



A “COMISSÃO DE PROFILAXIA” E A PRODUÇÃO DE UMA BIOESTATÍSTICA SOBRE A SAÚDE E A DOENÇA NOS CANTEIROS DE OBRAS DA IFOCS (1932-1934)

THE “PROPHYLAXIS COMMISSION” AND THE PRODUCTION OF A BIOSTATISTICS ON HEALTH AND DISEASE IN THE IFOCS WORKS SITES (1932-1934)

Juciene Batista Félix Andrade*

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN



<https://orcid.org/0000-0002-4590-2951>

juciene.andrade@ufrn.br

RESUMO: O artigo analisa a documentação produzida a partir da experiência de campo de médicos e enfermeiras nas obras da IFOCS (açudes e estradas) durante a seca de 1932 nos estados do Ceará (1º. Distrito) e Rio Grande do Norte e Paraíba (2º. Distrito das Secas). Ele consiste na leitura do “Relatório da Comissão Médica de Assistência aos Flagelados do Nordeste de 1933”, que trata da avaliação, planejamento e ações voltadas para o enfrentamento das situações endêmicas e doenças nos canteiros de obras de açudagem e estradas que resultaram numa produção bioestatística. Metodologicamente, analisamos o material empírico atentando para o uso dos questionários, tabelas, gráficos, fichas como instrumentos para o levantamento do estado sanitário das obras da Inspeção Federal de Obras Contra as Secas (IFOCS). O quadro nosológico da região demonstrou para a Comissão que a precária educação sanitária e as aglomerações de trabalhadores requeria várias providências: organização de instruções para a instalação da assistência médica e profilática, vacinação oral tifo-disenterica nos canteiros de obras e cuidados voltados à primeira infância.

PALAVRAS-CHAVE: História das doenças, (Bio)estatística, História dos Sertões, IFOCS.

ABSTRACT: The paper analyzes the documentation produced from the field experience of doctors and nurses in the IFOCS works (dams and roads) during the drought of 1932 in the states of Ceará (1st District) and Rio Grande do Norte and Paraíba (2nd District of Droughts). It consists of reading the “Report of the Medical Commission for Assistance to the Scourges of the Northeast (1933)”, which deals with the assessment, planning and actions aimed at confronting endemic situations and diseases in the dam and road construction sites that resulted in biostatistical production. Methodologically, we analyzed the empirical material, paying attention to the use of questionnaires, tables, graphs and forms as instruments for surveying the health status of the works

* Doutora em História pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE/ PE). Professora do Curso de História, do Centro de Ensino Superior do Seridó (CERES)/UFRN. Professora do Programa de Pós-Graduação em História dos Sertões – CERES/UFRN. Pós-doutora pelo PPGH-UFCG.

of the 'Federal Inspectorate of Works Against Droughts' (IFOCS). The nosological situation of the region showed to the Comissão that the precarious health education and the agglomerations of workers required several measures: organization of instructions for the installation of medical and prophylactic assistance, oral typhus-dysenteric vaccination at construction sites and care aimed at early childhood.

KEYWORDS: History of diseases; (Bio)statistics; History of the Sertões; IFOCS.

INTRODUÇÃO

Aos 29 de dezembro de 1932, desembarcavam no porto de Cabedelo, Paraíba, os médicos e enfermeiras que compunham a Comissão Médica de Assistência e Profilaxia aos Flagelados do Nordeste. Ela foi recebida presencialmente pelo médico Leonardo Arcoverde, chefe do 2º. Distrito das Secas (Rio Grande do Norte, Paraíba e Pernambuco) e por Luiz Augusto Vieira, inspetor geral de obras contra as secas (IFOCS), por telegrama. Informados de que as ações seriam desenvolvidas nos campos de trabalho da repartição, a equipe foi dividida entre as obras de construção de açudes e estradas de rodagem nos estados do Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Paraíba.

O caráter missionário desta Comissão deve ser destacado face ao quadro de tragédia apresentado pelo prolongamento da estiagem no alvorecer da década de 1930. Ecos desta situação foram veiculados na imprensa da Capital Federal, Rio de Janeiro, a exemplo do que publicou o *Jornal do Commercio*, em 10 de abril de 1931: um telegrama emitido pela Associação Comercial de João Pessoa, Capital da Paraíba, e destinado ao Ministro da Viação e Obras Públicas, o paraibano José Américo de Almeida, descrevendo a situação dos “flagelados das secas da Paraíba”, repercutindo o quadro de miséria e clamando por uma ação do Governo Federal:

no sentido de serem enviados, com urgência, os meios necessários para socorrer, milhares de pessoas flageladas pela calamidade das secas inclementes que se *acham sem trabalho, sem alimento e sem amparo.* (grifos nossos).

Os famintos são em números incalculáveis, enchem estradas, villas e cidades, mendigando, e tendo já morrido de fome alguns á (sic) beira do caminho. A população, apiedada assiste, scenas (sic) desoladoras. O commercio, os agricultores e as outras classes já não podem socorrer o extraordinário numero de mendigos que continuam aumentando. Os famintos desesperados atacam feiras em várias localidades, arrebatando gêneros para mitigar a fome. (...) Grandes levas de retirantes buscam essa capital, fazendo receiar factos gravíssimos. (JORNAL DO COMMERCIO, 1931, p. 5).

Quando irrompia um período de estiagem, os sertanejos deixavam suas casas em busca de ajuda. As cenas de deslocamentos migratórios descritos na matéria acima apontam para situações ocorridas desde outras “secas”, a exemplo da “Grande Seca” de 1877/1879: com as estiagens prolongadas, a única saída para os sertanejos, que viviam da cultura de subsistência e rapidamente escasseava-se, era o deslocamento/migração para as capitais dos estados do Nordeste.

O drama sertanejo narrado pelo *Jornal do Commercio* consiste em mais um fio discursivo desta teia maior que compõe o imaginário das secas nos discursos políticos, literários e científicos. Chegava-se, recorrentemente, a uma situação limite e cada “seca” acabava por se tornar um marco próprio (1877, 1915, 1932) e atingia uma grande extensão da área que passou a ser nomeada como semiárido nordestino¹, nos estados do Ceará, Paraíba, Rio Grande do Norte, Pernambuco e Piauí.

Os deslocamentos populacionais geravam problemas: abarrotamento das estradas, invasão de cidades – com alterações significativas no seu cotidiano, em especial, o aumento da mendicância, dos famintos, doentes e mortos. Tomada pela piedade e medo, a população ficava consternada ao observar tais cenas: assistia a um cortejo da miséria crônica e temia pelas situações de descontrole, como as invasões das feiras e saques. Neste sentido, desde a seca de 1877/1879² foi se construindo uma gramática própria dos sujeitos anônimos das secas (flagelados, retirantes, miseráveis, famintos, mendigos, doentes).³ A caridade particular e ações mais localizadas, durante um certo momento, foram um tônico para ajudar esta massa, contudo, aos poucos, a intervenção do estado foi ocupando este espaço. Segundo Frederico de Castro Neves (2000), a intervenção do estado na gestão da pobreza vai ocorrendo gradativamente e mina o papel paternalista substituído gradualmente pelo estado Imperial e, a seguir, pelas instituições criadas para este fim, pelas IOCS (1909) e IFOCS (1919).

¹ Segundo relatório de obras da Inspeção Federal de Obras Contra as Secas (IFOCS), realizadas no triênio (1931-1933), desde 1930 “o Norte lutava contra a escassez de chuvas”. Esses eram os primeiros movimentos de reconhecimento de que se estava diante de um período de estiagem. Consultar Relatório de 1933.

² Segundo Luitgarde Oliveira, a “seca de 1877” estremeceu a população brasileira, primeiro pela difusão de suas imagens pela imprensa nacional e depois pela grande quantidade de mortos, “calcula-se que 150.000 mil faleceram de inanição indubitável, 100.000 mil de febres e outras doenças. 80.000 mil de varíola e 180.000 de alimentação venenosa ou nociva ou mesmo exclusivamente de sede” (2018, p. 64). Ver também: Guerra (1981) e Almeida (1980).

