

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA**

SILVERA VIEIRA DE ARAÚJO

**Entre o poder e a ciência: história das instituições de saúde e de  
higiene da Paraíba na Primeira República (1889-1930)**

Orientação do Professor Doutor Carlos Alberto  
Cunha Miranda

**RECIFE, PE  
2016**

SILVERA VIEIRA DE ARAÚJO

**Entre o poder e a ciência: história das instituições de saúde e de  
higiene da Paraíba na Primeira República (1889-1930)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-  
Graduação em História da Universidade  
Federal de Pernambuco em cumprimento as  
exigências para obtenção do título de Doutora  
em História,  
Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Cunha  
Miranda.

RECIFE-PE  
2016

Catálogo na fonte

Bibliotecária Maria Janeide Pereira da Silva, CRB-4 1262

A663e Araújo, Silvera Vieira de.  
Entre o poder e a ciência : história das instituições de saúde e de higiene da Paraíba na Primeira República (1889-1930 / Silvera Vieira de Araújo. – 2016.  
327 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Cunha Miranda.  
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em História, Recife, 2016.  
Inclui referências.

1. Paraíba - História. 2. Paraíba – Saúde pública. 3. Paraíba - Primeira República (1889-1930). 4. Serviços de saúde pública - Paraíba. 5. Higiene. I. Miranda, Carlos Alberto Cunha (Orientador). II. Título.

981.33 CDD (22.ed.)

UFPE (BCFCH2016-55)



**Silvera Vieira de Araújo**

**“Entre o poder e a ciência:  
história das instituições de saúde e de higiene da Paraíba na Primeira  
República (1889-1930)”**

Tese apresentada ao **Programa de Pós-Graduação em História** da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de **Doutor em História**.

Aprovada em: **27/06/2016**

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Carlos Alberto Cunha Miranda  
**Orientador (Universidade Federal de Pernambuco)**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Christine Paulette Yves Rufino Dabat  
**Membro Titular Interno (Universidade Federal de Pernambuco)**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Suzana Cavani Rosas  
**Membro Titular Interno (Universidade Federal de Pernambuco)**

Prof. Dr. Iranilson Buriti de Oliveira  
**Membro Titular Externo (Universidade Federal de Campina Grande)**

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Regina Coelli Gomes Nascimento  
**Membro Titular Externo (Universidade Federal de Campina Grande)**

ESTE DOCUMENTO NÃO SUBSTITUI A ATA DE DEFESA, NÃO TENDO VALIDADE PARA FINS DE COMPROVAÇÃO DE TITULAÇÃO.

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho a Deus, pelo dom da vida, e a minha família pelo amor e carinho.

## **Agradecimentos**

Para realização deste trabalho contamos com a colaboração das seguintes instituições: Instituto Histórico e Geográfico da Paraíba (IHGP), Arquivo Histórico do Estado da Paraíba, Arquivo da Cúria Metropolitana, Arquivo José Américo de Almeida, Arquivo da Santa Casa de Misericórdia, Arquivo da Assembleia Estadual da Paraíba, e o Museu Histórico e Geográfico de Campina Grande. Deste modo, agradecemos aos seus dirigentes e funcionários por suas importantes contribuições.

Agradeço também aos professores do Mestrado e Doutorado em História da UFPE e a coordenação desse programa nas pessoas dos professores Carlos Alberto Cunha Miranda, Susana Cavani Rosas, Christine Paulette Yves Rufino Dabat, Iranilson Buriti de Oliveira, que nos auxiliaram nas nossas atividades acadêmicas. A Sandra, secretária do PPGH que tanto nos ajuda no dia-dia.

Aos colegas do curso, pelo incentivo constante troca de ideais, esclarecendo algumas dúvidas e propondo algumas alternativas de trabalho, de maneira que, constitui-se uma importante colaboração para a produção deste trabalho.

Ao professor Carlos Alberto Cunha Miranda, meu orientador que, no período de pesquisa e redação do trabalho, orientou-me pacientemente, corrigindo, cobrando e apontando os caminhos teóricos, conceituais e metodológicos, que foram imprescindíveis para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos professores examinadores, Iranilson Buriti, Regina Coelli, Christine Paulette Yves Rufino Dabat, Susana Cavani Rosas pelas valiosas contribuições à presente pesquisa em termos conceituais, teóricas e metodológicas.

Ao professor Iranilson Buriti de Oliveira, que gentilmente me concedeu algumas fontes do Arquivo Belisário Penna, da Fundação Oswaldo Cruz.

A Deus, pela graça da vida e da perseverança nos momentos de dificuldades e desilusões, e pela força de vontade, que me fez lutar para concretizar este objetivo.

A minha família, e em especial a minha querida mãe, distante no sertão do Vale do Piancó, que lutou no seu dia a dia para que eu pudesse estudar e realizar esse sonho.

A Fabiano, amor da minha vida, pelo apoio emocional e material e pela compreensão no momento em que foi necessário ficar distante em razão da pesquisa.

A minha filha Sílvia, razão da minha vida, pelo carinho e amor.

## Resumo

Este trabalho tem como objetivo problematizar as políticas desenvolvidas pelas instituições de saúde e de higiene na Paraíba na Primeira República (1889-1930), em suas interfaces com o poder, a ciência e os conflitos sociais. Esta análise centra-se na perspectiva de relacionar o processo de institucionalização dos serviços de saúde e de higiene e a expansão da autoridade pública na sociedade. O presente estudo fundamenta-se nos pressupostos teóricos da Nova História, sobretudo, nas discussões apresentadas por René Remond (2003), e no conceito de teatralização do poder, defendido George Balandier (1982), além disso, utilizamos como aporte teórico os conceitos trazidos pela História Social no âmbito das repercussões da ciência na sociedade e dos conflitos sociais. Nesta análise, abordamos os surtos epidêmicos do final do século XIX e início do século XX, observando seus efeitos sociais, suas relações com os poderes públicos, como também as repercussões da ciência nos modos de ver a doença e as práticas de cura. Além disso, enfatizamos a atuação quase “nula” do Estado no referido âmbito, verificadas nos momentos de incidência de epidemias e doenças, e exemplificadas na atuação das Inspetorias de Higiene. Neste contexto de ausência do Estado em questões de saúde e de higiene, observamos a atuação das entidades assistenciais, tais como a Santa Casa de Misericórdia e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, instituições que visavam preencher as lacunas deixadas pelo Estado, principalmente no tocante a assistência médica hospitalar e a assistência médica e higiênica à mulher grávida e a infância. Como estas instituições não eram suficientes para atender a demanda da população inicia-se então o processo de institucionalização dos serviços de saúde e de higiene, com a criação do Serviço de Higiene Pública, em 1911, e o Serviço de Profilaxia Rural, em 1921. Este processo realizou-se mediante a constituição de um corpo de funcionários, o surgimento de um conjunto de leis e normas de procedimentos, a construção de prédios e as ações de saúde e de higiene realizadas na sociedade. Deste modo, identificamos a presença do Estado no universo social e o processo de expansão do aparato estatal. Sendo assim, consideramos que o processo de crescimento da autoridade pública na sociedade paraibana esteve relacionada diretamente à institucionalização dos serviços de saúde e de higiene.

**Palavras-chaves:** Saúde, Higiene, Poder, Ciência e Conflitos Sociais.

## Abstract

This work aims to discuss the policies pursued by health and hygiene institutions in Paraíba during the First Republic (1889-1930), in their interfaces with power, science and social conflicts. This analysis focuses on the perspective of relating the institutionalization process of health and hygiene services and public authority expansion on society. This study is based on the New History theoretical assumptions, especially in the discussions presented by René Remond (2003), and in the concept of theatricality of power, defended by George Balandier (1982), besides, we use as theoretical support the concepts from Social History in the context of science impacts on society and the social conflicts. In this analysis, we deal with the epidemic outbreaks from the late nineteenth century and early twentieth century, remarking their social effects, their relationship with public authorities, as well as science repercussions in the ways of looking at disease and its healing practices. We also emphasize the almost “invalid” State actions in that sphere, checked during times of epidemic and disease incidence, and exemplified in the Hygiene Inspectorate performance. In this context of absence from the State in health and hygiene matters, we notice the work of assistance organizations, such as the *Santa Casa da Misericórdia* and the *Instituto de Proteção e Assistência à Criança*, institutions aimed at filling the gaps left by the State, especially with regard to hospital assistance and medical and hygienic care to pregnant women and children. Since these institutions were not enough to support the demand of population, the institutionalization process of health and hygiene services begins then with the creation of the Public Hygiene Service, in 1911, and the Rural Prophylaxes Service, in 1921. This process took place through the formation of a staff body, the emergence of a set of procedures laws and rules, the construction of buildings and health and hygiene actions performed in society. Thus, we have identified the State’s presence on the social universe and the process of the state apparatus expansion. Therefore, we consider that the public authority growth process in Paraíba society was directly related to the institutionalization of health and hygiene services.

**Keyword:** Health, Hygiene, Power, Science, Social Conflicts.

## Resumen

Este trabajo tiene como objetivo problematizar las políticas desarrolladas por las instituciones de salud y de higiene en la Paraíba en la Primera República (1889-1930), en sus interfaces con el poder, la ciencia y sus conflictos sociales. Este análisis centrarse en la perspectiva de relacionar el proceso de institucionalización de los servicios de salud e higiene y en la expansión de la autoridad pública en la sociedad. El presente estudio fundamentase en los presupuestos teóricos de la Nueva Historia, sobretodo, en las discusiones presentadas por René Remond (2003), y en el concepto de teatralización del poder, defendido George Balandier (1982), además, utilizamos como aporte teórico los conceptos interpuestos por la Historia Social en el ámbito de las repercusiones de la ciencia en la sociedad y de los conflictos sociales. En ese análisis, abordamos los surtos epidémicos del final del siglos XIX y el inicio del siglo XX, observando sus efectos sociales, sus relaciones con los poderes públicos, como también las repercusiones de la ciencia en los modos de ver la enfermedad y las prácticas de la cura. Además, enfatizamos la actuación casi “nula “del Estado en el referido ámbito, verificados en el momento de incidencia de las epidemias y enfermedades, y ejemplificando en la actuación de las Inspectorías de Higiene. En ese contexto de ausencia del Estado en cuestiones de salud y de higiene, observamos la actuación de las entidades asistenciales, tales como la Santa Clara de Misericordia y el Instituto de Protección y Asistencia a la Niñez, instituciones que visaban complementar las lagunas dejadas por el Estado, principalmente en el tocante a la asistencia médica hospitalario y la asistencia médica e higiénica a la mujer embarazada y la niñez. Como estas instituciones no eran suficientes para atender la demanda de la población iniciase entonces el proceso de institucionalización de los servicios de salud e de higiene, con la creación de los Servicios de Higiene Pública, en 1911, y el Servicio de Profilaxis Rural, en 1921. Este proceso fue realizado mediante la constitución de un cuerpo de funcionarios, el surgimiento de un conjunto de leyes y normas de procedimientos, la construcción de predios y las acciones de la salud y de higiene social realizadas en la sociedad. De ese modo, identificamos la presencia del Estado en el universo social y el proceso de expansión del aparato estatal. Siendo así, consideramos que el proceso del crecimiento de la autoridad pública en la sociedad paraibanaestebe relacionada directamente a la institucionalización dos servicios de salud y de higiene.

**Palabras clave:** Salud, Higiene, Poder, Ciencia, Conflictos Sociales.

## **Lista de figuras**

<b>Figura 1-</b> Mapa das Principais Cidades da Paraíba.	36
<b>Figura 2-</b> Veneziana, de 23 anos.	41
<b>Figura 3-</b> Mapa das Regiões Geográficas da Paraíba	48
<b>Figura 4-</b> Planta da Cidade da Paraíba, 1855	76
<b>Figura 5-</b> Hospital Santa Isabel	84
<b>Figura 6-</b> Maternidade do I.A.P.I	136
<b>Figura 7-</b> Homero	139
<b>Figura 8-</b> José Américo de Almeida Filho	139
<b>Figura 9-</b> Mulheres portadoras de bócio	228
<b>Figura 10-</b> A casa do Jeca Tatu antes e depois do saneamento.	233
<b>Figura 11-</b> Inauguração do Dispensário de Doenças Venéreas	269
<b>Figura 12-</b> Uma das enfermarias do Hospital Oswaldo Cruz	273

## **Lista de tabelas**

<b>Tabela 1-</b> Mortalidade do Cólera-morbos na Paraíba, 1856	35
<b>Tabela 2-</b> Mortalidade do Cólera-morbos na Paraíba em 1862	46
<b>Tabela 3-</b> Óbitos na Capital paraibana e 1877	50
<b>Tabela4-</b> Pessoas contratadas	53
<b>Tabela 5-</b> Movimento financeiro da Santa Casa	79
<b>Tabela6-</b> Quadro demonstrativo dos falecimentos ocorridos no hospital	88
<b>Tabela7-</b> Movimento da Policlínica Infantil em 1916	126
<b>Tabela 8-</b> Contribuições de particulares	127
<b>Tabela9-</b> Boletim Demográfico-Sanitário de Fevereiro de 1911	176
<b>Tabela 10-</b> Boletim de Estatística Demográfico-Sanitária de março de 1912	177
<b>Tabela 11-</b> Boletim de Estatística Demográfico-Sanitária de abril de 1913	178
<b>Tabela12-</b> Pessoas Vacinadas na Paraíba	186
<b>Tabela13-</b> Causas morte	261
<b>Tabela 14-</b> Serviços da Diretoria de Saúde Pública e Saneamento Rural da Paraíba	284

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>Capítulo I-</b> A morte em cena: relatos de epidemias e doenças na Paraíba no final do século XIX e início do século XX.....	31
1.1. Um <i>terrível hospede</i> chega à Paraíba: O cólera-morbus na Paraíba, 1856.....	31
1.1.1 O retorno do hóspede indesejável: o cólera-morbus em 1862.....	42
1.2 Perigo à vista: doenças e modos de adoecer na Paraíba.....	55
1.3 As inspetorias de higiene em ação.....	63
1.4. Espaços de cura na Paraíba Imperial: Os hospitais e hospitalização.....	71
<b>Capítulo II-</b> Ciência e poder: o assistencialismo em cena.....	83
2.1 Espaços de cura: O Hospital Santa Isabel.....	83
2.1.1 Limitações do Hospital Santa Isabel.....	97
2.1.2 As relações do Estado com a Santa Casa de Misericórdia .....	101
2.1.3 O Hospital Santa Isabel: recursos financeiros e qualidade dos serviços.....	110
2.2 A infância e o assistencialismo em saúde na Paraíba: o Instituto de Proteção e Assistência à Infância.....	123
2.2.1 A infância em evidência.....	123
2.2. 2 O Instituto de Proteção e Assistência à Infância: a filantropia científica.....	125
<b>Capítulo III-</b> Os serviços sanitários na Paraíba Republicana.....	147
3.1 A República e os “direitos” dos cidadãos? A saúde em cena.....	147
3.2 Nas tramas políticas da Paraíba: o Serviço de Higiene Pública (1895-1911).....	160
3.3 A institucionalização dos serviços de higiene: o Serviço de Higiene Pública (1911-1928).....	168
3.3.1 O serviço de Demografia-Sanitária.....	176
3.3.2 O Serviço de Vacinação da Paraíba: a cruzada contra a varíola.. ..	180
3.3.3 A polícia sanitária em cena: controle e vigilância .....	191
3.3.4 O Serviço de Higiene Pública: limitações .....	198
3.3.4.1 A peste bubônica em Campina Grande.....	202
3.3.4.2 A influenza espanhola na cidade de Parahyba do Norte, 1918.....	208
3. 4 Os limites da institucionalização do <i>Serviço de Higiene Pública da Paraíba</i> .....	214

<b>Capítulo IV- A Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba (1920-1930): ciência, poder e conflitos sociais em cena.....</b>	<b>219</b>
4.1 “O Brasil ainda é um imenso hospital?": Campanhas pelo saneamento do Brasil nas décadas de 1910 a 1920.....	219
4.2 As Reformas da Saúde na Primeira República .....	237
4.3 A Paraíba é um imenso hospital? Campanhas pelo saneamento da Paraíba.....	248
4.4 A cruzada contra os males da Paraíba: A comissão de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba.....	258
4.4.1 A Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba: os limites da institucionalização.....	288
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>307</b>
<b>FONTES.....</b>	<b>313</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>317</b>

## Introdução

Dentre os temas mais abordados na sociedade atual, a saúde tem sido um dos mais recorrentes. Observamos produções referentes ao tema tanto na literatura e na imprensa, como em estudos produzidos nas mais diversas áreas do conhecimento. Diariamente, seja por meio televisivo, radiofônico, virtual ou impresso, é problematizada a questão da saúde no Brasil. Através de meios como reportagens e artigos, por exemplo, temos a oportunidade de analisarmos as discussões referentes à situação dos serviços de saúde no país, como a situação dos PSF's (Programas de saúde destinados a atenção básica) e a dos hospitais (Serviços de Assistência Médico-Hospitalar voltados para os aspectos da urgência e emergência). Geralmente, esses serviços são descritos pela imprensa tanto como *insuficientes* para atender a demanda, quanto como precários em termos de recursos, sejam esses recursos humanos ou materiais.

Considerados e legitimados pela Constituição de 1988 como direito dos cidadãos, os serviços públicos de saúde no Brasil passaram a ser organizados, gerenciados e mantidos pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Tais serviços constituem, para a maioria da população do país que não dispõe de recursos financeiros para procurar atendimento particular, a única alternativa de acesso aos serviços médicos e hospitalares. Ao contrário de 1889, em que a população não dispunha de uma legislação que estabelecesse o direito à saúde, assim, como era inexistente um sistema unificado de saúde pública que atendesse às necessidades da população em termos de saúde e de higiene.

O estudo do tema “saúde” torna-se instigante pela sua relevância na vida cotidiana e pelos constantes debates que o envolvem nos meios de comunicação, na literatura acadêmica e em suas relações com diversas temáticas afins que estão intrinsecamente ligadas ao que denominamos “saúde”. Dentre os vários aspectos que se relacionam ao tema “saúde”, destacamos em nosso estudo: higiene (urbana e corporal), doenças, saneamento, endemias, epidemias, práticas de cura, medicina, instrumentos e procedimentos de cura e políticas públicas de saúde.

Diante das múltiplas faces que se relacionam com a “saúde”, o nosso estudo pretende problematizar a saúde na Paraíba em sua interface com a higiene e o saneamento. Desse modo, abordaremos as políticas públicas de saúde na Paraíba (procedimentos de cura e terapêutica das doenças) e de higiene (programas de saneamento e de higiene adotados pelo governo para a prevenção das doenças e construção de espaço salubre).

O recorte temporal da presente pesquisa remonta aos anos de 1889 a 1930, período denominado de *República Velha* pela historiografia. Segundo Abreu e Gomes (2009), o termo República Velha teria sido construído e propagado pelos ideólogos do Estado Novo, “com a nítida intenção de acentuar sua força transformadora: na verdade, sua força revolucionária” (ABREU & GOMES, 2009, p.2). O Estado “Novo” seria a concretização dos objetivos políticos das elites vitoriosas do pós-1930 que passaram a designar o período anterior a 1930 como *República Velha*. Nos termos dessa interpretação, a Revolução de 1930 assinalaria um novo e grande ponto de partida na história do Brasil, “rompendo definitivamente com o passado; vale dizer, com os erros da Primeira República: liberal, oligárquica, fraca, inepta, europeizante e política e culturalmente afastada do “povo brasileiro” (ABREU & GOMES, 2009, p.3).

O trabalho das autoras citadas acima nos leva a problematizar o termo *República Velha* enquanto construção ideológica do Estado Novo no sentido pejorativo e com vistas à construção de uma imagem negativa do período anterior a Revolução de 1930. Além disso, nos mostra que estas críticas de forma intencional serviram para marginalizar as formas de organização política do período em termos de lutas e conquistas da República Velha, bem como contribuíram para uma marginalização das práticas culturais do povo neste período, que tratavam-se de práticas vistas como limitadas e, deste modo, eram perseguidas pelos poderes públicos que se colocavam a favor de uma cultura europeia e oficial.

O texto de Abreu e Gomes (2009), não constitui uma apologia a *Primeira República*, embora reconheça seus problemas e limitações, este apenas nos alerta sobre a necessidade de problematizar o período em questão, com o intuito de freiar a reprodução dos estigmas criados pelos intelectuais do Estado Novo, e assim podermos fugir das imagens projetadas pelo pensamento historiográfico varguista. Por isso, o uso do termo *Primeira República* em substituição ao tradicional *República Velha*, neste trabalho, fundamenta-se pela perspectiva de abordar novos problemas inerentes ao período e que foram silenciados pela historiografia tradicional, como também, percorrer novos caminhos que possibilitem múltiplas interpretações do período. Neste sentido, a pesquisa lança seu olhar sobre as instituições de saúde e de higiene desenvolvidas na Paraíba durante a *Primeira República*, com intenção de perceber a dinâmica política do período em suas múltiplas relações com os aspectos diversos da vida humana, a exemplo da saúde e da higiene. Assim, temos o intuito de compreender as tramas e os interesses que envolveram o início da atuação do poder público no âmbito da saúde e da higiene, como também, observarmos como o processo de institucionalização dos

serviços públicos no referido âmbito repercutiu na expansão da autoridade pública no meio social.

Escrever sobre Higiene e Saúde pública na Paraíba, entre os anos de 1889 a 1930, foi um desejo que surgiu quando cursava, como aluna especial, a disciplina “Medicalização social, identidades e controle do corpo,” componente curricular do PPGH-UFCG.<sup>1</sup> Diante das discussões sobre os projetos de medicalização e higienização, me senti instigada a problematizar sobre o referido tema. Além disso, durante a pesquisa para a elaboração da dissertação “Dispensando o feioso: a construção da higiene estética de Campina Grande (1930-1960)”<sup>2</sup>, realizei leituras de vários textos que tratavam da temática da saúde e da higiene, tanto em Campina Grande, como também no âmbito estadual. Contudo, durante a pesquisa do mestrado, algumas questões ficaram sem respostas, tais como: as tramas políticas presentes nas ações de saúde e higiene pública em nível nacional repercutiram no universo das políticas públicas de saúde na Paraíba? As primeiras políticas de saúde e de higiene implementadas na Paraíba constituíram mecanismos de expansão da autoridade pública estadual? Além desses questionamentos, senti a necessidade de ampliar a discussão para o nível estadual, uma vez que a pesquisa do mestrado sobre o tema abordou mais o espaço urbano de Campina Grande.

