

A constituição de uma rede de assistência à saúde na Bahia, Brasil, voltada para o combate das epidemias

Christiane Maria Cruz de Souza (*)

(*) Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia (IFBA) – Brasil
christianacruz@hotmail.com

Dynamis
[0211-9536] 2011; 31 (1): 85-105

Fecha de recepción: 2 de febrero de 2010
Fecha de aceptación: 18 de diciembre de 2010

SUMÁRIO: 1.—Introdução. 2.—Saúde pública na Bahia Oitocentista. 3.—A constituição de uma rede de assistência à saúde. 4.— Considerações finais.

RESUMO: O objetivo desse artigo é analisar o papel do Estado e das elites locais na constituição de uma rede de assistência à saúde na Bahia, Brasil, durante o Império até a Primeira República. Pretendemos demonstrar que o combate às doenças epidêmicas que assolavam a Bahia constituiu-se na principal motivação das ações de saúde empreendidas pelos poderes públicos, do início do século XIX até as duas primeiras décadas do século XX. A reflexão aqui proposta se apóia em leque variado de fontes primárias —mensagens de presidentes da província e governadores, a legislação produzida na época, os relatórios de engenheiros e médicos (inspetores sanitários, conselheiros, etc.), dentre outras. Procuramos também dialogar com a sociologia, com textos historiográficos sobre o Brasil e a Bahia, além de recorrer a trabalhos na área específica da História da Saúde.

PALAVRAS CHAVE: Salud pública, assistência, políticas públicas, epidemias, Bahia, Brasil.

KEY WORDS: Public health, assistance, public policies, epidemics, Bahia, Brasil.

1. Introdução

A cidade de Salvador da Bahia de Todos os Santos foi erguida em 1549, com a finalidade de ser a sede da colônia portuguesa nas Américas e porto de escala para a Carreira da Índia. Situada no alto de uma escarpa que domina a maior baía do Brasil, Salvador se tornou ponto estratégico na montagem do sistema agroindustrial português e do comércio transatlântico¹. O seu

1. Esse era o porto que mais recebia escravos africanos do Novo Mundo e dali saía, por exemplo, o açúcar enviado à Europa. A importância que esse porto assumiu, desde a montagem da

porto era um polo receptor tanto dos produtos vindos da metrópole quanto dos provenientes da região do Recôncavo². Por ali também era escoada toda a produção agrícola.

Grande parte dos tripulantes dos navios e colonizadores europeus chegava a Salvador enferma ou moribunda ou ali sucumbia às doenças locais. Muitos dos negros escravizados, quando não morriam nos porões dos navios que os transportavam até a Bahia, não resistiam a doenças preexistentes ou às adquiridas no cativeiro, mediante as precárias condições de vida a que eram submetidos. Por sua vez, inúmeros indígenas eram dizimados por doenças até então desconhecidas no Novo Mundo.

A derrubada da mata atlântica para a plantação dos canaviais propiciou a proliferação dos mosquitos e a disseminação das febres. A introdução de animais domésticos, como vacas, porcos, galinhas, cabras, etc., pode ter contribuído para disseminar as doenças transmitidas por esses animais, como a gripe, o sarampo e a varíola bovina³.

Como podemos perceber, o ambiente na colônia não era dos mais salubres e os soteropolitanos⁴ sofriam com o assédio contínuo das epidemias desde os primórdios da fundação da cidade. Entre 1560 e 1563, surtos de sarampo e varíola vitimaram os índios aldeados, resultando em falta de braços para o trabalho nas lavouras, escassez de alimentos e fome⁵. Em 1686, a febre amarela —ou «bicha», como era conhecida a doença na Bahia colonial, acometeu 25.000 pessoas e vitimou outras 900. Em 1688, a doença recrudescer vitimando grande parte da população, reincidindo até 1695. Depois de muitos séculos sem visitar a Bahia, a febre amarela voltou a afligir os baianos em meados do século XIX e a partir de então, o porto de Salvador passou a ser visto no resto do país como um polo disseminador da doença⁶.

colônia portuguesa, vai perdurar durante todo o século XIX, até o início do século XX. Mattozo, Katia M. de Queirós. Bahia: a cidade do Salvador e seu mercado no século XIX. Salvador: HUCITEC; 1978.

2. O Recôncavo baiano é a região geográfica localizada em torno da Baía de Todos os Santos, abrangendo a Região Metropolitana de Salvador, onde está a capital do Estado da Bahia.
3. Alencastro, Luiz Felipe de. O trato dos viventes: formação do Brasil no Atlântico Sul, séculos XVI e XVII. São Paulo: Companhia das Letras; 2000, p. 127-138.
4. Denominação de quem é nascido ou habita em Salvador, na Bahia, Brasil.
5. Segundo Alencastro, n. 3, p. 130, a varíola chegou à Bahia em 1562, a bordo de navios oriundos de Lisboa.
6. Alencastro, n. 3, p. 130-137.

Além da febre amarela, epidemias de varíola, peste, malária, gripe e cólera atingiram, continuamente, a Bahia até as primeiras décadas do século XX. As elites e os poderes públicos buscaram mecanismos para combater as constantes ondas epidêmicas que assolavam a população baiana, em especial os soteropolitanos, expostos à intensa circulação de pessoas das mais diversas nacionalidades, em seu porto comercial. As ações promovidas no período estudado obedeciam não só ao modelo liberal adotado pelo Estado, tanto no Império quanto na Primeira República⁷, como também se filiavam ao higienismo defendido, principalmente, pelos médicos. Contudo, não podemos homogeneizar nem o liberalismo praticado em diferentes contextos sócio-políticos, nem tampouco o higienismo, prenhe de diferentes ideologias e concepções médicas, conforme veremos ao longo deste texto.

O objetivo deste trabalho é analisar o papel do Estado e das elites locais na constituição de uma rede de assistência à saúde na Bahia, durante o Império até a Primeira República. Pretendemos demonstrar que o combate às doenças epidêmicas que assolavam aquele estado constituiu-se na principal motivação das ações de saúde empreendidas pelos poderes públicos, do início do século XIX até as duas primeiras décadas do século XX.

