

Saúde imperial e educação popular

a Fundação Rockefeller na Costa Rica em uma perspectiva centro-americana, 1914-1921

Steven Palmer

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

PALMER, S. Saúde imperial e educação popular: a Fundação Rockefeller na Costa Rica em uma perspectiva centro-americana, 1914-1921. In: HOCHMAN, G., and ARMUS, D., orgs. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. História e Saúde collection, pp. 216-248. ISBN 978-85-7541-311-1. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



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

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

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

DEPARTAMENTO DE ANKYLOSTOMIASIS

No. del registro 1198

Nombre

Edad 24 Distrito de Santa Anna

Dosis	T Ch	}	6 a. m.	18	Gramos
				18	Gotas
				18	" "

COMO SE TOMAN LAS MEDICINAS

LA VISPERA: No coma alimento alguno después de las cuatro de la tarde, y las siete de la noche tome uno de los purgantes, disolviendo la sal en agua caliente.

EL DIA SIGUIENTE: A las seis de la mañana tome la mitad de las cápsulas, y dos horas después, o sea a las ocho de la mañana, tome la otra mitad.

A las diez de la mañana debe tomar el otro purgante, también disuelto en agua caliente.

OBSERVACIONES QUE DEBE ATENDER EL ENFERMO:

Si es un niño o adulto que no puede tomar las cápsulas, debe sarcarse el polvo y mezclarlo con miel o sirope; así es fácil beber las medicinas.

El día que esté medicinándose no coma; sin embargo, a las cuatro de la tarde, después que le haya hecho efecto el último purgante, puede tomar atol.

No se debe beber ningún licor ni grasa.

Fácil es saber, con el purgante que se ha tomado la vispera, si la dosis de sal es suficiente para dar un buen efecto; pues en caso contrario, es bueno aumentar la cantidad de sal cuando vaya a tomar el segundo purgante.

Si el último purgante no hiciere efecto después de unas dos horas de tomado, el enfermo debe ponerse una lavativa de agua de jabón con aceite.

Cada ocho días, después de tomadas las medicinas, vuelva al Laboratorio y traiga consigo este sobre, en buen estado, sin borrones ni rompeduras, junto con una muestra de heces dentro de la cajita de lata, hasta que se le avise que ya está curado.

NO OLVIDE QUE SI USTED QUIERE EVITAR EN LO FUTURO ESTA ENFERMEDAD, CONSTRUYA Y USE UN BUEN EXCUSADO EN SU CASA.

NO SE COBRA NADA POR LAS MEDICINAS.

No. de la casa 119

101-Imp. Nacional

Notificação com prescrição de medicamentos para ancilostomíase enviada para a residência dos enfermos pela Fundação Rockefeller e pelos serviços sanitários da Costa Rica. Acervo do Rockefeller Archive Center, Sleepy Hollow, Nova Iorque.

*Saúde imperial e educação popular: a Fundação
Rockefeller na Costa Rica em uma perspectiva
centro-americana, 1914-1921**

Steven Palmer

* Originalmente publicado em Molina, I. & Palmer, S. *Educando a Costa Rica: alfabetização popular, formación docente y género (1880-1950)*. San José, Costa Rica: Ed. Porvenir y Plumsock Mesoamerican Studies, 2000, também incorpora artigo publicado em Joseph, G. M.; Legrand, C. & Salvatore, R. D. (Eds.) *Close Encounters of Empire: writing the cultural history of U.S.-Latin American relations*. Durham, Londres: Duke University Press, 1998. Tradução de Paulo M. Garchet.

Em fins de outubro de 1915, em uma elegante mansão do Barrio Amon, em San José, teve lugar uma reunião entre um emissário dos Estados Unidos e os mais altos funcionários do governo da Costa Rica. No decorrer da noite, o estadunidense, agente dos Rockefeller, explicou didaticamente o que deviam fazer os costarriquenhos para acabar com um perigoso inimigo de seu país. A casa pertencia a Federico Tinoco, o ministro da Guerra, e estavam presentes vários membros do gabinete, junto com o presidente da República, Alfredo González Flores.

O inimigo em questão, contudo, não pertencia à esquerda, tampouco era antiimperialista, e sequer estava consciente de sua condição de inimigo. Tratava-se de um parasita chamado *Anquilostoma americana*, causador da ancilostomíase, uma enfermidade conhecida popularmente na Costa Rica como *cansancio*^{N.T. 1} e que era endêmica no país, assim como em muitas outras partes do mundo tropical e subtropical. O agente estrangeiro, dr. Louis Schapiro, era simpático, falava bem o espanhol, e sua exposição, ilustrada com imagens do monstruoso inimigo produzidas por uma lanterna mágica, entretinha não apenas o gabinete, como também a esposa e os filhos do presidente. Naquela noite prazerosa, Schapiro tentou educar os altos poderes em questões de saúde pública para que dessem a seu recém-criado Departamento de Ancilostomíase “poder definitivo” para “obrigar [a população] a fazer exame e, se possível, tratamento”.¹

Schapiro conseguiu seus poderes definitivos, mas apenas porque demonstrou estar aberto às propostas que lhe fizeram seus anfitriões costarriquenhos para conduzir a luta contra a ancilostomíase patrocinada pela Fundação Rockefeller em conjunto com o desenvolvimento de um sistema de higiene e medicina escolar. Durante os seis anos que se seguiram, Schapiro e seus técnicos costarriquenhos reproduziram essa reunião didática em quase todas as cidades e vilas da república. Ainda que os ocupantes desses altos postos não tenham, eles mesmos, se submetido nem ao exame, nem ao tratamento indicados, sete de cada dez costarriquenhos o fizeram, às vezes convencidos pelo uso da força. No curso de tal processo, não apenas experimentaram os questionáveis prazeres de um exame de sangue e de fezes e as curas específicas determinadas por um diagnóstico

^{N.T. 1} No Brasil, ‘amarelão’ ou ‘opilação’. Segundo o livro de Julyan Peard (1997:64), quando Otto Wucherer fez seu descobrimento de ancilostomíase no Brasil em 1866, uma das formas de chamar a enfermidade era ‘cansaço’. Isto é, o mesmo nome popular era usado para designar a mesma doença em toda América Latina.

científico baseado em exames de laboratório, como aprenderam a construir e manter um reservado sanitário, a defecar nele, e adquiriram pequenas bibliotecas de folhetos e folhas soltas que explicavam os conceitos básicos da higiene e da teoria dos germes.

O presente artigo é o primeiro que discute com algum detalhe os cinco programas contra a ancilostomíase empreendidos pela Fundação Rockefeller na América Central a partir de 1914. O trabalho internacional da fundação, por certo, atraiu muito o interesse dos cientistas sociais nos últimos 30 anos. Seus estudos assinalaram convincentemente que a saúde pública ao estilo Rockefeller mapeou e processou os povos do Terceiro Mundo em função da expansão imperial estadunidense, das necessidades de mão-de-obra do capitalismo agrário e da hegemonia global de um estilo de medicina científica que então encontrava sua moderna forma institucional e comercial nos Estados Unidos. Em uma visão global, tal caracterização desses programas dificilmente pode ser questionada. Entretanto, a perspectiva desses estudos tendeu a enfocar a própria fundação como sujeito histórico. Quando a perspectiva se distancia do terreno institucional, do cenário geopolítico da Fundação Rockefeller ou dos Estados Unidos – particularmente, se considerar a experiência dos países anfitriões –, surge toda uma série de novas perguntas e temas sobre os efeitos desses esforços em prol da saúde pública.²

Colocamos entre parênteses o que outros pesquisadores consideraram como a conclusão última sobre os fins imperialistas dos programas da Fundação Rockefeller, e o tomamos, antes, como ponto de partida para os estudos sobre a diversidade das maneiras como tais esforços imperiais no campo da saúde afetaram as configurações políticas e a vida cotidiana em uma ampla variedade de cenários latino-americanos. Como veremos, à medida que se desenvolvia na América Central, o projeto contra a ancilostomíase da Fundação se diversificava em muitos programas de alcance, estratégias e resultados altamente variados. Alguns desses programas foram apropriados pelos governos e sociedades anfitriãs, muitos foram parcialmente rejeitados e outros, ocasionalmente, foram por eles combatidos.

Este artigo explora a medida em que indivíduos, grupos intelectuais e instituições costarriquenhos foram capazes de transformar os esforços da fundação em um veículo para consolidação de um projeto de saúde pública já existente, de feitura local, e oferece uma comparação inicial com a experiência dos demais países centro-americanos. Começemos por assinalar, no caso da ancilostomíase, que a periferia centro-americana

realmente se adiantou à metrópole estadunidense na pesquisa e tratamento desta enfermidade. Na Costa Rica, essa precedência periférica significou que setores-chave do governo e da comunidade pública estivessem mais conscientes que a própria fundação sobre o que a campanha Rockefeller contra a ancilostomíase poderia oferecer ao país, o que lhes permitiu apropriar-se da missão.

Mais ainda, uma vez bem-sucedida, a campanha contra a ancilostomíase na Costa Rica deixou de ser reduzível à unidade ideológica ou institucional da Fundação Rockefeller, reconfigurando-se como componente vital de uma estratégia autóctone e de uma matriz institucional desenhada para apoio à medicina social. Tal estratégia concentrou-se em uma rápida expansão da higiene pública por meio de sua adaptação ao extenso e bem-sucedido sistema público de educação. Apresentamos, também, um esboço básico dos contatos entre os agentes costarriquenhos e as cidades e vilas da Costa Rica, contatos desenhados para educar as massas nos princípios modernos da higiene por meio de dramáticas lições práticas, e para assegurar que o aparato de educação pública aceitasse ser portador permanente da campanha sanitaria. Paradoxalmente, ainda que tenha afetado a soberania da Costa Rica de modo importante, a presença da Fundação Rockefeller reforçou e expandiu o alcance do Estado costarriquenho e administrou recursos e métodos que aprofundaram o sentimento de nacionalidade entre a população rural.