³ Rodolpho Teóphilo, farmacêutico e cronista dos jornais da cidade de Fortaleza, mostrou em sua obra *História da Seca do Ceará* (1922), que a cidade de Fortaleza foi testemunha do drama da seca em 1877/1879, visto que muitos retirantes/flagelados chegavam a cidade em busca de amparo. Frederico de Castro Neves em seu livro *Multidão e História: saques e outras ações de massas no Ceará* (2000), apontou que a seca de 1877 trouxe para a cidade de Fortaleza, a convivência de seus moradores com a mendicância, criminalidade, prostituição, doenças.

Portanto, em 1931 a Inspetoria Federal de Obras Contra as Secas (IFOCS) já tinha acumulado uma boa experiência em decorrência de sua atuação no combate às secas no espaço sertanejo do Norte/Nordeste por meio dos estudos científicos⁴ e da construção de obras estruturantes, especialmente açudes e estradas de rodagem.⁵ A Inspetoria incorporou uma ideia que prevaleceu nas secas anteriores: controlar os deslocamentos migratórios dos sertanejos em direção aos principais núcleos urbanos através de empregos provisórios nas obras públicas, em áreas específicas, e mantendo-os na proximidade de suas terras. Aos incorporar os sertanejos ao quadro de trabalhadores da IFOCS, tentou-se estabelecer um “controle” das correntes migratórias através da compreensão de que isto ajudaria na recolocação do mercado de trabalho quando a estiagem chegasse ao fim.

A reunião de um grupo de trabalhadores e suas respectivas famílias em determinadas áreas implicou também noutro desafio: lidar com as doenças. É desta experiência nos sertões, resultante do trabalho da Comissão, que se produziu uma bioestatística do sertanejo. Dessa forma, o ponto de observação desta análise focará na problematização de parte do material institucional – os relatórios de trabalhos da IFOCS entre os anos de 1931 e 1934. Sobressai deste material, o relatório da Comissão de Profilaxia⁶, que tratou da missão comissionada de médicos e enfermeiras ao Nordeste para averiguação e intervenção no estado sanitário dos espaços de trabalhos da Inspetoria.

Este material empírico é composto por quatro relatórios coordenados por médicos membros da missão ao Nordeste e que, a partir de suas experiências de observação, atuação e estudos, produziram dados que foram transformados em material que consideramos bioestatístico. Compostos por questionários, tabelas, gráficos e plantas-baixas, tratam da disseminação de doenças entéricas, imunização, alta taxa de mortalidade das crianças, modelos dos hospitais e postos sanitários a serem construídos nos canteiros de obras. Acrescente-se, os saberes científicos utilizados para analisar o quadro nosológico nas obras durante os anos de 1932 a 1933 nos estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba.

⁴ A Inspetoria de Obras Contra as Secas (IOCS) foi criada em 1909 com a missão de buscar uma solução para as estiagens do Norte/Nordeste, sendo o primeiro inspetor-chefe Miguel Arrojado Lisboa que antes de qualquer intervenção no Norte buscou sistematizar o conhecimento sobre a região. Conferir: Moraes (2018).

⁵ A partir dos anos de 1930, a Inspetoria Federal de Obras Contra as Secas (IFOCS) passou a trabalhar na lógica dos grandes sistemas. O escopo do programa foi a definição dos grandes sistemas de irrigação ao redor das grandes barragens.

⁶ Para efeito de narrativa neste texto, nos referiremos à “Comissão Médica de Assistência e Profilaxia aos Flagelados do Nordeste” como Comissão.

O relatório da “Comissão Médica de Assistência e Profilaxia aos Flagelados do Nordeste”, de 1933, foi apresentado ao diretor geral do Departamento de Saúde Pública⁷, Raul de Almeida Magalhães, e pelo médico José Bonifácio Paranhos da Costa, que chefiava a missão. O documento é um relatório composto por quatro partes: 1 – o relatório de orientação da Comissão e sua atuação na impressão do estado sanitário nos pontos de concentração dos operários e a “demonstração das impressionantes cifras de mortalidade de crianças” (RELATÓRIO, 1933); 2 – o relatório do médico Álvaro Garcia Rosa e a atuação direta nos pontos de concentração de flagelados em duas especialidades: Paraíba e Ceará; 3 – o relatório do médico Otavio de Oliveira e sua atuação direta em pontos de concentração de flagelados/trabalhadores do IFOCS nos estados da Paraíba e Rio Grande do Norte e 4 – uma análise da seca e estudos nosológicos, das doenças desenvolvidas em tempos de secas pelo médico Amadeu Fialho.

Como o relatório da Comissão de 1933 é um material muito denso, para fins deste texto, abordaremos três pontos: 1 – a bioestatística como ferramenta para interpretações das situações endêmicas e epidêmicas, 2 – as orientações da comissão médica para organização dos canteiros de obras, “formulação de instruções” dos postos sanitários e hospitais e 3 – a taxa de mortalidade de crianças vitimadas por doenças e alimentação inadequada.

Estes dados colhidos pela Comissão, na averiguação do estado sanitário dos trabalhadores, e das obras do IFOCS, e representados estatisticamente em gráficos, tabelas, modelos de plantas-baixas e hospitais constituem em nossa compreensão, uma bioestatística sertaneja.

UMA BIOESTATÍSTICA NA HISTÓRIA DOS SERTÕES

A estatística em definição é uma ciência que estuda a coleta, a organização, a análise e interpretação de dados por amostragem. Já a bioestatística⁸ pode ser entendida como um ramo da estatística aplicada ao estudo ou entendimento de fenômenos biológicos possíveis de serem analisados em demandas quantitativas, dentre os quais, as doenças. É comum a aplicação dos estudos bioestatísticos a determinadas situações para compreensão da evolução de endemias ou epidemias em um conjunto populacional. Sendo assim, uma

⁷ Segundo Ilana Löwy, “o movimento sanitário dos anos 1916-1920” teria levado à criação do Serviço de Profilaxia Rural, em 1919, e do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920 – órgão importante para a construção das bases de políticas públicas para saúde e bem estar social no Brasil.

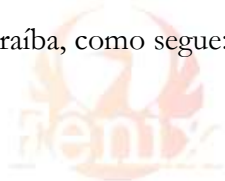
⁸ A bioestatística é a “aplicação dos métodos estatísticos para solucionar problemas biológicos”, captando e transformando dados em informações e conseqüentemente definindo estratégias de controle e atuações de equipes técnicas. No caso aludido, a bioestatística foi utilizada para analisar os quadros nosológicos dos campos de trabalhos da IFOCS nos estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba.

dada metodologia estatística aplicada a situações de excepcionalidade, como as secas, pode favorecer o planejamento de ações de contenção aos agentes causadores de doenças.

Lançamos mão das ferramentas conceituais da bioestatística para problematizar historicamente a evolução dos quadros epidêmicos nos canteiros de trabalhos, nas construções de açudes e estradas de rodagem da IFOCS na seca de 1932.

As observações *in loco* desenvolvidas pela equipe médica⁹ trazem a lume não apenas as doenças e a mortalidade geral, que por si só já se mostra como trágica, mas para a necessidade de uma medicina intervencionista com práticas analíticas e planejamento de ações. Assim, visava-se estabelecer parâmetros para o controle das doenças infectocontagiosas, disseminadas no ambiente de trabalho, através da organização do estado sanitário e coleta de dados junto aos canteiros de obras, por meio de amostragens.

