

1. Sob o império da doença

sanear e modernizar a cidade da Bahia

Christiane Maria Cruz de Souza

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SOUZA, CMC. Sob o império da doença: sanear e modernizar a cidade da Bahia. In: *A Gripe Espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009, pp. 37-89. História e saúde collection. ISBN: 978-85-7541-538-2. Available from: doi: [10.747/9788575415382](https://doi.org/10.747/9788575415382). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/fv3c6/epub/souza-9788575415382.epub>.



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

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

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

Sob o Império da Doença: sanear e modernizar a cidade da Bahia

Sulcada de vales profundos e mal drenados, na parte alta, rodeada de alagadiços e mangues em grande extensão na parte baixa, com um clima quente e úmido, as ruas mal alinhadas, com um calçamento, no geral, péssimo, e má edificação em que nem a higiene nem a estética colaboram, a cidade da Bahia não é positivamente um sanatório.

Theodoro Sampaio (apud BRITO, 1928)

Como fenômeno social, a epidemia apresenta uma forma dramática característica e intensa de mobilização pública, dentro de uma unidade de espaço e tempo (ROSENBERG, 1992, p. 305-318). Existe certa semelhança na forma pela qual os fatos se desenrolam sob a tensão de uma epidemia – a epidemia só é aceita e reconhecida tardiamente, e há necessidade de explicá-la; a crise epidêmica força uma reação comunitária visível e decisiva; o fim da epidemia motiva uma avaliação retrospectiva do evento (ROSENBERG, 1992, p. 279-287). Contudo, essa dramaturgia comum, em seu âmago, somente padroniza a estrutura do evento epidêmico, mas não dá conta da amplitude e complexidade das negociações, das respostas à epidemia, nem da diversidade dos atores envolvidos no processo, nem da multidimensionalidade do contexto em que tal fato ocorre.

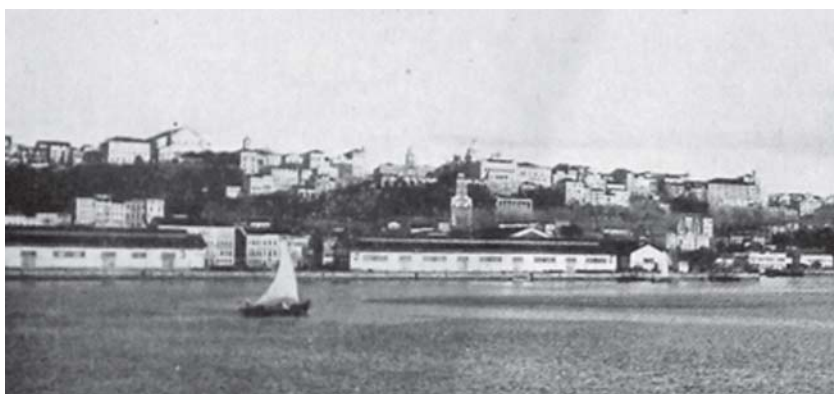
Neste capítulo, pretendemos descortinar o cenário no qual a epidemia de gripe espanhola aporta – a configuração da cidade de Salvador nas primeiras décadas do século XX, a sua condição sanitária, e os elementos de que dispunha para combater a epidemia que ali irrompeu e se alastrou, a partir de setembro de 1918. No decorrer da nossa narrativa, buscaremos a inter-relação entre as questões econômicas, a condição sanitária da capital, as condições materiais de sobrevivência do soteropolitano e as tentativas de organização sanitária do estado.

O destaque dispensado à cidade de Salvador no corpo deste trabalho deve-se não só à sua condição de capital do estado, mas também ao fato de se constituir palco de acirradas disputas políticas, movimentado pólo comercial, e portal de entrada das mais diversas enfermidades.

Salvador nas Primeiras Décadas do Século XX: cidade de becos e cortiços

Nos primeiros anos do século XX, o viajante que chegasse a Salvador por via marítima se encantaria com a belíssima visão da cidade, espalhada ao longo da falha geológica que a dividia em Cidade Alta e Cidade Baixa:

Figura 1 - Vista parcial da cidade de Salvador em 1917



Fonte: *Bahia Illustrada*, Rio de Janeiro, anno 1, n. 1, p. 10, dez. 1917.

Ao desembarcar na estreita faixa de terra que se espremia entre o mar e a montanha, o visitante ingressava na principal zona de comércio da cidade. Nesse espaço heterogêneo e tumultuado estavam instalados desde vendedores ambulantes, pequenas lojas, bodegas, etc., até os grandes mercados, trapiches, depósitos de mercadorias e prédios elegantes – os consulados, a Alfândega, o Arsenal da Marinha, a Associação Comercial, entre outros, como se pode verificar na figura abaixo:

Figura 2 -Vista parcial do porto e do Comércio em 1917

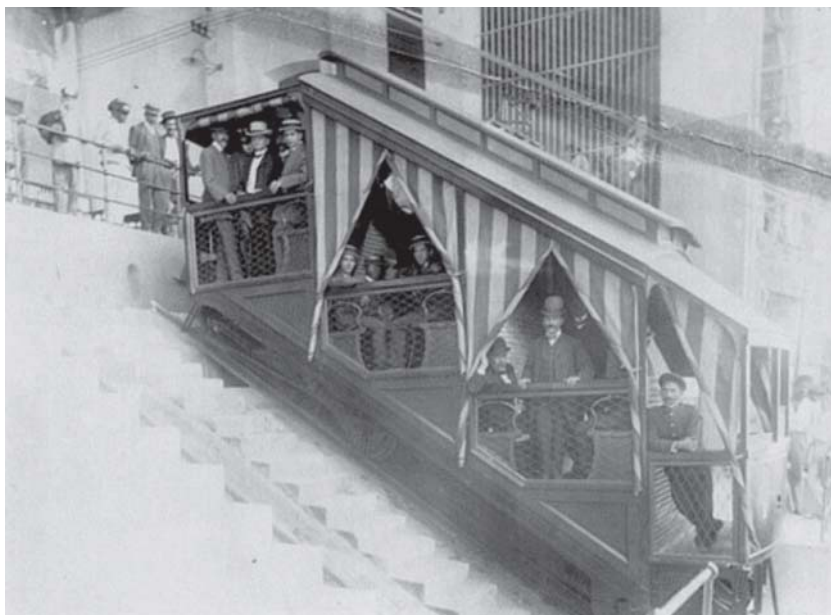


Fonte: *Bahia Illustrada*, Rio de Janeiro, anno 1, n. 1, p.9, 1917.

Para se dirigir à parte alta da cidade, onde estava assentado o centro administrativo e religioso de Salvador, o visitante poderia subir uma das ladeiras que circundavam a montanha, tomar os elevadores hidráulicos, ou utilizar um dos ‘planos inclinados’ que ligavam a Cidade Baixa à Cidade Alta.¹ A fotografia exibida logo a seguir, tirada em 1909, retrata um dos meios utilizados pelo transeunte para se locomover entre os dois níveis da cidade.

O terreno acidentado que abrigava a capital da Bahia – sulcado na parte alta por vales profundos, mal drenado, e rodeado de alagadiços e mangues em grande extensão na parte baixa – determinava o traçado irregular das ruas, becos e vielas que serpeavam paralelas ao mar. Ao circular pela capital da Bahia, o transeunte seguia por ruas tortuosas,

Figura 3 - Plano Inclinado Gonçalves em 1909, um dos diversos acessos à Cidade Alta



Fonte: Acervo Memória da Eletricidade.

desalinhadas, estreitas, com calçamento precário, pouca luminosidade e ventilação, pontuadas por terrenos baldios, de vegetação vigorosa, onde se acumulavam lixo e excrementos. Velhos solares e pequenas casas térreas em precário estado de conservação espremiam-se ao longo das ruas, becos e vielas. Em algumas áreas da cidade, as águas servidas – detritos e dejetos produzidos por seus habitantes – iam diretamente para as ruas, em “sistema” de esgoto a céu aberto, ou para as fossas cavadas nos fundos das casas². O abastecimento de água era insuficiente, e sua qualidade nem sempre saudável; em alguns pontos da cidade, as pessoas tinham de recorrer aos chafarizes e fontes, ou aos “aguadeiros”, que traziam a água até as suas casas³.

O aumento da população verificado na virada do século contribuiu para agravar as condições de moradia e trabalho, bem como os problemas infra-estruturais urbanos, influenciando negativamente a qualidade de vida na capital baiana.⁴ Nesse período, a carência de imóveis para abrigar 205.813 habitantes provocou aumento dos aluguéis e ocupação desordenada do espaço.⁵

Entre 1912 e 1920, entretanto, os censos registraram um decréscimo no número de habitantes de Salvador, mas isso não resultou na ampliação da oferta de moradias. A expansão do comércio “em todos os seus níveis e ramos” contribuiu para aumentar a carência de unidades habitacionais em Salvador e a conseqüente especulação imobiliária (SANTOS, 1990, p. 20). A ocupação dos sobrados dos distritos centrais por firmas comerciais, bancos, escritórios, consultórios, bancas de advogados, etc., contribuiu para expulsar os seus antigos moradores (SANTOS, 1990, p. 23). Nesses distritos, em busca de baixos aluguéis e proximidade com o local de trabalho, famílias aglomeravam-se em imóveis mal conservados, disputando espaço em compartimentos de capacidade insuficiente, mal arejados, úmidos, escuros, situados em becos e ruelas que careciam de limpeza e pavimentação, bem como de serviço regular de água e esgoto.⁶

Para Theodoro Sampaio, o distrito da Sé era o mais perfeito exemplo da insalubridade de Salvador. Incomodado com as condições de vida observadas no centro nervoso da cidade, o engenheiro levantava o seguinte questionamento:

Pode alguém considerar saudável uma parte tão considerável da cidade, como por exemplo, a freguesia da Sé, com suas edificações velhíssimas, os seus feios sobrados em forma de caixão, com escasas aberturas para o ar e para a luz nos pavimentos superiores, e exibindo no rés do chão essas horrendas espeluncas mais baixas do que a rua, onde pulula uma população promíscua, empobrecida, no moral como no organismo, devorada pela tísica, arruinada pela sífilis e perseguida pela miséria? (SAMPAIO, 1906 apud BRITO, 1928, p. 19)

O 5º Distrito Sanitário, que abrangia ampla região de Salvador – Piedade, Tororó e Barris –, também não fugia à regra.⁷ Segundo Aristides Novis, recém-nomeado inspetor sanitário daquela área, a maioria das habitações do 5º Distrito não dispunha de água canalizada, nem da devida impermeabilização do solo. Como não havia esgotos, os moradores recorriam a um “sistema deplorável [de] fossas fixas”, muitas das quais expostas (SR/SIJ/DGSPB. *Relatorio das principaes occurencias do 5º districto...*, 1912). Novis não escondia a sua comoção diante da condição miserável em que vivia a população desse Distrito:

Situados [os porões e lojas], em geral, em becos estreitíssimos, estranhos sempre à influência salutar da luz direta, deixei-os, muita

vez, desolado, após o triste espetáculo da visita, compungido do quadro de pobres famílias, infelizes crianças, asfixiadas na falsa atmosfera desses focos de miséria orgânica, só desvendados, às vezes, à luz artificial. (SR/SIJ/DGSPB. *Relatório das principais ocorrências do 5º distrito...*, 1912)

Aristides Novis ponderava se não seria preferível empreender uma campanha de desocupação dos porões e lojas da cidade⁸, pois acreditava que aqueles “antros abjetos”, onde imperavam “a umidade, a treva e o calor”, abrigavam, “junto com a população pobre da Bahia, os agentes da sua própria destruição”. (SR/SIJ/DGSPB. *Relatório das principais ocorrências do 5º distrito...*, 1912)

Em péssimo estado de conservação, os sobrados eram subdivididos em vários cômodos, incluindo-se aí o porão ou sobreloja, e alugados a inquilinos que não ousavam solicitar dos proprietários os devidos reparos e, muito menos, a adequação desses exíguos espaços a uma condição mínima de moradia, temendo um possível aumento do preço do aluguel. Assim se submetiam a viver amontoados em cubículos mal arejados e iluminados, com “cozinhas” escuras saturadas fuligem e gordura, sem instalações sanitárias apropriadas, nem água encanada. (SANTOS, 1990, p. 26-27)

Além dos velhos sobrados sublocados e suas sobrelojas, as “avenidas”, as casas de cômodo e os cortiços eram habitações típicas dos distritos do antigo centro de Salvador. Todas essas modalidades de moradia eram extremamente precárias e favoreciam a propagação de doenças devido à promiscuidade em que eram obrigados a viver os seus habitantes. Nessas condições, o isolamento preconizado em épocas de epidemias ficava inviabilizado e as doenças contagiosas se espalhavam rapidamente por todo o quarteirão, pelo bairro, atingindo, finalmente, toda a cidade.

Contudo, apesar de defender a desocupação desse tipo de moradia, Novis reconhecia a dificuldade de tal empreendimento “[...] em face da verdadeira crise de habitação por que atravessa a Bahia, em sua fase de remodelação” (SR/SIJ/DGSPB. *Relatório das principais ocorrências do 5º distrito...*, 1912). A “remodelação” da cidade a que se referia Novis foi orquestrada no primeiro governo de José Joaquim Seabra (1912-1916). As intervenções no espaço urbano constituíam, à época, fato comum em outras capitais brasileiras, como Rio de Janeiro, São Paulo, Belém, Porto Alegre, Fortaleza e Recife.⁹

Do final do século XIX até as primeiras décadas do século XX, a necessidade de intervenção no espaço urbano torna-se evidente – as epi-

demias passam a ser associadas à vida urbana, particularmente às grandes cidades, e tanto o saneamento quanto as intervenções na estrutura e infra-estrutura urbanas começam a fazer parte do projeto político das elites brasileiras.¹⁰ O crescimento rápido e desordenado das cidades, o surgimento de novas tecnologias, além do assédio constante das epidemias, justificaram a ordenação desse espaço. (PINHEIRO, 2002, p. 44-52)

Seabra adquirira experiência na política “purificadora da urbe”, pois havia sido ministro da Justiça e Negócios Interiores no governo Rodrigues Alves (1902-1906), participando do suporte político recebido por Oswaldo Cruz e Pereira Passos em suas ações no Rio de Janeiro. A proposta urbanística planejada pelo governador visava à higienização e ao saneamento da cidade, através da eliminação dos quarteirões insalubres repletos de velhos sobrados, becos escuros e fétidos, calçadas repletas de ambulantes e seus tabuleiros. Dessa maneira, Seabra pretendia purificar e ordenar o espaço público, inclusive o portuário, proporcionando maior fluidez à malha viária e adaptando a antiga estrutura urbana às novas necessidades de deslocamento e às novas tecnologias. (PINHEIRO, 2002, p. 253)

O projeto de Seabra atendia às aspirações das elites letradas soteropolitanas. Para estas, uma possibilidade de reverter o quadro de doença e atraso em que se encontrava a capital da Bahia consistia em empreender um projeto higienizador tanto do espaço público quanto do privado, saneando “desde o domicílio até a via pública, desde a água que se bebe, até o ar que se respira, desde o esgoto [...] até a luz que nos alumia”. Assim a Bahia poderia elevar-se “ao nível dos povos mais policiados e ricos”, aspiração legítima de um “povo novo e inteligente”. Para tanto, tornava-se necessário ampliar as vias de circulação, instalar equipamentos de água, esgoto e iluminação, sanear os espaços públicos e as habitações, demolir as moradias inabitáveis, construir novas, etc. (SAMPAIO, 1906 apud BRITO, 1928, p. 20)

Para realizar o projeto, foi estabelecido um acordo – o governo do estado financiaria uma parte das obras e se responsabilizaria por captar alguns recursos com o governo federal, ficando outras obras a cargo do município. (PINHEIRO, 2002, p. 224) Nesse período, o regime republicano permitia que os governos estaduais e municipais negociassem empréstimos e investimentos diretamente com grupos estrangeiros. (SANTOS, 1990, p. 22) Assim, Seabra buscou captar recursos no exterior para a realização da reforma pretendida, servindo-lhe de mediador o empre-

sário e banqueiro Eduardo Guinle, que se encarregou de estabelecer contato com as praças de Paris e Londres. Sócio da empresa de transportes Linha Circular e proprietário da Companhia Melhoramentos, Guinle tinha todo interesse nesse empreendimento, tendo em vista que havia celebrado contrato com o governo para a abertura de uma avenida que ligaria a Praça Castro Alves à Barra – a Avenida Sete de Setembro. (SEABRA, 1914, p. 11-12)

O engenheiro Arlindo Coelho Fragoso foi o responsável pela execução da reforma, orquestrando um tipo de intervenção denominado “urbanismo demolidor” – excluía-se tudo o que destoasse da sonhada civilização e significasse atraso e vergonha para uma sociedade que se pretendia moderna. (LEITE, 1996; PINHEIRO, 2002) Nessa perspectiva, foram derrubados os velhos sobrados e as igrejas ao longo dos trechos que incluíam as ruas da Misericórdia, do Rosário e das Mercês, Chile, São Bento, São Pedro, a fim de abrir a moderna Avenida Sete de Setembro. (TAVARES, 2001, p. 333)¹¹ Na Cidade Baixa, muitas construções do século XIX foram demolidas, iniciando-se também o avanço da cidade sobre o mar. (TAVARES, 2001)¹²

Contudo, a dificuldade em se obter financiamento para a finalização do projeto fez com que a reforma almejada por Seabra não fosse concluída. (PINHEIRO, 2002, p. 267) Assim, apesar dos esforços empreendidos naquele período com propósito de oferecer uma face moderna e civilizada à capital da Bahia, o estado sanitário da cidade e a condição em que viviam seus habitantes continuavam precários.