Tendo em vista as problemáticas apresentadas acima, a nossa pesquisa fundamenta-se em torno do seguinte eixo argumentativo: A estreita relação entre as políticas de saúde e de higiene desenvolvidas pelas instituições públicas e a expansão da autoridade pública estatal na sociedade paraibana. Nesta perspectiva, abordamos em nosso estudo as políticas de saúde e de higiene desenvolvidas pelas instituições públicas em suas interfaces com a ciência, o poder e os conflitos sociais.

O tema da saúde então é tomado como objeto de estudo da história a partir das contribuições teóricas e metodológicas dos *Annales* para o campo historiográfico, especialmente a sua terceira geração, que se trata da década de 1960. Assim, temas considerados marginais como o imaginário, bruxaria, amor, corpo, sexualidade, doença, saúde e morte, passaram a ter relevância na produção historiográfica. Até a emergência dos paradigmas dos *Annales* em 1929, a perspectiva positivista ou marxista<sup>3</sup> prevalecia nas

---

<sup>1</sup> Essa disciplina, pertencente à grade curricular do Programa de Pós graduação em História da Universidade Federal de Campina Grande, fora ministrada pelo Prof. Dr. Iranilson Buriti de Oliveira.

<sup>2</sup> Dissertação de mestrado apresentada ao PPGH-UFCG em abril de 2010, sob a orientação do Prof. Dr. Iranilson Buriti de Oliveira.

<sup>3</sup> Modelo positivista, o objetivo da escrita do historiador era revelar a “verdade dos fatos” e No caso da escrita mostrar como alguns “grandes homens” tomaram para si os rumos da história. Já a produção marxista tinha a intenção de explicar como os sistemas econômicos eram formas de explorar o trabalhador.

produções historiográficas. O tema doença, saúde e cura quando aparecia nesta historiografia, era, em geral, escrito por médicos, e não por historiadores, com o objetivo de descrever a história da “evolução” dos procedimentos de cura utilizados pela medicina científica e da institucionalização dos serviços públicos de assistência à saúde, como visualizamos nos seguintes autores que trabalham com a questão da saúde na Paraíba, Medeiros (1911), Castro (1945), Nóbrega (1979).

No contexto da história da saúde pública, destacam-se os trabalhos produzidos por médicos historiadores, dentre os quais podemos citar o livro *Uma história da saúde pública*, de George Rosen<sup>4</sup>. Encontramos nessa obra uma matriz inovadora, pois nos deparamos com uma produção sobre a saúde que não a enxerga apenas sob uma perspectiva biológica, mas também condicionada por questões políticas e econômicas da sociedade. Contudo, tal obra é marcada por uma visão que celebrava o progresso da ciência e o papel dos médicos.

Já a nível de Brasil, os trabalhos de Roberto Machado, com a *Danação da Norma*, 1978, e Jurandir Freire Costa, com *Ordem médica e norma familiar*, 1979, constituem exemplos de trabalhos pioneiros sobre a história da saúde realizados no país. Ambas as produções foram influenciadas pelos estudos de Michel Foucault. Machado (1978) analisa a intervenção do discurso médico sobre os indivíduos. Já Jurandir Costa (1979), analisou as tentativas de disciplinarização das famílias no ambiente público e privado por meio de normas higiênicas.

A partir dos anos de 1980 outras produções foram surgindo, contudo, não mais embasadas nos estudos de Foucault, mas, sobretudo, fundamentadas nos pressupostos teóricos e metodológicos da História Social, como verificamos nos trabalhos de Cláudio Bertolli Filho e Sidney Chalhoub. Cláudio Bertolli Filho em *Epidemia e sociedade: a gripe espanhola em São Paulo, 1918*,<sup>5</sup> produziu um trabalho de história social tomando como objeto de investigação uma doença e seu impacto sobre a sociedade. Além desta obra, o referido autor escreveu em 1993, a *História social da tuberculose e do tuberculoso*<sup>6</sup> em que analisou as representações sobre a tuberculose mais recorrentes na primeira metade do século XX, bem como deu voz aos doentes utilizando como fontes de pesquisa depoimentos e diários de tuberculosos. Sidney Chalhoub, em “Cidade Febril, 1996”, produziu uma análise do cortiço

---

<sup>4</sup> ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. 3ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2006.

<sup>5</sup> Dissertação de Mestrado, UFF, apresentada em 1986, e posteriormente publicada com a seguinte referência. BERTOLLI FILHO, Cláudio. **A gripe espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

<sup>6</sup> Tese de Doutorado USP, 1993, e posteriormente publicada com a seguinte referência. BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

sob o ponto de vista da ciência higienista e da influencia desta ciência sobre o Estado no que se refere à proibição de cortiços pela cidade. Deste modo, Chalhoub procurou compreender como se instituiu no Brasil a ideologia da higiene que legitimou a destruição de diversos cortiços.<sup>7</sup>

Os trabalhos de Bertolli (2001; 2003) e Chalhoub (1996), tiveram como suporte teórico a História Social Inglesa, pois abordavam como as tensões provocadas pelo choque entre as classes ricas e pobres se refletiam na produção dessas narrativas sobre a saúde no Brasil. Os autores elucidaram conceitos como “medicina científica” praticada por classes ricas em oposição à “medicina popular” praticada por classes populares.

Já com relação às produções mais recentes, observamos que, muitas delas, têm adotado os pressupostos teóricos da História Cultural Francesa com o intuito de superar a dicotomia científico/popular por meio da utilização do conceito “artes de fazer” de Michel Certeau<sup>8</sup> para narrar às artes de curar no Brasil, assim como identificamos no trabalho de Carlos Miranda *Artes de curar nos tempos da colônia* (2004), em que o autor analisa as práticas de cura desenvolvidas pelos Tupinambás no Brasil colônia até as práticas científicas do século XIX.

Convém salientar que o termo “artes de curar” tem sido utilizado tanto pelos historiadores da História Cultural, como pelos da História Social, como visualizamos em “Artes e ofícios de curar no Brasil”<sup>9</sup>, coletânea organizada por Sidney Chalhoub (2003), em que podemos observar a existência de capítulos sobre a história social da medicina no Brasil.

Hochman e Armus (2004), analisaram a recente produção historiográfica sobre saúde e doença no âmbito da América Latina e Caribe, e destacaram que essa produção historiográfica, fruto da renovação da historiografia, pode ser organizada em três estilos narrativos distintos: uma história biomédica, uma história da saúde pública e uma história sociocultural da doença.<sup>10</sup> Com base no trabalho de Hochman e Arnus (2004), compreendemos a importância da análise da doença e da saúde para se abordar

---

<sup>7</sup> No artigo “Ruídos, marcas e caminhos na escrita da cidade moderna: apontamentos de um balanço historiográfico”, Buriti, Araújo & Martins (2009) analisa a produção de Sidney Chalhoub sobre as práticas de sanitização da cidade do Rio de Janeiro, demonstrando as relações de conflitos que permearam tais práticas.

<sup>8</sup> O conceito “Artes de fazer” de Michel Certeau define como os procedimentos inventivos dos homens ordinários na burla às estratégias disciplinares impostas pelas classes dominantes, Ver: CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano**: artes de fazer. 10<sup>o</sup> ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

<sup>9</sup> CHALHOUB, Sidney et. al. *Artes e ofícios de curar no Brasil*. Campinas-SP, Unicamp, 2003. Nesta obra analisa-se a trajetória dos agentes de cura e a multiplicidades de seus saberes sobre a cura.

<sup>10</sup> Para Diego Armus e Gilberto Hochman (2004), a história biomédica se propõe a compreender as tensões entre a história natural da doença e algumas dimensões de seu impacto social e as relações entre natureza e sociedade. Aborda o saber médico, a produção do conhecimento científico, as possibilidades de fazer ciência, instituições, e

O papel do Estado na produção do bem-estar da população, os padrões de políticas públicas em diferentes ordenamentos constitucionais e políticos, a constituição de movimentos e ideologias nacionalistas, os processos de construção da autoridade pública, de centralização, burocratização e profissionalização, os possíveis arranjos institucionais das ciências, o papel dos intelectuais e do conhecimento científico e a dinâmica das relações raciais. O desafio da construção de uma identidade nacional (HOCHMAN & ARMUS, 2004, p.19).

A nível de Paraíba, alguns médicos e enfermeiros escreveram sobre saúde, medicina e higiene, a exemplo da tese *Paraíba: uma cidade entre miasmas e micróbios: O serviço de higiene pública: 1895-1918*, de Lenilde Duarte Sá (1999), que se trata de uma enfermeira que nos mostra através de seu trabalho os primeiros tempos do Serviço de Higiene Pública da Paraíba, fazendo uma relação com os condicionamentos políticos da chamada República Velha. Além disso, esta analisa como as estratégias do Estado pretenderam disciplinar e medicalizar as pessoas na construção de uma cidade moderna que, nesse ínterim, vivia entre as concepções miasmáticas (pré-pasteurianas) e microbiológicas (pasteurianas).

Com relação aos médicos que trabalharam o tema, destacamos os trabalhos de Oscar de Castro e Humberto Nóbrega. Oscar de Castro em *Medicina na Paraíba* (1945) relata as atividades médicas, as políticas de saúde, as práticas de cura e a atuação dos seguintes agentes de cura: médicos, enfermeiros, parteiras e curandeiros na Paraíba, desde o início do século XIX até a década de 40 do século XX. Já Humberto Nóbrega em *Raízes das ciências da saúde na Paraíba* (1979), numa perspectiva evolucionista, pontua os caminhos das ciências na Paraíba, desde os primeiros anos da colonização da Paraíba até os anos 60 do século XX.

No que se refere à historiografia paraibana, encontramos alguns historiadores que trabalham com o tema da saúde, doença e higiene, dentre os quais destacamos: o trabalho de Alarcon Agra do Ó, *Relatos de males* (2003), o qual procurou mostrar as formas de adoecer, as ideias de como se curar e as relações entre medicina científica, saberes populares e o Estado Imperial. O artigo do historiador Iranilson Buriti em *Fora da higiene não há salvação* (2003), o qual enfatizou a forma como compreendemos o corpo se relaciona com as vivências cotidianas, sejam familiares, religiosas e/ ou sociais, pois são inúmeras as representações que

---

o lugar social dos cientistas. A história da saúde pública focaliza o poder, o Estado, as instituições e os profissionais de saúde, o impacto das intervenções sanitárias nas tendências das taxas de morbidade e mortalidade e as respostas públicas e sociais à chamada transição epidemiológica. A história sociocultural da doença, com forte influência da antropologia e dos estudos culturais, investiga os processos de profissionalização e burocratização as relações entre medicina, conhecimento e poder, as diensões culturais e sociais da doença em sentido amplo, suas representações e metáforas sócias.

se tem sobre o indivíduo, entendimento esse, que nos é dado não só por experiências domésticas, mas e, principalmente, por instituições públicas como o Estado e a Medicina. O trabalho de Giscard Agra em *A urbs doente medicada* (2006), que procurou mostrar como o discurso médico e higienista pretendeu modernizar a cidade de Campina Grande através de práticas de cura de doenças e medidas higiênicas. A dissertação de mestrado de Azemar Santos Soares Jr., *Corpos Hígidos: o limpo e o sujo na Paraíba (1912-1924)*,(2011), que analisou os aspectos da trajetória histórica das práticas de higiene corporal e higienização das cidades no período.

Então, diante das muitas produções historiográficas sobre o tema em nível de Brasil e da Paraíba, o nosso estudo busca lançar uma nova abordagem sobre o tema, focalizando os processos de construção dos serviços de saúde e de higiene em suas relações com a expansão da autoridade estatal, com a ciência e com os conflitos sociais. A nossa pesquisa sobre higiene e saúde pública na Paraíba (1889-1930) inicia-se com uma análise das doenças e epidemias que permearam o espaço paraibano entre os anos de 1856 e 1889. As sensibilidades, as repercussões sociais e culturais das doenças, os meios de prevenção e as práticas de higiene e higienização tratam-se de fatores importantes para o entendimento dos primeiros passos da atuação do Estado na promoção de práticas de saúde e higienização na Paraíba.

A história das doenças e das epidemias tem sido objeto de discussão de diferentes áreas do conhecimento. No âmbito da historiografia, produções de diversas correntes teóricas e metodológicas têm abordado recentemente a temática motivadas pela concepção de que as doenças e epidemias são eventos que interferem diretamente na organização social e política da sociedade, em suma, constituem a “metáfora do que pode haver de pior em termos de calamidades e males coletivos” (SONTAG, 2007, p. 112). Em sua manifestação coletiva, as epidemias desequilibram a ordem social, modificam a estrutura mental e as sensibilidades dos grupos humanos em relação a si mesmo e ao mundo, pois, “enquanto evento que atinge grupos de indivíduos, alterando o seu modo de vida” - e singular - “na medida em que é uma ocorrência única na unidade de tempo e espaço em que se manifesta” (DINIZ, 1997, p. 180).

Na Paraíba, as doenças e epidemias causaram muitas dores e sofrimentos aos homens e mulheres da sociedade paraibana. Esta situação que marcou o final do século XIX e o início do século nos auxilia à compreensão das múltiplas formas de atuação dos poderes públicos para minimizar os efeitos trágicos decorrentes da incidência de tais males. Diante disso, alguns questionamentos tornam-se pertinentes: Como se comportaram os agentes públicos

diante das catástrofes causadas pelas doenças e epidemias? As primeiras medidas adotadas pelos governantes no campo da saúde e da higiene no início do século XX repercutiram na expansão institucional do Estado paraibano na sociedade?

Na Paraíba, foram verificados a incidência de diversos surtos epidêmicos e endêmicos, a exemplo da febre amarela, varíola, cólera-morbo, tétano, disenterias, febres diversas dentre outras que causaram efeitos trágicos para a ordem social e política. Podemos observar reflexos destes surtos na ocorrência da inflação (aumento dos preços dos produtos), na fome generalizada, na falta de assistência médica e hospitalar, na difusão das doenças, na diminuição da expectativa de vida das pessoas e na crise da mão-de-obra (trabalhadores doentes e improdutivos). Todo esse contexto de crise social, econômico e político, somado a atuação coletiva e individual de grupos populares que lutaram por melhores condições de acesso aos serviços de saúde e higiene, através da reivindicação por atuação mais forte e eficiente do Estado neste setor, fundamentou o início da atuação do Estado nessa área.

Essas mobilizações sociais lideradas principalmente por médicos e intelectuais foram frutos da ausência dos poderes públicos no âmbito da saúde e da higiene, principalmente se atentarmos para o fato de que desde o período colonial não existiam políticas públicas direcionadas à saúde, apenas foram criados “os cargos de físico-mor e cirurgião-mor pelo Conselho Ultramarino no século XVI, com a função de zelar pela saúde da população sob o domínio lusitano, no entanto, poucos médicos e cirurgiões aceitaram ocupar tais cargos” (BERTOLLI FILHO, 2008, p.5 e 6).

Já nos tempos do Império, as políticas de saúde eram restritas a dotação orçamentária imperial denominada “Soccoros Públicos”, destinada à atender as necessidades das populações atingidas por epidemias ou catástrofes naturais. Somados a esta, existiam alguns órgãos voltados para a prevenção de doenças e epidemias, a exemplo das Inspetorias de Saúde dos Portos e das inspetorias de higiene.

As Inspetorias de Saúde dos Portos eram encarregadas de fiscalizar as embarcações suspeitas de transportarem enfermos de doenças contagiosas. Já as inspetorias de higiene, sediadas nas capitais das províncias, constituíam filiais da Junta de Higiene Pública localizada no Rio de Janeiro, eram responsáveis pela fiscalização das condições de higiene através da elaboração de relatórios referentes às condições sanitárias da capital da província e da vacinação contra a varíola. Além destas políticas de saúde e de higiene do governo imperial, a nível dos municípios, as Câmaras Municipais cumpriam as atribuições de zelar pelo saneamento das cidades em termos de legislação, práticas de higiene urbana e aplicação de

multas para os infratores das leis sanitárias. No que refere à assistência médico-hospitalar, existiam em todo o território nacional os hospitais da Santa Casa de Misericórdia, localizados principalmente nas capitais das províncias ou em grandes centros urbanos, estes eram responsáveis pelo atendimento gratuito ou particular da população.

Com a Proclamação da República, aos poucos, de acordo com Bertolli Filho, “as antigas juntas e inspetorias de higiene provinciais foram substituídas pelos serviços sanitários estaduais” (BERTOLLI FILHO, 2008, p.13). Estes serviços sanitários estaduais tinham como função a fiscalização dos habitantes das cidades, a vacinação contra a varíola, a destruição dos focos de mosquitos de doenças, a drenagem dos pântanos, a divulgação das regras básicas de higiene, a produção de boletins de estatística sanitária e o isolamento de vítimas de doenças contagiosas. Em geral, vistos como deficientes e insuficientes para atender as necessidades da população, esses serviços logo foram alvos de críticas por parte da população e das autoridades médicas, principalmente em sua fase inicial. Assim, observamos que, na Paraíba, o serviço de Higiene Pública criado em 1911, pelo Decreto n. 494 de 08 de junho do mesmo ano, mostrou-se demasiadamente centralizado na capital do estado, além disso, sua atuação mostrou-se precária nos momentos de epidemias, o que desencadeou uma série de críticas por parte dos médicos, imprensa local e a população em geral.

Mediante o atraso da saúde e da higiene pública no Brasil, ocorreu nos anos de 1916 a 1920 o movimento pelo saneamento do interior do país, que proclamou a doença como principal obstáculo ao desenvolvimento do Brasil e caracterizou a população do interior como doente e preguiçosa, de modo que, o saneamento do interior seria uma forma de regenerar o povo doente. Atendendo as demandas colocadas pelo movimento sanitarista brasileiro, o governo federal publicou o decreto n. 13.358 de 9 de abril de 1919 que criava o Serviço de Profilaxia Rural, constituindo uma intervenção federal nos estados em termos de saúde e higiene. Esta instituição teve seus serviços ampliados e consolidados com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que deu início a ações mais abrangentes contra as doenças endêmicas no interior do país.

O DNSP financiou na Paraíba a criação da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba (CSPRP) em 1921, que contou com a participação financeira do estado, do governo federal e da Fundação Rockefeller. A criação da CSPRP sinaliza para a questão de sanear o interior do estado e nos incita a problematizar os discursos de médicos -higienistas que qualificavam o povo do interior como doente. A leitura do texto *Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República* (2004) de autoria de Luiz Antonio de C. Santos, fez-

se indispensável para o entendimento atuação da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba (CSPRP), pois nos esclarece alguns pontos referentes as relações de poder no contexto da saúde no período da República Velha, a atuação das oligarquias estaduais no processo de construção dos serviços sanitários e a relação desses serviços com os processos de crescimento dos aparelhos de Estado e a ideologia nacionalista do período, assim como as discussões apresentadas por Gilberto Hochman (2012) em *A era do saneamento* fundamentam a análise das políticas de saúde pública na Primeira República em suas relações com a expansão da autoridade estatal verificada no crescimento dos aparatos públicos mediante a criação de instituições de saúde e de higiene, corpo de funcionários, prescrições legais, regularidade e amplitude dos serviços.

Nesse contexto, as formas de atuação da CSPRP<sup>11</sup> possibilitam levantar algumas questões: a) As ações de saúde e de higiene passam a ter regularidade e são mais distribuídas pelo interior do estado; b) Novas formas e tecnologias de cura são introduzidas, a exemplo da cultura do exame e da intervenção cirúrgica; c) A preocupação com doenças específicas através da criação de vários órgãos especializados no tratamento da lepra, sífilis e tuberculose; d) O campanhismo e o aparato policial são aspectos que caracterizam a saúde e a higiene pública, contribuindo para a existência de conflitos e tensões no universo social.

Em nossa pesquisa, o estudo da atuação da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba (CSPRP) baseia-se na percepção de que a saúde pública constituiu um espaço utilizado pelos coronéis para implantar a política clientelística e beneficiar os amigos com cargos ou fornecedores de produtos, instaurando relações de poder e conflitos no âmbito da saúde. Assim, os trabalhos de Lewin (1993), Gurjão (1994) e Sá (1999) constituem referências para a análise da configuração política da Paraíba no período republicano, por estudar a formação e a organização das várias oligarquias que se revezaram no poder e que interferiram na organização e no funcionamento dos serviços sanitários do Serviço de Higiene Pública e nos postos rurais da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba. Neste sentido, política, saúde e higiene estavam intimamente ligados na Primeira República, uma vez que os funcionários das instituições de saúde e de higiene eram selecionados não pelo critério da meritocracia mas pela relação de proximidade com os chefes políticos das oligarquias dominantes.

Além dos aspectos políticos, as políticas de saúde e higiene desenvolvidas pelas instituições públicas na Paraíba estiveram relacionadas com as teorias da eugenia, que tinha

---

<sup>11</sup> Saneamento e Prophylaxia na Parahyba. Revista **Era Nova** Edição especial do centenário da Independência do Brasil-1822-1922. Ano II. N. 23, Ano 1922.

como princípio o aperfeiçoamento da raça, principalmente a eugenia positiva, que articulada com os discursos médicos e higienistas enfatizavam a necessidade de curar os males do Brasil mediante a adoção de medidas saneadoras. De acordo com os parâmetros da eugenia positiva, os preceitos eugênicos destacavam que era preciso prevenir a sífilis, a tuberculose e o alcoolismo, fatores considerados ‘degenerativos’ que contribuíam para o empobrecimento, a miséria e a loucura. A regeneração do Jeca Tatu constituía o exemplo mais evidente da estreita relação entre sanitarismo e eugenia, o sanitarismo seria o caminho a seguir para a concretização do principal objetivo da ciência eugênica: a regeneração da raça, como sintetiza Renato Kehl em seu livro *Eugenia e medicina social* de 1923, “instruir é eugenizar, sanear é eugenizar”.

Dessa forma, a eugenia e o sanitarismo constituíram uma das bases ideológicas das políticas de saúde e de higiene na Primeira República, embasadas no discurso nacionalista de construção de uma nação próspera, saudável e moderna. Sendo assim, os autores Santos (1985), Lima & Hochman (1996), Oliveira (2003), Stepan (2004) e Diwan (2007) constituem referências teóricas imprescindíveis para a discussão dessa temática devido às contribuições que oferecem ao debate sobre nacionalismo, eugenia e campanha pelo saneamento do Brasil na Primeira República.

