



INTERIORIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL: O SERVIÇO DE SANEAMENTO RURAL E O CONTROLE DAS ENDEMIAS RURAIS NA BAHIA (1920- 1930)

INTERIORIZATION OF HEALTH CARE IN BRAZIL: THE RURAL SANITATION SERVICE AND THE CONTROL OF RURAL ENDEMIC DISEASES IN BAHIA (1920-1930)

Ricardo dos Santos Batista*

Universidade do Estado da Bahia – UNEB

Universidade de São Paulo – USP

 <https://orcid.org/0000-0002-7959-5929>

kadobatista@hotmail.com

Christiane Maria Cruz de Souza**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia – IFBA

 <https://orcid.org/0000-0001-9716-7891>

chriscruz160@gmail.com

RESUMO: Este texto tem como objetivo avaliar o papel desempenhado pelos Postos de Saneamento Rural na Bahia, entre 1920 e 1930, a partir do estudo aprofundado sobre o Posto de Saneamento de Ilhéus, no contexto de interiorização da assistência à saúde no Brasil. As fontes utilizadas foram as mensagens dos governadores, os Relatórios do Diretor Geral da Saúde Pública da Bahia, os Relatórios da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública da Bahia, os Relatórios dos chefes dos Postos de Saneamento Rural e notícias de jornal, compreendidas como portadoras de interesses dos indivíduos que as construíram. As fontes foram analisadas como vestígios produzidos por pessoas em determinado momento e que transmitem suas crenças, valores e ideais. Foi possível observar as inúmeras outras atividades realizadas no Saneamento Rural, para além do controle das endemias do campo. Além disso, compreende-se que não bastava que as autoridades

* Professor do Programa de Pós-graduação em História da Universidade do Estado da Bahia e Pós-doutorando na Faculdade de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo. Doutor e mestre em História Social pela Universidade Federal da Bahia.

** Membro do Núcleo de Tecnologia em Saúde do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia. Doutora em História das Ciências e da Saúde pela Casa de Oswaldo Cruz (Fiocruz).

políticas locais e estaduais estivessem em coalizão para que o financiamento das ações fosse regular, cumprindo o que era determinado pela legislação.

PALAVRAS-CHAVE: Interiorização da saúde, Saneamento Rural, Postos de Profilaxia Rural.

ABSTRACT: This paper aims to evaluate the role played by Rural Sanitation Posts in Bahia, between 1920 and 1930, based on an in-depth study of the Ilheus Sanitation Post, in the interiorization of health care in Brazil. The sources used were the governor's messages, the Reports of the Director General of Public Health of Bahia, the Reports of the Secretariat of Health and Public Assistance of Bahia, the reports of the heads of the Rural Sanitation Posts and News from the newspaper, understood as having interests of the individuals who built them. The sources were analyzed as traces produced by people at a given time and that transmit their beliefs, values and ideals. It was possible to observe the numerous other activities carried out in Rural Sanitation, in addition to the control of endemic diseases in the field. In addition, it is understood that it was not enough for local and State political authorities to be in coalition for the financing actions to be regular, as required by law.

KEYWORDS: Health interiorization, Rural Sanitation, Rural Prophylaxis Stations.

Através deste texto, pretende-se avaliar o papel dos Postos de Saneamento Rural no processo de interiorização da assistência à saúde na Bahia entre 1920 e 1930. Deseja-se analisar a presença progressiva do Estado no interior da Bahia, materializada pelo número crescente de Postos de Saneamento Rural, implantados após acordo celebrado entre os baianos e o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Ao longo desta reflexão, objetiva-se, igualmente, compreender contextos políticos, sociais e sanitários em que ocorreu a progressiva interiorização, ampliação e centralização das ações e serviços de assistência à saúde protagonizada pela União, a despeito do pacto federalista celebrado pela Constituição de 1891.

O recorte cronológico escolhido tem como marco inicial a criação do primeiro posto de saneamento rural em Periperi, após o contato do Governo do Estado com a Fundação Rockefeller em 1920, e finaliza em 1930, quando a “revolução de 1930” modificou a política brasileira, com incidência, também, sobre a constituição das políticas sanitárias.

O texto se divide em quatro seções: na primeira analisam-se o contexto e os primeiros passos em direção a uma maior presença do Estado no interior da Bahia, pelas ações de controle de endemias e epidemias rurais; na segunda, a multiplicação dos Postos de Saneamento Rural ao longo do acordo entre o estado baiano e a União, a partir de 1921; em seguida, o foco recai sobre a dinâmica do Posto de Saneamento Rural de Ilhéus, uma cidade de grande importância no contexto político e econômico da Bahia naquele

momento, com ênfase nas atribuições do Chefe do Saneamento Rural, Gil Guimarães; e, por fim, analisam-se as principais endemias rurais presentes em Ilhéus.

As reflexões apresentadas se apoiam em fontes primárias como as mensagens dos governadores, os Relatórios do Diretor Geral da Saúde Pública da Bahia, os Relatórios da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública da Bahia, os Relatórios dos chefes dos Postos de Saneamento Rural e notícias veiculadas na imprensa.

OS PRIMEIROS PASSOS...

Até pelo menos a década de 1920, a Bahia era um estado predominantemente rural cuja maioria dos habitantes vivia no campo, em condições de vida, trabalho e saúde extremamente precárias (SOUZA, 2013, p. 43-82). Os relatórios de médicos de comissões sanitárias e de missão médico-científica do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), divulgados na Capital Federal após viagens pelo Brasil profundo, revelaram a triste realidade da população pobre do interior da Bahia: vivia no mais completo abandono, vítima do assédio contínuo das epidemias, de doenças transmissíveis como a peste, a malária, a varíola e a febre amarela, e de flagelos endêmicos como a doença de Chagas, o tifo, a difteria, a ancilostomíase, a sífilis, a tuberculose e a pneumonia (VELLOZO, 1912; NEIVA; PENNA, 1916; PENNA, 1918).¹ A divulgação dos relatórios dos cientistas do IOC na Capital Federal, contudo, foi importante porque colocou a questão da saúde pública na agenda nacional, pressionando, cada vez mais, por um comprometimento dos gestores das diversas instâncias e mobilizando as elites nacionais, regionais e locais (CASTRO SANTOS, 1985; HOCHMAN, 1998; LIMA, 1998; SOUZA, 2009).

Para Eduardo Mendes Vellozo (1912), médico a serviço da comissão federal de combate à malária e à febre palustre no interior da Bahia, as precárias condições de vida da população eram fatores predisponentes às doenças que campeavam no interior do estado. Os sertanejos se abrigavam em casebres com paredes de taipa, assoalho de barro batido, coberto com palhas de pindoba ou ouricuri, que mal os protegia das intempéries e do ataque de animais nocivos (VELLOZO, 1912). A alimentação era deficiente, rica em

¹ As viagens técnicas e médico-científicas e as missões militares permitiram a realização de estudos etnográficos, a revisão de mapas cartográficos e o conhecimento da fauna e da flora local, além da consequente divulgação das condições de vida no interior do país (LIMA, 1999, p. 55-89). Dentre estas viagens, as missões requisitadas pela Inspetoria de Obras Contra as Secas, ao Instituto Oswaldo Cruz, na década de 1910, tinham como objetivo fazer um levantamento das condições de saúde dos habitantes da região do Rio São Francisco e outras partes do Nordeste e do Centro-Oeste (LIMA, 1999, p. 84). Os relatórios de Adolpho Lutz e Astrogildo Machado (1915) e Belisário Penna e Arthur Neiva (1916) estão disponíveis em: <http://memorias.ioc.fiocruz.br>.

carboidratos e gordura, a água consumida não era filtrada, havendo grande consumo de álcool e fumo. Januário Costa (1912), médico comissionado pelo estado durante os surtos de “febres” e de disenteria em Santo Amaro, também considerava o abuso do álcool, a má alimentação, as precárias condições de moradia, o uso de águas “impuras” e os “despejos e dejeções” em via pública, como fatores predisponentes da doença que eclodiu no município em 1912.

