

Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República

ensaio de sociologia histórica

Luiz Antonio de Castro Santos

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SANTOS, LAC. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: HOCHMAN, G., and ARMUS, D., orgs. *Cuidar, controlar, curar*: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. História e Saúde collection, pp. 249-293. ISBN 978-85-7541-311-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

*Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira
República: ensaio de sociologia histórica*

Luiz Antonio de Castro Santos



Posto antiverminose em São Felix, Bahia, 1922. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz.



Posto de saneamento rural em Ribeirão, Pernambuco. Belisário Penna é o terceiro a partir da direita. Acervo da Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz.

Um dos dramas da história social no limiar do século XX envolvia a tripulação dos *steamships*, exposta às ‘doenças pestilenciais’ nos portos de todo o mundo. A partir da criação das inspetorias de saúde dos portos, recaíam sobre os tripulantes (não apenas sobre os passageiros e cargas) as medidas sanitárias preconizadas pelas novas doutrinas sobre a transmissão e propagação das doenças. Tomem-se os anos anteriores à eclosão da Primeira Guerra e imaginemos, aportando no Rio de Janeiro, um dos navios da companhia britânica Liverpool, Brazil and River Plate Steam Navigation Company, que ligava a América do Sul à Inglaterra e ao porto de Nova York. Para os tripulantes já não causava surpresa a atuação dos inspetores de saúde dos portos na capital e em outras cidades brasileiras. Para aquelas tripulações, isso equivaleria a dizer que a saúde pública nos portos e áreas contíguas constituía uma área importante de atuação governamental. A bem dizer, a história da reforma sanitária brasileira, ao menos em seu período de formação, é tema típico de conquistas ‘pelo alto’, em que estão em jogo percepções e valores de intelectuais, camadas médias e altas e a participação direta do Estado nacional. Nossos tripulantes – aliás, mesmo as tripulações inglesas – tinham outra pauta de lutas e reivindicações (basta ter presente o episódio da Revolta da Chibata, em 1910, no Rio de Janeiro). No período histórico de que aqui se trata, não se pode falar de lutas ‘sociais’ pela saúde, ou de ‘movimentos de trabalhadores’ em defesa dos ‘direitos da saúde’, agendas políticas às quais só muito mais tarde, em décadas recentes, poderemos nos referir.

A lamentar, no entanto, que algumas correntes da historiografia de nossos dias só tenham olhos para ver o que viam aqueles tripulantes desembarcados. Dois equívocos de interpretação se seguem a partir daí. O primeiro é o de deduzir que o que se via nos portos – ou o que avistavam nossos tripulantes dos vapores, décadas atrás – era parte de um serviço sanitário mais amplo, isto é, a higiene dos portos seria uma das pontas de um sistema regional já institucionalizado. ‘Antes de 1915/20’ essa visão não encontra apoio na evidência histórica disponível. Outra falácia é o inverso da anterior: muito se diz, ainda hoje, sobre a saúde pública das cidades principais brasileiras como se essas fossem as ‘únicas’ áreas de atuação das políticas públicas na Primeira República. Depois de 1920, ao contrário, o país assiste a um processo de interiorização dos serviços de saúde, que tem por lastro uma efetiva participação do Estado na formulação de ideologias e políticas de salvação nacional por meio da educação e da saúde pública.

Esse período posterior a 1915/20 é dos mais importantes na história da saúde no Brasil e faz da 'saúde', a meu ver, um campo de estudos absolutamente necessário para que se entenda a construção do Estado e as ideologias do Estado nacional na Primeira República. A ação dos poderes constituídos e o alcance das ideologias de saneamento, naquele tempo, estendia-se para além dos maiores portos nacionais. O ano de 1915, se tentarmos precisar um processo difícil de ancorar no tempo, revela os primeiros contornos de ideologias e ações civilizatórias que têm como alvos as populações rurais do país. O movimento de saúde pública apresentava, então, um ímpeto considerável em certas regiões do Brasil, particularmente no eixo Rio-São Paulo. Desde logo, tratava-se de um panorama extremamente diversificado.

Busco aqui relatar e propor algumas hipóteses para o sentido que tomou a reforma sanitária no país, isto é, para seu caráter geograficamente diversificado e para sua impregnação fortemente ideológica durante a Primeira República. Se observarmos os três principais objetivos da luta pela reforma sanitária no Brasil – desenvolvimento de uma base institucional para a pesquisa científica, criação de uma moderna administração da saúde pública e erradicação das doenças endêmicas e epidêmicas –, veremos que os reformadores de São Paulo, não obstante os tropeços, estiveram mais próximos de alcançar aqueles objetivos do que os sanitarristas de outras unidades da federação.

Esse é um ponto que requer breve comentário. Se excetuarmos uma importante produção sobre São Paulo desde os anos 80,¹ são raras as obras de caráter regional que busquem explicar sociologicamente os processos históricos de formação de sistemas públicos de saúde. Em geral o que há são estudos descritivos, que pecam ainda pela ausência de esforços comparativos. Mas há razões para otimismo. A década de 90 produziu pelo menos dois bons trabalhos sobre a relação entre história, saúde e política, embora não haja neles a tentativa de formular nexos comparativos.

O primeiro trabalho, de José Policarpo Barbosa (1994), é uma história concisa da saúde pública no Ceará. Ao focalizar de perto o impacto do poder regional sobre o movimento sanitário, o estudo lembra a possível duplicidade de funções das oligarquias. Considere-se primeiramente a oligarquia "retrograda" dos Acioli (Barbosa, 1994:71), que controlou o estado desde os primeiros anos da República até 1912 e nada contribuiu para a implantação dos serviços de saúde – muito ao contrário, teria dificultado

a realização das campanhas antivariólicas no interior encetadas por Rodolfo Teófilo, o “pai da medicina preventiva do Ceará” (Barbosa, 1994:79) –, um esforço quase isolado, contando apenas com comissões voluntárias de vacinadores e por isso carecendo de bases institucionais que permitissem alcançar êxitos duradouros.² A partir da derrubada da oligarquia Acioli, o governo de Franco Rabelo, entre 1912 e 1914, abre um período modernizador e “progressista” (Barbosa, 1994:81). A elite médica funda o Centro Médico Cearense, agita-se em torno de um projeto de criação de faculdade de medicina tropical, farmácia e odontologia, inicia a publicação de uma revista com o sugestivo nome de *Norte Médico*. Entretanto, o estudo mostra que a saúde pública só se inscreve como prioridade na agenda política do estado – e de todo o ‘Norte’, devo salientar – a partir dos anos 20 e por força de um fator externo: a criação, desde 1918, do Serviço de Profilaxia Rural, um programa do governo federal para atuar em todos os estados da federação, com o suporte da International Health Board, da Fundação Rockefeller. Os primeiros postos de saúde na capital e no interior (em Sobral e Juazeiro) datam da década de 20 (Barbosa, 1994). O autor faz um rápido balanço desse último período para concluir que, não apenas os serviços de saúde ganharam então um caráter mais regional, atingindo áreas mais populosas do interior, mas surgiu nessa época um grupo de médicos preocupados com a saúde e o saneamento, os quais poderíamos chamar de primeiros ‘sanitaristas’ do Ceará.

Um segundo trabalho, este uma tese de doutoramento recente, é um painel bem burilado sobre os serviços de saúde na capital da Paraíba. Sua autora, Lenilde Duarte de Sá (1999), adota uma atitude intelectual sedutora – toma posições em relação à literatura, permite que se saiba com que teses ‘vai às fontes’ e contra quais teses direciona seu olhar crítico. Isso se soma à garimpagem de copiosa documentação e a cuidadosas anotações e comentários analíticos. Mas é em particular sua ‘defesa de tese’, por assim dizer, que me permitirá dar um passo além de suas conclusões sobre os primeiros tempos do Serviço de Higiene Pública da Paraíba (cujo período formador a autora situa entre 1895 e 1918), estabelecendo os pontos de sintonia e discordância e apresentando então meus argumentos centrais sobre a formação de sistemas públicos de saúde nesse período que convencionamos chamar de Primeira República. O que se seguirá mais adiante (a análise do caso da Bahia), servirá, portanto, para minha própria ‘defesa de tese’.

A discussão sobre a Paraíba realça os seguintes pontos de caráter histórico: primeiramente, a carência de recursos para ações de governo no campo da saúde se explicava em parte pela segmentação de mercados: os produtores de algodão, lembra Lenilde Sá, escoavam boa parte da produção pelo porto de Recife, repassando a Pernambuco os impostos devidos (Sá, 1999). Em segundo lugar (e eu diria, independentemente das limitações de ordem econômica), atente-se para o caráter omissivo ou ineficiente das oligarquias do estado em relação à saúde da população. A existência de clivagens ou facções oligárquicas (havia os ‘alvaristas’, ligados aos clãs de Álvaro Lopes Machado e de Monsenhor Walfredo Leal, e os ‘epitacistas’, reunidos em torno das famílias Neiva, Pessoa e Lucena) tornava difícil a criação de uma base partidária forte e coesa, que pudesse garantir a aprovação de projetos de leis e conduzir o processo de implementação dos programas e projetos de iniciativa governamental (Sá, 1999) – como fora possível em São Paulo na mesma época, acrescentaríamos. A autora propõe o ano de 1915 para demarcar a ascensão da oligarquia de Epitácio Pessoa ao poder estadual, pondo fim ao que se conhecia como os ‘anos de anarquia’ do período precedente. Ao período que se seguiu pôde-se atribuir uma mentalidade de progresso na capital, alicerçado nas metáforas da fábrica, dos trilhos e de um novo porto. Essa mentalidade teria sido responsável, segundo a autora, por criar as condições para a ‘institucionalização’ do Serviço de Higiene Pública (Sá, 1999).

Nesse ponto é que a autora ‘defende tese’, pois ela parece sustentar que, mesmo anteriormente à época epitacista, o estado já assistiria à ‘institucionalização dos serviços de saúde’. Este tópico requer alguma discussão. A autora parece localizar (acertadamente) nos anos posteriores a 1915 o aparelhamento dos serviços de saúde do estado (Sá, 1999), mas em várias passagens há ambigüidade. Uma conclusão acertada, como se depreende da farta documentação apresentada no trabalho, é imputar ao período pré-1915 o início de um serviço de higiene pública ‘na capital’. A higiene dos portos – alicerçada na legislação federal, e não estadual – de certo serviu de base para projetos e medidas de saúde e saneamento que se ampliaram por toda a área urbana de Paraíba do Norte, futura João Pessoa. Data de 1913 a elaboração de um projeto de esgotos para a capital, realizado pelo engenheiro Saturnino de Brito (Alvarenga, 1979).

Entretanto, um leitor descuidado poderá concluir, com base no trabalho de Lenilde Sá, que houve um serviço sanitário ‘de âmbito estadual’

naquela mesma época, conforme sugerem as considerações da autora sobre a legislação estadual de 1907, que autorizou o governador, Monsenhor Walfredo Leal, a organizar um Serviço de Higiene Pública, e que redundou em decreto estadual de 1911, criando a Repartição de Higiene Pública do Estado (Sá, 1999). A ambigüidade a que me referi se deve, a meu ver, a um problema de conceituação. Não houve, a rigor, em que pese à legislação acima referida, um serviço ‘estadual’ anteriormente à década de 1920 (aliás, a própria autora fornece os dados para corroborar minha afirmação, nas páginas 161 e 269).³ Lenilde Sá utiliza por vezes o termo ‘institucionalização’ para referir-se às primeiras tentativas (‘pontuais’) de implantação de alguns serviços, sem considerar que à letra da lei não corresponderam a criação e funcionamento regular dos trabalhos previstos. O Serviço Sanitário só começa de fato a institucionalizar-se nos anos 20, por obra das atividades de profilaxia rural, sob o patrocínio do governo federal e da Fundação Rockefeller. Aliás, mesmo a execução do projeto de esgotos em Paraíba do Norte, já mencionado, bem como o serviço de abastecimento d’água, datam de 1923/1925, justamente nessa década mais fértil em realizações. Lembremos que os processos de institucionalização têm uma definição sociológica precisa, que enfatizam o modo pelo qual as práticas sociais se tornam suficientemente regulares e contínuas, e isto estava longe de ocorrer com a higiene pública da Paraíba anteriormente a 1920, apesar do surgimento de uma mentalidade favorável à higiene e às primeiras medidas de caráter prático.

Importa ainda situar a questão da mentalidade ou ‘cultura científica’ na Paraíba entre 1895 e 1915, tempo em que brotaram algumas sementes do pensamento médico higienista e se adotaram as primeiras medidas de vacinação, de inspeção sanitária de habitações, de controle dos alimentos e bebidas etc. Infelizmente, a autora deixa o foco da análise um pouco solto, deslocando-se entre vários séculos da história brasileira e tratando de realidades distintas, como a capital federal e a Paraíba, sem a necessária sistematização das fontes (ver Sá, 1999, cap. III). Teria sido importante delinear a formação do bloco higienista, os estudos nas faculdades de medicina e, particularmente, o impacto da presença de médicos ‘de fora’, ligados ao incipiente Serviço de Profilaxia Rural já no período epítacista. O estudo sobre o Ceará, realizado por José Policarpo Barbosa, também deixa de contemplar essas questões para aquele período decisivo, que poderíamos chamar de ‘incubação’, que anuncia e ‘precede’ a institucionalização

da saúde pública em quase todo o país. Mediante tal esforço de análise, teria sido fácil compreender que as políticas públicas de modernização sanitária nos estados do Nordeste, formuladas por oligarquias hegemônicas e progressistas, precisaram de um ambiente cultural propício – um ‘pensamento sanitaria e um *ethos* de profissionalização médica’ – para escaparem do limbo da mera formalização legal.

