de Juazeiro e a Fundação Rockefeller, contribuiu para que aquela instituição contasse com condições mais favoráveis de trabalho do que os estabelecimentos localizados em outras cidades do interior baiano.

Os relatórios produzidos pelos médicos dos postos de Saneamento Rural são de extrema relevância para se observar como eram desenvolvidas ações relativas à assistência à saúde no interior baiano, e como, aos poucos, com avanços e dificuldades cotidianas, um plano de saneamento nacional se tornava realidade também nos sertões.

Se na capital havia problemas a serem enfrentados, no interior havia muitos outros. As distâncias eram grandes, as redes de transporte escassas e, como se verá, os conflitos com os intendentes dos municípios contribuía, às vezes, para que o trabalho não fosse desenvolvido com a regularidade esperada.

Um dos muitos empecilhos destacados pelos chefes de postos do interior era a grande demanda de atendimento sanitário realizada por pouca mão-de-obra. Os funcionários existentes nos dispensários desenvolviam múltiplas funções, como

⁶¹⁷ SOUZA, C., 2009.

⁶¹⁸ Antônio Serafim Júnior foi integrante da Comissão Sanitária Federal e delegado de Higiene da cidade de Juazeiro, conforme relatórios utilizados por Christiane Souza. Ibid.

⁶¹⁹ BRITO, 2014.

⁶²⁰ RELATÓRIO..., 1928, APEB, caixa 4018, maço 18.

apontou constantemente o médico Pedro Fontes⁶²¹ que, em 1925, tinha o posto sanitário de São Félix sob o seu comando e apenas três guardas sanitários disponíveis. Essa situação se assemelhava à do posto médico do município de Itabuna (Figura 20), composto por um médico-chefe, um escriturário, que fazia também o serviço de microscopia e aplicava injeções, e 3 guardas sanitários.⁶²²

[...] [há] necessidade de permanecer um guarda, no Posto, para faser esse outro serviço [matrícula de verminoses e distribuição de medicamentos]; porque o enfermeiro atendendo aos doentes para curativos, injeções, etc. não tem, absolutamente, tempo para faser esse outro serviço; o que prejudica aos doentes adiando por tal circunstancia o seu respectivo tratamento, tendo-se em consideração aquelles que, de lugares mais distantes procuram o Posto, podendo dar-se o revesamento do mesmo guarda para que todos prestem serviço dentro e fóra d'elle.⁶²³

Figura 20 - Posto de Saneamento Rural de Itabuna.



Fonte: MIRAVEL, 1925.

Se, por um lado, havia um número pequeno de funcionários nos postos profiláticos, por outro, tornava-se evidente o esforço desses profissionais para mantê-los funcionando. Como forma de valorizar o trabalho que desenvolviam, o

⁶²¹ Pedro Fontes formou-se em medicina pela FMB, em 1903, e defendeu a tese intitulada *A variedade paranoide*.

⁶²² MIRAVEL, A. Cordeiro de. *Relatório dos serviços realizados no Pôsto de Saneamento Rural de Itabuna*. APEB, caixa 4082, maço 113, 1925.

⁶²³ FONTES, Pedro. *Relatórios dos trabalhos efetuados no Posto Rural de São Felix*. APEB, caixa 4082, maço 114, 1926.

doutor Fontes escreveu para Barros Barreto, naquele mesmo ano, e informou sobre a dedicação e assiduidade com que trabalharam os quatro funcionários do Posto de Profilaxia Rural de São Félix, além do seu bom procedimento, fatores que contribuíam para mantê-los “na altura dos seus fins”.⁶²⁴

O acúmulo de atividades internas nos postos dos sertões dificultava a realização de atividades em outros espaços das cidades e nos distritos mais afastados do centro. Além disso, a inexistência de animais para fazer o deslocamento dos funcionários até aqueles lugares era um problema que impedia a ação dos agentes sanitários em muitos municípios. Apesar de os pacientes que vinham de diversos vilarejos serem tratados no centro da cidade, mandar médicos até os distritos era uma tarefa difícil, para algumas localidades. Diferente do que ocorria em Juazeiro, Pedro Fontes e Lauro Passos não puderam estender os trabalhos às vilas longínquas pertencentes a Cruz das Almas e São Félix pela falta de animais, o que mais de uma vez já haviam reclamado à Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública.⁶²⁵

Ao longo da década de 1920, os médicos que trabalhavam no interior da Bahia eram escolhidos entre aqueles conscientes da necessidade de sanear as zonas distantes. Essa foi uma estratégia adotada pelas instâncias federais no intuito de conseguir melhores resultados para o projeto que se buscava desenvolver. Em 1927, o médico João Antônio da Costa Doria ressaltava a importância do saneamento rural, realizado em acordo entre o Governo Federal e o Governo Estadual, com a participação dos municípios.⁶²⁶ Ele apostava no saneamento do território baiano e na educação higiênica como condições primordiais para um progresso intenso e destacava que o mesmo não acontecia em outros estados. Mas também estabelecia inúmeras críticas à divisão das responsabilidades sanitárias com as esferas locais, no processo de unificação da higiene, que entregava ao chefe do posto de profilaxia rural o cuidado sanitário municipal.

Se o acordo com o estado contribuía para que, na capital, fosse mais fácil superar as limitações propostas pelo regime federalista no campo da saúde, quando

⁶²⁴ FONTES, 1925.

⁶²⁵ FONTES, Pedro. *Relatórios dos trabalhos efetuados no Posto Rural de São Felix*. APEB, caixa 4082, maço 114, 1926; PASSOS, Lauro Almeida. *Relatório anual dos trabalhos executados no Posto de Saneamento Rural de Cruz das Almas*. APEB, caixa 4082, maço 113, 1928; FONTES, Pedro. *Relatórios dos trabalhos efetuados no Posto Rural de São Felix*. APEB, caixa 4082, maço 114, 1927.

⁶²⁶ DORIA, João Antônio da Costa. *Relatório dos trabalhos executados e ocorrências havidas no posto de saneamento Rural da cidade de Esplanada*. APEB, caixa 4082, maço 113, 1927.

se referia aos municípios do interior essa era uma missão mais complexa, porém não impossível. O desagrado do chefe sanitário do município de Esplanada ocorria porque muitos dos governantes de cidades baianas não cumpriam com o que havia sido acordado:

[...] mais grave falta é, com a devida (ilegível), tornar a execução do serviço do interior dependente da aquiescência dos poderes municipais em concorrer com comparte, pequena, alias, em relação aos sacrificios dispendidos e aceitar as condições estabelecidas nos acordos para esse fim realizados. [...] Acresce ainda que assim se cria certo regimen de subordinação da autoridade sanitária, que alias, para agir efficientemente de toda liberdade de movimentos carece, sendo a cada momento ameaçada de suspensão do auxílio municipal, por eles considerados o único liame que prende o Posto à localidade. Se porem, o concurso dos municípios fosse obrigatório como para a instrução pública, por lei do congresso que os obrigasse a consignar dos orçamentos uma verba curta para o serviço de hygiene, ahi sim, o curso seria outro. Aqui fica esta suggestão que poderá ser aproveitada opportunamente.⁶²⁷

Dessa forma, o doutor João Dória sugeria a promulgação de uma lei que obrigasse os municípios a aplicar verbas provindas de fundos específicos para contribuir com a manutenção dos postos, no que diz respeito ao fornecimento de água, luz, entre outras despesas, e comparava os investimentos realizados na saúde com os da educação, a qual recebia uma parte da renda bruta do município.⁶²⁸ Ele fazia queixas em relação ao novo intendente municipal e afirmava que enquanto o político anterior, que terminara seu mandato em 31 de dezembro de 1926, governava a cidade, o posto rural foi sempre alvo de boa vontade. Contudo, a partir dos boatos que ouvia de pessoas na rua, inclusive dos funcionários da saúde sobre uma posição hostil do novo governante, marcou uma conferência com ele, sobre a qual afirmou:

[...] ouvi de S. Senhoria que não havia de sua parte má vontade em propósito para com o Posto; que relutava porém, em manter a subvenção porque tendo contas a dar a seus munícipes (sic) da aplicação das rendas, achava este um encargo pesado para o município, que carecia de melhoramentos de mais utilidade.⁶²⁹

João Dória argumentou, tentando convencer o chefe político sobre a utilidade do posto e alegou que não era possível desfazer um acordo legal realizado pelo intendente anterior e aceito pelo Conselho Municipal, mas ouviu do político que o

⁶²⁷ DORIA, 1927.

⁶²⁸ Ibid.

⁶²⁹ Ibid.

povo e ele, inclusive, “[...] não estavam educados para conhecer os benefícios da Higiene, sem suportar-lhe os encargos.” Como foi analisado no primeiro capítulo, a instituição do federalismo foi avassaladora para muitos estados, especialmente para a Bahia.⁶³⁰ A resposta do novo intendente de Esplanada, de não contribuir para manter o centro sanitário em funcionamento, pode revelar as dificuldades financeiras pelas quais passavam os municípios baianos e/ou a falta de percepção do político sobre a importância das atividades daquele estabelecimento. Em relatório, Barros Barreto também parecia não compreender as consequências do federalismo para o estado; mesmo com desejo de alcançar o bem-estar sanitário, comparava a Bahia com São Paulo – estado beneficiado com a nova organização política republicana – e exemplificava como cidades paulistas, a exemplo de Porto Feliz, Ribeirão Claro, Ribeirão Preto, Queluz e Salto, contribuía seguramente com mais de 5% para a subvenção de seus postos.

Em algumas cidades, a situação de instabilidade do pagamento dos intendentes municipais se agravava de tal modo que os trabalhos relativos à saúde eram suspensos. Durante o ano de 1928, o atendimento no Posto de Profilaxia Rural de São Félix foi interrompido pelo período de três meses.⁶³¹ O município não contribuía com o valor prometido para o serviço de saneamento e, em fins de janeiro, o chefe sanitário determinou o seu fechamento. Somente em abril foi assinado um contrato, com o comprometimento municipal de subsidiar quatro contos de reis naquele ano e 5 % sobre a renda orçada para cada exercício, a partir de 1929. Um ano antes, o doutor Gil Guimarães queixava-se que o poder municipal não pagava a subvenção determinada por lei, em auxílio ao estado, e que era indispensável para a manutenção dos postos. O novo prefeito de Ilhéus havia prometido tratar com atenção o Departamento de Higiene, pagando regularmente a referida subvenção e prestigiando formalmente a ação do posto rural, dando-lhe todas as regalias de que por lei deveria gozar, conforme determinava o Código Sanitário de 1925, compromisso que não cumpriria.⁶³²

Um problema identificado no episódio do fechamento do posto de Areia, e que também poderia ocorrer outros municípios, era o desacordo entre os médicos do

⁶³⁰ Cf. SAMPAIO, C., 1998.

⁶³¹ FONTES, Pedro. *Relatório dos serviços efetuados no Posto de Saneamento Rural de São Félix no ano de 1928*. APEB, caixa 4082, maço 114, 1928.

⁶³² GUIMARÃES, Luiz Gil de Souza. *Relatório apresentado ao Dr. Diretor do Saneamento Rural pelo Chefe do posto Rural de Ilhéus em Janeiro de 1928*. p. 1. APEB, caixa 4082, maço 113, 1928.

interior e Barros Barreto, por questões políticas. No dia 10 de março de 1926, o doutor Miguel Nogueira relatou no periódico *Diário de Notícias* os motivos pelos quais pediu exoneração do posto sanitário, que logo em seguida seria fechado.⁶³³ Ele alegou ter sido maltratado em uma visita que fez à Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública, no dia 22 de fevereiro daquele ano. Depois de uma manhã inteira à espera para conversar com o subsecretário voltou, a tarde, no intuito de conseguir ser atendido. Relatou sobre o encontro com seu superior, no corredor:

O dr. Barros Barreto? Sou o doutor Miguel Nogueira de Areia.
(Ele) Deu estupidamente uma reviravolta, grosseira, e respondeu-me agressivamente: não atendo o senhor nem falo em corredores, dando-me as costas lentamente.

Segundo Nogueira, Barros Barreto foi até o gabinete, e ele o acompanhou. Após retrucar que não atenderia o médico, o chefe afirmou que havia lhe telegrafado para que comparecesse a uma conferência no dia 2 daquele mês, em Salvador, mas que, como ele não se fez presente, não era merecedor de confiança – “não era o que o chefe pensava”, possuía “muita clínica” – e que o posto seria fechado.⁶³⁴ Em contraposição, o médico afirmou não ter recebido nenhuma convocação. Como forma de tentar mostrar aos leitores do jornal que não havia sido culpado pelo fechamento do posto, ele transcreveu uma série de correspondências trocadas com o Subsecretário e com o chefe do Distrito de Saneamento Rural, Garcia Rosa.

Os telegramas revelam que o posto havia sido criado em 1º de agosto de 1925, mas desde o mês de outubro não havia material para o combate a verminoses e, após o fechamento do serviço externo da instituição por falta de material, Nogueira foi acusado de não cumprir com as obrigações que lhes eram atribuídas. Talvez Barros Barreto tenha utilizado a desculpa de insatisfação com o seu trabalho porque havia outras articulações políticas que motivaram a mudança do posto de Areia. A cidade era muito distante da capital e havia outros lugares mais próximos e prósperos interessados em sediar um dispensário. Mas o que chama atenção é a referência feita, por Nogueira, sobre intrigas de cunho político a seu respeito, levadas a Barros Barreto por alguns colegas. Ele negava a acusação de ter apoiado a Revolução de 1924, em São Paulo, um dos inúmeros levantes contra a Primeira

⁶³³ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 10 mar. 1926. (*O fechamento do Sub-Posto do Saneamento Rural de Areia*).

⁶³⁴ Ibid.