A saúde e a higiene no final do século XIX e início do século XX estavam intrinsecamente relacionadas à perspectiva da modernização, do progresso e da civilização, uma vez que, os elementos significativos da modernidade, advindos dos desdobramentos da II Revolução Industrial, dentre eles: automóvel, telefone, sistema de esgotos, sistema de abastecimento da água, sistema de iluminação pública, entre outros, constituem também equipamentos de higiene que caracterizam o ser moderno. Assim destaca o historiador Gervásio Aranha:

Essas conquistas materiais se instituem por toda parte como símbolos modernos de valor universal, significando com isto, que qualquer contato com um ou outro desses símbolos, independentemente do porte da cidade que realiza a conquista que esta cidade passa a ser moderna ou cidade em sintonia com o mundo civilizado (ARANHA, 2003, p.80).

A presença dos símbolos de modernidade e os discursos de modernidade que circularam no ambiente urbano nos fazem questionar: o que significa ser moderno? Por que nos definimos como moderno ou qualificamos algo como moderno? Segundo Oliveira (2002, p,22), “ser moderno envolve uma serie de compreensões, de dilemas, de confrontos com o

dito tradicional, desde a possível perda das raízes culturais e do passado histórico, até a aceitação de que é indispensável superar o atraso histórico”. Deste modo, podemos observar que o conceito de moderno adquire uma dimensão seletiva, a opção pelo “novo” e a rejeição do “antigo” constitui a marca fundamental deste conceito que caracteriza-se por:

O sujeito dito moderno é construído num contexto de louvação a modernidade, vista e dita como o desejo de emancipação do obscurantismo, dos preconceitos, tecendo uma rede maior de liberdade, de individualização cada vez mais crescente. Era entendida, ainda, como um território envolvido pela valorização do capital e do progresso, pela busca incessante do novo e pelo impulso de esquecer o passado, de sociabilizar-se com as normas atuais rompendo com as antigas, criando aversão a quase tudo que estivesse relacionado com o rural, o atrasado, o anti-higiénico e anti-científico. Elaborado a partir da lógica da identidade, o discurso moderno criou figuras do outro, calcado na sua negatividade: o tradicional como o inimigo mortal do (ser) atual (OLIVEIRA, 2002, p.23).

No cenário da modernidade, o sujeito que se define como moderno elabora sua própria marca identitária, baseada nos valores da beleza, do novo, da higiene, da saúde, do capital e do progresso. A valorização do discurso moderno no âmbito da cidade estimula-nos a problematizar o conceito de modernidade e modernização, os quais mantêm uma relação de dependência e de reciprocidade, pois “a modernidade necessita do processo de modernização, da requisição de mudanças na economia, de maiores avanços tecnológicos alimentados pelas produções capitalistas” (OLIVEIRA, 2002, p.24). A cidade, enquanto palco da modernidade produz sensibilidades, valores, projetos e tempos modernos, que a definem como índice simbólico do moderno. Sobre o conceito de modernização, Roberts explica que:

Sinônimo de desenvolvimento, melhoramento. Pode ser definido como processo de mudanças sociais que envolvem o progresso econômico, racionalidade na formação política partidária, desenvolvimento tecnológico, alterações nos padrões sociais como urbanização, mobilidades social e geográfica, formação de agrupamentos secundários, progresso educacional..., possibilitando o reordenamento de valores e de instituições tradicionais, no sentido de instaurar sistemas econômicos e instituições políticas modernas (ROBERTS, 1973, p.19).

Percebe-se que o conceito de modernização é amplo e está concatenado às esferas sociais, políticas, econômicas e culturais. Neste sentido, o modelo de higienização das cidades defendido pelas autoridades relacionava-se também com os princípios de modernidade, progresso e civilização, identificados na construção da rede de abastecimento de água, na

pavimentação e limpeza das ruas e na inspeção de edifícios e gêneros alimentícios que constituíam símbolos da modernidade e que eram defendidos pelos médicos e sanitaristas do século XIX.

A disciplina histórica sofreu mudanças nas primeiras décadas do século XX. Em 1929, Marc Bloch e Lucien Febvre lançam o projeto *Annales*, no qual, segundo Reis (2004, p.63), a renovação da história pode ser compreendida pelo programa:

Interdisciplinaridade, mudança dos objetos da pesquisa, que passavam a ser as estruturas econômica-social-mental, a mudança no conceito de fonte histórica e, sobretudo, embasando a todas as propostas anteriores, a mudança do conceito de tempo histórico, que agora consiste, fundamentalmente, na superação estrutural do evento.

A continuidade desse esforço levou os historiadores, décadas depois, a considerarem também as ações dos homens e mulheres comuns a partir de seus valores, de sua cultura, de sua visão de mundo, enfim, do seu universo mental, como legítimos objetos da história. Nos últimos anos, a história social passou por mudanças vindas a partir do interesse do historiador pela cultura. Assim, historiadores como E. P. Thompson passaram a se interessar por aquilo que chamava de mediações culturais ou morais, considerando que “a experiência de classe é a forma como essas experiências são tratadas em termos culturais: encarnadas em tradições, sistemas de valores, ideias e formas institucionais” (THOMPSON, 1987, p.10).

A nossa análise está fundamentada nas considerações da História Social em que a História da Saúde se coloca como ramo da História Social, espaço útil para se refletir sobre a continuidade e/ou ruptura das relações entre poder, as atitudes médicas vinculadas à população em geral e as implicações íntimas, constantes na prática da ética política. A partir do pressuposto teórico da história social, analisaremos as repercussões da ciência no âmbito da sociedade paraibana, observando que, “como outras formas de produção e representação simbólica, os produtos intelectuais da ciência constituem um sistema de crenças socialmente produzido e sustentado” (KROPF, 2006, p.8).

A percepção do político introduzida pela nova história política adquire contornos mais amplos com fronteiras fluídas e móveis; a ideia é a de que “as relações de poder são intrínsecas às relações sociais” (GOMES, 2005, p.31). Segundo Rémond, o político se estabelece como “uma modalidade da prática social, estabelecendo relações com os demais aspectos da vida coletiva” (RÉMOND, 2003, p.35). O diálogo com a obra de René Rémond justifica-se pela explicação que ele nos fornece sobre a importância dada à figura estatal nas sociedades modernas:

À medida que os poderes públicos eram levados a legislar, regulamentar, subvencionar, controlar a produção, a construção de moradias, a assistência social, a saúde pública, a difusão da cultura, esses setores passaram, uns após os outros, para os domínios da história política. (RÉMOND, 2003, p.24).

Ao administrar aspectos importantes da vida social, o Estado representou um dos fatores que possibilitou pensar a história política ligada ao todo social. Pretendemos, a partir da nova história política, problematizar a ideia de *teatralização do poder* para compreendermos o jogo de encenação produzido pelas autoridades desse âmbito no uso dessas políticas públicas como meio de fazer propaganda política de sua administração. *Teatralização do poder* seria, segundo Aranha:

A hipótese do Estado espetáculo ou da teatralização política é válida porque pode ser testada em inúmeras experiências sociais pelo mundo afora, servindo como referência para a caracterização da vida política em diferentes sociedades, mesmo distantes no tempo e no espaço, inclusive atuais. Entretanto, na condição de historiador, não poderia deixar de chamar a atenção para o fato de que essa hipótese só tem alguma validade se foram respeitadas as devidas condições da cultura, tempo e lugar, sem dúvida o mandamento número um dos profissionais da história (ARANHA, 2001, p. 43).

O entendimento desses conceitos permite compreender os usos das práticas de saúde e higiene como parte do jogo de encenação dos governantes para se perpetuarem no poder através da representação simbólica que essas políticas públicas adquiriam no universo social, pois tendiam a serem vistas pela população como elemento de generosidade do governante. Contudo, destacaremos que a implantação dos serviços de saúde não foi resultado da “bondade” dos grupos políticos, mas resultou também dos interesses políticos e econômicos destes e da própria reivindicação da sociedade pelo acesso aos serviços de saúde.

A ampliação do conceito de fonte histórica, ocorrida desde a Primeira Geração dos Annales, tornou-se possível devido à utilização de fontes variadas no âmbito da pesquisa histórica. As fontes, compreendidas como formas de apreciação do passado devem ser entendidas como leituras e falas interessadas, ou seja, produtos discursivos engendrados pelo lugar institucional, social, momento histórico e percepção de mundo de quem as produzem. Deste modo, devemos “questionar as fontes, entendê-las como filtros do passado que nos permitem perceber alguns vestígios do tempo que se passou” (PESAVENTO, 2003, p.72). Crônicas; cartas, telegramas, relatórios, textos de jornal e revista; leis; decretos; projetos de leis e atas de sessões constituem o universo discursivo produzido por cronistas, jornalistas,

médicos, sanitaristas, comerciantes e políticos que projetaram diversos significados sobre a Paraíba do final do século XIX e início do século XX em termos de saúde, higiene, doenças, epidemias e práticas de cura. É possível perceber nesses discursos as subjetividades, as intencionalidades e as perspectivas de mundo de seus produtores. Sendo assim, podemos observar que, leituras e falas interessadas expressavam ideais de saúde, higiene, modernidade e beleza que nem sempre correspondia a realidade local.

No que diz respeito às fontes históricas, optamos por fazer um cruzamento das mesmas utilizando documentações oficiais, como legislação, discursos, jornais e iconografias. Os jornais “A União”, “Órgão oficial” e “A Imprensa”, ligados à Igreja Católica, faziam cobertura das políticas públicas de saúde implementadas pelo governo estadual, trazendo atos administrativos, programações, iconografias e discursos que possibilitaram o estudo da simbologia e das práticas políticas contidas nas ações de saúde desenvolvidas por instituições de saúde do Governo Estadual.

Já em fontes não oficiais, não comprometidas diretamente com os dispositivos do poder oficial, que, no entanto, foram comprometidas com os grupos políticos locais, como cartas, crônicas, telegramas e fotografias, podemos compreender a recepção que as classes populares faziam dessas festas, organizadas pelo governo estadual por ocasião da inauguração de uma instituição de saúde e da atuação das instituições de saúde e de higiene na sociedade.

Sendo assim, procuramos construir o nosso objeto de pesquisa por meio de narrativa verossímil, ou seja, como algo que é construído pelos grupos humanos com interesses específicos, deste modo, essas fontes devem ser vistas como algo que nos aproxima da realidade e não como um retrato fiel do passado. A ideia não é esperar que as fontes nos digam algo sobre o passado, mas questioná-las pelo que enunciam e, principalmente pelo que omitem, para podermos então problematizar os elementos externos que repercutem numa produção interessada.

No trabalho de composição da narrativa histórica, deparamos-nos com alguns desafios, pois precisamos interpretar não o que está explícito, mas o que se esconde por trás de falas interessadas; temos que ir além dos documentos; procurar em meio a um universo tão fragmentado os traços e as pistas que possibilitam atribuir significados aos indícios da realidade, deste modo, tendo a possibilidade de problematizar o passado com as inquietações do presente.

Com base nas considerações feitas por Thompson (1981), entendemos que o historiador constrói uma lógica histórica ao elaborar perguntas adequadas à interrogação das

evidências. Nesse ínterim, o diálogo entre conceito e evidências deve ser uma constante durante o procedimento da pesquisa histórica. De acordo com as formulações de Thompson, o conhecimento histórico é “incompleto”, “seletivo”, “limitado” e definido pelas perguntas feitas à “evidência” propostas pelo historiador. Os registros humanos de determinadas épocas serão considerados fontes históricas a partir das questões levantadas pelo historiador, sendo importante, para isso, a compreensão dos significados de conteúdos presentes nas fontes dos contextos históricos e dos valores e mentalidades da época, deste modo, poderemos então construir a nossa narrativa.

Em nosso estudo, utilizamos a fotografia com intuito de problematizar os aspectos da *teatralização do poder*, no caso, os jogos de encenação produzidos pelas autoridades públicas nos diferentes tipos de mídia para fazer propaganda política de sua administração (ARANHA, 2001). Além deste, problematizaremos o conceito de *espetacularização do poder*, ou seja, a ideia da transformação do Estado em espetáculo, atentando para o fato de que, a produção de imagens (fotografias) pelos atores políticos com vistas à propaganda política de sua administração sempre foi uma estratégia utilizada pelos atores políticos em suas batalhas pelos votos e, conseqüentemente, pelo poder. (BALANDIER, 1982).

Desta forma, a nossa pesquisa analisa as ações realizadas pelos atores políticos no poder através da produção de imagens (fotografias) por ocasião de inaugurações de novos serviços públicos de saúde ou de higiene que possuem o intuito de fazer propaganda de seus governos tendo em vista a perpetuação do grupo político no poder. O trabalho de análise das fotografias baseia-se numa postura metodológica de investigação dos indícios que, porventura, esta possa nos oferecer. Problematizar a imagem faz parte do ofício do historiador, mas, afinal, o que pode ser ‘dito ou não dito’ através das imagens?

A pertinência do uso da fotografia como fonte de investigação histórica se coloca porque a “fotografia não expressaria nem neutralidade nem tampouco a produção realista e objetiva das coisas do mundo, mas, é ela própria o resultado de condicionantes históricos interessados em construir uma realidade idealizada para atender a demandas bem objetivas de grupos no poder” (CABRAL FILHO, 2007, p.14). Desta forma, podemos observar que a produção da fotografia remete a intencionalidade dos grupos dominantes em manter-se no poder através da propaganda imagética de seu governo e de seus atos e elementos simbólicos, ou seja, uma propaganda ritualizada, marcada por símbolos e gestos. Vemos então o poder que não se estabelece unicamente pela força, mas que “se realiza e se conserva pela

transposição de imagens, pela manipulação de símbolos e sua organização em um quadro cerimonial” (BALANDIER, 1982, p.7).

Atualmente, observamos que novas abordagens têm sido incorporadas ao domínio da história e, isso ocorreu devido à “emergência da história cultural francesa e da história social inglesa que enfatizam a multiplicidade de objetos da investigação histórica a exemplo das festas, mitos, doenças, sensibilidades, aspectos do cotidiano etc” (PINSK, 2005, p. 133). Deste modo, a interdisciplinaridade tem sido muito presente nas produções historiográficas, o que torna relevante a produção desta narrativa histórica por construir-se a partir do diálogo com outros campos do saber como: medicina, higienismo, sanitarismo, ciência e urbanismo.

Assim, problematizar temáticas como a saúde e a higiene na Paraíba significa lançar mais um olhar sobre os modos de adoecer, as práticas de cura, as repercussões da ciência na sociedade, a dinâmica do poder e dos conflitos sociais. Esta produção histórica se relaciona com a emergência de uma nova forma de questionar a história, introduzida pela Escola dos Annales que inaugurou a História-Problema. Nesse sentido, temos “uma narrativa que toma como objeto de estudo, temas considerados marginais como a bruxaria, higienismo, sanitarismo, medo, morte, doença etc, o que se dá principalmente com a Terceira Geração dos Annales” (BITTENCOURT, 2005, p.19). As mudanças conceituais, teóricas e metodológicas trazidas atualmente pela História Social permitem a ampliação do conceito de fontes e dos objetos de investigação histórica. Desta forma, esse novo olhar sobre as fontes e objetos torna pertinente uma abordagem histórica das instituições de saúde (1889-1930).

Pretendemos problematizar a história das instituições de saúde na Paraíba durante a Primeira República (1889-1930) em suas múltiplas relações com a ciência, os poderes públicos e a sociedade, observando principalmente o processo de expansão da autoridade estatal na sociedade. Desta forma, o nosso estudo tem como fundamento a problematização das relações de poder que envolveram as políticas de saúde e de higiene desenvolvidas pelas instituições de saúde, com o intuito de analisar a historicidade dessas políticas, as suas relações com as políticas públicas desenvolvidas ao nível nacional e suas repercussões no cotidiano da população paraibana.

Com este objetivo, no primeiro capítulo *A morte em cena: relatos de epidemias e doenças na Paraíba nos finais do século XIX e início do século XX*, problematizaremos a incidência de várias epidemias e doenças que afetaram a sociedade paraibana, abordando seus efeitos no cotidiano da população, a atuação dos poderes públicos nos momentos de epidemias, as repercussões da ciência médica nos modos de ver as doenças e nas práticas de

cura das moléstias. Além disso, observamos que, diante do convívio constante com as doenças e epidemias, a atuação da Inspetoria de Higiene, órgão do governo provincial para a prevenção das doenças, tinha uma atuação quase nula, assim como também era deficiente e insuficiente para a demanda da população. O hospital da Santa Casa de Misericórdia era a única instituição hospitalar da Paraíba voltada atendimento médico-hospitalar dos acometidos pelos males físicos de natureza diversa.

No segundo capítulo, *Caminhos da saúde na Paraíba: o assistencialismo em cena*, iremos analisar as práticas de saúde desenvolvidas pelas entidades assistenciais da Paraíba no início do século XX, evidenciando desta forma a ausência do estado neste setor. Para isto, será problematizada a assistência médica-hospitalar desenvolvida pela atuação da Santa Casa de Misericórdia através do hospital Santa Isabel, em termos de relações com os poderes públicos estabelecidos, com a ciência médica do período e com a sociedade paraibana. Além disso, será discutida a política de saúde infantil através da atuação do Instituto de Proteção e Assistência a Infância, principalmente em seus aspectos relacionados aos conhecimentos científicos da época, a estrutura política e a sociedade. De forma geral, o assistencialismo no âmbito da saúde praticado pela Santa Casa de Misericórdia e pelo Instituto de Proteção e Assistência a Infância eram vistos como deficientes pela população, motivando, dessa forma, o início da atuação dos poderes públicos no campo da assistência médica-hospitalar e da assistência médica à infância.

No terceiro capítulo, *Os serviços sanitários na Paraíba republicana*, abordaremos a atuação dos serviços sanitários da Paraíba em suas relações com a organização política criada pela República e com os grupos políticos instalados no poder, observando o processo de institucionalização dos serviços sanitários e sua relação com a expansão da autoridade pública. Assim, analisaremos a criação e a atuação do Serviço de Higiene Pública, em sua relação com os padrões da ciência da época, com os poderes públicos e, sobretudo a recepção que a população fez sobre a atuação da instituição, nos momentos de epidemias

No quarto capítulo, *A Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba (1920-1930): ciência, poder e conflitos sociais em cena*, analisaremos, inicialmente, as campanhas pelo saneamento do Brasil realizadas de 1910 a 1920, como também, a sua relevância para a constituição dos serviços federais de saúde e de saneamento e a criação do DNSP (Departamento Nacional de Saúde). Na Paraíba, a nossa abordagem centra-se no processo de institucionalização dos serviços de saúde e de saneamento identificados com a criação da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural e sua relação com a expansão da autoridade

estatal. Assim, a nossa análise centra-se na organização e atuação desta instituição, observando então a relação entre os seus métodos de atuação e os padrões científicos do período, a dinâmica da política oligárquica estadual e sua interferência no modelo de atuação da instituição soma-se a isto, a análise das maneiras pelas quais a população, principalmente médicos e jornalistas, recepcionaram os métodos de atuação da instituição, produzindo imagens e discursos tanto negativos quanto positivos da comissão.

## **CAPÍTULO I- A morte em cena: relatos de epidemias e doenças na Paraíba no final do século XIX e início do século XX**

A lembrança de suas efemerides, ainda, hoje vejo narrada com tintas negras da realidade, por aqueles que meninos e muito moços tivera a infelicidade de conhecê-los e muitas lágrimas ainda vi verter na recordação saudosa dos narradores de suas cenas angustiosas lembrando as mortes de entes sugados nesta onda terrível que deixou por muitos anos aniquilados os ânimos do povo Paraíbano, levando-lhe a um décimo de sua população (PINTO, 1910, p.125).<sup>12</sup>

### **1.1 Um terrível hospede<sup>13</sup> chega à Paraíba: O cólera-morbo na Paraíba, 1856**

A formação social e econômica da Paraíba inicia-se com a ocupação do território pelos franceses e portugueses nos anos posteriores a 1500, como também, pelo contato com os povos indígenas. Inicialmente, o processo de ocupação e povoamento do litoral e zona da mata foi constituído em função da produção do açúcar. A produção açucareira impulsionou o surgimento de várias cidades (núcleos populacionais) e o crescimento das existentes em função da produção através dos canaviais, dos engenhos e do escoamento da produção por meio dos portos durante os séculos XVI e XVII, como ocorreu com a Cidade de Paraíba (SILVA, 2004). O processo de ocupação e povoamento do interior se relaciona com o movimento de expansão da Família Oliveira Ledo em direção a oeste, decorrente das concessões de terra que recebera da coroa portuguesa. Neste movimento de expansão, formaram-se os primeiros núcleos urbanos com atividades econômicas baseadas na criação do gado e na produção do algodão.<sup>14</sup>

Em meados do século XIX, a Paraíba apresentava uma população de 208.952 habitantes, divididos entre 180.479 livres e 28.473 escravos.<sup>15</sup>No início do século XIX, a cultura do algodão foi incrementada na Paraíba, “sua lavoura assumiu maior importância

---

<sup>12</sup> Neste trabalho optamos por fazer a atualização da língua portuguesa.

<sup>13</sup> O presidente da Província, doutor Antonio da Costa Pinto Silva, em muitas passagens de sua fala dirigida a Assembleia, denomina o cólera morbo de horrível hospede. Ver: Falla recitada na abertura da Assembléa Legislativa da Parahyba do Norte pelo presidente da provincia, o doutor Antonio da Costa Pinto Silva em 5 de agosto de 1856. Parahyba, Typ. de José Rodrigues da Costa, 1856. p. 21.

<sup>14</sup> Idem.

<sup>15</sup> Ver: Relatório apresentado a Assembleia Legislativa Provincial da Parahyba do Norte pelo excelentissimo presidente da provincia, o dr. Antonio Coelho de Sá e Albuquerque, em 2 de agosto de 1851. Parahyba, Typ. de José Rodrigues da Costa, 1851. Mapa 5.

proporcionando lucros mais significativos e se expandindo até na área de domínio dos canaviais” (GURJÃO, 1993, p.19). A partir de 1865, os efeitos da Guerra de Secessão nos Estados Unidos possibilitaram a liderança do algodão nas pautas de exportação do Estado, contribuindo para a diversificação das atividades econômicas relacionadas a essa produção. Nestas áreas de produção, constituíram-se os tipos de denominados de “meeiros”, moradores e assalariados e pequenos proprietários favorecidos pelo baixo custo da atividade. O algodão proporcionou um novo impulso à sociedade do interior da Paraíba, com o surgimento de trabalhos como o comércio do algodão nas feiras, os beneficiamentos, acrescidos de outras atividades como a corretagem, a classificação e a exportação, possibilitaram uma maior dinamização da sociedade agropastoril do interior, possibilitando certa ascensão dos grupos sociais.