Finalmente, faremos uma comparação com as campanhas, menos felizes, contra a ancilostomíase em outras partes da América Central, comparação esta que sugere duas conclusões: primeiro, que não houve uma correlação positiva entre a influência geopolítica direta dos Estados Unidos e a realização das metas da Fundação Rockefeller; segundo, que entre outros fatores, os que mais determinaram o êxito da campanha contra a ancilostomíase na Costa Rica foram a maturidade de sua rede pública de educação e o plano, previamente elaborado pela comunidade de higienistas costarriquenhos, para multiplicar o poder do incipiente aparato de saúde por meio de um casamento de conveniência com o sistema educativo.

Precedência Periférica

Em abril de 1914, a Costa Rica se tornou o primeiro país latino-americano a dar as boas-vindas a um programa da Fundação Rockefeller, neste caso, um projeto da Comissão Internacional de Saúde para a

erradicação da ancilostomíase. Nos dois anos seguintes, missões similares foram estabelecidas no Panamá, na Guatemala, na Nicarágua e em El Salvador. A Fundação Rockefeller, criada em 1913-1914 como a extensão internacional do trabalho filantrópico que se havia originado nos Estados Unidos, decidira iniciar suas operações por esses países e pelas colônias britânicas do Caribe. De acordo com a historiadora oficial da fundação, isso se deu porque, “assim como as ilhas do Caribe, a América Central seria um bom começo, já que ali podiam ser realizados experimentos em pequena escala, e de maneira comparativamente tranqüila”. Além disso, acrescenta ela, “sua posição geográfica e suas relações com os Estados Unidos despertaram na junta um interesse que dificilmente nutriram por algum outro país” (Lewerth, 1949: 2-411).

Apresenta-se-nos, então, uma nefasta imagem imperial: a América Central como um laboratório biomédico secreto e uma zona não diferenciada de importância geopolítica para os Estados Unidos, e sob seu estrito controle. De fato, os programas da Fundação Rockefeller na América Central têm sido representados por alguns pesquisadores como partes de uma imposição acachapante e assimétrica de modelos médicos e de saúde pública estrangeiros. O estudo mais recente da evolução do atendimento médico na Costa Rica apresenta o seguinte quadro desse processo:

Duas ricas e poderosas organizações estadunidenses, a United Fruit Company e a Fundação Rockefeller despejaram dinheiro, equipamentos, pessoal e saberes técnicos na Costa Rica. Nesse processo, transformaram gradualmente a infra-estrutura de saúde e os modelos de atendimento médico dominantes segundo os critérios etiológicos da teoria dos germes, usando para tanto técnicas de erradicação de enfermidades aperfeiçoadas durante a guerra hispano-americana. (Morgan, 1993:17-18)³

Afirmar que a medicina científica e os princípios da higiene moderna baseados na teoria dos germes teriam chegado à Costa Rica como imposições alheias é um erro que pode ser demonstrado por meio de rápida análise da história da pesquisa e do tratamento da ancilostomíase na América Central, particularmente na Costa Rica. Comparada com a experiência estadunidense e da Fundação Rockefeller nessa enfermidade, toda a América Central passa a constituir um excelente exemplo do que estamos chamando ‘precedência periférica’. A ancilostomíase havia sido identificada em El Salvador, em 1887, e na Guatemala, em 1889, por um médico de origem alemã, Helmut Prowe. Entre este último ano e 1914,

foram escritas quatro teses sobre a enfermidade nas escolas de medicina de El Salvador e da Guatemala.

Mesmo contando com menos de cem médicos ao fim do século XIX, e carecendo de uma escola de medicina, a Costa Rica contava com um ativo núcleo de médicos cientistas, a maioria treinada na Europa Ocidental, vários em outros países da América Latina e alguns nos Estados Unidos. Já em 1894-1895, o patriarca desse grupo (e ex-presidente da República), o doutor Carlos Durán, junto com outro pesquisador, o doutor Gerardo Jiménez Núñez, haviam identificado a ancilostomíase como uma enfermidade endêmica em certas regiões da Costa Rica. Assim, os médicos da periferia centro-americana descobriram a ancilostomíase muito antes de Charles Wardell Stiles nos Estados Unidos e Bailey Ashford em Porto Rico, os autores das descobertas estadunidenses da enfermidade, em 1900.⁴

À parte um breve programa para tratar as tropas salvadorenhas, nem o governo da Guatemala, nem o de El Salvador iniciaram programas para combater a enfermidade. Na Costa Rica, porém, a partir de uma convocação de Durán em 1907, o governo patrocinou um projeto realizado por dois jovens e ambiciosos médicos, Luis Jiménez e Carlos Alvarado. Sua missão era determinar o grau de extensão da ancilostomíase no país e desenhar um tratamento para enfrentá-la. Com base em suas descobertas, o governo aprovou em 1910 um orçamento anual equivalente a dez mil dólares para submeter a população a testes e tratamentos sistemáticos. Até 1913, quase vinte mil pessoas ao ano haviam experimentado tais tratamentos. O programa costarriquenho realmente adiantou-se à primeira campanha da Fundação Rockefeller para tratar a enfermidade no sul dos Estados Unidos, campanha esta que teve início em 1909, depois que Stiles havia convencido os diretores da entidade filantrópica de que a extensão da ancilostomíase no sul dos Estados Unidos merecia sua atenção.⁵

Os motivos que levaram a Costa Rica a iniciar esse e outros programas de higiene popular foram bastante similares aos que levaram a Fundação Rockefeller a empreender a cruzada contra a ancilostomíase. No nível mais básico, a higiene era, todavia, outro campo onde havia necessidade de educar as massas populares sobre noções fundamentais relacionadas com a razão e com a ciência. E o combate à ancilostomíase era um veículo particularmente bom para isso, pois já havia um tratamento eficaz, ágil e relativamente simples, e o rápido alívio da enfermidade (inegavelmente percebido por quem dela padecia) seria uma excelente forma de propaganda.

Obviamente, havia uma questão econômica envolvida: o *cansancio* estava associado à baixa produtividade dos trabalhadores. Essa preocupação, contudo, era apenas mais um elemento em um projeto de higiene mais amplo que ganhou influência ao ser equiparado ao destino da nação, à pureza da raça, à saúde da economia e à entrada na modernidade.

O compromisso do Estado com os programas de saúde pública, visível desde fins do século XIX, foi promovido sob o curioso lema da ‘auto-imigração’. Os grupos preeminentes do país nessa época estavam preocupados com a escassez de mão-de-obra. Além disso, a Costa Rica tinha níveis extremamente elevados de mortalidade infantil, devidos, em grande parte, à disenteria provocada por parasitos e a outras doenças similares. Na retórica do nacionalismo oficial, a população hispânica da Costa Rica havia sido declarada homogênea, praticamente branca e racialmente sã.

Assim, os reformadores da saúde pública foram motivados pelo temor de que, sem um programa terapêutico para maximizar a saúde das classes trabalhadoras, ocorreria uma degeneração racial dentro deste grupo da população sã (e verdadeiramente nacional) que impediria seu crescimento natural. Com a decadência da população, mais tarde seria necessário aceitar a imigração de trabalhadores de grupos que haviam sido classificados como racialmente degenerados: afro-caribenhos, chineses, ciganos, árabes e asiáticos. Assim foi que Cleto González Víquez (duas vezes presidente da República, em 1906-1910 e em 1928-1932) cunhou o termo ‘auto-imigração’ para referir-se aos esforços pela saúde pública, esforços estes que maximizariam o crescimento endógeno dos setores populares. A famosa frase de Alberdi^{NT.2} “governar é povoar” havia sido refinada por um temor eugênico: governar passara a ser higienizar (Palmer, 1995).

Em muitos sentidos, porém, essa continuou sendo uma postura de vanguarda promovida por umas poucas figuras políticas influentes e um grupo de ativistas reformadores, já que a maioria dos setores dominantes na Costa Rica a ela resistiu, tanto por seu custo proibitivo como por significar, segundo eles, uma intromissão do Estado em domínios que deveriam permanecer privados. Tal posição extrema também ameaçava subordinar os médicos a uma maior vigilância e regulação estatais, motivo pelo qual a Faculdade de Medicina se opôs às iniciativas mais ambiciosas de saúde pública, ou tratou de solapá-las. Uma resistência muito ruidosa veio

^{NT.2} Juan Bautista Alberdi (1810-1884), filósofo político argentino, referindo-se à necessidade de povoar os pampas.

também de uma parte das Juntas de Caridade, bastiões semi-autônomos de prestígio oligárquico e poder econômico, que administrava os hospitais e os asilos. Não obstante, o fato de que esses esforços em prol da saúde pública (tão incipientes quanto modernos) faziam parte do contexto geral nos recorda que, mesmo em um país tão marginal como a Costa Rica, a obra internacional da Fundação Rockefeller em favor da saúde pública foi redundante em muitos aspectos, tanto epistemológica como programaticamente. E isso permitiu que tal obra fosse relativamente compatível com os projetos elaborados por esses setores de vanguarda do poder público costarricense.