República, e ter apoiado o militar Isidoro Dias Lopes.⁶³⁵ Por fim, Barros Barreto justificava, no relatório de 1927, que alguns postos foram fechados por falta do pagamento por parte dos intendentess municipais daqueles municípios.⁶³⁶

A maior parte dos centros sanitários do interior funcionava com jornadas de atendimento prolongadas, que começavam logo ao amanhecer. Em janeiro de 1926, o médico Luiz Gil de Souza Guimarães escreveu para o diretor do Saneamento Rural da Bahia, informando sobre as condições sanitárias de Ilhéus e sobre os trabalhos desenvolvidos sob sua supervisão, no posto da cidade. Ainda em 1925, estabeleceu o horário de atendimento das 6h30m da manhã até as 17 horas, sendo duas horas diárias de consultas oferecidas para matrícula de novos doentes e para atender outros, cuja indigência fosse “flagrante”.⁶³⁷ Além disso, encarregava-se de uma série de outras atividades.

Quando da nomeação para a chefia do posto de Saneamento Rural de Ilhéus, Gil Guimarães era convidado constantemente para visitar navios que atracavam naquele porto, a fim de atestar as condições de saúde das embarcações o que, ao seu modo de ver, era extremamente necessário para a profilaxia sanitária do município. Contudo, o médico foi proibido de desenvolver essa atividade pelo Inspetor de Saúde do Porto de Salvador, que alegou atender ao que estava disposto no regulamento sanitário promulgado no ano de 1925.⁶³⁸ Essa função era atribuição da União e não dos estados e municípios.⁶³⁹ Não satisfeito com a decisão, Guimarães queixava-se que a falta de controle sobre as navegações dificultava a prevenção de doenças transmissíveis, já que em 1925 os vapores das três companhias que atracaram no porto – Costeira, Baiana, e Lloyd Brasileiro – transportaram cerca de 5 mil passageiros para Ilhéus.

No entanto, o controle dos navios nos portos era apenas uma das inúmeras atividades que exigiam a presença do médico e os conhecimentos acadêmicos adquiridos em seu processo de formação, ocorrido na FMB. Mesmo abandonando a

⁶³⁵ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 10 mar. 1926. (*O fechamento do Sub-Posto do Saneamento Rural de Areia*). O levante de 1924 foi um dos inúmeros ocorridos no governo de Arthur Bernardes. Marcado pela instabilidade política, o seu mandato se utilizou de uma série de intervenções, inclusive sobre o Clube militar, o que resultou em levantes contra a República.

⁶³⁶ BARRETO, A., 1928. BPEB/Seção de Obras Raras.

⁶³⁷ GUIMARÃES, Luiz Gil de Souza. *Relatório dos serviços prestados pelo Posto de Saneamento Rural de Ilhéus, 1926*. APEB, caixa 4082, maço 113, 1926. p. 1.

⁶³⁸ Restrição presente, originalmente, no regulamento do DNSP. Cf. BRASIL. Decreto n. 14.354, 15 de setembro de 1920.

⁶³⁹ GUIMARÃES, L., op. cit., p. 9.

inspetoria portuária, ele continuava responsável por inúmeras outras atribuições. Precisava realizar atividades como, por exemplo, a vigilância do matadouro onde eram abatidos os animais consumidos pela população ilheense. O médico realizava, diariamente, a inspeção de bois *anti-mortem* e reclamava da dificuldade de regular a hora da matança para que se permitisse a inspeção *post-mortem*. Nesse sentido, conseguiu que a carne antes transportada em carroças anti-higiênicas e pequenas passasse a ser transportada por um caminhão apropriado, da Empresa de Transporte Carne Verde.⁶⁴⁰ Da mesma forma, realizava o exame do leite vendido na cidade, a partir das 6h30m, e distribuía aos vendedores responsáveis pelo seu transporte bilhetes de recomendação, proporcionando aos consumidores certa “garantia” da qualidade do líquido ingerido, a partir da exigência desse atestado aos vendedores de leite. Outras atribuições do chefe sanitário eram a vacinação e a realização da estatística demográfico-sanitária que se conseguia desenvolver com muita dificuldade. Mensurar o número de nascimentos, mortes e casamentos era impossível em muitos municípios da Bahia. O chefe do posto de Juazeiro, por exemplo, queixava-se porque muitos pais não faziam os registros oficiais dos seus filhos. Enquanto ele encontrou, nos documentos oficiais, o nascimento de 152 crianças em 1928, identificou, no registro de batismo da igreja referente ao mesmo ano, 343 batismos de recém-nascidos. O médico clamava que fosse implantada uma medida coercitiva que obrigasse os progenitores a efetuar os registros de nascimento.⁶⁴¹

Entre as muitas vacinas que precisavam ser ministradas em Ilhéus, destaca-se a contra varíola que, em 1925, foi a doença mais bem tratada, segundo informações do doutor Guimarães. Naquele ano, foram realizadas 430 vacinações e 2.142 revacinações, levando-se em consideração que não foi desenvolvido nenhum tipo de campanha. Mas, se a varíola deixava de ser uma preocupação, doenças como a febre tífica⁶⁴² pareciam um problema endêmico de difícil resolução. No mês de novembro, Guimarães foi surpreendido com um telegrama do arraial de Água Preta, noticiando a intensidade com que a enfermidade se alastrava. O médico se deslocou para o lugar imediatamente, utilizando um automóvel que se encontrava prontamente à sua disposição no posto, e verificou oito casos de contaminação. No

⁶⁴⁰ GUIMARÃES, L., 1926, p. 10-11.

⁶⁴¹ RELATÓRIO..., 1928. APEB, caixa 4018, maço 18.

⁶⁴² Doença infecto-contagiosa transmitida pela ingestão da bactéria *Salmonella Typhi*.

entanto, reclamava das condições disponíveis para a realização do diagnóstico da febre.

Infelizmente não possuía material para praticar a soro-reação de Vidal. Retirei o sangue de cada um dos doentes sobre lamina, em preparação espessa, e pelo processo Cropper-Fróes, pesquisei o hematozoário, para que pudesse se excluir a hipótese de paludismo. N'este particular todos os exames foram negativos.⁶⁴³

Se havia, naquele local, a vantagem de um carro próprio para que o médico atendesse aos casos graves em tempo hábil, a falta de material retardava o desenvolvimento das atividades sanitárias, apesar de não impedi-las. Aquele ocorrido é apenas um exemplo de como os médicos dos sertões da Bahia utilizavam técnicas alternativas e paliativas, quando da impossibilidade de aplicar procedimentos-padrão para diagnóstico e tratamento de doenças. Como resultado da visita àquele distrito, ele mandou destruir a cisterna da qual as pessoas diagnosticadas com a febre tifoide bebiam água e todas as que estivessem em condições semelhantes, mas foi surpreendido pela resistência dos habitantes do arraial que exigiam, para destruir suas cisternas, a ação do poder público na destruição dos pântanos existentes naquele distrito.⁶⁴⁴

Assim como no caso da febre tífica, improvisações também eram realizadas no tratamento do paludismo, doença recorrente em muitos municípios do estado da Bahia. Ela aparecia em Ilhéus com manifestações variadas, abatendo a população, dando-lhe um aspecto doentio e triste. Mas não só ali o paludismo era recorrente. A partir de 1930, inúmeros garimpeiros e pessoas que buscavam o enriquecimento fácil migraram para a cidade de Jacobina,⁶⁴⁵ devido à abertura, a particulares, de minas para extração do ouro e também ali morriam pela febre palustre. As chuvas constantes que caíam na região provocavam cheias no rio Itapicuru e a estagnação de águas nos quintais. Segundo Zeneide Jesus, “Nesse período o impaludismo [...] encontrou [em Jacobina] ambiente para agir causando grandes preocupações na população que reclamava da ausência do Serviço de Higiene”.⁶⁴⁶

⁶⁴³ GUIMARÃES, L., 1926, p. 13. APEB.

⁶⁴⁴ Ibid. Os pântanos eram aglomerações provisórias de água proveniente da chuva.

⁶⁴⁵ Jacobina se localiza a 330 quilômetros de Salvador e é uma cidade marcada pela exploração aurífera. Para mais informações sobre ciclos de ouro, prostituição e doenças transmissíveis na cidade, Cf. BATISTA, 2014.

⁶⁴⁶ JESUS, Zeneide Rios de. *Eldorado sertanejo: garimpos e garimpeiros nas serras de Jacobina (1930-1940)*. 2005. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005. p. 125-126.

A falta de material no posto, para a realização de pesquisa do índice parasitário, impediu também a verificação da incidência da malária na cidade de Ilhéus, como o chefe sanitário desejava fazer. Ele se juntou a médicos da Fundação Rockefeller, que ali estavam, e contentou-se com uma técnica denominada “contagem de índice esplênico”, no lugar da pesquisa pretendida. O doutor Guimarães afirmava que a profilaxia do paludismo só poderia ser eficaz com esforços para destruir os hematozoários, mosquitos transmissores, e proteger os indivíduos contra picadas de mosquitos infectantes. Paralelamente, reclamava um número maior de funcionários para o posto, de modo que o fornecimento do quinino, utilizado no tratamento da doença, ocorresse em domicílio:

Demonstrado assim, por essa ligeiríssima inspeção, a quanto sobe o número de impaludados no município, torna-se claro que é um dos problemas de maior vulto para o saneamento local a extinção do paludismo, devendo a Diretoria do Saneamento me fornecer todos os elementos para tal fim. Sou o primeiro a confessar que a campanha contra o paludismo feita pelo posto de Saneamento de Ilheos no correr do anno de 1925, foi quase nulla, limitando-se ao fornecimento de medicamentos aos doentes que vinham á consulta e a destruição de alguns focos de mosquitos.⁶⁴⁷

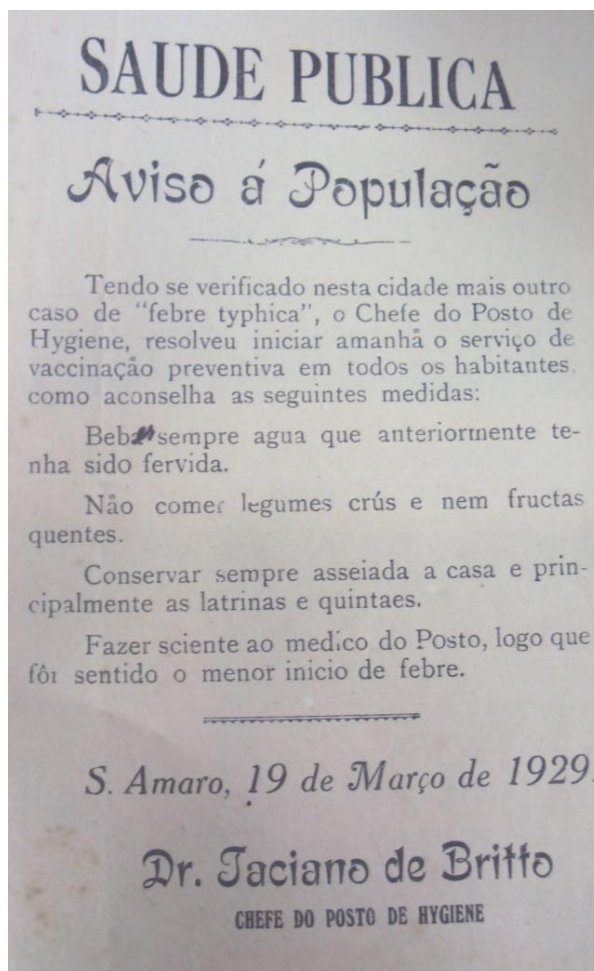
Foram identificados focos de paludismo nos arraiais de Água Preta e Pirangi, devido à construção de casas em locais onde se formavam pântanos, sem saneamento prévio do terreno. As águas paradas dos pântanos eram foco de larvas de mosquitos. No arraial do Pantala, Gil Guimarães foi pessoalmente fazer o cadastro das pessoas contaminadas e, nesse processo, adquiria conhecimento sobre novos focos. As experiências acumuladas no cotidiano do trabalho em cidades do sertão baiano eram significativas para a ampliação das experiências profissionais dos médicos que se dispunham a trabalhar ali. Muitos médicos que apenas clinicavam em seus consultórios na capital não tinham a oportunidade de experimentar situações adversas que garantiam vivências diversificadas e, conseqüentemente, o crescimento profissional.

Os médicos do interior investiam na profilaxia de doenças mediante a educação sanitária. Em Ilhéus, São Félix, Cruz das Almas e Santo Amaro, por exemplo, eram distribuídos impressos educativos (Figura 21), ensinando os meios de evitar a febre tífica. Além disso, solicitava-se que todos os clínicos locais

⁶⁴⁷ GUIMARÃES, L., 1926, p. 21. APEB. Para mais informações sobre a Fundação Rockefeller na Bahia cf. PONTES, 2007.

notificassem qualquer caso suspeito vindo da zona rural da cidade, para que se ministrasse o procedimento necessário o mais breve possível.⁶⁴⁸

Figura 21 - Panfleto do Posto de Hygiene de Santo Amaro.



Fonte: BRITTO, 1929.

O ideário educativo deveria ser desenvolvido por meios diversos, como palestras para a comunidade e para os estudantes. Mas, diante de todas as atividades que precisavam ser desempenhadas, Luiz Gil Guimarães afirmava:

Sei bem que a higiene escolar constitui um capitulo de primeira importância, mas conheço também sua complexidade e dificuldade para se fazer perfeita, tendo de attender ao mesmo tempo a outros serviços múltiplos diversos. Assim é que guardei para 1926 as minhas atenções para as escolas, certo e convencido de que os ensinamentos de higiene infiltrados desde a infância são o melhor elemento para a integridade futura da saúde.⁶⁴⁹

⁶⁴⁸ GUIMARÃES, L., 1926, p. 13. APEB.

⁶⁴⁹ Ibid.