Vale ressaltar, que essa não foi uma realidade exclusiva da Bahia, mas uma situação experimentada em várias províncias/estados federativos do Brasil. Nesse período, a assistência à saúde, focada no combate às doenças epidêmicas, bem como as intervenções na estrutura e infra-estrutura urbanas, passaram a fazer parte do projeto político das elites⁸. Entretanto, conforme tão bem demonstram os estudos realizados por vários pesquisadores brasileiros, a adoção de medidas de saúde pública obedeceu a ritmos e características próprios de cada contexto das distintas unidades que compõem o vasto território nacional⁹.

7. Período que se estende da Proclamação da República, em 15 de novembro de 1889, até a Revolução de 1930, que resulta na deposição do presidente Washington Luís e a ascensão de Getúlio Vargas à presidência.

8. Dentre os vários trabalhos produzidos sobre o assunto, citamos, como exemplo, o seguinte: Fernandes, Ana; Gomes, Marco Aurélio de Filgueiras, orgs. *Cidade & História: modernização das cidades brasileiras nos séculos XIX e XX*. Salvador: Faculdade de Arquitetura da UFBA/ANPUR; 1992.

9. Castro Santos, Luiz A. de; Faria, Lina Rodrigues de. *A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: EDUSF; 2003.

2. Saúde pública na Bahia Oitocentista

A chegada da família real ao Brasil, em 1808, resultou na implantação de importantes medidas no campo da medicina e da saúde pública. Em 1809, o Príncipe Regente criou a Provedoria-Mor da Saúde, que tinha por finalidade inspecionar as embarcações, matadouros e açougues públicos, assim como promover o saneamento das cidades, a fiscalização e o controle de alimentos e do exercício da medicina, no intuito de coibir as irregularidades que colocassem em risco a saúde pública¹⁰.

Outra medida importante foi a criação de dois cursos de cirurgia e anatomia nos hospitais militares de Salvador e Rio de Janeiro, através da Carta Régia de 18 de fevereiro de 1808. Após a reforma de 1815, a Academia Médico-Cirúrgica da Bahia passou a funcionar precariamente nas instalações do hospital da Santa Casa de Misericórdia. Denominada Faculdade de Medicina da Bahia depois da reforma de 03 de outubro de 1832, a instituição passou a ocupar o prédio do antigo Colégio dos Jesuítas, no Terreiro de Jesus, utilizando-se as enfermarias da Santa Casa para as aulas práticas. A partir desta data, especialmente no período em que a faculdade esteve sob a gestão de José Lino Coutinho (entre 1833 e 1836), houve progressiva melhoria nas instalações e nas condições de ensino da faculdade¹¹.

Estimulados pelos avanços obtidos no campo do ensino, médicos, como José Lino Coutinho, lutaram para impor seus ideais políticos e civilizatórios, incluindo o projeto de higienização da urbe, como forma de alcançar o progresso da nação que se formava¹². Nesse período, a elite médica imperial

10. Decreto de 28 de julho de 1809. Brasil. Ministério da Saúde. Organização Administrativa do Ministério da Saúde: resumos executivos dos atos normativos/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006 [citado em 29 Out 2010], p. 11-12. (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/06_0413_M.pdf

11. Escola de Cirurgia da Bahia. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930), Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz. [consultado 10 Mar 2010]. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.Fiocruz.br>

12. Além de professor e diretor da Faculdade de Medicina da Bahia no período de 1833 a 1836, escritor e tradutor de várias obras relativas à medicina, José Lino dos Santos Coutinho (1784-1836) 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 e 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, Maria Renilda N. A medicina luso-brasileira. Instituições, médicos e

procurava construir um saber fundamentado numa patologia ambientalista, considerando aspectos como as condições territoriais, telúricas, climáticas e atmosféricas próprias do Brasil, obedecendo aos mesmos critérios de cientificidade da medicina higienista e anatomoclínica vigentes na Europa¹³. Ao empenhar-se em produzir, controlar e validar conhecimento original, relacionado aos inúmeros problemas de saúde que afligiam os habitantes do Império, esses médicos colocavam-se na posição de detentores de um saber especializado, tanto em relação aos profissionais de outras regiões, como em comparação com outras categorias de curadores, denominados por eles de charlatões¹⁴.

No contexto de luta pela supremacia da medicina acadêmica em relação a outras formas de cura e da necessidade de afirmação do conhecimento obtido na academia como o único capaz de oferecer soluções aos problemas de saúde enfrentados pela sociedade, foi criado, em 1838, o Conselho de Salubridade na província da Bahia¹⁵. Um dos objetivos do Conselho era fiscalizar e orientar o Poder Público no sentido de coibir o exercício ilegal da medicina, o outro era coordenar as ações de combate às epidemias.

Em 1811, D. João VI decidiu criar a Junta Vacínica da Corte, subordinada à Fisicatura-Mor e vinculada à Intendência Geral de Polícia. As instituições criadas no Brasil, desde então, tinham por objetivo instituir a vacinação como uma prática estatal, principalmente, após a criação do Instituto Vacínico do Império em 1846. Segundo o Regulamento de 1846, além do estudo, melhoramento e divulgação da vacina, o Instituto tinha por finalidade dirigir as ações, estabelecer as normas e fiscalizar a atuação dos órgãos de cada localidade¹⁶. As províncias seriam diretamente responsáveis pela promoção da vacinação, pela nomeação e o pagamento dos vacinadores.

A febre amarela era outra doença que preocupava sobremaneira os poderes públicos. A doença que, periodicamente, atingira Salvador até

populações enfermas em Salvador e Lisboa (1808-1851). Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ; 2005, p. 45-46.