Segundo artigo publicado no *Diário da Bahia* (06.10.1918, p. 1), Salvador era uma cidade insalubre. Para o articulista responsável pela matéria, o asfalto que revestia algumas das propaladas avenidas abertas por J. J. Seabra escondia e mal disfarçava “aos olhos ingênuos, a miséria, a imundície reinante”. Tal opinião era endossada por artigos publicados em outros periódicos que circulavam na cidade em 1918; de acordo com o relato de um desses jornais, em Salvador, “cidade de becos e cortiços”, não havia preocupação com a higiene, seja a das ruas, seja a das casas, “[...] em muitas das quais os seus proprietários não [faziam] a menor pintura ou o mais ligeiro reparo” (*Diário de Notícias*, 18.10.1918, p. 1). A reforma não dotou a cidade de estrutura sanitária satisfatória – persistiram os problemas de abastecimento de água e a ineficiência do sistema de esgotamento sanitário.

Os relatórios enviados pelos inspetores sanitários corroboravam as denúncias feitas no Senado e publicadas nos jornais. Collatino de

Borborema, inspetor do 5º Distrito Sanitário em 1918, em seu relatório semestral dirigido à Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSPB), traçava um quadro semelhante àquele pintado por seu antecessor, Aristides Novis, antes da reforma empreendida por Seabra. Segundo o inspetor sanitário, a população daquela área continuava a sofrer com a falta de redes de esgotos, de canalização de água, de calçamento, e com a vegetação crescente em muitas ruas. Na região, além do Dique, havia uma série de “alagadiços”, “pântanos” e córregos, onde grassava a malária; sem falar no valado dos Coqueiros dos Barris, que funcionava como um canal onde eram despejadas as águas servidas, dejetos e detritos de várias casas dos Barris e do Portão da Piedade. Esse grande esgoto a céu aberto só era limpo nos períodos das chuvas torrenciais que caíam sobre a cidade. Em períodos de estio, permanecia sem limpeza, acumulando toda a sorte de imundícies e infectando as cercanias. Diante de tal quadro, Borborema solicitava ao diretor da DGSPB que intervisse junto ao poder municipal no sentido de sanar os problemas detectados naquele Distrito. (SR/SIJ/DGSPB. Inspetoria Sanitária do 5º Distrito, *Relatório apresentado pelo Dr. Collatino de Borborema...*, 1918)

Por sua vez, o inspetor sanitário responsável pelo 17º Distrito, Candido Figueiredo, denunciava a situação dos distritos fabris da Penha e dos Mares, onde o operariado vivia “em pontos reconhecidamente insalubres”, densamente povoados, ocupando prédios condenados pela inspetoria sanitária. (SR/SIJ/DGSPB. *Relatório apresentado pelo Dr. Americo D. Ferreira...*, 1921) Figueiredo lamentava que as fábricas não edificassem “vilas operárias, ou de preferência pequenos grupos de habitações singelas, dentro das normas higiênicas”, para abrigar o grande número de trabalhadores ali concentrados.¹³ O inspetor se surpreendia com o fato da tuberculose não causar mais vítimas que as constatadas, dada a situação de promiscuidade em que era obrigada a viver aquela camada da população.

Conforme o exposto anteriormente, nesse decênio desencadeou-se uma crise no setor imobiliário, agravada não só pela pressão da expansão do comércio interno e externo, que promoveu a transformação dos prédios residenciais do antigo centro da cidade em estabelecimentos comerciais, como também pela demolição dos velhos casarões e o conseqüente desalojamento de um número significativo de pessoas pobres que ali habitavam, sem que o estado ou o município lhes oferecessem alternativa de moradia. (CARDOSO, 1991; LEITE, 1996; PINHEIRO, 2002; SAN-

TOS, 1990) Havia grande carência de imóveis para alugar e alguns grupos – comerciantes, companhias industriais, ordens religiosas, sociedades filantrópicas, etc. – monopolizavam o setor, o que favorecia a especulação imobiliária. (CASTELLUCCI, 2001, p. 40-54; SANTOS, 1990, p. 26)

A crise também alcançou o mercado de trabalho. Na primeira década do século XX, a oferta de mão-de-obra era superior à capacidade de absorção pelos setores industrial e de serviços, o que levava considerável parcela da população de Salvador a viver de biscates ou à custa de serviços temporários. (CARDOSO, 1991, p. 7) Nessa conjuntura, poder prover a própria sobrevivência era o maior desafio do soteropolitano.

Para as elites letradas de Salvador, tratava-se de uma situação perigosa, pois a incapacidade dessa camada da população em prover os meios da própria sobrevivência fazia com que a pobreza representasse uma ameaça à higiene social e ao meio urbano.¹⁴ O trabalho moralizava e integrava o indivíduo à ordem social, engajando-o na luta pelo bem comum. O tempo ocioso resultava em desregramento e desordem social, que por sua vez geravam miséria, doença e morte, inserindo o indivíduo num ciclo vicioso. As palavras do engenheiro baiano Theodoro Sampaio¹⁵ (1906 apud BRITO, 1928, p. 19) refletem o pensamento da época:

Por este motivo, a população pobre, na cidade, definha e enfraquece sem a tonificação do trabalho moralizador e regular que lhe garanta a subsistência, sem o auxílio da instrução que lhe faça compreender a vida dentro dos limites da Higiene, sem a qual ela não pode ter a resistência precisa para a luta bendita do trabalho.

De outro lado, aqueles que se encontravam empregados nos setores públicos e privados tinham que se submeter a condições de trabalho extremamente desfavoráveis. Nesse período, o trabalhador se sujeitava a trabalhar em ambientes insalubres, em longas e penosas jornadas de trabalho; sofria perdas salariais e irregularidades no pagamento dos seus vencimentos; e vivia sob a ameaça constante de demissão.

Os operários da indústria têxtil, por exemplo, que ocupava lugar de destaque no incipiente parque industrial da Bahia da República Velha, tinham seus salários defasados diante do custo de vida observado na época. Os empregadores usavam os prejuízos derivados da alta dos preços dos insumos, da paralisação nas vendas¹⁶ e da desvalorização dos seus produtos como justificativa para não oferecer nenhum reajuste nos salários dos trabalhadores. Esse argumento também era utilizado para explicar a para-

lisação total ou parcial da produção em algumas fábricas e a ampliação das horas de trabalho em outras, o que implicava em demissões ou maior exploração do trabalhador. (CASTELLUCCI, 2005, p. 136-137)

A condição dos empregados em estabelecimentos comerciais não diferia muito da do operariado. O pagamento dos seus vencimentos tanto podia ser feito mediante uma quantia de dinheiro mensal, como o empregador poderia oferecer refeição e alojamento como parte da remuneração pelos serviços prestados. Entretanto, nas duas situações o valor não era fixo e geralmente o caixeiro fazia retiradas mensais para prover minimamente sua subsistência, deixando o restante do salário sob a guarda do empregador. Havia um teto anual para tais retiradas e o patrão estimulava o empregado a sacar o mínimo possível, acenando-lhe com a possibilidade de um dia vir a galgar a posição de sócio no negócio. A realização dessa promessa era bastante remota e só se concretizava para uma minoria insignificante. A maioria dos caixeiros, principalmente aqueles empregados em casas comerciais de portugueses e espanhóis, morava precariamente no local de trabalho, onde, além das funções habituais, acumulava os serviços de guarda-livros, faxineiro e vigilante do negócio do patrão. (SANTOS, 2001, p. 56-57)

A situação do funcionalismo público não era melhor que a dos demais trabalhadores. A par da compressão salarial – não recebiam reajustes desde 1896 – e dos atrasos no pagamento dos seus vencimentos, essa categoria lidava com a questão da instabilidade no emprego. Como não era comum a realização de concursos públicos para o preenchimento das vagas, o candidato a funcionário dependia de indicação política. Nomeado, a sua condição de dependência aumentava – o valor dos seus vencimentos variava conforme o grau de proximidade com os altos escalões do poder, arriscando-se a ser rebaixado de função ou demitido durante as mudanças de governo. Afora esses problemas, comuns à categoria, os professores primários municipais enfrentavam outras dificuldades para exercer sua atividade profissional. Nesse período, o aluguel dos imóveis, onde funcionavam as escolas, era de responsabilidade dos próprios professores, que, para tanto, contavam com um pequeno acréscimo em seus salários. Todavia, os atrasos constantes dos seus vencimentos transformavam o professor em “devedor crônico” ou o obrigavam a arcar sozinho com essa despesa. (CASTELLUCCI, 2001, p. 46-47; SANTOS, 2001, p. 53-64)

Além das dificuldades enfrentadas no mercado de trabalho, dos transtornos decorrentes da falta de infra-estrutura urbana e das condições de moradia, os soteropolitanos conviviam com o alto preço dos gêneros de primeira necessidade. A carestia que imperava em Salvador levou um jornalista de *A Tarde* a clamar: “Apiedai-vos do povo, já na iminência da fome! Pão, bacalhau, charque e açúcar. Urge baixar-lhes os preços proibitivos para a pobreza. A crise alimentícia torna-se intolerável”.¹⁷ Esse estado de coisas era tão preocupante, que comerciantes, representantes do poder público e membros da diretoria do Centro Operário, reuniram-se na Intendência Municipal para tentar resolver o problema. (*A Tarde*, 13.09.1918, p.1; 14.09.1918, p. 1)

Segundo a imprensa, o objetivo do encontro era conciliar as tabelas de preço do comércio atacadista e varejista, no intuito de oferecer algum alívio à população. Entretanto, apesar da tentativa de acordo e de redução de preços, a carestia continuou a oprimir o orçamento do povo baiano, ‘justificada’ pela carga tributária imposta ao comércio do estado. Na verdade, a alta desenfreada dos preços dos gêneros de primeira necessidade era conseqüência do desabastecimento interno provocado pelo incremento das exportações de produtos alimentícios durante a Primeira Guerra Mundial. (1914-1918) (CASTELLUCCI, 2001, p. 43; SANTOS, 2001, p. 67-96)

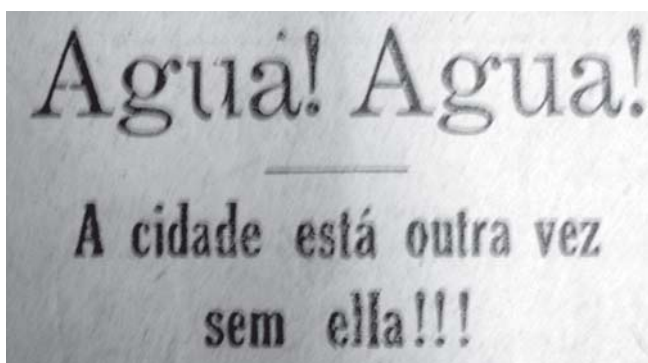
Antes da eclosão do conflito, grande parte dos produtos que abasteciam o mercado de Salvador – arroz, feijão, batata e bacalhau – era importada da Europa. Os proprietários de terras baianos dedicavam-se ao plantio de produtos de exportação como o cacau, o fumo, a cana e o algodão, mais lucrativos que os gêneros de subsistência. Ademais, a importação de gêneros alimentícios trazia grandes lucros aos comerciantes ligados ao comércio externo. (SANTOS, 2001, p. 71)

A desestruturação do mercado europeu provocada pela guerra não mudou esse cenário. A maior parte dos alimentos consumidos na Bahia eram provenientes dos estados do Sul, que passaram a produzir e exportar esses produtos para a Europa. (SANTOS, 2001, p. 72) Os países em conflito, envolvidos no esforço de guerra, passaram a necessitar dos produtos primários para alimentar suas populações e exércitos, e o Brasil passou então a envidar esforços no sentido de fornecer gêneros alimentícios ao mercado europeu, o que contribuiu para a recuperação da economia. (CASTELLUCCI, 2005, p. 134)

Na Bahia, as transações comerciais advindas do processo de importação dos gêneros de primeira necessidade do sul do país e do exterior estimularam a expansão desse setor do comércio.¹⁸ Observou-se, nesse período, a ampliação do número de casas do comércio varejista, ao tempo em que no ramo atacadista ocorreu a fusão de várias casas de negócio, o que resultou em firmas de maior porte. Teoricamente, a lei da livre concorrência regulava o mercado, entretanto, na realidade as grandes firmas comerciais eram as principais fornecedoras dos gêneros de primeira necessidade e empreendiam manobras para elevar o custo dos produtos. O monopólio, a especulação e o interesse em dirigir o grosso da produção de alimentos para o mercado externo, geraram o desabastecimento e a carestia observados em Salvador naquele período. (SANTOS, 2001, p. 71-72)

A par da crise que atingia vários setores da sociedade, o senador Rui Barbosa, que empreendia ferrenha oposição à Seabra e ao seu grupo político, pronunciou-se no Senado da República, denunciando as condições em que viviam os soteropolitanos. (SEABRA, 1918)¹⁹ Para o senador, a capital da Bahia, cidade de quase 300 mil habitantes, encontrava-se em estado lastimável: sem água, sem luz, sem escolas, e sem pagar ao professorado.

Figura 4 - A falta de água – um problema crônico



Fonte: *O Imparcial*, 06.09.1918, p. 1.

Em face das acusações feitas por Rui Barbosa, personagem de vulto no cenário nacional, o então senador J. J. Seabra saiu em defesa da Bahia e do grupo que a governava. Em discurso proferido no Senado da Repú-

blica, em 3 de junho de 1918, Seabra admitiu que a situação do município mostrava-se difícil, mas não tão desesperadora quanto queria fazer crer Rui Barbosa:

Estão a cargo do município os serviços de abastecimento de água e luz. S. Ex^a. diz que não há água, nem luz.

Não haverá água em abundância, acrescentarei eu; não haverá luz em abundância também; mas, por isso a Bahia não chegou ainda ao ponto de viver às escuras a sua população ou de padecer as torturas da sede. O fornecimento de água pode não ser satisfatório, mas existe. O serviço de distribuição de luz é feito, além do município, pela casa Guinle. Como, pois, afirmar-se que vive a cidade mergulhada nas trevas? (SEABRA, 1918, p. 79)

J. J. Seabra reconhecia a precariedade dos serviços de distribuição de água e energia. Entretanto, procurou amenizar a sua responsabilidade, bem como a de seus aliados – o governo estadual e o intendente à época no poder – em relação a tal estado de coisas. Segundo o senador, a situação precária que o município atravessava era motivada por desmandos de administrações passadas, cujos intendentes não haviam sido nomeados por ordem sua.²⁰ Vejamos um trecho do discurso:

Na Bahia, senhores, há, em matéria de administração, duas situações distintas: a situação do município e a situação do Estado.

A situação do município é precária, foi de desmandos, foi levada e arrastada a esse estado por faltas sucessivas e por erros acumulados.

[...]

Ora, Sr. Presidente, como não seria precária a situação do município com uma dívida superior à do Estado, e podendo seus impostos ser recebidos, como são, em letras passadas pelo Intendente, de modo que nem mesmo na sua arrecadação de rendas ordinárias podia haver dinheiro, pois que esses impostos são pagos em letras!

[...]

Portanto, Sr. Presidente, esse estado de cousas relativamente ao município da Bahia, é resultante dos fatos que aludi e dos erros administrativos de intendentes cujas culpas não podem recair sobre a situação ora dominante na Bahia. (SEABRA, 1918, p. 77-79).

Todavia, o povo não assistia a tudo passivamente. Em meio a esse contexto de crise nas finanças públicas, corrosão salarial e carestia gene-

ralizada, os professores da rede municipal, juntamente com um grupo de operários da Fábrica Nossa Senhora da Conceição²¹, de propriedade da Companhia União Fabril da Bahia, entraram em greve – os primeiros reivindicavam o pagamento de salários atrasados, e os últimos, um aumento salarial.²² Sobre a greve dos operários, notícia publicada no jornal *A Tarde* informava que a reivindicação de aumento nos salários se devia à “alta clamorosa dos gêneros de primeira necessidade”. (*A Tarde*, 24.09.1918, p. 1)²³

Pelo exposto até aqui, podemos concluir que os indivíduos que integravam as camadas mais desfavorecidas da população trabalhavam em excesso e eram pessimamente remunerados. Tais condições resultavam em uma série de privações e conseqüências funestas. Além do esgotamento físico, a camada mais pobre tinha uma alimentação deficiente em nutrientes e abrigava-se em moradias de condições precárias, situadas em áreas insalubres.