Cegueiras Imperiais e Planos Locais

Em vez de agentes de uma onisciente e bem preparada máquina imperial, os representantes da fundação pouco sabiam sobre as descobertas centro-americanas a respeito da ancilostomíase, ignorando, igualmente, o extenso tratamento de tal enfermidade na Costa Rica. O líder da fundação, Joseph White, ficou surpreso quando médicos guatemaltecos e salvadorenhos que ocupavam postos nos programas de saúde pública lhe informaram a respeito da pesquisa sobre a ancilostomíase já realizada em seus países, mesmo que não se tenha deixado influenciar pela opinião de tais profissionais de que essa enfermidade não constituía uma prioridade em seus programas de saúde. Quando chegou à Costa Rica, em maio de 1914, White se surpreendeu ainda mais ao inteirar-se da campanha contra a ancilostomíase ali realizada (apesar de ter-lhe parecido óbvio que o diretor dessa campanha, Jiménez, “fosse, de longe, a pessoa mais apropriada para tratar com a comissão, já que havia sido educado na Filadélfia”). White ignorava também a existência de uma comunidade de médicos cientistas no país, e as alianças e divisões que havia entre eles.⁶

Essa surpreendente falta de preparo deveu-se, provavelmente, a dois fatores. Primeiro, a fundação parece não ter trabalhado estreitamente com os serviços consulares dos Estados Unidos, nem antes, nem depois de se estabelecer nos países anfitriões, talvez para minimizar a percepção de que constituiriam um braço da política externa de seu país na região. Em segundo lugar, indivíduos como White baseavam-se em informações dadas pelos agentes locais da United Fruit Company, que, neste caso, eram “todos amigos pessoais” (White era coronel no Hospital da Marinha, e muitos administradores da United Fruit também haviam servido na Mari-

nha). De fato, na Costa Rica, valeu-se até do gerente local da United Fruit Company para que servisse de intermediário e apresentasse a oferta oficial da Fundação Rockefeller ao ministro – ainda que tal cooperação corporativa tenha fracassado posteriormente, como veremos. Os funcionários da companhia de fruticultura não parecem ter tido grandes conhecimentos dos esforços locais no campo da saúde pública, talvez por terem seu próprio serviço médico, o qual se concentrava principalmente no atendimento aos empregados do enclave.⁷

Do outro lado, os políticos e os ativistas da saúde pública na Costa Rica tinham uma boa idéia do que podiam esperar da Comissão Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller. Muitos médicos haviam estudado nos Estados Unidos e lá mantinham contatos profissionais. Na verdade, um médico costarriquenho e membro da elite política, Juan Ulloa, estava na diretoria da Oficina Sanitaria Internacional de la Unión de Repúblicas Americanas desde sua criação em 1902. Ainda que esse órgão fosse mais uma rede de informações que uma entidade programática, permitira que os delegados se familiarizassem com o florescente aparato imperial de saúde pública dos Estados Unidos (seu diretor era o cirurgião geral deste país, cargo equivalente ao de ministro de Saúde). Em 1909, a conferência da Oficina Sanitária Internacional se realizara em San José da Costa Rica, onde funcionários da saúde de toda a América Latina reuniram-se com a comunidade local de médicos ativistas (Jiménez e Alvarado apresentaram relatório sobre seu trabalho contra a ancilostomíase). Assim, os ativistas costarriquenhos de saúde pública tiveram tempo para observar e aferir o colosso imperial, e quando foram procurados pelos funcionários da Fundação Rockefeller já sabiam com quem estavam tratando (Howard-Jones, 1981).⁸

Além disso, por volta de 1914, o ceticismo e a resistência antiimperialista haviam se tornado uma parte significativa e até aceitável da cultura política costarriquenha. O presidente da República no momento em que foi aceita a oferta da Fundação Rockefeller era Ricardo Jiménez, que havia sido amplamente aplaudido (tão recentemente quanto em 1907-1908) por suas denúncias nacionalistas contra a United Fruit Company. O presidente que entrava, Alfredo González Flores, também se revelaria um notável crítico da corrupção da classe política pelos capitalistas estrangeiros, e do *laissez-faire* em geral. González Flores, de fato, tomou medidas contra ambos, ações que contribuiriam para sua queda em função do golpe de Estado de Federico Tinoco em 1917.

A hostilidade antiimperialista não era muito discreta. Foi um dos primeiros sentimentos experimentados por Louis Schapiro, o diretor da missão contra a ancilostomíase, logo que chegou à Costa Rica. Ao justificar ante seus superiores a decisão de omitir o nome da Fundação Rockefeller dos papéis oficiais do Departamento de Ancilostomíase, Schapiro observou:

Dado o sentimento contra os Estados Unidos neste país, pensei que o trabalho poderia ser mais bem recebido se fosse mencionada apenas a Comissão Internacional de Saúde em cooperação com o governo. Há uma desconfiança nacional de tudo que é feito pelos institutos americanos, especialmente quando o trabalho é realizado gratuitamente.⁹

O fato de que o regime de González Flores dera as boas-vindas e trabalhara com a missão Rockefeller teve muito a ver com o próprio Schapiro. Teve muito a ver, também, com as credenciais de um costarriquenho em particular, Solón Núñez, nomeado pelo governo para trabalhar no Departamento de Ancilostomíase. Ambos assumiram o trabalho no campo da saúde com um conhecimento extraordinário das possibilidades oferecidas pela educação pública.

Os Agentes Triplos da República da Saúde Racional

A primeira pessoa enviada à Costa Rica para dirigir a missão contra a ancilostomíase, Henry Carter, teve pouco êxito ao enfrentar a ordem estabelecida localmente; esta foi uma das razões pelas quais, depois de seis meses, deixou o cargo para assumir outro trabalho. Seu substituto foi Louis Schapiro, filho de judeus poloneses que haviam emigrado para os Estados Unidos. Schapiro dificilmente poderia ser caracterizado como o 'estadunidense feio', ainda que sua formação como médico incluísse serviço militar na Guarda Costeira e tivesse servido, entre 1910 e 1913, como funcionário da saúde pública nas Filipinas, então ocupadas por tropas dos Estados Unidos. Schapiro havia aprendido a falar espanhol bastante bem e, segundo seu superior nas Filipinas, Victor Heisner, havia "demonstrado uma habilidade executiva bastante rara" e "um tato igualmente raro no trato com pessoas de toda classe".¹⁰

Durante os dois anos que antecederam sua chegada à Costa Rica, Schapiro havia trabalhado no Departamento de Saúde Pública de Milwaukee e, como especialista em higiene e medicina tropical, na Marquette University. Judith Walzer descreveu o êxito excepcional que tiveram os

reformadores da saúde pública em tornar Milwaukee conhecida, na segunda década do século XIX, como ‘a cidade mais saudável’ dos Estados Unidos. Schapiro trabalhou ali depois do breve período de administração socialista da cidade, período em que se consolidara um modelo de ampla mobilização comunitária em prol da saúde popular, fruto de uma coalizão de liberais e esquerdistas para derrotar os políticos tradicionais, que se orgulhavam do rápido crescimento da cidade, mas se opunham às iniciativas no campo da saúde pública (González Flores, 1976; Walzer Leavitt, 1982).

Quando iniciou a organização das unidades de combate à ancilostomíase na Costa Rica, Schapiro começou a se interessar por utilizar o sistema de educação pública como base de mobilização em prol da higiene popular. Ele pode ter sido levado a essa opção por alguma calculada adulação: em abril, quando seu diretor assistente, Carlos Pupo Pérez, fizera uma conferência sobre a ancilostomíase para os professores de San José e suas redondezas, Schapiro se entusiasmara ao ver 174 professores na platéia. Um tal público significava que os inspetores de escola haviam feito um trabalho muito eficiente ao divulgar a conferência (ou ao sugerir aos professores as sanções que sofreriam caso não comparecessem). Seguiu-se, imediatamente, a oferta oficial que o presidente da República e seu irmão Luis Felipe González Flores, então ministro da Educação, fizeram a Schapiro, para organizar e dirigir um Departamento de Saúde Escolar.¹¹

Schapiro aceitou esse cargo sem consultar seus superiores, pois acreditava que assim poderia “tornar minha posição aqui mais forte”, já que, com o decreto presidencial, “todos os médicos oficiais ficam automaticamente sob o controle deste escritório”. Ligeiramente envergonhado, Schapiro insistiu em que “tão logo consigam um costarriquenho competente, eles lhe darão o cargo”. Em 2 de junho, Schapiro concluiu um relatório dirigido ao segundo na hierarquia da Comissão Internacional de Saúde Pública, John Ferrell, no qual lhe dizia: “além de um grande prazer pessoal, verifiquei que minha posição foi oficialmente reforçada ao aceitar a direção do Departamento de Saúde Escolar”. De fato, assim havia sido. Em 22 de maio, provavelmente sob pressão do governo, a Faculdade de Medicina da Costa Rica, extremamente exclusivista, havia reconhecido Schapiro como membro honorário. Seu predecessor, Carter, se queixara de que os médicos eram “uma corporação fechada, e que faziam tudo a seu alcance para manter os estrangeiros fora do país”. Schapiro havia passado aos costarriquenhos a imagem de uma pessoa amistosa, competente e flexível o bastante para supervisionar um projeto local muito ansiado.¹²

Muito antes da chegada da fundação, os reformadores da saúde pública na Costa Rica haviam planejado montar o sistema sanitário sobre a base da altamente bem-sucedida rede de educação pública, o eixo do Estado ético proposto pelos reformadores liberais da década de 1880. Nas palavras do dr. Pupo Pérez que lembram o velho grito de batalha da reforma educacional, essa estratégia sanitária inauguraria “a era da higiene gratuita e obrigatória”. O principal obstáculo a ser vencido era a falta de recursos, já que a classe política não estava convencida da necessidade de destinar verbas suficientes. Por volta de 1915, não só o Poder Executivo estava singularmente desprovido de fundos para efetuar essa reforma como a sempre precária situação fiscal do Estado costarricense havia se agravado, ainda mais, com o início da recessão associada à Primeira Guerra Mundial. Nessas circunstâncias, Schapiro estava desejoso de assumir tal responsabilidade em nome da Fundação Rockefeller, preenchendo o vazio e atuando como veículo para a realização desse projeto” (Pupo Pérez, 1913:4).