13. Edler, F. C. A medicina no Brasil imperial: fundamentos da autoridade profissional e da legitimidade científica. Anuario de Estudios Americanos [periódico na internet]. 2003 [citado em 27 Out 2010]; 60(1): 139-156. Disponível em: [estudiosamericanos/.../175](http://estudiosamericanos.revistas.csic.es/index.php/estudiosamericanos/.../175)
14. Edler, n.13, p. 141-142.
15. O Conselho de Salubridade foi criado em 15 de junho de 1838, pelo presidente da província da Bahia, Thomaz Xavier Garcia d'Almeida, através do Ato n.º 75. Santiago, Urcicio. Evolução da saúde pública na Bahia. Instituto Bahiano de História da Medicina. Arquivos. 1956; 5: 42-44.
16. Decreto 464 de 17 de abril de 1846. Brasil. Ministério da Saúde, n. 10, p. 31-32.

o século XVII, retornou à Bahia em finais de setembro de 1849. Sob o impacto da ação devastadora da epidemia, o governo imperial criou, em 1850, as Juntas de Higiene Pública nas províncias, subordinando-as à Junta Central de Higiene Pública, sediada no Rio de Janeiro¹⁷. Cabia a esse órgão a direção das ações de saúde, tais como a assistência gratuita aos pobres, a inspeção sanitária, a coordenação da vacinação antivariólica, o registro médico e a fiscalização do exercício da medicina.

A persistência da febre amarela na Bahia fez com que o presidente da província, José Mauricio Wanderley, solicitasse subsídios do governo imperial para criar, em 1853, um espaço permanente para isolar os doentes¹⁸. O hospital foi instalado em uma casa situada em terreno alto, situado na Ponta de Mont Serrat, sítio afastado do centro da cidade¹⁹. Funcionava, entretanto, de forma irregular – dispensava os funcionários e fechava suas portas assim que a epidemia arrefecia.

A irregularidade do funcionamento, a deficiência dos serviços de assistência médica e a precariedade das instalações provocavam periódicas inspeções e reclamações por parte dos consulados estrangeiros, motivadas por representações feitas pelos capitães dos navios, cujos enfermos ali eram internados²⁰. De outro lado, os presidentes da província alegavam falta de dotação orçamentária para oferecer e manter um serviço permanente de internação hospitalar, ressaltando que as rendas provinciais eram escassas, a ponto de, por vezes, não se poder pagar os vencimentos dos médicos e demais funcionários do Isolamento²¹. Segundo esses, as contribuições dadas pelos navios, proporcionais ao número de doentes internados, não

17. As Juntas de Higiene Pública foram criadas por meio do Decreto Imperial n.º 598, de 14 de setembro de 1850. Apesar dessa deliberação, o Conselho de Salubridade continuou a funcionar na Bahia, ainda que com caráter mais opinativo que realizador no que dizia respeito à saúde pública. Determinação da Resolução provincial n.º 482, de 28 de maio de 1853. Brasil. Ministério da Saúde, n. 10, p. 34; Santiago, n. 15, p. 44-45.

18. Wanderley, João Mauricio. Falla recitada na abertura da Assembléa Legislativa da Bahia pelo presidente da província, o doutor João Mauricio Wanderley, no 1º de março de 1854. Bahia, Typ. de Antonio Olavo da França Guerra e Comp.; 1854.

19. Desde a sua criação, o Isolamento de Mont Serrat passou a acolher os atingidos pelas epidemias de diversas doenças transmissíveis que periodicamente incidiam sobre a Bahia.

20. Santos, Luis Álvares. Ofício do Dr. Luis Álvares dos Santos, Diretor do Hospital de Mont Serrat ao Presidente da Província. 27 de abril de 1871. APEB, Seção Colonial e Provincial, Série Saúde, maço 5388.

21. Sinimbu, João Lins Vieira Cansansão de. Falla recitada na abertura da Assembléa Legislativa da Bahia pelo presidente da província, o desembargador João Lins Vieira Cansansão de Sinimbu, no 1 de setembro de 1857. Bahia, Typ. de Antonio Olavo da França Guerra; 1857.

eram suficientes para cobrir as despesas com o atendimento médico e a manutenção do espaço hospitalar.

Para além da questão orçamentária, a interrupção do funcionamento do hospital e a sua localização, em local afastado da aglomeração urbana, obedeciam à lógica da época. No período estudado, era comum que os doentes fossem tratados em casa, pela família. A hospitalização só era recomendada se o enfermo não tivesse condições de prover o próprio tratamento ou se colocasse outras pessoas em risco de contaminação. Em casos assim, realizava-se o isolamento do doente, seus objetos de uso eram incinerados, sua casa desinfetada e aqueles que estiveram em contato com ele ficavam sob vigilância.

Nesse período, predominava a noção de doença relacionada à constituição epidêmica – o ar infectado por emanções miasmáticas, provenientes de matéria orgânica em decomposição, sob determinadas condições climáticas e atmosféricas, poderia dar origem às doenças epidêmicas²². Segundo essa concepção, os enfermos, especialmente se estivessem reunidos em um mesmo local, seriam um foco de «miasmas» que empestariam o ar, representando um risco de infecção à população sadia, daí a escolha de um local periférico, pouco povoado, para o funcionamento do hospital.

Os médicos ligados às questões da saúde pública defendiam a implantação de medidas que evitariam que condições de insalubridade diversas viessem a contribuir para a proliferação de doenças. Apesar de hegemônica, o infeccionismo não era uma concepção única nesse período. Os contagionistas defendiam que as doenças eram transmitidas de pessoa para pessoa por contato direto ou indireto e recomendavam a quarentena e o isolamento dos doentes. Ambas as teorias consideravam que a doença surgia a partir de estímulos externos, seja da constituição atmosférica ou do contato entre indivíduos. Havia, entretanto, uma explicação mais abrangente para as epidemias, que considerava a conexão entre lesões anatômicas, fatores ambientais e condições de vida.

Assim, os médicos recomendavam o exercício de constante vigilância sobre a qualidade do ar, da água e do solo, criticando a deficiência na distribuição e no tratamento de água, esgoto, lixo, etc. Propunham, também, a regulamentação de hábitos, costumes e estilo de vida, bem como

22. Czeresnia, Dina. Do contágio a transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; 1997.

a reordenação do espaço urbano, a fim de facilitar a distribuição da luz e a circulação do ar, de pessoas e de mercadorias. Ao relacionar as doenças epidêmicas às condições de vida nas cidades, 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.