Vellozo (1912) argumentava que as condições materiais de vida do sertanejo somadas à extensão da área a ser saneada e à falta de recursos dos municípios, que mal davam conta das suas despesas, contribuíam para dificultar a ação do governo na erradicação das doenças endêmicas e epidêmicas. Já Oswino Álvares Penna, médico da expedição científica chefiada por Adolpho Lutz ao antigo Norte do Brasil, responsabilizava os governos municipais e estaduais pela falta de serviços de profilaxia ou qualquer outro tipo de investimento na higiene pública (PENNA, 1918).

As elites da Bahia não ignoravam e nem eram completamente indiferentes às condições de vida e de saúde da população. As crises epidêmicas revelavam as limitações ou inexistência de serviços de saúde nas localidades atingidas. Discussões travadas na imprensa, nos meios acadêmicos e políticos, bem como as cartas, relatórios e pareceres de engenheiros e médicos, levavam questões de saúde pública ao conhecimento das autoridades públicas e da camada letrada da sociedade (SOUZA, 2009). Progressivamente, as elites se conscientizavam da relevância de trabalhar em prol da saúde pública – as doenças, especialmente as transmissíveis, contaminavam ricos e pobres, roubavam braços do trabalho, afetavam o consumo e a produção de bens, afastavam investidores estrangeiros, interferindo negativamente na economia. Os mais abastados começavam a compreender, também, que as responsabilidades e os custos de prover a assistência à saúde dos desvalidos eram assumidos de forma desigual entre seus pares, passando a defender uma maior ação por parte dos poderes públicos. Todavia, reconheciam-se as dificuldades enfrentadas pelos Governos do Estado e dos municípios para a implantação de políticas públicas de saúde amplas, compulsórias, permanentes e eficazes – não só faltavam a estes poderes públicos os recursos técnicos e financeiros necessários, como também a pulverização de competências e de atribuições entre as instâncias federal, estadual e municipal dificultava as ações no âmbito da saúde pública.

A primeira Carta republicana garantia a autonomia dos estados e dos municípios. A União só poderia intervir nos estados em casos de calamidade pública, como os de grave crise epidêmica, se solicitada, ficando responsável apenas pela profilaxia dos portos fluviais

e marítimos do país. Na repartição de papéis, ficou ao encargo dos entes federados a implantação de serviços e de medidas de prevenção e tratamento das doenças transmissíveis, especialmente as epidêmicas. A cargo dos municípios estavam o saneamento do espaço público; a fiscalização dos alimentos e bebidas; o serviço de vacinação; o socorro a acidentes; a oferta de asilos, creches, hospitais, maternidades; a estatística demográfico-sanitária; dentre outras responsabilidades (SOUZA, 2009, p. 58-89).

Ao longo do tempo, contudo, esta divisão de atribuições mostrou-se limitada em face aos desafios impostos pelas mudanças no cenário político, social e econômico do país no período subsequente à Abolição e à proclamação da República. No caso da Bahia, havia uma insatisfação de gestores e autoridades sanitárias não só com a pulverização de atribuições, como também pela sobreposição de medidas e desperdício de recursos públicos causados pela omissão ou ineficiência das instâncias federal e municipal no cumprimento dos papéis determinados pela legislação em vigor. Gestores, conselheiros e inspetores de saúde queixavam-se da inoperância da Inspetoria de Saúde do Porto, que não cumpria ou executava mal a tarefa de fiscalizar e sanear as embarcações que ancoravam nos portos da Bahia, ao tempo em que impedia o governo do estadual de tomar as medidas necessárias para impedir a invasão de doenças transmissíveis (SOUZA, 2009, p. 58-69).

De outro lado, as alegadas debilidades técnicas e econômica do estado e dos municípios eram um entrave para a promoção do saneamento urbano e rural (SOUZA, 2009, p. 42-57). Amparados pela legislação, sucessivos governadores da Bahia concentraram-se em legislar e constituir, na capital, uma estrutura mínima para o controle e tratamento das doenças epidêmicas (SOUZA, 2009, p. 58-89). As ações do Governo do estado no interior eram pontuais ou emergenciais – subsidiavam hospitais fundados por instituições filantrópicas em alguns locais, nomeavam inspetores de higiene para realizar a vacinação, distribuíam vacinas e socorriam os municípios com médicos e remédios em períodos de epidemia (SOUZA, 2020, 82-113).

Em relatório de 1921, o Diretor Geral da Saúde Pública da Bahia, Gonçalo Moniz (1921, p. 452-453) informava que há muito tempo desejava estabelecer um serviço para o controle das endemias rurais, especialmente contra as parasitoses intestinais e a malária, mas não pôde efetivar seu objetivo porque epidemias de febre amarela, gripe e varíola, que irromperam, sucessivamente, nos anos de 1918 e 1919, consumiram os poucos recursos do estado.

Neste período, as parasitoses intestinais, principalmente a ancilostomíase, infestavam todo o território baiano, incapacitando a população para o trabalho e afetando,

negativamente, o quadro de mortalidade infantojuvenil (SOUZA, 2009, p. 261-299). A falta de educação e de condições materiais de vida para adotar práticas básicas de higiene individual, doméstica e do meio-ambiente, assim como a escassez e a péssima qualidade das águas consumidas, a falta de um sistema eficiente de esgotamento sanitário, problemas não superados pelos poderes públicos da capital e do interior, eram fatores que contribuíam para a proliferação das parasitoses na Bahia.

Grande, também, era o número de casos e de óbitos por malária na Bahia (SOUZA, 2009, p. 53). A enfermidade era praticamente endêmica no estado, mas havia pouca repercussão e mobilização em favor da sua erradicação, dada a errônea percepção de que esta atingia apenas as camadas mais pobres da população e, portanto, não afetava os negócios. As autoridades sanitárias argumentavam que a profilaxia da malária era dificultada pela grande extensão da área a ser saneada e pelo custo das obras de saneamento – entulhamentos, drenagens e limpeza de valados, rios e riachos – e hidráulicas, que estavam ao encargo de municípios cujos recursos mal cobriam as despesas orçamentárias. Ademais, a elevação do preço do quinino e as falsificações do produto, por falta de fiscalização, contribuíam para inviabilizar o tratamento da doença entre as populações mais pobres (PLANTAE..., 8 mai. 1918, p. 1).

A febre amarela, contudo, era uma doença que preocupava muito o Governo Federal e, por extensão, o governo estadual, por afastar investidores e negociantes estrangeiros dos portos infectados, portanto, a Bahia contava com um Serviço Especial de Saneamento instituído na primeira gestão de José Joaquim Seabra (1912-1915). O serviço de profilaxia da febre amarela consistia basicamente em extinguir o mosquito transmissor e suas larvas, além de proceder à vigilância médica dos passageiros provenientes de portos suspeitos. Todavia, a lei previa a dissolução do serviço pelo governo, com anuência do Diretor Geral da Saúde Pública, assim que o surto da doença se extinguisse (BAHIA, 1913. Art. 54). O governo de Moniz de Aragão (1916-1920) deu continuidade ao serviço, embora este funcionasse com pessoal reduzido em períodos de declínio da febre amarela (MONIZ DE ARAGÃO, 1920, p. 86-87).

Quando Carlos Chagas assumiu o cargo de Diretor Geral da Saúde Pública no Distrito Federal, deliberou que os serviços de profilaxia da febre amarela nos estados do Norte fossem submetidos à direção de autoridades sanitárias federais. A partir de 24 de novembro de 1919, o serviço de profilaxia da febre amarela foi desligado completamente da Diretoria Geral da Saúde Pública da Bahia, passando à superintendência e custeio da União (MONIZ, 1921, p. 416-417).

Para dirigir a repartição, foi nomeado o médico baiano Clementino da Rocha Fraga, que possuía experiência na área: entre os anos de 1906 e 1910, trabalhou como inspetor sanitário no Rio de Janeiro, sob o comando de Oswaldo Cruz, na campanha contra a febre amarela e, em 1917, chefiou a Comissão Sanitária Federal do Rio de Janeiro voltada para o controle da doença (MONIZ DE ARAGÃO, 1920, p. 90; CLEMENTINO FRAGA, 2021). Além da competência, Fraga tinha construído uma rede de contatos na Capital Federal, não só durante a sua atuação como inspetor sanitário ou quando chefiou a comissão, mas também quando assumiu a direção do Hospital Deodoro durante a epidemia de gripe espanhola ocorrida em 1918.