Para o inspetor do 9º Distrito Sanitário, Alvaro da Franca Rocha, a miséria representava uma porta aberta à infecção, tendo em vista que o organismo enfraquecido não poderia resistir às doenças. Franca Rocha ponderava que era necessário tirar o povo da condição miserável em que vivia: “entregue aos vícios, ao alcoolismo, mal alimentado, habitando verdadeiros antros, sem ar e sem luz”. (SR/SIJ/DGSPB. *Relatório apresentado pelo Dr. Alvaro da Franca Rocha ...*, 1913)

O projeto higienizador das elites, voltado inicialmente para as intervenções no espaço urbano, foi-se ampliando no decorrer do tempo, alcançando também dimensão social. Nessa perspectiva, buscava-se atingir três esferas da vida em sociedade: o espaço público, o privado e o modo de vida. No período, os engenheiros e, principalmente, os médicos desempenharam papel decisivo: modernizaram instalações urbanas coletivas, criaram redes institucionais de assistência pública, promoveram reformas e controle social, agindo quase como uma burocracia especializada juntamente com outros profissionais e agentes políticos, religiosos ou governamentais. (LEITE, 1996, p. 11)

A Cidade do Salvador: portal de entrada das epidemias

Nas primeiras décadas do século XX, Salvador era uma cidade enferma, com taxas de morbidade e mortalidade muito elevadas. Doenças como a disenteria, a difteria, a febre tifóide, o beribéri, a febre amarela, a peste, a malária, a tuberculose, entre outras, acometiam os soteropolitanos com frequência desesperadora, assumindo caráter quase endêmico, conforme podemos observar no Quadro 1.

De acordo com os relatos dos inspetores sanitários citados no item anterior, a capital da Bahia representava o cenário ideal para a propagação de doenças como a peste, a febre amarela, a malária, a disenteria e a tuberculose.

Nos velhos sobrados semeados por toda a área central da cidade, com seus sótãos, porões, vãos sob o telhado e sob os pisos de tabuado, óculos para a ventilação, bicas para escoar a água da chuva, e toda a sorte de dependências ociosas e esquecidas, além do lixo doméstico e outros resíduos acumulados em ruas, pátios e quintais, proliferavam os ratos, que abrigavam as pulgas transmissoras da peste, entre outras doenças.

Ao mesmo tempo, a conformação telúrica e topográfica da cidade contribuía para o surgimento e proliferação de doenças como a febre amarela e a malária. Por toda a área urbana e periférica de Salvador abundavam córregos, charcos, valas, brejos, sem falar no Dique, em cujas margens mal drenadas e cobertas de vegetação pululava uma fauna variada de insetos, dentre os quais os transmissores dessas doenças.²⁴

O sistema de distribuição de água na cidade era insuficiente – boa parte dos moradores precisava recorrer às fontes e aos aguadeiros para abastecerem as suas casas. Geralmente, a água distribuída pelos aguadeiros era proveniente de córregos e fontes, onde também eram lavadas as roupas, as pessoas se banhavam, e os animais saciavam a sede.²⁵ Ao chegar aos domicílios, a água nem sempre era armazenada de forma conveniente, sendo colocada em tonéis sem cobertura, expostos a todo o tipo de ação danosa.²⁶ Ademais, a falta de esgotamento sanitário permitia que detritos e esgotos domésticos fossem escoados de maneira inadequada, geralmente a céu aberto, contaminando o solo, as águas e os alimentos.²⁷ Assim, o soteropolitano consumia água de procedência e qualidade duvidosas, bem como alimentos contaminados, o que contribuía para o alto índice de febres, verminoses e doenças disentéricas entre a população.²⁸

Moléstias	1908	1909	1910	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1919
Febre amarela	14	93	8	-	13	54	68	5	-	1	18	48
Peste	52	114	124	52	59	111	81	52	14	29	7	2
Variola	85	328	835	5	-	1	-	-	1	-	-	2804
Sarampo	8	21	7	17	8	-	86	5	1	2	1	4
Escarlatina	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Coqueluche	-	1	16	20	7	33	36	9	2	7	28	13
Difteria	2	3	6	3	6	7	4	1	1	4	3	8
Gripe	8	17	16	15	17	18	16	10	28	17	386	49
Febre tifóide	24	13	14	18	10	16	8	12	12	10	12	21
Disenteria	479	177	93	90	81	176	62	63	26	23	18	51
Beribéri ²⁴	115	47	39	43	38	34	68	27	26	22	17	27
Lepra	1	7	7	4	1	3	3	3	2	7	10	3
Impaludismo	384	388	344	375	381	327	439	319	355	277	479	532
Tuberculose	756	795	781	762	782	843	854	949	932	965	1153	1065
Outras	39	26	27	22	19	1	-	-	2	-	-	-

Quadro 1 - Mortalidade por moléstias transmissíveis (1908-1919)

Fonte: ANNUARIO... (1916-1927); ARAGÃO (1920, p. 98).

Os dados do Quadro 1 demonstram que, até 1918, doenças como a malária e a disenteria, além de fazerem muitas vítimas, eram quase endêmicas no estado. Havia a noção de que a malária e a disenteria grassavam entre as camadas mais pobres da população e, portanto, não repercutiam escandalosamente nos negócios. Entretanto, as elites já começavam a associar as doenças ao atraso e à barbárie, e a perceber que a falta de braços para o trabalho e a ameaça constante de contágio também constituíam fatores que afetavam a sociedade como um todo.

Contudo, a erradicação de doenças como a disenteria e a malária demandava maior investimento em obras de saneamento, bem como, no caso da primeira, uma campanha educativa para estimular a adoção de hábitos de higiene pessoal e doméstica. De acordo com o relatório do inspetor sanitário, Collatino de Borborema, a profilaxia da malária, que previa “obras de entulhamentos, drenagens e limpeza de valados, rios e riachos”, estava sob a responsabilidade do município. (SR/SIJ/DGSPB. Inspeção Sanitária do 5º distrito, *Relatório apresentado pelo Dr. Collatino de Borborema...*, 1918)

Todavia, se considerarmos o conteúdo dos relatórios médicos e os depoimentos das autoridades públicas até aqui apresentados, bem como o número oficial de vítimas exposto no quadro acima, perceberemos que o município não estava cumprindo a sua parte. A prefeitura de Salvador, mergulhada em dívidas, não possuía recursos financeiros para empreender tais melhoramentos, ainda que estes se mostrassem simples e necessários. (SEABRA, 1918, p. 77-79)

O estado não se encontrava em melhor condição financeira que a prefeitura. De acordo com exposição anterior, ainda que no primeiro governo de J. J. Seabra (1912-1916) tivesse sido empreendida uma reforma da cidade de Salvador, as ações implementadas não contemplaram os necessários melhoramentos do sistema de abastecimento de água e de saneamento da cidade. Segundo Gonçalo Moniz (1921, p. 369):

[...] os poderes públicos deixam de fazer tantas obras indispensáveis à higiene da coletividade e à salubridade do meio urbano, tais como redes de esgotos sanitários, pavimentação de vias públicas, abastecimento de água suficiente e perfeito, supressão de charcos, pântanos e valas imundas, etc., porque as más condições financeiras não lhes permitem realizá-las [...].

Para os médicos, era preciso higienizar as casas e ruas, evitando, por exemplo, a cadeia perversa – o lixo alimentava os ratos, que por sua vez albergavam as pulgas, que transmitiam, entre outras doenças, a peste. Era necessário purificar a água de consumo e melhorar o seu sistema de distribuição, implementar um sistema de esgotamento sanitário eficiente, impedir a formação de áreas de água estagnada, para evitar a propagação de males como a cólera, a disenteria e as ‘febres de mal caráter’²⁹. A vacinação, a higienização dos objetos usados pelos enfermos, bem como a restrição à aglomeração e ao convívio de pessoas doentes com as sãs, também constituíam medidas de prevenção de doenças cuja transmissão se fazia de indivíduo para indivíduo, tais como a varíola, a gripe e a tuberculose.

Contudo, vimos que, além das questões de saneamento, a população pobre de Salvador enfrentava o desemprego ou as longas e pesadas jornadas de trabalho, a corrosão salarial, a escassez e a má qualidade da alimentação, a insalubridade e a superlotação das moradias. Esse quadro socioeconômico favorecia a incidência e a propagação de doenças transmissíveis e/ou carenciais, como a tuberculose, a pneumonia, a varíola, a gripe e o beribéri.

Dentre as doenças acima, a que mais contribuía para aumentar as cifras de mortalidade entre os baianos era a tuberculose pulmonar. Segundo Álvaro da Franca Rocha, inspetor sanitário do 9º Distrito, a doença atingia mais os indivíduos cujas precárias condições materiais de vida enfraqueciam os seus organismos e facilitavam a infecção. (SR/SIJ/DGSPB. *Relatorio apresentado pelo Dr. Alvaro da Franca Rocha...*, 1913) No período, a desinfecção das habitações, praticada em caso de óbito, constituía medida profilática largamente utilizada no combate à propagação dessa doença.

Franca Rocha achava até “extravagante” a desinfecção realizada nas “lojas subterrâneas e lúgubres” e nas “choupanas miserabilíssimas, sem ar e sem luz”, nas quais viviam em total promiscuidade as camadas mais desfavorecidas da população. Rocha acreditava que a utilização desse método em “casas da pior espécie” não representava “um elemento capaz de combater a tuberculose”. (SR/SIJ/DGSPB. *Relatorio apresentado pelo Dr. Alvaro da Franca Rocha...*, 1913)

Aristides Novis também não acreditava na eficácia dessa medida. Entretanto, reconhecia as dificuldades de se lançar mãos de meios mais eficazes. Novis ponderava que, em razão de não ser comum isolar o tuberculoso, quando este morria já havia “plantado na família o gérmen

da moléstia, que mais tarde explodirá[ia]”. (SR/SIJ/DGSPB. *Relatorio das principais occurrencias do 5º districto de Saude Publica...*, 1912)

Como isolar um paciente tuberculoso, se aquela era uma doença de lenta evolução? O estado, certamente, não possuía recursos para tal. Ademais, os médicos questionavam-se sobre a eficácia da desinfecção em moradias onde, após a aplicação da medida, as pessoas voltavam a dormir todas juntas num cubículo úmido, sem ventilação, respirando o mesmo ar corrompido. Franca Rocha argumentava que para vencer a tuberculose, além de combater o micróbio, fazia-se necessário “preparar os organismos” dos indivíduos, para que estes oferecessem “enérgica resistência aos elementos invasores”. (SR/SIJ/DGSPB. *Relatorio apresentado pelo Dr. Alvaro da Franca Rocha...*, 1913) Conforme podemos perceber, os médicos reconheciam que as condições materiais de existência constituíam fatores importantes a considerar, quando se tratava da resistência do organismo humano às infecções. Apesar do conhecimento a respeito dos agentes etiológicos, dos hospedeiros e dos vetores das doenças, não se ignorava que outras variáveis podiam interferir no processo de adoecimento, ou seja, o conhecimento da casualidade específica de cada doença dialogava com os determinantes sociais da saúde e da doença.

Não era de espantar, portanto, que a precariedade da coleta de lixo e dos sistemas de abastecimento de água e saneamento; as condições miseráveis das habitações; os hábitos morais e de higiene diária; as condições do ambiente de trabalho; a dieta e a pobreza; e as perigosas aglomerações das cidades, figurassem nas agendas ou nos discursos das elites baianas, já conscientes de que estes e outros fatores contribuía para a incidência e propagação de males endêmicos e epidêmicos entre a população daquele centro urbano.

Para o Dr. Luiz Anselmo da Fonseca, professor da Faculdade de Medicina e membro do Conselho Sanitário do Estado da Bahia³⁰, a saúde coletiva constituía assunto merecedor da consideração e do empenho daqueles que, em virtude das funções públicas exercidas e dos cargos ocupados, eram direta ou indiretamente responsáveis pela oferta e gestão de serviços públicos de saúde. Fonseca (1909, p. 6) chamava a atenção para “[...] a importância da questão da saúde pública e a necessária dependência em que dela esta[va] a saúde individual”.

Aos poucos, as elites começavam a perceber que, em um centro populoso como Salvador, com conexões econômicas diversificadas, as epidemias de doenças transmissíveis eram males que atingiam tanto os pobres quanto os ricos. Assim, era preciso apresentar um leque de medidas que atingisse o problema de forma ampla, compulsória, permanente e coletiva. Semelhante advertência do conselheiro evidencia a percepção da interdependência social por parte das elites baianas, e a conseqüente discussão em torno da necessária centralização dos cuidados com a saúde.³¹

Todavia, tal percepção expressa por Fonseca certamente não era suficiente para mobilizar as autoridades e as elites, no sentido de promover mudanças efetivas nos serviços sanitários do estado, capazes de atingir a população como um todo. Salvo naqueles estados política e economicamente fortes, como São Paulo (enriquecido pelo café) e Rio de Janeiro (capital federal), poucos eram os que possuíam recursos materiais e financeiros para implementar políticas de saúde pública realmente eficazes. (SODRÉ, 1918, p. 39-41)

Na impossibilidade de se empreenderem políticas públicas de saúde permanentes que abrangessem todo o estado, a prioridade recaía sobre as epidemias periodicamente incidentes sobre Salvador. As elites locais argumentavam que o saneamento da cidade – ao mesmo tempo porto e capital do estado – traria benefícios para a Bahia como um todo, tendo em vista não só o seu papel de pólo de escoamento da produção estadual, mas também o risco que oferecia aquele porto, como disseminador de doenças para outras cidades do interior do estado e do Brasil.

Todavia, mesmo em Salvador, o combate efetivo e eficaz das doenças transmissíveis enfrentava uma série de obstáculos, dentre estes a incapacidade financeira do estado e do município para promover obras de saneamento e drenagem dos mangues, valados, riachos e rios, melhorar a qualidade e ampliar o sistema de abastecimento de água, pavimentar as ruas, e prover a cidade de nova rede de esgotos. Nem sempre se conseguia interditar ou demolir os velhos casarões inabitáveis – faltavam recursos para indenizar seus proprietários e realojar seus moradores em habitações mais higiênicas. As autoridades sanitárias queixavam-se, também, da falta de colaboração dos próprios habitantes da cidade, os quais, fosse por ignorância, fosse por falta de recursos financeiros, ou mesmo pela conjugação de ambas as situações, não concorriam para a higiene pública, nem privada. (MONIZ, 1921, p. 422-427)

O Processo de Construção de um Aparato de Assistência à Saúde

Em discurso pronunciado na sessão solene de abertura do Quinto Congresso Brasileiro de Geografia, ocorrido em 7 de setembro de 1916, na Bahia, o então deputado federal Antônio Ferrão Moniz de Aragão afirmou que “[...] em matéria de higiene a República encontrou a Bahia inteiramente desprovida dos elementos necessários para o preenchimento dos seus fins”, tendo em vista que “o poder público olhava sempre com certo descaso para tal serviço”. (MONIZ DE ARAGÃO, 1916, p. 29)

O discurso de Moniz de Aragão parece querer valorizar os feitos da República, principalmente quando anos depois o próprio deputado afirmou, no Senado, que a organização sanitária do estado fora preocupação sua e de todos os governadores antecedentes, cabendo a Rodrigues Lima (primeiro governador eleito por sufrágio popular) a iniciativa de organizar o serviço de saúde no estado. (MONIZ DE ARAGÃO, 1926, p. 30)

Entretanto, durante todo o século XIX, observou-se por parte dos governantes daquela urbe um real esforço em dotá-la de melhores condições e qualidade de vida – fosse por meio de regulamentos e códigos de postura, fosse pela introdução de novos equipamentos urbanos, ou mesmo por projetos de saneamento, os quais, por vezes, a falta de recursos impedia que saíssem do papel. (PINHEIRO, 2002, p. 181-223)

Em 1838, a criação do Conselho de Salubridade, pelo então presidente da Província Thomaz Xavier Garcia d’Almeida, pode ser considerada o primeiro passo na direção da organização sanitária da Bahia.³² Esse órgão tinha por finalidade orientar o poder público, no sentido de coibir o exercício ilegal da medicina, bem como de implantar medidas para o combate às epidemias. Entre as preocupações dos conselheiros, figurava a luta contra a varíola, e muitos médicos eram designados pelo Conselho para proceder à vacinação da população, ainda que no período esta medida ficasse restrita ao Recôncavo Baiano. (SANTIAGO, 1956, p. 42-44)³³

O ato que criou o Conselho de Salubridade estabelecia que só “médicos, cirurgiões, farmacêuticos e mais pessoas versadas nas ciências físicas ou naturais” poderiam fazer parte deste órgão (SANTIAGO, 1956, p. 43). Tal premissa inseria-se no contexto de luta pela supremacia da medicina acadêmica em relação a outras formas de cura, e denotava a necessidade de

afirmação do conhecimento obtido na academia como o único capaz de oferecer soluções aos problemas de saúde enfrentados pela sociedade.