À época, associava-se a questão social 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 e assistência médica adequada. Espaços como o Asilo de Mendicidade e o Asilo São João de Deus livravam as ruas de Salvador da presença embaraçosa de vadios, loucos e mendigos, evitando, entre outras coisas, a contaminação da população sadia. Ademais, 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.

O ideal de construção da nação também norteava o projeto político das elites brasileiras durante o Império e a preservação da saúde passou a representar, já nesse período, um sinal de civilização e progresso social. Para a camada ilustrada da sociedade, para alçar-se ao mesmo nível das nações civilizadas, a Bahia precisava superar o antigo passado colonial representado, dentre outros aspectos, pelos velhos casarões, pelas ruas tortuosas, estreitas e insalubres, onde circulavam vadios, loucos e miseráveis, pelo analfabetismo e, principalmente, pelo assédio contínuo das doenças epidêmicas e endêmicas.

Assim, a assistência à saúde e as intervenções na estrutura e infraestrutura urbanas passaram a fazer parte do projeto das elites. Na Bahia oitocentista, a despeito da falta de condições financeiras alegada por sucessivos presidentes da província, houve crescente esforço dos governantes para dotar a capital de melhores condições e qualidade de vida²³.

As mudanças tornaram-se mais evidentes depois que a epidemia de cólera irrompeu em Salvador em 1855, espalhando-se por toda a provín-

23. Para saber mais, veja: Pinheiro, Eloísa Petti. Europa, França e Bahia: difusão e adaptação de modelos urbanos (Paris, Rio e Salvador). Salvador: EDUFBA; 2002; Sampaio, Consuelo Novais. 50 anos de urbanização: Salvador da Bahia no Século XIX. Rio de Janeiro: Versal; 2005.

cia²⁴. Além do grande número de mortes, a epidemia provocou o desabastecimento da capital, grave crise econômica, resultando em uma série de intervenções no espaço urbano: desinfecções de locais que favorecessem a aglomeração de pessoas (prisões, pensões, igrejas, teatros, etc.), saneamento dos matadouros, deslocamento do cemitério para área externa ao perímetro urbano, a vigilância sanitária dos navios e o estabelecimento de um serviço de limpeza pública.

Os momentos de crise desencadeados pelas epidemias provocaram, entre as elites, crescente percepção de que os efeitos externos da pobreza afetavam coletivamente os mais prósperos²⁵. As doenças epidêmicas, por exemplo, além de roubar braços ao trabalho, atingiam tanto ricos quanto pobres. Contudo, a percepção dessas «externalidades» não era motor suficiente para que os cuidados com a saúde e com o saneamento da cidade de Salvador se tornassem um bem público, compulsório e permanente.

O modelo liberal adotado pelo Império previa a intervenção dos poderes públicos somente em períodos de calamidade, como os de epidemia, deixando à sociedade a tarefa de organizar-se para atender às suas próprias necessidades²⁶. Apesar das medidas empreendidas para melhorar a qualidade de vida e a salubridade da província da Bahia, as ações eram incipientes, limitadas pela conjuntura política e sociocultural e pela alegada falta de recursos financeiros. Havia também a percepção, por parte dos governantes, de que a assistência à saúde era mais um ato caritativo que um dever do Estado. Cabia às elites patrocinar a assistência aos despossuídos, organizando-se, para isso, em irmandades e sociedades de auxílio mútuo. Esse quadro começa a mudar, lentamente, com o advento da República, como veremos no item que se segue.

-
24. David, Onildo Reis. *O inimigo invisível: epidemia na Bahia no século XIX*. Salvador: EDUFBA; 1996.
 25. Swaan, Abram de. *In care of the state*. Cambridge: Polity Press; 1988, p. 1-142; Hochman, Gilberto. *A era do saneamento. As bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec: ANPOCS; 1998, p. 19-89.
 26. Sanglard discute esse assunto no texto «A Primeira República e a Constituição de uma Rede Hospitalar». In: Porto, Ângela, et al., eds. *História da saúde no Rio de Janeiro: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008, p. 59-87. Esse ponto será aprofundado no capítulo escrito por Christiane M.^a Cruz de Souza e Gisele Sanglard para o livro Souza, Christiane M.^a Cruz de; Barreto, Maria Renilda Nery. *História da Saúde na Bahia: instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*, no prelo.

3. A constituição de uma rede de assistência à saúde

A Constituição de 1891, que, atendendo às oligarquias brasileiras, ratificou o princípio da autonomia dos estados, estabelecia que cada unidade federada deveria «prover, a expensas próprias, as necessidades de seu Governo e administração»²⁷. A partir de então, a saúde pública passou a ser uma atribuição dos estados. A União só interviria em casos de calamidade pública. Assim, sucessivos governadores da Bahia se esforçaram para construir uma rede mínima de assistência à saúde, desde as primeiras décadas do novo regime.

Coube a Joaquim Manoel Rodrigues Lima, médico formado pela Faculdade de Medicina, eleito para governar a Bahia no período de 1892 a 1896, dar os primeiros passos em direção à organização sanitária do estado. Dentre 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 estado²⁸.

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 municipais²⁹. 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 pública³⁰.

Com base no que estava disposto na Constituição de 1891, Luiz Vianna, governador que sucedeu Rodrigues Lima para o período de 1896 e 1900,

27. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 24 de Fevereiro de 1891. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm

28. Lei n.º 30, de 29 de agosto de 1892. In: BAHIA. [Constituição]. Constituição e leis do Estado da Bahia promulgadas em 1891 e 1892; sob ns. 1 a 10. Bahia: Typ. e encadernação do «Diário da Bahia»; 1892.