Neste período, a imprensa baiana divulgou o conteúdo de um telegrama enviado por Carlos Chagas ao governador da Bahia enaltecendo o trabalho realizado por Clementino Fraga e de outros médicos baianos que atuaram no Rio de Janeiro durante a epidemia (SOUZA, 2009, p. 159). Não à toa, portanto, foi Clementino Fraga, então Deputado Federal, quem representou Governo do Estado na assinatura do acordo com o DNSP, em 15 de abril de 1921, para a realização dos serviços de Profilaxia Rural (MONIZ, 1921, p. 35).

Em relação à constituição do DNSP, o Diário Oficial da União, de 15 de setembro de 1920, publicou o regulamento para o funcionamento do órgão subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, dividindo-o em três diretorias: Diretoria dos Serviços Sanitários Terrestres, Diretoria da Defesa Sanitária Marítima e Fluvial e Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural, todas subordinadas a uma Diretoria Geral (BRASIL, 1920). A Diretoria Geral era responsável também pelas Inspetorias de Estatística e Demográfico-sanitária, de Engenharia Sanitária, de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, de Fiscalização do Exercício da medicina, farmácia, arte dentária e obstetria, e pelos serviços de Assistência Hospitalar e de Higiene Infantil. À Diretoria de Serviços Sanitários e Terrestres incumbiam as Inspetorias dos Serviços de Profilaxia, de Fiscalização dos Gêneros Alimentícios e de Profilaxia da Tuberculose. Já a Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial tinha sob sua administração as Inspetorias de Profilaxia Marítima, de Saúde do Porto do Rio de Janeiro, Inspetoria dos Portos dos Estados, Delegacias de Saúde Marítimas, Lazaretos, Hospital Paula Cândido e Estações de Desinfecção. E, por fim, a Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural se responsabilizava pela superintendência administrativa e orientação técnica de todos os serviços de higiene e saúde pública por ela executados nos estados, nas zonas rurais do Distrito Federal e no Território do Acre (BRASIL, 1920, p. 15543, 15599).

Para estabelecer o acordo entre a Bahia e o DNSP, o governador José Joaquim Seabra enviou um telegrama garantindo obter o compromisso dos poderes legislativo estadual e municipais na criação de leis que regulamentassem a parceria (MONIZ, 1921, p. 38). Esta providência atendia à primeira cláusula, que determinava que o estado da Bahia era obrigado “a promover a aceitação pelos municípios de todas as leis sanitárias, instruções e disposições do Departamento Nacional de Saúde Pública” (MONIZ, 1921, p. 35-36). A cláusula era importante para garantir o funcionamento do serviço em vista da autonomia dos municípios e do recrudescimento da oposição dos chefes políticos locais que não se dobraram ao domínio de Seabra.

Outra cláusula do acordo reforçava a posição centralizadora da União ao estabelecer que os serviços seriam executados “sem intervenção de qualquer autoridade estadual ou municipal, pelas comissões do Departamento Nacional de Saúde Pública” (MONIZ, 1921, p. 36). Ao final do acordo, havia um adendo informando que “as partes contratantes resolveram aceitar a colaboração da Rockefeller Foundation, para a execução dos serviços de profilaxia”, que, na altura, tinha um acordo de colaboração com o DNSP (MONIZ, 1921, p. 37-38).

A Fundação Rockefeller era uma instituição de caráter filantrópico e de atuação global que atuou na tentativa de erradicar doenças, assim como na formação de quadros de médicos e profissionais sanitários a partir do Relatório Flexner, publicado em 1910 (FARLEY, 2004). Um dos seus objetivos era impedir que doenças transmissíveis se propagassem, atingindo os Estados Unidos, garantindo, ao mesmo tempo, a livre circulação de pessoas e a realização de negócios com os países do continente. Em 1915, surgiu o interesse em estabelecer parcerias com países influentes e economicamente bem posicionados na América Latina, através da *International Health Commission* (IHC), com o objetivo de empreender campanhas sanitárias e pesquisas científicas (CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 49). O Brasil assumia posição de liderança entre os países latino-americanos, além de possuir uma tradição médica em pesquisa e controle de doenças transmissíveis e parasitoses, por isso foi escolhido pela Fundação para a realização dos seus objetivos (CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 49; PONTES, 2007, p. 28).

Neste mesmo ano, foram enviadas Comissões para estabelecerem os primeiros contatos e identificarem possíveis áreas de atuação para o controle de doenças como a ancilostomíase, a malária e a febre amarela. No ano seguinte, os representantes da *International Health Commission* começaram a estabelecer acordos com os estados brasileiros interessados em desenvolver pesquisas científicas e campanhas sanitárias, sendo o Rio de

Janeiro o primeiro a firmar parceria com a Fundação, seguido pelo Distrito Federal, Minas Gerais e São Paulo (CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 67-71).

A *International Health Commission* já havia demonstrado interesse em atuar na Bahia, aguardava apenas o convite para visitar o estado. A Bahia atendia aos interesses e pré-requisitos da IHC: ainda que enfrentasse algumas dificuldades no período, era um importante polo econômico do então Norte do país, o que poderia resultar em futuros contratos de obras de saneamento, hídricas, etc.; possuía uma Faculdade de Medicina e uma tradição em pesquisa de doenças tropicais; havia uma estrutura organizacional prévia para dar suporte às ações de saneamento e profilaxia rurais.

De outro lado, há muito tempo o Diretor Geral da Saúde Pública da Bahia, Gonçalo Moniz, desejava estabelecer um acordo com a Fundação Rockefeller para a criação e custeio do serviço de saneamento e profilaxia rural na Bahia, a exemplo do que já ocorria em outros estados. Em 1918, o médico havia entrado em contato com L. W. Hackett, diretor da *International Health Commission* no Brasil, solicitando uma visita da Comissão ao estado, para estabelecer um acordo entre o estado e a Fundação. Naquela altura, contudo, a parceria não se efetivou por conta das dificuldades impostas pela Primeira Guerra Mundial e da eclosão sucessiva das epidemias de febre amarela, gripe e varíola nos anos de 1918 e 1919, que consumiram todos os recursos do estado (MONIZ, 1921, p. 452-453).

Em dezembro de 1919, Hackett veio à Bahia acompanhado pelo médico Paes de Azevedo, encarregado de tomar as medidas iniciais para implantação do serviço de profilaxia, que consistiam em identificar as cidades de maior importância econômica para a Bahia e realizar um grande volume de “exames coprológicos e hematológicos”, para determinar quais localidades eram mais infestadas pelas parasitoses intestinais (MONIZ, 1921, p. 453). Estes eram critérios de escolha das localidades onde seriam implantados os postos na Bahia. Na ocasião, estabeleceu-se uma parceria entre o Governo do estado e a Comissão Rockefeller. Mario Jansen de Farias foi designado para chefiar o serviço (MONIZ, 1921, p. 453-454).

O primeiro posto passou a funcionar a partir de 8 de dezembro de 1920, no então arraial de Periperi, em Pirajá, onde se instalaram várias fábricas e moravam operários e lavradores (MONIZ, 1921, p. 454). Sob a chefia do médico Oscar Rebello, logo no primeiro mês de funcionamento foram recenseadas 3.096 pessoas, foram realizados 2.582 exames, identificando-se 1.664 com ancilóstomo; 874 não estavam infestados pelo verme, mas eram portadores de outros helmintos (áscaris, trichuris, oxiúro, etc.) e 44 estavam

livres de infestação (MONIZ, 1921, p. 454). Deu-se andamento ao tratamento de 2.097 doentes, dentre os quais, 764 foram concluídos no final de dezembro de 1920. Em paralelo, realizou-se a educação sanitária da comunidade, através de conferências e distribuição de panfletos com instruções sobre a etiologia, profilaxia e tratamento (MONIZ, 1921, p. 454).

Apesar da iniciativa bem sucedida, a atuação da Rockefeller na Bahia só foi efetivada após contrato assinado entre o Governo do Estado e o DNSP, em 15 de abril de 1921. O texto do convênio ratificava que os serviços de saneamento rural fossem realizados, “de preferência e com maior amplitude, nas zonas mais atingidas por endemias, de população mais densa e de maior riqueza econômica” (SEABRA, 1922, p. 35).