Havia, nesse período, crescente movimento dos médicos formados pela Faculdade de Medicina da Bahia, no sentido de conquistar uma posição de autoridade na sociedade, buscando atuar como um sistema consultivo especializado, capaz de gerir ações de saúde pública e privada.³⁴ Tal predisposição se fortalecia *pari passu* às conquistas obtidas no campo do ensino médico. Ainda que desde a sua fundação, em 1808, como Escola de Cirurgia, a Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) convivesse com poucos recursos; houve progressiva melhoria em suas instalações e condições de ensino a partir da terceira década do Oitocentos.³⁵ A par das vitórias alcançadas, os médicos buscaram legitimar a sua posição, organizando-se em associações científicas, editando e publicando em periódicos especializados em assuntos médicos, promovendo conferências, participando ativamente da cena política, como vereadores, deputados, conselheiros, ministros, etc., ou mesmo como reformadores ou revolucionários. (BARRETO, 2005, p. 40-67; REIS, 1991, p. 247-272) Médicos como José Lino Coutinho, político, professor e diretor da FMB entre 1833 e 1836, e o revolucionário Francisco Sabino Álvares da Rocha Vieira lutavam para impor seus ideais políticos e civilizatórios, incluindo o projeto de higienização da urbe como forma de alcançar o progresso da nação que se formava.³⁶

O combate às epidemias que assolavam os centros urbanos, evidenciando a insalubridade das cidades, dizimando grande parte da população, desorganizando a produção, inviabilizando o comércio e provocando crise de abastecimento, constituiu-se na principal motivação das iniciativas de saúde pública ocorridas no Brasil durante o século XIX. O aumento súbito e significativo das taxas de mortalidade demandava uma série de intervenções no espaço urbano, assim como ações de saúde pública tais como a quarentena, e o isolamento do doente. A Bahia não fugia à regra, buscando mecanismos para combater as constantes ondas epidêmicas que assolavam a população, em especial os soteropolitanos, expostos à intensa circulação de pessoas das mais diversas nacionalidades, em seu porto comercial. Nesse sentido, as elites governantes envidaram esforços para promover a salubridade da sua capital. A fim de legitimar tais ações, foram editadas sucessivas leis pelos presidentes de província e governadores que se sucederam no governo da Bahia.

Em 1850, foram criadas em todas as províncias as Juntas de Higiene Pública, subordinadas à Junta Central de Higiene Pública, sediada no Rio de Janeiro.³⁷ Apesar dessa deliberação do governo imperial, o Conselho de Salubridade continuou a funcionar na Bahia, adquirindo caráter mais opinativo no que dizia respeito à saúde pública. (SANTIAGO, 1956, p.44-45)³⁸

Naquele período, as epidemias de febre amarela (1849-1850) e de cólera (1855) assolaram Salvador, provocando grande número de mortes, desabastecimento da capital e crise na economia. (CARDOSO, 1991, p. 36-38, DAVID, 1996, NASCIMENTO, 1986, p. 151-171, PINHEIRO, 2002, p. 210; p. 36-38) Os surtos epidêmicos abalaram a sociedade baiana e motivaram intervenções no sentido de purificar e ordenar o espaço urbano, tais como as desinfecções em locais de aglomeração (hospitais, prisões, pensões, igrejas, teatros, etc.); o saneamento dos mata-douros; o deslocamento do cemitério para área externa ao perímetro urbano³⁹; a vigilância sanitária dos navios; e o estabelecimento de um serviço de limpeza pública.

As medidas acima relacionadas eram informadas por uma concepção médico-científica baseada no que se convencionou denominar *teoria dos miasmas*, segundo a qual as epidemias eram resultantes tanto de fatores ambientais, tais como as condições climáticas e atmosféricas, quanto da deficiência na distribuição e no tratamento de água, esgoto, lixo, etc. (BARRETO, 2005, p. 58-67) Ao relacionar as doenças epidêmicas às condições de vida nos centros urbanos, tal concepção contribuiu para o desenvolvimento de serviços até então negligenciados, como a vigilância sobre o fabrico e venda de produtos alimentícios e as primeiras medidas de saneamento urbano.

Os médicos ligados às questões da saúde pública propunham a regulamentação de hábitos, costumes e estilo de vida, recomendando ainda o exercício de constante vigilância sobre a qualidade do ar, da água e do solo, bem como a reordenação dos espaços urbanos, a fim de facilitar a distribuição da luz e a circulação do ar, de pessoas e de mercadorias. Tais providências evitariam que condições de insalubridade diversas viessem a contribuir para a proliferação de doenças transmissíveis.

À época, a questão social também constituía um fator associado ao processo saúde-doença. Considerando-se que a situação de miséria predispunha os indivíduos à doença, utilizava-se como medida preventiva o recolhimento dos indigentes e alienados a espaços onde, teoricamente,

encontrariam abrigo contra as intempéries, passariam a receber alimentação, assistência médica, terapêutica adequada e não representariam um risco à população sadia.

Assim, era comum que os nosocômios, tais como o Asilo de Mendicidade e o Asilo São João de Deus, funcionassem mais como abrigos de indigentes e de doentes mentais do que na condição de hospitais propriamente ditos. Ademais, a ideologia vigente preconizava a desobstrução do espaço urbano, evitando, entre outras coisas, a presença embaraçosa de vadios, loucos e mendigos nas ruas de Salvador. (FRAGA FILHO, 1996) A existência de indivíduos perambulando pelas ruas nessa condição de miséria humana emprestava à cidade uma fisionomia que contrariava o impulso civilizador verificado a partir da segunda metade do século XIX.

A erupção da febre amarela em finais de setembro de 1849 motivou a adoção, por parte do governo da província, de uma série de medidas sanitárias para tentar conter o mal que se espalhou com grande virulência em Salvador, estendendo-se até o interior do estado. Dentre as medidas adotadas pelo então presidente da província, Francisco Gonçalves Martins, constava a assistência médica domiciliária e a distribuição de remédios aos infectados. O aumento progressivo da doença, sobretudo, entre os tripulantes dos navios estrangeiros que aportavam na Bahia, fez com que o presidente da província designasse uma comissão de médicos e disponibilizasse um espaço provisório para o tratamento dos acometidos pelo mal. (MARTINS, 1850, p. 10-12)⁴⁰

Em 1853, o assédio periódico da doença na Bahia fez com que o presidente da província José Mauricio Wanderley (1854, p. 7) decidisse criar um espaço hospitalar permanente para isolar os acometidos pela febre amarela.⁴¹ O nosocômio foi instalado em uma casa situada em local afastado, no Alto de Monte Serrat, então subúrbio de Salvador. A opção por essa localização amparava-se na concepção médico-científica baseada no conceito de transmissão, a qual preconizava o isolamento do enfermo em local distante das aglomerações da cidade, a fim de evitar que a doença se disseminasse entre a população sadia.

Desde a sua fundação, o Isolamento de Monte Serrat passou a acolher os atingidos pelas epidemias de doenças transmissíveis, que periodicamente incidiam sobre a Bahia. Contudo, esse hospital funcionava precariamente e de forma irregular – dispensava os funcionários e fechava suas portas assim que o surto epidêmico arrefecia, devido à falta de recursos

financeiros para manter um corpo permanente de funcionários, prover a alimentação e o tratamento dos doentes, bem como o asseio e conservação do espaço hospitalar. (WANDERLEY, 1854, p. 11, 1855, p. 21)

Entretanto, havia na Bahia hospitais que funcionavam de forma regular, independentemente das quadras epidêmicas. Dentre estes, figuravam o Hospital da Santa Casa da Misericórdia (o São Cristóvão) e o Hospital Militar (reservado ao atendimento da guarnição). Tais hospitais eram vistos com desconfiança pela população, e com desgosto por parte dos médicos que ali trabalhavam. O povo pobre acreditava que esses espaços eram antes de morte que de cura, e os médicos criticavam as péssimas condições de higiene do ambiente e da alimentação hospitalar, as quais predispunham os enfermos a outras doenças, acelerando a sua morte. (SOUZA JUNIOR, 1886, p. 77-85)

Além dos mencionados, havia também o Hospital Português, construído pela Real Sociedade Portuguesa Dezesseis de Setembro, em um sítio no alto do Bonfim. (BOCCANERA JUNIOR, 1926, p. 338) Inaugurado em 16 de setembro de 1866, o hospital abrigava dois pavimentos: entre outras instalações, no térreo havia uma enfermaria com seis leitos, e no andar superior estavam instalados seis quartos para pensionistas e duas enfermarias com cinco leitos cada. (SOUZA JUNIOR, 1886, p. 82-83) A instituição prestava assistência à comunidade portuguesa residente na Bahia, bem como aos patrícios de passagem pelo estado. (BOCCANERA JUNIOR, 1926, p. 338) Segundo as concepções que à época orientavam a construção dos hospitais, aquele era considerado um nosocômio regular, em virtude de seu asseio, do abastecimento de água próprio (dispunha de uma cisterna), da boa orientação e situação no alto de um terreno, ainda que apresentasse alguns “defeitos na técnica hospitalar”, como o “mau sistema de janelas”. (SOUZA JUNIOR, 1886, p. 83)

Contudo, desde o início do século XIX a Santa Casa da Misericórdia reconhecia o péssimo local e as deploráveis condições higiênicas do seu hospital. Assim, na década de 20 daquele século, a instituição procurou um local onde pudesse construir um nosocômio com condições de substituir o antigo Hospital de S. Cristóvão. Para tal fim, em 19 de maio de 1828, o visconde do Rio Vermelho, provedor da Santa Casa, adquiriu um terreno no bairro de Nazaré. Em julho do mesmo ano, foi colocada a pedra inaugural do novo hospital, que passaria a se chamar Hospital Santa Isabel. Após inúmeras interrupções, a obra foi finalmente inaugu-

rada em 1893. (SOUZA JUNIOR, 1886, p. 13-14) Tratava-se de um dos hospitais mais importantes da Bahia, principalmente pelo fato de ser em suas enfermarias que médicos e estudantes da Faculdade de Medicina da Bahia estabeleciam quadros nosográficos, experimentavam formas e instrumentos cirúrgicos, recolhiam casos clínicos e, mais tarde, publicavam nos jornais e nos periódicos especializados os resultados da prática médica ali realizada. (BARRETO; ARAS, 2003)

Em finais do século XIX, a Bahia deu mais um passo em direção à organização sanitária. Joaquim Manoel Rodrigues Lima, médico formado pela Faculdade de Medicina, eleito para governar a Bahia no período de 1892 a 1896, sancionou uma lei estadual que previa a organização sanitária do estado.

Entre outras disposições, a legislação determinava a criação da Inspeção de Higiene e do Instituto Vacínico, e prescrevia que o Conselho de Salubridade passasse a se chamar Conselho Geral de Saúde Pública. Ao Conselho competia opinar sobre questões de higiene, salubridade geral e assistência pública, elaborar o código farmacêutico, estabelecer e divulgar instruções gerais sobre questões de saúde, orientar a estatística demográfico-sanitária, bem como propor a nomeação dos delegados de higiene para cada município do estado. (BAHIA. Lei nº 30, de 29 de agosto de 1892, p. 164-177)

A lei acima citada também previa a criação de conselhos locais de saúde, instituídos nos municípios e compostos de acordo com a orientação do governo, que se resguardava o direito de nomear os delegados de higiene municipais. (Art.25, §1 a 13, p. 172-173) As atribuições dos conselhos locais eram praticamente as mesmas do Conselho Geral, mantidas as devidas proporções, destacando-se a atuação conjunta de estado e município na organização dos serviços de socorro público em épocas de epidemias ou por ocasião de algum tipo de calamidade pública. (Art.25, § 9º, p. 173)

Não se pode negar que a lei sancionada por Rodrigues Lima representou avanço no processo de montagem da estrutura de saúde para atender à população do estado. Todavia, segundo Moniz de Aragão (1916, p. 29-30), além de legislar sobre o assunto, pouca coisa fora realizada durante aquele governo.

O governador seguinte, Luiz Vianna, que ocupou o poder entre 1896 e 1900, também se preocupou em legislar. A lei sancionada por Vianna discriminava as atribuições do município e as do estado.⁴² Na

execução dessa legislação, cabia ao município a responsabilidade de promover o saneamento local (através de medidas como canalização dos esgotos e águas pluviais, drenagem do solo, abastecimento de água, iluminação pública, pavimentação das ruas, incineração do lixo, etc.); a fiscalização dos gêneros alimentícios expostos ao consumo público; além da organização e direção dos serviços de assistência pública (oferta de socorros a acidentes, extinção de incêndios, matadouros, lavanderias e fontes públicas, asilos, creches, etc., bem como a organização e direção do serviço de vacinação local). Em cada município deveria haver médicos municipais encarregados da vacinação e revacinação. Na ausência desses médicos, a lei previa que o serviço ficaria sob a incumbência dos delegados de higiene.

Sob a tutela do estado ficariam as medidas de tratamento e prevenção de doenças transmissíveis, como também o combate às epidemias; a supervisão dos serviços sanitários municipais; a fiscalização do exercício da medicina e da farmácia; a organização da estatística demográfico-sanitária; a pesquisa científica de questões relativas à higiene, além da pesquisa bacteriológica, química e bromatológica. As repartições de saúde pública do estado estariam imediatamente subordinadas ao inspetor geral de higiene, o qual se encontrava, em termos hierárquicos, sob as ordens do secretário do interior e da justiça – este último subordinado exclusivamente ao governador.

Diante da ameaça do mal levantino⁴³ que despontara na Europa e no Brasil, incidindo sobre São Paulo e Santos, o governador Luiz Vianna formou uma comissão, composta pelos médicos Silva Lima, Alfredo de Britto e Nina Rodrigues, para estudar e propor os meios de impedir a invasão e posterior expansão da peste na Bahia. Seguindo a orientação da comissão, os médicos Gonçalo Moniz e Lydio de Mesquita ficaram encarregados de instalar um modesto gabinete de pesquisas bacteriológicas. Ademais, o governo do estado solicitou à União autorização para estabelecer um serviço de desinfecção direcionado aos passageiros, bagagens e mercadorias provindos de portos suspeitos. Paralelamente, foi instituído um serviço de verificação de óbitos e de visitas domiciliares. (MONIZ DE ARAGÃO, 1916, p. 30)

Todavia, para o bacharel em Direito e ex-juiz Severino Vieira, apesar da importância das disposições previstas nas leis sucessivamente editadas, e das medidas adotadas para tentar conter e evitar os surtos epidêmicos, a resolução dos problemas referentes ao estado sanitário da Bahia

“[...] não era [...] uma necessidade de ocasião [...]. Era [...] uma necessidade permanente, uma condição essencial de vida e progresso da sociedade”. (VIEIRA, 1904, p. 12) Nesse sentido, a saúde pública se revestiria de importância não só em épocas de calamitosas epidemias, mas deveria ser alvo da atenção permanente dos governantes – comprometidos, em virtude da função que exerciam, com a integridade física dos cidadãos e com o progresso da sociedade que tinham por responsabilidade gerir e representar. A preservação da saúde pública como fator preponderante para o progresso social e como forma de manutenção do próprio estado incorporava-se, aos poucos, ao ideário das elites baianas.