29. Art. 25, §1 a 13. Lei n.º 37, n. 28, p. 172-173.

30. Art. 25, § 90. Lei n.º 37, n. 28, p. 173.

sancionou uma lei que discriminava as atribuições do município e as do estado³¹. De acordo com essa legislação, cabia ao município a responsabilidade de oferecer socorros a acidentes, criar e administrar asilos e creches, e organizar e dirigir o serviço de vacinação. O município também deveria promover o saneamento, através de medidas como canalização dos esgotos e águas pluviais, drenagem do solo, abastecimento de água, iluminação pública, pavimentação das ruas, incineração do lixo, fiscalização dos gêneros alimentícios expostos ao consumo público, etc.

O estado ficaria com a incumbência de combater as epidemias, devendo empreender uma série de medidas para o tratamento e a prevenção das doenças transmissíveis. 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, também seriam atribuições da administração estadual. 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.

O governador seguinte, Severino Vieira, que governou a Bahia entre 1901 e 1904, instituiu o Regulamento do Serviço Sanitário, que amparava juridicamente e efetivava as modificações introduzidas no governo anterior, tais como a criação da Inspeção Geral de Higiene e da seção Demografo-Sanitária³². A Inspeção contaria com as seguintes seções sob a sua gerência: Instituto Bacteriológico, Instituto Vacinogênico, Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas, Serviço Geral de Desinfecção e Hospital de Isolamento³³.

Além dos serviços sob sua responsabilidade, em épocas de crise epidêmica, o estado poderia se responsabilizar pelos serviços de higiene que, por Lei, pertenciam aos municípios, bem como criar serviços sanitários

31. Leis e resoluções do Estado da Bahia: votadas em 1897 sob n.º 162 a 223. Bahia: Typographia do Correio de Notícias; 1898.

32. O Regulamento do Serviço Sanitário elaborado pelo médico Pacífico Pereira foi estabelecido por meio do Decreto n.º 106, de 14 de novembro de 1901. Lei n.º 443 de 29 de agosto de 1901. Faz modificações à Lei n.º 213 de 23 de agosto de 1897, e autoriza o governo a executar por partes a referida Lei. In: BAHIA. Leis e Resoluções do ano de 1901 e Decretos do Poder Executivo do mesmo ano. Bahia: Typ. e Encadernação do «Diário da Bahia»; 1902, p. 60-63.

33. Art. 13, p. 372. In: Decreto n.º 106, de 14 de novembro de 1901.

onde estes ainda eram inexistentes³⁴. Severino Vieira também cuidou de adquirir dois edifícios situados no bairro de São Lázaro, onde funcionaria o isolamento de variolosos, composto por uma enfermaria e um desinfec-tório; uma enfermaria para o isolamento de doentes de febre amarela e um posto de observação para os casos suspeitos desta doença. Em Mont Serrat, passaram a funcionar o desinfec-tório e o posto de observação marítimo³⁵.

Para os inspetores sanitários, nesse período, Salvador ainda representava o cenário ideal para a propagação de doenças, visto que os agentes patogêni-cos ali encontravam condições favoráveis para a sua proliferação³⁶. Por toda a sua área urbana e periférica abundavam lagoas, córregos, charcos, valas, brejos, etc., cujas margens mal drenadas, de vegetação vigorosa e cheias de lixo e dejetos, era o habitat de fauna variada, inclusive os transmissores de enfermidades diversas.

A falta de um sistema de esgotamento sanitário eficiente permitia que a água servida e a pluvial, assim como os detritos domésticos, fossem escoados de maneira inadequada, geralmente a céu aberto, contaminando o solo, as águas e os alimentos. O lixo doméstico e outros resíduos também se acumulavam nas ruas, nos terrenos baldios, nos pátios e nos quintais. Para completar o quadro de insalubridade, o sistema de distribuição de água era insuficiente e de qualidade duvidosa – os barris de água distribuídos nas portas por aguadeiros eram abastecidos nas mesmas fontes onde pessoas se banhavam, animais matavam a sede e lavadeiras lavavam a roupa.

34. Art. 3, p. 369. In: Decreto n.º 106, de 14 de novembro de 1901.

35. Vieira, Severino. Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa do Estado da Bahia na abertura da 2ª sessão ordinária da 7ª legislatura, pelo governador do Estado, Severino Vieira. Bahia: Diário da Bahia; 1904, p. 15-17.

36. Novis, Aristides. Relatório das principais ocorrências do 5º distrito de Saude Publica, no 2º semestre do anno de 1912, apresentado pelo Inspector Dr. Aristides Novis. Arquivo Público do Estado da Bahia. Seção Republicana. Fundo: Secretaria do Interior e Justiça. Grupos: Diretoria Geral de Saúde Pública da Bahia. Séries: Relatórios das principais ocorrências do 5º distrito sanitário. Caixa: 3696, maço: 1028, 1912; Borborema, Collatino de. Relatório do anno de 1913. Apresentado á Directoria Geral da Saude Publica pelo Dr. Collatino de Borborema, verificador de obitos da 2ª zonna. Arquivo Público do Estado da Bahia. Seção Republicana. Fundo: Interior e Justiça. Série: Diretoria Geral de Saúde Pública da Bahia. Caixa 9695, maço 1029, 1913; Borborema, Collatino de. Inspetoria Sanitária do 5º Distrito. Relatório apresentado pelo Dr. Collatino de Borborema. Inspetor Sanitário. 1918. Arquivo Público do Estado da Bahia. Seção Republicana. Fundo: Secretaria do Interior e Justiça. Grupos: Diretoria Geral de Saúde Pública da Bahia. Séries: Relatórios das principais ocorrências do 5º distrito sanitário. Caixa: 3696. Maço: 1028, 1918.

O aumento da população verificado na virada do século influenciou negativamente a qualidade de vida na capital baiana, contribuindo para agravar os problemas infra-estruturais urbanos, assim como as condições de moradia e trabalho³⁷. Muitas famílias disputavam espaço em cubículos arruinados, mal arejados, úmidos, escuros, situados em becos e ruelas que careciam de limpeza e pavimentação, bem como de serviço regular de água e esgoto, em busca de baixos aluguéis e proximidade com o local de trabalho.