POSTOS DE SANEAMENTO RURAL NA REFORMA SANITÁRIA DA BAHIA

O representante do DNSP enviado à Bahia para coordenar o Saneamento Rural, e que deu continuidade à implantação de postos de saneamento foi o sanitarista Sebastião Barroso. Ao refletir sobre o trabalho desenvolvido no ano de 1922, o médico mostrou-se insatisfeito com o prazo estabelecido pelo contrato para o saneamento de um território tão extenso como o estado da Bahia – o trabalho deveria ser realizado em três anos:



De acordo com as disposições legais, os serviços de Profilaxia Rural foram criados, neste Estado, em virtude do contrato lavrado entre os governos federal e estadual, a vigorar durante três anos (...).

Por se tratar de iniciativa a pôr em prova afim de estudar e verificar os benefícios e resultados práticos a colher, é que se pode compreender fosse marcado prazo e prazo tão irrisórios para o saneamento de tão vasta região, qual a ocupada no país pelo Estado da Bahia. Para tão enorme extensão territorial, de meios de comunicação deficientíssimos, constituída por zona de aspectos variadíssimos quanto ao solo e ao clima e, portanto, com problemas sanitários diversos, problemas em que nunca se cogitou, estando tudo, absolutamente tudo por fazer, o prazo de três anos mal chegará para, do estudo acurado do assunto, se assentar o plano geral dos trabalhos a desenvolver. (BARROSO, 1923, p. 21).

Barroso necessitava de tempo para reunir todo o material necessário para o trabalho: tinha que lidar com a burocracia e o trâmite de importação dos equipamentos, muitos dos quais tiveram que ser devolvidos por não atenderem às especificações solicitadas; havia a necessidade de fabricar o mobiliário, reformar os imóveis alugados, adaptando-os aos requisitos de funcionamento dos postos de Saneamento Rural. Além disso, naquele momento, o médico acumulava o cargo de chefe da profilaxia com o do controle da febre amarela, sendo obrigado a viajar constantemente. Ele identificou a

epidemia de amarílica, em certo momento, em doze municípios, para os quais se dirigiu deixando de lado o saneamento (BARROSO, 1923, p. 21-22).

Mesmo com as dificuldades relatadas, ao longo de 1922, Barroso desenvolveu atividades importantes no Serviço de Saneamento Rural, composto por uma repartição central, um laboratório central, ateliê para fotografia e desenho, almoxarifado, depósito e arrecadação do material, garagem, uma pequena oficina de carpinteiro e bombeiro, além de dois postos em Salvador, oito postos e dois subpostos em cidades do interior. O médico esperava criar uma seção de Engenharia Sanitária, uma de Propaganda e o serviço ao longo do Rio São Francisco, o que não foi possível.

Na capital, estavam sob sua responsabilidade os postos Gaspar Vianna e Pacífico Pereira, criados, respectivamente, em 8 de janeiro e 8 de dezembro de 1922. No interior do estado, os postos de Santo Amaro e Alagoinhas foram inaugurados pela Fundação Rockefeller e transferidos para o Saneamento Rural em 15 de janeiro e 31 de dezembro de 1922. A esse respeito, Batista (2020) analisa os conflitos enfrentados pela instituição filantrópica para realizar suas atividades, visto que os baianos do interior repudiavam pessoas fenotipicamente diferentes, que falavam outro idioma e desejavam acesso livre às suas casas. Isso funcionou como um empecilho para o sucesso das ações dos norte-americanos e para que a Rockefeller deixasse o controle das instituições de saúde.

Os postos de São Félix, Nazaré, Juazeiro, Itaparica e os postos e subpostos de Areia e Canavieiras foram criados, respectivamente, em 20 e 24 de abril, 4 e 2 de junho, 26 de abril e 5 de maio de 1922 (BARROSO, 1923, p. 45). Todos eles funcionavam com o mesmo número de pessoal e de recursos materiais. O procedimento adotado nos atendimentos era o registro da história dos doentes em uma só ficha, os boletins mensais e diários. A única diferença entre o posto e subposto era que, no último, o médico chefe não era inspetor ou subinspetor, mas um contratado com menor remuneração e com pessoal um pouco mais reduzido.

Sebastião Barroso não permaneceu muito tempo em Salvador. Em 1923, após um conflito com a Fundação Rockefeller em relação aos métodos de controle da febre amarela, renunciou ao cargo, não sem antes viajar ao Rio de Janeiro e conseguir com o Diretor do DNSP, Carlos Chagas, a separação do Serviço de Saneamento Rural do Serviço da Febre Amarela (BENCHIMOL et al, 2009, p. 286). Com a eleição de Francisco Marques de Góes Calmon, em 1924, o ex-bolsista da Fundação Rockefeller e também Inspetor do DNSP,

Antônio Luis Cavalcanti de Albuquerque de Barros Barreto², foi designado para ocupar o lugar deixado por Barroso. Em 1925, Barros Barreto criou a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública, o Código Sanitário da Bahia e o pacto com a União foi renovado por um período de mais 3 anos, reafirmando a centralização do poder federal (BARRETO, 1927, p. 176).

Ao relacionar as experiências profissionais do médico no Instituto Oswaldo Cruz, posteriormente como Inspetor do DNSP e como bolsista da Rockefeller para estudar nos Estados Unidos, Batista e Silva (2020) afirmam que Barros Barreto conseguiu conciliar os interesses nacionais com os da agência filantrópica internacional na condução das ações sanitárias até 1930. De um lado, investiu-se na formação de profissionais de saúde, enviados para centros de saúde referenciados em outros estados e países. De outro, desenvolveu-se um programa de educação sanitária pautado nos conhecimentos adquiridos no exterior. O programa de educação sanitária lançou mão de diferentes recursos para transmitir as orientações necessárias à profilaxia das doenças: produção de cartazes, projeção de filmes, entre outros.

Em relação aos Postos de Saneamento Rural, aqueles localizados em Salvador foram transformados em dispensários mistos, incumbidos de uma dupla tarefa: “combate às doenças venéreas e às helmintoses, sendo todos os trabalhos executados somente na sede” (BARRETO, 1927, p. 181). Com as mesmas funções, foram instalados os dispensários da Força Pública do Estado e da Penitenciária e, em 1926, o das Docas do Porto, na mesma cidade. Já no interior do estado, foram criados oito novos postos, entre novembro de 1924 e fins de 1925, distribuídos nas cidades de Valença, Ilhéus, Itabuna, Belmonte, Cachoeira, Alagoinhas, Cruz das Almas e Barra do Rio Grande (zona do São Francisco).³

Em 1927, a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública foi elevada ao status de Secretaria. No relatório apresentado naquele ano, havia um mapa com a localização dos 16 postos de Saneamento Rural. O mapa revela a grande disparidade na distribuição territorial

² Para mais informações sobre Antônio de Barros Barreto, Cf. Batista (2019a, 2019b) e Batista e Silva (2020).

³ É necessário destacar que o Posto de Alagoinhas já existia. Em seu lugar, o relatório da Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública registra a existência de um posto na cidade de Catu, antes da gestão de Barros Barreto. Levando-se em consideração a proximidade entre essas cidades (30 km), é possível que o posto apontado por Sebastião Barroso como criado pela Fundação Rockefeller em Alagoinhas seja o mesmo identificado por Barros Barreto como existente em Catu. Há ainda a informação de que as áreas de Catu e de Areia já haviam sido muito trabalhadas, por isso, os postos foram transferidos, respectivamente, para Esplanada e Jequié (BARRETO, 1927, p. 182-183).

dos postos – a maioria estava situada em municípios do Recôncavo baiano e na região Sul do estado, conforme se pode observar na Figura 1.

Figura 1. Postos de Higiene e Saneamento Rural da Bahia, 1927.



Fonte: Barreto (1928).

Dentre os postos elencados neste texto, o Posto de Saneamento Rural de Ilhéus merecerá especial atenção. Para além das conexões dos chefes políticos locais com os Calmon e os Mangabeira, o município se encaixava nos critérios estabelecidos para a criação de postos por ser um grande produtor de cacau, cuja comercialização assumira importante papel na economia baiana, atraindo um grande número de trabalhadores originários de outros municípios do estado, como também de Sergipe, Alagoas e Ceará (FREITAS, 1979; PANG, 1979).