Destaca-se, como primeira providência do grupo, a construção de um *questionário* direcionado a colher informações sobre as doenças entéricas e o estado sanitário das obras, “(...) dadas as informações que colhemos sobre o surto de febre tifoide e de disenteria que se alastrava entre a população de flagelados” (RELATÓRIO, 1933, p. 8). O *questionário* foi direcionado aos diretores de saúde pública dos estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba, como segue:



www.revistafenix.pro.br
Questionario

Trabalhadores recenseados?
Hábitos de higiene? Abastecimentos de água potável – em que condições?
Alimentação geral – adultos? Primeira infância?
Destino das dejeções e meios de colher? Há moscas? (...)
Qual a doenças ou a síndrome reinante? Incidência maior de doenças – adultos (homens ou mulheres) – crianças?
Há pessoas vacinadas contra a varíola? Em que percentagem?
Há pessoas vacinadas contra febre tifoide? (...)
Qual a vacina? Grupo tífico? Grupo tífico-disentérico? Via oral? Via hipodérmica?
Há incidência de doenças em pessoas vacinadas?
Qual a percentagem de doentes vacinados?
Os casos de doenças entéricas foram de diagnósticos – clínico? ou de laboratório?
Houve isolamento de doentes – nosocomial? ou domiciliar?
Houve verificação de portadores de germes de síndromes entéricas – Agudos? Crônicos? Passivos? (...) (RELATÓRIO, 1933, p. 8-9).

⁹ A comissão foi composta pelos médicos: José Bonifácio Paranhos da Costa (chefe da comissão), Álvaro Garcia Rosa, Otávio de Oliveira e Amadeu Fialho. As enfermeiras em ordem alfabética: Almira Pessoa de Melo, Araci Neves, Berila Pinto de Carvalho, Carmen Gonçalves, Cecy Clausen Lins (enfermeira chefe), Haidée Gongalez, Hercília Rique Fernandes, Isabel de Souza Bomfin, Iracema dos Guaranis Melo, Izaura Barbosa Lima, Margarida dos Passos Rosa, Maria Adelaide Wite, Nadir Coutinho, Maria Lima Torres, Safira Gomes Pereira, Zilda da Cunha Bastos.

A primeira pergunta do *questionário* foi se os trabalhadores eram recenseados. Essa pergunta é um reforço à problemática levantada no artigo relacionada à aplicação da bioestatística na leitura das situações epidêmicas transmutada nos gráficos que compõem o relatório. O recenseamento permitia o acesso a diversos tipos de informações, a exemplo do número de homens, mulheres e crianças, de onde provinham e como viviam. No caso dos trabalhadores das obras, estas informações eram colhidas no ato das contratações. Já as questões seguintes focavam na ideia de uma cartografia da higiene desses trabalhadores, sobre o abastecimento de água potável, alimentos, descarte dos dejetos humanos e a presença de moscas.

Seguindo o *questionário*, a inquirição encaminha-se em direção às doenças que eram mais constantes e quais suas principais vítimas, adultos ou crianças, visto que nos canteiros de trabalhos havia famílias inteiras.¹⁰ A seguir, questionava-se sobre a existência de pessoas vacinadas contra a varíola ou febre-tifoide e qual sua percentagem, se eram do grupo tífico ou tífico-disentérico e se as vacinas eram do tipo oral ou hipodérmica. Isto indica que havia um foco no combate à transmissibilidade através do uso de recursos tecnológicos, como a vacinação e o diagnóstico clínico e laboratorial.

As respostas recebidas foram transformadas em três gráficos que representavam a análise do estado sanitário das obras nos estados da Paraíba, Rio Grande do Norte e Ceará, respectivamente, conforme os gráficos a seguir:

¹⁰ No relatório de trabalho para o triênio 1931-1933, houve uma consulta do Inspetor Luiz Augusto Vieira ao ministro do MVOP, José Américo de Almeida, quanto a contratação de mulheres e crianças para os trabalhos nas obras em virtude da morte do pai ou da mãe.

Gráfico 1. Estado da Paraíba.

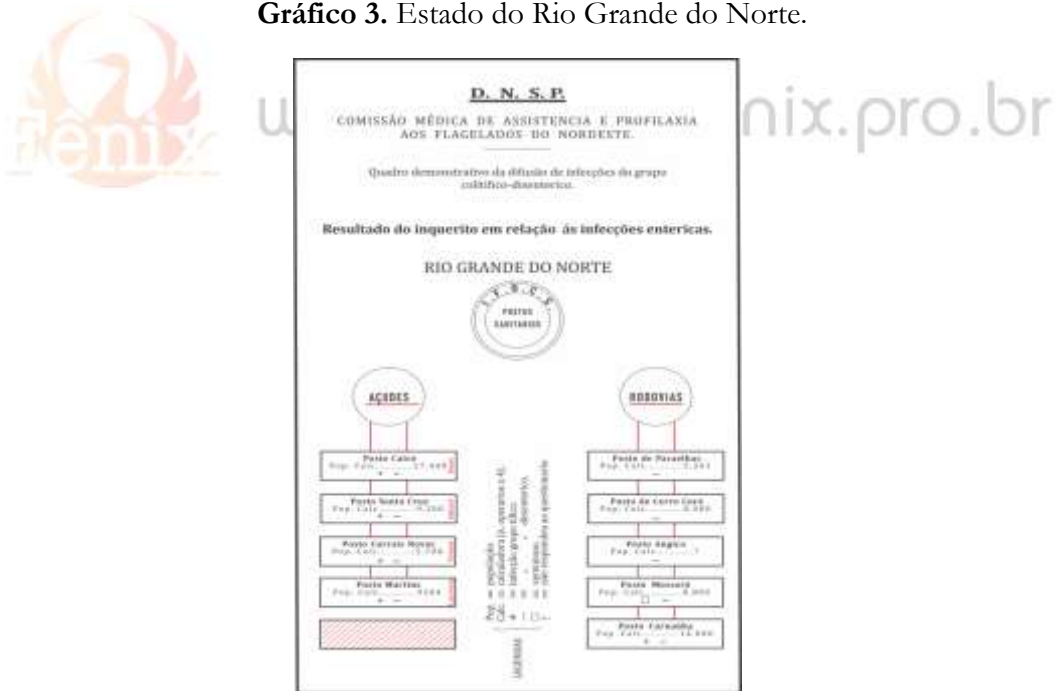


Gráfico 2. Estado do Ceará.



Fonte: Relatório da Comissão de Profilaxia – 1934. Fonte: Relatório da Comissão de Profilaxia – 1934.

Gráfico 3. Estado do Rio Grande do Norte.



Fonte: Relatório da Comissão de Profilaxia – 1934.

Do *questionário* enviado pela Comissão e seu retorno foram elaborados *gráficos* para representação do estado sanitário das obras de construção de açudes e estradas de rodagem. Conforme “os resultados do inquerito em relação às infecções intéricas” e suas respectivas análises, visualizou-se a disseminação das doenças do grupo entérico, que

debilitavam os trabalhadores e causavam sintomas como diarreia, febre e cólicas estomacais, o que era sinal do agravamento do estado sanitário.

Analisando os *gráficos* de forma geral, é possível identificar que cada nome do posto correspondia a uma localidade, a população calculada e as doenças que afetavam a população de trabalhadores, graças à legenda que identificava cada elemento do esquema: população, cálc. (n operários x 4), o sinal + (mais) significava infecção do grupo desentérico, o □ (quadrado) apontava para a presença de verminoses e o sinal de interrogação que consistia em “não resposta” ao *questionário*.

No caso das obras de açudagem, podemos exemplificar o Posto Santa Luzia do Sabugi, na cidade de Santa Luzia, Paraíba. A população calculada estava em torno de 3.583 trabalhadores, sendo identificado a presença de infecções do grupo tífico e desentérico¹¹ e “sem resposta” para as verminoses. Na construção de rodovias, o Posto Souza, na cidade de Pombal, não trazia as informações sobre a população calculada e apresentava apenas a presença do grupo tífico e desentérico. Por meio das respostas, transformadas em um esquema mais objetivo, os médicos e enfermeiras poderiam analisar, organizar e propor políticas de contenção das doenças nos canteiros de obras.