Saneamento Urbano e Rural: os exemplos de Pernambuco e São Paulo

Pernambuco e o saneamento urbano

Mas retornemos aos tripulantes desembarcados nos portos nacionais no início do século passado. A questão dos portos é das mais fascinantes, pois fossem ou não intermitentes e irregulares, os serviços de saúde dos portos – uma conquista republicana – antecederam o processo de institucionalização da reforma sanitária no país.

Nossos tripulantes podiam encontrar em algumas cidades portuárias – como na capital do país, em Santos ou em Recife – os rudimentos de uma rede de serviços de água e esgotos (operados por companhias e capitais ingleses). Essa foi também uma conquista republicana, mas – algo que não sabiam – esboçou-se ainda no período monárquico. Não se pode descartar inteiramente o período monárquico, nessa que foi uma de suas poucas realizações no campo da higiene. A ‘questão’ sanitária – longe ainda de transformar-se em ideologia e políticas de ‘reforma’ sanitária, outra herança republicana – foi gerada em meio ao clima de insegurança das populações urbanas com a chegada das ‘febres pestilenciais’ ao Brasil. A resposta da burocracia deu-se nos seguintes termos: de um lado, a retórica engajada dos ministros do Império, inspetores gerais de Higiene e autoridades provinciais, traçando planos para os quais jamais se destinavam recursos ou se capacitavam os profissionais necessários, ou contra cujos planos, e contra a interferência excessiva da Coroa, prontamente se insurgiam os interesses locais e provinciais. De outro lado, e apesar dos problemas orçamentários e da tosca organização político-administrativa, realizaram-se alguns progressos no equipamento urbano, em particular no tocante à instalação de serviços de água e esgotos em cidades portuárias e em São Paulo. Para que esses serviços se iniciassem (diferentemente de campanhas de vacinação ou de combate a endemias – uma herança típica-

mente republicana), uma espécie de processo decisório *a capella*, sem grandes orquestrações, era plenamente suficiente. Foi a essa modesta escala de realizações durante a segunda metade do Oitocentos que o historiador Richard Graham, em conhecido trabalho, atribuiu “*the onset of modernization*” no Brasil (Graham, 1972).

O caso do Recife é à primeira vista surpreendente. Muito cedo, desde 1840, Pernambuco ganhou projeção nacional em matéria de obras técnicas, como assevera Gilberto Freyre (1940). Recife já contava, desde 1846, com um reservatório e aquedutos para o abastecimento, a cargo da Beberibe Water Company. No tocante a esgotos, uma pequena empresa, a Recife Drainage Company, organizada em Londres com recursos da província e capitais britânicos, implantou os primeiros serviços a partir de 1873 (Cavalcanti, 1987). Contudo, a província não apresentava grande atração para os capitais ingleses, a economia do açúcar perdera competitividade⁴ e sucessivos projetos haviam falhado, na tentativa de emular São Paulo com a importação de europeus para a agricultura, desde meados do século (Eisenberg, 1974). Mas uma análise atenta pode esclarecer o aparente paradoxo. Recife, com efeito, representava um caso em que certos fatores, entre os quais se destaca a atuação modernizadora de uma oligarquia politicamente coesa, atuavam com mais força do que o ‘fator econômico’ e a falta de política imigratória. Aliás, Simon Schwartzman foi quem lembrou, a respeito do Segundo Reinado, que “enquanto o centro de gravidade econômica e demográfica se movia para o Sul, a base política do governo parecia transferir-se para o Norte” (Schwartzman, 1982:91). Obviamente, não para ‘todo’ o ‘Norte’, e tampouco com a mesma intensidade para as províncias agraciadas. Mas o que importa é o resultado daquele descompasso entre o ‘econômico’ e o ‘político’: ao favorecer Pernambuco – que gozava, já, de forte tradição política desde a Colônia –, a ‘força do político’ explica por que fatores como a atitude receptiva a inovações por parte de segmentos da oligarquia, a atuação coordenada da burocracia provincial e o medo causado pela epidemia de cólera que atingiu Recife em 1856 acabaram por gerar condições propícias a algumas medidas de saneamento.

Por ora, cabe reter do quadro aqui esboçado as conquistas iniciais do Segundo Reinado no plano do saneamento urbano. Mas cabe lembrar também que tais conquistas foram pouco expressivas, até certo ponto ‘para inglês ver’. Pois poucas cidades delas se beneficiaram e, mesmo assim – retornarei a esse ponto mais adiante –, os serviços revelaram-se precários

do ponto de vista técnico e insuficientes para atender à população (além disso, os ingleses certamente gostavam do que 'viam', se forem levados em conta as garantias de juros, o monopólio de exploração etc., oferecidos pelos poderes concedentes às empresas concessionárias). Mas frise-se que foi considerável o efeito-demonstração das primeiras inovações técnicas sobre as elites e sobre algumas categorias profissionais – particularmente médicos e engenheiros – a partir de meados do século XIX. Do ponto de vista dos aparelhos administrativos, foi igualmente importante a experiência legada pelo Império com a abertura de funções públicas para a área que se inaugurava no país: a criação dos cargos de inspetor de higiene do Império e de engenheiro fiscal do governo nas empresas e nos serviços de saneamento. Nesse caso, mais relevante do que as inspeções e fiscalizações – que nem sempre cumpriam seus objetivos – era a criação daquelas funções de saúde e saneamento no seio dos aparelhos de Estado, que então se ampliava.

A singularidade da experiência pernambucana no Segundo Reinado reside, talvez, em ter sido aquela província a que se mostrou mais receptiva à inovação, em todo o Nordeste. Os primeiros tempos da República reafirmaram a dianteira assumida por Pernambuco. Tome-se a questão do saneamento básico nos estados: veremos que em Santos (entre 1905 e 1910) e no Recife (entre 1909 e 1918) se escreve o primeiro capítulo do saneamento urbano. O responsável pela elaboração e execução dos projetos, a que se seguiram dezenas de outros durante os anos 20, foi o fluminense Saturnino de Brito (1864-1929), uma espécie de Rondon da engenharia sanitária brasileira.⁵ Como Rondon, Saturnino de Brito era dotado de impressionante 'espírito de missão', haurido de um positivismo esclarecido, notável pela tendência a transformar princípios doutrinários e projetos em realizações concretas. Sob o comando e inspiração de Saturnino de Brito, os dois exemplos pioneiros de saneamento urbano nos estados tiveram a adesão de um aliado imprescindível para que se concretizassem e, mais tarde, para que se difundissem pelo sudeste, sul e nordeste do país ainda durante a Primeira República: 'uma oligarquia modernizadora e politicamente coesa'.

O caso contrastante da Bahia será discutido mais tarde, mas o que ocorreu em Pernambuco ilustra, desde logo, a argumentação: de modo similar a São Paulo, só que mais tarde (por volta de 1896), as oligarquias do estado foram capazes de se aglutinar em torno de um partido republicano

razoavelmente coeso, responsável pela proposição e execução de políticas e programas de governo. O Partido Republicano Federal (PRF) de Pernambuco, sob o comando da oligarquia 'rosista', chefiada pelo autocrata Francisco Rosa e Silva, conduziu o processo de 'modernização conservadora' em toda a região até 1911. Foi Rosa e Silva quem solicitou a Saturnino de Brito que se deslocasse dos serviços de saneamento de Santos – que continuariam sob a direção de um assistente – e se dirigisse a Recife, a fim de iniciar a construção de uma rede de esgotos. As obras prosseguiram com Saturnino por sucessivas administrações até a inauguração, em 1915. O novo serviço de abastecimento de água da capital seria concluído três anos depois (Alvarenga, 1979). A renovação do porto teria início nesse mesmo período. O historiador Robert M. Levine aponta, a propósito, como indicador da coesão intra-oligárquica em Pernambuco, o fato de a força aglutinadora do clã de Rosa e Silva ter-se estendido além das fronteiras do próprio estado, compondo alianças com oligarquias políticas vizinhas e distantes, como a dos retrógrados Acioli, do Ceará, e os Chermont, no Pará (Levine, 1978).⁶

A década de 20 assistiu à efetiva penetração da administração federal em todo o Nordeste, particularmente na área da saúde, em que se destacava o Serviço de Profilaxia Rural. Pernambuco não fugiu à regra geral. Mas acrescentou às campanhas sanitárias no interior obras de saneamento básico em inúmeras sedes de municípios, como Caruaru e Jaboatão, para tanto solicitando pareceres de Saturnino de Brito (Alvarenga, 1979). O estudo do papel renovador de Saturnino, particularmente em Pernambuco, está por se fazer, mas tudo indica que foi considerável. Alie-se à sua influência a típica propensão das elites profissionais pernambucanas, na época, de construírem parte de suas carreiras no Distrito Federal e em estados do sul,⁷ onde os ventos de mudança sopravam mais forte, e talvez se possa entender melhor o clima propício a algumas reformas. Data da década de 20, com efeito, a formação de um grupo progressista de médicos e intelectuais pernambucanos, que incluía Nelson Coutinho, Paulo Carneiro, Josué de Castro e Ulisses Pernambucano (Levine, 1978).⁸

Uma das melhores análises da precariedade do saneamento urbano antes da Primeira República, em Pernambuco, encontra-se em um dos famosos relatórios de Saturnino de Brito. Esses relatórios constituem, ao mesmo tempo, um exemplo de sua visão renovadora. Transcrevo a seguir alguns parágrafos de um documento escrito pelo grande sanitário, datado de 1912, que põe a nu as deficiências dos serviços do tempo da Monar-

quia (ainda que pioneiras!) e argumenta a favor das mudanças que havia projetado para o Recife. Ressalto que é um texto de 1912, quando surgiram as primeiras dificuldades na execução das obras, como as altas tarifas aduaneiras que recaíam sobre os equipamentos vindos de fora:

Recife é uma das cidades mais insalubres do Brasil. Entretanto, teve serviços de águas e de esgotos antes de muitas outras, por concessões feitas no tempo da monarquia (...). Estes serviços são francamente deficientes, condenáveis e condenados. (...) A Companhia do Beberibe, firmada no seu velho contrato, não tinha obrigação de lavar o esgoto. Mas teve ainda a habilidade de iludir as autoridades e uma população de 150 mil habitantes, durante dezenas de anos, contaminando as águas puríssimas de sua captação subterrânea com as águas impuríssimas de um brejo!! De modo que os serviços 'sanitários' de águas e esgotos, em lugar de assegurarem a saúde contribuíram concorrentemente para o aumento da mortalidade, um deles distribuindo água de brejo (...), o outro deixando escapar gases tóxicos no interior das casas (...). Foi essa situação de quase meio século que o Governo passado⁹ enfrentou de um modo decisivo. (...) [E] o Governo da República, que protege a lavoura, a navegação, etc. com as tarifas, não pode deixar de autorizar medidas protetoras [regras aduaneiras] para serviços de salvação de uma cidade em que se morre brutalmente. (...) Isto valerá mais do que enviar delegados de higiene que matem mosquitos e desinfetem, quando os focos permanecem virulentamente ativos. Recife (...) precisa (...) que as autoridades de higiene locais e a Prefeitura realizem com mão firme, sem temores e sem favores, o programa que a comissão de saneamento iniciou quanto às habitações, programa que não deve ser desvirtuado, na Prefeitura, (...) como sói suceder na generalidade das nossas cidades, menos em Santos, onde a comissão de saneamento quis e soube vencer, porque nas cidades paulistas já se sente que a higiene, bem entendida e bem aplicada, é a suprema lei. (Saturnino de Brito, 1912, apud Alvarenga, 1979:108-109)

As palavras de Saturnino evocam, a um só tempo, duas questões importantes. A primeira diz respeito ao descompasso entre um projeto de saneamento urbano dos mais avançados, na época, e uma administração pública que já sofria as dificuldades inerentes às lutas das facções políticas do estado, a partir do enfraquecimento dos 'rosistas' (as questões municipais atrelavam-se à política estadual, pois os prefeitos da capital, durante muito tempo, eram nomeados pelo governador). Esse é o sentido da denúncia que faz Saturnino dos 'temores' e 'favores' da Prefeitura, em relação ao bom andamento das obras. O segundo ponto é uma advertência:

não vale o combate aos ‘focos’ de mosquitos sem a melhoria dos serviços de esgotos da cidade e o fornecimento de água de boa qualidade. A frase final, anteriormente transcrita – um elogio rasgado à Comissão de Saneamento de Santos e à administração das cidades paulistas de modo geral –, na verdade refere-se indiretamente aos dois pontos anteriores, pois no estado de São Paulo a ação dos poderes públicos era, então, firmemente pró-saneamento, e o que ocorria em Santos resultava de um quadro favorável mais amplo.