O “boom” do algodão na Paraíba não foi suficiente para livrar o estado de uma situação econômica precária nos anos sessenta do século XIX, pois os produtos escoavam pelo Porto de Recife, gerando tributos para o estado vizinho. Contudo, a partir da segunda metade do século XIX, o incremento da produção algodoeira, a modernização das técnicas de beneficiamento e a expansão do comércio impulsionaram o desenvolvimento das cidades, diversificação das atividades econômicas e a dinamização da sociedade. Na Paraíba, existiam três vilas legalmente constituídas antes de 1800, que eram Pilar (1758), Pombal (1772) e Campina Grande (1790). Entre 1800 e 1845, os quatro centros comerciais do brejo (Areia, Bananeiras, Alagoa Nova e Guarabira), além de Mamanguape, no litoral, tornaram-se legalmente vilas. Posteriormente, no período de 1846 e 1885, elas foram elevadas a categoria de cidades. Além disso, “entre 1800 e 1860, tornaram vilas seis povoados sertanejos. Logo após o surto do algodão, no entanto, a Paraíba possuía 25 vilas e nove cidades” (LEWIN, 1993, p. 56).

Neste cenário social e econômico da Paraíba, iremos problematizar as instituições de saúde e higiene em suas intrínsecas relações com os poderes constituídos e com a ciência, além de observar as repercussões sociais oriundas das ações das referidas instituições, tendo em vista, deste modo, a intenção de analisar a relação entre o processo de institucionalização destes serviços e o crescimento do aparato estatal. No âmbito deste estudo, problematizaremos as doenças e epidemias que afetaram o cotidiano da população paraibana a partir da segunda metade do século XIX e início do século XX, os espaços de cura para as enfermidades da sociedade e as instituições criadas pelas autoridades constituídas para o enfrentamento das moléstias reinantes na sociedade em suas interfaces com os padrões da

ciência em termos de conhecimentos e métodos de cura e com os poderes públicos constituídos. Neste contexto, faz-se pertinente debruçarmos-nos em torno das doenças e epidemias que incidiram sobre a população paraibana, na medida em que “na história da saúde pública, as epidemias ocupam um lugar de relevo entre as situações precipitantes de ações no interesse da saúde comunitária” (ROSEN, 1994, p. 168).<sup>16</sup>

O ano de 1856 talvez passasse despercebido se não fosse à ocorrência de um único acontecimento que marcou fortemente a história da Paraíba. O cólera-morbo, originário do vale do rio Ganges, na Índia, se propaga pelo mundo no início do século XIX, num tempo de guerras, conquistas coloniais, grandes migrações e desenvolvimento do comércio internacional. A “pandemia invade a Europa nos anos de 1830 e chega ao Brasil em maio de 1855 pelo porto de Belém do Pará. Ela toma as vias marítimas e alcança a Bahia, em julho do mesmo ano” (CARDOSO, 2009, p.26). Da Bahia, como rastilho de pólvora, a moléstia teria se espalhado pelas províncias de Alagoas, Sergipe, Rio Grande do Norte, Paraíba e Pernambuco.

Na Paraíba, o vice-presidente da província informava que a infausta notícia da existência do Cólera-Morbos e dos destroços por ele causados na Província do Pará e ultimamente na Bahia “enche-nos de dor pelos sofrimentos desses nossos irmãos açoutados de peste e de fome desoladoras, tem incutido na população da Província bem fundado receio da irrupção entre nós deste terrível flagelo e suas conseqüências fatais.”<sup>17</sup> As dificuldades para vencer o temido inimigo se apresentavam sob variadas formas: a identificação correta da origem da moléstia, sua força destrutiva e a falta de médicos e hospitais. Esta constatação tem transformado o receio em verdadeiro terror.<sup>18</sup> Para evitar que o Cólera-Morbos adentrasse em solo paraibano, o presidente da província adotou algumas medidas preventivas, como bem destaca José Américo de Almeida:

Autorizado pela lei n.14 de 8 de novembro de 1855, que abriu o crédito de 25 contos, para as medidas necessárias contra o ingresso da peste, o governo tomou algumas providencias preventivas. Foi como já me referi, construído o lazareto da Restinga. Distribuíram-se folhetos impressos contendo conselhos hygienicos e prescripções, para prevenir e curar o morbos. O

---

<sup>16</sup> George Rosen está se referindo ao caso da Inglaterra, que criou o seu Ato da Saúde Pública motivada pela incidência da epidemia de cólera em seu território.

<sup>17</sup> Relatório apresentado á Assembléa Legislativa Provincial da Parahyba do Norte pelo excellentissimo vice-presidente da mesma, o dr. Flavio Clementino da Silva Freire, em 2 de outubro de 1855. Parahyba, Typ. de José Rodrigues da Costa, 1855. p. 9.

<sup>18</sup> Relatório apresentado á Assembléa Legislativa Provincial da Parahyba do Norte pelo excellentissimo vice-presidente da mesma, o dr. Flavio Clementino da Silva Freire, em 2 de outubro de 1855. Parahyba, Typ. de José Rodrigues da Costa, 1855, p.9.

matadouro público, situado dentro da cidade, nas Trincheiras, pouco acima da igreja d Bom Jesus, foi mudado para o ponto atual. Novas posturas municipais proibiram a venda de gêneros alimentícios em mau estado. Assentou-se, afinal, remover os monturos e outros focos deléricos que se encontravam a cada canto na própria capital (ALMEIDA, 1923, p. 381-382).

As medidas de natureza preventiva foram tomadas pelo governo ainda no final do ano de 1855, antes da chegada da epidemia do Cólera-Morbo na Paraíba. Estas ações tinham a função de evitar a disseminação da epidemia na província, ou seja, era prevenir um mal muito maior, a difusão da doença. Contudo, estando numa posição de fragilidade, a província não contava com uma estrutura física e humana capaz de oferecer resistência ao terrível invasor, na medida em que “dispunha de uma única farmácia, a capital contava somente com três médicos e o interior um, em Areia. Havia apenas um cemitério- o de Piancó. O da capital ainda não se achava concluído” (ALMEIDA, 1923, p. 381). Desta forma, as medidas imediatistas e superficiais adotadas pelo governo provincial não surtiram efeito em seu propósito de evitar uma grande tragédia.

No século XIX, o Cólera-Morbo era considerado “a doença’ por excelência, a representação do mal que atacava a vida; a doença por metáfora” (DINIZ, 1997, p. 72). Segundo Mariano & Pinheiro (2012, p.6), o Cólera-Morbo é uma patologia infectocontagiosa descoberta no ano de 1883 pelo médico alemão Robert Koch e provocada pela bactéria *Vibrio cholerae* quando presente em água ou alimento. As bactérias são organismos complexos e um dos mais bem sucedidos do planeta, com estilos de vida variados e formas diversas. A sintomática apresentada pela cólera foi descrita por Chernoviz no século XIX:

[...] Diminuição rápida das forças, sentimentos de fraqueza, sensação dolorosa na boca do estômago e nos intestinos, dureza do ventre, borborygmos, diárea, cólicas, náuseas, soluços, vômitos, pulso fraco, lento, as vezes frequente, urinas espessas, vermelhas, e pouco abundantes. As evacuações alvinas são as vezes sanguinolentas, outras vezes amareladas, esverdeadas ou roxas, mas quase sempre misturadas com mucosidades esbranquiçadas, semelhantes ao cozimento de arroz um pouco grosso (CHERNOVIZ, 1890, p. 585).

Na Paraíba, “o município de São João do Cariri foi o primeiro que sofreu os horríveis efeitos da fatal do colerá-morbo. Das margens do S. Francisco, em seis dias de dezembro chegou a moléstia às povoações da Alagoa do Monteiro e Zabelê, onde atacando 269 pessoas, conseguiu fazer 80 vítimas.”<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Falla recitada na abertura da Assembléa Legislativa da Parahyba do Norte pelo presidente da provincia, o doutor Antonio da Costa Pinto Silva em 5 de agosto de 1856. Parahyba, Typ. de José Rodrigues da Costa, 1856. p.22.

No século XIX, os paraibanos conviviam constantemente com surtos epidêmicos, tais como: varíola, febre amarela, outros tipos de febres, cóleras, etc. No entanto, muitos desses surtos foram considerados benignos ou endêmicos devido à conjugação de alguns fatores, dentre os quais: salubridade do clima, ocorrência restrita a certas localidades e a determinadas estações do ano e a baixa mortalidade. Todavia, ocorreram grandes epidemias que foram consideradas potencialmente malignas por ocasionar diversos desequilíbrios sociais, econômicos, morais e psicológicos. As epidemias de caráter maligno, nefasto, perigoso eram assim classificadas por estarem estreitamente relacionadas à grande quantidade de óbitos que viessem a provocar e à sua abrangência, assim observamos com relação à epidemia de Cólera-Morbos que atingiu a Paraíba.

No que se refere à letalidade do Cólera-Morbos, a tabela abaixo apresenta alguns números organizados de acordo com as comarcas, que eram formadas por certo número de municípios e suas respectivas freguesias, e no final soma-se o total de mortes. Assim, podemos identificar nos números expostos na tabela abaixo <sup>20</sup>:

**Tabela 1- Mortalidade do Cólera Morbos na Paraíba, 1856**

<b>Comarcas</b>	<b>Municípios</b>	<b>Total</b>
<b>1º</b>	Cidade de Paraíba Vila de Alhandra Cidade de Mamanguape	3741
<b>2º</b>	Vila do Pilar Vila do Ingá Vila de Campina Grande Cidade de Areia Vila de Alagoa Nova	7181
<b>3º</b>	Vila de Bananeiras Vila de Cuité Vila de Independência	10741
<b>4º</b>	Vila de S. João	1703

<sup>20</sup>Tabela elaborada com base nas informações obtidas no MAPA SN, Mapa da mortalidade do Cólera Morbos na Paraíba, 1856 In: Fala recitada na abertura da Assembléa Legislativa da Parahyba do Norte pelo presidente da provincia, o doutor Antonio da Costa Pinto Silva em 5 de agosto de 1856. Parahyba, Typ. de José Rodrigues da Costa, 1856.

5º	Vila de Pombal Villa de Patos Catolé do Rocha	20
6º	Cidade de Souza Villa de Piancó	4
		<b>23390</b>

Ao analisar a tabela, podemos observar que povoações, vilas e cidades tinham sido dizimadas pelo trágico “cavalheiro do apocalipse.”<sup>21</sup> Geograficamente, a epidemia atingiu a Paraíba de leste a oeste, uma vez que a capital, Cidade da Paraíba, localizada no extremo leste e as cidades do alto sertão, Pombal, Piancó, Patos, Catolé do Rocha, localizadas à oeste, foram palco de tamanha tragédia.



Figura 1- Mapa das Principais Cidades da Paraíba. Os nomes das cidades apresentam-se destacadas pelo tipo de fonte “Negrito”. FONTE: WWW.baixarmapas.com.br.

Entretanto, este total de óbitos não constituiu o número exato da mortalidade decorrente da epidemia de Cólera-Morbos na Paraíba, na medida em que alguns dados referentes à mortalidade da doença em diversas localidades não foram incorporados a esta

<sup>21</sup> Expressão utilizada por CASTRO, Oscar. Medicina na Paraíba. João Pessoa, A União, 1945.p.37.

estatística oficial. A exemplo de dados de localidades como Cruz do Espírito Santo, Cabedelo, Congo, Alagoa do Monteiro, Mulungú, Santo Antônio dos Passos, Pocinhos, Pedras de Fogo, Itabaiana, Gurinheim, Alagoa Grande, Pilões e Pitimbu. Desta forma, considera-se que “o número dos óbitos subiu como vereis do mapa n.; a elevada cifra de 30.000; quinta parte da população atribuída aos municípios que forão afetados do mal.”<sup>22</sup>Dentre as cidades com maiores índices de mortalidade destacamos: Guarabira, com 4.582 óbitos; Areia, com 2.308; Pilar, com 2.144; Taipú, com 1.920; Bananeiras, com 1.792; Campina Grande, com 1.547; a capital, com 1.513 e Mamanguape com 1.413 (ALMEIDA, 1923, p.384). Percentualmente, a mortalidade do cólera-morbo na Paraíba seria da ordem de 10 %, ou seja, 30000 mortes no total de 300000 habitantes<sup>23</sup>. Numericamente falando, a mortalidade provocada pelo Cólera-Morbo foi extremamente alta, o que sinaliza a natureza maligna desta epidemia, tanto em sua abrangência quanto em sua letalidade.

Em relação à difusão da doença na província da Paraíba, as autoridades, dentre elas, o Presidente da Província, Antonio da Costa Pinto Silva, apontavam como fator principal a existência de “grandes enchentes dos rios, que transbordando seus leitos, inundarão as várzeas vizinhas, deixando nelas em suas retiradas grandes focos miasmáticos.”<sup>24</sup>

Acreditando que os grandes focos miasmáticos seriam os responsáveis pela propagação da doença, as autoridades passaram a adotar algumas estratégias com o objetivo de expulsar o hóspede indesejável. O envio de médicos às regiões afetadas constituiu a primeira medida adotada.<sup>25</sup>Desta forma, médicos como Abdon Felinto Milanez, Luiz Ignácio Leopoldo, Luiz Pinheiro de Siqueira, Innocencio Poggi e Cruz Cordeiro, atuaram no socorro às populações afetadas pela epidemia. Embora estivessem atuando no combate à doença, Abdon Felinto e Luiz Ignácio Leopoldo também foram contaminados e quase vieram a pagar com a vida os serviços que prestaram.<sup>26</sup> Esta medida adotada pelo governo provincial, desnudou um grande problema existente no período, a falta de médicos, pois existiam apenas doze médicos e estudantes para atender a uma população disseminada em regiões tão distantes. (PINTO, 1910). E diante da falta de médicos para atuar no enfrentamento da

---

<sup>22</sup> Falla recitada na abertura da Assembléa Legislativa da Parahyba do Norte pelo presidente da provincia, o doutor Antonio da Costa Pinto Silva em 5 de agosto de 1856. Parahyba, Typ. de José Rodrigues da Costa, 1856. p.32.

<sup>23</sup> Informações apresentadas na Falla recitada na abertura da Assembléa Legislativa da Parahyba do Norte pelo presidente da provincia, o doutor Antonio da Costa Pinto Silva em 5 de agosto de 1856. Parahyba, Typ. de José Rodrigues da Costa, 1856. p.32.

<sup>24</sup> Falla recitada na abertura da Assembleia Legislativa da Parahyba do Norte pelo presidente da provincia, o doutor Antonio da Costa Pinto Silva em 5 de agosto de 1856. Parahyba, Typ. de José Rodrigues da Costa, 1856. p. 23;

<sup>25</sup> Op.cit, p. 24.

<sup>26</sup> Op.cit., p. 24.

epidemia, as autoridades recorriam à atuação dos religiosos, como o Frei carmelita Erico de Sant`Anna, que “também depois de alguns dias de bons serviços foi afetado.”<sup>27</sup> Além destas providências, outras medidas foram tomadas para debelar a epidemia, tais como “a criação de cemitérios e enfermarias”<sup>28</sup> e também o estímulo a formação das comissões de cada cidade para o auxílio as vítimas, assim observamos:

Comissões das pessoas mais importantes de cada lugarejo, por mais pequeno que fosse, as quais se incumbissem de dar-me conta de suas principais necessidades, de animar a população, de ensinar-lhe os meios mais fáceis do tratamento da moléstia, para o que fiz publicar e espalhar diversos impressos, dos quais me parecerão mais adaptados a todas as inteligências.<sup>29</sup>

Essas comissões foram encarregadas de distribuir aos doentes de sua respectiva localidade gêneros alimentícios e remédios enviados pelo governo provincial. Esses recursos foram angariados pelo governo provincial mediante os impostos arrecadados, as contribuições de particulares<sup>30</sup> e os recursos enviados pelo governo central, previstos na dotação orçamentária “Socorros Públicos.” Assim, para conveniente distribuição dos recursos arrecadados, foram nomeadas em cada município afetado uma comissão composta por três membros, escolhidos dentre as pessoas mais importantes de cada localidade.<sup>31</sup>

Contudo, verificamos na fala do presidente da província, que “bem poucas foram as comissões que corresponderam ao fim de sua nomeação (...). Devido à má escolha das pessoas.”<sup>32</sup> Pois, a maioria das comissões não teriam cumprido sua obrigação de informar às autoridades a situação de sua respectiva localidade em termos de abastecimento de gêneros alimentícios, abrangência e letalidade da epidemia. Soma-se a isto a falta de transparência quanto ao uso dos recursos enviados pelo governo provincial, ou seja, não se tinha certeza da aplicação correta dos recursos, no caso, se foram devidamente usados no atendimento das necessidades da população afetada pela epidemia.

No contexto da epidemia do Cólera-Morbos que atingiu várias províncias do império entre os anos de 1855 e 1856, as ações do governo imperial, em geral, limitavam-se ao envio

---

<sup>27</sup> Op.cit.p.24 e 27.

<sup>28</sup> Falla recitada na abertura da Assembléa Legislativa da Parahyba do Norte pelo presidente da provincia, o doutor Antonio da Costa Pinto Silva em 5 de agosto de 1856. Parahyba, Typ. de José Rodrigues da Costa, 1856. p. 21.

<sup>29</sup> Idem, p.21.

<sup>30</sup> Na capital, por exemplo, foram criadas comissões de beneficência encarregada de angariar recursos para serem distribuídos entre as comissões formadas em cada município (PINTO, 1910).

<sup>31</sup> Idem, p.28.

<sup>32</sup> Idem, p.21.

de recursos aos presidentes das províncias para a contratação de médicos, compra de remédios e alimentos para serem distribuídos entre a população carente. Não existiam programas e órgãos imperiais voltados para a prevenção e o combate da doença. E, em questões de saúde e higiene, as câmaras municipais apenas tinham a função de realizar o asseio das cidades e regulamentar o código de posturas. A simples remoção de lixo das ruas ou o isolamento dos doentes não eram atitudes suficientes para eliminar os focos epidêmicos. Segundo Santos (1994, p.82), “a partir de 1850 a cólera começou a reverter a balança do saber médico em direção às teorias do contágio por germes.”

John Snow descobriu que um surto violento no centro da cidade de Londres, que chegou a vitimar 500 pessoas entre 31 de agosto e 10 de setembro de 1854, provinha de uma bomba d'água contaminada usada pela população local. Snow propunha-se, ainda, a demonstrar que as evacuações de um doente, ao atingirem as águas da cidade, podiam disseminar o "veneno mórbido" para a população que fizesse uso dessas águas. Não eram eflúvios e exalações pútridas os causadores da doença, dizia ele, mas sim os germes contidos na água usada para beber. Assim observamos nas palavras de Santos:

Em boa parte, responsável pelas primeiras iniciativas da *organização sanitária*, em resposta a tais problemas. As Juntas de Higiene nacionais, como no Brasil, eram pouco eficazes e deram lugar a aparatos administrativos de saúde -ainda que toscos -de âmbito local ou regional. Já onde havia conselhos locais de saúde, não raro se tornaram mais ativos e, ao se multiplicarem, acabaram por exigir a criação de organismos de alcance nacional (quase sempre este curta duração, como na Inglaterra) (SANTOS, 1994, p.85).

Já na Paraíba, as medidas adotadas pelas autoridades para o combate a epidemia do Cólera-Morbos constituíram-se enquanto conjunto de ações voltadas para evitar que esta se proliferasse ainda mais, ou seja, possuíam um caráter preventivo e, tentavam minimizar os efeitos trágicos da doença, como por exemplo, a fome. Desta forma, a impressão de panfletos contendo instruções sobre as formas de prevenção à epidemia significou uma medida preventiva, e não necessariamente uma prática de cura dos indivíduos já afetados. Podemos então observar a ausência do Estado no âmbito das questões relacionadas à saúde e a higiene, não havendo instituições estatais responsáveis pela promoção da saúde.

Já quanto ao envio de gêneros alimentícios para as regiões infestadas pela epidemia, podemos dizer que se tratou de uma atitude assistencialista para socorrer os pobres que foram acometidos pela moléstia, uma vez que nas regiões afetadas pela epidemia os preços dos

gêneros alimentícios subiram de forma elevada,<sup>33</sup> agravando ainda mais a situação de calamidade. Diante do triste quadro de fome e morte, as ações do governo pareciam ser precárias e insuficientes na medida em que:

As ambulâncias do governo, porque a única botica, que tal nome merece nesta província, exgotouseus medicamentos, apezardas recommendações que lhe fez este governo e meios que lhe prestou para estar sufficientemente fornecidos, não é possível socorrer com promptidão e efficazmente todos os pontos atacados onde a miséria e a pobreza máxima são inconcebíveis (PINTO, 1910, p.126)

Dentre as dificuldades enfrentadas pelas autoridades no combate à epidemia, as mais recorrentes eram a falta de médicos, por isso, muitas vezes recorriam aos estudantes de medicina.<sup>34</sup> Além disso, a falta de medicamentos, falta de recursos financeiros,<sup>35</sup> de gêneros alimentícios e a grande abrangência da epidemia dificultavam o atendimento nas regiões mais distantes. Assim, observamos na carta escrita pelo presidente da Província ao ministro império, no dia 20 de março de 1856:

O desanimo grassa entre a população, porque os casos são na maior parte fataes, devido sem dúvida a misériada população em abandono de todas as comodidades devidas, os médicos por poucos, não são suficientes a acudir a todos, e já vão sendo afetados, os medicamentos faltam tal é o numero de lugares atacados e dos doentes e principalmente os viveres e tudo mais teriam chegado a um preço elevado ( PINTO, 1910, p.127).

No cenário de fome, doença e morte, as ações do governo pareciam ser insuficientes para minimizar os sofrimentos de milhares de famílias paraibanas que conviviam diariamente com a morte. Diante da ausência do Estado, há indícios de que indivíduos das regiões afetadas pela cólera passaram a tomar para si responsabilidades naturalmente atribuídas a este. Desta forma, cita Ireneu Pinto que quase todas as despesas feitas nessa localidade (Taquara) coube “ao humanitário cidadão Estevam Cavalcanti de Albuquerque, que a sua custa, preparou todas as casas para enfermarias, pagou médico e ainda abriu entre os moradores abastados uma subscrição empregando o arrecadado na fatura de um cemitério” (PINTO, 1910, p.125).