Os relatórios dos inspetores sanitários também revelavam que grande parte da população trabalhava em excesso e era pessimamente remunerada, sem falar nos que mal sobreviviam dos biscates ou das esmolas que angariavam. Além do esgotamento físico, provocado pela sobrecarga de trabalho, e pelas precárias condições de moradia, a camada mais pobre da população era, em grande parte, analfabeta, enfrentava problemas com o alcoolismo e tinha uma alimentação deficiente em nutrientes.

Apesar de reconhecerem a existência de um agente específico para cada doença desde o advento da microbiologia no final do século XIX, os médicos baianos ponderavam que questões como a limpeza do espaço urbano, as condições de moradia, os sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, as condições de trabalho, a venda e a manipulação de alimentos, a dieta e a pobreza, bem como os hábitos morais e de higiene diária eram fatores que contribuíam para a incidência e propagação de doenças, tanto nos centros urbanos, quanto nas áreas rurais.

Para os médicos, era preciso higienizar as casas e as ruas, evitando, por exemplo, a cadeia perversa – o lixo que alimentava os ratos, que por sua vez albergavam as pulgas, que transmitiam, entre outras doenças, a peste. Era necessário ampliar o sistema de distribuição de água e de esgotamento sanitário, drenar os charcos, valados, brejos e áreas de água estagnada, evitando, assim, males como a cólera, a disenteria, a malária, a febre amarela e a dengue. As condições de moradia dos despossuídos, aglomerados em porões, sobrelojas, casas de cômodos e cortiços, também mereciam atenção,

37. 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 do Brasil. Realizado em 1 de setembro de 1920. (4º censo geral da população e 1º da agricultura e das indústrias). Rio de Janeiro: Typ. da Estatística; 1926. Veja também: Santos, Mário Augusto Silva. Crescimento urbano e habitação em Salvador (1890-1940). RUA: Revista de Arquitetura e Urbanismo. 1990: 3 (4/5): 20-29.

pois propiciavam a propagação de doenças cuja transmissão se fazia de indivíduo para indivíduo, tais como a varíola, a gripe e a tuberculose.

Essas questões mobilizavam a camada letrada da sociedade. A imprensa era palco de permanente debate entre gestores, políticos, médicos, engenheiros e jornalistas baianos, já conscientes de que estes e outros fatores contribuíam para a incidência e propagação de males endêmicos e epidêmicos entre a população daquele centro urbano³⁸. As cartas, relatórios de engenheiros e de médicos enviados a órgãos públicos, assim como pareceres de sucessivos membros dos conselhos de saúde, os discursos de políticos e autoridades públicas, além das mensagens à Assembléia Legislativa estadual, enviadas pelos próprios governadores, demonstravam o conhecimento das fragilidades das ações empreendidas e dos problemas que envolviam a questão.

Até o primeiro decênio do século XX, boa parte das medidas de saúde adotadas pelos poderes públicos eram emergenciais e provisórias e muitas obras iniciadas não puderam ser concluídas. Tal aconteceu com o Hospital de Isolamento. Em março de 1911, Araújo Pinho adquiriu um terreno e começou a construir as novas instalações do hospital, mas a obra foi embargada pelo diretor interino do Isolamento, Menandro Meireles Filho, que não concordava com o projeto aprovado pelo governo³⁹. O hospital só foi construído na gestão de Antonio Ferrão Moniz de Aragão (1916-1920)⁴⁰.

O mesmo aconteceu com o edifício projetado no governo de Araújo Pinho (1908-1911), para abrigar o Instituto Bacteriológico, Anti-Rábico e Vacinogênico. Apesar do empenho desse governador, o Instituto só foi inaugurado em 1916, no governo de José Joaquim Seabra (1912-1916)⁴¹.

38. Souza, Christiane Maria Cruz de. A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia. Salvador; Rio de Janeiro: EDUFBA/FIOCRUZ; 2009.

39. Araújo Pinho, João Ferreira de. Mensagem apresentada a Assembleia Geral Legislativa do Estado da Bahia na abertura da 1ª Sessão Ordinária da 11ª Legislatura pelo Dr. João Ferreira de Araujo Pinho, governador do Estado. Bahia: Oficinas da Empresa «A Bahia»; 1911, p. 12.

40. Moniz de Aragão, Antônio Ferrão. Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa do Estado da Bahia na abertura da 1ª sessão ordinária da 15ª legislatura pelo Dr. Antônio Ferrão Moniz de Aragão, governador do Estado. Bahia: Imprensa Oficial do Estado; 1919, p. 64-65.

41. José Joaquim Seabra (1855-1942) foi uma figura importante no cenário político nacional e local. Governou o Estado da Bahia por duas vezes – entre 1912 e 1916 e, depois, entre 1920-1924. Além disso, foi ministro da Justiça e Negócios Interiores, na gestão de Rodrigues Alves (1902-1906) e da Viação e Obras Públicas, na presidência de Hermes da Fonseca (1910-1912). Moniz de Aragão, Antônio Ferrão. A Bahia e os seus Governadores na República. Salvador: Imprensa Oficial do Estado; 1916, p. 31.

Seabra sabia que os surtos epidêmicos que irrompiam com frequência na Bahia eram incompatíveis com a cidade que idealizara e com a intensa movimentação portuária decorrente de uma economia agroexportadora. Era comum, em períodos de epidemia, a oposição sugerir uma intervenção federal⁴². Caso a intervenção se concretizasse, o estado que a requisitasse pagaria uma multa à União, visto que o combate às doenças epidêmicas era responsabilidade da instância estadual. Ademais, qualquer tipo de intervenção da União na gestão do estado poderia evidenciar a incapacidade dos gestores locais em cumprir os papéis determinados pela Lei.

Ciente disso, J. J. Seabra procurou reestruturar os serviços de saúde, visando, principalmente, o combate das epidemias. Com o objetivo de estabelecer diagnósticos frequentes da situação sanitária de Salvador e delinear o quadro nosológico da cidade, tornou o Serviço de Verificação de Óbitos, extinto no governo de Araújo Pinho, independente dos demais serviços de saúde e elevou o serviço de estatística à condição de diretoria.