Obviamente, isso não fez de Schapiro um trãnsfuga, nem um ‘nativo’ sem responsabilidade com o programa imperial. A grande autonomia que a fundação dava aos diretores locais foi responsável, e não em pequena escala, pela ampla variedade de encontros latino-americanos com a saúde Rockefeller. A liberdade de improvisação concedida a um diretor era particularmente ampla devido ao ‘modelo de demonstração’ adotado pela Fundação, segundo o qual seriam estabelecidas nos países anfitriões redes técnicas e institucionais que seriam transplantadas, logo depois, para os respectivos Estados através de uma transferência gradual da responsabilidade administrativa e fiscal.¹³ Não era provável que se questionassem os usos que um diretor fazia de sua autonomia se eles pudessem ser justificados como necessários para assegurar um transplante bem-sucedido. Seriam menos questionados ainda se o trabalho do escritório fosse realizado eficientemente, e o resultado final fosse o cumprimento do objetivo da missão.

Seria um erro, contudo, dar pouca atenção ao grau em que a flexibilidade cultural dos diretores individuais determinou a forma das distintas missões, e, neste particular, Schapiro foi, evidentemente, mais flexível que a maioria. Sua sensibilidade em relação às sociedades anfitriãs foi reafirmada posteriormente, em meados da década de 1920, no Sião. A Fundação Rockefeller foi expulsa pelo governo Tai devido ao sentimento de que a organização obrigava o país a transitar por um caminho pelo qual o governo não desejava avançar. Os Tai permitiram que apenas um funcionário ficasse. Schapiro, de acordo com Heiser, ofereceu-se como voluntário

para essa “íngrata tarefa” e, posteriormente, tornou-se “um favorito sem precedentes no Sião”, capaz de impulsionar ambiciosos projetos de engenharia sanitária e de estabelecer uma série de centros de saúde antes de morrer, ali, vítima de uma enfermidade terminal (Heiser, 1936:501). Deveríamos, então, considerar Schapiro como uma espécie de agente duplo, na medida em que promovia os interesses da “medicina imperial” mas, até onde podia, agia em concordância com aqueles setores da classe política do país anfitrião que considerava progressistas.

Schapiro logo conseguiu um sócio costarriquenho para esse jogo duplo: Solón Núñez, um jovem médico nomeado pelo governo, em 1916, como diretor assistente do Departamento de Saúde Escolar. Um ano depois, Núñez foi nomeado por Schapiro subdiretor do Departamento de Ancilostomíase. Núñez foi o costarriquenho-chave nos sete anos que durou o envolvimento direto da Fundação Rockefeller e, posteriormente, atuou como subsecretário de Saúde Pública em 1922 e, mais tarde, como secretário do novo Ministério de Salubridad Pública y Protección Social, em 1927. Sua trajetória é digna de nota, pois não se adapta ao estereótipo do ‘colaborador’ local, básico para os pressupostos da teoria da dependência e para os teóricos do imperialismo cultural.

Antes de 1913, quando partiu para estudar em Genebra, Núñez fora um membro destacado de um grupo de jovens intelectuais dissidentes, um pouco amargos, que se haviam consagrado à causa do antiimperialismo e da justiça social. De modo geral, esses jovens eram professores dos principais colégios do país e reuniam-se em torno de periódicos radicais e centros culturais dirigidos aos trabalhadores, formando uma rede estreitamente unida que incluía muitos dos mais notáveis intelectuais de esquerda da Costa Rica, como os escritores Joaquín García Monge e Carmen Lyra. Núñez havia lecionado em duas escolas rurais e fora, em seguida, inspetor escolar, tudo isto contribuindo para seu perfil crítico da sociedade dominante ao atuar em publicações como *Aurora* (1908) e *Cultura* (1910). Seu ensaio ‘*Jesús y Tolstoi*’, de 1911, na revista *Renovación*, foi considerado por Álvaro Quesada Soto como uma expressão clássica da visão anarquista romântica e social-cristã que animava o projeto dessa geração de ácratas (Frutos Verdecía, 1979).¹⁴

É pouco provável que Núñez tenha perdido seus princípios antiimperialistas na época em que regressou dos estudos na Suíça e de sua prática médica nos campos de batalha da França. Contudo, para ele, como

para muitas outras pessoas progressistas da época, era claro que havia uma diferença entre o Departamento de Ancilostomíase e a construção de um canal interoceânico sob controle estadunidense ou a anexação do país. O controle direto da Fundação Rockefeller sobre os programas realizados na Costa Rica tinha data prevista de encerramento, por volta de 1921, quando o Estado assumiria domínio completo desses projetos. O plano básico de saúde pública da fundação era, assim, bastante compatível com o que propunham os reformadores costarriquenhos, dado, particularmente, o desejo de Schapiro de integrar a missão com o sistema escolar.

O projeto abria, em seu conjunto, uma via para vencer os obstáculos postos por elementos retrógrados da profissão médica e pela classe política, e podia servir como possível atalho para consolidar um aparato centralizado de saúde pública que Núñez concebia como um avanço socialista sobre o *laissez-faire*. Um trato com Fausto? Alguns diriam que sim, e Núñez foi criticado por devotar-se a seu trabalho com a fundação. Não obstante, Núñez nunca vacilou e, em mais de uma ocasião, defendeu Schapiro com veemência, insistindo em que este era um grande patriota costarriquenho.¹⁵

Ironicamente, como muitos de sua geração que se haviam nutrido nos trabalhos dos grandes anarquistas, as energias de Núñez se concentraram em apoiar uma liderança imaginativa que expandiu o papel desempenhado pelo Estado. Isso foi o que se verificou, especialmente depois de 1914, quando os jovens González Flores abriram as portas das posições estatais a essa brilhante geração. Tais reformadores tinham a convicção de que, se jogassem suas cartas corretamente, ver-se-iam em postos de controle social quando o transplante fosse plenamente integrado no sistema local. Em muitos aspectos, esse processo foi similar à incorporação de intelectuais progressistas no reformismo estatal estadunidense durante essa época (e, de fato, em todo o mundo) como, no caso dos proponentes da medicina social, ocorreu com Louis Schapiro, por exemplo.

Em certo e importante sentido, contudo, Schapiro e Núñez foram ‘agentes triplos’, e sua aliança última não era com uma instituição imperial, um Estado nacional, uma burguesia agro-exportadora, ou um complexo médico-industrial segundo o modelo estadunidense. A empatia com eles e com seu comportamento poderia ser mais bem entendida como resultado do sentimento mútuo de que ambos eram cidadãos de uma comunidade política mais transcendente a que chamaremos ‘República da Saúde Racional’, uma espécie análoga à República das Letras do século XVIII.

Também essa república era universalista e estava consagrada à acumulação de conhecimento sistemático, e seu ideal era a maximização da vitalidade humana por meio da aplicação desse conhecimento. Isso significava um compromisso com a saúde pública no pleno sentido do termo, já que não estava limitado por fronteiras institucionais, nem mesmo pelas do Estado nacional: tratava-se de uma identificação com a humanidade como um todo.

Núñez e Schapiro foram pioneiros de uma rede internacional de instituições de saúde pública dirigidas por intelectuais convertidos em funcionários públicos, por muitos motivos a primeira geração de uma elite global transnacional, burocrática e intelectual que nos é cada dia mais familiar. Ainda que ambos estivessem, provavelmente, conscientes de que essa rede havia sido engendrada pelo capital dos burgueses ladrões, pelos sonhos imperiais das grandes potências e pelas necessidades do comércio e da indústria, e que algo haveria de ser dado em troca de seu apoio, ambos também sabiam que a República da Saúde Racional não se reduzia a essas forças. A carreira internacional na medicina social tinha sua própria lógica, seu próprio erotismo.¹⁶

Em Campanha

Tanto Lynn Marie Morgan como César García propuseram que as campanhas contra a ancilostomíase tiveram como base, na Costa Rica, os colhedores de café e os trabalhadores dos bananais, e que tais campanhas foram coordenadas com o aparato médico da United Fruit Company e da oligarquia cafeeira. Não houve, porém, uma relação tão direta entre a organização do programa e as necessidades imediatas do capital agrário, estrangeiro ou local. No primeiro ano de operações, as campanhas foram realizadas tanto em comunidades rurais extremamente isoladas em Guanacaste e em Puntarenas, e nas escolas públicas de San José, como em distintas partes do litoral do Pacífico e em algumas regiões do Vale Central dedicadas à cafeicultura. O país foi dividido em uma malha quadriculada e trabalhou-se sistematicamente cada um desses quadros com a intenção de examinar e, se fosse o caso, tratar cada um dos indivíduos aí encontrados.