Apesar do enorme trabalho delegado ao médico, ele demonstrava entusiasmo no desenvolvimento das suas atividades, o que não ocorreria com o passar dos anos, quando começou a apontar mais incisivamente as dificuldades do seu trabalho e, especificamente, o fato de não ser atendido em seus pedidos ao estado. Destacando as riquezas proporcionadas pelo cacau na região, o médico afirmava que Ilhéus fazia jus a grandes auxílios que deveriam ser oriundos dos altos poderes públicos, principalmente no que tange ao saneamento, “[...] cruzada que tem por fim destruir a doença, procurando dessa forma aumentar o número de braços para o trabalho e melhorando ao mesmo tempo as possibilidades econômicas da região”.⁶⁵⁰ Em 1927, o médico afirmava já ter solicitado várias vezes o aumento do número de guardas para que, sem prejudicar o trabalho da cidade, pudesse ser desenvolvido um trabalho especial nos arraiais pertencentes a Ilhéus. E, após cerca de cinco anos do trabalho, recapitulava pedidos que havia feito em outros relatórios.⁶⁵¹

Em parceria com as ações desenvolvidas pelo estado, nos centros de profilaxia, era possível encontrar a assistência oferecida pelos hospitais da Santa Casa de Misericórdia do Interior. Em relação a essas instituições, Maria Renilda Barreto aponta que, entre o século XVI e XIX, foram criadas as Santas Casas de Misericórdia de Belmonte (s/d), Ilhéus (1564), Cachoeira (1826), Nazaré (1830), Feira de Santana (1859), Valença e Maragogipe (1860), Santo Amaro (1878), Juazeiro (1885) e Amargosa (1892).⁶⁵² No início do século XX até o ano de 1939, foram criadas as de Itabuna, Vitória da Conquista, Alagoinhas, São Félix, Esplanada e Bonfim.⁶⁵³ Desses lugares, apenas em Conquista não havia um posto de Saneamento Rural, na década de 1920. É notória a constatação de que as Santas Casas estavam quase sempre onde os postos se encontravam, desempenhando um papel de colaboração mútua na assistência. Essa constatação é um indicativo da articulação na elaboração e execução das ações sanitárias no estado.

O hospital da Santa Casa de Misericórdia de Esplanada (Figura 22), por exemplo, atendeu a 3.500 pessoas no ano de 1928. Os trabalhos naquela casa foram iniciados no ano de 1927 e funcionaram com baixo custo. Naquele ano, o estado contribuiu com pouco mais de dois contos de reis, os sócios da casa

⁶⁵⁰ GUIMARÃES, L., 1926, p. 2. APEB.

⁶⁵¹ Id., 1928. APEB, caixa 4082, maço 113; GUIMARÃES, Luiz Gil de Souza. *Relatório do Posto de Saneamento Rural de Ilhéus do ano de 1929*. APEB, caixa 4082, maço 113, 1930.

⁶⁵² BARRETO, M., 2011, p. 3.

⁶⁵³ Levantamento realizado a partir dos subsídios do Governo da Bahia aos Hospitais das Santas Casas da Bahia. Cf. AZEVEDO, 1938. FFCH/UFBA

somaram cerca de um conto e o restante foi patrocinado pela filantropia, definida como doações “[...] de boas pessoas da localidade e de donativos espontâneos”.⁶⁵⁴ O doutor Joviniano Costa era um desses beneméritos, a quem se agradecia pela prestação de serviços a tantas pessoas pobres.

Figura 22 - Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Esplanada.



Fonte: *Diário de Notícias*, 29 jan. 1929.

O hospital da Misericórdia de Conquista, no entanto, demorou um pouco mais para poder funcionar. Segundo Cleide Chaves, no início da República, a cidade não contava com nenhuma instituição de assistência médica. Por se tratar de uma pequena cidade pobre, os recursos eram escassos e realizados, predominantemente, por médicos particulares. Em 1919, foi inaugurado o nosocômio, que não funcionou com regularidade até aproximadamente 1932, quando passou a receber subsídios governamentais. O posto de saúde do estado só foi criado em Conquista no ano de 1940.⁶⁵⁵

A partir do panorama ora apresentado, percebe-se que os esforços para a melhoria no saneamento das cidades baianas, com o acordo firmado com a União, iniciaram o processo de construção de estruturas sanitárias no interior da Bahia. A

⁶⁵⁴ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 29 jan. 1929. (*Uma obra providencial na Esplanada*).

⁶⁵⁵ CHAVES, Cleide de Lima. Assistência à saúde no interior baiano: as origens da Santa Casa de Misericórdia de Vitória da Conquista (1913-1932). In: _____ (Org.). *História da saúde no interior da Bahia: séculos XIX e XX*. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2013. p. 87, 114.

criação dos postos foi significativa por acender, nas distantes regiões do território baiano, uma esperança de que dias melhores poderiam se materializar, no tocante à saúde da população. É certo que a falta de investimentos financeiros e de pessoal dificultava as ações dos médicos. A chefia sanitária envolvia uma série de atribuições, já referidas, como a organização do serviço de higiene do município, a realização de estatísticas demográfico-sanitárias, a visita periódica da área sob a sua responsabilidade e o estabelecimento de ações profiláticas contra moléstias transmissíveis. Os médicos dos sertões da Bahia habilitavam-se numa ampla diversidade de saberes para lidar com doenças, em realidades muitas vezes ainda não vivenciadas por eles. Descobriam e aplicavam, ao longo do tempo, formas alternativas de lidar com as situações de emergência, quando nos pequenos arraiais proliferavam a contaminação por doenças – que afetavam a já tão difícil vida do homem sertanejo – e as diversas enfermidades que traziam a população aos postos para alcançar o devido tratamento. Os serviços de profilaxia da sífilis e doenças venéreas, realizados nesses postos, também encontrariam empecilhos em seu desenvolvimento. Mas, seguiam, na medida do possível, as orientações do código de 1925 e da legislação nacional de 1920 e, aos poucos, continuavam a estender seus braços para o interior, contribuindo para o desenvolvimento sanitário do estado.

5.2 A SÍFILIS NO INTERIOR DA BAHIA

Assim como o paludismo e a febre tifoide, a sífilis era uma doença que grassava no interior da Bahia, matando inúmeros sertanejos e debilitando tantos outros. Dois estudos históricos baianos analisam a sua existência em cidades específicas, Feira de Santana e Jacobina, em períodos distintos; ademais, articulam o baixo índice de sifilíticos nos atestados de óbitos a questões morais que existiam em torno da doença.

Os oito livros de óbito pertencentes aos registros eclesiásticos de morte da cidade de Feira de Santana, fonte de investigação de Aldo Silva, apontam para a existência de apenas 10 sifilíticos ao longo do intervalo 1828-1894, período que engloba praticamente todo o século XIX.⁶⁵⁶ Para o autor, o prestígio pessoal e

⁶⁵⁶ SILVA, Aldo José Morais. A percepção da moral oitocentista através dos registros eclesiásticos de óbito: elementos para uma história da cultura na saúde pública em Feira de Santana. *Sitientibus*. Feira de Santana, BA, n. 21, p. 101-116, jul/dez. 1999. p. 106.

político e fortes tradições familiares impediram que homens brancos, livres e casados fossem registrados como portadores da doença.⁶⁵⁷ Em consonância com essa interpretação, o estudo sobre Jacobina também esteve pautado nos detalhes dos atestados *post-mortem* e no questionamento sobre a inexistência de ourives, advogados e médicos registrados como sífilíticos, em contraposição a padeiros, carpinteiros e pessoas que ocupavam posições de baixo poder aquisitivo.⁶⁵⁸ Além disso, no mesmo estudo foram exploradas as condições sanitárias daquela cidade no auge da exploração do ouro, assim como a recorrência a outras práticas de cura, diferentes da oficial, e a ações de curandeiros que produziam “garrafadas” como forma de tentar aliviar o mal que a sífilis trazia. Aqui, não se buscará interpretar significados da ausência ou presença da doença em óbitos, mas se procurará perceber como ocorria o tratamento da sífilis em algumas cidades baianas, observando aspectos relativos às especificidades locais, no cumprimento das orientações federais para o combate à doença.

O serviço de profilaxia da sífilis teve, talvez, na cidade de Santo Amaro, o melhor desempenho da década de 1920.⁶⁵⁹ Os resultados eram tão positivos que, em 1926, o médico Taciano de Britto⁶⁶⁰ recebeu a visita dos colegas Guilherme Silveira, chefe do posto da cidade de Alagoinhas, e Durval Pires, do posto de saneamento de Jequié, no intuito de observar como se desenvolviam as ações naquela instituição. Em Salvador, o *Diário de Notícias* fazia críticas à passagem de Silveira pela cidade do Recôncavo baiano porque, naquele momento, Alagoinhas sofria a ameaça de um surto de febre. O dentista A. de Mattos, correspondente do município, descartava a possibilidade de ser febre palustre, pois as pessoas que conseguiram se curar não haviam utilizado medicamentos como quinino e azul de metileno, recomendados naqueles casos.⁶⁶¹ Não se sabe se realmente a febre amarela se aproximava do município baiano ou se, aproveitando a ausência do médico, divulgaram-se boatos para maldizer a administração da saúde do estado.

Segundo o doutor Britto, seus colegas de profissão se esforçaram para conhecer as atividades desenvolvidas no ambiente e acompanharam-no em todos

⁶⁵⁷ SILVA, A., p. 108.

⁶⁵⁸ BATISTA, 2014, p. 61-68. Id., 2013.

⁶⁵⁹ Destaca-se que o posto de Santo Amaro e de Alagoinhas também foram criados sob a orientação da Fundação Rockefeller, assim como o de Juazeiro. Cf. PONTES, 2007, p. 88.

⁶⁶⁰ Taciano Luis de Britto formou-se pela FMB, em 1919, e defendeu a tese intitulada *Sobre as enxaquecas*.

⁶⁶¹ DIÁRIO DE NOTÍCIAS, 4 maio 1926. (*Teremos a febre amarela em Alagoinhas?*).

os trabalhos cotidianos e seus detalhes.⁶⁶² O tratamento das doenças venéreas ocorria em uma sala específica, na qual funcionava o dispensário de sífilis (Figura 23), tendo atingido, naquele ano, 745 indivíduos de ambos os sexos. Os curativos e injeções eram realizados todos os dias úteis, no turno da tarde, em dias alternados para homens e mulheres, visando a uma melhor disposição do serviço, conforme determinava o regulamento de 1920.⁶⁶³ Os curativos das mulheres eram feitos pela enfermeira Adalgiza Bastos, a quem também cabia a tarefa de visitar o meretrício, nas várias ruas da cidade.⁶⁶⁴ Sabe-se que o plano nacional de combate à sífilis não regulamentou a prostituição, mas elegeu as enfermeiras visitadoras como meio de atingir as meretrizes. Nas visitas realizadas, a enfermeira santo-amarense buscava convencer as mulheres da rua a utilizarem os serviços do posto como medida de saúde individual e de higiene.

Nos anos seguintes, o posto de profilaxia rural daquela cidade aumentava o número de atendidos, notadamente de pessoas que haviam contraído a sífilis.⁶⁶⁵ O doutor Britto ressaltava as instalações modestas do ambiente, porém suficientes para o cuidado com a saúde da população sífilítica:

[...] com o suprimento de empoulas mercuriais e com modesto material cirúrgico de que dispõe o Posto, se vai attendendo aos clientes de ambos os sexos, que já hoje bendizem a criação deste Dispensario, recurso que faltava a uma cidade de que só dispõe de um hospital onde a medicina official não existia.⁶⁶⁶

É interessante observar a forma como o médico se referiu à Santa Casa de Misericórdia de Santo Amaro, reproduzindo, no interior, os conflitos existentes na capital e em outros lugares do Brasil, entre as ordens religiosas que administravam os hospitais da Misericórdia e os médicos. Ele acreditava que o trabalho desenvolvido no posto era guiado pelas diretrizes científicas, enquanto no nosocômio prevalecia a caridade, típica da concepção cristã católica. A partir das informações sobre a frequência no posto de profilaxia rural daquele município, é possível inferir que ali também passaram a ocorrer os procedimentos de combate à sífilis, em detrimento no hospital da caridade santoamarense, assim como ocorria na

⁶⁶² BRITTO, 1926. APEB, caixa 4082, maço 114.

⁶⁶³ Ibid.

⁶⁶⁴ Ibid.

⁶⁶⁵ BRITTO, Ticiano de. *Relatório dos trabalhos effectuados no Posto de Saneamento Rural de Santo Amaro*. APEB, caixa 4082, maço 114, 1928; Id. *Relatório dos trabalhos effectuados no Posto de Saneamento Rural de Santo Amaro*. APEB, caixa 4082, maço 114, 1929.

⁶⁶⁶ BRITTO, nota 662.

capital. Isso não diminuía a importância do nosocômio no cuidado a inúmeras outras doenças, especialmente as que necessitavam de internamento.

Figura 23 - Sala do dispensário de profilaxia da sífilis e doenças venéreas de Santo Amaro.



Fonte: BRITTO, 1928.

Ticiano de Britto demonstrava-se satisfeito com o tratamento realizado no dispensário, mas três anos depois aguardava, com ansiedade, que o prefeito cedesse um espaço no térreo do prédio da prefeitura, para onde almejava transferir o posto de profilaxia rural. Para ele, os trabalhos poderiam ser realizados com um serviço “mais complexo”, em um espaço mais adequado.⁶⁶⁷ Em relação aos medicamentos utilizados no combate à sífilis, eram ministradas substâncias recorrentes na capital e outros municípios baianos, como o mercúrio, o bismuto e o *Neosalvarsan*.⁶⁶⁸

Realidade um pouco diferente da de Santo Amaro existia na cidade de Itabuna. Apesar do serviço de profilaxia da sífilis ser o mais concorrido pelos pacientes que visitavam o posto, o chefe sanitário queixava-se da impossibilidade de realizar a reação de Wasserman ou outra análise esclarecedora sobre ela, devido ao microscópio ultrapassado.⁶⁶⁹ (Figura 24)

⁶⁶⁷ BRITTO, 1929. APEB, caixa 4082, maço 114.

⁶⁶⁸ Ibid.; BRITTO, 1928, APEB, caixa 4082, maço 114; Id., 1929.

⁶⁶⁹ MIRAVEL, 1925. APEB, caixa 4082, maço 113.

Figura 24 - Microscópio no Posto de Profilaxia Rural de Itabuna.



Fonte: MIRAVEL, 1925.