Para intensificar o controle sanitário da urbe, 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, inaugurou o Instituto Vacinogênico, Anti-rábico e Bacteriológico, regularizando a situação dos seus funcionários, bem como os do Hospital de Isolamento, e criou, ainda, o Juízo dos Feitos da Saúde Pública⁴³.

Sucessor e correligionário de Seabra, Antônio Ferrão Moniz de Aragão reorganizou o serviço sanitário estadual e 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 Bahia⁴⁴. De acordo com a legislação em vigor, o serviço sanitário da Bahia encontrava-se assim configurado:

42. Souza, n. 38, p. 91-129.

43. Cabia ao Juízo dos Feitos da Saúde Pública conhecer e julgar todas as ações, processos civis e criminais referentes à higiene e à salubridade pública. Lei n.º 921, de 29 de novembro de 1912. Manda adoptar como lei sanitária do Estado a organização do Serviço Geral da Saúde Publica, editada pelo Decreto n.º 105 de 15 de julho do corrente anno. In: Leis e Decretos do anno de 1912. Leis do poder Legislativo e decretos do poder Executivo do estado da Bahia do anno de 1912. Bahia: Typografia Bahiana; 1913.

44. A partir de então, o Hospício São João de Deus, o Hospital dos Lázaros e o Cemitério das Quintas ficariam subordinados àquela Diretoria. O governo do Estado havia também anexado o Serviço de Assistência Pública da Bahia, cuja realização fora iniciada pelo governo municipal, que se vira sem recursos para dar prosseguimento à obra. Já o serviço de verificação de óbitos deixava de ser uma seção independente, passando a subordinar-se à Diretoria do Serviço



Figura 1 – Organograma da Secretaria do Interior, Justiça e Instrução Pública. Fonte: Lei n. 1.151, de 15 de julho de 1916. Reorganiza os serviços administrativos do Estado. Leis do Estado da Bahia do ano de 1916. Bahia: Imprensa Oficial do Estado; 1917.

Dentro dessa estrutura, o Serviço de Estatística Demografo-sanitária, órgão responsável por fornecer um diagnóstico da situação sanitária de Salvador e delinear o quadro nosológico da cidade, assumia grande importância. A Inspetoria Sanitária 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.

Na reformulação dos serviços sanitários, 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, dentre outros. Para viabilizar o serviço dos inspetores, Salvador foi dividida em 17 distritos sanitários. Cada distrito ficava a cargo de um

Médico Legal. Lei n.º 1.151, de 15 de julho de 1916. Reorganiza os serviços administrativos do Estado. Leis do Estado da Bahia do ano de 1916. Bahia: Imprensa Oficial do Estado; 1917; Moniz de Aragão, n. 40, p. 80-81.

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 n.º 1231, de 31 de agosto de 1917)⁴⁵.

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 tifóide, a disenteria e a lepra⁴⁶. Verificada a ocorrência de doença transmissível, a consequência 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 diagnóstico⁴⁷.

Em casos de enfermidade ou de morte provocada por doença transmissível, cabia ao Desinfectório Central a responsabilidade de proceder à desinfecção dos objetos de uso do enfermo e do domicílio onde se deu a ocorrência da doença⁴⁸. 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 Desinfectório Central se encarregavam 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 Circular⁴⁹.

45. Lei n.º 1.231 de 31 de agosto de 1917. Reorganiza o serviço sanitário do Estado. In: Bahia. Leis do Estado da Bahia do ano de 1917. Bahia: Imprensa Oficial do Estado; 1918.

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

47. Lei n.º 1.231..., n. 45.

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

49. Moniz de Aragão, Antônio Ferrão. Exposição apresentada pelo Dr. Antônio Ferrão Moniz de Aragão ao passar o governo da Bahia ao seu sucessor, o Exmo. Sr. Dr. J. J. Seabra empossado

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. Desde que aportara em Salvador, em 1849, a doença havia se tornado praticamente endêmica entre os baianos. Os estrangeiros que chegavam à Baía de Todos os Santos eram os mais afetados, e esse fato se refletia, negativamente, no comércio que a Bahia mantinha com outros estados da federação e com o exterior⁵⁰.

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 suspeitos⁵¹. Tal ação mostrou-se igualmente desastrosa, tendo em vista que, no início do ano de 1919, a epidemia recrudesciu – foram registradas 129 notificações, das quais 48 resultaram em óbito⁵².

Para auxiliá-lo no combate às epidemias, o Estado contava também com o Instituto Oswaldo Cruz da Bahia – Instituto Bacteriológico, Anti-rábico e Vacinogênico, inaugurado no último ano de governo de J. J. Seabra. 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 preparação e inocu-

nesse dia no cargo de governador do Estado no quadriênio de 1920 a 1924. Bahia: Imprensa Oficial do Estado; 1920, p. 93.

50. Veja o discurso sobre a febre amarela, pronunciado por Azevedo Sodré na sessão do Congresso Nacional de 9 de junho de 1919: Sodré, A. A. de Azevedo. A propósito da febre amarela. (Discurso pronunciado no Congresso Nacional, de 9 de junho de 1919). *Brazil-Médico*. 1919; 33 (24): 185-189.
51. Até 1919, o serviço especial de profilaxia contra a febre amarela funcionou exclusivamente a expensas do Estado. 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. 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. Moniz, Gonçalves. Relatório. Bahia: Imprensa Oficial do Estado; 1921; p. 416; Moniz de Aragão, n. 49, p. 88.
52. Moniz de Aragão, n. 49, p. 87.

lação das vacinas antivariólica e anti-rábica também era atribuição dessa repartição⁵³.

Apesar das novas instalações, algumas deficiências de material técnico precisavam ser suplantadas, tal como a aquisição de um aparelho frigorífico para conservação dos produtos e matéria orgânica necessários às seções anti-rábica e vacinogênica daquele Instituto⁵⁴. 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. Essa deficiência de material técnico contribuía para limitar a produção de vacina antivariólica no Instituto, obrigando o governo a comprá-la em outras instituições do país e do exterior, como o Instituto Pasteur de Lisboa, durante a epidemia de varíola, em 1919⁵⁵.