O POSTO DE SANEAMENTO RURAL DE ILHÉUS

Ilhéus é uma cidade litorânea, situada na confluência dos rios Cachoeira, Santana e Itacanoeira, cujo encontro com o mar forma a Bahia fluvial do Pontal. Segundo Flávio Gonçalves dos Santos (2019, p. 241), esse espaço foi utilizado desde os primórdios da colonização até o primeiro quartel do século XX como uma zona abrigada e como um

porto natural, quando uma sucessão de intervenções dotou a cidade de um porto organizado. O porto de Ilhéus introduziu, de forma sensível, novos tipos de ocupação e ramos de trabalho, interferindo na composição social da cidade.

A lavoura cacauzeira representou importante papel no desenvolvimento de Ilhéus, transformando a cidade em uma das mais prósperas da Bahia nas primeiras décadas do século XX. A prosperidade alcançada pela produção e comercialização das sementes do cacau demandou maior oferta e procura de oportunidades de trabalho, atraindo migrantes de outras regiões da Bahia e de outros estados do Nordeste (FREITAS, 1979; FALCON, 1983). Na década de 1920, Ilhéus contava com uma população de 63.012 habitantes (ANNUARIO ESTATISTICO DA BAHIA, 1923, p. 253). Neste período, ocorreram mudanças significativas na fisionomia da cidade com a instalação de equipamentos urbanos; maior oferta de serviços e ampliação do comércio como, por exemplo, a instalação de agência bancária e de firmas de exportação e importação; a construção de palacetes, a fundação do hospital da Santa Casa de Misericórdia, a construção e dinamização do porto e da ferrovia (FALCON, 1983, p. 43-46). A safra de 1925-1926 colocou o sul da Bahia, e, portanto, o Brasil, no lugar de segunda região produtora mundial de amêndoas de cacau, sendo que, em 1926, parte dessa produção chegou ao mercado internacional sem a intermediação do porto de Salvador (SANTOS, 2019, p. 246).

A criação do posto de Saneamento Rural, em maio de 1925, se insere neste contexto de migração progressiva, de ampliação da lavoura e da importância que aquele porto exportador adquiria. A análise das ações desenvolvidas naquele espaço demonstra que, para além do controle das endemias rurais e doenças venéreas – estas últimas controladas pelos dispensários que funcionavam nos postos –, a instituição de saúde extrapolava suas atribuições originais e servia como um grande posto municipal de saúde, como afirmou o médico responsável pelo serviço, Luiz Gil de Souza Guimarães, formado pela Faculdade de Medicina da Bahia em 1919:

O Posto de Ilhéus não é um Posto de Saneamento porque não cuida somente de dar combate às grandes endemias do campo (helmintoses, leishmanioses, etc.), mas sim um verdadeiro Posto Municipal de Higiene, com a responsabilidade da Higiene de todo o município, ocupando-se de extinguir as endemias reinantes e mais ainda do dispensário de moléstias venéreas e Sífilis, de doenças epidêmicas, da inspeção de gêneros alimentícios, de polícia sanitária, de estatística, de higiene escolar, de exames médicos legais, de higiene domiciliar, etc. (GUIMARÃES, 1930, p. 2).

A compreensão do médico acerca da assistência prestada no posto, esboçada no relatório sobre os trabalhos no ano de 1929, foi construída a partir da sua experiência à frente daquele serviço desde 1925. Antes da chegada de Gil Guimarães, havia passado por ali o médico Aloysio Leone (GUIMARÃES, 1926). O posto funcionava entre 06h30min da manhã e 17h, reservando-se duas horas diárias de consultas para matricular novos doentes e para atender outros enfermos “cuja indigência fosse flagrante”.

A primeira ação de Gil Guimarães, ao chegar em Ilhéus, foi mapear as suas condições geográficas e sanitárias. O município era rico em rios e, para o médico, se por um lado isso contribuía para a fertilidade do solo, por outro, transformava a região em uma área insalubre. Na época de estiagem, os rios pouco volumosos, quase inavegáveis, perdiam a correnteza normal, represavam água e as águas paradas constituíam-se em “imensos focos de mosquitos transmissores de moléstias” (GUIMARÃES, 1926, p. 1).

A organização dos esgotos, o fornecimento de água, luz e a limpeza urbana eram elementos importantes na melhoria das condições de vida e saúde da população. No que diz respeito aos esgotos, a cidade adotava o sistema “separado”, recebendo somente as águas residuais, sem as pluviais. Ilhéus estava dividida em duas zonas, sendo que em uma delas situava-se a maior parte da rede sanitária, que contava com um tanque séptico perto do cais. A outra zona compreendia a rua das Quintas, a Praça Ruy Barbosa e o largo da Ponta de Areia, onde havia um novo tanque séptico. Nem sempre esses esgotos eram limpos e a acumulação de resíduos contribuía para o surgimento de “odores fétidos” (GUIMARÃES, 1926, p. 3-4).

A iluminação de Ilhéus e de parte dos seus arraiais ocorria com luz elétrica fornecida pela Companhia Luz e Força, que tinha sua instalação hidroelétrica em Almada, distante 32 km da cidade. Já o abastecimento de água, foi palco de conflitos entre os anos de 1925 e 1930. A Firma Da Rin, Irmão & Gonçalves, responsável pelo contrato com a intendência para fornecimento de água, extraía o líquido de um reservatório localizado em uma depressão do solo. Segundo Gil Guimarães, esse lugar era cercado por montes nos quais foram construídas casas sem tratamento sanitário dos dejetos, lançados no solo e levados pelas enxurradas para poluir o manancial (GUIMARÃES, 1926, p. 6). De fato, segundo Souza (2013, p. 51), no início da década de 1920, era natural, para pessoas que viviam no campo se aliviar no mato, utilizar a água dos mananciais para beber, cozinhar, tomar banho, lavar roupa e matar a sede dos animais, jogar as águas servidas porta a fora entre outros hábitos que não eram considerados higiênicos por médicos e sanitaristas.

Diante dos problemas causados pelo uso incorreto do manancial, que recebia dejetos dos moradores das redondezas, no ano de 1927, houve uma crise na canalização de água que paralisou o serviço de abastecimento da cidade por quatro meses. Em artigo publicado no *Correio de Ilhéus*, em 28 de abril, Gil Guimarães afirmou que:

O reservatório de águas em Ilhéus tem todos os requisitos dos reservatórios condenados (...) na última inspeção que dele fiz encontrei em suas margens várias amostras de excrementos de animais, prova de que os mesmos por lá pastam e se dessedentam. Não preciso acrescentar mais nada para afirmar a péssima qualidade da água. Exame bacteriológico nesses casos é luxo e perder tempo procurando se evidenciar por meios difíceis aquilo que facilmente se percebe. (GUIMARÃES, 1928, p. 15).

O médico dispensava a realização de um exame bacteriológico, que seria responsável por apresentar a comprovação científica das suas afirmações, tamanhas as evidências de contaminação da água. Com a repercussão da publicação no periódico e as pressões sofridas pelo prefeito, a firma responsável pelo abastecimento renovou o contrato com novas cláusulas que a obrigavam a escolher um novo manancial com qualidade (Figura 2).

O lugar escolhido era parte da Fazenda Esperança, distante 6 km da cidade. No ano de 1929, a documentação registrava uma “grande modificação” no serviço de abastecimento, embora a água fosse extraída *in natura*, ainda sem a confirmação de que era realmente adequada ao consumo (GUIMARÃES, 1930).

Figura 2. Manancial da Fazenda Esperança.



Fonte: Guimarães (1928, p. 19).

A coleta do lixo ocorria entre 7h e 10h da manhã e o contratado para esse serviço era responsável, também, por remover animais mortos, entulhos e dejetos animais, limpar a praia e irrigar os logradouros sujos (GUIMARÃES, 1926, p. 7). O contrato não era cumprido à risca, pois todo o lixo coletado na cidade era atirado sobre “uma famosa praia, distante, cerca de um quilometro, do perímetro urbano”, sem nenhum tipo de tratamento (GUIMARÃES, 1926, p. 8). O médico responsável pelo saneamento listava os inconvenientes dessa prática, tanto do ponto de vista estético quanto do ponto de vista higiênico.