Saneamento urbano e rural em São Paulo

Os comentários de Saturnino de Brito colocam em pauta um tema hoje já bastante discutido: o pioneirismo paulista em matéria de ‘institucionalização’ das reformas na saúde pública.¹⁰ Uma próspera economia cafeeira voltada para a exportação alicerçou o progresso alcançado pelo estado de São Paulo durante as últimas décadas da Monarquia e da Primeira República e financiou a imigração de trabalhadores europeus para as fazendas de café. A afluência de imigrantes (na maioria, italianos) para a capital do estado intensificou-se após 1886. Quando os europeus começaram a se dirigir para as áreas rurais – e mesmo quando de sua chegada à cidade portuária de Santos –, eram expostos às doenças transmissíveis. Figuras preeminentes dos círculos de saúde pública afirmavam que as doenças mais infecciosas, como cólera e tracoma, eram transmitidas pelos trabalhadores recém-chegados (Skidmore, 1974). Mas, apesar da possível ameaça que os imigrantes representavam para a saúde pública do estado, os trabalhadores europeus eram considerados vitais para a economia paulista. Assim, a reforma da saúde pública – considerando-se o saneamento como o único meio de assegurar a contínua afluência de imigrantes – tornou-se uma preocupação das classes dominantes. Lentamente, elas prepararam o terreno – ou melhor, ‘cederam’ terreno – para a reforma sanitária. Os serviços e campanhas sanitárias estenderam-se por uma grande área, incluindo a capital do estado e várias cidades no interior, mas não alcançaram as áreas rurais até o final da década de 1910. Antes da Primeira Guerra Mundial, a oligarquia cafeeira recusou qualquer tipo de inspeção estadual das condições sociais e de saúde nas fazendas.

A partir da guerra, a reduzida entrada de trabalhadores estrangeiros – no nível mais baixo do período 1889–1930 – forçou os fazendeiros a cuidar das condições de saúde da força de trabalho nas fazendas.

Conseqüentemente, as lavouras de café se tornaram um alvo mais fácil para as autoridades de saúde pública. Em 1917, o governo do estado ganhou uma batalha de dois anos no Congresso para aprovar um código de saúde rural, que autorizou São Paulo a estender os serviços sanitários às áreas agrícolas do estado. A partir de 1920, a composição da força de trabalho no estado mudaria rapidamente, devido à elevada afluência de migrantes internos, vindos particularmente de Minas Gerais e da Bahia. Durante essa década, mais forte do que a preocupação com o destino dos imigrantes desembarcados foi o interesse na salvação daqueles caboclos, que iam juntar-se aos milhares de trabalhadores rurais nascidos no exterior e forneciam, assim, uma bandeira para o movimento sanitário em São Paulo.

Uma outra dimensão crucial é a ausência de tradição médica no estado – um ponto em que São Paulo e os estados do Nordeste se aproximam. Entretanto, São Paulo distinguiu-se daqueles estados por um ambiente científico e intelectual francamente favorável ao desenvolvimento da saúde. A ação arejada de um positivismo pouco ortodoxo foi o elemento decisivo no cenário paulista, onde um grupo militante – em que se destacava Pereira Barreto, médico e político do Partido Republicano Paulista – tornou-se conhecido por suas idéias sobre a necessidade do desenvolvimento da ciência no país e por seu empenho em uma campanha educacional para os brasileiros (Castro Santos, 1988). A educação e a higiene pública eram prioridades dos positivistas paulistas. A crescente onda nacionalista do pós-guerra encontrou gradualmente expressão entre os círculos intelectuais de São Paulo e de outros centros, e foi responsável pela ocorrência de dois importantes eventos naquele estado, os quais, a um tempo, afetaram a cena intelectual nacional e foram, por sua vez, por ela influenciados. Em primeiro lugar, a fundação, em 1916, pelos intelectuais paulistas, de uma publicação mensal, a *Revista do Brasil*, que se tornou um fórum para a expressão de sentimentos nacionalistas. Monteiro Lobato era a voz mais influente. A fundação da Liga Nacionalista de São Paulo, em 1917, foi um segundo sinal de mudança nas tendências intelectuais. Alguns de seus patrocinadores eram eminentes médicos paulistas, como Luís Pereira Barreto, que pertencia ao Conselho Deliberativo da Liga, o qual defendia uma série de reformas a serem levadas a cabo nacionalmente. A campanha contra o analfabetismo, em particular, era considerada um instrumento disseminador da educação sanitária entre as populações do campo (Skidmore, 1974; Love, 1980).

Para os interesses deste trabalho, o que se deve reter, em relação ao impacto desses movimentos culturais sobre o ideário higienista, é que os intelectuais participantes da Liga Nacionalista e da *Revista do Brasil* ajudaram a criar entre as elites paulistas uma preocupação com a sorte dos habitantes do interior. Uma noção comum era a de que o caboclo, que levava uma existência miserável de pobreza e doença no interior do Brasil, tinha sido durante muito tempo vítima de coronéis poderosos e funcionários públicos negligentes. Argumentava-se, desse modo, que a atenção governamental deveria dirigir-se para o combate àquela situação. Ora, a questão que se colocava, nesses termos, era a existência de canais e mecanismos políticos por meio dos quais as elites pudessem, em uma palavra, transformar a 'idéia' da reforma em ação governamental. Um dos componentes políticos fundamentais do processo modernizador foi, no Brasil, o sistema de partido único, como instrumento de organização de interesses oligárquicos. O partido e a frente oligárquica permitiram que alguns estados – tais como São Paulo e Pernambuco, este em menor escala – ganhassem algum controle sobre a política nacional, dela extraíssem vantagens e dela fizessem uso para expandir seu próprio aparelho de Estado (isto é, em âmbito estadual). As relações entre o governo de São Paulo e as elites rurais e urbanas reproduziram, em escala regional, o movimento pendular das relações entre centro e periferia em escala nacional. À medida que o estado cedia às pressões das oligarquias paulistas, passava, paulatinamente, a controlar um número crescente de instituições, serviços e recursos econômicos. Nesse processo, em que o Partido Republicano Paulista (PRP) cumpriu um papel-chave de caixa de ressonância para os interesses oligárquicos e de porta-voz do próprio aparelho de Estado, este terminou por reforçar sua posição nos negócios estaduais. O partido não se limitava a uma parte do território, mas, ao contrário, era uma organização que se estendia a todo o estado. Por meio da 'comissão executiva' do PRP, seus líderes foram capazes de manter a disciplina partidária em um grau inigualado pela maioria dos partidos criados durante a Primeira República. Para os não filiados e não simpatizantes, a comissão central adotou uma estratégia de cooptação – como fez com os coronéis do interior, a quem não faltaram benefícios patronais, generosamente concedidos pelo PRP.

Na saúde, o PRP conseguiu dirigir as reformas baseando-se na sólida organização partidária, que servia de principal elo entre o governo e a oligarquia. De um lado, a forte organização do partido traduzia os

interesses das oligarquias em propostas concretas e assegurava sua aprovação em lei. Os passos iniciais dados pelo serviço sanitário em várias cidades da região do café e no porto de Santos foram uma resposta às demandas dos fazendeiros. Mas, em contrapartida, à medida que as funções administrativas estaduais se tornavam mais complexas, e os serviços sanitários e as instituições de pesquisa mais produtivos, o aparelho estadual tomou a liderança da reforma sanitária, pressionando por programas de saúde que iam contra os interesses imediatos dos coronéis. Até 1917, a oligarquia do café recusava a inspeção nas fazendas por funcionários da saúde. Lenta, mas firmemente, os oligarcas foram forçados a ceder diante da inspeção sanitária. Naquele ano, o governo de São Paulo efetivamente usou o PRP para quebrar a oposição coronelista à aprovação de um código de saúde rural. Aqui o partido serviu de canal efetivo para o aparelho estadual pressionar por mudanças. Em outras ocasiões, o PRP permitiu ao governo do estado e às elites agirem com propósitos comuns, seja para apressar a tramitação de um projeto de saúde no Congresso Estadual, seja para realizar campanhas de educação sanitária e de saneamento. O Serviço Sanitário tirou vantagem do clima ideológico em mudança, e começou a exercer maior controle sobre as áreas agrícolas durante a década de 20.

O relatório de Saturnino de Brito, de 1912, não poderia antever que as maiores realizações e conquistas na saúde seriam em grande parte uma característica da década seguinte, e, salvo em São Paulo, teriam o comando de forças externas aos próprios municípios e estados. Se o governo federal assume um papel fundamental nos estados do Nordeste (tendo os sanitaristas da Rockefeller como um aliado estratégico), não resta dúvida de que os estados sofreram esse impacto externo de modo diferenciado e tiveram, em graus também variados, algum progresso de moto próprio. Pernambuco parece ter respondido mais rapidamente ao chamado da 'ideologia sanitarista' que sacudia o país, a partir de movimentos de opinião pública como a influente Liga Pró-Saneamento. Bahia parecia vir logo atrás e, se recordarmos a existência centenária de sua Faculdade de Medicina, ficaria a pergunta: por que não viria logo 'à frente' na defesa da saúde pública, conduzindo o bloco dos estados nordestinos? Essas questões serão o objeto do restante do presente texto, e serão tratadas como uma contribuição ao entendimento da dinâmica complexa da reforma sanitária naquele período e em grande parte do país.

O Caso da Bahia

Se tomarmos como referência o caso bem-sucedido de São Paulo, impõe-se logo uma questão comparativa: por que a maioria dos estados da federação não desenvolveu um vigoroso movimento de saúde pública durante a Primeira República? Mesmo aqueles que experimentaram progressos nesse período, como o estado de Pernambuco e a Bahia, só atingiram um grau razoável de institucionalização das reformas durante a década de 20. E mesmo tendo desfrutado de posição política de destaque – a Bahia, ademais, sobressaiu-se na própria história da medicina –, esses estados ficaram em nítida desvantagem em relação às conquistas de São Paulo.

As dificuldades enfrentadas pelo movimento reformista na Bahia colocam um desafio para os estudiosos de saúde pública. Além de sua tradição centenária em educação médica – uma tradição que motivou incontáveis estudos de historiadores brasileiros de medicina –, outros fatores pareciam criar um terreno favorável ao progresso sanitário. Sob o ângulo da economia, ao longo do século XIX a Bahia manteve uma produção diversificada de açúcar, cacau, fumo e algodão. As atividades da mineração começaram desde 1840 na porção centro-oeste do estado, e a criação de gado formou a base da economia no sertão, ao longo do vale do Rio São Francisco (Pang, 1979). Em segundo lugar, o estado foi a sede da administração pública do país por mais de dois séculos (a cidade de Salvador foi a capital brasileira de 1549 até 1763, quando o Marquês de Pombal a transferiu para o Rio de Janeiro). As elites baianas ainda tiveram influência sobre o curso dos eventos nacionais ao longo do século XIX, após a Independência. A Bahia ocupava o segundo lugar entre as províncias, em número de membros nomeados para o Conselho de Estado da Monarquia (Burns, 1970). Finalmente, a grande população da Bahia era instrumental no jogo político. O tamanho da população era freqüentemente usado pelos estados mais populosos para exigir um número maior de cadeiras no Congresso Nacional (Love, 1980).

Entretanto, apesar da importância política, econômica e cultural da Bahia durante a Primeira República, o estado não conseguiu realizar uma reforma sanitária nos moldes da experiência bem-sucedida de São Paulo. Higienistas baianos lutaram para disseminar a idéia da reforma, mas enfrentaram a resistência de um *establishment* médico conservador e de um ambiente político e intelectual hostil (ou indiferente) às ações no campo

da saúde pública. Só na década de 1920 houve progresso do movimento reformista na Bahia, mas graças à intervenção do governo federal e à ação sanitária da Fundação Rockefeller.

Que condições impediram o governo estadual de promover a reforma sanitária? Por que a administração estadual foi incapaz de agir decisivamente sem o concurso do governo federal?

Essas questões – relacionadas com a questão mais ampla da fragilidade do movimento sanitarista na Bahia antes de 1920 – serão enfrentadas adiante. Dois pontos básicos devem ser antecipados: o alcance limitado das políticas do governo baiano (as atividades de saneamento raramente chegavam além da área da capital e seus arredores); o papel decisivo do governo federal na promoção da incipiente reforma sanitária rural durante os anos 1920.

Praticamente nenhum trabalho sobre a história da medicina no Brasil deixa de louvar a tradição de ensino médico da Bahia, datando do início do período monarquista. São também freqüentes as referências à Escola Tropicalista da Bahia como embrião, no século XIX, da pesquisa médica no Brasil.

Que razões se encontram, então, por trás das dificuldades da Bahia em cumprir sua ‘vocaçãõ’ médica ao longo do período republicano? À parte os obstáculos políticos e econômicos (que serão examinados a seu tempo), o conservadorismo de sua tradição médica representou um grande obstáculo ao progresso científico. A Escola Tropicalista constituiu um embrião de pesquisa parasitária no Brasil, mas este foco inovador extinguiu-se gradualmente sob as pressões de uma categoria médica predominantemente conservadora.

Na década de 1900 já estava claro que as visões tradicionais da Faculdade de Medicina da Bahia haviam prevalecido sobre a proposta dos tropicalistas. As novas idéias médicas sobre bacteriologia e imunologia não encontraram na Bahia – diferentemente de São Paulo – um clima intelectual favorável a sua aceitação. Salvador permaneceu, durante os primeiros anos da República, uma fortaleza do conservadorismo médico.