Analisando o diagrama, constata-se que a quantidade de trabalhadores nas obras do estado do Ceará era significativamente maior se comparado aos estados da Paraíba e do Rio Grande do Norte. Outrossim, conforme o segundo *gráfico*, o Ceará apresenta outra particularidade: os campos de concentração¹², como eram conhecidas as áreas em que os sertanejos flagelados eram abarracados em acampamentos, nomeadamente: Posto de Ipú, Cariós, Patú, Pirambu e Buriti.

O *gráfico* 03 refere-se ao estado do Rio Grande do Norte e aos postos sanitários construídos nas obras de açudes e rodovias. Segue o *esquema* dos gráficos anteriores ao apresentar o “Quadro demonstrativo da difusão do grupo colitífico-disentérico” resultante do questionário distribuído entre os diretores de saúde pública. A legenda é a mesma focando na população calculada de trabalhadores, infecções dos grupos tífico e “disentérico”, presença de verminoses e se não respondeu ao questionário.

¹¹ A disenteria é uma infecção intestinal causada pela ingestão de água ou alimentos contaminados. No caso, apresentava ainda uma relação com a bactéria *Echerichia Coli* e com os bacilos tíficos da febre tifoide. Levando em consideração os quadros endêmicos causados pela seca e a aglomeração de trabalhadores da IFOCS, a falta de água potável e de uma higienização inadequada, o quadro gerado era uma crescente detectada e representada nos gráficos elaborados pela Comissão.

¹² Denominação fornecida a acampamentos em que os flagelados ficavam retidos no intuito de impedir suas movimentação/migração pelos estados. Consultar o trabalho *Isolamento e Poder: Fortaleza e os campos de concentração na Seca de 1932*, de Kênia Rios.

A diferença desse gráfico ante os demais é que apresenta os postos das obras de açudagem e seus respectivos nomes: Posto Caicó, Açude Itans, Posto Santa Cruz, Açude Inharé, Posto Currais Novos, Açude Totoró, Posto Martins, Açude Lucrécia. Nesse gráfico, a concentração de operários das obras de açudagem, os grupos típicos e desentéricos predominaram como agentes causadores das doenças entre os operários. No caso das rodovias, havia a presença em sua totalidade do grupo desentérico em todos os postos, à exceção dos postos Mossoró e Carnaúba que continham o grupo de verminoses e típico, respectivamente.

Os gráficos são o resultado da investigação da Comissão na tentativa de diagnosticar o problema. O que ficou claro pela análise é que se enfrentava um inimigo biológico (bactérias do grupo típico disentérico) com rápido poder de disseminação e que se perpetuava em um ambiente de falta de água, práticas de higiene adequadas e diante de grandes aglomerações, conforme os gráficos demonstram. Ocorre que a Comissão encontrou um quadro bem desfavorável, segundo a “Inspeção aos pontos de concentrações de flagelados” a situação era:



A assistência médica aos flagelados foi improvisada rapidamente: em todos os pontos de concentração de operários havia médicos, enfermeiros, medicamentos, consultórios e alojamentos improvisados para doentes. A urgência do acometimento e o desenrolar de doenças, verificadas entre a população sofredora de flagelados, não permitiram, logo de início, um plano de assistência médica, e, principalmente de molestias infecto-contagiosas, vazado em moldes autorizados pela medicina moderna. Em cada capítulo referente a atuação direta dos nossos colegas de comissão, ficará objectificada a situação material verificada nos acampamentos de flagelados (RELATÓRIO, 1933, n. p.)

A Comissão se deparou com uma situação improvisada, sobretudo diante da rapidez com que a estiagem e as aglomerações dos retirantes em busca de socorro afluíram para as obras da Inspetoria em 1932.¹³ Pelo texto acima, percebe-se que foi montada uma equipe de médicos, enfermeiros, consultórios e alojamentos para acomodação dos doentes em cada obra, mas faltava a perícia para enfrentar situações de endemias surgidas das grandes aglomerações e, sobretudo, pela circulação de “molestias infecto-contagiosas” com práticas médicas mais modernas apoiadas em diagnósticos laboratoriais e isolamentos. Conforme exposto pelo Relatório, a posição da Inspetoria foi a de cumprimento dos

¹³ No Relatório de obras de 1933, aponta-se que a quantidade de pessoas em busca de trabalho, alimentos era tão grande que onde houvesse um rumor de obra em construção para lá se dirigiam os retirantes, tivesse a notícia fundamento ou não.

trabalhos técnicos, de provimento de recursos públicos às “zonas assoladas pelas secas” e de ter iniciado obras estruturais na lógica dos grandes sistemas¹⁴, medidas de iminência que abrandavam, mas não eram suficientes para resolver os problemas.

Contudo, após ter “percorrido extensas zonas do sertão” da Paraíba, do Ceará e Rio Grande do Norte, a Comissão se sentiu “(...) autorizada a formular instruções, para uma ação sinérgica e imediata, entre os serviços de assistência médica e os serviços de engenharia das obras contra as secas” (RELATÓRIO, 1933, p. 11).

A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS MÉDICOS DA INSPETORIA NA “SECA DE 32”

Antes da vinda da Comissão de Profilaxia, a organização do serviço de atendimento à saúde do trabalhador da Inspetoria no Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba estava a cargo dos Diretores de Saúde de cada estado, sendo os médicos Amílcar Barca Pelon, Robalinho Cavalcante e Celso Caldas e Guedes Pereira responsáveis pela superintendência, assistência, fiscalização e instruções na competência da direção da saúde, respectivamente. Em 17 de setembro, autorizado pelo Ministro da Viação e Obras Públicas, José Américo de Almeida, foi instaurado pela Inspetoria os serviços de assistência médica em colaboração com os interventores dos estados e os diretores de saúde. Neste sentido, um corpo reduzido de médicos, enfermeiros almoxarifes e guardas sanitários foi designado para trabalhar nas obras e assistência médica.

Já em novembro de 1932, o estado sanitário das obras se agravou, “assumiu aspeto (sic) imprevisto”. A referência é que diante da grande escassez de água, as epidemias¹⁵ circulavam entre os trabalhadores e faziam muitas vítimas. Este quadro atingia inclusive os funcionários do IFOCS, prova disto foi a morte do engenheiro Moacir Monteiro, coordenador da obra de construção do Açude Piranhas, na Paraíba, vitimado pelo tifo. Diante desse quadro calamitoso, foi solicitado ao ministro José Américo de Almeida, a vinda da Comissão médica que “orientando convenientemente a ação da Inspetoria iniciasse a campanha indispensável e inadiável de combate as moléstias infeto contagiosas que então grassavam com enorme intensidade” (RELATÓRIO, 1933, p. 55). O telegrama de 14 de dezembro de 1932 só reforça o pedido:

¹⁴ A ideia dos grandes sistemas significava construções de grandes barragens em zonas de maior densidade populacional com sistemas de irrigação no intuito de estabelecer as condições de vida. Áreas de grandes sistemas: sistema do Acaraú, Ceará; sistema do Alto Piranhas, Paraíba; sistema do Baixo Piranhas ou Assu, Rio Grande do Norte. Consultar Relatório do IFOCS para o triênio 1931-1933.

¹⁵ Termo utilizado no próprio relatório.

Levo conhecimento vossência estado sanitário algumas de nossas obras continua muito mau (...) perigo de vida principalmente infecção tifo franco desenvolvimento pt (...) Tenho como dever de consciência chamar atenção vossência esse fato pedindo permissão sugerir vinda missão médica aparelhadas vacinas e outros medicamentos intensificar combate contra melestias depauperaram e inutilizaram populações sertanejas pt (...). (RELATÓRIO, 1933, p. 55).