Atitudes como a do senhor Estevam Cavalcanti sinalizam que a população, consciente da ausência do estado ou de sua ineficiência, em muitas situações, adotou estratégias para

---

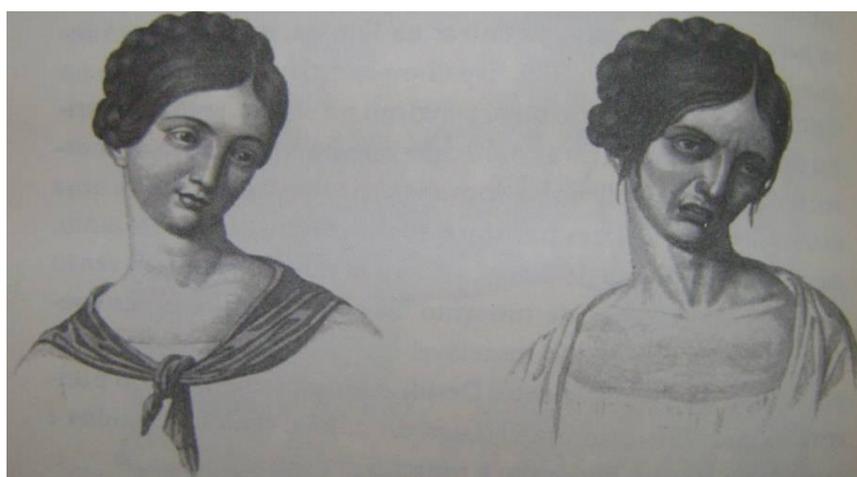
<sup>33</sup> De acordo com Pinto (1910), no contexto de epidemia a inflação era uma ingrata companhia, pois, os preços dos gêneros alimentícios subiram demasiadamente.

<sup>34</sup> Pinto (1910), cita que estudantes de medicina também foram convocados para atuar no enfrentamento à epidemia de cólera morbos.

<sup>35</sup> A crise financeira foi relatada pelo presidente da província em diversos relatórios. Ver: Falla recitada na abertura da Assembléa Legislativa da Parahyba do Norte pelo presidente da provincia, o doutor Antonio da Costa Pinto Silva em 5 de agosto de 1856. Parahyba, Typ. de José Rodrigues da Costa, 1856.

amenizar os efeitos da epidemia, de acordo com suas conviências e necessidades. Por vezes, o sentimento de desespero diante da proximidade da morte e da situação de abandono por parte do estado motivou a ações extremas de algumas pessoas que chegaram a abandonar suas cidades como meio de fugir da morte. Assim ocorreu em Pilar, onde só restou “os cadáveres insepultos das vítimas, já putrefatos, ao pasto dos caninos e das de rapina”. Considerada, “cidade dos mortos”, Pilar ficou “habitada apenas por cães famintos e por bandos de aves sinistras” (PINTO, 1910, p.126).

No desenrolar desta tragédia de horror, vendo que famílias, povoações e vilas quase inteiras foram arrasadas, o convívio diário com a fome, a dor e a morte alterou de maneira significativa as formas pelas quais os homens se relacionavam com os outros e o seu ambiente. Isso porque, “em algumas horas, a desidratação radical encolhia o paciente e o transformava numa caricatura enrugada de si próprio; a pele ficava azulada (até hoje, em francês, um medo paralisante é *une peur bleue*); o corpo esfriava; a morte ocorria no mesmo dia ou pouco depois” (SONTAG, 2007, p. 108). As constantes evacuações e vômitos estruturaram a construção de imagens sobre a doença pelos homens que vivenciaram tal período. Como cita Nikelen Witter (2007, p.37), o “imaginário de terror em torno do „mal de Ganges”, [...], se construiu sobre o fato de que este matava não somente metade daqueles que contaminava, como também os matava em poucas horas e de maneira degradante.” Abaixo podemos ver uma imagem que ilustra os efeitos da doença no organismo do ser humano:



**Figura 2: Veneziana, de 23 anos, representada antes e depois de contrair o cólera. Imagem reproduzida por Roy Porter (PORTER, 2004, p. 32).**

A epidemia se tornou “um dos pontos de referência no passado dos paraibanos, no seu calendário de calamidades” (ALMEIDA, 1923, p. 384). O mal se alastrou rapidamente diante da ausência de meios de defesa e de combate sanitários por parte da população e das autoridades. O sentimento religioso se afervorou em todas as camadas sociais, foram improvisados cultos religiosos em todos sítios, fazendas e povoações. As procissões com a imagem de São Sebastião tornaram-se freqüentes pelos caminhos das estradas interioranas puxadas a cantos fervorosos. O flagelo tornava implacável e o supro da morte em tudo se impregnava.

No convívio com a epidemia, os cadáveres espalhados pelo chão sinalizavam que a fronteira entre a vida e morte era perigosamente tênue e, principalmente, mostrava uma atuação mínima por parte do Estado perante a sociedade nos momentos de epidemia. Ao final do mês de maio de 1856, a epidemia de Cólera-Morbo, encontrava quase extinta na Paraíba, no entanto, a doença fazia indesejáveis visitas no decurso do ano seguinte, vitimando mais algumas pessoas, como veremos a seguir, em 1862, o *mal de Ganges* volta a aterrorizar os paraibanos.

### **1.1.1 O retorno do hóspede indesejável: o cólera-morbo em 1862**

O hóspede indesejável retorna à Paraíba em dezembro de 1861, o Cólera-Morbo tinha chegado a uma região da comarca de Goiana em Pernambuco e, “nos primeiros dias de janeiro do ano seguinte já havia transposto as fronteiras e invadido Pedras de Fogo” (ALMEIDA, 1923, p.184). De Pedras de Fogo expandiu-se para Natuba, Mogeiro, Alagoa Grande, Serraria, Campina Grande e outros lugares. Em Pedras de Fogo, local da primeira invasão da cólera na Paraíba, observou-se que, “em alguns indivíduos os prodromos dessa terrível epidemia, que desta vez embora menos grave em seu acometimento, se manifestou mais perigosa em seus efeitos.”<sup>36</sup>

Temendo a repetição dos trágicos acontecimentos de 1856, as autoridades paraibanas procuraram adotar algumas medidas para conter o avanço da epidemia. Desta forma, o governo nomeou “comissões humanitárias, para o fim de contar com auxiliares que secundassem os esforços.”<sup>37</sup> Já em relação a capital da província foram tomadas as seguintes

---

<sup>36</sup> Ver: Relatório apresentado á Assembléa Legislativa Provincial da Parahyba do Norte, no dia 31 de maio de 1862, pelo presidente, dr. Francisco d'Araujo Lima. Parahyba, Typ. de J.R. da Costa, 1862. p.18.

<sup>37</sup> Idem, p.18.

medidas no que diz respeito ao combate do cólera-morbo, assim destacou o Presidente da Província:

Para cada distrito, em que foi dividida esta cidade, nomeei a um médico dos poucos aqui existentes e recomendei-lhes procedessem a visitas sanitárias em seus respectivos distritos e autorizei-os a dispor de meios próprios ao curativo dos que infelizmente fossem acometidos da epidemia que se avizinjava e não dispuzessem de recursos próprios.<sup>38</sup>

As ações adotadas pelo governo provincial para o combate da doença sinalizam que os médicos responsáveis pelo tratamento dos doentes deveriam, com seus próprios recursos, realizar os curativos nos indivíduos afetados pelo mal, desde que estes tivessem condições financeiras para arcar com os curativos. Caso contrário, o próprio doente deveria pagar as despesas decorrentes do tratamento. Os médicos recebiam do governo um valor X pelo seu trabalho, entretanto, os instrumentos utilizados nos procedimentos e os remédios usados no tratamento deveriam ser adquiridos pelos médicos com seus próprios recursos. Neste sentido, não havia um conjunto de ações organizadas e gerenciadas diretamente pelo governo provincial com intuito de erradicar a enfermidade, sendo recorrente a transferência de responsabilidades mediante pagamento, ou seja, aos médicos eram atribuídas funções que naturalmente deveriam ser realizadas pelo estado.

Nesse ínterim, outras providências foram tomadas, como o envio de ambulâncias, dinheiro para as comissões nomeadas e “as remessas de vitualhas (gêneros alimentícios) há tempo de prevenir os horrores da fome, que em algumas localidades se tem feito sentir.”<sup>39</sup> Estas ações de natureza preventiva denotam um teor assistencialista do governo provincial para com a população das regiões afetadas pela cólera, assim como visualizamos nas ações adotadas pelas autoridades na tragédia de 1856. No trágico cenário da epidemia, os obstáculos pareciam ser intransponíveis e o fim da epidemia uma meta quase que impossível de ser alcançada, quando dentre outras dificuldades, a falta de médicos constituía um dos maiores problemas enfrentados pelas autoridades:

Na impossibilidade de mandar médicos a todos os pontos accommentidos, recommendei às autoridades locais se conservassem em seus postos e tomassem a iniciativa que lhes cumpria, fazendo sentir à população a facilidade da cura do mal na manifestação de seus primeiros sintomas, instruções impressas e confeccionadas pelo inteligente profissional Dr. Antonio da Cruz Cordeiro, forão mandadas distribuir pela população.<sup>40</sup>

---

<sup>38</sup> Idem, p.18

<sup>39</sup> Idem, p.19.

<sup>40</sup> Idem, p.19.

Cobmo o envio de médicos a todas as regiões afetadas pela cólera era impossível, a distribuição de panfletos com instruções sobre as formas de prevenção e métodos de cura constituiu a medida possível diante da situação precária vivenciada pela província. As instruções impressas seriam um substitutivo da presença dos médicos. Dentre os poucos médicos atuantes na Paraíba, elucidamos os seguintes nomes: Dr. Antonio da Cruz Cordeiro; Francisco Antonio Vidal de Oliveira; Francisco Antonio Fernandes Junior, Manoel Carlos de Gouveia; Abdon Felinto Milanez; José Evaristo da Cruz Gouveia; João José Innocencio Poggi, Henri Krausé; Thomaz Cardoso de Almeida, entre outros.<sup>41</sup> Em relação ao tratamento prescrito pelos médicos, encontramos em publicação do jornal *A Regeneração*, em sua edição de 28 de fevereiro de 1862, um indicativo da terapêutica a ser adotada:

#### OBSERVAÇÕES GERAES

Havendo câimbras, pode-se fomentar a parte atacada com cloroformio, láudano, balsamo tranquilo, que, para mais economia, pode ser ministrado com o cloroformio, que é caro. E na falta de tudo isto, esfregar a parte atacada das câimbras em água salgada e quente. Havendo forte dor no estomago e ventre, fomentar com pomada de belladonna e ópio gomoso. De ordinário o doente tem muita sede, e como qualquer bebida fria lhe pode fazer muito mal, deitte-se oito gottas de ammoniaco liquido em meio a copo d'água fria, vai lhe dando.<sup>42</sup>

Além da medicação indicada nas observações gerais, indicavam-se para os casos menos graves outras medicações, que variavam de acordo com a gravidade. Assim, aos pacientes foram recomendados elixir, grelos de laranjeira, colher de café preto, sumo de limão, clystér de pimenta malagueta, e, em último caso, a bebida chamada popularmente de “aguardente”. Esta última recomendação, se não servia para curar a doença em si, apenas era indicada como uma forma de tirar do doente a consciência e assim “amenizar” as fortes dores.

No período de incidência da doença na província, o medo da morte tornava mais doloroso o cotidiano das pessoas que, além das dores físicas e psicológicas, sofriam com problemas decorrentes da falta de remédios e gêneros alimentícios, assim observamos em carta publicada no jornal *A Regeneração* em sua edição de 7 de março de 1862:

O cólera vai declinando, já tendo morto cento e poucas pessoas dentro da Villa. Tenho presenciado tristes scenas, felizmente com alguma coragem. A

---

<sup>41</sup> Ver: Relatório apresentado á Assembléa Legislativa Provincial da Parahyba do Norte, no dia 31 de maio de 1862, pelo presidente, dr. Francisco d'Araujo Lima. Parahyba, Typ. de J.R. da Costa, 1862. p.25.

<sup>42</sup> Tratamento do cholera-morbos. **A Regeneração**, ano II, n. 77, 28 de fevereiro de 1862

falta de médicos e especialmente de um hospital, tem causado a morte a muitos. O único médico que tínhamos o- Manoel Carlos- dizem que esmoreceu, de maneira que estamos agora somente à mercê dos curiosos. O atual vigário- O padre Calixto- tem sido incansável em tratar dois doentes; anima-os, e aplicar-lhes os socorros espirituais: é por isso digo do todo elogio.<sup>43</sup>

A leitura da carta permite-nos deduzir que as medidas tomadas pelas autoridades provinciais e locais eram demasiadamente insuficientes para atender as necessidades da população nos momentos de epidemia. As providências tomadas pelos poderes públicos eram, em sua maioria, temporárias e irregulares. Isto agravava o cenário de fome, miséria e doença em que viviam as pessoas que, em geral, sofriam com a falta de médicos e alimentos como relatou o autor da carta. A denúncia feita pela habitante da Vila demonstra o estado de abandono em que vivia as pessoas, pois os vários corpos espalhados pelo chão evidenciavam um cenário de calamidade, em que as pessoas conviviam diariamente com morte, pois foram sepultadas mais de cem corpos em uma pequena Vila, como relatou o autor da carta. Sem a assistência dos governantes, a falta de médicos e de hospitais contribuía para o aumento do obituário. Além disso, a leitura da carta sugere que o seu autor era um sujeito astucioso que se utilizou da imprensa para fazer uma crítica à atuação dos poderes públicos diante da temível epidemia, considerando-os ineficientes para atender as necessidades da população. Neste contexto, podemos enfatizar que os conflitos sociais devem ser explicados não somente pela perspectiva econômica, pois, segundo E. Thompson, além de estarem relacionados à reprodução material, a partir da alimentação, os conflitos sociais apresentavam uma dimensão clara da economia moral. Uma vez que,

(...) É certamente verdade que os motins eram provocados pelo aumento dos preços, por maus procedimentos dos comerciantes ou pela fome. Mas essas queixas operavam dentro de um consenso popular a respeito do que eram práticas legítimas e ilegítimas (...). O desrespeito a esses pressupostos morais, tanto quanto a privação real, era o motivo habitual para a ação direta (THOMPSON, 2011, p.152).

Observamos que os conflitos sociais operavam no contexto de críticas a privações materiais às quais estavam submetidos os homens simples, como também realizavam-se no contexto de defesa aos costumes comuns e tradicionais da sociedade, assim, Thompson estava se referindo aos motins da fome no século XVIII na Inglaterra. Neste ponto, a carta do

---

<sup>43</sup> Última Hora: Cholera. Carta descrita no corpo do texto. **A Regeneração**, Ano II, n. 79, p.4, 7 de março de 1862.

leitor anônimo sugere um sentido de revolta do seu grupo social motivada não apenas pela privação econômica em que estavam submetidos, mas, sobretudo, pela ausência do Estado nos momentos de epidemia, deixando a população abandonada, sem recursos humanos e materiais para amenizar os feitos da epidemia.

No que se refere aos dados sobre a mortalidade decorrente do cólera-morbo na Paraíba em 1862, os números fornecidos pelo governo provincial não devem ser tomados com exatidão, pois “não exprimem, a verdade que está além dos dados colhidos para a sua confecção.”<sup>44</sup> Eis abaixo, a descrição dos dados:<sup>45</sup>

**Tabela 2- Mortalidade do cólera-morbo na Paraíba em 1862**

<b>COMARCA DA CAPITAL</b>		<b>COMARCA DO PILAR</b>	
Cidade de Paraíba do Norte	19	Vila do mesmo nome e subúrbios	58
Barreiras	6	Itabaiana (superior) a	50
Santa Rita	29	Fagundes	85
Cruz do Espírito Santo	26	Natuba	100
Lucena	1	Cachoeira dos Cebolas	73
Taquara	1	Mogeiro	55
Mamanguape	17	Serrinha	60
Telha	10	Villa de Campina Grande e seus subúrbios	213
Araçagy	32	Engenho de Taipú até a Matriz	33
<b>Total</b>	<b>141</b>	Boa Vista	20
		Villa de Pedras de Fogo	18
		Pirauá (pouco mais ou menos)	25
		Villa do Ingá	4
		Outras localidades	154
		<b>Total</b>	<b>948</b>

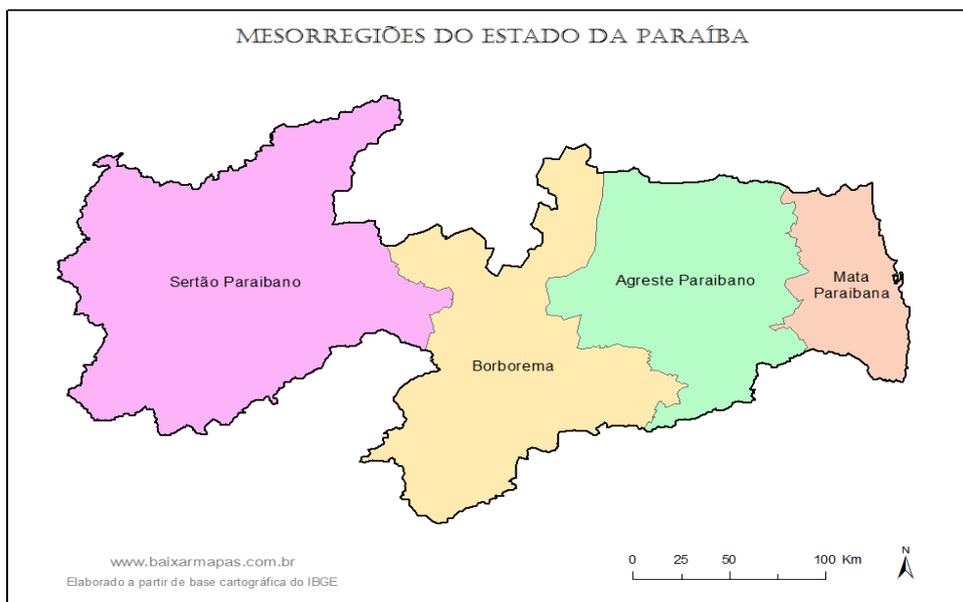
<b>COMARCA D`AREIA</b>		<b>COMARCA DE BANANEIRAS</b>	
Distrito de mesmo nome (mais)	534	Vila de Independência e seus subúrbios	26

<sup>44</sup>Idem, p. 23.

<sup>45</sup> Ver: Relatório apresentado á Assembléa Legislativa Provincial da Parahyba do Norte, no dia 31 de maio de 1862, pelo presidente, dr. Francisco d'Araujo Lima. Parahyba, Typ. de J.R. da Costa, 1862. p.23, 24 e 25.

Alagoa-Grande	449	Mulúngu	25
Rapador (mais)	120	Barra, Cuité, Malhada e Cachoeira (mais)	80
Pao-Ferro	12	Vila de Bananeiras	3
Macacos	11	Outros lugares da mesma	250
Cruz	6	<b>Total</b>	<b>384</b>
Caianna	4	<b>COMARCA DE S. JOÃO</b>	
Vila de Alagoa Nova	130	Batalhão	1
As ultimas noticias dão a cifra de mortos aumentada com mais	340	Cabaceiras (Barra de S. Miguel)	14
<b>Total</b>	<b>1606</b>	<b>Total</b>	<b>15</b>
<b>COMARCA DE POMBAL</b>		<b>COMARCA DE SOUZA</b>	
Distrito da Vila de mesmo nome	58	Cidade do mesmo nome	88
Dito da Vila de Patos	15	Alagoa Tapada	33
Brejo da Cruz	14	Pedregulho	1
<b>Total</b>	<b>87</b>	Boqueirão (Piancó)	20
		<b>Total</b>	<b>142</b>

A leitura dos números apresentados nas tabelas nos permite compreender que “o mal não teve a anterior extensão e apresentou-se com uma benignidade que cedeu a experiência dos meios de combate. Mas o número de vítimas chegou a 3.323” (ALMEIDA, 1923, p.385). Geograficamente, a epidemia causada pelo Cólera-Morbos atingiu a Paraíba em diversas regiões, desde o litoral, localizado no extremo leste, até o alto sertão, localizado na parte oeste da província, passando por regiões como zona da mata, agreste, brejo e cariri.



**Figura 3- Mapas das Regiões Geográficas da Paraíba. FONTE:WWW.baixarmapas.com.br.**

O Cólera-Morbos marcou tragicamente a história da Paraíba, deixou marcas profundas no universo mental das pessoas que conviveram diariamente com a morte, pois “o tempo não fora suficiente para esquecer os horríveis quadros das duas hecatombes causadas pela cholera-morbos. Quem já teria apagado da memória as procissões da penitência e o dobrar contínuo dos sinos, que anunciavam cinquenta a sessenta óbitos diários?!” (CASTRO, 1937, p.25). Depois das duas experiências dolorosas vivenciadas em 1856 e 1862, a população estava:

Mais cautelosa e se defendia melhor. Muitos ainda possuíam em casa as instruções impressas confeccionadas pelos profissionaes dr. Antonio da Cruz Cordeiro, 2º cirurgião do Corpo de Saúde e encarregado da Enfermaria Militar e do cirurgião e inspetor de Saúde commendador João José Innocencio Poggi, representante da medicina do velho reino (CASTRO, 1937, p.26).

Diante da incerteza do fim da doença nas províncias vizinhas, a vigilância passou a ser a palavra de ordem, pois não se poderia ter tranquilidade sabendo da proximidade do terrível hóspede. Temendo o possível retorno do *mal de Ganges*, a população recorreu aos panfletos publicados nos períodos de epidemia. Estes panfletos, a partir de então, serviram de guia para o povo se prevenir de forma mais eficiente. Os paraibanos acreditavam nos efeitos positivos que os impressos poderiam fornecer, na medida em que um dos seus idealizadores, o comendador Poggi, “apesar de não ser formado em medicina, todos os médicos de então e os doentes o respeitavam e ouviam os seus conselhos, por ser um bom prático e excelente

homem.”(CASTRO, 1937, p.26). O Inspetor de saúde, Poggi, atuou no combate à cólera realizando também outras ações como: fiscalização dos gêneros alimentícios, conferências. (CASTRO, 1937, p.26 e 27).