Os obstáculos colocados pela profissão médica ‘consagrada’ tiveram um efeito perturbador sobre o progresso do sanitarismo e da pesquisa em saúde pública. Dois exemplos podem ser antecipados a esse respeito: de um lado, a recusa da Assembléia Legislativa em apontar um bacteriologista estrangeiro para chefiar um centro de pesquisa médica

em Salvador, baseada na convicção de que a Faculdade de Medicina seria ‘desacreditada’ pela iniciativa; de outro lado, a indicação de diretores de saúde pública sem formação acadêmica ou experiência profissional em saúde pública.¹¹

Já assinala-se que a Escola Tropicalista não deixou muitos seguidores. Mas alguns entre eles, como Antônio Pacífico Pereira (1846-1922), fizeram parte de um pequeno grupo de médicos baianos, profissionais da saúde pública e políticos que lutavam por reformas. Esse pequeno círculo de reformadores tinha de enfrentar um obstáculo ainda mais difícil do que as visões tradicionais dos médicos de Salvador – a fragmentação oligárquica da Bahia. As oligarquias baianas não tinham coesão política e não conseguiram desenvolver uma sólida organização partidária durante as primeiras décadas da República, diferentemente do que ocorria em São Paulo e em Pernambuco, durante a hegemonia rosista. Como resultado, os governos da Bahia – mesmo os que propunham novas políticas de saúde – não tiveram o apoio necessário dos legisladores para assegurar a aprovação de leis. Quando a Assembléia estadual aprovava um projeto de saúde pública, sempre ocorriam problemas de execução ou de institucionalização dos programas e serviços. Em larga medida, a fragmentação do poder político resultou da própria estrutura econômica do estado. Ao contrário da economia paulista, centrada no café, a estrutura econômica baiana apoiava-se sobre vários produtos de exportação, como o café, o tabaco, o cacau, o açúcar e o algodão, bem como sobre atividades de mineração, igualmente segmentadas e isoladas. No dizer de uma estudiosa dos primeiros tempos da República na Bahia, o cenário econômico era “diversificado, mas sem dinamismo” (Sampaio, 1979:6-7). As colheitas de exportação e a mineração não foram capazes de gerar um superávit econômico considerável. O cacau foi um bom exemplo: as casas de importação e exportação estrangeiras se apropriavam da parte do leão dos ganhos totais de exportação, de tal modo que o cacau também não revelava um efeito dinâmico sobre a economia regional (Sampaio, 1979).

Uma palavra de explicação sobre a imigração, cujo papel na promoção da reforma sanitária em São Paulo foi indiscutível. Hipoteticamente, o progresso da agricultura do cacau poderia ter gerado uma grande demanda pelo trabalho imigrante, de um modo parecido com o que o café havia feito em São Paulo. Entretanto, na Bahia deu-se um resultado diferente. Grandes levas de trabalhadores nordestinos afluíram para a região do cacau entre

1890 e 1920, vindas de áreas tão diversas como as lavouras de cana-de-açúcar no Recôncavo, os distritos mineiros das Lavras Diamantinas e os estados vizinhos. A mão-de-obra barata fornecida pelos nordestinos era suficiente para atender às necessidades do cultivo do cacau e, diferentemente do caso paulista, preveniu a formação da 'idéia de imigração' entre as elites baianas. O açúcar foi possivelmente a única outra demanda por trabalho importado. Entretanto, a adoção de tecnologia poupadora de mão-de-obra pelos fazendeiros de açúcar chegou mesmo a transferir trabalhadores rurais da área densamente povoada do Recôncavo (Singer, 1968).

Cada uma das áreas agrícolas e de mineração do estado desenvolveu características semi-autárquicas, dominadas por poderosas oligarquias, que controlavam uma atividade econômica básica (ou, em alguns casos, uma combinação de duas). O Recôncavo era o *locus* da velha 'aristocracia do açúcar'. Seus clãs tradicionais forneceram a maior parte dos políticos e governadores da Bahia durante a Primeira República. O vale do São Francisco era outra região importante, controlada por alguns dos mais poderosos coronéis e oligarcas baianos. Uma terceira área centrava-se nos municípios produtores de cacau de Ilhéus e Itabuna. Desde a década de 1900, essa área constituía a mais importante fonte de receitas estaduais. Entretanto, a região cacauzeira do sul nunca teve influência destacada sobre a política estadual (Pang, 1979; Sampaio, 1979). A quarta zona geopolítica mais importante era Lavras Diamantinas, importante área de mineração desde meados do século XIX, mas, devido a seu isolamento geográfico de Salvador, consolidara vínculos estreitos com os estados vizinhos de Minas Gerais, Goiás e Piauí (Sampaio, 1979). A Chapada Diamantina era a fortaleza de poderosos proprietários de terra e comerciantes, que organizavam seus próprios exércitos privados e às vezes guerreavam contra tropas estaduais.

A excessiva regionalização das elites agrárias criava dificuldades para o efetivo controle político-partidário. Muitos partidos políticos foram fundados na Bahia durante a Primeira República, mas a maioria deles teve pouca duração devido à falta de coesão política entre as oligarquias. Ao contrário de São Paulo, a inexistência de tradição republicana no ocaso do Império contribuiu também para a fragmentação política. Só em 1920 os baianos organizaram uma frente política com idéias reformistas e coesão interna. O Partido Republicano da Bahia (PRB), fundado em 1901, foi a primeira tentativa séria das elites de chegar a uma coesão política. O partido esteve em atividade até 1911, mas, ao contrário do Partido Republicano de São Paulo, nunca se tornou uma organização política de atuação eficaz

em todo o estado. O Partido Republicano Democrata (PRD), fundado em 1910, cumpriu um papel de liderança na política da Bahia de 1912 até 1924. Contudo, como o PRB, fracassou em exercer uma autoridade política efetiva sobre os coronéis do interior. Só depois do nascimento da CRB (Confederação Republicana da Bahia), uma 'confederação' de facções políticas criada em 1923, tornou-se possível algum domínio partidário em âmbito estadual (Sampaio, 1979).

Em suma, a política de facções bloqueou o caminho para a efetiva consolidação de um 'governo de partido único' na Bahia e tornou extremamente difícil a execução de leis e políticas públicas. Na ausência de um sólido partido governista, o aparelho de Estado tinha pouco a fazer para assegurar que as leis fossem observadas e postas em prática. A função legislativa, em tal contexto, era eminentemente negativa e bloqueadora. A fraca liderança exercida pelo Partido Republicano da Bahia foi responsável, em grande medida, pelo fracasso da Diretoria de Saúde Pública em manter as autoridades municipais de Salvador em sintonia com as normas de saúde ditadas pelo governo do estado. No restante do território, a intervenção das autoridades em 'território oligárquico' era impensável até bem avançada a década de 1920 – e depois disso, só se tornou possível uma 'limitada interferência federal'.

O final da década de 1910 testemunhou novas tendências nacionais que afetaram a evolução da saúde pública na Bahia. A ideia da reforma sanitária no interior brasileiro e o processo de construção nacional tornaram-se estreitamente relacionados. Políticos do Congresso Nacional e sanitaristas do sul do país dedicaram especial atenção aos estados do Nordeste. No caso da Bahia, as condições de saúde das populações rurais, particularmente nas áreas do sertão e do Rio São Francisco, eram críticas; o esforço de modernização se limitara às áreas litorâneas (como na Paraíba), ampliando conseqüentemente o hiato entre o interior e Salvador, que a tragédia de Canudos, ainda no raiar da República, apenas anunciara. A obra de Euclides da Cunha dera o primeiro sinal dessa tragédia anunciada. Em 1916, a publicação do relatório de viagem dos médicos Belisário Penna e Arthur Neiva (este, baiano e pesquisador de Manguinhos) lançou novas denúncias sobre as condições de isolamento e pobreza das regiões sertanejas da Bahia (Neiva & Penna, 1916).

Assim, as campanhas de saúde pública na Bahia inseriam-se num 'projeto civilizatório' mais amplo (Castro Santos, 1985, 1987, 1997; Lima, 1999). Durante toda a década de 1920, o movimento de saúde pública da

Bahia ligou-se fortemente às ideologias de construção do Estado-nação brasileiro. A incorporação dos territórios e populações do interior aos centros políticos do país dava o compasso para novas ideologias e práticas institucionais. As campanhas sanitárias do governo federal na Bahia refletiam, dessa forma, uma preocupação ‘nacional’ com os viventes do sertão e, de modo geral, com toda a gente do interior. Um aliado institucional – a Junta Internacional de Saúde, da Fundação Rockefeller – teve atuação destacada junto ao governo federal, na formulação e execução de programas de profilaxia rural e combate à febre amarela.

Se as propostas de construção da nacionalidade deixaram marcas profundas do ponto de vista ideológico e simbólico, aqui interessa o fato de que essas propostas contribuíram para a formulação concreta de programas e serviços de saúde. No âmbito das políticas públicas, o movimento sanitário na Bahia reforçou a máquina do governo ‘estadual’; em contrapartida, contribuiu para o crescimento dos aparelhos administrativos em âmbito ‘nacional’. Epitácio Pessoa foi o primeiro e único nordestino a ocupar a presidência durante a Primeira República, e sua administração apregoava uma completa reorganização do setor de saúde pública. Em 1920, a legislação federal realizou as mudanças institucionais que o presidente solicitara. Um novo código sanitário – proposta do cientista e diretor nacional de Saúde Pública Carlos Chagas – permitia que o poder central interviesse nos serviços estaduais de saúde pública. O Nordeste tornou-se o principal alvo da ação federal, e a Bahia, em particular, foi bastante afetada pelas políticas nacionais de saúde.

O Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) iniciou uma campanha contra a malária e a febre amarela na Bahia. Contra a ancilostomíase e a febre amarela dedicou-se a Comissão Rockefeller no Brasil, que atuou até 1921 em convênio com o governo do estado. Em abril de 1921, o governo federal assumiu a responsabilidade pelo estado da Bahia no acordo bilateral, que teria prosseguimento durante toda a Primeira República. Em 1924, o funcionário federal que dirigia a Profilaxia Rural na Bahia foi também nomeado diretor estadual da Saúde Pública. As ações sanitárias em todo o estado, incluindo os serviços municipais, passaram à esfera de influência da autoridade federal (ainda que campanhas como a da febre amarela fossem delegadas à missão Rockefeller).¹² Novas e duradouras investidas do governo federal no setor de saúde pública da Bahia ocorreram depois de 1924.

Os programas de saneamento de responsabilidade federal, por um lado, e as campanhas contra a ancilostomíase e a febre amarela patrocinadas pela Fundação Rockefeller, por outro, foram os principais eventos na saúde pública baiana durante a década de 1920. Tanto a criação de serviços de saúde como as campanhas realizadas no interior da Bahia contribuíram para a expansão da máquina administrativa e dos serviços públicos e, de modo mais lento, para a penetração da autoridade pública em território coronelista. Sob a supervisão do Departamento Nacional de Saúde Pública, os projetos levados a cabo pelas equipes de saúde pública da Fundação Rockefeller também exerciam, indiretamente, um papel considerável na expansão dos serviços públicos e da ‘presença governamental’ no interior. Tal papel tornou-se possível pela maneira como o trabalho da Rockefeller estava organizado:

- os postos sanitários eram geralmente ocupados por brasileiros;
- com muita frequência, os postos eram transferidos a autoridades federais da Profilaxia Rural. Em resumo, os novos serviços e instituições criados na Bahia alteraram o padrão, anterior a 1920, de não intervenção no interior do estado. Note-se que isso não significou que os serviços deixassem de concentrar-se na capital e arredores, onde as autoridades tomaram importantes medidas contra doenças endêmicas e epidêmicas. O governo estadual organizou um bem integrado Serviço Sanitário, e decretou o primeiro Código Sanitário da Bahia.

Que condições tornaram possível o papel mais ativo desempenhado pelo governo estadual? As condições financeiras da Bahia não fornecem uma resposta satisfatória. De fato, as finanças estaduais não passaram por nenhuma melhora significativa em relação aos anos pré-1920 (Sampaio, 1979). Se não é a economia, a ‘política’ do período fornece uma resposta à questão aludida acima. Como já acentuei, as elites baianas foram capazes de conformar uma frente política que de algum modo restringiu a atuação das facções. À medida que as oligarquias estaduais chegaram a um acordo sobre a utilização dos escassos recursos públicos, as políticas de saúde tornaram-se menos sujeitas às disputas de facções no Congresso estadual. Durante a segunda metade da década de 1920 algo semelhante a um sistema político de ‘partido único’ tornou-se possível na Bahia (Pang, 1979). O segundo Partido Republicano da Bahia (PRB), fundado pelo governador Góis Calmon, foi capaz de estender a autoridade pública até importantes

áreas do interior: “A autonomia dos chefes locais havia sido limitada pela primeira vez (...) pela estreita dependência dos comitês municipais em relação ao órgão central do partido na capital” (Sampaio, 1979:162).¹³ Durante o período calmonista (1924-1930), os governadores tiveram seguidores fiéis entre a aristocracia ‘ilustrada’ e europeizada do Recôncavo. Já os Mangabeira – que rivalizavam com os Calmon em poder político – destacaram-se na política baiana com o apoio da classe média de Salvador e Ilhéus, grupo ligado à exportação de cacau (Pang, 1979).