Luiz Augusto da Silva Vieira, inspetor da IFOCS, enviou este telegrama solicitando ao ministro a vinda de uma comissão médica, destacando que a difusão de doenças como o tifo e outras moléstias infecto-contagiosas já fazia parte do cotidiano dos trabalhadores e a tendência era de uma curva ascendente sem os métodos de barreiras adequados. Por extensão, a Comissão médica foi solicitada ao Ministério de Educação e Saúde Pública e, em 29 de dezembro de 1932, esta aportou em Cabedelo, cidade do estado da Paraíba, conforme já foi exposto, e foram distribuídos pelos 1º. e 2º. Distritos das Secas:

Mapa 1. 1º e 2º distritos das Secas



Fonte: Sistema Geodésico de Referência/SIRGAS 2000. Malha municipal do IBGE, 2020.

Esta divisão em distritos das secas foi uma maneira encontrada pelo primeiro diretor da Inspetoria de Obras Contra as Secas (IOCS), em 1909, Arrojado Lisboa, de espacializar e organizar as atividades investigativas da inspetoria no Norte/Nordeste (ANDRADE, 2020). Como exposto no Mapa 1, o Ceará é o 1º distrito e a sede provisória

da IFOCS, na cidade de Fortaleza, na seca de 1932, já os estados do Rio Grande do Norte, Paraíba e Pernambuco formam o 2º distrito, com sede em Natal.

O TRABALHO DA COMISSÃO DE PROFILAXIA

A primeira ação da Comissão foi a elaboração do minucioso *questionário* distribuído entre os diretores de saúde dos estados, tentando colher informações para se ter com razoabilidade uma noção do estado sanitário das obras e dessa forma, articular um programa de ação. De posse das informações e tendo montado *gráficos*¹⁶ que expunham a realidade a ser enfrentada, a Comissão formulou instruções para o serviço imediato de médicos e de engenharia nas seguintes medidas:

- a) Uniformisar os serviços de assistência médica aos flagelados dos três Estados aqui referidos nos moldes da organização verificada no estado do Ceará;
- b) Obter que os serviços de Saúde Pública desses Estados aparelhassem seus laboratórios de modo a poderem determinar, etiologicamente, as doenças infectuosas que apareçam, de carácter esporádico, endêmico ou epidêmico;
- c) Obter que os serviços de assistência médica aos flagelados proporcionem, aos médicos de cada posto, os meios de colheita de material para sucessivos exames de laboratório;
- d) Isolar os doentes agudos em hospitais de emergência, já formados, fazendo, em torno de cada centro de população, um serviço de vigilância, afim de surpreender, de início, as manifestações da doença;
- e) Prover os hospitais, em suas aberturas, de telas, para evitar a permanência de moscas e a sua poluição nas feses;
- g) Combater as moscas nos focos de posturas (sic) e proliferação (...);
- h) Proteger as fontes de abastecimento de água, boca de cacimbas e poços, (...) evitando a sua poluição pela manipulação da retirada da água, e afastando dessas fontes as fossas filtrantes e as habitações;
- i) Afastar imediatamente do leito dos aqüidos as habitações improvisadas dos trabalhadores;
- j) Não permitir que lidem com gêneros alimentícios indivíduos que forem acometidos de infecções intestinais, salvo si depois de sucessivas provas de laboratório, não serem portadores de germes;
- k) Nos diferentes postos de assistência médica cumpre aos profissionais indicarem os cuidados necessários de asseio e limpeza individuais, de alimentação, principalmente, á (sic) primeira infância;
- l) Será de grande vantagem para diminuir o índice de mortalidade infantil a organização rudimentar, embora, de distribuição de alimentos ás (sic) crianças da primeira infância;
- m) Fornecer aos doentes hospitalizados, independente de indenização de alimentos, a dieta indicada;
- n) Distribuir largamente entre os setores de atividades da IFOCS, folhetos de propaganda semelhante aos modelos organizados pelo

¹⁶ Na primeira parte do texto trabalhamos com os gráficos.

Centro de Saúde de Inhaúma do DNSP, quando houve o surto epidêmico de febre tifoide na Estação da Piedade;

o) Enfim, intensificar o emprego da vacina da vacina preventiva contra as infecção do grupo tífico-disentérico, como recurso de maior eficiência para situações iguais aos agrupamentos de operários que se verificam nos locais de atividade da IFOCS. (RELATÓRIO, 1933, p. 12-13)

Estas instruções estruturadas pela Comissão resultam muito da experiência dos agentes de saúde no combate às situações endêmicas enfrentadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP)¹⁷, na Capital Federal. Analisando as instruções da Comissão, constata-se que a primeira orientação é que os serviços de assistência a saúde fossem uniformizados nos três estados e seguissem o estado do Ceará¹⁸ como modelo de gestão na saúde.

Outro elemento importante, e que será recorrente em diversos pontos do relatório, é o aparelhamento dos laboratórios de diagnósticos nos estados para uma investigação precisa sobre a etiologia das doenças. É que a análise clínica não seria suficiente para garantir um diagnóstico seguro e preciso bem como a conduta adequada no combate às doenças e suas causas. Além disto, manifestam a preocupação com a colheita do material biológico para os exames precisos: a necessidade de tal prática como procedimental para os diagnósticos e a preocupação de preservação desse material, visto que muitas amostras eram colhidas longe dos laboratórios de base dos estados.

Sobre esta discussão, a historiadora Paloma Porto produziu interessante artigo sobre os regimes de prova e a presença dos laboratórios para o diagnóstico da Febre Amarela no Nordeste do Brasil. Porto analisa como na década de 1930, a partir da evolução das técnicas laboratoriais de diagnósticos, a saúde pública encontrou maior precisão na determinação da febre amarela, por suas palavras, “ (...) a visualização do próprio agente etiológico” (2020, p. 345).

Entre outras instruções, o isolamento do doente em hospitais de emergência existentes nas obras, foi outra recomendação importante, visto que a maior parte das pessoas viviam em um ambiente de aglomeração, como eram os canteiros de obras de construções de açudes e rodovias. O isolamento quebraria com a cadeia de contaminação preservando a saúde dos que ainda não estavam doentes.

¹⁷ O Departamento Nacional de Saúde Pública/DNSP foi criado pelo decreto nº 3.987 em 2 de janeiro de 1920, coordenado por Carlos Chagas. Esta instituição emergiu como pioneira da nacionalização das políticas públicas de saúde e saneamento do país. Segundo Hochman, a tendência do DNSP foi tornar-se uma estrutura mais complexa investindo em formação de profissionais peritos em saúde pública.

¹⁸ O médico Amílcar Barca Pelon, diretor de saúde do estado do Ceará, havia organizado uma rede eficiente de informações registradas, organização de pessoal técnico, hospitais e laboratório oficial.

Seguindo o protocolo, em semelhante recomendação, sugeriu-se a mudança de localização das casas ou acomodações improvisadas que ficassem perto das fontes de abastecimento de água. O objetivo era evitar a manipulação da água por pessoas doentes ou mesmo a existência de fossas próximas aos abastecimentos, protegendo o lençol freático da contaminação. O mesmo ocorria com os alimentos, evitando que fossem manipulados por pessoas com suspeita ou adoecidas de infecções intestinais.¹⁹ Outro encaminhamento foi a sugestão que qualquer abertura/frestas nos hospitais fossem teladas para evitar que moscas, que pousavam em fezes humanas ou de animais, infectassem o ambiente do hospital e fossem vetores de propagação de doenças.

A Comissão recorreu ao DNSP para solicitar a colaboração e atuação “(...) dos serviços da benemerita comissão Rockefeller de Profilaxia de Febre Amarela, organizados em todo o Interior dos Estados do Norte, pensamos obter dessa Instituição uma cooperação (...) a polícia de focos de mosquitos, e combate aos focos de moscas” (RELATÓRIO, 1933, p. 13). Foi informada a Comissão, a impossibilidade da colaboração em virtude da falta de verbas para custear os trabalhos da Rockefeller.