O serviço de combate às doenças venéreas contemplava a disponibilização de duas horas diárias para consultas, conforme determinava o regulamento sanitário.⁶⁷⁰ Aberto das 8 às 10h, com essa finalidade, enquanto um funcionário aplicava injeções intramusculares, outro fazia os curativos, um terceiro cuidava das matrículas, o médico examinava os novos doentes, fazia aplicação de injeções endovenosas e fiscalizava o serviço.⁶⁷¹ (Figura 25) Nessas condições, o diagnóstico da sífilis requeria uma ampla experiência do médico que, sem a possibilidade de realizar exames sorológicos, conseguia identificar melhor as infecções quando os pacientes apresentavam manifestações cutâneas.

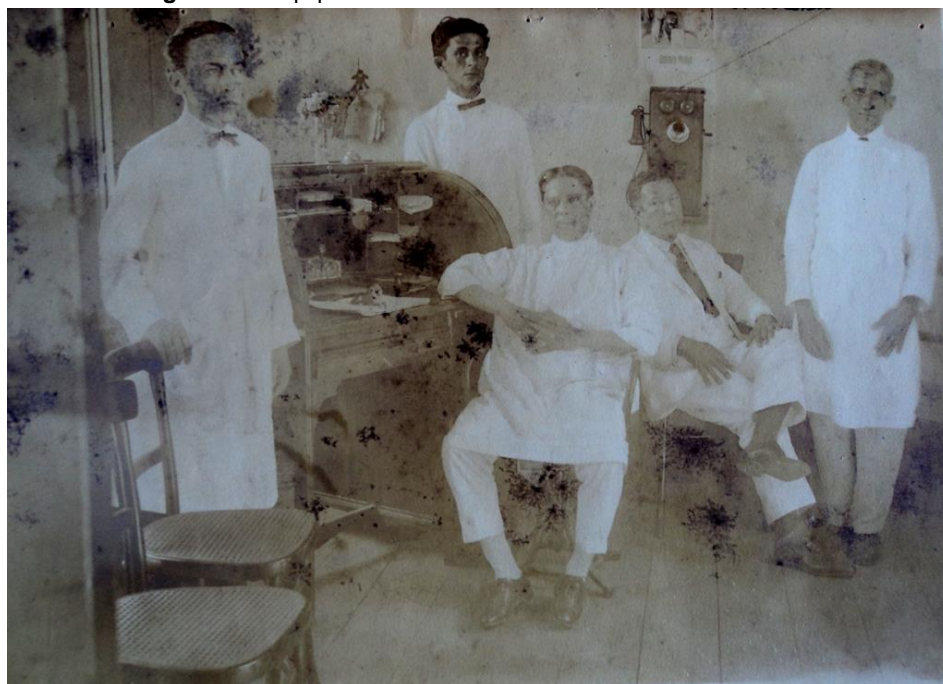
Para o chefe dos serviços de profilaxia da sífilis e doenças venéreas de Itabuna, os benefícios trazidos aos pobres daquela cidade foram incalculáveis. Como grande parte dos doentes podia adquirir os medicamentos, o médico receitava para que comprassem em farmácias, guardando os medicamentos do posto para aqueles que fossem reconhecidamente indigentes. O serviço atendeu a um número considerável de meretrizes no ano de 1925, às quais se prestava todos os cuidados, esclarecendo-lhes quanto à profilaxia das moléstias venéreas e aconselhando-as sobre a adoção de medidas fáceis e úteis. Naquele posto, as pessoas se tratavam e

⁶⁷⁰ MIRAVEL, 1925. APEB, caixa 4082, maço 113.

⁶⁷¹ Ibid.

recebiam instruções preventivas contra infecções venéreas, o serviço de Educação e Propaganda era eficaz e, sempre que possível, era distribuído grande número de folhetos e boletins de propaganda sanitária por todo o interior do município.

Figura 25 - Equipe do Posto de Profilaxia Rural de Itabuna.



Fonte: MIRAVEL, 1925.

Bem próximo de Itabuna, na cidade de Ilhéus, também havia problemas relativos aos equipamentos para os postos sanitários. O dispensário tinha movimento regular, mas o diagnóstico da sífilis também era realizado apenas reunindo os sinais clínicos do doente. Como a maior parte dos dispensários do interior da Bahia, a cidade contava com um microscópio ultrapassado, que servia apenas para a realização de exames simples, como fezes e urina. Nesse caso, além do microscópio, o material para a realização de Wassermann compunha os itens de solicitação ao Subsecretário de Saúde e Assistência Pública, numa visível percepção, do doutor Guimarães, sobre a importância do diagnóstico precoce da sífilis:

Ora, sabe-se quanto é isso fallivel. Urge que a Directoria do Saneamento envie para o Dispensário não somente um microscópio bom, com dispositivo de ultra-microscopia, como também o material indispensável para a reação de Wassermann. Isto não acarretará grande despesa, pois o Posto poderá cobrar os exames que fossem pedidos para doentes extranho pelos clínicos locais.”⁶⁷²

⁶⁷² GUIMARÃES, L., 1926. APEB, caixa 4082, maço 113.

Diferente dos dispensários de Itabuna e Santo Amaro, em Ilhéus o número de mulheres que se tratava no posto profilático era pequeno: nos oito meses de funcionamento do posto, 18 haviam comparecido para o tratamento da gonorreia e 4 para o tratamento da sífilis. O motivo da baixa frequência feminina era a falta de uma enfermeira que pudesse fazer o atendimento a elas:

É pois de grande utilidade uma enfermeira no Posto, que se dedique a taes curativos, que vá em domicílios, aconselhando o tratamento ás rebeldes, chamando ao Dispensario outras que d'elle fogem, offuscadas por uma cura apparente, explicando-lhes os meios de evitar a moléstia e o caminho a seguir quando doentes. [...] A profilaxia da sífilis e moléstias venéreas, em Ilheos será feita como em qualquer parte. Eu sou dos que acreditam que só os meios tanto violentos podem obter o extermínio da syphilis e das moléstias venéreas – regularização do meretrício (matricula, vigilancia rigorosa, etc) e hospitalização obrigatória de todos os doentes, enquanto persistirem as lesões contagiosas.⁶⁷³

Não pode passar despercebido o posicionamento do médico em relação à regulamentação da prostituição. Ao longo da pesquisa, não foi possível identificar outros médicos que defendessem ideias semelhantes, mas diante da gama variada de professores da FMB, alguns estudantes podem ter sido influenciados por seus mestres e posicionavam-se de forma punitiva em relação ao meretrício. Apesar de expressar a sua opinião a respeito do meretrício, o médico não propunha a implantação da regulamentação no posto sanitário sob o seu controle. Reclamava uma enfermeira que pudesse cumprir o plano sanitário nacional contra a sífilis na esfera local.

A falta de verbas municipais também afetava o combate à doença. Segundo o chefe sanitário de Ilhéus, no ano de 1927, por motivos não explicados convenientemente, o município não cumpriu totalmente o repasse da subvenção combinada, o que veio acarretar prejuízos no prosseguimento dos trabalhos do posto, principalmente nas atividades do dispensário da sífilis e moléstias venéreas. Os pedidos de material feitos pelo diretor sanitário, no ano anterior, não foram despachados, de modo que o serviço esteve praticamente paralisado.⁶⁷⁴ O médico Gil Guimarães reiterava o pedido de nomeação de uma enfermeira, que pudesse fazer com mais desembaraço o tratamento de doentes femininas e, assim, evitar o desrespeito ao "pudor das pobres pacientes" que, em geral e principalmente para certas moléstias, recusavam-se terminantemente aos curativos praticados por

⁶⁷³ GUIMARÃES, L., 1926. APEB, caixa 4082, maço 113.

⁶⁷⁴ Ibid.

enfermeiros.⁶⁷⁵

O mesmo ocorria na cidade de São Felix, em 1925. A matrícula de mulheres contaminadas com doenças venéreas tendia a se extinguir pela falta de uma enfermeira. Segundo o chefe sanitário, algumas ainda eram tratadas pela ex-enfermeira do posto, que prestava serviços eventualmente. Para ele, a cidade e, principalmente, o município de Cachoeira,⁶⁷⁶ eram localidades com grande número de prostitutas e muitas delas frequentavam o posto “a miúdo”. O médico destaca que, para algumas, ele conseguia receitar e oferecer instruções precisas para o tratamento, mas, para outras, não. No ano seguinte, o médico se queixava de não conseguir informar o número de doentes curados de sífilis, pelo grande número de matriculados naquele posto. Logo que os doentes se sentiam melhor das afecções que os incomodavam, abandonavam o tratamento e retornavam, muitas vezes, mais doentes do que quando o haviam iniciado. Segundo o médico, havia um número que poderia estar curado se frequentasse assiduamente o dispensário.

Dessa forma, mesmo com dificuldades, os médicos do interior se esforçavam para colocar em prática as diretrizes federais de combate à sífilis. Empecilhos relativos a equipamentos, material e pessoal eram evidentes, especialmente no tocante às enfermeiras visitadoras, peça fundamental da Política Nacional proposta por Eduardo Rabello. Mas, em todos os municípios, assim como demonstra a leitura dos relatórios, a sífilis e as doenças venéreas eram alvo no qual os profissionais sanitários acertavam. As fotos que acompanham a documentação, utilizadas anteriormente, demonstram que, por maiores que fossem as dificuldades, havia um aparato mínimo que contemplava os requisitos para um atendimento com qualidade em muitos municípios da Bahia. Os microscópios (ainda que defasados em alguns lugares), a presença de medicamentos, espaços asseados de tratamento, as fachadas dos prédios e os profissionais que aparecem, desenvolvendo seu trabalho e/ou pousando para as fotos, contribuem para a compreensão de que inexistia uma precariedade excessiva, atribuída, normalmente, à medicina do interior. As estruturas dos postos de saúde tendiam a melhorar a partir das mudanças ocorridas no campo da saúde, nos anos seguintes, com a expansão das condições de trabalho, que se daria no governo Vargas.

⁶⁷⁵ GUIMARÃES, L., 1926. APEB, caixa 4082, maço 113.

⁶⁷⁶ Localizados em margens extremas de um rio.

5.3 CONTINUIDADE DA CENTRALIZAÇÃO NO GOVERNO VARGAS

A multiplicação dos postos de profilaxia, no interior, não cessou ao longo do governo Vargas. Alguns indícios apontam para como o sistema sanitário dos sertões se ampliou entre 1930 e 1945, dando continuidade ao projeto de saneamento. Com a reforma baiana de 1938, foi criado o serviço de saúde do interior que, por força do Decreto n. 10.782, de 10 de junho de 1938, organizava 11 postos de saúde, 3 subpostos e 11 itinerantes.⁶⁷⁷ Nos anos seguintes, outros inúmeros decretos multiplicariam esses números. Em 1939, o Decreto 11.385, de 12 de julho, acresceu à estrutura sanitária do interior 4 subpostos de tracoma;⁶⁷⁸ em 1940, mais 10 postos foram criados pelo Decreto 11.682, de 13 de julho e, finalmente, o Decreto 12.225, de 31 de dezembro, ampliou o serviço com mais 20 postos. Em 1942 havia, portanto, 59 unidades no interior, em contraposição às 8 existentes em 1924. Esse crescimento está vinculado, sem dúvidas, à proposta de centralização das ações sanitárias desenvolvida no estado a partir de 1930 e intensificadas no Estado Novo. Esses centros sanitários estavam divididos em dez regiões sanitárias, sendo que assistiam a inúmeros outros municípios.⁶⁷⁹ (Quadro 5 e Figura 26)

⁶⁷⁷ PROCESSO sugerindo padronização do serviço de saúde do interior do Estado. APEB, caixa 4023, maço 8, 1942.

⁶⁷⁸ Tracoma é uma doença infecciosa que afeta a córnea e é provocada pela bactéria *Chlamydia trachomatis*.

⁶⁷⁹ BAHIA. Decreto que localiza 20 postos de Higiene no interior do Estado. APEB, caixa 4020, maço 01, 1942.

Quadro 5 - Classificação dos postos sanitários da Bahia.

Região	Postos Sanitários	Cidades atendidas pelos postos
1ª	Valença, Nazaré, Cachoeira, Maragogipe, Feira de Santana, Santo Amaro, Itaparica, Santo Antônio de Jesus, Castro Alves	Valença, Taperoá, Cairú, Nazaré, Aratuípe, Jaguaripe, Cachoeira, São Félix, Muritiba, Conceição da Feira, Maragogipe, Cruz das Almas, Santo Estevam, Feira de Santana, Iará, São Gonçalo, Itaparica, São Francisco, Santo Amaro, Coração de Maria, Santo Antônio de Jesus, Afonso pena, São Felipe, Castro Alves e Santa Terezinha
2ª	Mata de São João, Alagoinhas, Esplanada, Cipó, Banzaê (Pombal), Paripiranga, Antas (Cícero Dantas)	Camaçari, São Sebastião, Mata de São João, Pojuca, Catú, Alagoinhas, Entre Rios, Inhambupe, Esplanada, Conde, Jandaíra, Rio Real, Soure, Cipó, Pombal, Paripiranga, Cícero Dantas, Geremoabo, Itapicuru
3ª	Santarém, Camamu, Itapira, Ilhéus (Sede e Pirangí), Itabuna (Sede e Palestina), Canavieiras, Belmonte, Buranhem (Porto Seguro), Caravelas	Santarém, Nilo Peçanha, Camamú, Maraú, Itapita, Itacaré, Ilhéus, Itabuna, Una, Canavieiras, Belmonte, Santa Cruz Cabralia, porto Seguro, Caravelas, Alcobaça, Prado, Mucurí
4ª	Amargosa, Jaguaquara, Jequié, Jaguaquara, Rio Novo, Poções, Conquista, Itambé, Encruzilhada	Amargosa, Brejões, São Miguel, Lage, Mutuípe, Jequiriçá. Areia, Jequié, Maracás, Itirissú, Jaguaquara, Itaquara, Santa Inês, Rio Novo, Bôa Nova, Poções, Conquista, Itambé, Encruzilhada
5ª	Caetité e Brumado	Caetité, Guanambi, Monte Alto, Urandí, Calculé, Brumado, Paramirim, Rio de Contas. Livramento, Macaúbas, Condeúba, Jacarací
6ª	Itaberaba, Andaraí, Lençóis, Mucugê	Baixa Grande, Capivari, Monte Alegre, Itaberaba, Ipirá, Rui Barbosa, Ituassú, Barra da Estiva, Adaraí, Bom Sucesso, Seabra, Palmeiras, Lençóis, Mucugê, Anchieta
7ª	Bomfim, Serrinha, Tucano, Euclides da Cunha, Mundo Novo, Jacobina, Djalma Dutra	Bomfim, Campo Formoso, Jaguarari, Itiúba, Queimadas, Monte Santo, Serrinha, Tucano, Santa Luzia, Conceição do Coité. Euclides da Cunha, Riachão do Jacuípe, Mundo Novo, Morro do Chapéu. Saúde, Jacobina, Djalma Dutra
8ª	Remanso, Casa Nova, Juazeiro, Glória	Remanso, Pilão Arcado, Sento Sé, Casa Nova, Juazeiro, Glória, Curaçá, Uauá
9ª	Barreiras, Barra, Chique-Chique	Barreiras, Angical, Cotegipe, Barra, Rio Preto, Brotas, Chique-Chique, Santo Inácio, Irecê
10ª	Bom Jesus da Lapa, Rio Branco, Santa Maria, Carinhanha	Bom Jesus da Lapa, Rio Branco, Oliveira dos Brejinhos, Riacho de Santana, Santana dos brejos, Santa Maria, Correntina, Carinhanha

Fonte: PROCESSO..., 1942.