Como já afirmado, o trabalho desenvolvido no Posto de Saneamento Rural de Ilhéus excedia o controle das endemias rurais. Em 1925, Gil Guimarães era convidado a visitar os navios que aportavam na cidade, para atestar suas condições sanitárias, validar cartas de saúde, declarar o estado sanitário do porto, dentre outras atividades, mesmo que a legislação daquele momento determinasse que estas eram atribuições da União. Com o aumento das demandas no Porto, o Inspetor da Saúde do Porto, em Salvador, proibiu a interferência de Guimarães na Saúde do Porto de Ilhéus, a despeito dos cerca de duzentos vapores, trezentos barcos a vela e dos quase cinco mil passageiros que utilizavam as três companhias marítimas que por ali aportavam – a Costeira, a Bahiana e a Lloyd Brasileiro. Assim, na opinião do médico, “o porto de Ilhéus [ficou] sem defesa alguma, dando entrada a embarcações vindas de outros portos onde assolavam a varíola e moléstias diversas” (GUIMARÃES, 1926, p. 9).

O Chefe do Saneamento também realizava a inspeção de gêneros alimentícios e do matadouro (Figura 3), o que resultava na apreensão de inúmeros alimentos considerados inadequados para o consumo humano, no controle dos animais antes do abate, assim como a análise da qualidade do leite antes da venda.

Por fim, também deveria realizar a estatística demógrafo-sanitária. Contudo, os dados não eram totalmente confiáveis, por conta das imprecisões no controle da natalidade – ao tempo em que o oficial encarregado não transmitia as informações para o Posto de Saneamento Rural, muitos pais não registravam o nascimento dos seus filhos. Essa era uma prática comum especialmente entre a população pobre de municípios baianos. Segundo Batista (2017, p. 224), mensurar os números de nascimentos, mortes e casamentos era quase impossível em muitas cidades. O chefe do Posto de Saneamento Rural de Juazeiro, por exemplo, apresentou queixa semelhante ao encontrar, em 1928, um número de 152 crianças registradas em cartório em contraste com os 343 batismos de recém-nascidos registrados nos livros paroquiais. Para uma população majoritariamente católica, parecia

mais importante não deixar a criança pagã do que fazer o seu registro civil. O médico reivindicava que fosse implantada uma medida coercitiva que obrigasse os progenitores a efetuar os registros de nascimento.

Figura 3. Matadouro de Ilhéus.



Fonte: Guimarães (1926).

Para além de todas essas atividades, Gil Guimarães enfrentou, entre 1925 e 1930, dificuldades em duas esferas: o pequeno número de funcionários no posto e a inadimplência do intendente no pagamento da subvenção. A queixa sobre a insuficiência de profissionais foi registrada no relatório de 1928, motivada, principalmente, pelo aparecimento da “tyfo amarelo” e pela necessidade de vigiar a entrada de embarcações infectadas no porto, mesmo que essa não fosse uma atribuição do Saneamento Rural (GUIMARÃES, 1929, p. 1). Segundo o chefe do posto sanitário, a instituição contava apenas com um chefe médico-auxiliar, um escrevente e dois guardas, sendo necessária a contratação de mais três guardas para que dois pudessem ficar com o serviço interno da repartição e três para o serviço externo (polícia sanitária, inspeção dos gêneros alimentícios, entre outros) (GUIMARÃES, 1930, p. 2).

De acordo com o médico, em 1925, o intendente não media esforços “para auxiliar na ação do Posto, provando, destarte, o seu grande e verdadeiro apreço pela Comuna cujos destinos tão criteriosamente dirige” (GUIMARÃES, 1926, s/p). A partir de 1927, no entanto, começou a se queixar da falta de material e mesmo da impossibilidade de aumento dos salários dos funcionários do posto, resultante do que ele qualificava como falta de compromisso da gestão municipal com o serviço de saúde. Naquele ano, o

município não pagou a subvenção, o que afetou diretamente os serviços do Dispensário de Sífilis e Doenças Venéreas. Os materiais solicitados não foram despachados, praticamente paralisando atividades dessa especialidade (GUIMARÃES, 1928, p. 1). Mesmo com as promessas de dar atenção ao Serviço de Higiene, percebia-se que o novo prefeito não contribuía para o bom funcionamento do mesmo.

Eul-Soo Pang (1979, p. 180) afirma que, no período entre 1924 e 1930, com exceção de Salvador e do Recôncavo, os municípios baianos experimentavam uma polarização política entre correligionários da família Calmon e da família Mangabeira. Na região cacauceira, Antônio Pessoa, o chefe de maior influência política, apoiou Góes Calmon nas eleições de 1924, quando ocupava um cargo de senador estadual. A posição, depois, foi passada para seu filho, Mário, intendente de Ilhéus. Nos demais municípios cacauceiros, os coronéis se dividiam entre as duas principais correntes políticas. Ainda segundo o autor, o deputado federal João Mangabeira liderava um grande número de adeptos e a tradicional inveja dos plantadores de cacau e dos comerciantes em relação a Salvador, como capital econômica, não auxiliava a região a se tornar reduto dos Calmon.

O ano de 1927 foi marcado pela eleição de Vital Soares para governador pelo Partido Republicano da Bahia (P.R.B.), em substituição a Góes Calmon. O intendente nomeado para Ilhéus foi Durval Olivieri (1928-1930), que pertencia ao mesmo partido e era genro de Mário Pessoa, seu antecessor no governo do município (CARVALHO, 2015, p. 31, 129). Segundo Consuelo Novais Sampaio (1998, p. 215), o novo governador se encarregou de dar prosseguimento às normas administrativas traçadas por Góes Calmon, dentre elas, o desmembramento de municípios, utilizado como meio de enfraquecer ou conter a oposição local. Através de um mesmo instrumento legal, um povoado ou arraial era elevado à condição de vila e daí à categoria de município. Mesmo com a carência de recursos para a sobrevivência dessas novas cidades, a divisão territorial contribuía para o domínio do P.R.B., de Calmon e de Soares.

Quando havia uma reação mais forte contra essa política de fracionamento municipal, o meio utilizado pelo governo era a ameaça de derrubar o delegado, o juiz ou o coletor vinculado ao chefe político rebelde. Sabe-se o peso político desta ameaça no sistema de barganhas estabelecido entre as oligarquias durante a Primeira República – o governo estadual legitimava a supremacia dos chefes locais sobre os rivais, concedendo-lhes a prerrogativa de indicar pessoas para exercerem cargos públicos no município. Por ocasião do desmembramento do município de Água Preta de Ilhéus, por exemplo, o senador Antônio Pessoa defendeu com veemência a integridade do seu reduto político. Ao

apresentar um parecer contrário ao projeto de divisão do município, atacou a atuação da Secretaria de Polícia, o que irritou o chefe daquela Secretaria desde o Governo Calmon (SAMPAIO, 1998, p. 215). Logo em seguida a imprensa noticiou a nomeação de um novo delegado de carreira em Ilhéus, o que abalava o poder de Pessoa. Após discussões na Câmara dos Deputados, o chefe político de Ilhéus compreendeu “o mal da ameaça mal velada e retrocedeu, amenizando a intempestividade da sua defesa” e, ao mesmo tempo, Vital Soares lhe garantiu que continuava o mesmo e que a substituição do delegado não iria adiante. As relações amistosas entre governador e chefe político continuaram amistosas.

Episódios como este demonstram que mesmo o alinhamento dos líderes políticos locais – neste caso de Antônio Pessoa, seu filho Mário Pessoa e Durval Olivieri – ao Governo do Estado – nas figuras de Góes Calmon e de Vital Soares – não garantia a efetivação do sistema de trocas de benefícios e votos e as retaliações afetavam a gestão municipal, com reflexos negativos também nas ações sanitárias. Não bastava apenas a coalizão em torno dos “calmonistas” para que as ações sanitárias fossem realizadas sem dificuldades e desenvolvidas de forma linear no interior do estado.

Em relação aos impactos causados pela irregularidade no pagamento da subvenção, por parte do município, Gil Guimarães se queixava também dos vencimentos dos funcionários:

O chefe (médico-auxiliar) recebe 6:00\$000 anuais, quantia que mal lhe dá para pagar o aluguel da sua casa e há ainda uma exigência regulamentar que o proíbe de exercer a clínica!

Tendo como já mencionei linhas acima, o Posto de Ilhéus atribuições de Posto Municipal de higiene, seria um ato de Justiça a Chefia equiparar os vencimentos do Chefe do Posto de Ilhéus aos dos Chefes dos Postos Municipais de Higiene que são de 8:400\$00.