A preeminência dos Calmon e dos Mangabeira na política baiana criou condições favoráveis para a disseminação das idéias reformistas. Sob o controle desses clãs, partidos como a Concentração Republicana da Bahia (CRB), e mais tarde o PRB, executaram as políticas de modernização conservadora no Estado. A onda reformista alcançou várias áreas além da saúde pública e do saneamento. A reforma do sistema educacional, a construção de estradas e o progresso agrícola foram outras prioridades estabelecidas no final da década de 1920 (Sampaio, 1979).

Entretanto, mesmo o final da década não esteve inteiramente livre da política de facções. Rivalidades entre os clãs eram muito freqüentes na capital. No interior, em duas ocasiões a autoridade pública foi seriamente desafiada pelos coronéis. Em 1925, irrompeu nas áreas de mineração uma violenta batalha de três meses, a chamada Batalha de Lençóis, entre um exército privado de um coronel e tropas estaduais, em razão de uma disputa sobre a distribuição de empregos públicos. Em 1928, uma disputa eleitoral na cidade de Carinhanha evoluiu para uma guerra prolongada entre o governo e os potentados rurais do médio vale do São Francisco (Sampaio, 1979; Pang, 1979). O movimento de tropas e os choques armados – destaque-se ainda a penetração da Coluna Prestes em solo baiano em 1926 – impediram a operação dos serviços e campanhas sanitárias no interior, ao mesmo tempo que surtos epidêmicos exigiam a presença das autoridades de saúde pública nas áreas afetadas.

A modernização institucional

As questões de saúde pública faziam parte do debate político baiano desde o início do período republicano, não obstante a ausência de progresso significativo das ações de governo propostas no interior daquele debate. As questões relativas à criação das instituições e serviços de saúde pública, à intervenção federal em assuntos estaduais, à centralização ou à

descentralização administrativa, todas intimamente inter-relacionadas, atraíam o interesse das elites políticas. A profissão médica, internamente dividida, forneceu não só os maiores defensores como também os mais fortes opositores da reforma da saúde pública da Bahia. Os médicos, deve-se sublinhar, ocupavam um alto *status* na sociedade urbana da Bahia, e uma grande parte dos intelectuais e políticos de projeção eram eles próprios formados na prestigiosa Faculdade de Medicina.

Como professor de medicina legal na Faculdade de Medicina e editor-chefe da *Gazeta Médica da Bahia* de 1890 a 1893, o maranhense Nina Rodrigues, intelectual de expressão nacional, tornou-se um porta-voz dos círculos de saúde pública baianos, escrevendo e debatendo exaustivamente sobre a necessidade de centralização administrativa em saúde pública. Na verdade, Nina Rodrigues inicialmente defendia uma 'centralização parcial', que preferia à centralização 'asfixiante' do governo federal. Mas, ao criticar a autonomia municipal, afirmava que ela fortalecia o poder dos coronéis, e a falta de recursos financeiros e de pessoal qualificado impediria a execução de códigos e posturas sanitárias. Com relação aos serviços estaduais, ponderava que se haviam tornado uma mera fonte de apadrinhamento para os políticos baianos. As agências sanitárias eram apenas restos das organizações ineficientes criadas durante a Monarquia. Descrevia o sistema da saúde pública existente como 'caótico': a Bahia tinha uma inspetoria federal encarregada da inspeção portuária, duas agências do governo estadual (a Junta de Higiene e a Junta Vacínica) operando como corpos totalmente independentes, e um sistema municipal de saúde pública na capital, ainda em forma embrionária. Essas unidades administrativas estavam em disputa permanente sobre princípios, práticas e jurisdição territorial. Nina Rodrigues deplorava a 'absurda' separação dos serviços sanitários em Salvador em um sistema 'marítimo' e um 'terrestre' (o primeiro, federal, e o segundo, estadual). Responsabilizou o vacilante governador Leal Ferreira (1891-1892), por sua impotência diante dos problemas de saúde pública, particularmente da ameaça de febre amarela em Salvador. A reforma do sistema, argumentava Nina Rodrigues, deveria centrar-se na nomeação, pelo governador, de um conselho de higiene para assisti-lo na elaboração de políticas, e na indicação de um diretor sanitário para coordenar, sob sua autoridade, todos os corpos e serviços administrativos (*Gazeta Médica da Bahia*, jan., 1892, fev., 1892, mar., 1892).

As idéias de Nina Rodrigues sobre saúde pública representavam os esforços reformistas de um pequeno grupo de médicos baianos. Cientes da

relevância das questões institucionais e organizacionais para o futuro da saúde pública na Bahia, julgavam que o estado deveria primeiro iniciar a construção de seu próprio sistema de instituições e serviços, a fim de que campanhas de saneamento pudessem ser realizadas com sucesso. Ao contrário de São Paulo – que nos últimos anos da Monarquia já havia avançado alguns passos em matéria de saneamento e higiene –, a Bahia tinha de começar do início.

Um primeiro esforço legislativo aconteceu durante a administração do governador J. M. Rodrigues Lima, formado pela Faculdade de Medicina da Bahia. Um projeto regulando o sistema de saúde pública na Bahia foi submetido ao Legislativo, tornou-se lei e foi sancionado pelo governador em 1892. Os defensores da saúde elogiaram a criação de um Conselho Superior de Higiene Pública da Bahia pela nova legislação. O conselho incluía alguns dos melhores nomes do corpo médico baiano: J. F. da Silva Lima, o renomado precursor da medicina experimental (Wucherer e Patterson, seus colegas pesquisadores da Escola Tropicalista, tinham morrido em Salvador muitos anos antes), Antônio Pacífico Pereira e Nina Rodrigues, entre outros (*Gazeta Médica da Bahia*, mai., 1892, jul., 1892, ago., 1892, set., 1892).

Nina Rodrigues solicitou ao governador que indicasse um profissional experiente para dirigir o sistema de higiene preventiva, até então descentralizado sob múltiplas autoridades, o que acabaria por impedi-lo de enfrentar os surtos epidêmicos (*Gazeta Médica da Bahia*, abr. 1895). Nina sugeria um sistema semelhante ao adotado em São Paulo. Um laboratório bacteriológico na Bahia, ou um instituto de vacinação com funções de certa forma expandidas, seria capaz de repetir o papel crucial desempenhado pelo Instituto Bacteriológico (sob a direção de Lutz) nas campanhas sanitárias de São Paulo. Silva Lima, para citar apenas um, lutou para promover a capacitação da Bahia em pesquisa bacteriológica. Mas a oposição logo se ergueu, como se vê no exemplo a seguir.

Em 1894, Silva Lima, presidente do Conselho de Higiene Pública, manteve acalorado debate com membros do Comitê de Saúde do Congresso Estadual. Nas linhas recomendadas por Nina Rodrigues, o conselho havia sugerido ao governador que criasse um instituto bacteriológico em Salvador, mas o comitê rejeitou a proposta, numa sucessão de eventos que acabou por prejudicar o sistema de higiene baiano por quase três décadas.

Vejam os episódios com algum detalhe. O conselho propôs a criação de uma instituição de pesquisa bacteriológica governamental. O Comitê da

Câmara dos Deputados optou, em vez disso, por uma organização médica privada. O conselho sugeriu que os profissionais poderiam ser trazidos do exterior para organizar um instituto bacteriológico, ‘como São Paulo havia feito’. Na visão dos congressistas, liderados pelos médicos Rodrigo Brandão e Ramiro Azevedo, a sugestão do conselho era um ‘desabono’ à Escola de Medicina da Bahia, em cujos cursos de fisiologia, assinalavam, a bacteriologia havia sido ensinada desde 1892. Propunham que dois baianos – um professor de fisiologia e outro membro do corpo docente da Escola de Medicina (um político de renome) – dirigissem o laboratório bacteriológico em Salvador. As credenciais do professor de fisiologia Augusto César Viana, de acordo com os deputados, eram o trabalho científico publicado e recebido favoravelmente na ‘Europa’. Não se apresentavam evidências das pesquisas conduzidas pelo professor, nem se citavam as fontes européias de reconhecimento da obra do brasileiro. Os argumentos do Comitê eram frágeis. Um porta-voz do Conselho replicou que não haveria nenhum descrédito para a Bahia por contratar um cientista de fora (*Gazeta Médica da Bahia*, jun. 1894). Ao contrário, os baianos corriam o risco de cair em descrédito por se atrasarem na adoção de inovações científicas “com a presunção de saber aquilo que ainda ignoramos profundamente” (Moniz de Aragão, 1923:465).

As visões do Comitê Legislativo, compartilhadas pelo governador Rodrigues Lima, tiveram um impacto negativo e duradouro sobre a organização da ciência no estado. A seguir serão revistos os acontecimentos posteriores à derrota da proposta do Conselho de Higiene Pública.

Em dezembro de 1901 o governador Severino Vieira (1900-1904) decretou os ‘passos preliminares’ para organizar os serviços de pesquisa bacteriológica em Salvador, que se referiam ao início de construção de um pequeno laboratório, com recursos e pessoal limitados.¹⁴ As administrações seguintes não avançaram muito. O debate sobre o laboratório bacteriológico transformou-se em uma arenga interminável. Cada novo período governamental começava com declarações oficiais sobre a necessidade de recursos para a pesquisa experimental na Bahia. Entretanto, esses recursos não foram fornecidos até 1915, exceção feita a um pequeno e mal equipado laboratório.

Em 1915, o governador J. J. Seabra concluiu a construção do sempre prometido e continuamente adiado Instituto Bacteriológico (na verdade, um composto com uma unidade bacteriológica, uma vacinogênica e uma

anti-rábica). A instituição estava no mínimo 15 anos atrasada em relação ao Instituto Bacteriológico de São Paulo (1892) e ao Instituto Soroterápico Federal do Rio de Janeiro (1900). Era supostamente bem equipada para pesquisa bacteriológica e a preparação de vacinas e soros,¹⁵ mas não parecia talhada para um papel de liderança na reforma da saúde pública: nem Seabra nem seu sucessor indicaram bacteriologistas de alto calibre para encabeçar o instituto, ou o municiaram com um grupo de pesquisadores formados em medicina experimental. O soro antiofídico ainda era importado dos laboratórios de São Paulo, numa época em que jornais relatavam casos fatais de vítimas de serpentes venenosas na periferia de Salvador.¹⁶

O novo instituto bacteriológico, vacinogênico e anti-rábico começou a funcionar em abril de 1916. Em 1917, o governador Moniz de Aragão deu ao instituto o nome de Oswaldo Cruz. O escopo do trabalho científico feito no Instituto Oswaldo Cruz da Bahia afastou-se do exemplo dado pelo Instituto Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro. A instituição baiana não carecia apenas de suporte financeiro, mas, acima de tudo, de uma administração inovadora e voltada para a pesquisa.

Havia, como ao tempo de Silva Lima e, mais tarde, de Pacífico Pereira, figuras que se colocavam à frente de seu próprio ambiente intelectual, como Pirajá da Silva. Pirajá da Silva (1873-1961), quase 30 anos mais jovem que Pacífico Pereira, era docente da Faculdade de Medicina da Bahia, fez descobertas sobre o *Schistosoma mansoni* e distanciava-se amplamente das visões conservadoras do ensino médico de Salvador. Sem formar escola, Pirajá lutou contra as condições financeiras adversas e a falta de equipamentos de laboratório adequados na Faculdade de Medicina da Bahia.

Entretanto, a última década da Primeira República testemunhou uma mudança na política científica do Estado. O Instituto Oswaldo Cruz da Bahia fortaleceu-se durante o período calmonista. Em grande medida, os novos desenvolvimentos científicos refletiram os ventos de mudança a que me referi antes, isto é, a promoção da ciência e do saneamento pelo governo federal, em parceria com a missão da Fundação Rockefeller.

Em outubro de 1925, o governador Calmon demitiu o diretor da instituição bacteriológica baiana e convocou um membro do Instituto Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro para dirigi-la.¹⁷ A renovação do pessoal técnico tornou-se um dos maiores compromissos da nova administração. Dois médicos baianos foram enviados aos Estados Unidos para estudar anatomia patológica e a preparação de soros e vacinas. Um médico do serviço de

proteção à infância foi enviado à Europa para estudar outros sistemas de puericultura. Oito médicos do Serviço Sanitário foram para o sul do Brasil, alguns deles para se familiarizarem com as instituições de saúde pública do Rio de Janeiro, de São Paulo e de Belo Horizonte, um para participar de um curso sobre microbiologia no Instituto Oswaldo Cruz do Rio de Janeiro, outro para participar de um curso sobre malária ministrado pela Fundação Rockefeller no Rio, e outros ainda para visitar os sistemas de higiene escolar do Rio e de São Paulo.¹⁸ À medida que a Primeira República foi chegando ao fim, a instituição bacteriológica do Estado tornou-se gradualmente um instrumento essencial do sistema de saúde, particularmente no fornecimento de soros e vacinas à população baiana.