Nessas áreas, nem o itinerário, nem o método foram determinados pela natureza da produção agrícola local, ainda que as comunidades pudessem apressar a chegada da unidade contra a ancilostomíase, bastando

solicitá-lo e comprometer-se a apoiar seu trabalho. Quanto à United Fruit Company, quando, em julho de 1915, uma unidade inaugurou sua campanha na província de Limón, Schapiro queixou-se a seus superiores em Nova York de que “os administradores da United Fruit Company não pareciam dispostos a cooperar”. Schapiro só conseguiu avançar nessa área específica depois de reunir-se com o governador da província e os principais funcionários estatais, com o padre católico e com o cônsul britânico na Costa Rica, que fizeram um apelo público à população e garantiram a cooperação dos “ministros de cor” (Morgan, 1993; García, 1994).¹⁷

Ainda que a United Fruit tivesse cooperado, teria sido necessário organizar, sempre, uma coalizão complexa. Especialmente no campo, a campanha contra a ancilostomíase foi uma espécie de guerra de guerrilhas entre a cultura do progresso e uma ampla variedade de configurações culturais locais. A maior resistência política veio dos *gamonales*,^{N.T. 3} que recebiam perder influência, em relação a outros líderes políticos rivais, ao impor aos camponeses os custos da construção de latrinas. A maior resistência ideológica vinha dos empíricos práticos locais e dos curandeiros, que viam em tais campanhas a chegada de um rival que antes se mantinha à distância.

Não obstante, convém não romantizar essa resistência como mera emanção de tradições orgânicas de cura submetidas a calculada perseguição por parte da biomedicina imperial. Os curandeiros herbanários, espirituais e tradicionais constituíam simplesmente uma parte do espectro de curandeiros rurais que incluía, entre outros, o proprietário de loja que fazia bons negócios ao prescrever remédios estrangeiros patenteados para ‘enfermidades do sangue’, ao vendedor homeopata ambulante e, inclusive, eventualmente, a membros da comunidade local que haviam sido contratados como microscopistas durante a campanha. É interessante destacar também que os aliados mais valiosos das unidades contra a ancilostomíase nas áreas rurais foram os professores das escolas primárias, em muitos casos mulheres. Este crucial segmento progressista, popular, feminino pareceu aceitar com gosto a missão de evangelismo higiênico que as levou a enfrentar as tradições e as estruturas de poder local.¹⁸

A unidade básica de trabalho consistia em um microscopista e dois inspetores de higiene. No momento de estabelecer a unidade no local,

^{N.T.3} Gamonal é um termo similar a ‘cacique’ político, usando-se, às vezes, os dois indistintamente. Segundo Jorge Orlando Melo González, a palavra teria sido usada pela primeira vez em 1830, sem conotação pejorativa, pelo próprio Simon Bolívar, referindo-se a alguns importantes líderes da Nova Granada que apoiavam a ditadura de Urdaneta.

porém, o próprio Schapiro, ou o subdiretor, dirigia a operação e fazia as negociações políticas com as autoridades locais; em seguida, um diretor de campo vigiava o progresso do trabalho. Antes da chegada da unidade eram enviadas cartas ao governador da província, ao chefe político, à municipalidade, ao presidente da junta de educação e, se houvesse algum, ao médico da cidade e a qualquer patrão que empregasse muitos trabalhadores diaristas. Junto com informações genéricas sobre a campanha, essas cartas enfatizavam o importante incremento na produtividade agrícola que resultaria da erradicação da ancilostomíase, a natureza patriótica do projeto e a necessidade de que as autoridades e os cidadãos mais destacados fossem modelos de higiene.¹⁹

O primeiro passo concreto no lugar era convocar essas autoridades, os clérigos e os que “devido à posição que ocupam na sociedade, na docência, na agricultura, no comércio, nas artes liberais, têm maior influência junto ao povo”. Nessa ocasião, reproduzia-se, essencialmente, a reunião que fora feita na casa de Federico Tinoco: Schapiro (ou o subdiretor) fazia uma palestra sobre o ancilóstomo, acompanhada por imagens monstruosas da lanterna mágica, gráficos e documentação. Em tal ambiente, explicava-se a metodologia da campanha e pediam-se sugestões de nome de uma pessoa local, com bom conhecimento da área, que pudesse ajudar a equipe. Também se explicava a nova lei sobre construção obrigatória de reservados e se enfatiza que esta era a principal tarefa profilática a ser realizada. Finalmente, tentava-se conseguir da municipalidade uma promessa de ajuda financeira ou, pelo menos, um compromisso de fornecer animais e alojamentos para a equipe e um local para estabelecer o laboratório de campo, que também servia de dispensário.²⁰

Inaugurava-se a campanha oficialmente em cada cantão com a abertura do laboratório na sede cantonal, com discursos oficiais seguidos por uma conferência pública apresentada pelo subdiretor costarriquenho, às vezes acompanhado pelo médico da vila. Independentemente dos esforços do Departamento de Ancilostomíase, as autoridades com freqüência faziam todo o possível para transformar a ocasião em uma festa cívica. Quando se inaugurou o laboratório no cantão cartaginês de Paraíso, em setembro de 1915, estiveram presentes o presidente da República, o ministro da Guerra e o governador de Cartago, cercados por 60 professores. A platéia chegou a mais de 500 pessoas e, segundo Schapiro, demonstrou ‘muito entusiasmo’.

A inauguração do laboratório em Libéria, em maio de 1916, foi assistida por mais de 800 pessoas, e “o comandante das tropas desta província enviou a banda militar para alegrar a reunião”. A conferência do subdiretor (que, neste caso, foi o dr. Mauro Fernández, filho do grande reformador da educação pública), foi precedida por discursos do governador, do inspetor das escolas e de um pároco que instou o povo a esquecer sua desconfiança histórica do ianque para abraçar essa nova fase da ajuda internacional dos Estados Unidos. Como observou Schapiro depois das aberturas dos laboratórios em Pacayas, Juan Viñas e Capellades de Cartago, em agosto de 1917, “o entusiasmo do público” e os eventos tinham toda a aparência de “festas públicas”.²¹

Mesmo em lugares demasiado pequenos para merecer ou produzir semelhante alvoroço, a população era convocada para a palestra na igreja ou na escola, e comparecia com seus trajes domingueiros, toda a família em conjunto. Em lugares onde não havia bandas militares, “a presença do povo à reunião era garantida com exhibições cinematográficas e projeções dos parasitos intestinais, mostrando seu ciclo de vida, os estragos que causam, etc.”²² Solón Núñez observou em 1920 que, nas conferências públicas, “nem sempre o que fala pode adaptar-se à capacidade intelectual de todos que ouvem”.²³

Eram cerimônias oficiais, motivo pelo qual seu efeito didático importava menos que seu papel representativo do conhecimento erudito e oficial; davam, porém, maior poder simbólico ao trabalho prático e mais corriqueiro que se realizaria depois.

Núñez explicou que o trabalho educativo mais eficaz era feito posteriormente, em visitas domiciliares, “sobretudo se o inspetor de higiene fosse pessoa hábil, capaz de insinuar-se no ânimo das pessoas sensíveis do povo”. Uma maior comunicação era mais provável nesses encontros mais íntimos, já que o inspetor era, geralmente, alguém de uma classe social mais popular, inclusive, que a dos microscopistas, muitas vezes recrutados na população local. Além disso, em muitos casos, a pessoa que os ajudava era especialista, precisamente, em ensino. Como explicou Núñez em 1921, “o pessoal docente é o mais interessado nas campanhas de saneamento e em muitas ocasiões eles mesmos acompanham os empregados do escritório em suas visitas domiciliares”.²⁴

No transcurso das visitas, fazia-se um recenseamento completo do lugar, dando um número a cada casa e registrando todos os membros da

família. Distribuía-se literatura sobre a ancilostomíase, com conceitos básicos de higiene e instruções para construção de um reservado, junto com uma cópia da lei de 1915 sobre a sua edificação obrigatória. Esse processo educativo teve também uma importante dimensão de educação corporal. Os inspetores colhiam sangue de cada indivíduo para exame e deixavam frascos para amostras de fezes, as quais eram recolhidas posteriormente. Evidentemente, essas visitas foram penetrações da cultura oficial na vida mais privada da população e, até, em seus próprios corpos. Em que pese a presença de um conhecido do lugar e dos esforços preparatórios, havia muito ressentimento e temor entre as pessoas. Afora qualquer outra coisa, o custo de construir um reservado segundo os regulamentos oficiais ultrapassava os recursos de uma grande parcela dos setores populares, e o apoio da municipalidade no fornecimento de materiais a essa gente foi ínfimo. Os curandeiros lutaram contra as campanhas ao disseminar rumores preocupantes sobre os exames e os remédios, e ao insinuar que os objetivos reais dessas visitas e tratamentos permaneciam ocultos (por exemplo, que o Estado iria cobrar-lhes os remédios depois).

Aqueles cujos exames davam resultados positivos recebiam um papel com seu número de registro e seu nome impressos, explicando-lhes o procedimento a seguir. Na véspera de seu tratamento, recebiam uma dose do sal Epsom para purgar-se e eram obrigados a fazer jejum. No dia seguinte, tinham de apresentar-se, pela manhã, logo cedo, no dispensário. De modo geral, o dia escolhido era o domingo, o que deu uma certa ressonância religiosa a essa ‘missa médica’. Recebiam ali duas doses iguais de timol ou de óleo de quenopódio (anti-helmínticos), uma às seis e outra às oito da manhã, em muitos casos das mãos dos próprios higienistas. Duas horas mais tarde, recebiam outro purgante salino. Enquanto esperavam sua cura, podiam comprovar a presença dos parasitos em suas fezes por meio do microscópio. Vários dias depois, os inspetores tornavam a repetir os exames de sangue e de fezes e a administrar pelo menos um tratamento a mais, e assim até que se pudesse dar com certeza um diagnóstico oficial de que estavam curados. A campanha terminava com um último esforço para obrigar os renitentes a construir um reservado.