Portanto, assim que tomou posse do Governo da Bahia para o período de 1901 a 1904, Severino Vieira requisitou à comissão formada por seu antecessor um relatório das condições em que se encontrava o serviço sanitário do estado. Por meio dessa exposição, o governador ficou ciente de que “[...] o Estado estava quase de todo desprovido dos meios mais elementares para uma defesa, ainda que medíocre, da sua população”. (VIEIRA, 1904, p. 7) De acordo com o documento em questão, era lamentável a carência material e instrumental da repartição de saúde pública; portanto, era “[...] de necessidade indeclinável a criação de um serviço regular de assistência pública para as moléstias contagiosas, que seria uma vergonha, se não fosse um crime, não possuí-lo ainda uma cidade de importância e na situação da Bahia”. (VIEIRA, 1904, p. 12-13)

Convencido da legitimidade dessas constatações, Vieira empreendeu esforços para estabelecer os moldes dentro dos quais, a seu ver, deveria ser organizado o serviço sanitário, tendo em vista o fato de este ser “[...] regido apenas, no que lhe era aplicável, pelas disposições lacunosas e deficientes de um regulamento, outrora estatuído pelo Governo Federal para serviço desta natureza, a seu cargo, no perímetro da Capital da República”. (VIEIRA, 1904, p. 13)⁴⁴

Na concepção do governador, ainda que a legislação em vigor procurasse estabelecer melhores bases para a organização do serviço de saúde, tal medida pouco atendeu à necessidade de “[...] sistematizar e concatenar, subordinando a uma direção técnica, a ação dos diversos órgãos da administração sanitária”. (VIEIRA, 1904, p. 12)⁴⁵ Vieira afirmava que a confusão a que se viam submetidas as esferas de competência do estado e do município impossibilitava a organização racional e proveitosa de um serviço público de saúde. Nesse sentido, o governador estabeleceu o Regulamento do Serviço Sanitário, que efetivava a reforma em-

preendida por Luiz Vianna e implementava as modificações introduzidas e autorizadas por legislação anterior. (BAHIA. Lei nº 443, de 29 de agosto de 1901, p. 60-63)⁴⁶

Dentre outras resoluções, o Regulamento sancionado por Vieira e elaborado por Pacífico Pereira estabelecia que, para viabilizar a execução dos serviços da sua alçada, o estado contaria com a Inspetoria Geral de Higiene, com uma seção demográfico-sanitária, além das seguintes seções sob a sua gerência: o Instituto Bacteriológico; o Instituto Vacinogênico; o Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas; o Serviço Geral de Desinfecção; o Hospital de Isolamento (Art. 13, p. 372). Além dos serviços a seu cargo, o estado, em épocas de crise epidêmica, poderia se responsabilizar pelos serviços de higiene que por lei pertenciam aos municípios, bem como criar serviços sanitários em municípios onde estes ainda eram inexistentes. (Art. 3º, p. 369)

A fim de atender às demandas suscitadas pelas doenças epidêmicas que assolavam com frequência a Bahia, Severino Vieira cuidou de adquirir dois edifícios situados em São Lázaro. No primeiro passou a funcionar o isolamento de variolosos, composto por uma enfermaria e um desinfetório para expurgo com estufa a vapor, além de se realizarem “desinfecções químicas e gasosas”. No segundo prédio foi instalada uma enfermaria para o isolamento de doentes de febre amarela, e um posto de observação para os casos suspeitos desta doença. Em Monte Serrat, continuaram a funcionar o desinfetório e o posto de observação marítimo. (VIEIRA, 1904, p. 15, 17)

No entanto, nenhuma dessas medidas pôde impedir que a Bahia fosse invadida pela peste bubônica, em 1904. De acordo com o conselheiro Luiz Anselmo da Fonsêca (1909, p. 9), a culpa daquela situação cabia à União, que não cumprira, ou executara mal, a tarefa de proteger o porto de Todos os Santos da invasão de doenças exógenas. Além de não desempenhar o seu papel, o governo federal cassara, em abril de 1904, a autorização concedida ao estado desde o governo de Luís Vianna, para que aquela instância procedesse à fiscalização e à desinfecção dos navios que tocassem o porto de Salvador. A partir de então, navios de várias procedências tocavam livremente os portos brasileiros, trazendo todo o tipo de doença.

Quando o mal do Levante chegou à Bahia, encontrava-se no governo José Marcelino de Souza (1904-1908). Imediatamente, o governador encarregou o Dr. Gonçalo Moniz de organizar um hospital provisório para o isolamento e tratamento dos pestosos em Monte Serrat. (MONIZ

DE ARAGÃO, 1916, p. 31) Além dessa medida, o estado implementou o serviço de desinfecção dos prédios da cidade – disposição esta, de acordo com o conselheiro Luiz Anselmo da Fonseca, pertencente à alçada do governo municipal (que não cuidava nem ao menos do asseio das ruas). (FONSÊCA, 1909, p. 9-48)

Ao lado dessas providências de cunho imediato, Marcelino sancionou a lei que estabelecia a criação do Instituto Bacteriológico, Anti-Rábico e Vacinogênico. Segundo a lei, o Instituto deveria dispor de uma seção voltada para as pesquisas bacteriológicas, cuja responsabilidade seria, entre outras tarefas, executar pesquisas de microbiologia e parasitologia que interessassem à etiologia e profilaxia das epidemias, endemias, epizootias, enzootias, e de quaisquer moléstias transmissíveis que pudessem penetrar e se desenvolver no estado. (Art. 65, p. 131) Assim, a essa repartição pública caberia também a responsabilidade de “estudar e aplicar os modernos métodos de tratamento pela atenuação dos vírus”, e a utilização da “[...] soroterapia, como meio preventivo e curativo das moléstias transmissíveis ao homem e aos animais”. (BAHIA. Lei nº 628, de 14 de setembro de 1905)

Entretanto, apesar de os governadores da Bahia se preocuparem sucessivamente em editar leis que previam a criação do Instituto Bacteriológico, Anti-Rábico e Vacinogênico na Bahia, somente no governo de Araújo Pinho (1908-1911) foi construído um edifício próprio para a instalação daquela repartição. (MONIZ DE ARAGÃO, 1916, p. 31) As instalações, porém, só foram inauguradas no governo do seu sucessor – J.J. Seabra (1912-1916).

Preocupado com a precariedade do prédio onde funcionava o Hospital de Isolamento em uma cidade onde o assédio das epidemias era constante, o governador Araújo Pinho adquiriu, em março de 1911, um terreno contíguo ao hospital, para construir novas instalações. (ARAUJO PINHO, 1911, p. 12) Para tanto, o governador estabeleceu contrato com Guinle e Cia. para a construção de dois dos pavilhões projetados segundo o modelo pavilhonar do Pasteur Grancher de Paris (SR/SAICVOP, Contrato de 31 de maio de 1911. Contrata os Guinle & Cia...). Entretanto, esse projeto enfrentou a oposição do diretor interino do Isolamento, Menandro Meireles Filho, que era contrário ao modelo adotado. Ele argumentava que era um erro querer transplantar os modelos de construção de países frios para regiões quentes como a Bahia. (MEIRELES FILHO, 1912, p. 5)⁴⁷

À revelia do diretor do Isolamento, iniciou-se a construção de um dos pavilhões antes mesmo da elaboração da planta geral do hospital e sem que fossem realizados a drenagem dos brejos e o saneamento do terreno. (MEIRELES FILHO, 1912, p. 5-6) Todavia, Meireles conseguiu embargar a obra e somente na gestão de Antonio Ferrão Moniz de Aragão (1916-1920) o governo do estado conseguiu empreender a construção das novas instalações do hospital. (MONIZ DE ARAGÃO, 1919, p. 64-65)

O sucessor de Araujo Pinho, José Joaquim Seabra, além da ordenação do espaço urbano, cuidou, assim como os que o antecederam, de legislar e reorganizar o serviço sanitário da Bahia.⁴⁸ Para tanto, baseou-se em normas de higiene implantadas na capital federal durante a sua atuação como ministro do governo Rodrigues Alves.

A nova legislação também determinava as atribuições do estado e do município. Dentre os pontos estabelecidos, destacamos a “[...] passagem para os cuidados da higiene estadual da polícia sanitária das habitações, escolas, teatros e outros prédios; responsabilidade do estado, sem prejuízo da igual obrigação dos municípios, no serviço de vacinações”. (SEABRA, 1916b, p. 14-15) Na realidade, apesar da divisão de atribuições, na prática tudo ficava a cargo do estado, em razão da situação de indigência das finanças municipais e da submissão do município ao caráter centralizador do governo *seabrista*.

Afora tais disposições, Seabra restaurou o serviço de verificação de óbitos, extinto no governo de Araújo Pinho, tornando-o independente dos demais serviços de saúde, e elevou a seção de estatística demográfica à condição de diretoria, no intuito de obter informações mais precisas sobre o obituário do estado.⁴⁹ Para intensificar o controle sanitário da urbe, o governo do estado estabeleceu o serviço de vigilância da engenharia sanitária; aumentou o pessoal, inclusive o técnico, nos serviços de desinfecção; instituiu um serviço especial para a profilaxia da febre amarela; regularizou a situação dos funcionários, bem como os trabalhos realizados no Instituto Vacinogênico, Anti-rábico e Bacteriológico e no Hospital de Isolamento; e criou, ainda, o Juízo dos Feitos da Saúde Pública. (BAHIA. Lei nº 921, em 29 de novembro de 1912)⁵⁰

Conforme se pode observar no Quadro 1, reproduzido no início deste capítulo, apesar da “modernização” dos serviços de saúde observada no governo de Seabra, doenças como a peste, a malária e a tuberculose continuaram a vitimar a população de Salvador. No entanto, ocorreu declínio de doenças como a varíola e a febre amarela. No caso da varíola,

não se sabe se tal redução de incidência sucedeu em virtude do incremento das vacinações e revacinações antivariólicas – naquele período a cargo do estado – ou decorreu, como no caso da febre amarela, da intensificação das medidas profiláticas à época administradas por departamento especial. O fato é que o decréscimo de casos de febre amarela na Bahia deve ter rendido no cenário nacional alguns dividendos políticos ao poderoso Seabra, tendo em vista que se tratava de assunto extremamente preocupante para o país, naquele período.

A Assistência à Saúde nos Tempos da “Espanhola”

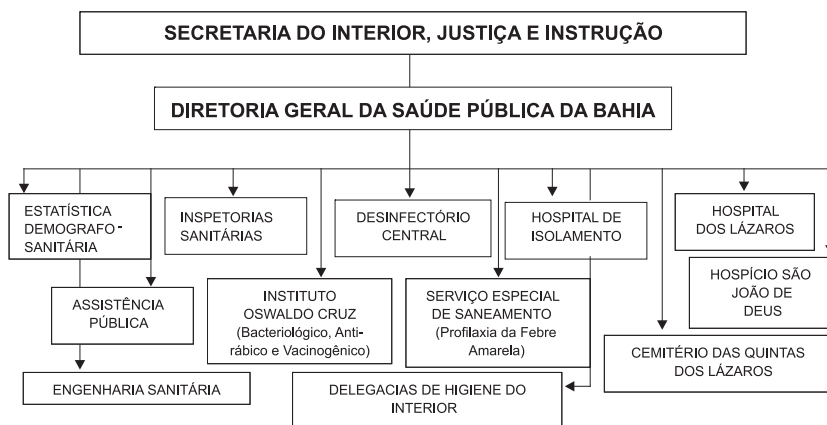
Interessado em imprimir marca própria ao seu governo, o sucessor de Seabra – Antonio Ferrão Moniz de Aragão – empreendeu também a reformulação das repartições públicas estaduais. Nesse sentido, o governador centralizou todos os serviços de saúde, subordinando-os à Diretoria Geral da Saúde Pública da Bahia. (MONIZ DE ARAGÃO, 1920, p. 80)⁵¹ A partir de então, o Hospício São João de Deus, o Hospital dos Lázaros e o Cemitério das Quintas ficariam subordinados àquela Diretoria. (BAHIA. Lei nº 1.151, de 15 de julho de 1916)⁵²

O governo do estado havia também anexado o Serviço de Assistência Pública da Bahia, cuja realização fora projetada pelo governo municipal; este último, porém, vira-se impossibilitado de dar prosseguimento à obra por falta de recursos financeiros. No Posto Central da Assistência Pública, inaugurado em 1916 no governo Seabra, eram praticadas intervenções cirúrgicas (cura de hérnias estranguladas, laparotomias, suturas de órgãos, ligaduras de artérias, amputações, etc.), bem como socorros médicos em casos urgentes de envenenamentos, tentativas de suicídios, acidentes etc. (TORRES, 1923) Durante o ano de 1918, 4 297 pessoas recorreram aos socorros de urgência prestados pelo Posto – 2 456 submeteram-se a operações de pequena e alta cirurgia, 1 285 receberam tratamentos médicos, e 556 foram transportadas para hospitais e maternidades pelas ‘auto-ambulâncias’ disponíveis no posto (em número de três). (MONIZ DE ARAGÃO, 1919, p. 68)

Já o serviço de verificação de óbitos deixava de ser uma seção independente, passando a subordinar-se à Diretoria do Serviço Médico Le-

gal. (MONIZ DE ARAGÃO, 1919, p. 81) De acordo com a legislação em vigor, o serviço sanitário da Bahia encontrava-se assim configurado:

Figura 5 – Organograma da Diretoria Geral da Saúde Pública da Bahia



Fonte: BAHIA. Lei nº 1.151, de 15 de julho de 1916, Art. 17.⁵⁴

No ano seguinte, o governador editou nova lei, sob o pretexto de conferir outra feição ao serviço sanitário estadual. Entretanto, afóra o ato político de considerar efetivo o cargo de diretor geral da saúde pública, não foi realizada nenhuma modificação digna de nota. (BAHIA. Lei nº 1.231, de 31 de agosto de 1917) Basicamente, preservaram-se as disposições da legislação em vigor desde 1905, segundo as quais ficava a cargo do estado o serviço de profilaxia geral e específica das doenças transmissíveis.⁵⁴

Assim como no resto do Brasil, o governo estadual ainda concentrava suas forças no combate às epidemias de doenças transmissíveis que assolavam Salvador e influenciavam negativamente a economia local. Nesse sentido, foram privilegiadas algumas ações que ainda se restringiam ao âmbito da capital do estado e suas cercanias.

No intuito de estabelecer um diagnóstico da situação sanitária de Salvador e delinear o quadro nosológico da cidade, o governo atribuía grande importância ao Serviço de Estatística Demográfico-Sanitária, dirigido por Euvaldo Diniz Gonçalves. Para garantir o funcionamento desse órgão, o diretor contava com a atuação de dois médicos ajudantes – Octávio

Torres e Claudelino Sepúlveda – além do cartógrafo Enoch Torres. (REIS, 1919-1920, p. 154)⁵⁵

Vale ressaltar que os inspetores sanitários e o Serviço de Verificação de Óbitos – à época subordinados ao Serviço Médico Legal – figuravam como importantes coadjuvantes dessa seção da Diretoria Geral da Saúde Pública. Todavia, Moniz de Aragão lamentava o atraso nas publicações dos boletins hebdomadário, mensal e anuário, realizadas pelo Serviço de Estatística Demográfico-Sanitária. O governador imputava a responsabilidade dessa demora na divulgação das informações aos “muitos estabelecimentos, autoridades ou serviços” que retardavam a entrega dos dados àquela repartição. (MONIZ DE ARAGÃO, 1918) Para Moniz de Aragão (1918, p. 78):

Ainda a maioria da nossa população não se compenetrou do alto valor das estatísticas para ajuizar-se do verdadeiro estado de um povo sob seus múltiplos aspectos e para a orientação dos encargos da direção dos seus destinos nas medidas a tomar para assegurar-lhe o bem-estar e promover-lhe a prosperidade.

A estrutura de registros era fundamental, embora nesse período ainda se mostrasse incipiente. Durante a epidemia de gripe, o diretor geral da saúde pública sentiu necessidade de intensificar tal prática entre os médicos comissionados para tratamento dos ‘espanholados’, solicitando que os dados estatísticos colhidos fossem enviados semanalmente àquela órgão. (*O Democrata*, 30.10.1918, p. 1)

Moniz de Aragão achou conveniente manter o serviço de vigilância sanitária. Ficava a cargo dos inspetores sanitários a realização de visitas médicas aos domicílios e estabelecimentos, em especial àqueles onde existia alguma concentração de pessoas em grandes ou pequenos espaços – escolas, fábricas, asilos, quartéis, etc.. Para viabilizar o serviço dos inspetores, Salvador foi dividida em 17 distritos sanitários. Cada distrito ficava a cargo de um médico, que tinha por função colher dados sobre a existência de doenças e óbitos, bem como prestar assistência médica, verificar as condições sanitárias das habitações, realizar as medidas sanitárias necessárias e proceder à vacinação e à revacinação. (BAHIA. Lei nº 1.231, de 31 de agosto de 1917) As medidas implementadas pelos médicos responsáveis por esses distritos consistiam, no que diz respeito à peste, por exemplo, na supressão de quaisquer espaços subterrâneos onde os ratos pudessem penetrar, esconder-se e proliferar. Os inspetores sanitários

sabiam que os ratos abrigavam as pulgas, vetores por excelência do vírus específico; portanto, para o cumprimento das medidas, era promovido o saneamento das casas, dos prédios, quintais, ruas, terrenos baldios, etc. (MONIZ, 1921, p. 422-427).