Quando essa epidemia irrompeu, o Hospital de Isolamento de Mont Serrat, destinado aos portadores de doenças transmissíveis, ainda funcionava em suas antigas instalações. Moniz de Aragão só conseguiu inaugurar cinco dos sete pavilhões projetados para abrigar o novo hospital em 25 de março de 1920, quando estava prestes a entregar o governo ao seu sucessor. Uma das enfermarias e o pavilhão dos leprosos continuaram no papel, por falta de recursos financeiros⁵⁶.

Esse foi um período marcado pelas dificuldades produzidas pela Primeira Guerra, pelas disputas pelo controle político do estado, pelos transtornos subseqüentes às transformações urbanas, pela crise financeira do estado e do município, pela carestia e pela pobreza generalizada, pelas greves e, finalmente, pela erupção contínua das epidemias. Com a crise financeira do município e do estado, a estrutura montada para prevenir e combater

53. 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. Lei n. 921, de 29 de novembro de 1912. Manda adoptar como lei sanitária do Estado a organização do Serviço Geral da Saúde Pública, editada pelo Decreto n. 105 de 15 de Julho do corrente anno. In: Leis e Decretos do anno de 1912. Leis do poder Legislativo e decretos do poder Executivo do estado da Bahia do anno de 1912. Bahia: Typografia Bahiana; 1913.

54. Moniz de Aragão, n. 49, p. 115-116.

55. Moniz de Aragão, n. 49, p. 92.

56. Havia intenção da Diretoria Geral da Saúde Pública da Bahia no sentido de suprimir o Hospital dos Lázarus, transferindo os doentes ali instalados para esta enfermaria do Hospital de Isolamento. Moniz de Aragão, n. 49, p. 106-107.

as epidemias absorvia todos os recursos disponíveis e o governo estadual, amparando-se na legislação que determinava os encargos do estado e dos municípios, pouco avançou em direção ao interior da Bahia.

As elites soteropolitanas argumentavam que o saneamento da capital traria benefícios para a Bahia como um todo, tendo em vista não só o seu papel de polo de escoamento da produção estadual, mas também pelo risco que oferecia aquele porto, como disseminador de doenças para outras cidades do interior do estado e do Brasil. Porém, mesmo em Salvador, as ações implantadas visavam minimizar os transtornos produzidos pelas epidemias – mais dramáticos e intensos que os provocados pelas doenças que sorrateiramente minavam as energias e a vida da maior parte da população baiana.

A partilha de atribuições entre a União, estados e municípios, estabelecida pela Constituição de 1891, passou a ser, então, ponto de discussão permanente entre as elites. Apontava-se o jogo de vaidades, a pulverização ou, pelo contrário, a justaposição e a coincidência de ações, que dispersavam recursos humanos e financeiros, como causas do fracasso das medidas de saúde empreendidas no período. Muitos defendiam a centralização das ações, por acreditar que isso resultaria em mais eficiência dos serviços públicos de saúde.

Contudo, só a partir da década de 1920, a União passou a assumir alguns dos serviços que antes eram de competência dos estados⁵⁷. A centralização das ações de saúde, conforme requisitavam médicos e intelectuais desde o início do século XX, só vai ocorrer em 1953, após a criação do Ministério da Saúde.

4. Considerações finais

A promoção da saúde, através da assistência oferecida aos desvalidos e das intervenções na estrutura e infra-estrutura urbanas, passou a fazer parte do projeto político das elites brasileiras desde a primeira metade do século XIX. Durante todo o século XIX e princípios do XX, a assistência no Brasil dependeu, em grande parte, das ações orquestradas pela Irmandade da Santa Casa da Misericórdia, cujas obras pias direcionavam-se ao amparo

57. Castro Santos; Faria, n. 9; Hochman, n. 25.

dos órfãos, velhos, loucos, mendigos, doentes e presos, responsabilizando-se, também, pelo sepultamento dos mortos.

As ações empreendidas no século XIX, entretanto, se restringiam mais à segregação dos indivíduos que representavam algum risco social – havia maior preocupação em impedir o consumo em comum das mazelas sociais, que propriamente sanar esses males. Com a implantação do regime republicano, tornou-se crescente entre as elites do Brasil a percepção de que nem os mecanismos de segregação dos despossuídos, nem o assistencialismo, impediam que males como as doenças epidêmicas, por exemplo, se propagassem e, indiscriminadamente, atingissem pobres e ricos.

No que diz respeito à Bahia, as elites começaram a perceber que as epidemias colocavam em cheque a eficiência do serviço sanitário do estado, afetavam a imagem dos grupos que se encontravam no poder e comprometiam a salubridade daquele porto, trazendo graves prejuízos para a economia, cuja base era o comércio de exportação e importação. Além de contribuir para desorganizar a produção, devido à falta de braços para o trabalho, causada pelo grande número de doentes e mortos, os surtos epidêmicos afastavam os comerciantes e investidores estrangeiros. Ademais, as quarentenas decretadas aos navios em casos de graves crises epidêmicas prejudicavam seriamente o abastecimento de Salvador, cidade portuária, cuja insignificante produção de alimentos era suprida pelos gêneros provenientes do interior da Bahia, de outras províncias/estados e países.

Todavia, a percepção dos riscos sociais, políticos e econômicos não era motor suficiente para transformar a realidade e promover mudanças efetivas nos serviços sanitários. As elites começavam a questionar se não seria mais eficaz uma ação centralizada para resolver os graves problemas sanitários do país.

A falta de recursos financeiros, a pulverização de funções ou adoção de medidas coincidentes pelos poderes públicos, que desperdiçavam mão-de-obra, tempo e verbas, o jogo de vaidades e os choques de interesses dos gestores das instâncias públicas, assim como o descumprimento dos papéis demarcados pela Constituição de 1891, dificultavam a implantação de políticas públicas de saúde amplas, compulsórias, permanentes e eficazes. A despeito das dificuldades decorrentes desse conjunto de fatores, observou-se crescente esforço do governo local para constituir uma estrutura voltada para assistência à saúde, no período estudado. ■