(...)

Os guardas do Posto de Ilhéus viram no ano transato os seus vencimentos diminuídos, em uma época em que todos pleiteavam aumento de seus salários. De 2:640\$00 anuais passaram a ganhar 2:160:00.

É verdade que a diferença seria paga pela subvenção municipal, mas desde que esta não foi recebida, os guardas ficaram no desembolso. Essa falta, porém, tenho a certeza de que será sanada no presente ano. (GUIMARÃES, 1930, p. 3).

Mesmo com todas as queixas em relação à falta de materiais, consequente interrupção do serviço de doenças venéreas, em 1927, e às dificuldades salariais, ambas resultantes da inadimplência no pagamento das subvenções, as atividades do Posto de Saneamento Rural continuaram sendo realizadas (Figura 4) pela equipe de funcionários, que atuava em muitas outras esferas para além do controle das endemias rurais.

Figura 4. Sala de consultas e exames no posto de Ilhéus.



Fonte: Guimarães (1926).

AS ENDEMIAS RURAIS EM ILHÉUS

Uma das doenças que parecia ser endêmica em Ilhéus era a chamada febre tífica. Causada pela *Salmonella enterica typhi*, por meio da ingestão de água ou alimentos contaminados, aparecia constantemente não só na cidade de Ilhéus, mas em outros municípios em que a população não possuía condições higiênicas de vida. Em 1925, Gil Guimarães foi chamado para Água Preta, Arraial de Ilhéus, que havia noticiado a enfermidade em intensidade. O intendente municipal disponibilizou um carro exclusivamente para transportar o chefe do saneamento rural até o povoado, recurso que nem todos os Postos de Saneamento Rural dispunham. Como não foi possível realizar a soro-reação de Vidal, específica para identificar a *Salmonella*, o médico retirou sangue de cada doente e, em preparação espessa, pelo processo Crópper-Fróes, pesquisou o hematosoário para que pudesse excluir a hipótese de paludismo. Todos os exames resultaram negativos (GUIMARÃES, 1926, p. 13).

O inquérito epidemiológico conduziu ao entendimento de que todos os doentes bebiam água de uma mesma cisterna, o que levou o médico a mandar destruir todas as que estivessem em situação semelhante. Contudo, sua ordem não foi cumprida porque “muitas pessoas do local, por espírito de partidarismo e completamente desconhecedoras dos preceitos de higiene contra ela se revoltaram, pretendendo exigir que eu ordenasse em primeiro lugar o desaparecimento de todos os pântanos existentes no arraial” (GUIMARÃES, 1926, p. 13). Embora o médico considerasse a atitude dos moradores fruto

de desconhecimento dos preceitos higiênicos, ao solicitar que os pântanos fossem extintos primeiro, elas demonstravam ter conhecimento sobre o foco de doenças em água acumulada e consideravam que, antes de acabar com seus reservatórios de água potável, era necessária uma resolução sobre águas acumuladas no espaço público. As águas dos pântanos não eram uma preocupação em relação àquela enfermidade, mas eram mais propensas a transmitir doenças como febre amarela e malária, com o auxílio de mosquitos, que não deixavam de também ameaçar a população.

De acordo com os dados oficiais, não foram identificados casos de tracoma. Registraram-se apenas dois casos de leishmaniose e um único portador do mal de Hansen, que estava em trânsito, mas logo foi direcionado ao Hospital dos Lázaros em Salvador (GUIMARÃES, 1926, p. 15). As verminoses eram uma das doenças mais frequentes do município. Exames de fezes realizados em todas as pessoas que por quaisquer motivos procuraram o posto, apresentando ou não sintomas de vermes, revelaram 3.125 casos positivos para ancilostomíase, 2.306 resultados positivos para áscaris e 3.098 casos de “tricocefalo” (GUIMARÃES, 1926, p. 18), sendo que nos 1.741 primeiros exames realizados, 1.727 deram positivo para os diversos vermes. O *esquistossomo mansoni* foi considerado raro, encontrado em apenas 8 amostras.

Esses resultados reiteram os dados coletados pelos pesquisadores do IOC em suas viagens às diferentes regiões brasileiras, com o intuito de conhecer e caracterizar a população nacional. No caso de Ilhéus, Gil Guimarães ressaltou que aqueles dados, dignos de preocupação, foram obtidos na zona urbana, talvez a parte menos infestada da cidade:

É no interior, nos diversos arraiais, onde se deve procurar mais incessantemente combater o mal e para isto faz-se mister a fundação de subpostos entregues a guardas competentes, sob a minha direção. Não é absolutamente dispendioso em excesso – um guarda, um microscópio com uma simples objectiva a sexo, quenopódio, óleo de rícino, sulfato de magnésia, quinina e nada a mais. Deste modo, pode-se ter confiança no resultado final da campanha em prol do saneamento, não esquecendo a população do interior, a mais sofredora e por isto mesmo a mais merecedora de recursos e auxílios. (GUIMARÃES, 1926, p. 19).

Embora a Fundação Rockefeller tenha feito um acordo com a Bahia para inicialmente tratar da ancilostomíase, a partir de 1923 voltou sua atenção para a febre amarela. Mesmo assim, em Ilhéus, o *staff* da agência filantrópica auxiliou na realização de exames para outras enfermidades causadas por mosquitos e responsáveis por grandes números de morte, como a malária. Estudos demonstram a preocupação com a incidência

dessa enfermidade ainda na década de 1930, em cidades como Jacobina, no norte da Bahia (BATISTA, 2013, 2014).

Com a falta de material no Posto de Saneamento Rural de Ilhéus para a verificação da incidência da malária, a pesquisa de índice parasitário foi feita baseada no índice esplênico, procurado junto com os médicos John Janney e Ernani Agrícola, que trabalhavam para a Fundação Rockefeller. Em 1929, por exemplo, entre as mortes registradas na cidade estavam 36 casos de paludismo (agudo ou crônico), 22 casos de tuberculose, seguidos de 8 casos de varíola e 8 casos de enterite, consolidando a malária como principal causa de morte em Ilhéus naquele ano. Destaca-se, que, entre 1925 e 1929 não houve problemas no controle da varíola, visto que a população procurava o posto constantemente para vacinação e revacinação (GUIMARÃES, 1926, 1928, 1929, 1930).

Uma reflexão sobre essas doenças mostra as principais enfermidades que figuravam como um desafio para o trabalho do Chefe do Saneamento Rural, que mesmo com as adversidades encontradas, mantinha a assistência oferecida pelo posto e visitava localidades do interior de Ilhéus para investigar focos de doenças, para aplicar medicamentos, realizar inquéritos epidemiológicos e promover o projeto de educação sanitária formulado por Barros Barreto, colocado em prática em diferentes cidades do estado (BATISTA, 2019b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da interiorização da assistência à saúde na Bahia, com foco especial em Ilhéus, é importante para a compreensão sobre como o Estado começou a se fazer presente em municípios distantes das grandes Capitais. Esse processo ocorreu de forma complexa e precisa ser observado a partir das especificidades políticas, sociais e culturais de cada município.

O acordo que os gestores baianos estabeleceram com a União foi importante para que ações mais amplas e permanentes pudessem ser efetivadas. Os médicos Sebastião Barroso e Barros Barreto empreenderam ações que multiplicaram os postos de saneamento, mesmo que esses não estivessem em todas as regiões carentes de assistência no vasto território baiano. Já os relatórios do Chefe de Profilaxia Rural apontam para um trabalho intenso, com poucos funcionários, às vezes com materiais e recursos escassos, mas que, em grande medida, produziam efeito na vida de uma parcela dos moradores do município de Ilhéus.

A partir do material aqui explorado, espera-se que este capítulo da história da saúde na Bahia possa contribuir para ampliar a percepção sobre os caminhos trilhados na oferta de bens de saúde à população brasileira, em contextos marcados por tensões e desafios na formação da nação.

REFERÊNCIAS

ANNUARIO Estatístico da Bahia, 1923. **Bahia**: Directoria do Serviço de Estatística do Estado da Bahia. Bahia: Imprensa Oficial, 1924.