A lei determinava a notificação compulsória de doenças transmissíveis, como a cólera e doenças coleriformes, a peste, a febre amarela, a varíola, a tuberculose, a escarlatina, o sarampo, a difteria, a febre tífica, a disenteria e a lepra.⁵⁶ Em parágrafo único, a lei determinava: “É facultativo para os médicos a notificação de qualquer outra moléstia transmissível e obrigatória para as parteiras a notificação dos casos de febre puerperal e de oftalmia nos recém-nascidos”. (BAHIA. Lei nº 1.231, de 31 de agosto de 1917)

Verificada a ocorrência de doença transmissível, a conseqüência imediata seria o isolamento do enfermo (domiciliário ou nosocomial). Conforme a legislação vigente, cabia à autoridade sanitária determinar a medida a ser adotada. Geralmente, optava-se pelo isolamento domiciliar. Exceção feita a casos em que o enfermo morasse em habitação coletiva (pensões, cortiços, etc.), ou em casa situada em zona populosa, ou ainda não dispusesse de recursos para prover o próprio tratamento. Depois de providenciar o isolamento do doente, expurgava-se sua habitação e os objetos de seu uso, e realizava-se um exame bacteriológico para confirmar o diagnóstico. (SR/SIJ/DGSPB. *Inspetoria Sanitária do Decimo Quarto Distrito...*, 1916)

Em casos de enfermidade ou de morte provocada por doença transmissível, cabia ao Desinfetório Central a responsabilidade de proceder à desinfecção dos objetos de uso do enfermo e do domicílio onde se deu a ocorrência da doença.⁵⁷ Vejamos como se processava essa medida:

Na rua da Lapa, já considerada foco, deu-se um caso de peste bubônica na pessoa de um estudante do Ginásio da Bahia. Feita a devida remoção para o Isolamento, fizemos um expurgo rigoroso no prédio infectado, assim como nos vizinhos, fazendo-lhes três desinfecções consecutivas à lisol, creolina, sublimado e, finalmente, uma grande carga de formol, tendo o cuidado de arrancar previamente algumas tábuas do soalho da sala de visitas, donde, dias antes, exalava mau cheiro, devido aos ratos que aí morreram. Estas medidas, de par com a vigilância observada em 10 dias consecutivos, paralisaram o mal, não se registrando mais um só caso nestas proximidades.

O combate aos ratos foi dado pelos venenos e pela impermeabilização do solo, pois que a falta de esgotos nesta cidade nos inibe de uma agressão mais eficaz aos porta-veículos da peste. (SR/SIJ/DGSPB. *Relatorio das principais occurrencias do 5º districto...*, 1912)

Além de proceder à desinfecção do local, cabia a essa repartição providenciar a remoção do doente para o isolamento ou, na ocorrência de óbito, para o cemitério. Verificada a morte por doença transmissível, o enterramento tinha de ser feito com a máxima urgência, sendo proibido o acompanhamento do defunto por parte de amigos e familiares – os funcionários do desinfetório central se encarregariam de efetuar o sepultamento do corpo. Para o serviço de transporte, essa seção contava com carros puxados por muares, os quais, em tempo de grandes epidemias, se mostravam insuficientes, o que impunha a contratação dos serviços de bondes da Linha Circular. (MONIZ DE ARAGÃO, 1920, p. 93)

Em época de crise epidêmica, o número de profissionais de saúde e as instalações hospitalares não bastavam para atender a quantidade extraordinária de doentes. Assim, tornava-se necessário ao estado comissionar médicos e improvisar enfermarias para atender os indigentes. Conforme veremos no Capítulo 5, por ocasião da gripe espanhola, em 1918, foi montada uma enfermaria no Hospital de Isolamento de Monte Serrat. Em 1919, durante a epidemia de varíola, as enfermarias do Hospital de Isolamento de Monte Serrat foram insuficientes para abrigar o grande número de enfermos, o que determinou a organização de enfermarias provisórias em um prédio situado na ladeira do Baluarte e outras em São Lázaro. (MONIZ DE ARAGÃO, 1920, p. 85-95)

Tais espaços fechavam suas portas assim que o surto se interrompia, e seus funcionários eram dispensados. (MONIZ DE ARAGÃO, 1920, p. 93-94) Conforme podemos verificar na nota citada abaixo,

Foram dispensados da comissão para a qual foram nomeados por portaria de 9 do mês passado, o médico Dr. Edmundo Araújo Oliveira, os enfermeiros João Fernandes dos Santos e Demetrio Freire de Lima e os serventes Innocencio Pacheco de Brito e Antonio Marques e o cozinheiro, necessária à enfermaria para os doentes de gripe, instalada em Monte Serrat. (*Diario de Noticias*, 05.12.1918, p. 2)

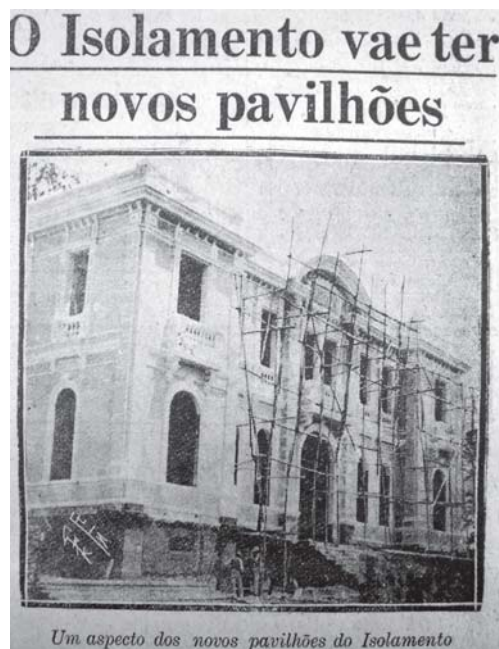
Quando irrompeu a gripe espanhola na Bahia, o Hospital de Isolamento de Monte Serrat, destinado aos portadores de doenças transmissíveis, encontrava-se sob a direção de Augusto Couto Maia⁵⁸. Ocupavam o cargo de médico adjunto Agripino Barbosa e Eduardo Lins Ferreira de Araújo. Além destes, o hospital contava com dois internos, um farmacêutico, seis enfermeiros (três do sexo masculino e três do sexo feminino), um almoxarife, um escriturário, um conservador, um maquinista e um carteiro. (REIS, 1919-1920, p. 152)

Naquele período, o hospital ainda funcionava em suas antigas instalações, apesar de se encontrarem em construção “[...] edifícios modernos, construídos conforme as regras da estética, da arquitetura e da higiene atinentes à espécie”. (MONIZ DE ARAGÃO, 1919, p. 64-65)⁵⁹ O projeto e as plantas do hospital, elaborados pelo engenheiro sanitário Archimedes Gonçalves, pressupunham a construção de sete pavilhões: o pavilhão central da administração, com acomodações para o diretor do hospital, médicos, internos e demais funcionários residentes no estabelecimento; um grande pavilhão para isolamento individual, análogo ao sistema do Hospital Pasteur de Paris, composto de quartos separados, com instalações sanitárias próprias, o que permitia isolar em um mesmo espaço doentes de enfermidades diversas, sem que houvesse comunicação direta de uns com os outros, para os pensionistas; dois pavilhões com enfermarias comuns, subdivididas por sexo; um pavilhão subdividido em três, para abrigar a farmácia, o laboratório de pesquisas químicas, microbiológicas e anatomopatológicas e o necrotério; além de um grande pavilhão para abrigar os leprosos.⁶⁰ (MONIZ DE ARAGÃO, 1920, p. 106-107) Projeto ambicioso em um estado de tão poucos recursos, como era a Bahia da República Velha, o assunto mereceu destaque nos jornais locais, conforme poderemos ver a seguir.

Contudo, no segundo ano do seu mandato, o governador lamentava que as obras não estivessem concluídas como gostaria, mas afirmava que no hospital “[...] o serviço [...] continuou, todavia a ser bem desempenhado, satisfazendo-se todas as exigências médicas e higiênicas”. Assim, mesmo com o serviço sendo exercido nas antigas instalações – cujos prédios haviam sido edificadas com fins diversos daqueles em funcionamento –, durante o ano de 1918 foram recolhidos às enfermarias do estabelecimento 43 doentes portadores de várias doenças transmissíveis, tais como: gripe ou influenza (22); febre amarela (18); varíola (16); difteria (4) e peste (3). Ademais, deram entrada, no posto de observação anexo

ao hospital, suspeitos de febre amarela (24); disenteria (5); beribéri; polineurite vária (5); peste (2); sarampo (1); tétano (1); e difteria (1). (MONIZ DE ARAGÃO, 1919, p. 65, 1920, p. 106)

Figura 6 - A construção do Pavilhão de Indigentes Pedreira Franco em 1917



Fonte: *O Democrata*, 18.12.1917, p. 2.

Somente em 25 de março de 1920, prestes a entregar o governo ao seu sucessor, Moniz de Aragão conseguiu inaugurar cinco dos sete pavilhões. Uma das enfermarias e o pavilhão dos leprosos continuaram no papel, por falta de recursos financeiros. (MONIZ DE ARAGÃO, 1920, p. 107)

Além dos hospitais públicos, o estado também destinava recursos para subsidiar o Hospital da Santa Casa da Misericórdia. Em contrapartida, a Instituição seria obrigada a instalar 200 leitos para doentes pobres, além dos 400 existentes. Tais doentes seriam encaminhados ao Hospital da Santa Casa pela DGSPB. (BAHIA. Lei n. 1.287, de 24 de agosto de 1918)

O combate à tuberculose ficava a cargo da *Liga Bahiana contra a Tuberculose*, que oferecia aos doentes assistência ambulatorial. Nos casos

em que era necessário o atendimento hospitalar, os doentes recorriam às enfermarias do hospital da Santa Casa da Misericórdia. O governo destinava algum recurso a esta associação, o que pode ter auxiliado na construção do *Dispensário* pertencente à *Liga*, inaugurado em 1916. (MONIZ DE ARAGÃO, 1918, p. 78-79) Sobre qualquer ação efetiva de combate à doença, o governador assim se manifestava: “[...] como já tive ocasião de dizer, a profilaxia dessa terrível praga, pelas suas especiais condições, não pode ser convenientemente realizada só pela ação das autoridades sanitárias, tornando-se indispensável a cooperação particular para que se torne eficaz”. (MONIZ DE ARAGÃO, 1918, p. 78-79)

Figura 7 - Aspecto do Hospital de Isolamento de Monte Serrat em 1928



Fonte: *A Luvã*, ano 3, n. 68-67, 1928.

Como a febre amarela figurava no topo da lista das doenças transmissíveis que mais preocupavam o governo, o Serviço Especial de Saneamento, instituído na primeira gestão de J.J. Seabra e voltado para prevenção desta doença, foi mantido por Moniz de Aragão no início do seu governo.⁶¹ O serviço de profilaxia da febre amarela consistia basicamente em duas ações: extinguir o mosquito transmissor e suas larvas, e proceder à vigilância médica dos passageiros provenientes de portos suspeitos. Todavia, a lei previa que, extinta a doença, esse serviço poderia

ser dissolvido pelo governo, com anuência do diretor geral da saúde pública. (BAHIA. Lei nº 921, de 29.11.1912, Art. 54)

Nos dois primeiros anos do governo de Moniz de Aragão quase não foram registrados casos de febre amarela em Salvador.⁶² Diante desse fato e por medida de economia, o governador promoveu um corte de pessoal, em decorrência do qual evidenciou-se certo relaxamento nos serviços realizados até então. Tal medida mostrou-se contraproducente, uma vez que, em março de 1918, irrompeu novo surto da doença, sendo registrados 49 casos, dos quais 18 foram fatais. (MONIZ DE ARAGÃO, 1920, p. 86-87)

Entretanto, tão logo declinou a epidemia, o diretor geral da saúde pública resolveu destituir sete dos inspetores sanitários comissionados para o serviço especial de profilaxia da febre amarela. (*Diário de Notícias*, 02.12.1918, p.1) Tal ação mostrou-se igualmente desastrosa, tendo em vista que, no início do ano de 1919, a epidemia recrudescceu – foram registradas 129 notificações, das quais 48 resultaram em óbito. (MONIZ DE ARAGÃO, 1920, p. 87)

Até 1919, o serviço especial de profilaxia contra a febre amarela funcionou exclusivamente a expensas do estado. (MONIZ, 1921, p. 416) Diante da ameaça de a doença se espalhar por todo o território nacional, o governo federal resolveu envidar esforços para combatê-la em todos os estados do Norte, incluindo-se, então, a Bahia no campo de sua ação. Assim, após acordo com os respectivos governadores, a União passou a custear quase que inteiramente esse serviço, enviando à região comissões chefiadas por médicos vinculados à Diretoria Geral da Saúde Pública Federal. (MONIZ, 1921, p. 416; MONIZ DE ARAGÃO, 1920, p. 88) Todavia, segundo Moniz de Aragão, por considerar satisfatório o serviço realizado na Bahia, o ministro da Justiça e Negócios Interiores julgou desnecessário o envio de médicos da capital federal, conservando apenas os que já exerciam aquelas funções no estado. A administração do serviço – cargo federal – ficou sob a responsabilidade de Curiacio de Azevedo, e a “[...] parte técnica e científica [...] continuou sob a direção do Dr. Francisco Soares Senna, [...] subordinado à Diretoria Geral da Saúde Pública Estadual”. (MONIZ DE ARAGÃO, 1920, p. 88-89)

Quando de sua ascensão ao cargo de diretor geral da saúde pública federal, Carlos Chagas deliberou a reforma e uniformização dos serviços de profilaxia da febre amarela nos estados do Norte, submetendo-os todos à direção de autoridades sanitárias federais. (MONIZ, 1921, p. 417)

Para dirigir essa repartição na Bahia, foi nomeado o médico e cientista baiano Clementino Fraga. (MONIZ DE ARAGÃO, 1920, p. 90)⁶³ Após entendimento de Fraga com o governo do estado, o serviço de profilaxia da febre amarela foi desligado completamente da DGSPB, passando, a partir de 24 de novembro de 1919, à superintendência e responsabilidade da repartição sanitária federal. (MONIZ, 1921, p. 417)

Para auxiliá-lo no combate às epidemias, o estado contava também com o Instituto Oswaldo Cruz da Bahia – Instituto Bacteriológico, Anti-rábico e Vacinogênico –, dirigido por Augusto Cezar Vianna.⁶⁴ O Instituto dispunha de uma seção voltada para as pesquisas bacteriológicas, de microbiologia e parasitologia, no sentido de favorecer a elucidação da etiologia e profilaxia das epidemias, endemias, epizootias, enzootias, bem como de quaisquer outras doenças transmissíveis. A essa repartição pública caberia também a responsabilidade de preparar e inocular as vacinas antivariólica e anti-rábica.

Compunham a equipe de Augusto Cezar Vianna, o médico bacteriologista Horácio Martins, Elysio de Moura Medrado (médico ajudante), Manoel Bayma de Moraes (médico ajudante), Genésio de Seixas Salles (médico ajudante) e Fernando Didier (médico ajudante). (REIS, 1919-1920, p. 151-152) O Instituto contava ainda com dois auxiliares acadêmicos, um 3º oficial, um veterinário e um conservador. (REIS, 1919-1920, p. 152)

O Instituto Oswaldo Cruz da Bahia estava instalado em prédios construídos especialmente para as finalidades acima citadas (Figuras 8 e 9). Apesar das novas instalações, havia algumas deficiências de material técnico a serem suplantadas, tal como a aquisição de um aparelho frigorífico para conservação dos produtos e matéria orgânica necessários às seções anti-rábica e vacinogênica daquele Instituto.⁶⁵ A transação para adquirir o equipamento na Europa fora prejudicada pela Primeira Guerra Mundial, mas o conflito chegou ao fim sem que houvesse sido adquirido o frigorífico, tornando-se necessário refazer o pedido a uma fábrica de Paris. (MONIZ DE ARAGÃO, 1920, p. 115-116)

É possível que essa deficiência de material técnico tenha contribuído para limitar a produção de vacina e soro anti-rábico no Instituto Oswaldo Cruz da Bahia. Entretanto, apesar das dificuldades enfrentadas, em 1918 foram realizadas, na seção anti-rábica, inoculações preventivas em 48 pessoas (30 homens e 18 mulheres), alcançando-se êxito no tratamento dos casos. (MONIZ DE ARAGÃO, 1919, p. 64) Na seção vacinogênica, proce-

deu-se à inoculação de vacinas em 42 vitelos, das quais 37 foram proveitosas. A partir daí, foram preparados 11 948 tubos de polpa vacínica, dos quais 1 661 foram aplicados pelos funcionários do próprio Instituto; 3 450 seguiram para a Diretoria Geral da Saúde Pública; e 6 733 foram distribuídos a pessoas que solicitaram. (MONIZ DE ARAGÃO, 1919)

Figura 8 - Instituto Oswaldo Cruz da Bahia



Fonte: *Bahia Illustrada*, Rio de Janeiro, anno 2, n. 6, p.15, maio de 1918.