Na luta pela implantação do reservado, houve uma tentativa concertada de converter as escolas em ‘casas-modelo’. Em julho de 1915, o Departamento de Saúde Escolar mandou uma circular às juntas de educação do país exigindo que todas as escolas tivessem um reservado e que os alunos “aprendessem a usá-lo”. Menos de um ano depois, em maio de

1916, Schapiro foi convidado especial na inauguração de uma latrina na escola pública de Acosta, acontecimento que mereceu a declaração de um feriado escolar e atos oficiais. Ainda que não se saiba quão eficaz foi essa iniciativa em âmbito nacional, o relatório do Departamento de Ancilostomíase de 1917 menciona que na escola principal de Escazú fora construída uma fossa séptica “a título de ensaio, havendo dado bons resultados”.²⁵

Quanto ao Departamento de Saúde Escolar em si, era formalmente uma seção subordinada à direção do programa contra a ancilostomíase. O governo deu verbas para um diretor, médicos em tempo parcial e assistentes sanitárias em tempo integral. Estas últimas, recrutadas entre as professoras, foram treinadas em enfermagem. Como o trabalho de saúde escolar estava tão entrelaçado com as atividades de propaganda do programa contra a ancilostomíase, os recursos da Fundação foram empregados também para mantê-lo centralizado administrativamente, e para subsidiar seu constante trabalho com os professores, o qual incluía sessões periódicas de treinamento e o fornecimento de literatura e materiais para sala de aulas. Como fazia diagnósticos e dava prescrições médicas às crianças pobres, a seção de saúde das escolas foi a primeira instituição concreta de trabalho social na Costa Rica. As assistentes sanitárias visitavam cada vez mais as casas, não se resumindo a inspeções de escolas. Em 1921, a saúde escolar recebeu uma proporção maior do orçamento total do Departamento de Ancilostomíase que aquela destinada ao programa desenhado para tratamento da enfermidade propriamente dita.²⁶

Nacionalismo e Soberania

A maioria das explicações sobre a dinâmica entre a medicina Rockefeller e o nacionalismo retratam-na em termos negativos, vale dizer, nos termos dos estampidos nacionalistas provocados pelas missões nos países anfitriões. Em uma perspectiva diferente, Armando Solórzano demonstrou que, em Veracruz, o trabalho contra a febre amarela da fundação fez muito para legitimar o governo revolucionário de Obregón, e que em sua extraordinária colaboração com o governo socialista de Iucatã, o esforço da fundação, sem que a isto se propusesse, preparou o caminho para a integração nacional. No entanto, os trabalhos da fundação podem ter desempenhado um papel ainda mais íntimo e complementar na produção da comunidade nacional (Solórzano, 1994).²⁷

Em 1915, Schapiro havia fornecido volumosa literatura sobre higiene para que fosse usada pelo Ministério da Educação. O ministro respondeu com sua integração no currículo, com meia hora semanal: “o dia e a hora devem ser uniformes em todo o país... Para instrução dos alunos com base nessa literatura”.²⁸ A imagem dessa educação simultânea evoca a análise de Benedict Anderson da nação como um grupo de pessoas anônimas transformadas em uma comunidade política pela experiência de compartilhar processos idênticos. O veículo para esses rituais não precisa ser de origem autóctone, como deixa perfeitamente claro o emprego dessa literatura imperial.

Os recursos materiais e a escala do programa levado a cabo pela Fundação Rockefeller tornaram possível essa concretização de uma experiência nacionalista em toda a república. Em um sentido mais geral, à medida que o programa de higiene se entrenchou nas escolas primárias de todo o país, a distinção entre higiene física e moral ficou cada dia mais difusa, e ambas foram unidas aos valores nacionais. Ser um bom costarriquenho tornava-se cada vez mais difícil se não se defecasse em um reservado inodoro, banhasse-se uma vez ao dia e se passasse por exames e processos de purificação científica aplicados pelo Estado. A imagem mais surrealista de tudo isso foi apresentada por Solón Núñez em 1931, quando afirmou que virtualmente todo costarriquenho havia sido examinado pelo menos uma vez na vida para ver se padecia de ancilostomíase. Ao exaltar a incorporação desse ritual pelos setores populares, Solón Núñez observou que havia “uma contínua corrente de gente fazendo filas nos laboratórios para conseguir que suas fezes fossem examinadas”.²⁹

À medida que o Estado assumiu uma maior carga orçamentária com respeito ao Departamento de Ancilostomíase, e que tal entidade demonstrou que podia coordenar-se a si mesma e ser eficaz, uma sucessão de governos deu-lhe autoridade cada vez maior sobre os assuntos da saúde pública. Em contrapartida, a Faculdade de Medicina e o Conselho Superior de Saúde Pública, uma organização *ad hoc* dominada por membros do corpo médico e das associações de caridade, perdeu boa parte da confiança e do prestígio públicos, especialmente em vista da caótica resposta que deram à desastrosa pandemia de influenza de 1919-1920, que ceifou a vida de mais de dois mil costarriquenhos.

Em 1920, às vésperas da assunção da responsabilidade financeira e do controle administrativo do Departamento de Ancilostomíase pelo Estado

costarriquenho, Schapiro e Núñez se reuniram com o gabinete do novo governo de Julio Acosta, sucessor da ditadura dos Tinoco (1917-1919), e conseguiram selar um acordo secreto para transformar tal departamento na Subsecretaria de Higiene e Salubridade Pública, encabeçada por Núñez. Concordaram também que era necessário aprovar uma nova legislação para suprimir a jurisdição que a Faculdade de Medicina legalmente detinha. Em compensação, Schapiro garantiu apoios adicionais da Fundação Rockefeller para montar laboratórios de saúde pública em San José, treinar pessoal e levar a cabo outros projetos pilotos. Assim, o momento de maior subversão da soberania costarriquenha pela Fundação Rockefeller foi também o momento que garantiu que a jurisdição do Estado se estendesse a um domínio onde não se havia consolidado até então.³⁰

Comparações Centro-americanas

Nosso conhecimento das campanhas contra a ancilostomíase na Guatemala, no Panamá, na Nicarágua e em El Salvador baseia-se em uma evidência mais fragmentária que a que utilizamos para análise do caso costarriquenho. Fica claro, contudo, que o trabalho realizado nesses quatro países esteve longe de alcançar a cobertura conseguida na Costa Rica, mesmo em termos absolutamente numéricos. Até 1921, a missão costarriquenha havia examinado 277.000 indivíduos (cerca de 70% da população), havia inspecionado quase 50.000 casas e supervisionado a construção de 16.000 latrinas. Na Nicarágua, em El Salvador e na Guatemala, apenas cerca de 150.000 indivíduos foram examinados em cada país (no primeiro caso, 25% da população e 8% nos outros dois). Além disso, apenas 15.000 casas foram inspecionadas e 3.000 latrinas construídas em cada uma dessas nações.

O principal fator que explica o êxito do trabalho na Costa Rica, vale dizer, um extenso sistema de educação pública, estava ausente nos outros países centro-americanos. A importância desse fator reflete-se nos dados sobre o uso da infra-estrutura escolar e de alfabetização popular pela missão costarriquenha, que superam em muito a extensão do trabalho similar realizado nas outras nações da América Central. Até 1921, enquanto na Costa Rica haviam sido realizadas quase mil conferências em salas de aulas, na Guatemala foram realizadas menos de 200, e em El Salvador, menos de 50. Quase 300.000 exemplares de folhetos sobre higiene foram

distribuídos na Costa Rica, e menos de 70.000 na Guatemala e em El Salvador, apesar de as populações destes países serem cinco vezes maiores que as da Costa Rica, à época.³¹

Além disso, os diretores de missão nesses outros países centro-americanos foram incapazes de transformar suas instituições na base de departamentos nacionais de saúde pública. Tampouco houve evidência de alianças estratégicas entre setores progressistas da *intelligentsia* local e as missões Rockefeller do tipo que foi tão crucial para o encontro costarrriquenho com a saúde imperial. Outro fato, em correspondência com o anterior, é que as missões no restante da América Central não foram capazes de trocar sua imagem pública como entidades estrangeiras (e, portanto, suspeitas) por outra que fosse mais funcional para a sociedade anfitriã.

É de se notar que, quanto maior era a influência dos Estados Unidos sobre um país, menos sucesso teve o trabalho de saúde pública empreendido pela instituição filantrópica imperial. Apesar de não termos dados sobre o Panamá, fica claro nos relatórios que a missão foi considerada um fracasso, essencialmente porque não houve um sistema local de saúde com o qual pudesse trabalhar. As autoridades estadunidenses do Canal tinham jurisdição sobre a saúde pública em Colón e na cidade do Panamá, e seus principais esforços se concentraram na erradicação da febre amarela e na manutenção da água potável. As autoridades do Canal não estavam interessadas na campanha contra a ancilostomíase nas áreas urbanas e rurais, e o governo panamenho não estava interessado em investir dinheiro ou pessoal no projeto Rockefeller enquanto o controle sobre os assuntos de saúde pública estivesse primordialmente em mãos estadunidenses.³²

Na Nicarágua, o outro satélite dos Estados Unidos, a situação não foi muito melhor em termos da inserção da missão no sistema local de saúde pública. Em particular, o segundo diretor, Daniel Molloy, levou a cabo uma ambiciosa campanha nas partes mais populosas do país que parece ter tido algum êxito em conseguir que os setores populares, especialmente a gente indígena de Matagalpa, aceitassem o trabalho da missão. Nunca houve apoio, nem do governo, nem da comunidade médica, nem dos reformadores sociais. A divisão histórica do país entre os grupos governantes de León e Granada foi reproduzida no nível da medicina e da saúde pública, já que cada cidade tinha sua própria escola médica e o governo central reconhecia duas juntas nacionais de saúde (uma de cada um dos poderes dominantes). Nenhum grupo esteve particularmente interessado em

apoiar o trabalho contra a ancilostomíase, nem o próprio governo central. De fato, freqüentemente se menciona uma sabotagem aberta ao trabalho da missão por parte desses grupos e a realização de campanhas para assegurar que sua atuação fosse equiparada com a presença dos Estados Unidos no país.³³