Como desdobramento dessa recomendação, surgiu outro ponto nodal da organização dos trabalhos de assistência à saúde dos trabalhadores, o tema da mortalidade infantil. Não era suficiente recomendar o asseio das crianças, mas um cuidado com as doenças e sua alimentação na primeira infância. Isso porque nos canteiros de obras da IFOCS, famílias inteiras se encontravam naquele espaço em busca de emprego. Nas recomendações é possível se notar uma ênfase maior nas crianças.

Nas instruções finais, detecta-se dois elementos importantes na organização da assistência à saúde: a propaganda de educação sanitária, a real necessidade de educar as pessoas para a saúde, dos cuidados de si, da higiene dos espaços. Lançou-se mão de folhetos de propaganda na intenção de educar e conscientizar. E o segundo elemento foi a imunização em massa dos operários das obras. A ideia era que a vacinação pudesse prevenir as infecções dos grupos tífico-disentéricos tão disseminados nos agrupamentos de trabalho. Não à toa, a Comissão reforçou junto ao DNSP a necessidade frequente do envio das vacinas anti-tífico-disentéricas.

¹⁹ Essa dinâmica só veio a reforçar o papel do diagnóstico laboratorial como um espaço de produção de saber e poder.

AS DISPOSIÇÕES ESPECIAIS: OS LABORATÓRIOS

Das disposições gerais ou instruções para organizações dos canteiros de obras da IFOCS, a indicação era que o arranjo do mesmo obedecesse “aos postulados de higiene relativos á (sic) formação de cidades”. Portanto, a organização dos acampamentos deveria ser pautada pelo planejamento, distanciamento, controle e vigilância no sentido de se antecipar e ter gerência diante dos problemas de administração de uma aglomeração de pessoas.

Dessa forma, o mesmo se sucedeu com a estruturação da assistência a saúde dentro do que se nomeou de “plano de centralização de direção técnica, administrativa e de fornecimento de medicamentos (...)” (RELATÓRIO, 1933, p. 27) estabelecido pelo médico Amilcar Pelon. Os serviços de assistência médico-profilática da IFOCS comportariam: a) um laboratório central de pesquisas; b) Postos sanitários; c) Hospitais; d) pequenos laboratórios nos Hospitais ou nos postos. São estruturas fundamentais e chama a atenção o foco nos laboratórios como espaços de produção de diagnósticos precisos. O laboratório central estaria preparado para a “elucidação de diagnósticos clínicos, para análises químicas e bacteriológicas, da fabricação de vacinas” e outros produtos que fossem necessários a assistência à saúde.

Nesse sentido, um personagem importante no estabelecimento das experiências e espaços de diagnóstico foi o médico Amadeu Fialho, anátomo-patologista e membro da Comissão de Profilaxia. O material de laboratório foi solicitado pela IFOCS orientado pelo diretor de saúde do estado do Ceará, o doutor Amilcar Pelon e coincidiu com a chegada da Comissão Profilática em Fortaleza. Diante disso, o Doutor Amadeu Fialho tratou de aproveitar a estrutura do laboratório bacteriológico do estado para torná-lo capaz de “atender as múltiplas solicitações de exames para diagnóstico das doenças do grupo coliforme-disentérico (...). Julgou também o Dr. Amadeu Fialho a necessidade de ser pedido, ao Departamento Nacional de Saúde Pública, um auxiliar técnico de laboratório (...)” (RELATÓRIO, 1933, p. 16).

Tendo rapidamente organizado a estrutura do ambiente do laboratório e contando com presença de pessoal técnico cedido pelo doutor Raul de Almeida Magalhães, diretor interino do DNSP, o laboratório bacteriológico encontrava-se pronto para atender às demandas da IFOCS e da cidade de Fortaleza.

A partir do mês de fevereiro de 1933, o laboratório começou a produção de vacinas anti-tifo-desentéricas, “(...) sua produção atingiu a três e quatro mil doses imunizantes por semana, de vacina oral” (RELATÓRIO, 1933, p. 16). Assim, da mesma

forma que organizou o laboratório bacteriológico, o médico Amadeu Fialho conseguiu um espaço na Santa Casa de Misericórdia em Fortaleza para organizar uma sala de necropsias, elemento indispensável para as investigações anatomo-patológicas.

Constatou-se que este quadro necrológico dos flagelados era provocado, sobremaneira, pela precária alimentação, como ingestão da alimentação braba²⁰, e pela falta de água potável, que conforme Josué de Castro, “as síndromes diarréicas que se associam ao edema como expressão de carência constituem fenômenos de graves consequências, (...) dificultando em extremos a higiene coletiva (...) facilitando o contágio e desenvolvendo por este meio epidemias de disenteria e de febre tifóide, que dizimam milhares de criaturas” (CASTRO, 1984, p. 221).

Dessa forma, os laboratórios e as práticas de necropsia reforçavam os diagnósticos de precisão, instituídos por meio de provas químicas e físicas e que reforçavam uma medicina ligada às novas técnicas de estabelecimentos de diagnósticos, fortalecendo o lugar da perícia e do perito²¹, do saber, das práticas científicas, instituindo uma economia tecnológica do saber poder. E como reforça Gilberto Hochman (2012, p. 57), “a hegemonia da bacteriologia significou a ênfase no diagnóstico, no combate pontual a doenças específicas causadas por agentes determinados (...)”.

A MORTALIDADE INFANTIL

No primeiro questionário utilizado pela Comissão e abordado anteriormente neste texto, as crianças foram um elemento de preocupação, pois sujeitas às doenças e má alimentação. Nas medidas encaminhadas à Inspeção Federal de Obras Contra as Secas, consta como substrato importante a assistência médica focada nas crianças, em particular ao asseio e à alimentação, principalmente a primeira infância. Diretamente nas medidas sugeridas cita-se a diminuição da mortalidade infantil com a distribuição de alimentos.

A atuação da Comissão pode ser entendida como um tentáculo das políticas públicas de saúde crescentes no Brasil a partir da década de 1930. Entre 1910-1920, as políticas de saúde estavam imbuídas com o Movimento Sanitarista, “sustentado em forte

²⁰ Segundo Castro, alimentação braba era composta por alimentos extravagantes que faziam parte do sertão. Farinha de macambira, de xique-xique, de Parreira brava dentre outras.

²¹ No relatório do médico Amadeu Fialho anatomo-patologista e laboratorista, percebe-se a ideia da perícia na área. Ainda há referências às técnicas de análises empregadas e doenças analisadas como a febre tifoide, a *Ceratoma* *Hemeralopia* (cegueira noturna em virtude de falta de vitamina A), infecções do tubo-entérico, as brônquio-pneumonias, supurações subcutâneas, Parasitoses (verminoses), Boubá (lesão cutânea causada pela bactéria *Treponema Pertinue*) autopsias etc. Todas essas doenças atingiam homens, mulheres e crianças. Cf. Relatório de Profilaxia de 1933.

ideologia (...) que apreogavam uma reforma sanitária para às áreas do interior do país que garantisse a presença do poder público nos ‘sertões’, o que resultou na criação de grande número de postos de profilaxia rural (...)” (FONSECA, 2007, p. 28).

Na década de 1930, depois do movimento “revolucionário”, muito das ideias do movimento sanitarista foram absorvidas pela implementação das políticas públicas de saúde da chamada “era Vargas”. Essas políticas públicas de saúde, segundo Cristina M. Oliveira Fonseca (2007, p. 31), foram instrumentos no processo de construção do Estado assim como alvo de “importantes ações do executivo (...)”. Dessas políticas públicas sociais, emergiram o MTIC (Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio) e MESP (Ministério da Educação e Saúde Pública). O primeiro era destinado ao atendimento previdenciário e dos interesses no mundo do trabalho formalizado, já o segundo estava voltado para “a vasta população urbana e rural que se encontrava à margem do mundo do trabalho – e portanto também à margem da cidadania regulada – constituirá a clientela para a qual seriam destinadas as políticas sociais de saúde (...)” (FONSECA, 2007, p. 38).