Figura 9 - Instituto Oswaldo Cruz da Bahia



Fonte: *Bahia Illustrada*, Rio de Janeiro, anno 2, n. 6, p. 16 maio de 1918.

Na capital, o serviço de vacinação e revacinação deveria ser realizado pelos inspetores sanitários. No interior do estado, esse serviço era organizado pelos intendentes, auxiliados pelos delegados de higiene. Todavia, em caso de necessidade, outros vacinadores poderiam ser designados para exercer a função, com remuneração correspondente ao serviço. (BAHIA. Lei nº 921, de 29 de novembro de 1912, Art. 60 a 62)

Ao mesmo tempo, para empreender uma campanha de vacinação, os poderes públicos buscavam a colaboração e a anuência da sociedade civil, conforme podemos depreender após a leitura da nota abaixo:

O Sr. Dr. Diretor Geral interino da Saúde Pública solicitou dos Srs. Drs. Inspectores Sanitários *que se entendessem pessoalmente com os responsáveis das coletividades de seus distritos*, no sentido de ser feita a vacinação ou a revacinação das respectivas corporações de seus distritos, *e combinando o meio mais fácil e pronto de ser executada essa medida.* (*Diário de Notícias*, 12.11.1918, p. 2, grifo nosso)

Por meio de anúncio divulgado em vários órgãos de imprensa de Salvador, a DGSPB convocava a população a se vacinar, como se pode verificar ao examinar o texto a seguir:

A Diretoria Geral da Saúde Pública da Bahia tem todo empenho porque se façam nesta Capital o maior número de vacinações e revacinações, para o que estabeleceu, já de muitos dias, diversos postos por toda a cidade, a cargo dos Drs. Inspectores Sanitários, e além dos que existem permanentemente, conforme aviso que está publicado em todos os jornais.

A mesma diretoria deseja intensificar essa salutar medida profilática e assim solicita da imprensa a máxima propaganda nesse sentido, como está à inteira disposição dos diretores de fábricas e oficinas, de colégios e escolas, e de outras quaisquer corporações para lhes fornecer linfa vacínica ou mandar proceder à vacinação, pelos médicos da Saúde Pública, nos próprios estabelecimentos. (*O Democrata*, 09.11.1918, p. 1, grifo nosso)

Contudo, ainda que nos últimos meses de 1918 a vacinação contra a varíola tenha se intensificado, esse fato não impediu que no ano seguinte, 1919, irrompesse uma epidemia da doença no estado. Será que a quantidade de vacinas produzidas pelo Instituto era suficiente para suprir as necessidades do estado? Qual a relação da população baiana com o serviço de vacinação oferecido pelo estado?

Calcula-se que a população de Salvador girasse em torno de 10% dos habitantes do Estado da Bahia, que teria aproximadamente 3 milhões de habitantes. (RECENSEAMENTO..., 1926) No decorrer da epidemia, o Instituto produziu 183 858 tubos de linfa vacínica, mas este número não era suficiente para imunizar toda a população. O estado foi obrigado a comprar a vacina em outras instituições do país e do exterior, como o Instituto Pasteur de Lisboa. (MONIZ DE ARAGÃO, 1920, p. 92) Naquele período de crise epidêmica, novamente o governo contou com a colaboração da sociedade para promover a vacinação da população. Sobre esse ponto, Moniz Aragão nos revela o seguinte:

Auxiliei a vários postos de vacinação estabelecidos por sociedades e particulares, num louvável auxílio à ação dos poderes públicos, devendo salientar a Loja Força e União 2ª, de que é esforçado mestre o Dr. Manoel Dias de Moraes e a Sociedade dos Estivadores, para cujo posto indiquei um auxiliar acadêmico, comparecendo às suas inaugurações. (MONIZ DE ARAGÃO, 1920, p. 92-93, grifo nosso)

Para Gonçalo Moniz (1921, p. 348-349), “[...] as explosões epidêmicas” dessa doença, que ainda assumiam grandes proporções na Bahia, deviam-se “à insuficiência da vacinação a que muitos não se submetem[tiam], e outros o fazem[ziam] sem a necessária regularidade.”

Conforme o exposto, as autoridades sanitárias, nesse período, queixavam-se bastante da falta de colaboração dos habitantes da cidade, que não concorriam para a manutenção da própria saúde nem da higiene do meio em que viviam. (MONIZ, 1921, p. 422-427) Para modificar essa realidade, os médicos preconizavam a utilidade de se levantar “o nível moral e intelectual do povo por meio da instrução, de modo a que ele, o povo, perigos da infecção [...], as causas que predispõem ao contágio e favorecem a eclosão da moléstia”. (SR/SIJ/DGSPB. *Relatório apresentado pelo Dr. Alvaro da Franca Rocha...*, 1913)

Tal como podemos observar, a educação era vista como um fator decisivo para a superação de problemas sociais que entravavam o projeto de construção de uma Bahia moderna e civilizada. Médicos e engenheiros sanitários preconizavam a educação do povo como forma de suplantar os problemas de saúde e higiene que afligiam a cidade nesse período. Contudo, na Bahia da República Velha, as políticas públicas ainda eram incipientes e a educação também constituía privilégio de uma minoria.

Vale destacar, entretanto, que as elites começavam a atentar para os riscos sanitários próprios de centros urbanos populosos como Salvador, cujo papel de pólo político, econômico e cultural do estado atraía para essa cidade um contingente significativo e diversificado de pessoas. Era crescente, nesse período, a percepção de que nem os mecanismos de segregação da população carente nem o assistencialismo impediam que males como as doenças epidêmicas se propagassem e indiscriminadamente atingissem a pobres e ricos, colocando em cheque a estrutura e a eficiência do serviço sanitário do estado, afetando a imagem de salubridade daquele porto agroexportador.

A par do papel periférico representado pela Bahia no regime republicano, médicos, advogados, engenheiros, jornalistas, políticos e intelectuais – indivíduos que comungavam *status*, origens, instrução, estilo de vida, ideologia e valores com a elite soteropolitana – lutavam para recuperar o antigo prestígio do estado no cenário nacional. (FERREIRA FILHO, 1994; SANTOS, 2001) Para essa camada ilustrada da sociedade, a Bahia só poderia ingressar na nova ordem republicana se superasse o antigo passado colonial representado, dentre outros aspectos, pelos velhos casarões, pelas ruas tortuosas, estreitas e insalubres, onde circulavam vadios, loucos e miseráveis, pelo assédio contínuo das doenças epidêmicas e endêmicas, pelo analfabetismo, pela aparência e pelos costumes africanizados de grande parte da população.

Notas

¹ A partir do século XIX, esse espaço da cidade passou a concentrar também um comércio varejista, até então desenvolvido na Cidade Baixa. (PINHEIRO, 2002, p. 193-220)

² Cf. Theodoro Sampaio (1906 apud BRITO, 1928, p. 18); Fonseca (1907, p. 37); SR/SIJ/DGSPB. *Relatório das principais ocorrências do 5º distrito de Saúde Pública...* (1912); SR/SIJ/DGSPB. Inspeção do 5º Distrito. Relatório apresentado pelo Dr. Collatino de Borborema... (1918)

³ Cf. SR/SIJ/DGSPB. *Relatório da Seção de Estatística Demográfica...* (1924, p.5-8)

⁴ Em 1890, a população de Salvador era de 174 412 habitantes; em 1900, aumenta para 205 813 habitantes; em 1910, passa a ser de 318 931 habitantes; em 1912, o recenseamento computou 348 130 habitantes; e em 1920, o censo registra uma queda para 283 422 habitantes. (RECENSEAMENTO..., 1926)

⁵ As transformações observadas na zona central da cidade começaram a ocorrer a partir do século XIX, quando as camadas mais abastadas da população, em busca

de novo estilo de vida, migraram do centro, passando a ocupar os elegantes, iluminados e arejados solares construídos na freguesia de Nossa Senhora da Vitória. (PINHEIRO, 2002, p. 194, SANTOS, 1990, p. 25) Assim, as residências da Conceição, da Sé, do Passo, do Pilar e de parte do de São Pedro vieram a ser ocupadas por pessoas com poder aquisitivo cada vez menor. Ex-escravos e pessoas vindas do campo ali se aglomeravam em busca de oportunidades de trabalho. (PINHEIRO, 2002, p. 193-220) Nos distritos centrais, os antigos sobrados foram subdivididos, passando a ser habitados por várias famílias que repartiam um espaço exíguo, mal conservado e sem higiene – em muitos desses cômodos, não havia instalações sanitárias, as cozinhas eram escuras, sem abertura para iluminar e liberar o ar saturado de gordura, o chão de tabuado não podia ser lavado sob pena de molhar o andar inferior. (SANTOS, 1990, p. 25-27)

- ⁶ Desde 1855, discute-se a necessidade da implantação de uma rede de esgoto em Salvador, e apesar de várias propostas, negociações e contratos, o projeto não se concretiza. (PINHEIRO, 2002, p. 205) Em 1905, Theodoro Sampaio projetou ambicioso sistema de esgotamento sanitário para a capital. Esse sistema deveria atender a uma vasta área – da Barra a Itapagipe – mas em sua execução, muitos distritos foram preteridos. (LEITE, 1996, p. 30) No mesmo período, o engenheiro conseguiu incluir no projeto a ampliação da rede de distribuição de água. (PINHEIRO, 2002, p. 205) Em 1907, havia em Salvador uma rede de distribuição de água com a extensão de 89 km, a qual, entretanto, não era suficiente para atender à demanda da população. (LEITE, 1996, p. 30)
- ⁷ Neste período, Salvador era dividida em 17 distritos sanitários, conforme explicitaremos mais adiante. O 5º Distrito Sanitário abrangia os atuais bairros do Tororó e dos Barris.
- ⁸ Nos antigos sobrados sublocados e subdivididos, característicos dos distritos do antigo centro da cidade, havia ainda um andar abaixo do nível da rua – no subsolo – a loja, sobreloja ou porão. Nessa parte do edifício, o ar e a luz penetravam em quantidades mínimas, através de pequenas aberturas existentes no nível da calçada. (SANTOS, 1990, p. 27)
- ⁹ Cf. Benchimol (1992); Ferreira Filho (1994); Leite (1996); Pinheiro (2002).
- ¹⁰ Cf. Benchimol (1992); Cabral (1995); Castro Santos; Chalhoub (1996); Leite (1996); Pinheiro (2002); Faria (2003)
- ¹¹ Com vistas, também, ao embelezamento da cidade, construiu-se novo palácio do governo, iniciou-se a construção da nova Biblioteca Pública, do prédio da Imprensa Oficial, do Fórum, da Secretaria da Fazenda e do Hospício São João de Deus. (TAVARES, 2001, p. 333)
- ¹² O aterramento do mar constituía obra indispensável para a construção do novo porto. (TAVARES, 2001)
- ¹³ O 17º Distrito Sanitário abrangia extensa área que começava na Calçada, passava pelos Mares, por Roma, Monte Serrat, Luís Tarquínio, Boa Viagem, Bonfim e Largo do Papagaio, chegando até Massaranduba. (SEABRA, 1921, p. 384) Naquela região estavam localizadas inúmeras fábricas de bebidas, tecidos, calçados e cigarros, bem como as “residências” do operariado. (REIS, 1919-1920, v. 10, p. 278-282)
- ¹⁴ Dilma Cabral (1995), em sua dissertação de mestrado, aponta a mesma preocupação entre as elites do Rio de Janeiro, em finais do século XIX.

- ¹⁵ Nascido em Santo Amaro, na Bahia, Theodoro Sampaio (07.01.1855 – 15.10.1937) graduou-se em engenharia civil. Em 1879, fez parte da “Comissão Hidráulica” e projetou melhoramentos para os portos de Santos e os do rio São Francisco. Em 1905, assumiu a Companhia do Queimado, responsável pelo abastecimento de água em Salvador. Nesse período, elaborou e executou projetos de ampliação da rede de distribuição de água e de esgotamento sanitário para a capital baiana. (SOUZA, 1949, p. 172-173)
- ¹⁶ Segundo Castellucci (2005, p. 137), o ramo têxtil enfrentou uma crise de superprodução no segundo semestre de 1918 e até o primeiro trimestre de 1919 devido ao cancelamento das encomendas anteriormente feitas pelo comércio atacadista, que também suspendeu todos os pedidos novos, alegando já dispor de um estoque incompatível com a sua capacidade de comercialização.
- ¹⁷ De modo geral, os alimentos que figuravam na dieta dos baianos eram: carnes frescas, secas e salgadas; peixes frescos, secos e salgados; arroz; feijão; frutas, legumes, verduras, tubérculos e raízes; açúcar; café; leite fresco e condensado; manteiga; ovos; farinhas; pães, bolachas e biscoitos; azeite de oliva e de dendê; leite de coco; banha e toucinho de porco; variados condimentos. Contudo, a farinha de mandioca era o principal componente da dieta. Servida com café ou sob a forma de pirão ou farofa, acrescida de um pedaço de charque ou de bacalhau, era muitas vezes, o prato principal e único entre os desfavorecidos. Nas camadas mais pobres da sociedade, era comum também alimentar os recém-nascidos com um mingau feito com farinha de mandioca, água e açúcar. Segundo as teses de doutoramento da época, essa prática contribuía para a subnutrição e conseqüente mortalidade infantil. (SANTOS, 1990, p. 67, 69)
- ¹⁸ A farinha de trigo, o charque e o bacalhau, entretanto, continuaram sendo importados de outros países. (SANTOS, 1990)
- ¹⁹ Em seu discurso no Senado Federal em defesa do Governo da Bahia, Seabra cita as acusações levantadas pelo também senador, Rui Barbosa. (SEABRA, 1918, p. 78)
- ²⁰ Durante seu primeiro governo (1912-1916), J.J. Seabra desentendeu-se com o intendente de Salvador, Júlio Viveiros Brandão, processando-o criminalmente por malversação dos recursos públicos. Segundo Seabra, o intendente, “eleito por indicação de elementos do comércio da Bahia”, tomou “empréstimos levianos”, contrários aos interesses do município. A fim de impedir que tal situação se repetisse, Seabra trabalhou com o Poder Legislativo, para a criação do Tribunal de Contas. (SEABRA, 1918)
- ²¹ A Fábrica Nossa Senhora da Conceição, voltada para a fabricação de têxteis, empregava 850 operários. (ANUARIO...,1924, p. 277)
- ²² Os professores entraram em greve no dia 12 de março de 1918 (TAVARES, 2001, p. 335), e os operários paralisaram suas atividades no dia 23 de setembro do mesmo ano (*A Tarde*, 24.9.1918, p. 1). Cf. Santos (2001) e Castellucci (2005)
- ²³ Cf. Castellucci (2005) e Santos (2001) discutem mais detalhadamente esse assunto.
- ²⁴ Cf. SR/SIJ/DGSPB. *Relatório das principais ocorrências do 5º districto...*, 1912; SR/SIJ/DGSPB. *Relatório apresentado pelo Dr. Alvaro da Franca Rocha...*, 1913; SR/SIJ/DGSPB. *Inspetoria Sanitária do 5º Distrito. Relatório apresentado pelo Dr. Collatino de Borborema...*, 1918.