Após a invasão do Cólera-Morbos na Paraíba, ocorreram alguns surtos epidêmicos de varíola e febre amarela, porém em regiões restritas e com baixa mortalidade, configurando-se como epidemias de caráter benigno ou que simplesmente em seu desenvolvimento não se tornaram potencialmente malignas. Outras moléstias também assolaram a província, tais como: Sarampo, febres intermitentes, remitentes e catarrais, doenças do aparelho digestivo e seus anexos, Sífilis, disenterias, Coqueluche nas crianças, anemias e Beberibe. Entretanto, o estado não estava tranqüilo quanto à possibilidade de invasão de algum tipo de enfermidade potencialmente epidêmico, pois “a Paraíba vivia constantemente ameaçada pela vizinhança contaminada” (ALMEIDA, 1923, p.380).

Faz-se pertinente ressaltar que a incidência de tais epidemias e doenças desnudou as fragilidades dos poderes públicos no tocante ao combate a estas moléstias, pois suas ações eram localizadas, temporárias, desorganizadas e, principalmente, ineficazes. Já no campo da ciência verificamos que as teorias médicas sobre a origem das doenças relacionavam basicamente com os pressupostos da teoria miasmática, bem como a terapêutica utilizada norteava-se pelo princípio da quarentana e, além disso, a medicação indicada pelos médicos, em sua maioria, era composta por chás e ervas naturais.

Depois da epidemia de Cólera-Morbos, uma das maiores tragédias que marcou o calendário paraibano das calamidades foi à seca de 1877, que durou três anos.<sup>46</sup> Segundo Almeida, “o ano de 1877 foi o início de uma conjunção de influências, qual mais funesta, que nunca se vira. Houvera invasões da mesma violência. Mas o campo de destruição era menos vasto”(ALMEIDA, 1937, p.101). O estado de calamidades que se formou pode ser observado pelo relato do Presidente da Província, José Paulino de Figueiredo, em 24 de abril de 1877: “a falta de chuvas vai reduzindo os sertões da província ao mais deplorável estado. Os criadores têm sofrido imenso prejuízo em seus gados, e o que é mais, a população pobre, exausta de recursos, acha-se oprimidos pela fome, em consequência da seca” (Apud, ALMEIDA, 1937, p.101).

A estiagem veio acompanhada de “infecções palustres, varíola, anasarca, ascite, escorbuto e outros males que, dentro de um período mais grave, de cinco meses, elevaram o

---

<sup>46</sup> “Em 1922, o governo federal declarou 60% da Paraíba- 450.000 quilômetros quadrados incluídos- como incluídos na região reconhecida oficialmente como “Polígono das secas” (grifo da autora)”(LEWIN, 1993, p.43).

obituário da capital a 7.073”(ALMEIDA, 1923, p. 385). Neste sentido, a debilidade física causada pela insuficiência alimentar tornava os homens e mulheres susceptíveis à doenças. Segundo Magalhães, em seu estudo sobre alimentação, saúde e doenças em Goiás no século XIX, a escassez de alimentos ou a deficiência nutricional tinham efeitos na saúde dos brasileiros e que muitas doenças decorriam dela. Para a autora, “as principais doenças que acometiam as populações relacionadas com a deficiência alimentar” (MAGALHÃES, 2004, p.16). Neste sentido, é recorrente afirmar que existe uma estreita relação entre a ausência ou deficiência nutricional com o surgimento de várias doenças, o que pode ser observado em momentos de grandes estiagens.

Na capital, por exemplo, a migração dos retirantes em estado de debilidade física para a Capital, fugindo da seca, resultou em um grande obituário, assim observado na tabela abaixo:<sup>47</sup>

**Tabela 3- Óbitos na Capital paraibana em 1877**

Maio	1069
Junho	1515
Julho	1778
Agosto	1671
Setembro	1040

A seca de 1877-79 “foi tão terrível que ocasionou a morte de quinhentas mil pessoas no Nordeste, havendo como causa a febre, varíola e outras doenças, além dos problemas causados pela ingestão de alimentação nociva” (OLIVEIRA, 2007, p.24). Na Paraíba, os efeitos da seca de 1877 não foram diferentes, como podemos observar na carta abaixo, transcrita por um habitante de Cabaceiras, e destinada a redação do jornal *A Opinião*, publicada em sua edição de 31 de maio de 1877. Esta sinaliza o aspecto sanitário negativo que formou na Paraíba no contexto da referida seca, em que a fome, a epidemia e o abandono da população do interior constituíram as marcas desse cenário nebuloso:

**Febres:** - De carta de um amigo de Cabaceiras, datada de 19 do corrente, extrahimos o seguinte:

«Acabo de receber da Barra de S. Miguel noticia aterradoras; as febres que ali apparecem continuão fazendo grande mortandade: já se contão mais de 15 mortos no espaços de 8 dias. Ficão, a hora em que encerro esta, 9 pessôas cahidas e algumas já moribundas. O que será de nós?

<sup>47</sup> Ver: ALMEIDA, José Américo de. **A Paraíba e seus Problemas**. 2º Ed. Livraria do Globo: Porto Alegre, 1937, p.110 e 111.

[...]

«Nem se quer temos aqui remedios e quem os applique.

«O lugar mais proximo é Campina; mas na distancia de 14 leguas, de nada nos pode servir, como meio de recurso, por não termos cavalgada em estado de extrema magreza dos animaes.

«Só da Divina Omnipotencia esperamos recursos, ou [...] aos males que nos apprimem.»

Vê-se, pois, que é horrivel o estado da população de Cabaceiras - Flagellada pela fome e pela peste!

É de crer que o Exm. Sr. presidente tome em consideração tamanha calamidade e remetta para ali ao menos medicamentos.»<sup>48</sup>

*O que será de nós?* Eis o questionamento do autor da carta, demonstrando a aflição e o desespero da comunidade local que estava passando pelos terríveis efeitos da seca de 1877, afinal, foram 15 mortos no intervalo de 8 dias em um pequeno povoado, além de mais 9 pessoas caídas e algumas já moribundas somente no momento em que o leitor anônimo finalizava esta carta. Neste espaço, marcado pela fome e pela sede, as febres que surgiram foram extremamente fortes e fatais. O cenário se tornava mais nebuloso, e a isto se somava o estado de abandono em que vivia a população do interior, assim denunciado: *Nem se quer temos aqui remédios e quem os aplique*. Ou seja, faltavam médicos e remédios à população moribunda de Cabaceiras. Esta carta sinaliza um grito de desespero de alguém que não suportava mais conviver diariamente com a fome, a sede, as doenças e a morte. O anônimo esperava que a carta chegasse ao conhecimento do Presidente do Estado e o sensibilizasse, fazendo-o tomar a providência de enviar à região ao menos medicamentos. Dessa maneira, podemos deduzir por meio desta carta que a população não ficava passiva diante da situação de abandono em que se encontrava, de alguma forma esboçava suas críticas, fazia seus protestos e assim chamava a atenção das autoridades. Em suma, era um exercício de resistência, de lutar contra uma realidade desfavorável.

No processo histórico, a experiência dos sujeitos relaciona-se com o seu meio social e com suas necessidades e conveniências, isso porque, no processo histórico, existe uma relação entre a *experienciados* sujeitos e o *contexto social* em que vivem, e, principalmente, com sua classe social, conforme observamos nas palavras de E. Thompson em sua obra *A Classe Operária Inglesa*, o “making” ou “fazer-se” (na tradução brasileira). Neste caso, o autor enfatiza a formação da classe operária como um processo ativo que envolve a ação humana, que por isso mesmo esteve presente nesta formação, ou seja, “... ao seu próprio fazer-se” (1987, p. 9). Ele entende o significado de classe de maneira dialética, como um processo

---

<sup>48</sup>Febres. Coluna: noticiário, **A Opinião**, n.10, 31 de maio de 1877.

histórico, nem como uma estrutura e nem como uma categoria, para o historiador inglês (id, ib, p. 10):

A classe acontece quando alguns homens, como resultado de experiências comuns (herdadas ou partilhadas), sentem e articulam a identidade de seus interesses entre si, e contra outros homens, cujos interesses diferem (e geralmente se opõem) dos seus ( THOMPSON, 1987, p.10).

Pode-se perceber na citação acima a ideia de classe como algo vivo, em movimento, formada através de relações humanas envolvendo pessoas reais, identificadas por interesses comuns em oposição a outros. Neste sentido, as ideias de Thompson fundamentam a percepção de que o autor da carta acima mostrou-se ativo em busca de seus interesses, visando suprir a necessidade dos habitantes da vila de Barra de São Miguel, desnudando uma série de críticas às autoridades públicas no que concerne a política de *Socorros Públicos*.

Diante da catástrofe proporcionada pela estiagem excessiva, medidas de natureza imediata foram adotadas pelas autoridades públicas, como a criação de “comissões de socorros públicos de varias freguesias do centro, em que reinam a varíola, febres de mau caráter, e outras moléstias epidêmicas, contrataram, de ordem de meu antecessor, pessoas idôneas para se incumbir do tratamento dos indigentes.”<sup>49</sup> Esta política de socorros públicos constituiu a primeira política pública de combate a seca, iniciada ainda no período imperial. Esta política possuía “(...) um caráter puramente assistencial, quase caritativo, com distribuição de gêneros alimentícios e remédios” (FERREIRA, 1993, p.61). É na grande seca de 1877 que se inicia a chamada *indústria da seca*, que se delineava no contexto em que “o Nordeste, com seus produtos em crise, não conseguia nenhuma medida protecionista e passou a se utilizar dos períodos de estiagem para reivindicar ajuda financeira da União” (FERREIRA, 1993, p. 31). Referindo-se a seca de 1877, Cunniff caracteriza o nascimento da chamada “indústria da seca” nos seguintes termos:

... Esta seca legou convencer a alguns que somente com largas injeções de dinheiro vindas de fora, eles poderiam continuar o desenvolvimento do interior e vencer seus velhos problemas (...) Ensinou aos nordestinos como fazer uma indústria das secas proporcionando um legado que serviu para dominar a política regional no próximo século (CUNNIF, 1975).

As elites políticas e econômicas passaram a projetar no cenário nacional a imagem do Nordeste marcada pela seca, fome e morte com o objetivo de angariar recursos do governo

---

<sup>49</sup>RELATORIO do Exmo. Sr. 2º Vice-presidente Padre Felipe Benicio da Fonseca Galvão ao Presidente da Província José Rodrigues Pereira Junior em 12 de junho de 1879, Typ. Liberal Parahybana, Parahyba do Norte, 1879, p.10.

imperial. Muitos dos membros dessas elites passaram a viver dos desvios de parte desses recursos, conformando uma política denominada de *indústria das secas*, que se caracteriza pela corrupção generalizada por parte daqueles que tinham o acesso a esses recursos.

No cenário das secas de 1877, a Paraíba enfrentava séria crise financeira, “a lavoura, fonte principal das rendas, estava em crise pela depreciação de seus principais produtos- o açúcar e o algodão. Apesar dessa exaustão do erário publico, foram remetidos alguns socorros para Sousa, Pombal e Catolé do Rocha” (ALMEIDA, 1937, p.102). Dentro dessa política de socorros públicos, a tabela<sup>50</sup> abaixo expõe os nomes das pessoas escolhidas em cada localidade e as receptivas quantias recebidas por cada uma:

**Tabela 4-Pessoas contratadas**

<b>Pessoas contratadas</b>	<b>Cidade/localidade</b>	<b>Valor</b>
José Florêncio Gonçalves Pereira	Alagoa Nova	Setenta mil réis mensalmente
Manoel Nunes Correia	Alagoa Grande	Oitenta mil réis mensalmente
Manoel José da Silva	Cidade d`Areia	Sessenta mil réis mensalmente
Joaquim de Pontes Sidronio	Barra de Natuba	Sessenta mil réis mensalmente
Bernardino José Limeira		Cento e vinte mil réis mensalmente
Felix Bizerra de Mello	Itabaiana	Dois mil reis diariamente.
Manoel Theotonio da Fonseca Ramiro.	Independência	Três mil réis diariamente.
Elias Cunegundo Vas Curado	Salgado	Quatro mil réis diariamente.

As palavras do Presidente da Província, José Paulino de Figueiredo, em seu relatório de 24 de abril de 1877, nos esclarece a acerca dos fundamentos que nortearam a política de socorros públicos em termos de finalidades e formas de execução:

Tendo recebido representações de varias localidades do alto sertão pedindo-se me socorros em favor dos necessitados, vítimas da fome, e não podendo ser indiferente à semelhante calamidade, abri na Tesouraria da Fazenda créditos sob minha responsabilidade na importância de cinco contos de réis (5:000\$000), mandei com essa quantia comprar gêneros alimentícios para

<sup>50</sup> Informações obtidas em RELATORIO do Exmo. Sr. 2º Vice-presidente Padre Felipe Benicio da Fonseca Galvão ao Presidente da Província José Rodrigues Pereira Junior em 12 de junho de 1879, Typ. Liberal Parahybana, Parahyba do Norte, 1879,p.11.

serem distribuídos para serem distribuídos pelos necessitados, nomeando para isso comissões de pessoas idôneas, como consta da Secretaria (Apud, ALMEIDA, 1937, p.102).

Assim, observamos que as elites proprietárias do interior, sentindo-se acudadas pela atuação dos cangaceiros e pela presença de uma legião de camponeses famintos, migravam para a capital em busca de recursos. Atendendo aos apelos dessas elites, o presidente da Província destinava recursos diversos aos indivíduos que ficariam responsáveis por distribuí-los nas localidades para que os quais foram designados, sendo esta medida um indício da natureza eventual e esporádica das ações do governo no contexto da saúde e, principalmente, uma amostra de que o governo provincial, mediante pagamento, transferia a terceiros a sua função de agente promotor da saúde pública.

A transferência de recursos a terceiros poderia gerar algumas dúvidas quanto ao destino final do dinheiro distribuído, uma vez que, não existia a devida fiscalização, pois a falta comunicação entre o governo provincial e as autoridades das cidades do interior era comum. Assim como confirma o presidente da província, “por falta de informações minuciosas das mesmas localidades, escassos e pouco valiosos são os esclarecimentos, que posso apresentar, entretanto; cumpre examinar quais localidades em que tem melhorado a salubridade, afim de suspender tais socorros a bem economia dos dinheiros públicos.”<sup>51</sup> Além disso, a concessão de verbas públicas para grupos políticos locais poderia gerar espaço para o exercício das relações clientelísticas entre tais grupos e os governantes provinciais que precisavam dos votos para eleger os candidatos ao legislativo de sua base. Neste caso, o dinheiro público poderia ter sido usado como moeda de troca para a aquisição dos votos nos municípios controlados pelos grupos favorecidos.

Diversas epidemias assolaram a Paraíba entre a segunda metade do século XIX e o início do século XX, estas repercutiram no imaginário social, provocando receios e temores em relação à morte, o convívio com a fome e a peste. Tornava-se então tênue a fronteira entre a vida e a morte. A ocorrência de tais epidemias demonstrou como eram frágeis as instituições estatais destinadas a proteger a população dos efeitos trágicos dos surtos, assim como eram ineficientes e precárias as ações do estado no campo da saúde pública, revelando uma ausência do poder público em questões de saúde e higiene. A seguir, discutiremos as dimensões sociais e políticas que permearam a Paraíba graças às diferentes doenças que

---

<sup>51</sup> Ver: RELATORIO do Exmo. Sr. 2º Vice-presidente Padre Felipe Benicio da Fonseca Galvão ao Presidente da Província José Rodrigues Pereira Junior em 12 de junho de 1879, Typ. Liberal Parahybana, Parahyba do Norte, 1879, p.10.

assolaram o estado, bem como, como este se comportou diante dos desequilíbrios sociais provocados pelas enfermidades.

## **1.2 Perigo à vista: doenças e modos de adoecer na Paraíba**

As doenças se manifestam sempre que algum órgão ou parte do corpo do homem passa a funcionar de maneira desregular ou defeituosa, geralmente são causadas por germes ou microrganismos, mas também podem se originar devido a outros fatores. Entre as principais causas de doenças que podem levar a óbito – se não tratadas convenientemente –, destacam-se: as bactérias, os fungos, os protozoários e, notadamente, os vírus. (QUARESMA, 2012, p.29). As doenças contribuem para modificar o ritmo de vida das pessoas, uma vez que:

[...] a doença é um fenômeno que a ultrapassa e a representação não é apenas um esforço de formulação mais ou menos coerente de um saber, também interpretação e questão de sentido. A interpretação coletiva dos estados do corpo coloca em questão a ordem social, revela-nos as relações existentes entre o biológico e o social. Por meio da saúde e da doença temos acesso, portanto, à imagem da sociedade e de suas imposições aos indivíduos (SILVEIRA, NASCIMENTO, 2004, p. 29).

Na Paraíba, as doenças contribuíram para desorganizar as estruturas sociais, econômicas e políticas, mas, também serviram para reorientar os mecanismos sociais de convivência e de solidariedade entre os diversos grupos sociais, como ressalta Revel e Peter:

A doença é quase sempre um elemento de desorganização e de reorganização social; a esse respeito ela torna freqüentemente mais visíveis as articulações essenciais do grupo, as linhas de força e de tensões que o traspassam. O acontecimento mórbido pode, pois, ser o lugar privilegiado de onde melhor observar a significação real de mecanismos administrativos ou de práticas religiosas, as relações entre os poderes, ou a imagem que uma sociedade tem de si mesma. ( PETER & REVEL, 1995, p. 14)

A doença configura-se para os diferentes grupos sociais um fenômeno que extrapola o nível patológico, na medida em que esta passa a ser vivenciada, representada e metaforizada nas múltiplas e diversas práticas e saberes dos atores sociais. As doenças servem para testar a competência dos poderes públicos ao lidarem com os desequilíbrios de ordem social, econômico, emocional; como também servem para desnudar problemas sociais, econômicos e ambientais acobertados por mecanismos sutis de repressão e também de manipulação.

Na Paraíba, a presença constante de doenças revelou as nuances de uma sociedade marcada por relações de conflitos entre os diferentes níveis de poder, bem como a redefinição destes poderes diante dos males físicos que acometiam os indivíduos. Assim, a incidência de várias doenças interferiu na dinâmica social, na estrutura política e no universo mental das pessoas.

Na segunda metade do século XIX a Paraíba foi palco de várias doenças. As origens de tais enfermidades eram explicadas “pelo excesso de miasmas palustres e telúricos que despreendendo-se dos inumeros focos de infecção existentes dentro e fora do perímetro desta Capital dão origem a moléstias diversas que agravando-se aumentando-a mortalidade”(CASTRO, 1945, p. 105).

Em geral, discutia-se também a natureza das moléstias, distinguindo as de caráter maligno das de caráter benigno. Esta distinção era feita com base em alguns critérios, como, por exemplo, regularidade, quantidade de vítimas, condições climáticas e áreas abrangentes. Deste modo, ocorriam epidemias anualmente em certas localidades devido às condições climáticas específicas. Neste sentido, o inverno era a estação propícia à ocorrência de febres e gripes, que geralmente ocasionavam poucas mortes, por isso; eram denominadas de enfermidades de caráter benigno ou de natureza endêmica. Podemos observar no relatório do inspetor de saúde que:

Nenhuma moléstia, felizmente, se desenvolveu durante as variações das estações com sintomas e caracteres de uma epidemia, a não ser o sarampo, que afetou indistintamente todas as classes desta população, com preferência as crianças, isso de meiado do ano para cá. Mas se esta moléstia, constitue uma epidemia pelo fato de haver afetado um número crescido de pessoas, em seu desenvolvimento força confessar também que benignidade foi tamanha , que raras foram as vítimas que sucumbiram sob sua influencia. .(POGGI, 1862, p. 1).<sup>52</sup>

O estado sanitário da província no decurso do último semestre do ano próximo foi o mais satisfatório possível, visto como não grassou moléstia alguma com caráter epidêmico, e as proprias enfermidades que então se desenvolveram foram comuns à época e à estação, apesar da existência de numerosas causas anti-salubres que existem, maxime, nesta cidade onde os elementos da intoxicação miasmática circundam de todos os lados à sua população (POGGI, 1862, p. 17).<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> Anexo H, Relatório do Inspetor de Saúde Pública José Inocêncio Poggi apresentado ao presidente da província da Parahyba , dr. Francisco d'Araujo Lima. In: Relatorio apresentado á Assembléia Legislativa Provincial da Parahyba do Norte, no dia 31 de maio de 1862, pelo presidente, dr. Francisco d'Araujo Lima. Parahyba, Typ. de J.R. da Costa, 1862.

<sup>53</sup> Anexo , Relatório do Inspetor de Saúde Pública José Inocêncio Poggi apresentado ao presidente da província da Parahyba , dr. Francisco d'Araujo Lima. In: Relatorio apresentado á Assembléia Legislativa Provincial da

O relatório do médico licenciado Inocêncio Poggi, inspetor de Saúde Pública, relaciona o surgimento de doenças às condições climáticas da província. Segundo Poggi, existiam doenças próprias da estação verão, como disenterias, febres e fluxos hemorróidas. Na estação invernososa eram comuns as modificações do aparelho respiratório e gástrico. Neste sentido, as autoridades da província, como a classe médica local, recorriam às teorias médicas-científicas em voga no século XIX para explicar a origem das enfermidades e epidemias que freqüentemente assolavam o espaço paraibano. As teorias médicas-científicas dominantes até os últimos anos do século XIX baseavam-se fortemente nos ensinamentos de Hipócrates e Galeno, “dois célebres médicos da Antiguidade que exerceram influência determinante, durante cerca de três séculos, na formação universitária do corpo médico europeu, notadamente francês” (LEBIGRE, 1985, p. 298).

O pensamento hipocrático, por exemplo, distinguia as variações meteorológicas e o caráter das estações como os elementos determinantes da ascensão e do declínio das doenças epidêmicas e das variações em sua incidência sazonal e anual.<sup>54</sup> A medicina francesa, influenciada pelo pensamento hipocrático, por sua vez, contribuiu para a elaboração das práticas médicas na Paraíba, muito devido à bibliografia médica disponível, quase toda baseada em títulos estrangeiros, como os tratados de higiene pública assinados por doutores como Rochard, Becquerel, Lombard e Chernoviz, referências freqüentes para os médicos locais.