Na Guatemala, e apesar dos estreitos vínculos entre Estrada Cabrera e o governo dos Estados Unidos, a missão foi friamente recebida pelo Señor Presidente e pela comunidade médica local. O projeto guatemalteco parece ter sido o realizado de forma mais inepta pela Fundação na América Central. Sem praticamente qualquer assistência do governo, e com uma liderança pouco ambiciosa, o trabalho contra a ancilostomíase concentrou-se quase que exclusivamente nas encostas agro-exportadoras do Sul e nas planícies costeiras. Alguns grandes produtores concordaram em apoiar o trabalho da missão em suas propriedades e em construir latrinas, em uma tentativa de melhorar o rendimento da força de trabalho. Unicamente em El Salvador o trabalho contra a ancilostomíase (que só começou em 1916) alcançou um grau de desenvolvimento suficiente para que se possa admitir que eventualmente poderia ter rivalizado com o alcance da campanha costarriquenha. Ainda que não seja possível identificar o motivo disso devido à escassez de informações, vale a pena assinalar que poderia estar relacionado com a existência ali de uma rede de reformadores positivistas que se tornaria bem visível durante as mobilizações políticas populares da década de 1920.³⁴

Conclusão

A campanha costarriquenha foi o único caso na América Latina em que o trabalho contra a ancilostomíase atingiu sua meta original de agir como catalisador para criar uma entidade estatal centralizada de saúde pública. Em seu relatório de 1921 sobre o programa costarriquenho, Schapiro insistiu em que “a organização e direção do Departamento de Saúde Escolar foi (...) o primeiro passo para centralizar as entidades de saúde pública com vistas à formação de um Departamento Nacional de Saúde”. Vale dizer, foi essa drástica reorientação do plano Rockefeller para o âmbito da educação pública, iniciada pelo Estado costarriquenho e tornada possível pela predisposição própria e autonomia de ação de Schapiro, o que levou ao “êxito” da missão.³⁵

Não há dúvida de que, na missão contra a ancilostomíase, os recursos e o prestígio da Fundação Rockefeller foram empregados para ampliar a influência dos Estados Unidos, e, até, para desrespeitar a soberania costarriquenha. Tampouco há dúvida de que isso foi parte de um plano imperial para expandir a rede de propaganda a favor de sistemas centralizados de saúde pública e para promover a idéia da medicina curativa ao lado de um modelo mais preventivo. Todavia, assinalamos que o Estado costarriquenho foi capaz de fundir o programa contra a ancilostomíase com suas próprias políticas anteriores de saúde pública, ao redirecionar as energias da fundação, originalmente voltadas para uma perspectiva mais limitada, em função de impulsionar a higiene por intermédio do sistema educativo.

Em uma época de crise fiscal, os recursos do império foram utilizados para expandir o domínio do Estado e para difundir o nacionalismo costarriquenho entre a população rural. A comissão contra a ancilostomíase mostrou-se desejosa de aliar-se a alguns dos principais antiimperialistas da Costa Rica, e a disposição de Louis Schapiro aumentou a capacidade de tal comissão em fazê-lo. Os fundos e o pessoal da Fundação também ajudaram a vencer a resistência de setores e instituições influentes da política, do comércio e da medicina que se opunham a uma política social estatal que era, então, defendida por uma vanguarda de reformadores da saúde pública. No processo, um número extraordinário de costarriquenhos (cerca de 70% da população havia sido examinada até o ano de 1921) recebeu lições práticas e teóricas na moderna ciência da higiene, tendo a metade experimentado a “cura” de uma enfermidade debilitante graças à intervenção da medicina estatal.³⁶ Vinte anos antes do início do sistema de seguridade social, a maioria dos costarriquenhos já haviam saboreado ‘a era da higiene gratuita e obrigatória’.

Notas

- ¹ 'Schapiro to Rose', 28 out. 1915. Arquivos da Fundação Rockefeller (doravante, RAC – Rockefeller Archive Center), RG 5, Série (S) 1, Livro (B) 7, Pasta (F) 107.
- ² Uma recente coletânea de ensaios sobre o encontro da Fundação Rockefeller com a América Latina, na qual a fundação é o principal objeto de análise, é Cueto (1994). Essa coletânea vai além das acusações, freqüentemente simplistas em seu antiimperialismo e anticapitalismo, que caracterizam o trabalho de uma geração anterior de pesquisadores da filantropia estadunidense, em particular Berman (1983) e Brown (1979). Para um exemplo mais recente, ver: Hewa (1994). Dois trabalhos que se afastaram da linha anterior ao procederem a leituras mais criativas das atividades filantrópicas são: Bullock (1980) e Ettling (1981).
- ³ Para repercussões desse ponto de vista, ver: García (1994: 112-113) e Mora Agüero (1991: 23-24).
- ⁴ Sobre as descobertas centro-americanas, ver: Núñez (1923). Algumas das teses figuraram em Asturias (1958:242-253 e 431-434). Com respeito ao número de médicos na Costa Rica, ver: Dobles Segreda (1936:384-402). Sobre Ashford e Stiles, ver: Ettling (1981:29-32).
- ⁵ A resposta de Durán encontra-se no Archivo Nacional de Costa Rica. Policía. Exp. 977 (1907). Para um resumo inicial da campanha costarriquenha, ver: 'Jiménez to White', 28 maio 1914, RAC, Record Group 5, S 1.2, B 6, F 87. Sobre os esforços de Stiles, ver: Ettling (1981:38-43). O caso colombiano é um interessante ponto intermediário a esse respeito, já que os médicos locais identificaram a enfermidade em 1905 e pressionaram o governo para iniciar uma campanha de tratamento dos trabalhadores dos setores da cafeicultura e da agroindústria açucareira, ainda que com êxito limitado (os esforços sistemáticos da Fundação Rockefeller contra a ancilostomíase começaram, ali, em 1920). Ver: ABEL (1995:350-351). Julyan G. Peard (1997) discute os esforços brasileiros, ainda anteriores, para diagnosticar e tratar a ancilostomíase em um pioneiro artigo sobre a medicina social brasileira.
- ⁶ Sobre a Guatemala, 'White to Rose', 7 abr. 1914; sobre El Salvador, 'Report from dr. P. A. Villacorta', como um apêndice do 'White to Rose', 25 maio 1914; e sobre a Costa Rica, 'White to Rose', 25 maio 1914; todos in RAC, S 1.2, B 6, F 86 y 87.
- ⁷ 'White to Rose', 3 jun. 1914; e 'Alvaradez [sic] to White', 14 abr. 1914; in RAC, RG 5, S 1.2, B 6, F 86 y 87.
- ⁸ O resultado da conferência de San José foi publicado como Actas de la Cuarta Conferencia Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas em 1910. Contudo, o pessoal da Comissão Internacional de Saúde não tinha lido essa publicação antes de chegar à América Central.
- ⁹ 'Schapiro to Ferrell', 20 abr. 1915, RAC, RG, S 1.2, B 7, F 106.
- ¹⁰ 'Rose to White', 5 out. 1915 e 10 out. 1915, RAC, RG 5, S 1.2, B 6, F 88.
- ¹¹ 'Schapiro to Ferrell', 22 abr. 1915, RAC, RG 5, S 1.2, B 7, F 106; 'Luis Felipe González Flores to Schapiro', 7 maio 1915, RAC, RG 5, S 1.2, B 7, F 106.

- ¹² ‘Schapiro to Ferrell’, 7 maio 1915; ‘Schapiro to Ferrell’, 2 jun. 1915, tudo em: RAC, RG 5, S1.2, B 7, F 106.
- ¹³ Um bom balanço do ‘modelo de demonstração’ pode ser encontrado em Abel (1995:341).
- ¹⁴ A obra de Frutos Verdecía oferece uma biografia básica e uma seleção dos escritos de Núñez. A importância de seu anarquismo juvenil é discutida por Quesada Soto (1988:167-168).
- ¹⁵ Para uma defesa de Schapiro por Núñez, ver: Oficial (1928:XI).
- ¹⁶ Nossa discussão sobre a República das Letras e de sua relação com as propostas de Kant referentes ao uso público da razão procede de Chartier (1991:24-27).
- ¹⁷ Para um bom balanço da maneira como a campanha foi empreendida, ver: Informe de la Sub-secretaría de Higiene y Salubridad Pública. Oficial (1924:257-281). ‘Schapiro to Ferrell’, 8 jul. 1915, RAC, RG 5, S 1, 2, B 7, F 107.
- ¹⁸ Sobre o papel dos professores, ver Informe del Departamento de Ankylostomiasis, 1921. Oficial (1922:231-233).
- ¹⁹ Exemplos de cada uma das campanhas no cantão de Jiménez em 1917 encontram-se in ANCR. Policía. Exp. 6475, ff. 119-124.
- ²⁰ Conferência com as autoridades e pessoas influentes da localidade, RAC, RG 5, S 2, B 29, F 175.
- ²¹ ‘Schapiro to Rose’, 30 set. 1915, RG 5, S 1, B 7, F 107; ‘Schapiro to Rose’, 22 maio 1916, RG 5, S 1.2, B 29, F 451; ‘Schapiro to Ferrell’, 4 ago. 1917, RG 5, S 1.2, B 29, F 702.
- ²² *Informe del Departamento de Ankylostomiasis*, 1919. p.223. Para fotografias de uma conferência, com um público de cerca de 150 pessoas, todas bem vestidas e reunidas em frente à igreja, ver: Report on Hookworm Relief, 1919. p.15.
- ²³ *Informe del Departamento de Ankylostomiasis*, 1920. p.274.
- ²⁴ *Informe del Departamento de Ankylostomiasis*, 1920. p.274. *Informe del Departamento de Ankylostomiasis*, 1921. p.232-233.
- ²⁵ Circular from Departamento de Sanidad Escolar to heads of Juntas de Educación, 21 jul. 1915, RAC, RG 5, S 1.2, B 7, F 107; ‘Schapiro to Rose’, 22 maio 1916, RAC, RG 5, S 1.2, B 29, F 451; ANCR. Policía. Exp. 6475, f. 22.
- ²⁶ Essa visão de conjunto da evolução do Departamento de Sanidade Escolar baseia-se nos relatórios anuais do Departamento de Ancilostomiase incluídos nas Memorias de Gobernación y Policía del Período 1915-1922. A informação orçamentária de 1921 é do: dr. F. F. Rusell, Report of Inspection of Costa Rica (1921), RAC, RG 5, S 2,2, B 41, F 244, 2. Para uma análise mais detalhada dos vínculos entre instituições de saúde pública e outras entidades emergentes de supervisão moral, ver: Palmer (1996).
- ²⁷ Uma excelente análise das – freqüentemente – inesperadas manifestações nacionalistas que motivaram a pesquisa biomédica na América Latina encontra-se em Cueto (1987).