Levando em consideração a conjuntura em que o estado se encontrava entre 1930 e 1945, os trabalhos sanitários continuavam a ser conduzidos com a ampliação dos serviços. Para alcançar o objetivo almejado pelo governo, os médicos nomeados como chefes sanitários no interior eram orientados sobre como lidar com as mais diversas doenças. Em agosto de 1938, o doutor Barthlomeu Antônio Costa, nomeado para o posto de Caravelas, escrevia para Isaías Alves, Secretário de Educação e Saúde da Bahia, no intuito de relatar defeitos e vantagens do curso que fora ministrado para médicos do sertão. Ele parabenizava o político pela iniciativa,

visto que muitos dos médicos recém-nomeados se preocupavam apenas com questões de diagnóstico e terapêutica e não com medidas profiláticas.⁶⁸⁰

Se por um lado havia médicos com nenhuma experiência sobre saneamento profilático, o próprio Bartholomeu Costa era um exemplo de médico experiente que, mais uma vez, retornava aos sertões. Ele já havia servido anos antes no posto de Amargosa e, para tanto, havia passado 20 dias assistindo aos serviços realizados nos postos de Santo Amaro e Sete Portas. Na primeira experiência como médico do interior, ele lidava apenas com as doenças que surgiam no cotidiano – que não eram poucas – mas o curso havia ampliado seus conhecimentos acerca de uma infinidade de “casos concretos”. O governo estadual mantinha a preocupação com a formação médica para atuação nos sertões e sabia que, com a reforma ocorrida em 1938, seria necessária a capacitação.

A formação desses médicos ocorreu em Salvador e tinha caráter prático. Médicos da FMB e outras personalidades que figuraram no processo de reforma sanitária, desde 1925, estiveram à sua frente. O doutor Octavio Torres, por exemplo, ministrou conferências sobre Hansen e levou os cursistas ao Hospital Rodrigo José de Menezes para acompanhar casos desde o início da contaminação, até a forma avançada da doença, fase mais conhecida.⁶⁸¹ Também receberam orientações sobre a peste, a malária, tracoma, febre amarela, assistência à infância, puericultura, tuberculose, entre outras, além de informações sobre aspectos gerais de bacteriologia e medicina experimental,⁶⁸² com médicos como Gil Guimarães, Álvaro Bahia, Serafim Junior, Garcia Rosa, Waldemar Pires, César Araújo e Barros Barreto.

Ainda em relação à multiplicação dos postos, no ano de 1942, o diretor geral de saúde entrou em contato com Isaías Alves para sugerir a classificação dos diversos estabelecimentos existentes, a partir de critérios relativos à composição técnica dos estabelecimentos:

Verifica-se, entretanto, que os diversos decretos deram denominações diversas a unidades do mesmo tipo e a mesma denominação a unidades de tipos diferentes. Em vista disto, e atendendo à necessidade de padronização das diversas unidades, de acordo com melhores normas do ponto de vista técnico, eu me permito sugerir a V. Excia seja designados por PH1, os 11 primeiros postos criados, e cujo quadro compõe de um médico, um escrivão-microscopista, uma enfermeira visitadora, um guarda

⁶⁸⁰ RELATÓRIO apresentado ao Secretário de Educação e Saúde sobre as vantagens e os defeitos do curso intensivo para o serviço de saúde no interior. APEB, caixa 4027, maço 26, 1938.

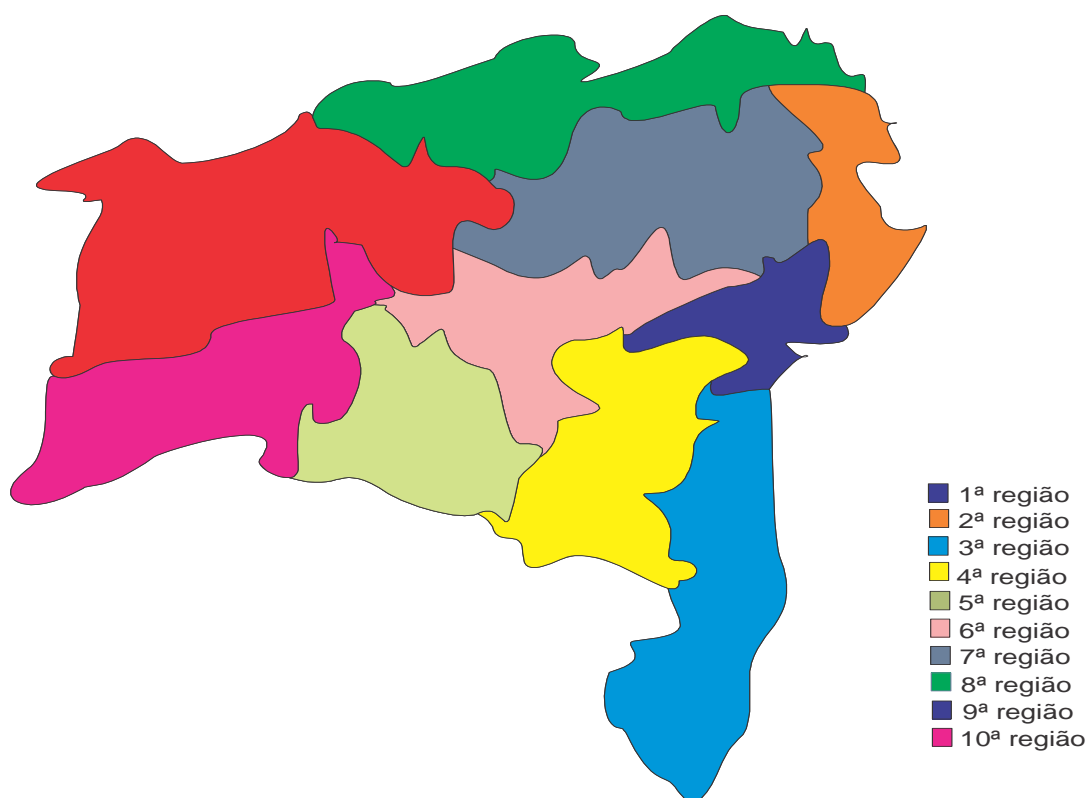
⁶⁸¹ Ibid.

⁶⁸² Ibid.

sanitário, um enfermeiro e um servente; por PH2, os 3 subpostos do decreto 10.782, de 10 de Junho de 1928, os 10, e os 20 postos dos decretos 11.682 e 12.225 respectivamente de 13 de julho de 1940 e de 31 de dezembro de 1941, todos eles possuindo o mesmo quadro, e diferindo dos PG1 por não ter enfermeira visitadora; PH3, os onze itinerantes, que funcionam apenas, com um médico e um guarda e, finalmente, por PT os 4 subpostos de Tracôma, cujo quadro se compõe de um médico, um enfermeiro e um servente.⁶⁸³

Existia uma gama de estabelecimentos com um corpo técnico variado e, naquele momento, sugeria-se o agrupamento por tipos, para haver um maior controle central sobre as atividades que eles desenvolviam. Esse processo seria importante, inclusive, para a possibilidade de elaborar um planejamento mais sistemático em torno da organização profilática no interior.

Figura 26 - Mapa das regiões sanitárias da Bahia, 1942.



Fonte: BAHIA, 1942.

⁶⁸³ BAHIA, 1942. APEB.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tudo o que foi apresentado, torna-se necessário fazer algumas considerações com o intuito de problematizar as implicações do processo de Reforma Sanitária na Bahia e destacar as suas especificidades dentro de um contexto mais amplo de transformações da saúde. Afinal, em que medida foi possível lograr êxito nesse projeto?

A primeira questão que merece destaque diz respeito ao papel do movimento sanitário para concretização das políticas públicas de saúde, no pós-1920. As viagens realizadas pelos pesquisadores do IOC revelaram uma nova face do Brasil e contribuíram para a criação de uma consciência sanitária por parte das elites médicas e intelectuais. Conforme demonstraram estudos de outros autores,⁶⁸⁴ denunciava-se que muitos brasileiros se encontravam em condição de apatia, doença e analfabetismo devido ao abandono por parte da União e não pela mistura racial, ideia predominante no século XIX. A consciência sanitária contribuiu para a adoção de uma nova postura reflexiva em torno do papel do Estado e para a tentativa de construir uma identidade nacional unificada, a partir da segunda década do século XX. Nesse sentido, criou-se uma legislação, executada efetivamente em nível nacional, num momento em que as prerrogativas federalistas deram poder aos estados e municípios. Esse processo se intensificou com a centralização proposta por Getúlio Vargas, especialmente no Estado Novo.

A análise presente ao longo dos capítulos demonstra que o projeto sanitário não ficou restrito à esfera ideológica ou a registros documentais. O exemplo da Bahia revela como se conseguiu desenvolver tal plano, mesmo com todas as peculiaridades inerentes ao estado. Agravantes históricos específicos como a falta de verbas, as distâncias entre cidades e a capital, as dificuldades de locomoção, as questões político-partidárias, a consciência turva sobre as atribuições do público e do privado foram os principais problemas enfrentados.

A percepção sobre a adoção da política sanitária nacional para combate à sífilis, controle da tuberculose e cuidado com a higiene infantil despertou o questionamento sobre os motivos que levaram as elites baianas a aderir ao projeto. Chama-se atenção para o fato de que a adesão à reforma partiu de um primeiro

⁶⁸⁴ Cf. THIELEN et al., 1992; LIMA; HOCHMAN, 1996; HOCHMAN, 1998.

acordo, firmado em 1921, por J. J. Seabra. Mas que, em 1924, foi renovado por Góes Calmon, seu opositor político. Dessa forma, percebe-se que a formação da consciência sanitária de políticos baianos atravessava as divergências político-partidárias. As oligarquias do estado que, de certa forma, mantinham-se ainda fragmentadas, reivindicaram para a Bahia o processo de saneamento, através do qual seria possível melhorar as condições de saúde das populações economicamente desfavorecidas, e impedir o alastramento generalizado de doenças. Por outro lado, a presença federal gerou disputas acirradas frente à possibilidade de se reduzir o poder oligárquico no estado. A intervenção da União gerou repúdio por parte dos coroneis, que continuaram a se articular em busca de uma manutenção do seu *status quo*.

Entre 1920 e 1930, os questionamentos político-partidários se opunham especialmente à forma como Góes Calmon conduzia as questões relativas à saúde. A criação de uma Subsecretaria independente, subordinada diretamente ao governador, causou um grande alvoroço na oposição, que temia um maior empoderamento do grupo político a partir do monopólio da saúde. Apesar das diferenças entre os contextos políticos que englobam o período estudado, diferentes grupos, no pós-1930, organizaram-se em contraposição ao poder central, que modificava aspectos relativos ao acúmulo de cargos públicos e tentava implementar o aparato sanitário de uma forma menos político-partidária. Eles utilizavam o jornal *Diário de Notícias*, entre outros periódicos, como porta-voz de suas críticas. Isso demonstra o quanto a saúde, que ainda hoje ocupa lugar central nos processos assistenciais ao lado da educação, foi objeto de disputas de poder, também, neste período estudado. Essa esfera foi utilizada como um instrumento de negociação e de autopromoção.

Destaca-se que a experiência da Bahia não foi um caso isolado, se for levado em consideração a massiva adesão dos estados brasileiros ao projeto nacional, ainda em 1922. É possível perceber uma tendência geral de incorporação da reforma, que extrapola a realidade estudada, e que lança o desafio aos historiadores, em cada um dos estados que se aliaram à União, a investigar especificidades locais e regionais inerentes aos processos, de forma que se mantenham atentos às modificações nas estruturas sanitárias a partir de então.

Ao longo da análise, percebeu-se que as disputas político-partidárias baianas muitas vezes se entrelaçavam ou se confundiam com críticas relativas às distintas

concepções médicas. Barros Barreto, ao longo da década de 1920, tentava se autopromover através da bacteriologia, e buscava desconsiderar as medidas sanitárias adotadas pelo seu opositor político, que governou anos antes. Essa foi uma estratégia política, que não invalida a iniciativa de J. J. Seabra em institucionalizar os pressupostos bacteriológicos da reforma no estado, ainda em 1921.