- ²⁵ Cf. SR/SIJ/DGSPB. *Sugestões sobre serviços de abastecimento de água...*, 1924.
- ²⁶ Cf. SR/SIJ/DGSPB. *Relatorio das principaes occurrencias do 5º districto de Saude Publica...*, 1912.
- ²⁷ Cf. SR/SIJ/DGSPB. *Sugestões sobre serviços de abastecimento de água...*, 1924.
- ²⁸ Cf. SR/SIJ/DGSPB. *Sugestões sobre serviços de abastecimento de água...*, 1924.
- ²⁹ Ao utilizarmos aqui a denominação ‘febres de mal caráter’, queremos nos referir à febre palustre, à febre amarela e à febre tifóide.
- ³⁰ Criado em 1838, sob a denominação de Conselho de Salubridade, este órgão passou por várias denominações, até passar a chamar-se Conselho Geral da Saúde Pública, no governo de Seabra. (BAHIA. Lei nº 921, de 29 de novembro de 1912, Art. 10º e 11º, p. 113) Apesar das diferentes denominações, o órgão conservou suas características e funções originais – corporação consultiva, cujos membros (médicos e farmacêuticos ligados ao serviço público e à Faculdade de Medicina) eram nomeados pelo governo estadual, e detinham a função de formular e propor leis e regulamentos sobre qualquer assunto de higiene, medicina ou salubridade pública. (BAHIA. Lei nº 1.231, de 31 de agosto de 1917, Art. 9º, p. 44-45)
- ³¹ Com base na análise geral apresentada por Swaan (1988), Hochman (1998) discute como essa conscientização se processa no Brasil nas primeiras décadas do século XX, na obra *A era do saneamento* [...]. Para o autor, a luta pelo saneamento urbano e rural foi encampada por uma elite cada vez mais consciente do processo de interdependência sanitária e territorial.
- ³² O Conselho de Salubridade foi criado em 15 de junho de 1838, através do Ato n.º 75.
- ³³ Nesse período, queixas contra a ineficácia à vacinação realizada no interior da Bahia figuravam nas comunicações apresentadas à Assembléia Legislativa pelos presidentes da província. (D’ANDREA, 1846; D’AZEVEDO, 1847) Segundo o relato dos presidentes, os vacinadores se queixavam da falta do pus ou das más condições em que chegavam as lâminas vindas da Europa. (D’AZEVEDO, 1847, p. 26) Além da pouca eficácia da vacina, que perdia o efeito imunizante depois de algum tempo da inoculação, exigindo uma freqüente revacinação, enfrentava-se não só a indiferença como também a resistência das pessoas em relação à vacinação “braço a braço”, visto que se associava a tal medida a transmissão de outras doenças. Em 1889, a vacinação animal chegou até a Bahia, introduzida por Henrique de Toledo Dodsworth, médico comissionado pelo governo imperial para disseminar o método por todas as províncias. (ARAÚJO, 1892, p. 6) Apesar da adoção da vacina animal na Bahia a partir do ano de 1889, o serviço de vacinação e revacinação continuava ineficiente. Presença persistente nas estatísticas nosológicas da Bahia, a varíola era considerada endêmica pelo diretor do Instituto Vacínico em 1892, Eduardo José de Araújo. (1892, p. 7)
- ³⁴ Em sua tese de doutorado, intitulada *A constituição da medicina tropical no Brasil oitocentista: da climatologia à parasitologia médica*, Flávio Edler (1999, p. 118-119) discorre sobre a luta da medicina acadêmica para garantir o monopólio da prática curativa e conquistar uma posição de autoridade na sociedade.
- ³⁵ Até 1829, a Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) funcionava precariamente nas instalações do hospital da Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Observou-se certo progresso na FMB a partir de 1833, quando José Lino Coutinho assumiu a direção

para o período de 1833 a 1836. Durante a sua administração, a FMBA foi transferida para o Terreiro de Jesus, ocupando o prédio do antigo Colégio dos Jesuítas, e passou a utilizar-se das enfermarias da Santa Casa para as aulas práticas. No último ano dessa gestão (1836), foram introduzidas mais melhorias, tais como a criação da biblioteca, a implementação de um laboratório de química e do gabinete de anatomia. Até meados do século XIX, em administrações subseqüentes, foram montados os gabinetes de matéria médica e de física. Em finais desse século, foram instalados os laboratórios de química orgânica e biologia; fisiologia experimental; física médica e terapêutica experimental; histologia; além de um museu de anatomia e um museu patológico. Cf. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ [2000]

³⁶ José Lino dos Santos Coutinho (1784-1836), formado em Coimbra em 1813, além de professor de Patologia Externa, ou Patologia Cirúrgica e diretor da Escola Médico-Cirúrgica da Bahia, escritor e tradutor de várias obras relativas à medicina, teve participação ativa na política – foi deputado junto às Cortes de Lisboa em 1821, participou ativamente da Guerra de Independência, sendo membro da junta governativa da Bahia, foi deputado geral pela província da Bahia entre 1826-1836, ocupou o cargo de ministro do Império durante a Regência Trina (1831-1832), foi membro do Conselho do Império e médico da Imperial Câmara. (BARRETO, 2005, p. 45-46; REIS, 1991, p. 251-252; SANTOS FILHO, 1991)

³⁷ As Juntas de Higiene Pública foram criadas por meio do Decreto Imperial n. 598, de 14 de setembro de 1850.

³⁸ Determinação da Resolução provincial n.º. 482, de 28 de maio de 1853.

³⁹ Segundo João José Reis (1991, p. 247-338), a partir da década de 1830, tomou corpo entre os médicos brasileiros a idéia de que os sepultamentos nas igrejas eram nocivos à saúde pública, visto que os gases eliminados na decomposição dos corpos corrompiam o ar, provocando doenças e epidemias. A partir desse período, iniciou-se uma campanha para impedir os sepultamentos nas igrejas e deslocar os cemitérios para longe da aglomeração urbana. Na Bahia, houve forte resistência a essa medida, culminando com uma revolta deflagrada em 1836, conhecida como a Cemiterada. Contudo, o flagelo provocado pela epidemia de cólera-morbo, ocorrida em 1855, venceu a resistência da população e os enterramentos passaram a ser feitos em cemitérios situados em locais afastados da aglomeração urbana.

⁴⁰ Entre novembro de 1849 e fevereiro de 1850, registrou-se em Salvador 1310 mortes atribuídas à febre amarela. (MARTINS, 1850) O número de infectados, porém, decresceu e, em período subseqüente, entre julho de 1851 e julho de 1852, ocorreram 121 óbitos provocados pela doença. (WANDERLEY, 1854, p. 7)

⁴¹ Em 1853, o presidente da província José Maurício Wanderley (1854, p. 11) criou, com subsídios do governo imperial, um espaço específico para atender aos doentes. Por ordem de Wanderley, o médico Tito Adrião Rebello vistoriou algumas edificações existentes no Alto de Monte Serrat, recomendando a instalação do hospital numa casa pertencente aos herdeiros de José Netto da Silva, a qual podia comportar 40 leitos. (REBELLO, 1852)

⁴² Cf. Lei n.º 213, de 23 de agosto de 1897. (BAHIA. Leis e resoluções do Estado da Bahia..., 1898)

⁴³ Denominação no período atribuída à peste bubônica, também chamada de peste do Levante, em referência à sua provável origem oriental.

- ⁴⁴ No governo de Prudente de Moraes foi criada pelo decreto n.º 2.449 de fevereiro de 1897 a Diretoria Geral de Saúde Pública, com a função de unificar os serviços de higiene da República – à DGSPB competia o tratamento e a profilaxia das doenças transmissíveis em todo território nacional (com prioridade para os estados carentes de recursos materiais e/ou de organização em seus serviços de saúde), bem como a responsabilidade pela produção e distribuição de soros e vacinas e pela organização e direção do serviço sanitário dos portos. (CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 18) O Artigo 16 do regulamento da DGSPB previa que os socorros médicos e de higiene prestados pela União aos estados teriam sempre caráter excepcional, e seriam motivados unicamente por caso de calamidade pública. Os serviços ficavam restritos ao âmbito da assistência pública, de socorro aos enfermos em enfermarias (durante epidemias), sendo sua participação quase nula em termos de higiene.
- ⁴⁵ Vieira (1904) referia-se à Lei nº 213, de 23 de agosto de 1897, sancionada no governo de Luiz Vianna.
- ⁴⁶ O Regulamento do Serviço Sanitário foi estabelecido por meio do Decreto n. 106, de 14 de novembro de 1901. Para Luiz Anselmo da Fonseca, médico da Faculdade de Medicina da Bahia e membro do Conselho Sanitário Estadual, o Regulamento do Serviço Sanitário elaborado por Pacífico Pereira estava “[...] de acordo com os mais sólidos e adiantados princípios da ciência da saúde”. (FONSÊCA, 1909, p. 3) Entretanto, segundo Fonseca, aquele Regulamento estava longe de ser executado de forma satisfatória, ocorrendo a seu respeito o que geralmente acontecia com as leis no Brasil – tornavam-se letra morta. (FONSÊCA, 1909, p. 4)
- ⁴⁷ Para Meireles Filho (1912, p. 5-6), o projeto apresentava uma série de inconvenientes: além do elevado custo, a subdivisão dos pavilhões em pequenos espaços separados por divisórias de vidro, para o isolamento individual dos doentes, não permitia a ventilação, dificultava o serviço dos enfermeiros, que teriam que trocar o vestuário toda vez que se tratasse de uma enfermidade diferente e impedia a socialização dos doentes, que, segundo ele, analfabetos, não tinham outra distração senão as conversas entabuladas “com os companheiros de infortúnio”.
- ⁴⁸ Cf. BAHIA. Lei nº 921, em 29 de novembro de 1912.
- ⁴⁹ A Lei nº 840, de 24 de agosto de 1910, sancionada no governo de Araújo Pinho previa a extinção do serviço de verificação de óbitos.
- ⁵⁰ Cabia ao Juízo dos Feitos da Saúde Pública conhecer e julgar todas as ações, processos civis e criminais referentes à higiene e salubridade pública. (BAHIA. Lei nº 921, em 29 de novembro de 1912)
- ⁵¹ Conforme veremos mais detalhadamente no capítulo subsequente, Antonio Ferrão Moniz de Aragão governa a Bahia no período de 1916 a 1920.
- ⁵² O Hospício São João de Deus, para recolhimento dos alienados, também estava a cargo do estado, e era dirigido pelo Dr. Antonio Barreto Prager. No ano de 1918, havia 408 doentes asilados no São João de Deus. Com a finalidade de “[...] suavizar o mais possível a sorte dos infelizes que [eram] acolhidos e [...] contribuir para a melhora ou a cura de tão deplorável enfermidade”, o governo do estado empreendeu obras de construção (pavilhões Charcot e Víctor Soares) bem como de reparação e adaptação do prédio, assim como a aquisição de material de consumo (remédios, roupas, utensílios, etc.) (MONIZ DE ARAGÃO, 1918, p. 70; 1919, p. 65-66) Com o mesmo objetivo, o decreto nº. 1764, de 16 de janeiro de 1918, determinava

que os médicos e internos que prestassem serviço nesse hospital fossem obrigados a cumprir plantão e a pernoitar no estabelecimento, a fim de encontrarem-se sempre ali presentes um médico e um interno. Em 1918, o governador projetava o funcionamento de uma colônia agrícola no terreno anexo ao hospício, para que os “doentes crônicos tranqüilos” pudessem exercer atividades agrícolas, bem como a instalação de oficinas de artes e ofícios. (MONIZ DE ARAGÃO, 1918, p. 70) Entretanto, na mensagem do governador à Assembléia, realizada na passagem de cargo ao seu sucessor, verificamos que tais projetos não foram realizados. O Hospital dos Lázaros, onde estavam recolhidos os leprosos, situava-se na Baixa de Quintas, num antigo casarão que deixava muito a desejar quanto às suas condições materiais. (MONIZ DE ARAGÃO, 1918, p. 68)

³³ Veja também a BAHIA. Lei nº 1.129, de 23 de março de 1916, Art. 7º.

³⁴ Cf. BAHIA. Lei nº 628, de 14 de setembro de 1905.

³⁵ O Dr. Octavio Torres (1885-1922) foi professor da Faculdade de Medicina da Bahia, assumiu o cargo de diretor interino do Serviço de Estatística Demográfico-Sanitária da Bahia; foi membro da Sociedade Médica dos Hospitais da Bahia e da Sociedade de Medicina da Bahia. O Dr. Enoch Torres era um estudioso da Estatística Demográfico-sanitária. O periódico *Brazil-Medico*, de 20 de dezembro de 1919, trazia uma resenha na qual enaltecia o estudo apresentado por Enoch Torres, por ocasião de sua defesa de tese com o fim de obter o grau de Doutor em Medicina. A publicação recomendava que o trabalho fosse “manuseado freqüentemente pelas Repartições de Estatística Demográfica”, pois nele seriam encontradas “as principais noções aos que se iniciam em serviços desta natureza”. (TORRES, 1919, p. 409-410) Estava, assim, bem assessorado o diretor do serviço de estatística do Estado, por sua vez demografista e professor da Faculdade de Medicina da Bahia.

³⁶ A escarlatina e o sarampo só se tornavam doenças de notificação obrigatória quando incidiam em colégios, asilos ou habitações coletivas.

³⁷ Em alguns casos, as roupas e os objetos de uso pessoal eram incinerados.

³⁸ O médico baiano Augusto Couto Maia (1876-1944) Couto Maia dirigiu o Hospital de Isolamento de Monte Serrat, de 1911 a 1936 (*Diário Oficial da Bahia*, 18.03.1936). Formado pela Faculdade de Medicina da Bahia em 14.12.1898, fez cursos de aperfeiçoamento na Europa, em microbiologia e técnicas de laboratório. Na Faculdade de Medicina da Bahia, atuou como preparador interino da cadeira de Bacteriologia (de 1902 a 1903), tornou-se professor extraordinário efetivo da cadeira de Microbiologia (de 1911 e 1915), foi vice-diretor da Faculdade (em 1925), ocupando a cátedra de Microbiologia entre 1933 e 1937, quando se aposentou. Cf. Oliveira (1992, p. 379-380).

³⁹ Para saber mais sobre as características da construção hospitalar nesse período, consulte: Costa e Sanglard (2004) e Sanglard (2005).

⁴⁰ Havia intenção da Directoria Geral da Saude Publica da Bahia no sentido de suprimir o Hospital dos Lázaros, transferindo os doentes ali instalados para esta enfermaria do Hospital de Isolamento. (MONIZ DE ARAGÃO, 1920, p. 106-107)

⁴¹ Desde que aportara em Salvador, em 1849, a doença havia se tornado praticamente endêmica entre os baianos. Todavia, os estrangeiros que chegavam à Baía de Todos

os Santos eram os mais afetados, e esse fato refletia-se negativamente no comércio que a Bahia mantinha com outros estados da federação e com o exterior. Veja o discurso sobre a febre amarela, pronunciado por Azevedo Sodré na sessão do Congresso Nacional de 9 de junho de 1919, e publicado no periódico *Brazil-Médico*, ano 33, n. 24, p. 185-189, 14.06.1919.

- ⁶² Segundo Moniz de Aragão (1920, p. 86), em 1916 não houve ocorrência da doença; em 1917 foi registrado apenas um caso, possivelmente importado da cidade de Estância, em Sergipe.
- ⁶³ Clementino Rocha Fraga Jr. (1880-1971) diplomou-se médico na Faculdade de Medicina da Bahia, tornando-se, logo após a sua graduação, professor assistente desta Instituição. Em 1906, transferiu-se para o Rio de Janeiro, passando a trabalhar com Oswaldo Cruz na campanha contra a febre amarela. Retornou à Bahia em 1910. (COC, Coleção Clementino Fraga, CF) Sabemos que, até 1918, Clementino Fraga ocupava a Cátedra de Clínica Médica na Faculdade de Medicina da Bahia, presidia a Associação Médica dos Hospitais e possuía consultório especializado em doenças do pulmão, coração e rins, situado à Rua Chile, n. 26, 1º andar, Centro, Salvador. (REIS, 1919-1920, p. 231) Além dessas atividades, Fraga fazia parte do corpo clínico do hospital da Santa Isabel, da Santa Casa da Misericórdia da Bahia (REIS, 1919-1920, p. 252; SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA, *Relatório...*, 1914-1918), ocupando-se da direção deste hospital até 2 de abril de 1918, quando entrou em licença, sendo substituído pelo Dr. Octaviano Pimenta. (SANTA CASA DE MISERICORDIA DA BAHIA, *Relatório...*, 1914-1918) Em 1918, no período da epidemia de gripe espanhola encontrava-se no Rio de Janeiro para participar do 8º Congresso de Medicina, juntamente com outros médicos da delegação da Faculdade de Medicina da Bahia (Octavio Torres, Armindo Fraga e Cesario de Andrade), e trabalhou no combate à epidemia naquela cidade, dirigindo o hospital São Sebastião (*Diário da Bahia*, 29.10.1918, p. 2; *O Democrata*, 10.12.1918, p. 1).
- ⁶⁴ O médico baiano Augusto Cezar Vianna (1868-1933) diplomou-se pela Faculdade de Medicina da Bahia, em 1890. No mesmo ano, exerceu o cargo de Inspetor do Laboratório de Higiene. Entre 1901 a 1911, foi professor catedrático de Bacteriologia na Faculdade de Medicina da Bahia – cadeira mais tarde denominada Microbiologia – lugar que ocupou até a sua morte, em 1933. Além de dirigir o Instituto Oswaldo Cruz, Vianna foi também diretor da Faculdade de Medicina da Bahia, nos períodos compreendidos entre 1908 a 1912; 1915 a 1930; e 1933. Realizou cursos de especialização em bacteriologia e microbiologia na Europa, nos anos de 1891 e 1914. Escreveu a Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Bahia do ano de 1908, publicada em 1910. Para mais detalhes, consulte Oliveira (1992, p. 421-422).
- ⁶⁵ Apesar de ter sido construído no governo de Araujo Pinho (1908-1911), o Instituto Oswaldo Cruz só foi inaugurado no governo de J.J. Seabra (1912-1916) (MONIZ DE ARAGÃO, 1926, p. 31; SEABRA, 1916, p. 15). Em abril de 1916, inaugurou-se o pavilhão do Biotério, construção subdividida em seções especiais como a coelheira, o pombal, etc. (MONIZ DE ARAGÃO, 1920, p. 116)