- ²⁸ 'Report of Quarter Ending March 31, 1915', RAC, Record Group 5, Series 1.2, Box 7, Folder 106.
- ²⁹ Report of Quarter Ending March 31, 1915, RAC, RG 5, S 1.2, B 7, F 106; Anderson (1991:35-36); Palmer (1992); Oficial (1932:9).
- ³⁰ Schapiro, L. Hookworm campaign in Costa Rica (1921). RAC, RG 5, S 2, B 28, F 168, 2.
- ³¹ Para Costa Rica, ver Informe del Departamento de Ankylostomiasis. p.269, 275. Para Nicarágua, ver: Relief and Control of Hookworm Disease in Nicaragua. RAC, RG 5, S 2, B 34, F 202, p. 20-21, 27. Para El Salvador, ver: Relief and Control of Hookworm Disease in El Salvador. RAC, RG 5, S 2, B 36, F 218, p. 12, 19, 21. Para a Guatemala, ver: Relief and Control of Hookworm Disease in Guatemala. RAC, RG 5, S 2, B 31, F 194, p. 5, 10.
- ³² Report of Inspection by dr. F. F. Rusell. p.4; García (1994:115). Sintomático disso é que o programa contra a ancilostomíase não recebesse sequer uma menção nas memórias do chefe da saúde pública da Zona do Canal durante esse período (Chamberlain, 1929).
- ³³ Relief and Control of Hookworm Disease in Nicaragua. p.32-34; Report to Rose from Managua, RAC, RG 5, S 2, B 34, F 201; García (1994:113). Para repercussões desse ponto de vista, ver: García (1994:112-113) e Mora Agüero (1991:23-24).
- ³⁴ Relief and Control of Hookworm Disease in Guatemala. Report and Control of Hookworm Disease in Salvador, p.23-25. García (1994:111) destaca a existência de um grupo de intelectuais médicos estatais em El Salvador, tão cedo quanto durante a passagem do século XIX para o XX.
- ³⁵ Schapiro, L. Hookworm campaign in Costa Rica (1921). RAC, RG 5, S 2, B 28, F 168, 2. p.2.
- ³⁶ *Informe del Departamento de Ankylostomiasis*, 1921. p.269.

Arquivos

Rockefeller Archive Center, Sleepy Hollow, New York, EUA.

Fontes Não Publicadas

LEWERTH, C. *Source Book for a History of the Rockefeller Foundation*. Rockefeller Archive Center, 1949 mss. 21v.

Referências Bibliográficas

ACTAS DE LA CUARTA CONFERENCIA SANITARIA INTERNACIONAL DE LAS REPÚBLICAS AMERICANAS. Washington, D. C.: Unión Panamericana, 1910.

ABEL, C. External philanthropy and domestic change in Colombian health care: the role of the Rockefeller Foundation, ca. 1920–1950. *Hispanic American Historical Review*, 75(3):339–366, 1995.

ANDERSON, B. *Imagined Communities: reflections on the origin and spread of nationalism*. 2.ed. London: Verso Editions, 1991.

ASTURIAS, F. *Historia de la Medicina en Guatemala*. 2.ed. Guatemala: Editorial Universitaria, 1958. [1.ed. 1902]

BERMAN, E. H. *The Influence of the Carnegie, Ford and Rockefeller Foundations on American Foreign Policy: the ideology of philanthropy*. Albany: State University of New York Press, 1983.

BROWN, R. E. *Rockefeller Medicine Men: medicine and capitalism in America*. Berkeley: University of California Press, 1979.

BULLOCK, M. B. *An American Transplant: the Rockefeller Foundation and Peking Union Medical College*. Berkeley: University of California Press, 1980.

CHAMBERLAIN, W. P. *Twenty-five Years of American Medical Activity on the Isthmus of Panama 1904–1929: a triumph of preventive medicine*. Canal Zone: Panama Canal Press, 1929.

CHARTIER, R. *The Cultural Origins of French Revolution*. Durham and London: Duke University Press, 1991.

- CUETO, M. (Ed.) *Missionaries of Science: the Rockefeller Foundation in Latin America*. Bloomington e Indianapolis: Indiana University Press, 1994.
- CUETO, M. *Nacionalismo y ciencias médicas en el Perú*. *Quipu*, 4(3):327-355, set.-dez. 1987.
- DOBLES SEGREDA, L. *Indice Bibliográfico de Costa Rica*, t. IX. San José: Imprenta Lehmann, 1936.
- ETTLING, J. *The Germ of Laziness: Rockefeller philanthropy and public health in the New South*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1981.
- FRUTOS VERDECÍA, J. B. *Dr. Solón Núñez Frutos*. San José: Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes, 1979.
- GARCÍA, J. C. *Pensamiento social en salud en América Latina*. México: Interamericana McGraw Hill/Organización Panamericana de Salud, 1994.
- GONZÁLEZ FLORES, L. F. *Historia de la Influencia Extranjera en el Desarrollo Educativo y Científico de Costa Rica*. San José: Editorial Costa Rica, 1976.
- HEISER, V. *An American Doctor's Odyssey*. New York: W. W. Norton, 1936.
- HEWA, S. The hookworm epidemic on the plantations in colonial Sri Lanka. *Medical History*, 38(1):167-183, jan. 1994.
- HOWARD-JONES, N. *The Pan-American Health Organization: origins and evolution*. Geneva: World Health Organization, 1981.
- MORA AGÜERO, J. C. *Las Juntas Progresistas: organización comunal autónoma costarricense, 1921-1980*. San José: Editorial PEC91, 1991.
- MORGAN, L. *Community Participation in Public Health: the politics of primary care in Costa Rica*. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 1993.
- NÚÑEZ, S. La ankylostomiasis. *Boletín de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública*, 1(1):11-15, maio 1923.
- OFICIAL, Memoria del Ministerio de Gobernación y Policía. 1921. San José: Imprenta Nacional, 1922.
- OFICIAL, Memoria del Ministerio de Gobernación y Policía. 1923. San José: Imprenta Nacional, 1924.
- OFICIAL, Memoria de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social. 1927. San José: Imprenta Nacional, 1928.
- OFICIAL, Memoria de Salubridad Pública y Protección Social, 1931-1932. San José: Imprenta Nacional, 1932.

- PALMER, S. Sociedad anónima, cultura oficial: inventando la nación en Costa Rica (1848-1900). In: MOLINA, I. & PALMER, S. (Eds.) *Héroes al Gusto y Libros de Moda: sociedad y cambio cultural en Costa Rica (1750/1900)*. San José: Plumsock Mesoamerican Studies y Editorial Porvenir, 1992. p.169-205.
- PALMER, S. Hacia la auto-inmigración: el nacionalismo oficial en Costa Rica (1870-1930). In: TARACENA, A. & PIEL, J. (Comps.) *Identidades Nacionales y Estado Moderno en Centroamérica*. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 1995. p.75-85.
- PALMER, S. Confinement, policing and the emergence of social policy in Costa Rica, 1880-1935. In: SALVATORE, R. & AGUIRRE, C. (Eds.) *The Birth of the Penitentiary in Latin American: essays on criminology, prison reform and social control, 1830-1940*. Austin, University of Texas Press, 1996. p.224-253.
- PEARL, J. G. Tropical disorders and the forging of a Brazilian medical identity, 1860-1890. *Hispanic American Historical Review*, 77(1):1-44, fev. 1997.
- PUPO PÉREZ, C. *Nuestras Enfermedades Evitables: principios de higiene que nadie debe ignorar*. San José: Imprenta Alsina, 1913.
- QUESADA SOTO, A. *La Voz Desgarrada: la crisis del discurso oligárquico y la narrativa costarricense, 1917-1919*. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 1988.
- SOLÓRZANO, A. The Rockefeller Foundation in revolutionary Mexico: yellow fever in Yucatan and Veracruz. In: CUETO, M. (Ed.) *Missionaries of Science: the Rockefeller Foundation in Latin America*. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press, 1994. p.52-71.
- WALZER LEAVITT, J. *The Healthiest City: Milwaukee and the Politics of Health Reform*. Princeton: Princeton University Press, 1982.