Outro aspecto a ser observado em relação ao desenvolvimento do projeto na Bahia diz respeito ao protagonismo das elites médicas baianas. Esses profissionais estavam perfeitamente integrados aos conhecimentos acadêmicos vigentes no período, pois estabeleciam intercâmbios e diálogos tanto em esfera nacional quanto global. Dessa forma, questiona-se a existência de um *establishment* médico conservador e de um ambiente político intelectual hostil às ações no campo, conforme afirmou Castro Santos.⁶⁸⁵ Alexandre Evangelista de Castro Cerqueira, por exemplo, esteve na Europa em finais do século XIX e estudou com os grandes especialistas da sífilis e dermatologia do mundo. E, apesar de seu sucessor, Albino Arthur da Silva Leitão, não demonstrar interesse pelos avanços da medicina, não clinicar e não publicar, outros catedráticos diluíam saberes, especialmente sobre o ensino de sifilografia e bacteriologia, em suas cadeiras. Inúmeros outros médicos baianos, adeptos à medicina experimental, estiveram no interior do estado e demonstravam interesse no processo de saneamento rural.

Dentro dessa perspectiva, deve-se, também, valorizar as experiências inerentes à constituição de uma rede comum de sociabilidades entre médicos de diferentes estados. O baiano Clementino Fraga era um dos que viajava entre Salvador e Rio de Janeiro constantemente e compartilhava inúmeros momentos ao lado de Carlos Chagas, Eduardo Rabello e de tantos outros ícones da medicina realizada pelo IOC. Em seus encontros discutiam questões pessoais, profissionais e filosóficas sobre a concretização de um projeto, sobre o desejo de uma nação que se constituísse a partir de interesses comuns.

Entre os inúmeros aspectos que ofereceram condições para a inserção de uma política sanitária que extrapolasse as esquinas das grandes ruas do Rio de Janeiro e de Salvador, é necessário destacar o processo de fortalecimento da medicina enquanto campo de saber acadêmico, localizado em bases mais estáveis.

⁶⁸⁵ SANTOS, 2004.

Por mais que houvesse conflitos de ideias, contravenções em relação a medicamentos, os conhecimentos começavam a entrar em maior consenso, diferente do que ocorria ao longo do século XIX. Em relação aos cuidados com a sífilis, cada vez mais os medicamentos se aproximavam da possibilidade de uma cura efetiva e com menos danos à saúde dos pacientes. O *Salvarsan* evoluía para *Neosalvarsan*. O teste de Wasserman era usado pelos médicos da Bahia, mesmo com todas as críticas relativas aos seus limites e impossibilidade de diagnóstico exato.

Por outro lado, os médicos compartilhavam outras ideias vigentes na medicina, como as de degeneração e de eugenia, pelo menos até 1930, e contavam com o apoio de toda uma imprensa que trabalhava no sentido de racializar as relações sociais para a manutenção de hierarquias étnico-raciais⁶⁸⁶ e disseminar entre a população o desejo de adquirir medicamentos, com a promessa de que eles impediriam as más-formações genéticas, especialmente entre as crianças. Os médicos defendiam a necessidade de eugenzar o país para construir uma nação tida como mais forte. Os sujeitos alvo do projeto eugênico eram especialmente as populações negras e miscigenadas, que após a abolição não receberam condições de acesso ao trabalho e figuravam como perigo potencial para as elites. Destacam-se, mais uma vez, as certidões de óbito de uma pequena cidade do interior baiano, Jacobina, que marcavam negros, com profissões que lhes davam baixo poder aquisitivo, como únicos portadores da sífilis.⁶⁸⁷

Sobre os caminhos escolhidos para o tratamento da sífilis, é possível afirmar que integraram uma mudança das concepções médicas, voltando-se para o combate da doença em si, como elemento que se proliferava através de agentes específicos. Mas, mais que isso, investiu-se em uma série de intervenções políticas que privilegiaram a educação. Percebeu-se a necessidade de esclarecer a população pobre sobre como as medidas particulares de profilaxia poderiam evitar contágios. E, nesse processo, as enfermeiras visitadoras instituídas para convencer os grupos considerados “vulneráveis” ou responsáveis pela proliferação da doença – especialmente as prostitutas – se tornavam uma peça fundamental para a ampliação

⁶⁸⁶ Sobre os processos de racialização das relações sociais no pós-abolição cf. ALBUQUERQUE, Wlamyra R. *O jogo da dissimulação: abolição e cidadania negra no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009. A autora faz uma análise que visibiliza o papel dos jornais de Salvador e do Recôncavo, na tentativa de controle da população no processo de abolição.

⁶⁸⁷ BATISTA, 2013.

da educação higiênica. Já os dispensários, que recebiam a população baiana para o tratamento, funcionaram dentro do projeto proposto. Eles figuravam junto às inúmeras instituições que realizaram atividades nesse sentido. Muitos outros estabelecimentos, sobretudo com o apoio da filantropia, que viu a caridade se modernizar pela instituição do modelo filantrópico-científico,⁶⁸⁸ também contribuíram para educar a população baiana, na tentativa evitar a proliferação de doenças.

Ao traçar um paralelo entre as políticas sanitárias da década de 1920 e de 1930 a 1945, é possível caracterizar o primeiro período como um momento de centralização inicial, no qual alguns equívocos, mas também muitos acertos, modificaram a realidade do atendimento à saúde, especialmente através da construção de estruturas sanitárias e acesso à grande parte da população. Não se pode esquecer o grande número de exames de diagnóstico da sífilis realizado pelo laboratório do Serviço de Saneamento Rural da Bahia e da frequência constante dos doentes nos dispensários.

Já a Revolução de 1930 modificou as ações de tratamento da sífilis que vinham se desenvolvendo na Bahia, o que não se pode desconsiderar. Houve uma desarticulação de um projeto de sucesso, que havia contribuído para quebrar medos em relação à exposição pública para o tratamento da doença. A doença deixou, inclusive, de figurar como prioritária, em nível nacional, nesse período. Isso poderia contribuir para a conclusão, proposta por Carrara,⁶⁸⁹ de que entre 1930 e 1945 haveria um processo de desaceleração no combate à enfermidade. Contudo, o processo de modificação no combate à sífilis no pós-1930 se encontrava fundado em um projeto mais amplo de incorporação das políticas sanitárias ao governo central. A organização de três grandes centros de saúde, aliada a ações de menor visibilidade, faziam parte de uma manobra radical que, infelizmente, foi mascarada pela instabilidade presente nas sucessivas nomeações de interventores para o estado. Apesar da mudança constante de interventores, todos esses profissionais trabalhavam a partir das diretrizes de saneamento e contribuíram com o processo. Como exemplo, pode-se citar a rápida atuação de Arthur Neiva, como interventor, e das modificações propostas por Isaías Alves no Estado Novo.

A exclusão da sífilis do rol das doenças de combate prioritário no pós-1930 está relacionada com o impacto da notícia da produção da penicilina em larga escala

⁶⁸⁸ No qual se destacaram o IBIT e a LBCMI, na Bahia.

⁶⁸⁹ CARRARA, 1996.

nos laboratórios e, porque não, ao declínio progressivo das ideias de degeneração. A preocupação diminuía com a certeza de que a medicação poderia modificar o quadro de sífilíticos no país. Com a entrada de Vargas no poder, o Estado continuou a orientar a política sanitária na Bahia, inclusive no que diz respeito à sífilis, integrando o trabalho de diferentes inspetorias e pensando a promoção da saúde de forma articulada. Destaca-se que muitos médicos engajados nas questões de saúde, entre 1930 e 1945, como Jorge Valente e Antônio Simões Silva Freitas, uniram-se, ainda, em torno da ampliação da educação médica e fundaram a Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, em 1952, vislumbrando a possibilidade de construir mais uma instituição de ensino da medicina, pela relação público-privada, o que lhes daria maior autonomia do que a FMB.

É necessário refletir, ainda, sobre a interiorização da assistência na Bahia. A multiplicação de centros, no interior, se deu gradualmente, e priorizou, inicialmente, os lugares de maior destaque político e econômico. A leitura dos relatórios médicos de anos consecutivos demonstra que, ainda na primeira metade do século XX, as dificuldades do interior eram maiores do que as dos grandes centros. Instrumentos de trabalho eram solicitados por anos seguidos e nem sempre ocorria o atendimento às reivindicações. Contudo, isso não quer dizer que a medicina praticada no interior era desqualificada. Os médicos que se lançaram pelos sertões baianos, no intuito de realizar o projeto sanitário, tiveram que lidar com uma gama diferenciada de doenças que não atingiam os pacientes da capital, e que nunca haviam sido observadas por alguns deles em seu processo de formação prática. Além disso, havia dificuldades de locomoção para tratar doentes em vilarejos. Mas, mesmo assim, apesar dos velhos aparelhos e da falta de algumas enfermeiras visitadoras, esses profissionais se comprometeram com o projeto.

Até a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), muitas batalhas foram travadas no campo da assistência à saúde no país. Pensar a efetivação da política sanitária iniciada na década de 1920 é voltar-se apenas para uma das pedras que edificaram uma estrutura sanitária que se complexificou ao longo da segunda metade do século XX, e que hoje ainda enfrenta problemas significativos. Em relação específica à sífilis, ela deu lugar à Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), a partir da década de 1980, especialmente no que diz respeito às implicações morais e de sexualidade. A sociedade passou a julgar os portadores dessa doença e a formular concepções moralistas a seu

respeito. A partir de então, muitas vezes os sífilíticos passaram despercebidos. A AIDS estampou as capas de jornais e revistas, e dominou as manchetes de TV que infestaram as representações coletivas e envolveram questões relativas à indústria farmacêutica e aos medicamentos necessários para o tratamento. No entanto, os movimentos cíclicos da história trouxeram a sífilis à cena nacional outra vez. Especialmente pelo surgimento do coquetel para o tratamento da AIDS, a falta de campanhas de prevenção no Brasil e a concepção dos jovens de que a doença seria similar a uma gripe, visto que não acompanharam as histórias de vidas de muitas pessoas que morreram pela doença.

Como exemplo do retorno da sífilis, em junho de 2015 uma emissora noticiava a escassez de penicilina em hospitais do país. As taxas de sífilis têm crescido e muitas pessoas, que talvez desconheçam a história que aqui foi contada, continuam a se infectar e a morrer. Algumas, por falta de proteção nas relações sexuais, outras por medo de realizar exames ou por ignorar a implicação das doenças sobre as vidas humanas.

O estudo da sífilis me acompanha desde a graduação. Após ter realizado uma análise sobre a doença, articulada com a discussão de gênero, no mestrado, um amigo chegou à minha casa com o corpo todo vermelho, coçando, e me perguntava que remédio deveria tomar para uma alergia. Pensando em todos os manuais de saúde que já havia lido, e todas as descrições sobre roséolas que já havia visto, mesmo não sendo médico como o doutor Ruy Santos, cuja história abriu essa tese, lhe disse: - “Rapaz, isso é sífilis”.

Ele não acreditou. Disse que eu estava ficando doido, estudando tanto doenças e foi a um dermatologista. Ao entrar no consultório, ainda em frente à porta, imediatamente o médico lhe perguntou:

- Andou fazendo sexo sem camisinha?

Ele respondeu que não, ficou tímido. O médico lhe receitou quatro doses de penicilina. Era sífilis sim!

Quando voltou para me contar o que havia acontecido, eu apenas refleti sobre a doença que um dia elegi para estudar. Lembrei das inúmeras pessoas que, ao saberem do meu tema de investigação acadêmica, perguntam:

– Mas ainda existe sífilis hoje?

Bem, os antibióticos chegaram há tempo, mas mesmo assim a sífilis se prolifera...

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Wlamyra Ribeiro de. *O jogo da dissimulação: abolição e cidadania negra*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. *A invenção do Nordeste e outras artes*. 4. ed. Recife: FJN; Ed. Massangana; São Paulo: Cortez, 2009.

_____. Um leque que respira: a questão do objeto em História. In: _____. *História: a arte de inventar o passado, ensaios de teoria da história*. Bauru, SP: EDUSC, 2007.

ALMEIDA, Marta de. Circuito aberto: ideias e intercâmbios médico-científicos na América Latina nos primórdios do século XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 733-757, jul.-set., 2006.

AMARAL, Afrânio do. “*Siphilis*”: molestia e têrmo através da história. Rio de Janeiro: INL, Ministério da Educação e Cultura, 1966.

ANTÔNIO Prado Valladares (1882-1938). [2001]. Disponível em: <<http://www.dec.ufcg.edu.br/biografias/AntPVala.html>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

ARAS, Lina Maria Brandão de; PINHEIRO, Alexander Magnus Silva. Faculdade de Medicina da Bahia na Guerra de Canudos. 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. 17-42.

ASSOCIAÇÃO Brasileira de Leprologia: fundada em 19 de novembro de 1948: boletim informativo atividades sociais. *Revista Brasileira de Leprologia, São Paulo*, v. 17, n. 2, p. 120-122, 1949. Disponível em: <<http://hansen.bvs.isl.br/textoc/revistas/1949/PDF/v17n2/v17n2abl.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

BARATA, Carlos Eduardo de Almeida. *Juízes de direito nas comarcas baianas: 1898*. Disponível em: <<http://www.cbg.org.br/novo/bahia-juizes-nas-comarcas-1898/>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

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 (Org.). *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri, SP: Ed. FIOCRUZ: Manole, 2011. p. 2-26.

BASTOS, Cristiana. Entre mundos: Thomaz de Mello Breyner e a clínica de sífilis do Desterro, Lisboa. In: SANGIARD, Gisele et al. (Org.). *Filantropos da nação: sociedade e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2015. p. 77-94.

BATISTA, Ricardo dos Santos. *Lues venerea* entre práticas e representações: saúde pública, doença e comportamento social nas serras jacobinenses. In: CHAVES,

Cleide de Lima (Org.). *História da saúde no interior da Bahia: séculos XIX e XX*. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2013. p. 115-146.

_____. *Mulheres livres: uma história sobre prostituição, sífilis e convenções de gênero e sexualidade*. Salvador: EDUFBA, 2014.

BENCHIMOL, Jaime Larry. A febre amarela e a instituição da bacteriologia no Brasil. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Org.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2004. p. 249-294.

_____. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 265-292, 2000.

BERTUCCI, Liane Maria. Remédios, charlatanices... e curandeirices. In: CHALHOUB, Sidney et al. (Org.). *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas, SP: Ed. da UNICAMP, 2003. p. 197-230.