Se o painel que se procurou montar sobre o desenvolvimento das instituições de pesquisa revelou sérias deficiências ao longo da Primeira República, as instituições 'administrativas' não tiveram melhor sorte. Tema recorrente nos discursos dos governadores baianos, a construção de uma base administrativa para os serviços de saúde pública pareceria, ao observador ligeiro, uma alta prioridade de governo. Entretanto, houve pouco progresso antes da década de 1920. Analisei antes o primeiro esforço legislativo da Bahia republicana, isto é, a criação de um Conselho de Higiene Pública em 1892. Os conselheiros pouco fizeram, no entanto. Diante do descaso do governo e do Legislativo, o Conselho de Higiene interrompeu suas atividades em 1897, e não retomou seu trabalho até 1901, quando a legislação confirmou suas funções consultivas. A lei de 1901 indicou um diretor para os serviços de saúde do estado, e Pacífico Pereira tornou-se seu primeiro diretor; Silva Lima recebeu a presidência do conselho consultivo. A indicação desses destacados médicos e defensores da saúde pública poderia ser interpretada, à primeira vista, como um prenúncio da reforma sanitária. Contudo, o difícil manejo, por parte do governo, da política no interior baiano limitou a influência desses defensores da saúde pública, quando muito, à cidade de Salvador. Além disso, a falta de instituições de pesquisa sólidas interrompeu o fornecimento de 'sangue novo' aos círculos de saúde pública. Em 1907 o pequeno grupo reformista sofreu a perda do emérito Silva Lima, que renunciou à presidência do Conselho de Higiene e se retirou da vida pública. O governador indicou Pacífico Pereira para substituir Silva Lima como chefe do Conselho.¹⁹ Lídio de Mesquita, um bem-sucedido médico de Salvador, tornou-se o novo diretor sanitário do estado, mas faltava-lhe experiência em pesquisa médica e em assuntos administrativos.

Por vezes as autoridades governamentais tentaram – sem sucesso – fazer chegar a influência do serviço sanitário ao interior da Bahia. Em tais ocasiões, interpunha-se a questão da autonomia municipal. Em outras, surgiam interpretações conflitantes sobre direitos e obrigações dos municípios. Uma nova coalizão política de antigos opositores do Partido Republicano da Bahia levou o Partido Republicano Democrata (PRD) ao poder em 1912. J. J. Seabra, governador recém-eleito e fundador do partido, era um político influente entre as classes médias de Salvador. A máquina partidária estadual tirou vantagem de sua crescente ascendência política e fez alguns progressos na administração da saúde pública. Um projeto de reforma sanitária tornou-se lei em novembro de 1912. A reforma refletia em grande parte a legislação federal que autorizara o presidente Rodrigues Alves a modernizar a capital da nação, à discrição e a toque de caixa. A reforma baiana invadiu a jurisdição municipal na inspeção sanitária de edifícios públicos e privados e na vacinação. Esses serviços, até então uma tarefa municipal, tornaram-se uma responsabilidade estadual.²⁰ De fato, a lei aprovada objetivava a organização dos serviços de saúde na capital, apesar de o projeto referir-se aos ‘municípios’ e não apenas a Salvador. A reforma permitiu a abertura de um serviço de verificação de óbitos para melhorar a qualidade dos dados sobre mortalidade, e a dupla checagem dos atestados de óbito teve início em Salvador em janeiro do ano seguinte.

Assim, o sistema de saúde pública permaneceu limitado, basicamente, à capital. A grande maioria dos municípios baianos não dispunha de serviços de higiene pública, e os poucos que os tinham contavam apenas com uma organização rudimentar. Um projeto de lei que reduzia o poder dos coronéis do interior foi aprovado em 1915, determinando que os prefeitos baianos (intendentes) deveriam ser nomeados pelo governador, à semelhança do que ocorria em outros estados nordestinos. Estipulava-se ainda que relatórios anuais das contas municipais tinham de ser submetidos ao executivo estadual, supostamente com o propósito de prevenir o mau uso de recursos pelas elites locais. O resultado – à parte o propósito declarado do artigo – foi o aumento do poder do governo estadual no interior baiano (Sampaio, 1979).

A coligação política que apoiou o PRD era a condição necessária para que o governo baiano estendesse os serviços públicos para além da capital. Mas a coalizão governamental entrou em colapso antes que fosse consolidada. O governador Seabra foi longe demais em sua tentativa de interferir na política dos ‘sertões’, e enfrentou a oposição de várias facções dentro de

seu próprio partido (Sampaio, 1979). Antigos opositores de PRD começaram a reorganizar suas forças no interior.

Após 1916, o PRD perdeu gradualmente o controle da situação. O sucessor de Seabra também atraiu o descontentamento dos coronéis baianos (Sampaio, 1979; Pang, 1979). Em 1918 houve violentos choques armados em Pilão Arcado e Remanso, espalhando-se pelo vale do São Francisco, envolvendo clãs locais pró e contra a política intervencionista do PRD. Em 1920, Seabra foi reeleito governador, mas a base política do PRD no interior havia se despedaçado e, com isso, fracassaram os esforços do governo do Estado para construir um sistema de saúde pública que penetrasse em território coronelista.

Se os rumos da relação entre saúde, política e sociedade na Bahia sofreram uma inflexão a partir de 1920, isso decorreu de ‘uma alteração no relacionamento entre centro e periferia’. Esse ponto é fundamental. Depois dos passos incertos dos governos baianos em direção à reforma sanitária, a ação federal na Bahia veio na onda de uma tendência geral de intervenção federal na administração pública e na legislação social (e sanitária) dos estados. O Departamento Nacional de Saúde Pública, sob a liderança de Carlos Chagas e no compasso das reformas postas em prática em 1921, amparadas em decreto de Epitácio Pessoa, criou as condições institucionais básicas para a intervenção federal em saúde pública. O governo federal engajou-se no controle das epidemias na maior parte das capitais brasileiras, incluindo Salvador; além disso, a erradicação de endemias rurais em todo o país tornou-se a partir de então um objetivo federal, no plano ideológico e das políticas públicas (Castro Santos, 1985). Na Bahia, como em outros estados do Nordeste e do Norte, os serviços de profilaxia da febre amarela passaram à responsabilidade financeira e administrativa do Departamento Nacional de Saúde Pública.

Em 1920, a Fundação Rockefeller, desde 1916 atuando no Brasil no combate à ancilostomíase, em convênio com o governo central e com os estados, assinou um acordo com a Bahia para fornecer recursos e pessoal médico para o controle e tratamento da enfermidade.²¹ Mas o governo da República logo ampliou seu papel na região, ao substituir a Bahia no convênio, em abril de 1921, e, em dezembro do mesmo ano, ao nomear um médico do DNSP para a direção dos serviços da Comissão Rockefeller na Bahia. Os trabalhos de saúde pública tornaram-se cada vez mais centralizados sob a autoridade federal.

Na trilha aberta pelo governo federal, o Serviço Sanitário estadual passou pelas mais importantes mudanças administrativas da Primeira República. Em 1924, o chefe de Profilaxia Rural – um funcionário federal – tornou-se o diretor geral da Saúde Pública da Bahia. Em discurso à legislatura em abril de 1925, o governador Góis Calmon anunciou as modificações que pretendia introduzir no setor. A responsabilidade dos municípios pela construção e operação do sistema de esgoto, pelo abastecimento de água e pela remoção de lixo deveria ser transferida ao estado, pelo menos temporariamente.²² No interior, para completar o trabalho dos postos de saúde sob responsabilidade federal, o governador recomendou a criação de centros de saúde localizados nas áreas mais densamente povoadas. Além disso, duas novas divisões sanitárias deveriam ser criadas, uma voltada para os problemas de saúde infantil, e a outra, para as questões de higiene nas indústrias.

Em julho de 1925, nova legislação (nº 1.811) reorganizava o sistema de saúde pública, de acordo com as propostas de Góis Calmon. Uma importante modificação foi a criação de uma subsecretaria de saúde e assistência pública subordinada diretamente ao governador e independente da Secretaria do Interior. Em novembro desse ano, o governador Calmon editou o decreto nº 4.144, que fornecia ‘o primeiro código sanitário da história do Estado’. Em junho de 1927, uma lei estadual (nº 1.993) criou uma ‘Secretaria de Saúde e Assistência Pública’. Antônio Luís Barros Barreto, o chefe da Profilaxia Rural que passara a ser subsecretário estadual de Saúde Pública em 1925, tornou-se o secretário estadual em 1927 (*O Imparcial*, 1928).

Esse conjunto de desenvolvimentos institucionais refletia uma crescente concentração do poder nas mãos do governo estadual *vis-à-vis* as municipalidades, assim como uma clara tendência para a racionalização e modernização das funções de governo. Entretanto, é importante notar que tais tendências resultaram, em boa parte, de pressões federais. No caso da saúde pública, três elementos justificam essa afirmação. Primeiro, a indicação de Barros Barreto para encabeçar tanto o serviço de profilaxia rural federal quanto o serviço sanitário estadual e, mais tarde, a secretaria de saúde, refletia diretamente as preferências do governo federal. Segundo, uma função meramente burocrática era agora conferida ao Conselho da Higiene Pública estadual, um órgão com autoridade em declínio, mas ainda ativo durante os anos de 1910. Terceiro, o Código Sanitário da Bahia era em grande medida baseado na legislação federal. Essa aproximação,

afirmava o governador baiano, permitia o fim de regulamentações municipais independentes, a maior parte delas “em completo desacordo” com leis estaduais e federais.²³ Por fim, havia a contrapartida da ajuda financeira do governo federal, que financiou parcialmente – com o apoio da Fundação Rockefeller – as campanhas sanitárias no interior e deu total cobertura à campanha contra a tuberculose e à assistência à saúde infantil em Salvador.²⁴

O campanhismo na década de 20

Do ponto de vista do ‘campanhismo’, forçoso é distinguir a ação mais freqüente realizada nos postos, de tipo ‘horizontal’, envolvendo a educação sanitária e a associação voluntária das famílias ao serviço de profilaxia, da operação ‘vertical’ de guerra ao mosquito *gambiae* no Nordeste, realizada já durante a época de Vargas, que envolvia, por vezes compulsoriamente, as populações no combate ao vetor.

Feita essa importante distinção, tomemos os ‘anos heróicos’ do campanhismo, na década de 20, na Bahia. Em abril de 1921, em parte como reação à narrativa impressionante de Neiva e Penna sobre as condições de vida do sertão baiano (Penna, 1918), o governo federal assumiu a responsabilidade pelo estado da Bahia no acordo firmado com a missão médico-sanitária da Rockefeller. Mas as perspectivas eram sombrias. Décadas de negligência haviam deixado um pesado encargo para as autoridades da saúde. As endemias, em todo o estado, continuaram a cobrar um alto custo em vidas humanas. Em 1921 e 1922, surtos de peste bubônica assolaram o interior. Equipes médicas federais e estaduais foram enviadas aos municípios de Serrinha (ligado à capital por ferrovia), Feira de Santana (importante centro comercial), Camisão e Castro Alves, a oeste da capital. Campo Formoso, a noroeste, sofreu uma segunda epidemia de peste. A febre amarela irrompeu em vários municípios que tinham até então sido poupados pela doença.²⁵

Na capital da nação, o clima político tornava-se cada vez mais favorável ao movimento de saúde pública no interior do Brasil, e a Bahia, por sua posição de destaque, ganhava tratamento especial. À medida que o ‘saneamento dos sertões’ se transformava em idéia-força de salvação nacional, não só as campanhas sanitárias na Bahia tornaram-se mais intensas entre 1923 e 1925, mas aumentaram os recursos em saúde pública durante o mesmo período. Como salientei anteriormente, o chefe da

Profilaxia Rural de Saúde, subordinado ao DNSP, foi nomeado diretor de Saúde Pública da Bahia em 1924, fato que expressava a influência do governo federal no movimento de reforma sanitária da Bahia. Em contrapartida, o Serviço de Febre Amarela ampliou sobremaneira o papel da Rockefeller em toda a região.

Desde outubro de 1924 havia oito postos de profilaxia rural em operação. No início de 1926, já eram dezesseis.²⁶ Esses postos se incumbiam de atividades tais como a ampla distribuição de medicamentos contra a ancilostomíase e a malária, exames de fezes, vacinação contra a varíola e educação sanitária. A campanha contra a febre amarela era organizada e parcialmente financiada pela Comissão Rockefeller, embora muito fosse feito, nesse sentido, pelos novos serviços estaduais e federais, agora unificados na Profilaxia Rural.

Entre fevereiro e agosto de 1926, a Coluna Prestes cruzou o interior da Bahia com vários destacamentos, perseguida por tropas federais e baianas. Cerca de mil revolucionários da Coluna deslocaram-se pelo interior sem assistência médica, vitimados pela malária e outras enfermidades e suportando a escassez de comida. Os serviços de saúde pública foram seriamente prejudicados pelo deslocamento, em território baiano, das forças rebeldes e leais ao governo (Macaulay, 1974). O Serviço Sanitário foi pressionado a ajudar as forças do governo com remédios, vacinas e soros, o que significou, para a população, uma escassez de remédios como o quinino. A população também sofreu com a falta de atendimento médico. Em Juazeiro, o Exército requisitou o posto de profilaxia e transformou-o em uma clínica de emergência para as forças governistas. Em Alagoinhas e Bonfim, o movimento de tropas afetou seriamente as atividades dos postos e paralisou completamente o posto de Barra do Rio Grande.²⁷

Ressalte-se um resultado paradoxal da atuação da Coluna Prestes: se de um lado os revoltosos contribuíram para a desorganização dos serviços de saúde ainda incipientes, de outro lado reforçaram as bandeiras políticas do movimento sanitário, ao atrair a atenção nacional para uma área miserável e uma população de sobreviventes. Os serviços sanitários se recuperaram quando os revolucionários da Coluna e seus perseguidores deixaram o interior. Quarenta e quatro equipes médicas foram enviadas aos sertões antes do término do ano de 1926. Várias equipes se deslocaram para as localidades ao longo do Rio São Francisco, afligidas pela malária. Quatro equipes dirigiram-se para a região de Lavras Diamantinas, para combater novos

surtos de peste. Quatro outras delegações médicas alcançaram o longínquo município de Barreiras e as áreas de criação de gado do oeste da Bahia.