As políticas públicas de saúde do MESP irradiariam por todo o país, sendo possível detectá-las pela presença da Comissão Profilática enviada pelo DNSP, ligado ao MESP e solicitada pelo ministro da Viação e Obras Públicas, José Américo de Almeida. Estas ações do MESP estavam pautadas pela ideia de institucionalização de um bem estar social ou uma saúde pública combinada com uma medicina preventiva e curativa. Esse caráter aparece no relatório da Comissão da seguinte forma:

Medicina curativa e preventiva

A nossa experiência das condições de vida dos operários da IFOCS, serviço publico este de grande projeção no desenvolvimento econômico do país, acentuou a nossa convicção de que não é possível dissociar a medicina em dois ramos: preventiva e curativa. As medidas de medicina preventiva representam o ideal da arte medica, e como o ideal é produto do engenho humano, por vezes, fica a vida condicionada à medicina curativa, embora a aplicação dos meios desta tenham como principal objetivo prevenir o individuo contra imediatas e remotas conseqüências do mal, e á coletividade contra a propagação do mal. (RELATÓRIO, 1933, p. 21-22).

A proposta era que a medicina não apenas estabelecesse a cura, mas que possibilitasse a antecipação de situações, a prevenção por meio de medidas de cuidados e observações. Por isso, a Comissão instituiu medidas para a assistência a saúde dos trabalhadores da IFOCS na ideia de organização, antecipação, prevenção, distanciamentos e exames diagnósticos.

Segundo Fonseca (2007), no perfil da população atendida pelo MESP, havia uma preocupação especial com as crianças e as mulheres nas políticas públicas sociais. É o caso da análise do estado sanitário das obras da IFOCS feita pela Comissão, quando as crianças²² foram alvos da análise e foram elementos geradores de medidas “(...) destinadas, além de serviços especializados, prioridades nas estratégias elaboradas para os outros serviços mais gerais de saúde” (FONSECA, 2007. p. 49).

Os médicos e as enfermeiras da comissão profilática tiveram enorme trabalho para semear as novas práticas²³ de cuidados com a água, o asseio, a alimentação das crianças. O estado alimentar das famílias abarracadas era tão precário (composto de feijão, carne e farinha) que a Comissão ensinou a criação de lactários como assistência à saúde das crianças:



Foi assunto que para logo tivemos voltada nossa atenção, e que seriamente nos impressionou, da inconveniente e má alimentação, principalmente das crianças, que de algumas vimos reduzidas a um naco de rapadura com um ligeiro punhado de farinha. (...) Por que os Serviços fornecessem leite condensado, nós intensificamos o fornecimento e resolvemos que ao em vez de entregar à mãe da criança, lata inteira daquele produto, distribuí-lo já preparado, em vidros de capacidade certa e dosada, em diluição conforme era indicado. Organismos verdadeiro lactário de emergência, onde o leite era manipulado pelas nossas enfermeiras, em dependência especial, às vistas dos que iam ser atendidos, no duplo fim de ensinar-lhe o manejo e preparado, e os cuidados de asseio a serem conservados. (RELATÓRIO, 1933, p. 71-72).

A precária economia alimentar, reduzida, e sem abundância, a feijão, carne seca e farinha para as famílias, levou a Comissão a constituir lactários. Era uma alternativa necessária para nutrir as crianças na primeira infância, ensinar o preparo do leite condensado e uma chance de dar as orientações às mães para uma educação sanitária.²⁴

Entre as construções de açudes e rodovias, constatou-se que os índices de mortalidade infantil eram altos justamente em virtude de uma alimentação qualitativa e

²² Josué de Castro refletiu em sua obra *Geografia da Fome*, no capítulo “Área do sertão do Nordeste” como as crianças foram atingidas gravemente com as características das doenças de carência e em muitos casos chegando a involuir. As carências vitamínicas e protéicas acarretavam uma série de “edemas de fome” e “distúrbios tróficos”.

²³ As enfermeiras encetaram intensa campanha para ferver a água para cozer os alimentos, instalação de fossas adaptáveis aos meios, instalação de banheiros, uso obrigatório e sistemático do atestado de óbito

²⁴ A educação sanitária tinha como função responsabilizar as pessoas a cuidar de si próprias, educar para a noção de saúde por meio de conversas, instruções. O foco era mudar os hábitos, a exemplo da ferverdura de água, a cocção dos alimentos. Mas, na situação de absoluta precariedade esse movimento não era tão simples.

quantitativa baseada em: farinha e pobre em gordura. Segundo o relatório do médico Amadeu Fialho, não havia diferença entre o alimento do adulto e o da criança e apontou que a “distrofia farinácia” ligada à alimentação baseada em farináceos²⁵, provocava edemas nas crianças. O médico compara as condições alimentares dos sertões das secas à experiência da primeira Guerra Mundial em que as condições eram semelhantes pela “(...) miséria, escassez de alimento frescos, poucas substâncias azotadas²⁶, excesso de farináceos e por vezes abundância de sal” (RELATÓRIO, 1933, p. 154).

O Doutor Amadeu Fialho apontou que a distrofia farinácia²⁷, as avitaminoses²⁸ - falta de vitamina A, B, C geravam quadros graves do ponto de vista nutricional, somados ainda as dispepsias²⁹ que atingiam tanto adultos quanto crianças.

O gráfico abaixo foi composto pela sistematização dos óbitos de crianças em primeira infância, registrados pelo Departamento Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Norte, durante os cinco primeiros meses do ano de 1933. As mortes ocorreram durante a Seca de 32, em Caicó, na região do Sertão do Seridó, quando estava sendo construído o Açude Itans. Nessa obra, foram empregados muitos flagelados e suas famílias que buscavam trabalhos nas obras da IFOCS.



www.revistafenix.pro.br

²⁵ Orris Barbosa, jornalista paraibano autor de Seca de 32 faz referência que até crianças de peito comiam pirão de farinha. É um reforço aos problemas citados sobre distrofias farinácias no relatório da Comissão de Profilaxia pelo doutor Amadeu Fialho.

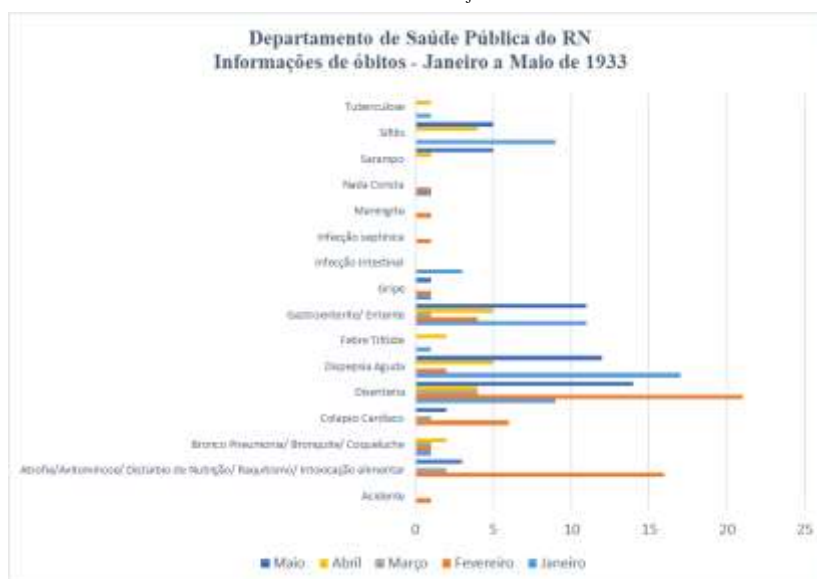
²⁶ Na química essa expressão quer dizer o mesmo que nitrogenado.

²⁷ A distrofia farinácia é causada quando o alimento exclusivo da criança se constitui de farinhas diluídas em açúcar ou sal.