BLOCH, Marc. *Apologia da história, ou, o ofício do historiador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BORGES, Vavy Pacheco. Anos trinta e política: história e historiografia. In: FREITAS, Marcos Cezar (Org.). *Historiografia brasileira em perspectiva*. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2000. p. 159-182.

_____. *Tenentismo e revolução brasileira*. São Paulo: Brasiliense, 1992.

BRITES, Olga. Infância, higiene e saúde na propaganda (usos e abusos nos anos de 1930). *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 20, n. 39, p. 249-278, 2000.

BRITO, Ana Clara Farias. Os médicos e o saneamento dos sertões: análise da atuação do posto de profilaxia de Juazeiro, Bahia (1922-1940). In: SEMINÁRIO NACIONAL DE HISTÓRIA DA CIÊNCIA E DA TECNOLOGIA, 14., 2014, Belo Horizonte. *Anais eletrônicos...* Belo Horizonte: UFMG, 2014. Não paginado. Disponível em: <file:///C:/Users/Office-PC/Desktop/Ana%20Clara%20Farias%20Brito.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2015.

BUENO, Eduardo; TAITELBAUM, Paula. *Vendendo saúde: história da propaganda de medicamentos no Brasil*. Brasília, DF: ANVISA, 2008.

CABRAL, Dilma. *Lepra, medicina e políticas de saúde no Brasil (1894-1934)*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2013.

CAMPOS, André Luiz Vieira de. Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o serviço especial de Saúde Pública. In: GOMES, Ângela de Castro (Org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000. p. 195-219.

CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1996.

CARVALHO, Patrícia Carneiro Santos Moreira de. *Juracy e a construção do juracisismo: um perfil da política baiana*. 2005. Dissertação (Mestrado) - Faculdade

de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

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

CENTRO DE MEMÓRIA DA BAHIA. *Barros Barreto, Antônio Luis (1892-1954)*. Verbete não publicado.

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

_____. Crescêncio Antunes da Silveira: um médico filantropo baiano In: SANGLARD, Gisele et al. (Org.). *Filantropos da nação: sociedade e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2015. p. 95-112.

_____. (Org.). *História da saúde e das doenças no interior da Bahia: séculos XIX e XX*. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2013.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

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.

DAVID, Onildo Reis. *O inimigo invisível: epidemia na Bahia do Século XIX*. Brasília, DF: SarahLetras; Salvador: EDUFBA, 1996.

DE DECCA, Edgar Salvadori. *O silêncio dos vencidos: memória, história e revolução*. São Paulo: Brasiliense, 1984.

Diário de Notícias (Salvador) Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/DI%C3%81RIO%20DE%20NOT%20C3%8DCIAS%20%28Salvador%29.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2015.

DIAS, André Luís Mattedi. Uma história da educação matemática na Bahia. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 26., 2011, São Paulo. *Anais....* São Paulo: ANUH, 2011. Disponível em: <http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300909600_ARQUIVO_ALMD.EducacaomatematicaBahia_revisado.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2015.

EDLER, Flávio Coelho. A Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 357-385, maio-ago., 2002.

ENGEL, Magali. *Meretrizes de doutores: saber médico e prostituição no Rio de Janeiro (1840-1890)*. São Paulo: Brasiliense, 2004.

(A) ERA Vargas: dos anos 20 a 1945: biografia: Belisário Penna. In: ABREU, Alzira Alves de (Coord.). *Dicionário histórico-biográfico brasileiro: pós 1930*. 2. ed. Rio de

Janeiro: Ed. FGV, 2001. Disponível em:
<http://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/AEraVargas1/biografias/belisario_pena>.
Acesso em: 28 jan. 2015.

ESCOLA Médica da Armada. In: FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. *Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil: 1832-1930*. Rio de Janeiro, 200-.
Disponível em: <<http://www.dichistorias.aude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/escmearm.htm>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

FALCÃO, Ib Gatto. A Faculdade de Medicina da Bahia na década de 1930. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 77, n. 1, p. 37-49, jan./jul. 2007.

FAUSTO, Boris. *A Revolução de 1930: história e historiografia*. São Paulo: Brasiliense, 1970.

FERREIRA, Luiz Fernando; JANSEN, Ana Maria; ARAÚJO, Adauto. Gaspar de Oliveira Viana: paraense e grande cientista dos tempos da criação e brilho do Instituto de Manguinhos. *Norte Ciência*, Belém, v. 1, n. 2, p. 68-75, 2010. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Gaspar.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2014.

FERREIRA FILHO, Alberto Heráclito. *Quem pariu e bateu, que balance!:* mundos femininos, maternidade e pobreza: Salvador, 1890-1940. Salvador: Centro de Estudos Baianos, 2003.

FOLGUEIRA, Manuel Rodriguez. *Álbum artístico, comercial e industrial do Estado da Bahia*. [s. l.: s.n.], 1930.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2007.

FONSECA, Luís Adão da. O imaginário dos navegantes portugueses dos séculos 15 e 16. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 6, n. 16, p. 35-51, 1992.

FRAGA FILHO, Walter. *Mendigos, moleques e vadios na Bahia do século XIX*. São Paulo: Hucitec; Salvador: EDUFBA, 1996.

FREIRE, Maria Martha de Luna. *Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV Ed., 2009.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Museu da Vida. *Gonçalo Moniz*. Rio de Janeiro, [200-]. (Série biografias). Disponível em:
<<http://www.fiocruz.br/bibmang/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=274>>. Acesso em: 25. jan. 2015.

GEREMEK, Bronislaw. *A piedade e a força: história da miséria e da caridade na Europa*. Tradução de Maria Assunção Santos. Lisboa: Terramar, 1986. (Pequena história; 5)

GUIMARÃES, Newton Alves. Notas sobre o ensino e os professores de dermatologia da Faculdade de Medicina da Bahia. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 2, n. 77, p. 193-194, jul./dez. 2007.

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, supl., p. 217-235, 1998.

_____. Reformas instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar*, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005.

_____. 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, 1993.

_____; FONSECA, Cristina. A I Conferencia Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In: GOMES, Ângela de Castro (Org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2000. p. 173-193.

_____; _____. O que há de novo? Políticas de saúde Pública e previdência, 1937-1945. In: PANDOLFI, Dulce. *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1999.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro. *Memória histórica do centenário da Faculdade de Medicina da Bahia (2008): os professores encantados, a visibilidade dos servidores e o protagonismo dos estudantes da FMB*. Salvador: UFBA, Faculdade de Medicina, 2013.

JESUS, Zeneide Rios de. *Eldorado sertanejo: garimpos e garimpeiros nas serras de Jacobina (1930-1940)*. 2005. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

LE GOFF, Jacques. *As doenças tem história*. Lisboa: Terramar, 1985.

LEITE, Rinaldo César Nascimento. *E a Bahia civiliza-se: idéias de civilização e cenas de anticivilidade em um contexto de modernização urbana (Salvador, 1912-1916)*. 1996. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitaria da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor (Org.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: CCBB, Ed. FIOCRUZ, 1996. p. 23-40.

MACHADO, Almério de Souza. A história da pneumologia na Bahia: tributo ao professor César Augusto de Araújo. *Gazeta Médica da Bahia*, Salvador, v. 2, n. 77, p. 195-209, jul.-dez. 2007.

MACHADO, Roberto et al. *Danação da norma, medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal. 1978.

MAIO, Marcos C. A medicina de Nina Rodrigues: análise de uma trajetória científica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 226-237, abr./jun., 1995.

MARAUX, Amélia Tereza Santa Rosa. *Estivadores além do Porto: sociabilidade e trabalho na Cidade da Bahia (1912-1940)*. 2001. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia

Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

MARCHAND, Marie-Hélène Marchand. Louis Pasteur e a criação do Instituto Pasteur. In: LIMA, Nísia Trindade; MARCHAND, Marie-Hélène (Org.). *Louis Pasteur e Oswaldo Cruz*. São Paulo: Banco BNP Paribas Brasil; Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. p. 17-53.

MATA, Iacy Maia. *Os 'treze de maio': ex-senhores, polícia e libertos na Bahia no pós-abolição (1888-1889)*. 2002. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.

MISKOLCI, Richard. *O desejo da nação: masculinidade e branquitude no Brasil de fins do XIX*. São Paulo: Annablume, 2012.

MOURA, Caio Otávio Ferreira de. *Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia anno de 1914*. Bahia: S.C.P., 1914. Biblioteca Gonçalo Moniz. Faculdade de Medicina da Bahia, 1914.

OLIVEIRA, Eduardo de Sá. *Memória da Faculdade de Medicina da Bahia concernente ao ano de 1942*. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1992.

(O) PAIZ, 28 de dezembro de 1929. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/Hotpage/HotpageBN.aspx?bib=178691_05&pagfis=40930&pesq=&url=http://memoria.bn.br/docreader#>. Acesso em: 27 jan. 2015.

PEREIRA, Ana Leonor; PITA, João Rui. Alexander Fleming (1881-1955): da descoberta da penicilina (1928) ao Prêmio Nobel (1945). *Revista da Faculdade de Letras: HISTÓRIA*, Porto, III série, v. 6, p. 129-151, 2005.

PEREIRA, Antonio Pacífico. In: FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ. *Dicionário histórico-biográfico das ciências da saúde no Brasil: 1832-1930*. Rio de Janeiro, 200-. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/pt/verbetes/perantpac.htm>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

PONTES, Adriano Arruda. *Caçando mosquitos na Bahia: a Rockefeller e o combate à febre amarela – inserção, ação e reação popular (1918-1940)*. 2007. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em História Social, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2007.

PORTER, Joshua Roy. *Cambridge: história da medicina*. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

REIS, João José. *A morte é uma festa: ritos fúnebres e revolta popular no Brasil do século XIX*. 4. reimpressão. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

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

RIOS, Venétia Durando Braga. *Entre a vida e a morte: médicos, medicina e medicalização na cidade do Salvador, 1860-1880*. 2001. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

ROCHA, Ana Cristina Santos Matos. *O que fazer com os rudes? Isaías Alves e as divergências sobre o papel da inteligência na organização escolar*. 2011. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, Fundação Getúlio Vargas, 2011.

RUSSEL-WOOD, Anthony John R. *Fidalgos e filantropos: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755*. Brasília, DF: Ed. UnB, 1981.

SÁ, Dominichi Miranda. Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna (1917-1935). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 183-203, jul. 2009a.

_____. A voz do Brasil: Miguel Pereira e o discurso sobre o “imenso hospital”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 333-348, jul. 2009b.

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

_____. *Poder e representação: o poder legislativo da Bahia na Segunda República*. Salvador: Assembléia Legislativa; Secretaria de Comunicação Social, 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: Ed. FIOCRUZ, 2008.

_____. Laços de sociabilidade, filantropia e o Hospital do Câncer do Rio de Janeiro (1922-1936). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro*, v. 17, supl.1, p.127-147, jul. 2010.

_____; FERREIRA, Luiz Otávio. Médicos e filantropos: a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no Rio de Janeiro da Primeira República. *Varia História*, Belo Horizonte, v. 26, n. 44, p. 437-459, jul./dez. 2010.

_____; 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.

SANTANA, Nélia de. *A prostituição feminina em Salvador (1900-1940)*. 1996. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

SANTOS, Fernando Sérgio Dumas dos; SOUZA, Leticia Pulmar Alves de. O óleo de chaulmoogra como conhecimento científico: a construção de uma terapêutica antileprótica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 29-47, jan./mar. 2008.

SANTOS, Luiz Antônio de Castro. A Fundação Rockefeller e o Estado Nacional (História e política de uma missão médica e sanitária no Brasil). *Revista Brasileira de Estudos da População*. São Paulo, v. 6, n. 1, p. 105-110, jan./jul., 1989.

_____. As origens da reforma sanitária e da modernização conservadora na Bahia durante a primeira República. *Dados*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 3, 1998. Não paginado.

_____. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2004. p. 249-294.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. As Faculdades de Medicina ou como sanar um país doente. In: SCHWARCZ, Lilia Moritz. *O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930)*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993. p. 189-238.

SILVA, Aldo José Morais. A percepção da moral oitocentista através dos registros eclesiais de óbito: elementos para uma história da cultura na saúde pública em Feira de Santana. *Sitientibus*, Feira de Santana, n. 21, p. 101-116, jul/dez. 1999.

SILVA, Caroline Santos. *Com um fórceps na mão, há de se parir uma nação: ensino e prática da obstetrícia e ginecologia em Salvador (1876-1894)*. 2011. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia Salvador, 2011.

SILVA, James Roberto. *Doença, fotografia e representação: revistas médicas em São Paulo e Paris, 1869-1925*. São Paulo: EdUSP, 2009.

SILVA, Lara Parente; NOVAES, Maryana Dias. Pirajá da Silva. In: JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; MATUTINO, Adriana Reis Brandão; CORREIA, Fernanda Ramos (Org.). *Faculdade de Medicina da Bahia: mais de 200 anos de pioneirismo*. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 15-22.

SILVA, Laura Maria Andrade et al. Alexandre Evangelista de Castro Cerqueira. In: JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; MATUTINO, Adriana Reis Brandão; CORREIA, Fernanda Ramos (Org.). *Faculdade de Medicina da Bahia: mais de 200 anos de pioneirismo*. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 87-102.

SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes da. *Do "centro" para o "mundo": a trajetória do médico José Silveira na luta contra a tuberculose*. 2009. Tese (Doutorado) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009.

SILVA, Paulo Santos. *Âncoras de tradição: lutas políticas, intelectuais e construção do discurso histórico na Bahia (1930-1949)*. Salvador: EDUFBA, 2011.

SILVA, Vanessa Magalhães da. *No embaló das redes: cultura, intelectualidade, política e sociabilidades na Bahia (1941-1950)*. 2010. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SOUSA, Jorge Prata de. A cólera, a tuberculose e a varíola: as doenças e seus corpos. In: DEL PRIORE, Mary; AMANTINO, Márcia (Org.). *História do corpo no Brasil*. São Paulo: Ed. UNESP, 2011. p. 223-250.