Embora sérios esforços tenham sido feitos durante a década de 1920 para o saneamento do interior baiano, a região permaneceu exposta a frequentes surtos de varíola e ‘febres’, geralmente associadas à malária. Pesquisa conduzida no sertão pela Liga das Nações, nessa época, revelou um “cenário horroroso” (*O Imparcial*, 5 abr. 1929:1) de mortalidade infantil, em grande parte causada por infecções intestinais.²⁸ Por último, mas igualmente importante, as ‘endemias dos sertões’ – particularmente a ancilostomíase e a doença de Chagas, além da malária – permaneceram uma ferida aberta, até os dias de hoje.

Conclusão

Na demarcação que procurei fazer dos sinais de fortalecimento do movimento sanitarista da Bahia – sinais tardios, quando comparados a São Paulo –, enfatizei a lenta construção de um aparelho burocrático, a organização de um corpo de leis de saúde pública, a criação e implementação de uma política sanitária e o progresso institucional no estado. São requisitos para a análise histórico-comparada, sem os quais não há como entender o processo de reforma sanitária em sua complexidade. As razões que estiveram por trás do (in)sucesso dos reformadores baianos, paulistas, pernambucanos, paraibanos, cearenses – uma combinação de forças econômicas, políticas e ideológicas – dizem respeito, em primeiro plano, com variada intensidade e em momentos distintos, ao lugar ocupado pela imigração de trabalhadores na agenda das elites estaduais, à preservação e reprodução da mão-de-obra nacional, ao tipo de arcabouço político-partidário, à tradição médica e sanitária.

Há alguns pontos de partida ou balizas para estudos futuros. A análise dos movimentos de luta pela reforma sanitária no país, particularmente o estudo das experiências de caráter estadual, deve partir de algumas hipóteses cruciais para o estudo comparativo. Primeira: o movimento de saúde pública de São Paulo foi a mais bem-sucedida experiência de construção institucional e de ações de saúde e saneamento durante a Primeira República brasileira. Mesmo a política sanitária pós-1930 refletiu, em vários graus, o exemplo de centralização administrativa e construção institucional dado pelo movimento de saúde pública de São Paulo.

Em segundo lugar, a reforma sanitária em São Paulo serve de espelho para o estudo dos demais casos de modernização conservadora no país. Dois ingredientes são aqui fundamentais para as experiências bem-sucedidas durante a Primeira República:

- a saúde pública foi instrumental para a modernização da estrutura econômica e administrativa dos estados;
- a saúde pública foi um instrumento de mudança controlada, o que lhe forneceu um componente conservador e a viabilizou no contexto político rarefeito daquele tempo. Longe de ser uma conquista de lutas pela cidadania, como se observa nas políticas de saúde dos tempos atuais, a primeira reforma sanitária no Brasil foi 'outorgada' pelas elites que controlavam o aparelho de Estado. As medidas sanitárias contribuíram para mudanças estruturais – para a construção do Estado, para a mudança do perfil demográfico, para o dinamismo dos setores urbano e agrícola –, mas foram mudanças 'pelo alto', sem a participação popular.

Em terceiro lugar, de um ponto de vista ideológico, os movimentos de reforma foram importantes por sua contribuição à construção da nação e à criação de uma idéia de 'nacionalidade'. Esse é um ponto importante, porque vale mesmo para estados em que as reformas não se concretizaram plenamente antes de 30, mas forneceram o palco de alguma agitação por parte de grupos intelectuais, políticos e profissionais. Creio que esse é o caso do Ceará e da Paraíba. Na Bahia e Pernambuco, e sobretudo em São Paulo, os reformadores juntaram-se ao movimento nacional pela 'salvação dos sertões' – cujo lançamento foi em grande parte uma iniciativa de intelectuais, médicos e sanitaristas do Distrito Federal –, buscando integrar as populações do interior, castigadas por doenças, aos modos de vida urbana e aos valores 'civilizados' da nação brasileira. O que estava em jogo era a formação de indivíduos com consciência cívica, comprometidos com a construção de uma nova nação. Ao se empenharem na luta para estender as campanhas sanitárias às populações rurais de seus estados, as elites participaram dessa 'cruzada' nacional, reproduzindo-a em âmbito estadual.

Em resumo, os movimentos de saúde pública tiveram um forte impacto sobre o crescimento dos aparelhos de Estado e sobre o surgimento de uma 'ideologia de construção nacional'. Houve diferenças importantes a

respeito do ‘significado’ do movimento nos estados brasileiros. O movimento sanitário paulista reduziu consideravelmente as doenças endêmicas, promoveu a institucionalização da pesquisa biomédica e a formação de pesquisadores, em laboratórios públicos e privados. O significado do movimento de saúde pública de São Paulo foi tanto ideológico quanto ‘material’, isto é, envolveu forte conteúdo simbólico, ao mesmo tempo que trouxe conquistas significativas para o saneamento rural e urbano. O significado do movimento de saúde pública na Bahia e em Pernambuco foi, por assim dizer, muito mais ‘ideológico e institucional’ do que epidemiológico. Com isso quero sugerir que, ainda que não lograssem alcançar resultados significativos no tocante aos níveis de saúde da população, as campanhas contra as epidemias e endemias fizeram surgir uma ‘organização pública’ de serviços e conformaram a primeira coorte de profissionais de administração pública em saúde, bem como novas instituições de pesquisa. Esse conjunto de mudanças influenciou, por sua vez, o aparelhamento de novos setores burocráticos nos estados. Além disso, as campanhas contribuíram para a cristalização das ‘idéias de reforma sanitária’, que sacudiam o sul do país – particularmente o Distrito Federal e São Paulo – desde a década de 1910, mas ainda não haviam logrado expandir-se para a Bahia ou para Pernambuco.

Pode-se afirmar que, 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. O que importa reter é que, seja por razões mais fortemente ideológicas ou materiais – que variaram de estado para estado em todo o país –, a íntima relação entre saúde pública e modernização conservadora acabou por criar uma forte visibilidade política da reforma sanitária durante a Primeira República. Esse traço de ‘visibilidade’ lhe conferiu um interesse central do ponto de vista sociológico e histórico, que aqui se buscou demarcar.

Ao discutir o diferente ‘significado’ dos movimentos reformistas, faço-o não apenas para contribuir para a historiografia de uma época, mas para fazer uma sugestão de caráter metodológico: somente quando procuramos examinar de perto os contrastes e semelhanças entre algumas experiências regionais é que certos traços característicos podem ser ressaltados. A carência de esforços comparativos deste tipo empobrece a própria historiografia, como já aduzi anteriormente. Outro exemplo: quando aponto o surgimento ‘tardio’ da política de modernização da saúde na Bahia,

faço-o 'em referência' à reforma sanitária que se desenvolvia em São Paulo muito cedo (e em ritmo mais rápido), desde os primeiros anos da República. A questão do 'ritmo' da mudança é decisiva. Se a Bahia 'chega tarde', por assim dizer, isso não significa que a partir daí o compasso das mudanças tenha sido necessariamente lento. De fato, o início foi lento e incerto, mas sob o impulso dos acontecimentos da década de 1920, os três ou quatro últimos anos da década revelaram um ritmo particularmente impressionante de agitação reformista no campo da saúde, talvez mais marcante do que no estado de São Paulo. A comparação com Pernambuco, Ceará e Paraíba vem logo à mente. Em que medida teria a Bahia assumido posição de vanguarda em relação a todo o Nordeste, nos anos derradeiros da Primeira República? Esse é hoje um item obrigatório na agenda de pesquisas sobre a historiografia da saúde pública no Brasil.

O olhar comparativo permite estabelecer outros paralelos importantes. Nunca será demais enfatizar que a reforma sanitária na Bahia e nos demais estados nordestinos se limitou às áreas urbanizadas do litoral – particularmente à capital – e a um punhado de localidades do interior. Ao contrário das políticas e programas de São Paulo, os estados nordestinos avançaram pouco nas áreas sob controle dos coronéis do sertão, mesmo nos tempos agitados da década de 20. Já um outro paralelo se refere ao recorte centro-periferia. Nos casos mais conhecidos da Bahia e de Pernambuco, o movimento sanitário resultou em grande parte das pressões e da atuação direta do governo federal, de onde vieram os atores responsáveis pelo que considero o período mais frutífero de mudanças. Em contraste, foi a partir do governo e da política 'estaduais' que tomou impulso o movimento reformista no estado de São Paulo.

Não há como subestimar, nesse contexto, o papel da Divisão Sanitária da Fundação Rockefeller. Neste ponto constata-se claramente um 'efeito não antecipado' das campanhas coordenadas pelos norte-americanos com menor grau de autonomia no sul do país e maior no nordeste. Essas campanhas, longe de criar um poder paralelo da Rockefeller, ou grupos profissionais brasileiros subalternos, terminaram por reforçar a tendência geral de consolidação dos aparelhos institucionais e das idéias de reforma sanitária, tendência que já se esboçava 'antes' da vinda da Rockefeller ao Brasil, em 1916. Assim, a própria existência de correntes nacionalistas (que forjaram o ideal de reforma) e a força de nossas tradições de pesquisa (que antecedem a chegada dos estrangeiros) operaram como uma espécie de

anteparo para as aspirações de dominação profissional ou de qualquer outra ordem, por parte dos *Rockefeller medicine men* no Brasil (Castro Santos, 1987, 1997).

No caso particular da Bahia, a delegação de funções e poderes dos governos estadual 'e' federal à missão norte-americana produziu efeitos 'não antecipados' ainda mais evidentes, já que, na falta de organização institucional na área de saúde ou de tradição consolidada de pesquisa experimental (em contraste com São Paulo ou com o Distrito Federal), a Rockefeller e o DNSP se viram obrigados a redobrar esforços para a formação de profissionais e criação de laboratórios e órgãos de saneamento. Note-se, ademais, que o Departamento Nacional de Saúde Pública operava, nesse contexto, como um escudo político-institucional de defesa da 'independência' da Bahia, no plano das políticas públicas, caso a missão exorbitasse de suas funções havia aqui um papel de agente duplo, pois também sucedia, não raro, que o DNSP fizesse chegar a visão da *International Health Division* a autoridades governamentais, políticos, 'coronéis' e lideranças profissionais do estado da Bahia). Assim é que os aparelhos administrativos da saúde passaram por nítido processo de modernização, culminando com a própria criação – pioneira no Brasil – de uma secretaria 'estadual' da saúde, em 1927, como se o DNSP submetesse a teste, na Bahia, um arranjo institucional para difusão posterior em outros estados.

Ao findar a Primeira República, seria possível dizer que tudo estava pronto para uma profunda reforma sanitária, mas dificilmente um governo de base oligárquica, regional ou nacional teria condições de realizar um projeto modernizador ousado. Tal afirmação vale, é claro, para todos os estados brasileiros, inclusive para São Paulo. Na verdade, a proposta 'paulista' de centros de saúde, de Paula Souza, foi bastante ousada quanto ao atendimento da população, e talvez seus críticos não tenham ido tão longe com seus modelos alternativos como pensavam (ou como julga a historiografia), depois da queda da Velha República.

Não cabe aqui traçar, no contexto das políticas de saúde pós-1930, os novos rumos da reforma sanitária em todo o país, sob o horizonte político centralizador do getulismo. Creio que será possível falar de uma nova geração de sanitaristas, como a de Nelson Coutinho, em Pernambuco – órfã do 'sanitarismo' –, pois já não se pode atribuir ao poder central uma ideologia de cooptação das elites intelectuais e de mobilização simbólica da opinião pública lastreada na saúde. A partir desse período, um modelo

econômico de feitiço urbano-industrial e novas prioridades estratégicas fizeram do ideal de reforma sanitária nas capitais e da bandeira do 'saneamento dos sertões' um 'plano de governo', de cunho mais técnico do que político-ideológico. O próprio caráter potencialmente mobilizador do campanhismo – o saneamento como ideologia de construção nacional – forçosamente recuaria diante da etapa mais técnica das reformas, que se inaugura no pós-30.