Uma das explicações mais recorrentes para o surgimento de doenças e epidemias no século XIX refere-se à teoria atmosférico-miasmática, na qual se atribui ao clima e ao ambiente o papel central no surgimento e propagação de doenças, deste modo, observamos no pensamento de Chernoviz que:

Os climas exercem sobre o physico e o moral do homem uma influencia poderosa, que resulta dos efeitos simultaneos da luz, do calor, da electricidade, da humidade, dos ventos, das produccções e natureza do terreno, da posição dos logares, da cultura das terras, e talvez de alguns outros agentes não conhecidos (CHERNOVIZ, 1890, p. 599).

De acordo com Chernoviz, o clima era determinante na vida das pessoas, seja no aspecto moral ou no físico. Para o autor, existiam climas considerados salubres e climas não

---

Parahyba do Norte, no dia 31 de maio de 1862, pelo presidente, dr. Francisco d'Araujo Lima. Parahyba, Typ. de J.R. da Costa, 1862.

<sup>54</sup> Discussão apresentada por George Rosen no livro ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo:Hucitec: Editora da Universidade Estadual Paulista; Rio de Janeiro:Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1994.

salubres, sendo o cruzamento de fatores geográficos e atmosféricos o elemento central para esta distinção. A insalubridade do clima era decorrente da “vizinhança dos pântanos. Miasmas deleiterios, que resultam das materias organicas em decomposição, levantam-se incessantemente d’estes logares empesteados, e occasionam numerosas molestias” (CHERNOVIZ, 1890, p. 603). Já a proximidade das matas influía diretamente na salubridade do clima, pois, enriquecem “o ar de uma prodigiosa quantidade de oxigênio, quando são aquecidas pelos raios solares; entretem uma frescura habitual na atmosfera, durante o verão, e no tempo de inverno, diminuem a violência do frio, paralisando o curso impetuosos dos ventos” (Idem, p. 603-604).

As medidas de salubridade adotadas pelo provedor de Saúde Innocencio Poggi em 1860 sinalizaram o entendimento que a classe médica e as autoridades locais tinham a respeito das formas de transmissão e contágio de doenças. Assim visualizamos:

1º A realização da mudança do matadouro público, cuja colocação é por demais inconveniente; já por ficar longe do pasto e d’agua; o já por ficar à beira da estrada mais freqüentada que temos, desprendendo fétidos miasmas de decomposição pútrida.

2º O encanamento das águas para abastecimento da cidade, para o que temos um, senão dois rios, que a isto se prestaram o excelentemente; o dessecamento da lagoa, e de alguns pântanos, que danificão a saúde em razão de suas emanações deletérias; e o concerto das fontes que existem arruinadas.

3º O asseio e limpeza das ruas; a remoção dos insterquilinos amontoados no seio desta cidade pelos becos e ladeiras, como outros tantos focos de infecção.

4º A inspeção rigorosa sobre a edificação, fazendo nela observar-se as regras aconselhadas pela ciência moderna, a fim de que hajam nos edifícios aberturas regulares e suficientes para a livre ventilação; canos de esgotos adequados e proporcionais; elegância e asseio internamente assim como mostraram hoje as aparências externas.

5º Finalmente uma fiscalização restricta deverá haver sobre os gêneros alimentícios de primeira necessidade, que se vendem diariamente nos mercados públicos que por isso sendo a alimentação a base da nutrição e entretenimento da vida, também deve haver a maior vigilância possível sobre sua pureza e sanidade, para que influa por sua vez na producção e desenvolvimento de varias moléstias.<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> Relatório apresentado a Assembleia Legislativa da provincia da Parahyba do Norte em 15 de junho de 1860 pelo presidente, dr. Luiz Antonio da Silva Nunes. Parahyba, Typ. de José Rodrigues da Costa, 1860. p. 9.

As medidas preventivas implementadas pelo governo provincial eram restritas à capital da província e seu entorno. O restante da província ficava abandonada, sem a presença do estado que, apenas em momentos de epidemia, enviava remédios e alimentos para as populações desfavorecidas. No que se refere ao saber médico sobre as formas de produção e desenvolvimento das doenças, observamos a concepção de que os miasmas concorrem para o surgimento de várias doenças na sociedade, por isso, o provedor justifica a remoção do matadouro público como meio de afastar os fétidos miasmas de decomposição pútrida para longe da presença dos grupos humanos. A concepção miasmática de infecção fazia parte do discurso médico sobre a origem de diversas doenças que afetavam os seres humanos. Para o médico Chernoviz, que escreveu o *Dicionário de medicina popular*, espécie de manual utilizado pelos médicos da época, “todas as emanações nocivas, que corrompem o ar e atacam o corpo humano” (CHERNOVIZ, 1890, p.1862). De acordo com referido médico, os miasmas:

Fazem parte desse sistema geral de imanações, que tem tão grande parte na natureza. Cada ente os recebe e os transmite reciprocamente. Nesta troca continua de elementos, operam-se as misturas, as separações, as combinações mais variadas. Em certos casos, nascem miasmas, espécie de venenos voláteis, invisíveis, impalpáveis, cujas fontes são felizmente conhecidas e que podemos evitar ou destruir (CHERNOVIZ, 1890, p.1862).

Na definição do autor, os miasmas seriam as emanações nocivas que provocam desequilíbrios no funcionamento do corpo humano, estes constituem uma espécie de venenos fluídos, invisíveis e voláteis que contaminam o ambiente. Dentre as fontes de miasmas, o autor destaca “os pântanos oferecem-se em primeiro lugar. Ninguém ignora quanto são comuns, sobre o globo, as moléstias, e especialmente intermitentes benignas ou perniciosas que provem deles” (CHERNOVIZ, 1890, p.1862). Os mortíferos miasmas estavam presentes em tudo: multidões, excrementos humanos e animais, solos úmidos, pântanos, habitações mal construídas, cadáveres, hospitais, gente doente, doenças, água suja etc. Para eliminar tais miasmas era preciso controlar os fluxos de ar, garantir a ventilação. Segundo Corbin (1987, p. 126), ventilar “é varrer as baixas camadas do ar, constringer a selvagem circulação dos miasmas, controlar o fluxo mórbido lá onde a natureza não pode exercer livremente sua regulagem, impedir o aparecimento de doenças.”

A ideia básica da teoria miasmática era afastar tudo o que fosse considerado insalubre, nocivo à saúde do ser humano. De acordo com esta perspectiva, a remoção de cemitérios para regiões mais distantes da presença humana, a construção de casas arejadas, a drenagem do

solo considerado insalubre, varredura de ruas, a remoção de lixo das ruas seriam ações que eliminariam a formação dos miasmas responsáveis pela ruptura do equilíbrio do corpo humano. “Certos hábitos, como a coleta regular de lixo, a rede de abastecimento d`água, o sistema de esgoto, a retirada dos elementos pútridos das ruas e das fontes d`água, etc., representam a tentativa de higienizar a cidade” (ARAÚJO, 2010, p.46).

Para o engenheiro sanitário Francisco Saturnino Rodrigues de Brito,<sup>56</sup> que atuou nos projetos de abastecimento d`água e saneamento das cidades do Recife, Pelotas, Santos e Porto Alegre no final do século XIX e início do século XX, “toda a despesa feita com a higiene e, em realidade, uma medida de economia para o individuo ou para a cidade, mas custoso que a moléstia só a morte” (BRITO, 1943, p.25). De acordo com o autor, a regeneração sanitária das cidades, a exemplo das que foram realizadas em São Paulo, Santos, Porto Alegre e Rio de Janeiro, foi importante para eliminar os surtos epidêmicos de febre amarela que se colocavam como obstáculo ao desenvolvimento dessas cidades. Dessa forma, a higiene da cidade é o meio possível para a eliminação ou prevenção dos surtos epidêmicos e contribui para o crescimento econômico das cidades, pois evita os gastos com doenças e os indivíduos saudáveis tem maior disposição para o trabalho. Brito destacou que:

Ja se cuida das cidades como se cuida dos individuos; os princípios fundamentais são os mesmos ~ os higienicos; a sua aplicacao deve começar desde a aldeia para o organismo “cidade”, como deve começar desde a infância para o organismo “homem”(BRITO, 1943, p.20).

Deste modo, temos a percepção de higiene que abarca “todas” as fases da vida humana, bem como todos os espaços e objetos que rodeiam a vida do ser humano. A cidade é formada por um conjunto de indivíduos e para que esta seja sanitarizada é preciso que os seus indivíduos também o sejam. Essa “higiene perpassa o cuidado com o lixo, com a água que se utiliza, com os objetos e espaços que usufruímos” (ARAÚJO, 2010, p.31). O modelo de higienização das cidades defendido pelas autoridades relacionava-se também com os princípios de modernidade, progresso e civilização. Conforme explica Rezende (1992), a modernização e o progresso estão intimamente ligados:

---

<sup>56</sup>Engenheiro civil e o mais notável sanitarista brasileiro nascido na cidade de Campos dos Goitacases, RJ, que teve também ativa participação na vida política do país. Idealizou, projetou, construiu ou assessorou inúmeros sistemas urbanos de abastecimento e de esgotamentos em cidades e capitais brasileiras. Dirigiu os estudos de melhoramentos de Vitória, ES (1896), e integrou a comissão de saneamento do estado. Faleceu em Pelotas, RS, no ano de 1929. Fonte: <http://www.dec.ufcg.edu.br/biografias/FrancSat.htm>, acessado em 31 de Janeiro de 2010.

Os caminhos da cidade moderna não passaram apenas pelas trilhas da industrialização. Não houve essa relação de necessidade absoluta. A modernidade tem suas ligações intrínsecas com a modernização. O espaço físico da modernização, sua concretização ao acelerar a modernidade alarga os sentimentos ditos progressistas. Na verdade, é a ideia de progresso que enfeitiça os homens que veem na cidade o seu lugar privilegiado (REZENDE, 1992, p.28)

Neste sentido, as autoridades públicas e médicas “comungavam dos princípios de modernização, progresso e civilização ancorada nos mais sólidos princípios de racionalidade científica” (CABRAL FILHO, 2007, p.110). Assim, a cidade moderna que se almeja construir fez parte de um discurso que está estreitamente ligado ao “conceito de progresso e modernização, caracterizando-se pelo desejo de distanciamento em relação a tudo que diz respeito ao passado, ao mundo rural e aos hábitos considerados tradicionais” (ARAÚJO, 2010, p.10). A construção da rede de abastecimento d’água, a pavimentação e limpeza das ruas, a inspeção de edifícios e gêneros alimentícios constituíam símbolos da modernidade que eram defendidos pelos médicos e sanitaristas do século XIX.

Diante do quadro de insalubridade das cidades paraibanas, identificamos que as doenças mais comuns na Paraíba, a partir da segunda metade do século XIX, eram, como podemos observar nas palavras do médico Oscar de Castro:

As febres sob seus diferentes tifos e natureza, a varíola, a sífilis, as afecções dos aparelhos respiratório e circulatório, os engorgitamentos e outras lesões do aparelho digestivo, das vísceras abdominais acompanhadas de anemias profundas, as hidropsias, o beriberi, tais foram as entidades mórbidas que em geral mais predomínio exerceram sobre a população (CASTRO, 1945, p. 105).

A presença de diversas doenças alterava o estado sanitário da província: as febres, asma, tísica pulmonar (tuberculose), moléstias próprias do inverno, como bronquites e as típicas do verão, como as hepatites, causavam grande pânico. Assim, os médicos e sanitaristas do período pregavam a adoção de algumas medidas que poderiam contribuir para melhorar a saúde pública, dentre elas: o asseio das carnes e dos matadouros; limpeza das fontes d’água, canalização das águas do Rio Jaguaribe; asseio das ruas e casas.<sup>57</sup> Tais medidas convergiam com o processo de modernização da capital paraibana, uma vez que, segundo Aranha (2003, p.80), em *Seduções do moderno na Paraíba do Norte*: a cidade moderna se materializa através dos elementos simbólicos de modernidade, entre os quais destaca “os equipamentos de uso coletivo (sistema de transportes e comunicações) e equipamentos de

---

<sup>57</sup> Idem, p.2 e p. 3.

higiene e/ou conforto (sistema de água encanada, rede de esgoto e iluminação pública).” Desta forma, a introdução dos melhoramentos no campo na higiene na capital constituía uma forma de modernização da cidade de Paraíba do Norte. Em suma, higiene e modernidade estavam intimamente ligados.

Já no início do século XX, as doenças que mais contribuíram para aumentar o número de obituário na Paraíba foram a varíola, as disenterias, o câmaras de sangue e as febres palustres. Além destas, o impaludismo e a tuberculose foram as moléstias transmissíveis que fizeram maior número de vítimas no período. Outras entidades mórbidas, apareciam esporadicamente na Paraíba, dentre as quais a difteria, escarlatina, a febre tifóide, etc. Acrescentando-se a estas, o quadro patológico da Paraíba fora alterado pelo surgimento de enfermidades próprias do inverno, como gripes e outras infecções respiratórias, e as doenças típicas do verão, exemplificadas na grande incidência de bexigas, febres de mau caráter e malarias em geral.<sup>58</sup>

Conforme estudamos, no final do século XIX e início do século XX, era constante o convívio dos homens com as doenças (febres, sarampo, coqueluche, disenterias, gripes, sífilis, tumores malignos) e as epidemias (Cólera-Morbo, Varíola, Febre Amarela). A insalubridade do espaço urbano e rural e a falta de serviços públicos voltados para a prevenção e a promoção da saúde contribuíram para a formação de um quadro sanitário negativo, marcado pelas doenças e epidemias que ceifavam milhares de vidas, aumentando, desta forma, a taxa de mortalidade entre crianças e adultos dos dois sexos, independente da condição de livre ou de escravo. Nessa relação do estado com as questões de saúde pública, observamos uma fragilidade ou até mesmo ausência dos poderes públicos na sociedade, ou seja, o estado estava ausente da vida social em termos de políticas de saúde e de higiene. Diante deste cenário, questionamos: existiam órgãos públicos responsáveis pela prevenção e tratamento das doenças? Quais serviços públicos tinham como função minimizar os efeitos trágicos das doenças e epidemias no ambiente social? A seguir, discutiremos tais questões.

---

<sup>58</sup> Informações obtidas nas mensagens presidenciais da Paraíba dos anos de 1907, 1911 e 1917. Ver: <http://www-apps.crl.edu/brazil/provincial/para%C3%ADba>. Acesso em 15 de novembro de 2012.

### 1.3 As inspetorias de higiene em ação

A criação da Inspetoria de Higiene na Paraíba, no ano de 1848, representou uma tentativa de minimizar os efeitos negativos da insalubridade urbana e rural para a saúde do homem, embora não fosse eficiente e nem suficiente para atender aos propósitos que nortearam sua construção. A Inspetoria de Higiene<sup>59</sup> era uma espécie de repartição, sob a tutela da Inspetoria de Saúde Pública, sendo o médico responsável<sup>60</sup> denominado Inspetor de Higiene. Esta instituição foi criada em conformidade com as Leis Gerais do Império<sup>61</sup> que, em 1850, determinou a criação da Junta de Higiene Pública, visando unificar os serviços sanitários do império. Neste sentido, as Inspetorias de Higiene nas províncias ficaram distribuídas da seguinte forma:

Nas Províncias do Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia, São Paulo, Rio Grande do Sul, havia um inspetor de higiene, dois membros da Inspetoria e um secretário e tantos delegados de higiene quantas eram as cidades importantes. Nas Províncias da Paraíba, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Sergipe, Alagoas, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina, Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás servia um inspetor de higiene e delegados nas suas principais cidades e vilas (CASTRO, 1945, p. 36-37).

Tais Inspetorias de Higiene, “ao tempo do império, não tinham sede própria, variando, de casa em casa, até os fins do século, conforme as residências dos respectivos inspetores que possuíam, apenas, um livro para anotações” (CASTRO, 1945, p. 242). Nas palavras de Oscar de Castro, o inspetor de higiene não dispunha de “um secretário, um auxiliar”, assim como, não tinha na Repartição “um laboratório para análises químicas e pesquisas microscópicas” (CASTRO, 1945, p. 243). A Inspetoria de Higiene da Paraíba, em suma, se materializava apenas na figura do inspetor que, isolado em sua residência com seu livro de anotações, sem recursos humanos e materiais, ficava sem condições de atuar efetivamente na construção da salubridade de toda a Província de Paraíba.

---

<sup>59</sup> Segundo Soares Jr explica que durante o século XIX na Província da Paraíba, não existia uma *Inspetoria de Higiene*, mas um órgão responsável por todos os aspectos da saúde chamada *de Inspetoria de Saúde Pública*. Porém, uma das atribuições do chefe desse órgão era a higienização da cidade e dos lugares insalubres como hospitais, igrejas, cemitérios, abatedouros, feiras, etc. Em alguns momentos específicos- em especial, em épocas de epidemia- montavam-se *Inspetorias de Higiene* para resolver especificamente problemas de salubridade. Esta *Inspetoria de Higiene* era uma organização temporária devido a falta de médicos na Província.

<sup>60</sup> Humberto Nóbrega explica que o “Inspetor de Higiene (grifo do autor), cargo criado em 1848, e que perdurou por setenta e dois anos. A Inspetoria funcionava na residência do médico, que percebia o ordenado anual de 1:000\$000, ou Cr\$ 1,00 se convertia em tão gorda quantia, ao padrão monetário vigente.

<sup>61</sup> Em 1828, fica extinto o cargo de Provedor-Mor de saúde, ficando as câmaras municipais encarregadas de inspecionar a saúde pública.No entanto,elas são alheias a qualquer projeto de Higiene Pública.

A inspetoria de higiene contou, ao longo de sua existência, com atuação de vários inspetores, dentre eles: João José Inocêncio Poggi(1849-1870), Abdon Felinto Milanez(1871-1884), José Evaristo da Cruz Gouveia(1885-1891), Antonio da Cruz Cordeiro Senior (1892-1893), José Elias de Ávila Lins(1893-1896) (SOARES Jr, 2011). Dentre as obrigações dos inspetores, estariam as de cuidar dos assuntos relativos à higiene, receitar gratuitamente os doentes da província, realizar atendimentos médicos em dias e horas marcadas em sua residência e deslocar-se para regiões afetadas por epidemias e enfermidades.

O primeiro inspetor da saúde pública, João José Inocêncio Poggi, exerceu o cargo entre os anos de 1849 a 1870 embora não tivesse formação em medicina, fato que, pela legislação médica da Paraíba,<sup>62</sup> o impedia de exercer tal função. Segundo Santos Filho (1991), até o início do século XIX existiam algumas categorias de profissionais que exerciam a medicina, os quais eram: os profissionais habilitados, portadores de licença, diploma ou carta para exercer a medicina no Brasil. Os não-habilitados, denominados como práticos, recebiam diversas denominações, como curandeiros, curiosos, curadores, entendidos e etc. Os físicos e os médicos foram, geralmente, os licenciados pela Universidade de Coimbra. No que se refere especificamente aos cirurgiões da época, observa-se as seguintes categorias: Os cirurgiões barbeiros constituíam a grande maioria dos cirurgiões, que se habilitaram como aprendizes e ajudantes de seus mestres e foram avaliados e receberam a “carta”. Outra categoria é a dos “cirurgiões aprovados”, que era o que seguiam um médico teórico e prático nos hospitais, se submetiam a exame e recebiam a “carta”, adquirindo assim o direito de realizar todo tipo de cirurgia e até a própria medicina onde não houvesse físicos. Por último, temos a categoria dos “cirurgiões diplomados”, que eram os diplomados pelas escolas europeias, em sua maioria pelas escolas ibéricas.

Em relação a João José Innocencio Poggi, não temos como informar a que categoria este se enquadrava, pois, segundo Oscar Castro, Poggi era um “prático”, mais adiante o denomina de “médico licenciado” e, em outras partes do texto, se refere à Poggi nos seguintes termos: “apesar de não ser formado, demonstra em seus relatórios conhecimentos para aquele tempo, que ultrapassam a capacidade de um simples prático de medicina”(CASTRO, 1945, p.45). Ao que tudo indica, Poggi era um médico licenciado, que recebera a “carta” para exercer a medicina, mas sem ter a formação de um curso superior em medicina. Assim, o comendador João José Innocencio Poggi foi o primeiro médico licenciado de grande atuação na Paraíba, foi comendador da Ordem de Cristo e da Rosa e, foi por muitos anos juiz de paz,

---

<sup>62</sup> A lei de 3 de outubro de 1932, estabelecia que para o exercício da profissão de médico era preciso apresentar a Câmara Municipal seu diploma.

1º Vice-presidente da Província e Presidente em agosto de 1866. Exerceu a provedoria da Santa Casa nos anos de 1836 a 1838, de 1844 a 1847(CASTRO, 1945).

Na função de inspetor de higiene, Dr. Poggi prestou alguns serviços, tais como: inspeção dos lugares insalubres, controle das obrigações médicas e de vacinação, como podemos identificar nos relatórios dos inspetores de higiene. Nestes relatórios de saúde, produzidos pelos inspetores, encontramos informações sobre o estado sanitário da província, incidência de doenças, condições de salubridade dos hospitais, sugestões de medidas de salubridade, causas da insalubridade, obituário, estatística de vacinação etc. No que diz respeito à salubridade da província, os inspetores descrevem os aspectos negativos ou positivos do estado sanitário da província. Desta forma, Dr. Poggi, em seu relatório de 1857, questiona: qual o estado sanitário da Província, compreendendo tudo que houver ocorrido a respeito de qualquer epidemia que se tenha aqui manifestado? Respondendo a este questionamento, Poggi explica que “o atualmente o estado sanitário da Província não é o melhor a desejar-se em todas as suas localidades, é ao menos tal para quasi todas, dando-se apenas em alguns casos benignos de febre amarela, assim como de uma ou outra moléstia, as mais das vezes devido a influencia da estação em que nos achamos.”<sup>63</sup> Assim, a salubridade estava relacionada à incidência de epidemias e doenças e, principalmente, tinha relação com o obituário, ou seja, quanto mais alto o índice de manifestação de doenças/mortes, mais negativo seria o quadro sanitário.