SOUZA, Antônio Loureiro de. *Baianos ilustres*. 3. ed. São Paulo: IBRASA; Brasília, DF: INL, 1979.

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, Espanha, v. 31, n. 1, p. 85-105, 2011.

_____. A epidemia de gripe espanhola: um desafio à medicina baiana. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 945-972, out./dez., 2008.

_____. *A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; Salvador: EDUFBA, 2009.

_____. Redes de poder e de solidariedade nos sertões da Bahia. In: CHAVES, Cleide de Lima (Org.). *História da saúde no interior da Bahia: séculos XIX e XX*. Vitória da Conquista. Edições UESB, 2013. p. 43-82.

_____; COSTA, Renato Gama-Rosa; SILVA, Estefane Evelin Gaspar da. *Hospital Universitário Professor Edgard Santos (HUPES)*. In: _____; BARRETO, Maria Renilda Nery (Org.). *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri, SP: Ed. FIOCRUZ, Manole, 2011. p. 1-14.

_____; SANGLARD, Gisele. Saúde pública e assistência na Bahia da Primeira República (1889-1929). In: _____; BARRETO, Maria Renilda Nery (Org.). *História da saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Barueri, SP: Ed. FIOCRUZ, Manole, 2011. p. 27-73.

_____; TEIXEIRA, Luiz Antônio; LANA, Vanessa. O hospital Aristides Maltez e as campanhas de detecção do câncer do colo do útero no interior baiano. *Revista da ABPN*, Florianópolis, SC, v. 6, n. 14, p. 129-142, jul.-out., 2014.

SOUZA, Vanderlei Sebastião de. Arthur Neiva e a 'questão nacional' nos anos 1910 e 1920. *História, ciência, saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 249-264, jul. 2009.

STEPAN, Nancy Leys. *A hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

TEIXEIRA, Rodolfo. *Memória histórica da Faculdade de Medicina do Terreiro de Jesus (1943-1995)*. 2. ed. Salvador: EDUFBA, 1999.

THIELEN, Eduardo Vilela et al. *A ciência a caminho da roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz: 1911-1913*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, Ed. FIOCRUZ, 1992.

UZEDA, Jorge Almeida. *A morte vigiada: a cidade do Salvador e a prática da medicina urbana (1890-1930)*. 1992. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de

Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1992.

VAINFAS, Ronaldo. História das mentalidades e história cultural. In: CARDOSO, Ciro Flamarion; VAINFAS, Ronaldo. *Domínios da história: ensaios da teoria e metodologia*. Rio de Janeiro: Campus, 1997. p. 117-154.

VISCARDI, Cláudia Maria Ribeiro. Pobreza e assistência no Rio de Janeiro na Primeira República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, p. 179-197, dez. 2011.

WEINDLING, Paul. The modernization of charity in nineteenth-century France and Germany. In: BARRY, Jonathan; JONES, Colin (Ed.). *Medicine and charity before the welfare state*. London; New York: Routledge, 1991. p. 190-206.

FONTES

Leis e Mensagens de Presidentes

BAHIA. *Decreto 4.144, de 20 de novembro de 1925*. Salvador, 1925.

BAHIA. Decreto 7.337, de 27 de março de 1931. In: BAHIA. *Decretos do ano de 1931*. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1935.

BAHIA. *Decreto que localiza 20 postos de Higiene no interior do Estado*. Caixa 4020, maço 01, 1942.

BAHIA. *Lei 1.811, de 19 de julho de 1925*. Cria a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública. Salvador, 1925

BAHIA. *Lei 1.993, de 21 de julho de 1927*. Cria a Secretaria de Saúde e Assistência Pública, em substituição à Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1928.

BRASIL. *Código penal: Decreto Lei n. 2.848, 7 de dezembro de 1940*. Disponível em: <http://www.amperj.org.br/store/legislacao/codigos/cp_DL2848.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2015.

BRASIL. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm>. Acesso em: 25 jan. 2015.

BRASIL. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 24 de fevereiro de 1891*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao91.htm>. Acesso em: 26 set. 2013.

BRASIL. *Decreto n. 14.354, de 15 de setembro de 1920*. Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o decreto n. 14.189, de 26 de maio de 1920. *Diário Oficial dos Estados Unidos do Brasil*, anno LIX, 32 da República, n. 215, quinta-feira, 16 set. 1920.

BRASIL. *Decreto n. 16.300, de 31 de dezembro de 1923*. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1910-1929/D16300.htm>. Acesso em: 18 jan. 2015.

BRASIL. *Decreto n. 19.444, de 1 de dezembro de 1930*. Dispõe sobre os serviços que ficam a cargo do Ministério da Educação e Saúde Pública, e dá outras providências. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/d19444.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2014.

BRASIL. *Decreto n. 3.987, de 2 de janeiro de 1920*. Reorganiza os serviços da Saúde Pública. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=48173>>. Acesso em: 1 jul. 2013.

BRASIL. Presidente (1919-1920: E. Pessoa). *Mensagem apresentada ao Congresso Nacional na abertura da terceira sessão da décima legislatura pelo Presidente da República Epitácio Pessoa*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1920.

BRASIL. Presidente (1919-1922: E. Pessoa). *Mensagem apresentada ao Congresso Nacional na abertura da primeira sessão da décima primeira legislatura pelo Presidente da República Epitácio Pessoa*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1921.

Arquivo da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (FFCH/UFBA). Acervo pessoal de Isaías Alves

AZEVEDO, Thales de. *Relatório sobre a fundação, atividades e situação atual do Conselho de Assistência Social (1934-1938)*. Série: Educador. Subsérie: Secretaria de Educação e Saúde do Estado. Caixa 10, 1938.

Arquivo Público do Estado da Bahia (APEB)

BAHIA, Álvaro. *Relatório dos trabalhos feitos pelo posto de Profilaxia Silva Lima*. Caixa 4068, maço 92, 1926.

_____. *Relatório dos trabalhos feitos pelo posto de Profilaxia Silva Lima*. Caixa 4068, maço 92, 1927.

BOLETIM dos trabalhos executados pelo Saneamento Rural nos Dispensários de

Lepra e Doenças Venéreas da Capital e do interior. Caixa 4032, maço 25, 1944.

BOUREAU, Alfredo Rosa. *Relatório dos serviços effectuados no Dispensário das Docas durante o anno de 1926*. Caixa 4068, maço 92, 1926.

BRITTO, Ticiano de. *Relatório dos trabalhos effectuados no Posto de Saneamento Rural de Santo Amaro*. Caixa 4082, maço 114, 1926.

_____. *Relatório dos trabalhos effectuados no Posto de Saneamento Rural de Santo Amaro*. Caixa 4082, maço 114, 1928.

_____. _____. Caixa 4082, maço 114, 1929.

D'ARAÚJO, Américo Brim. *Relatório do Posto de Profilaxia Rural de Itabuna, 1926*. Caixa 4082, maço 113, 1927.

DECRETOS de reorganização dos quadros do Departamento de Saúde. Caixa 4034, maço 28, 1938.

DORIA, João Antônio da Costa. *Relatório dos trabalhos executados e ocorrências havidas no posto de saneamento rural da cidade de Esplanada*. Caixa 4082, maço 113, 1926.

DORIA, João Antônio da Costa. *Relatório dos trabalhos executados e ocorrências havidas no posto de saneamento Rural da cidade de Esplanada*. Caixa 4082, maço 113, 1927.

EXPOSIÇÃO de motivos do Serviço de Saúde do Interior. Caixa 4020, maço 01. 1946.

FONTES, Pedro. *Relatório dos serviços efetuados no Posto de Saneamento Rural de São Félix no anno de 1928*. Caixa 4082, maço 114, 1928.

_____. *Relatório dos trabalhos efetuados no Posto de Saneamento de São Félix*. Caixa 4082, maço 114, 1925.

_____. *Relatórios dos trabalhos efetuados no Posto Rural de São Felix*. Caixa 4082, maço 114, 1926.

_____. _____. Caixa 4082, maço 114, 1927.

GUIMARÃES, Luiz Gil de Souza. *Relatório apresentado ao Dr. Diretor do Saneamento Rural pelo Chefe do posto Rural de Ilhéos em Janeiro de 1928*. Caixa 4082, maço 113, 1928.

_____. *Relatório do Posto de Saneamento Rural de Ilhéos do anno de 1929*. Caixa 4082, maço 113, 1930.

_____. *Relatório dos serviços prestados pelo Posto de Saneamento Rural de Ilhéos, 1926*. Caixa 4082, maço 113, 1926.

MIRAVEL, A. Cordeiro de. *Relatório dos serviços realizados no Pôsto de Saneamento Rural de Itabuna*. Caixa 4082, maço 113, 1925.

PASSOS, Lauro Almeida. *Relatório anual dos trabalhos executados no Posto de Saneamento Rural de Cruz das Almas*. Caixa 4082, maço 113, 1926.

_____. *Relatório anual dos trabalhos executados no Posto de Saneamento Rural de Cruz das Almas*. Caixa 4082, maço 113, 1928.

PROCESSO sugerindo padronização do serviço de saúde do interior do Estado. Caixa 4023, maço 8, 1942.

RELATÓRIO apresentado ao chefe do Serviço de Saneamento Rural do Estado da Bahia pelo chefe do posto de saneamento rural de Juazeiro. Caixa 4018, maço 18, 1928.

RELATÓRIO apresentado ao Secretário de Educação e Saúde sobre as vantagens e os defeitos do curso intensivo para o serviço de saúde no interior. Caixa 4027, maço 26, 1938.

SILVA, Pirajá da. *Relatório do serviço de profilaxia da Lepra e Doenças Venereas*. Caixa 4068, maço 18, 1925.

SIMÕES, Antônio. *Circular ao diretor do 2º Centro de Saúde Mario Andrea*. Caixa 4034, maço 28, 1928.

SIMÕES, Antônio. *Relatório apresentado pelo Dr. Antônio Simões, Diretor do Serviço de Saúde da Capital ao Sr. Dr. Anísio Spínola Teixeira, Secretário de Educação e Saúde*. Caixa 4028, maço 17, 1949.

TORRES, Octávio. *Relatório da Inspeção da lepra e doenças venereas: anno de 1934*. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1936.

_____. *Relatório do Laboratório do Serviço de Saneamento Rural no Estado da Bahia*. Caixa 4082, maço 114, 1927.

_____. *Relatório dos trabalhos effectuados no Laboratório do Serviço de Saneamento Rural na Bahia, anno de 1925*. Caixa 4082, maço 114, 1925.

_____. *Relatório dos trabalhos executados no Laboratório de Prophylaxia da Directoria de Saneamento Rural*. Caixa 4082, maço 114, 1929.

_____. _____. Caixa 4082, maço 114, 1926.

Arquivo da Santa Casa de Misericórdia

LEMOS, Arthur Newton de. *Relatório apresentado à Junta da Santa Casa de Misericórdia pelo provedor desembargador Arthur Newton de Lemos em sessão de*

posse de 1º de julho de 1927. 1930.

NOVIS, Aristides. *Relatório apresentado à Junta da Santa Casa de Misericórdia da Bahia*. Arquivo da Santa Casa de Misericórdia, 1928.

PIMENTA, Octávio. *Directoria do Hospital Santa Izabel: relatório de 1920*. Arquivo da Santa Casa de Misericórdia, 1921.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA. *Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Bahia 1925-1928*. 1930.

_____. *Relatórios da Santa Casa de Misericórdia 1919-1924*.

SANTOS, Isaías. *Relatório da Santa Casa de Misericórdia, 1919-1924*. 1920.

Biblioteca Pública do Estado da Bahia (BPEB) / Seção de Obras Raras

ALVES, Isaías. *Educação e brasilidade: ideias forças do Estado Novo*. [Rio de Janeiro]: José Olympio, 1939a.

_____. *Educação e saúde na Bahia: na interventoria Landulpho Alves (abril 1938 - junho 1939)*. Salvador: Bahia Gráfica, 1939b.

BARRETO, Antônio Luis D. A. de Barros. *Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Pública: anno de 1926*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1927.

_____. *Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Pública: anno de 1927*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1928.

DIÁRIO DE NOTÍCIAS, Salvador, 1920-1945. Biblioteca Pública do Estado da Bahia.

Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

ATAS da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia, ano 1914. Secretaria da FMB, 1914.

ATAS da Congregação da Faculdade de Medicina da Bahia, ano 1921. Secretaria da FMB, 1921.

LEAL, Guttemberg José. *A decadência da humanidade*. Bahia, 1926. These (Inaugural – Cadeira Hygiene) – Faculdade de Medicina da Bahia, 1926.

OLIVEIRA, Luiz Fabrício de. *Da eugenia e o exame prenupcial obrigatório*. Bahia, 1928. These (Inaugural – Cadeira Hygiene) – Faculdade de Medicina da Bahia, 1928.

PORTO, Abelardo da Silva. *Breves considerações sobre a prophylaxia e tratamento*

das Molestias Venereas. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1925. These (inaugural) - Faculdade de Medicina da Bahia, Bahia, 1925.

PROGRAMMAS de ensino das matérias do 1º ano do curso médico aprovados pela congregação para o ano lectivo de 1915. Salvador: Estabelecimento dos dois mundos, 1915.

PROGRAMMAS de ensino das matérias do 4º ano do curso médico aprovados pela congregação para o ano lectivo de 1915. Salvador: Estabelecimento dos dois mundos, 1915.

PROGRAMMAS de ensino das matérias do 4º ano do curso médico aprovados pela Congregação para o ano lectivo de 1918. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1918.

PROGRAMMAS de ensino das matérias do 4º ano do curso médico aprovados pela Congregação para o ano lectivo de 1920. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1920.

SANTOS, Ruy. *A faculdade do meu tempo*. Brasília, DF: Senado Federal, 1978. (Memória, 2)

SOUZA, João Prudêncio de. *Syphilis e eugenia*. Bahia, 1923. These (Inaugural) - Faculdade de Medicina da Bahia, Bahia, 1923.

VALENTE, Jorge. *Os centros de saúde*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1927. These (Inaugural - Cadeira Hygiene) - Faculdade de Medicina da Bahia, Bahia, 1927.