Sobre o campanhismo na Primeira República, parece-me que cabe à historiografia corrigir um equívoco brutal de interpretação. Refiro-me à noção 'belicista' do campanhismo sanitário, que o associa, forçosamente, a uma questão de polícia ou a uma origem bélica. O campanhismo envolvia, de fato, a 'disciplina' (dos profissionais) e a 'organização' (dos serviços) para realização de um fim determinado. Max Weber demarcou esse ponto com notável clareza, ao mostrar que a disciplina dos exércitos, como a disciplina dos conventos, está na base do surgimento das organizações burocráticas do Estado moderno europeu. Isso significa que, a rigor, toda 'organização' envolve o controle dos corpos, a disciplina, a estratégia. Então, as campanhas contra a ancilostomíase no interior do país, durante a Primeira República, foram tão pouco 'belicistas' quanto uma campanha de alfabetização em massa ou de vacinação contra a poliomielite em nossos dias. Cabe, portanto, a análise da intenção dos 'atores' ou formuladores de um programa para atentar para o caráter de uma campanha. Por isso insisto na necessidade de que se faça a distinção entre o programa de vacinação obrigatória contra a varíola, de Oswaldo Cruz, em que a autoridade sanitária se sobrepunha à educação sanitária, e a luta contra o tracoma em São Paulo ou contra a ancilostomíase na Bahia, uma e mais décadas depois. Aliás, se havia a manifestação da autoridade sanitária nessas campanhas, ela se voltava não contra as populações, mas, não raro, contra os proprietários das terras em que as campanhas se realizavam. A meu juízo, o 'campanhismo', entendido como o envolvimento do Estado no combate a endemias e epidemias pela mobilização da população em torno da idéia-força do saneamento (lembrando Monteiro Lobato e Belisário Penna), foi a grande herança da reforma sanitária desse período. Refiro-me particularmente aos anos 20.

Não há como esquecer que os sanitaristas da Primeira República, que foram férteis em ideologias de mudança, encontravam limites no próprio caráter conservador do período. Propostas de modernização

emancipadora – como as de um Samuel Pessoa – teriam de esperar até os anos 80 para se desenharem como politicamente possíveis, com o advento de uma democracia participativa e a eclosão de movimentos sociais pela saúde como direito da cidadania, na longa luta pela reforma sanitária no Brasil.

Notas

- ¹ Destaque-se a obra de Emerson E. Merhy (1985) e, na década particularmente fértil de 90, trabalhos importantes como os de Gilberto Hochman (1998), Rodolfo Telarolli Junior (1996) e Maria Alice Rosa Ribeiro (1993).
- ² Os trabalhos de vacinação realizados sob a inspiração carismática de Rodolfo Teófilo, na primeira década do século passado, permitiram livrar o Ceará da varíola até pelo menos 1913, quando a enfermidade voltou a alastrar-se (Barbosa, 1994). A lamentar, no citado estudo, que o autor não se tenha debruçado com mais empenho sobre essa figura meio mítica da história cearense, explicitando, em particular, as condições que tornaram possível a Teófilo realizar a campanha antivariólica em regiões controladas por uma oligarquia que lhe era hostil.
- ³ Na página 269, Lenilde Sá conclui que os serviços reduziram-se à capital antes de 1921. Contudo, mesmo na cidade, as medidas eram “pontuais”, provocadas pelas epidemias, mas logo “esquecidas” ou “atenuadas” (p. 161).
- ⁴ Em meados do século XIX, o Brasil exportava perto de 10% do consumo mundial e Pernambuco, um terço das exportações nacionais de açúcar. Ao findar o Império, a participação brasileira caíra para 2% e a contribuição de Pernambuco declinara para um quarto daquele percentual (Eisenberg, 1974).
- ⁵ Entre 1903 e 1904 Saturnino de Brito foi funcionário do Ministério da Viação e Obras Públicas, tendo sido designado engenheiro fiscal da companhia de esgotos do Distrito Federal, a Rio de Janeiro City Improvements (ver Conferência de Saturnino de Brito Filho, transcrita em Alvarenga, 1979:249-271).
- ⁶ Segundo o autor, mesmo após a desarticulação do PRF estadual, em 1911, houve uma “tênue restauração” da política de partido único, pelos ‘dantistas’ entre 1911 e 1917 e novamente pelos partidários de Rosa e Silva a partir de 1926 (Levine, 1978:73; 78-79;83).
- ⁷ Os dados são esclarecedores, apontando uma tendência acentuada da elite profissional pernambucana a construir parte de suas carreiras fora do estado. Ver Levine, 1978:178.
- ⁸ Observa-se hoje em dia uma tendência à crítica desses personagens por um olhar fora-do-tempo. Tenho ouvido críticas a Ulisses Pernambucano, por exemplo, por sua adesão à ‘institucionalização’ de doentes mentais, como se fosse possível a ele antever a reforma psiquiátrica de 50 anos mais tarde. As idéias de Ulisses Pernambucano eram revolucionárias ‘para seu tempo’, o que valia também para os demais integrantes do pequeno bloco reformista no qual Ulisses era figura central.

- ⁹ Saturnino de Brito refere-se à administração de Herculano Bandeira de Mello, que era ligado ao PRF de Pernambuco e ao grupo ‘rosista’. Foi durante seu governo que se iniciaram as obras.
- ¹⁰ A partir deste ponto, siga de perto as análises feitas em trabalhos anteriores. Ver Castro Santos (1993, 1998).
- ¹¹ Foi esse o caso do dr. Lídio de Mesquita, cirurgião renomado, que chefiou o Serviço Sanitário entre 1906 e 1912.
- ¹² Consulte-se a Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa pelo governador José Joaquim Seabra (Bahia, Imprensa Oficial do Estado, 192:452-458; 1922:39-48, passim); e a Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa pelo governador Francisco M. de Góis Calmon (Bahia, Imprensa Oficial do Estado, 1926:180).
- ¹³ Tradução livre.
- ¹⁴ Governador Severino Vieira, Mensagens ao Legislativo de 1902, 1903 e 1904.
- ¹⁵ Ver discurso do governador J. J. Seabra à legislatura em 1915:62-70.
- ¹⁶ *A Tarde*, Salvador, 22 jan., 1918. Como os meios de comunicação com o sul do país eram precários, a necessidade de contar com as importações de soro de São Paulo (ou do Rio de Janeiro) constituía um grave problema.
- ¹⁷ Carlos Burle de Figueiredo assumiu a direção do Instituto Oswaldo Cruz da Bahia e foi depois substituído por Eduardo de Araújo. Araújo estudou anatomia patológica nos Estados Unidos, a convite da Fundação Rockefeller.
- ¹⁸ Mensagens apresentadas à Assembléia Geral Legislativa pelo Governador Francisco M. de Góis Calmon (Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1926:68; 1927:100).
- ¹⁹ Governador José Marcelino, Mensagem à Assembléia Legislativa do Estado da Bahia. Oficinas da Imprensa *A Bahia*, 1908:29-30.
- ²⁰ Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa do Estado da Bahia, pelo governador José Joaquim Seabra. Bahia, seção de Obras da Revista do Brasil, 1914:48-53.
- ²¹ O contrato foi assinado pelo dr. Paes de Azevedo, representando a Fundação Rockefeller, e pelo dr. Gonçalo Moniz, secretário do Interior e ex-diretor sanitário durante 1915-1916. Em dezembro de 1921, Sebastião Barroso, médico da Profilaxia Rural do governo federal, substituiu Mário Jansen de Farias, diretor da Comissão Rockefeller na Bahia, nas funções de chefe dos serviços contra a ancilostomíase. Ver Gonçalo Moniz, Relatório, in Seabra, J. J., Mensagem à Assembléia Legislativa. Bahia, Imprensa Oficial do Estado, 1921:452-458; ver, ainda, José Joaquim Seabra, Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa. Bahia, Imprensa Oficial do Estado, 1922:39-48; Francisco M. de Góis Calmon, Mensagem de 1926:170-185.
- ²² Entre 1925 e 1926 Saturnino de Brito encarregou-se da organização do projeto de saneamento da capital (Alvarenga, 1979).
- ²³ Francisco M. de Góis Calmon, Mensagem de 1925:20-40.
- ²⁴ Governador Francisco M. de Góis Calmon, Mensagens de 1926:170-188; 1927:221-223; *O Imparcial*, 5 jun., 1928. p. 1.
- ²⁵ A Comissão Rockefeller havia aberto dois postos para o controle da ancilostomíase: o primeiro, em dezembro de 1920, no distrito rural de Pirajá, na periferia de Salvador. O segundo, em Santo Amaro, município de agricultura de cana-de-açúcar no

Recôncavo (Gonçalo Moniz, Relatório, in Seabra, J. J., Mensagem à Assembléia Legislativa. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1921:452-458). José Joaquim Seabra, Mensagem de 1922:39-48; Mensagem de 1923:20-21.

- ²⁶ Os postos de saneamento funcionavam nas cidades de Esplanada, Bonfim, Juazeiro, Jequié, Nazaré, Santo Amaro, Canavieiras, São Félix, Valença, Ilhéus, Itabuna, Belmonte, Cachoeira, Alagoinhas, Cruz das Almas e Barra do Rio Grande.
- ²⁷ Governador Góis Calmon, Mensagem de 1927:105-107, 205.
- ²⁸ Governador Vital Soares, Mensagem de 1929:37-39.

Periódicos

Gazeta Médica da Bahia. Salvador, 1892, 1894, 1895.

O Imparcial. Salvador, 1928, 1929.

A Tarde. Salvador, 1918.

Referências Bibliográficas

ALVARENGA, O. M. *Grandes Vultos da Engenharia Brasileira: Saturnino de Brito*. Rio de Janeiro: Clube de Engenharia, 1979.

BARBOSA, J. P. *História da Saúde Pública do Ceará: da Colônia a Vargas*. Fortaleza: Edições UFC, 1994.

BURNS, E. B. *A History of Brazil*. New York, London: Columbia University Press, 1970.

CASTRO SANTOS, L. A. de. O pensamento sanitarista na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados, Revista de Ciências Sociais*, 28(2):193-210, 1985.

CASTRO SANTOS, L. A. de. *Power, Ideology and Public Health in Brazil, 1889-1930*, Tese de Doutorado. Cambridge, Mass.: Harvard University, 1987.

CASTRO SANTOS, L. A. de. Meia palavra sobre a 'filosofia positiva' no Brasil. (diálogo com Paulo Eduardo Arantes). *Novos Estudos*, 22:193-198, out. 1988.

CASTRO SANTOS, L. A. de. A reforma sanitária 'pelo alto': o pioneirismo paulista no início do século XX". *Dados, Revista de Ciências Sociais*, 36(3):361-392, 1993.

- CASTRO SANTOS, L. A. de. Linhagens e perspectivas: a saúde na América Latina. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, IV(1):185-195, mar.-jun. 1997.
- CASTRO SANTOS, L. A. de. As origens da reforma sanitária e da modernização conservadora na Bahia durante a Primeira República. *Dados, Revista de Ciências Sociais*, 41(3):593-633, 1998.
- CAVALCANTI, J. C. S. *O Setor de Saneamento no Brasil: estrutura, dinâmica e perspectivas*, 1987. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- EISENBERG, P. L. *The Sugar Industry in Pernambuco, 1840-1910: modernization without change*. Berkeley: University of California Press, 1974.
- FREYRE, G. *Um Engenheiro Francês no Brasil*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1940.
- GRAHAM, R. *Britain and the Onset of Modernization in Brazil, 1850-1914*. Cambridge: Cambridge University Press, 1972.
- HOCHMAN, G. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Anpocs, Hucitec, 1998.
- LEVINE, R. M. *Pernambuco in the Brazilian Federation (1889-1930)*. Stanford: Stanford University Press, 1978.
- LIMA, N. T. *Um Sertão Chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Revan, Iuperj/Ucam, 1999.
- LOVE, J. L. *São Paulo in the Brazilian Federation, 1889-1937*. Stanford: Stanford University Press, 1980.
- MACAULAY, N. *The Prestes Column: revolution in Brazil*. New York: New Viewpoints, 1974.
- MEHRY, E. E. *O Capitalismo e a Saúde Pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo*. Campinas: Papyrus, 1985.
- MONIZ DE ARAGÃO, A. F. *A Bahia e os seus Governadores na República*. Salvador: Imprensa Oficial, 1923.
- NEIVA, A. & PENNA, B. Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 8(3):74-224, 1916.
- PANG, E.-S. *Bahia in the First Brazilian Republic: coronelismo and oligarchies, 1889-1934*. Gainesville: University Presses of Florida, 1979.
- PENNA, B. *Saneamento do Brasil*. Rio de Janeiro: Tip. Revista dos Tribunais, 1918.

- RIBEIRO, M. A. R. *História sem Fim... Um Inventário da Saúde Pública: São. Paulo, 1880-1930*. São Paulo: Ed. da Unesp, 1993.
- SÁ, L. D. de. *Parahyba, uma Cidade entre Miasmas e Micróbios: o serviço de higiene pública, 1895-1918*, 1999. Tese de Doutorado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- SAMPAIO, C. N. *Crisis in the Brazilian Oligarchical System: a case study on Bahia, 1889-1937*. Tese de Doutorado. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University, 1979.
- SCHWARTZMAN, S. *Bases do Autoritarismo Brasileiro*. Rio de Janeiro: Campus, 1982.
- SINGER, P. *Desenvolvimento Econômico e Evolução Urbana*. São Paulo: Cia. Editora Nacional, Ed. da Universidade de São Paulo, 1968.
- SKIDMORE, T. *Black into White: race and nationality in Brazilian thought*. New York: Oxford University Press, 1974.
- TELAROLLI JR., R. *Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Ed. da Unesp, 1996.