²⁸ A carência das vitaminas pode ser compreendida como avitaminose. Segundo a Revista Brazil Médico de 26 de julho de 1919 cita o estudo do Dr. Gustavo Riedel em trabalho apresentado a Academia Nacional de medicina em 1918 apresenta estados mórbidos atribuídos a insuficiência de absorção de vitaminas e cita doenças como escorbuto, beribéri, raquitismo e outras doenças.

²⁹ A dispepsia é uma sensação de dor ou desconforto na parte superior do abdômen.

Gráfico 4. Doenças.



Fonte: Elaboração do autor.

O quadro calamitoso é sintoma da tragédia. Nos cinco meses têm-se 211 mortes, e nas fichas de óbitos infantis constam o nome, o sexo, a cor, a idade, o número do registro, a naturalidade, o domicílio, o local e data da morte, a causa primária e secundária do óbito. Das fichas registradas em Caicó, sistematizamos e agrupamos doenças muito semelhantes e constatamos que gastroenterite ou enterite, dispepsias agudas, disenterias e os distúrbios alimentares em seus variados graus foram as causas mais frequentes de mortes infantis nesse período, corroborando com as constatações do Relatório da Comissão de Profilaxia e a necessidade de medidas urgentes, justificando, portanto, a necessidade da atuação do estado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vinda da “Comissão Médica de Assistência e Profilaxia aos flagelados do Nordeste” como era intitulada, foi um pedido do ministro da Viação e Obras Públicas, José Américo de Almeida ao ministro da Saúde, a época Raul de Almeida Magalhães, para atender as demandas solicitadas pelo inspetor de Obras Contra as Secas o senhor Luiz Vieira.

Com a seca de 1932, o estado sanitário das obras de construções de açudes e estradas de rodagem, da Inspetoria Federal de Obras Contra as Secas (IFOCS), se agravou em virtude da aglomeração desordenada dos trabalhadores da repartição, com assistência médica deficiente, resultando em disseminações de doenças e mortes.

A função da “Comissão Profilática” era averiguar *in loco* a situação ou o estado sanitário das obras da IFOCS nos estados do Ceará, Pernambuco, Rio Grande do Norte e Paraíba e elaborar orientações para a repartição montar sua assistência médica aos seus trabalhadores.

Esse trabalho resultou no relatório da “Comissão Médica de Assistência e Profilaxia aos Flagelados do Nordeste”, documento que subsidiou nossas reflexões. Como trata-se de um documento extenso e denso, focamos em três elementos: a) a estatística, como um mecanismo que a Comissão lançou mão para construir uma leitura demográfica do estado sanitário das obras da repartição, e, a partir dela, instrumentalizar e tabular as informações em gráficos e tabelas, facilitando a tomada de decisões e prescrições de soluções; b) a elaboração das diretrizes gerais dos acampamentos da IFOCS destacando a preocupação com o arquivamento de dados, com a montagem das clínicas, hospitais e laboratórios de diagnósticos alinhados às modernas noções da medicina dos anos 30; e c) a constatação dos altos índices de mortalidade infantil, sobretudo, na primeira infância, e as doenças que mais acometiam os infantes, em virtude do quadro precário de subsistência dos trabalhadores e suas famílias.

O Relatório se constitui em um rico material de abordagem histórica em uma perspectiva de uma história dos sertões e das doenças e da saúde pelo olhar dos técnicos, médicos e enfermeiras ligados ao Departamento Nacional de Saúde Pública. Ele resulta num mapeamento das doenças endêmicas características das secas no Nordeste, a exemplo das disenterias, gastroenterites, dispepsias, distúrbios alimentares de todos os tipos, em uma descrição densa e minuciosa dos médicos responsáveis.

Este documento possibilita também enxergar os sertões pelo olhar da ciência no trabalho dos médicos e enfermeiras, das experiências das políticas públicas de saúde no combate às doenças endêmicas, na elaboração das diretrizes para a assistência médica aos trabalhadores da repartição. Revela-se também uma história social dos sertões pela perspectiva institucional, fragmentos de memória de uma história dos sertões, da saúde, do corpo e de uma bioestatística que, do ponto de vista empírico, encontra-se ainda pouco explorada.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, José Américo de. A Paraíba e seus problemas. 3 ed. João Pessoa, A **União**, 1980.

ANDRADE, Juciene Batista Félix Andrade. Os Sertões em Debate: Fronteiras, Secas e Instituições. **Revista Projeto História**, São Paulo, v. 69, p. 275-311, set-dez. de 2020. Disponível em: v. 69 (2020) (pucsp.br). Acesso em 29 mar. 2021.

BARBOSA, Orris. **Secca de 32**: Impressões sobre a crise Nordestina. Rio de Janeiro: Adersen- editores, 1935.

BARROS, Luitgarde Oliveira Cavalcanti. Valentia e Identidade Cultural. p. 55-84. In: BARROS, Luitgarde Oliveira Cavalcanti. **A Derradeira Gesta**: Lampião e Nazarenos Guerreando no Sertão. 3. ed. Rio de Janeiro, MAUAD, 2000.

BRASIL, Ministério da Viação e Obras Públicas/IFOCS. **Relatório da Comissão Médica de Assistência e Profilaxia aos Flagelados do Nordeste ano de 1933**. Rio de Janeiro: Heitor Ribeiro e CIA, 1936.

BRASIL, Ministério da Viação e Obras Públicas/IFOCS. **Relatório dos trabalhos realizados no triênio (1931-1933)**. Fortaleza/CE: Tipografia Minerva, 1934.

CASTRO, Josué. **Geografia da Fome**: pão ou aço. 10 ed. Rio de Janeiro: Antares, 1984.

FERREIRA, Luciana de Moura. **A Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza**: acolhimento de enfermos e educação para a saúde pública (1869-1889). Tese (Doutorado em Educação) – Universidade do Ceará, Fortaleza, 2017.

FONSECA, Cristina Maria Oliveira. Constituições de Políticas de Saúde no Brasil: modelos de inclusão social. p. 25-61. In: FONSECA, Cristina Maria Oliveira. **Saúde no Governo Vargas (1930-1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2007.

GUERRA, Paulo de Brito. **A Civilização da Seca**: O Nordeste é uma história mal contada. Fortaleza: DNOCS, 1981.

HOCHMAN, Gilberto. Quando a Saúde se torna Pública: Formação do Estado e Políticas de Saúde no Brasil. p. 21-87. In: HOCHMAN, Gilberto. **A Era do Saneamento**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

LÖWY, Ilana. A Febre Amarela e a “Saúde Pública” Norte Americana: A Fundação Rockefeller no Brasil (1920-1945). p. 133-195. In: _____. **Vírus, Mosquitos e Modernidade**: a febre amarela no Brasil entre ciência e política. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2006.

MORAEIS, Kleiton de Sousa. **O Progresso Descobre o Sertão**: A Inspeção de Obras Contra as Secas (1909-1918). São Paulo: Alameda, 2018.

NEVES, Frederico de Castro. **A Multidão e a História**: saques e outras ações de massas no Ceará. Rio de Janeiro: Relume Dumará; Fortaleza, CE: Secretaria da Cultura e do Desporto, 2000.

PORTO, Paloma. Regimes de Prova: a presença do laboratório no combate a Febre Amarela no Nordeste brasileiro (1916-1930). p. 345-367. In: SOUZA, Christiane Maria Cruz de; SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes da; BATISTA, Ricardo dos Santos. **Quando a História encontra a Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2020.

RIOS, Kênia Sousa. **Isolamento e Poder**: Fortaleza e os campos de concentração na seca de 1932. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2014.

THEOPHILO, Rodolfo. **História da secca do Ceará (1877-1880)**. Rio de Janeiro: Imprensa Inglesa, 1922.

ZAROS, Lilian Giott; MEDEIROS, Henrique Rocha de. **Bioestatística**. 2. Ed. Natal: EDUFRN, 2011.

 www.revistafenix.pro.br
RECEBIDO EM: 05/04/2021 PARECER DADO EM: 19/08/2021