BAHIA. Lei nº 921, de 29 de novembro de 1912. Manda adoptar como lei sanitária do Estado a organização do Serviço Geral da Saúde Publica, editada pelo Decreto nº 105 de 15 de julho do corrente ano. In: BAHIA. **Leis e Decretos do ano de 1912. Leis do poder Legislativo e decretos do poder Executivo do estado da Bahia do ano de 1912**. Bahia: Typografia Bahiana, 1913.

BARRETO, Antônio Luis Cavalcanti de Albuquerque de Barros. **Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Pública**: anno de 1926. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1927.

BARRETO, Antônio Luis Cavalcanti de Albuquerque de Barros. **Relatório da Secretaria de Saúde e Assistência Pública**: anno de 1927. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1928.

BARROSO, Sebastião. **Relatório apresentado pelo Dr. Sebastião Barroso chefe do Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural no Estado da Bahia relativamente aos trabalhos executados durante o anno de 1922**. Cidade da Bahia: Papelaria Brasileira, 1923.

BATISTA, Ricardo dos Santos. A formação inicial de Antônio Luis Cavalcanti de Albuquerque de Barros Barreto: uma trajetória rumo à saúde internacional. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 801-822, jul.-set. 2019a.

BATISTA, Ricardo dos Santos. De Baltimore às “Lavras Diamantinas”: internacionalização/interiorização da saúde na Bahia (1920-1930). **Tempo**, Niterói, v. 26, n. 2, pp. 430-453, mai.-ago. 2020.

BATISTA, Ricardo dos Santos. Educação e propaganda sanitárias: desdobramentos da formação de um sanitarista brasileiro na Fundação Rockefeller. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1189-1202, out.-dez. 2019b.

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

BATISTA, Ricardo dos Santos. **Mulheres livres**: uma história sobre prostituição, sífilis, convenções de gênero e sexualidade. Salvador: Edufba, 2014.

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

BATISTA, Ricardo dos Santos; SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes da Silva. A atuação de Antônio Luis Cavalcanti de Albuquerque de Barros Barreto na Reforma Sanitária da Bahia

(1924-1930). **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 40, n. 84, p. 1-25, mai.-ago. 2020.

BENCHIMOL, Jaime Larry et al. **Cerejeiras e cafezais: relações médico-científicas entre Brasil e Japão e a saga de Hideyo Noguchi**. Rio de Janeiro: Bom Texto, 2009.

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

CARVALHO, Philipe Murilo Santana de. **Trabalhadores, associativismo e política no sul da Bahia (Ilhéus e Itabuna, 1918-1934)**. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. O pensamento sanitarista na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. **Dados – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

CASTRO SANTOS, Luiz Antônio de; FARIA, Lina Rodrigues. **A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República**. Bragança Paulista: Edusf, 2003.

CLEMENTINO FRAGA. Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. Departamento de Arquivo e Documentação. **Fundo Clementino Fraga: inventário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em <http://basearch.coc.fiocruz.br/index.php/clementino-fraga>. Acesso em: 26 mar. 2021.

COSTA, Januário. **Relatório da Comissão para tratar dos indigentes atacados de disenterias e febres de mal caráter no município de Santo Amaro**. Arquivo Público do Estado da Bahia. Seção Republicana. Secretaria do Interior e da Justiça. Diretoria Geral da Saúde Pública. Caixa 3694, maço 1023, 1912.

FALCÓN, Gustavo A. de O. **Os coronéis do cacau raízes do mandonismo político em Ilhéus 1890-1930**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1983.

FARLEY, John. **To cast out disease: a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1915-1951)**. Oxford: Oxford University Press, 2004.

FREITAS, Antônio F. Guerreiro de. **Os donos dos frutos de ouro**. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1979.

GUIMARÃES, Luiz Gil de Souza. **Relatório apresentado ao Dr. Director do Saneamento Rural pelo Chefe do Posto Rural de Ilhéus em janeiro de 1928**. Arquivo Público do Estado da Bahia, Caixa 4082, maço 113, 1928.

GUIMARÃES, Luiz Gil de Souza. **Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Director do Saneamento Rural em Bahia pelo chefe do Posto de Saneamento Rural em Ilhéus – Janeiro de 1926**. Arquivo Público do Estado da Bahia, Caixa 4082, maço 113, 1926.

GUIMARÃES, Luiz Gil de Souza. **Relatório do Posto de Saneamento Rural de Ilhéus do ano de 1929**. Arquivo Público do Estado da Bahia, Caixa 4082, maço 113, 1930.

GUIMARÃES, Luiz Gil de Souza. **Relatório dos Serviços effectuados pelo Posto de Saneamento Rural de Ilhéus em 1928**. Arquivo Público do Estado da Bahia, Caixa 4082, maço 113, 1929.

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

- LIMA, Nísia Trindade. Missões civilizatórias da República e interpretação do Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 5 (suplemento), p. 163-193, jul. 1998.
- LIMA, Nísia Trindade. **Um sertão chamado Brasil**: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional. Rio de Janeiro: Revan: IUPERJ, UCAM, 1999.
- LUTZ, Adolpho; MACHADO, A. Viagem pelo rio S. Francisco e por alguns dos seus afluentes entre Pirapora e Joazeiro. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 5- 50, 1915. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/47093>. Acesso em: 24 mai. 2021.
- MONIZ DE ARAGÃO, Antônio Ferrão. **Exposição apresentada pelo Dr. Antônio Ferrão Moniz de Aragão ao passar o governo da Bahia ao seu sucessor, o Exmo. Sr. Dr. J. J. Seabra empossado nesse dia no cargo de governador do Estado no quadriênio de 1920 a 1924**. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1920.
- MONIZ, Gonçalo. **Relatório**. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1921.
- NEIVA, Arthur; PENNA, Belisário. Viagem científica pelo Norte da Bahia, Sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz** [online], v. 8, n. 3, 1916. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/mioc/v8n3/tomo08\(f3\)_74-224.pdf](http://www.scielo.br/pdf/mioc/v8n3/tomo08(f3)_74-224.pdf)>. Acesso em: 21 ago. 2012.
- PANG, Eul-Soo. **Coronelismo e Oligarquias, 1889-1943**: a Bahia na Primeira República. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.
- PENNA, Oswino Álvares. Notas sobre a comissão do Professor Lutz no Norte do Brazil. **Trabalhos do Instituto Oswaldo Cruz. Brazil-Medico**, ano 32, n. 17, p. 129-132, 27 abr. 1918.
- PLANTAE quina! **A Tarde**, Salvador – Bahia, 8 mai. 1918.
- PONTES, Adriano Arruda. **Caçando mosquitos na Bahia**: a Rockefeller e o combate à febre amarela: inserção, ação e reação popular (1918-1940). Dissertação (Mestrado em História), Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.
- SAMPAIO, Consuelo Novais. **Partidos Políticos na Bahia na Primeira República**: uma política de acomodação (1889-1930). Salvador: Edufba, 1998.
- SANTOS, Flávio Gonçalves. Dois caminhos: porto e as opções de trabalho no sul da Bahia em 1872 e 1940. **Almanack**, Guarulhos, n. 21, p. 205-238, abr. 2019.
- SEABRA, José Joaquim. **Mensagem apresentada à Assembléia Legislativa do Estado da Bahia em a sua 1ª reunião da 17ª legislatura**. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1922.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de. **A gripe espanhola na Bahia**: saúde, política e medicina em tempos de epidemia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: Edufba, 2009.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de. Redes de poder e de solidariedade nos Sertões da Bahia em tempos de epidemia. In: CHAVES, Cleide de Lima (Org.). **História da saúde e das doenças no interior da Bahia**: séculos XIX e XX. Vitória da Conquista: Edições Uesb, 2013, p. 43-82.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de. Assistência e proteção social a pobres e trabalhadores na Bahia da Primeira República. In: BATISTA, Ricardo dos Santos; SOUZA, Christiane Maria Cruz de; SILVA, Maria Elisa Lemos Nunes da (Orgs.). **Quando a História Encontra a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2020, p. 82-113.

VELLOZO, Eduardo Mendes. **Relatório da Comissão Federal do Estado da Bahia relativo à saúde pública no município de Itaberaba.** Salvador: Arquivo Público do Estado da Bahia. Seção Republicana. Secretaria do Interior e da Justiça. Diretoria Geral da Saúde Pública. Caixa 3694, maço 1023, 1912.

RECEBIDO EM: 26/05/2021 PARECER DADO EM: 06/07/2021



www.revistafenix.pro.br