É importante ressaltar que, a descrição do estado sanitário da província, na realidade, não correspondia objetivamente a todo espaço geográfico da Paraíba, pois a “falta de comunicações”<sup>64</sup> com o interior dificultava o conhecimento sobre o estado de salubridade das regiões fora do perímetro da capital. O inspetor de higiene exercia suas funções apenas na capital, bem como, sua descrição sobre o estado de salubridade do território paraibano correspondia ao que ele conhecia da capital da Paraíba. O interior não constituía um espaço de atuação da inspetoria, assim como, raramente os inspetores citavam informações sobre a salubridade do interior. Desta forma, a Inspetoria de Higiene era um órgão com atuação restrita à capital, ficando o interior ausente das ações da política de saúde do governo imperial

---

<sup>63</sup> Relatório da Repartição de Saúde. In: Relatorio recitado na abertura da Assembléa Legislativa da Parahyba do Norte pelo vice-presidente da provincia, o dr. Manoel Clementino Carneiro da Cunha, em 1 de agosto de 1857. Parahyba, Typ. de José Rodrigues da Costa, 1857.

<sup>64</sup> O Inspetor Dr. Poggi, explica a incidência da varíola no interior, considerando que a falta de comunicação com esta região, resulta na impossibilidade de fornecer maiores informações sobre a salubridade neste espaço. Anexo N.V, Saúde Pública. In: Relatorio apresentado ao presidente da provincia, dr. Venancio José d'oliveira Lisbôa, em 17 de fevereiro de 1870. Parahyba, Typ. Conservadora, 1870.

e provincial, a exceto, em casos de epidemia, para onde eram enviados remédios, médicos e gêneros alimentícios.

A incidência de doenças constituía outro ponto de abordagem dos diversos relatórios que, em sua maioria, destacavam as moléstias mais predominantes na capital e no interior em caso de surto epidêmico. A relação doença/morte, a etiologia e as causas das doenças foram outros pontos discutidos pelos inspetores em relatórios, os quais se utilizavam da ciência para fundamentar suas análises do quadro sanitário da Paraíba.<sup>65</sup> A salubridade dos hospitais, outro aspecto abordado nos relatórios dos inspetores, é analisada pelo Dr. Poggi em seu relatório de 1866 da seguinte forma:

Tenho visitado os hospitais e enfermarias existentes nesta cidade, e tenho notado em todos os estabelecimentos mais ou menos regularidade e asseio, sendo que a enfermaria militar precisa ser caiada para que todos os seus compartimentos gozem de um asseio completo.<sup>66</sup>

A partir do relato do inspetor, identificamos uma de suas obrigações, que era a de inspecionar os hospitais, para posteriormente, descrever suas impressões nos relatórios destinados ao presidente da província. Em suas descrições dos hospitais da capital da Paraíba, o inspetor também relatava o movimento hospitalar de entrada e saída dos óbitos e dos que continuavam enfermos em tratamento. Os índices de mortalidade constituíam outro ponto de abordagem dos relatórios, neste caso, relatava-se os números de óbitos em sua relação com a incidência de doenças e epidemias no intervalo de um ano.<sup>67</sup> A vacinação antivariólica também constituía um dos pontos de abordagem dos relatórios, nestes, os inspetores analisavam a prática da vacinação; indicando os números relativos à imunização em determinado período, como também, a qualidade e a quantidade do pus vacínico. A respeito da vacinação, o Dr. Poggi informava:

Tenho praticado a vacinação nesta capital com muito aproveitamento o que não posso asseverar em relação ao interior da Província, por falta de comunicação com os comissários encarregados, não obstante haver remetido para alguns lugares no fim do ano passado tubos e laminas com pus vacínico. Por falta de pús pouco tenho praticado a vacinação, e há três meses que o não faço absolutamente. Entretanto tenho reclamado para a Corte a

---

<sup>65</sup> Relatório do Inspetor de Saúde Pública José Inocêncio Poggi apresentado ao presidente da província da Parahyba, dr. Francisco d'Araujo Lima. Typ. de J.R. da Costa, 1862. Anexo H.

<sup>66</sup> Relatório do Inspetor de Saúde Pública José Inocêncio Poggi apresentado ao presidente da província da Parahyba, Parahyba, Typ. Liberal Parahybana, 1866. Anexo A, p. 4.

<sup>67</sup> Ver: Relatório do Inspetoriade Saúde Pública apresentada ao. presidente da provincia, dr. Venancio José d'oliveira Lisboa, em 17 de fevereiro de 1870. Parahyba, Typ. Conservadora, 1869. Anexo AH, p. 3.

remessa de alguns tubos desse pús, a fim de desenvolver de novo a vacinação, mas até esta data ele não chegou.<sup>68</sup>

No que se refere à vacinação, identifica-se a falta de dados objetivos sobre sua realização no interior da Província, pois o inspetor não fazia imunizações neste espaço, apenas transferia para terceiros esta prática e, estes não o informavam quanto aos dados referentes às imunizações realizadas. Desta forma, os números apresentados pelo inspetor referem-se às imunizações feitas na capital, as quais são marcadas pela irregularidade, como observamos o trecho a seguir: “o belo resultado que consegui no semestre último do ano passado, vacinando 345 indivíduos, como detalhadamente comuniquei a V. Exc. em relatório de 20 de janeiro do corrente ano, contrasta por certo com o número de vacinados dos meses de janeiro e fevereiro deste ano que somente monta a 52. Mas V. Exc., que a culpa não é minha.”<sup>69</sup> Para o inspetor, o declínio do número de vacinações estava relacionado com a falta de pus vacínico, que deveriam ser enviados à Paraíba pela Junta Central de Higiene, órgão imperial responsável pelo envio dos tubos com pus vacínico para as províncias. Resultado da ausência das autoridades administrativas no campo da saúde, a vacinação na Paraíba não correspondia à demanda existente, ficando a maior parte da população sem a devida imunização.

Os inspetores também se preocupavam em relatar as causas da insalubridade e também apresentavam sugestões de medidas para solucionar o problema da falta de salubridade. Dentre as causas da insalubridade, o inspetor Poggi apontava:

Remontando-nos as causas determinantes dessas pirexias, observamos que nos climas quentes exercem os pântanos fatal e manifesta influencia, e até podem reputar-se a mais poderosa causa patogênica. O miasma paludoso, que se desprende dos terrenos em cultura nos quais existem matérias vegetais em putrefação, (...) produtores das febres em questão. Se lançarmos as vistas sobre esta cidade, encontramos tais focos; por exemplo, no bairro-alto, a lagoa e o rio Jaguaribe, ou antes, o pântano Jaguaribe; Varadouro, um mangue ao lado da estrada nova, que a ponte do Sanhauá ao porto. As exalações pútridas emanadas do cemitério, e em todos os pontos da cidade, nas ruas as mais públicas, charcos, imundícies, animais em putrefação, canos de esgoto e, & são tantos focos a vomitar exalações infectuosas e miasmáticas em quantidade suficiente para determinar qualquer dessas febres.<sup>70</sup>

---

<sup>68</sup> Relatório do Inspetor de Saúde Pública José Inocêncio Poggi ao 1.º vice-presidente, em exercício 1º presidente vice-presidente, exm. sr. dr. Felisardo Toscano de Brito, em 3 de agosto de 1866. Parahyba, Typ. Liberal Parahybana, 1866. Anexo A1, p.6.

<sup>69</sup> Op.cit. p.6.

<sup>70</sup> RELATORIO do Inspetor de Saúde Pública José Inocêncio Poggi ao 1.º vice-presidente, em exercício 1º presidente vice-presidente, exm. sr. Carneiro da Cunha, em 3 de agosto de 1869. Parahyba, Typ. Liberal Parahybana, 1869, Anexo H, p.4.

Os relatórios não apenas descreviam os espaços insalubres e suas conseqüências maléficas para a saúde do homem, mas apresentavam sugestões práticas para a superação deste quadro marcado pela insalubridade. Desta forma, Dr. Poggi, em seus “Conselhos Higiênicos”, explicava que “os domínios da higiene são de tamanha amplitude, abrangem questão de alcance tão elevado, que (...) não posso deixar de insistir nas medidas higiênicas tantas vezes por mim reclamadas.”<sup>71</sup> Neste sentido, o inspetor Inocencio Poggi apelava para que suas sugestões de higiene fossem colocadas em prática, assim aconselhava:

Bons alimentos e bom ar são condições essenciais à salubridade pública; cumpre por tanto haver sobre isso rigorosa inspeção; perseguindo os sofisticadores que expuserem ao consumo alimentos alterados e insalubres, fazendo remover os monturos, os esterquilínios, as águas estagnadas, &c. Acho de grande vantagem para a saúde pública o encanamento das águas potáveis; o dessecamento da alagoa situada por trás da rua de mesmo nome; o concerto das fontes públicas que existem arruinadas, o asseio e limpeza das casas e ruas desta cidade.<sup>72</sup>

Para Dr. Poggi, era imprescindível que o governo da província colocasse em prática as medidas higiênicas pregadas pela ciência em favor da “higiene pública”, para que “tudo esteja prevenido quando, por ventura, nos venha bater á porta uma dessas calamidades epidêmicas que às vezes fazem pagar bem caro a indiferença com que se olha quase sempre para a saúde pública.”<sup>73</sup> Essa preocupação com a salubridade fez com que Poggi entrasse em conflito com a Câmara Municipal da capital, na medida em que o inspetor alertava a este órgão para o cumprimento de sua função segundo as leis do império, que era a de zelar pela higiene e saúde pública:

É na verdade, quem olhar, com alguma atenção para o que se passa a esse respeito entre nós, não deixará de corroborar essa asserção, por isso, que tal é ainda o desleixo e pouca consideração em que são tidos os melhoramentos deste importante ramo do serviço público pelas nossas municipalidades. Se tivéssemos de registrar a imprevidência de nossas municipalidades relativamente ao assunto, naquilo mesmo que é estabelecido pelas suas posturas, não seria pequeno o nosso trabalho: mas atendendo desculpa que elas costumam encontrar dificuldades de levar a efeito um complexo de medidas capazes de remediar tais inconvenientes, limitamos a fazer algumas

---

<sup>71</sup>. Relatório do Inspetor de Saúde Pública José Inocência Poggi ao presidente, dr. Theodoro Machado Freire Pereira da Silva. Parahyba, Typ. dos herdeiros de J.R. da Costa, 1868. Anexo A, p. 4.

<sup>72</sup>. Relatório do Inspetor de Saúde Pública José Inocência Poggi apresentado ao. presidente da província, dr. Venancio José d'oliveira Lisbôa, em 17 de fevereiro de 1870. Parahyba, Typ. Conservadora, 1869. Anexo AH, p. p.4.

<sup>73</sup> Relatório do Inspetor de Saúde Pública José Inocência Poggi apresentado ao. presidente da província, dr. Venancio José d'oliveira Lisbôa, em 17 de fevereiro de 1870. Parahyba, Typ. Conservadora, 1870. Anexo AV, p. 1.

considerações: uma boa policia ou fiscalização médica da parte da lma Câmara Municipal desta cidade faria cessar muitos abusos que concorrem diretamente para a viciação do ar, dos alimentos e das habitações, quer públicas, quer particulares.<sup>74</sup>

Identificamos nas palavras do inspetor uma crítica à forma de atuação da Câmara municipal, considerada negligente quanto ao cumprimento de função de cuidar da higiene pública. Assim, durante o período imperial, o campo da higiene e da saúde pública era marcado pela ausência dos poderes públicos, no caso, provinciais ou municipais. Como podemos observar-nos diversos relatórios produzidos pelo Dr. Abdon Felinto Milanez, sucessor do Dr. Poggi, no comando da Inspetoria de Higiene:

A salubridade publica é um dos ramos da administração que menos cuidado tem merecido daqueles que a governam e que só lhes presta alguma atenção, quando nos bate a porta uma dessas calamidades que como castigo da Providencia, nos vem despertar da nossa habitual incuriu, fazendo-nos pagar bem caro o indiferentismo com que se trata objeto tão importante.<sup>75</sup>

Para o inspetor Abdon Felinto, em seu relatório do ano de 1873, o melhoramento da saúde pública era um resultado que só se poderia obter com a aplicação prática das leis relacionadas a esta, e não com os raciocínios, ou desenvolvimentos teóricos. A partir desta constatação, foram criadas juntas e conselhos de higiene pública, cuja missão era proteger a saúde contra as inúmeras causas destruidoras de que se vê cercada. Contudo, na prática, tais juntas infelizmente nem sempre podiam realizar os seus desejos e, muitas vezes, viam-se até a vacilar ou até mesmo a recuar no emprego de medidas que a ciência, a Lei, a observação e o bom senso reconheciam como úteis à humanidade. Deste modo, podemos observar que não havia aplicação das leis e muito menos uma firme e eficiente atuação dos poderes públicos no campo da higiene e da saúde. No relatório do ano seguinte, o inspetor Abdon Felinto fez uma crítica à Inspetoria, segundo a qual, apresentava a organização como defeituosa e irregular, observando notáveis lacunas e reclamando prontas providencias dos altos poderes do estado.<sup>76</sup> Diante dessa situação, em 1884, o médico Abdon Felinto Milanez pediu às

---

<sup>74</sup> Op.cit. p. 2.

<sup>75</sup> Relatório do Inspetor de Saúde Pública Abdon Felinto Milanez apresentado ao vice-presidente da província, dr. José Evaristo da Cruz Gouvêa em 16 de outubro de 1871. Parahyba, Typ. Conservadora, 1871. Anexo II, p.1 e 2.

<sup>76</sup> Relatório da Inspetoria de Saúde Pública produzido por Abdon Felinto Milanez apresentado ao exm. sr. presidente da província, presidente, exm. sr. dr. Silvino Elvidio Carneiro da Cunha. Parahyba, Typ. do Jornal da Parahyba, 1874. Anexo E, p.1.

autoridades a criação de um serviço de higiene pública para toda a província sob a seguinte justificativa:

Para obter tão útil resultado seria indispensável a organização de um serviço médico que, encarregado de prestar socorros da medicina à população disseminada pela Província, procurasse também estudar e remover as diversas causas de insalubridade das localidades. Assim como a propriedade e os direitos dos cidadão acham-se garantidos pela presença de autoridades nas inúmeras Comarcas em que se acha ela dividida, também a saúde e a vida da humanidade reclamam por idênticos direitos, colocando-seem cada uma daquelas circunscrições territoriais um médico que compenetrado de sua nobre missão velasse sobre a saúde e a vida de seus habitantes e estudasse a constituição médica e as causas que pudessem concorrer para a sua alteração, e então, teríamos como resultado menor mortalidade, vidas mais longas, melhoramento das gerações e crescimento da população, necessidades indispensáveis para o engrandecimento e prosperidade do país<sup>77</sup>.

Observamos nas palavras do inspetor uma preocupação em realizar a organização de um serviço médico para atender a toda a população da província, solucionando problemas enfrentados, tais como: insalubridade, epidemias e doenças. A constituição desta organização representava uma resposta tanto aos reclames da população, quanto aos direitos dos cidadãos à saúde e à vida. No entanto, durante o império, a constituição de uma organização médica voltada para a construção de corpos saudáveis, vidas longas e bem-estar físico ficou apenas no discurso, ou seja, essas reivindicações não foram atendidas.

Durante a segunda metade do século XIX, a Inspetoria de Higiene, o único órgão que tinha a função de construir a salubridade e saúde na Paraíba, parecia não cumprir tais propósitos, continuando a província insalubre, infecciosa e cheia de moléstias, assim denunciavam os médicos em seus relatórios, ao que parece, esta teria sido a principal. Ao que parece, fazer denúncias teria sido a principal função dos inspetores, pois, enquanto funcionários únicos da instituição, sem recursos e com atividades restritas à capital, pouco puderam fazer para mudar o quadro sanitário da Paraíba. Os demais inspetores, José Evaristo da Cruz Gouveia (1885-1891), Antonio da Cruz Cordeiro Senior (1892-1893) e José Elias de Ávila Lins (1893-1896) não escreveram relatórios, portanto não exerceram a principal função de inspetor, que era denunciar as condições insalubres do espaço paraibano. Com o fim do império e o início da ordem republicana, entra em cena um novo órgão destinado à construção de um espaço saudável e salubre, o Serviço de Higiene Pública.

---

<sup>77</sup> Relatório da Inspetoria de Saúde Pública apresentado ao Presidente da Província da Parahyba do Norte, o Sr. Antonio Sabino do Monte, 1884, Anexo A, p.29.

No período imperial, verificamos que os médicos paraibanos que fizeram parte da Inspetoria de Higiene se utilizavam da teoria miasmática para explicar a origem das doenças e epidemias, o que também era recorrente entre os médicos brasileiros. Baseando-se nestes pressupostos da teoria miásticas, a classe médica da Paraíba lançou uma verdadeira cruzada contra os miasmas presentes em diversos espaços, tais como: cemitérios, matadouros, residências, ruas, igrejas, pântanos e açudes, considerados insalubres e causadores dos mais diversos tipos de doenças. Além disso, identificamos no período citado a ausência dos poderes públicos no campo da saúde e da higiene, na medida em que, o único órgão responsável por estes serviços não era nem eficiente e muito menos suficiente para atender as necessidades da população. Diante dessa constatação, fica o questionamento: onde eram atendidos os doentes da Paraíba? Quais espaços buscavam os doentes para se tratar? Existiam serviços hospitalares na Paraíba no século XIX? Estes eram eficientes e suficientes para atender a demanda local? A seguir discutiremos esses questionamentos.

#### **1.4. Espaços de cura na Paraíba Imperial: Os hospitais e hospitalização**

Na segunda metade do século XIX, homens e mulheres paraibanos padeciam de moléstias diversas, como febre amarela, varíola, cólera, febres, tumores, sarampo, tétano, gripes, sífilis, tuberculose, coqueluche e disenterias. Em busca de cura para seus males, os enfermos procuravam os hospitais, outros, porém, simplesmente ficavam em casa, fazendo uso de ervas. Os que buscavam tratamento hospitalar tinham como opção o Hospital de Caridade, o Hospital Inglês, a Enfermaria Militar e a Enfermaria da Cadeia Pública. O Hospital Inglês era destinado aos estrangeiros que, vindos a bordo de navios, eram acometidos de alguma doença contagiosa, sendo, por isso, isolados neste hospital para evitar a transmissão para a população local. A enfermaria militar<sup>78</sup> era responsável pelo atendimento hospitalar dos militares e a enfermaria da cadeia oferecia serviços hospitalares aos presidiários. Contudo, em relatório da Inspetoria de Saúde Pública, Dr. Abdon Felinto Milanez afirmava que, “a enfermaria não oferece as condições indispensáveis para o tratamento dos soldados, que adoecem; no entanto, o serviço médico é mantido com

---

<sup>78</sup> Por ato da presidência de 22 de maio de 1858, os praças do corpo policial deveriam ser tratados no hospital da Santa Casa, revertendo para a instituição da Santa Casa o soldo inteiro de cada praça durante o tempo em que este se conservar no hospital. Ver:RELATÓRIO, 1860, p.39. Esta enfermaria era mantida pelo ministério da guerra.

regularidade.”<sup>79</sup>Já o Hospital da Caridade, era uma instituição administrada pela Santa Casa de Misericórdia através de recursos subvencionados pelo estado e de contribuições de particulares, era a única instituição responsável pelo tratamento hospitalar da população em geral. Sobre estes hospitais, Dr. Abdon Felinto Milanez, em relatório da Inspetoria de Saúde de 1871, explica que “cada um desses estabelecimentos presta o serviço para que foi criado, se não com regularidade, ordem e aceio que era para desejar, ao menos com aquele compatível com os recursos de cada um dispõe.”<sup>80</sup>

No período imperial, os hospitais da Santa Casa eram referência de assistência hospitalar em todo Brasil. Na Paraíba, o hospital mantido pela Santa Casa constituía um espaço procurado pelos paraibanos para a cura de seus males. A criação desta unidade hospitalar relacionou-se com o movimento de fundação das Santas Casas no mundo e no Brasil e, principalmente, com os compromissos estabelecidos por estas instituições. Segundo Sccuoglia & Tavares (2009), a primeira Santa Casa da Misericórdia teve origem em Portugal no final do século XV, sua fundação costuma ser atribuída ao Frei Miguel de Contreras com o apoio da rainha Dona Leonor, viúva do rei de Portugal Dom João II. Em 15 de agosto de 1498 teria sido fundada a confraria da Misericórdia sob a real proteção de Dona Leonor que teria mandado edificar o Hospital de Caldas da Rainha com a colaboração de seu irmão Dom Manuel I, então rei de Portugal, dando prosseguimento às obras de instalação do Hospital Real de Todos os Santos, iniciado por Dom João II em 1492, bem antes da confirmação legal da Irmandade da Misericórdia de Lisboa em 29 de setembro de 1498. Somente em 1502 teria sido instalado o Hospital Real de Todos os Santos que tinha por fim concentrar todos os hospitais e hospícios da capital portuguesa. A partir de então, com o patrocínio régio, a Santa Casa espalhou-se pelo império português, tornando-se a Irmandade leiga de maior poder e uma marca da colonização portuguesa.

Baseando-se nas considerações de Sá (2001) e Sccuoglia & Tavares (2009), observamos que foram três os vetores que organizaram a implantação das Misericórdias: em primeiro lugar, a formação seguiu os tempos implantação das comunidades portuguesas nas áreas de expansão, ou seja, a criação das Santas Casas pressupunha a formação de vilas coloniais estruturadas e variava de acordo com as diferentes configurações do Império ao longo do século XVI ao XVIII. Em segundo lugar, a instalação das Misericórdias nos

---

<sup>79</sup> Relatório do Inspetor de Saúde Pública Abdon Felinto Milanez apresentado ao presidente dr. Justino Ferreira Carneiro. Paraíba do Norte, Typ. do "Liberal Parahybano," 1882, Anexo S, p.6.

<sup>80</sup> Relatório da Inspetoria de Saúde Pública apresentado ao vice-presidente da província, dr. José Evaristo da Cruz Gouvêa em 16 de outubro de 1871. Paraíba, Typ. Conservadora, 1871. Anexo II, p.9.

territórios administrados pelos portugueses em conseqüência da expansão ultramarina foi simultânea à difusão das Misericórdias na Metrópole, deste modo, não formaram um sistema testado no Reino e, em seguida, exportado para as colônias. Em terceiro, registra-se que a cronologia da implantação das Misericórdias seja difícil de precisar com rigor porque não há documentação de apoio, ficando impraticável a definição de datas precisas.

No Brasil, a fundação das Santas Casas iniciou-se com a colonização efetiva do território. Na Paraíba, segundo Sccuoglia & Tavares (2009), não é possível precisar a data de construção da Misericórdia na capital do estado, assim como é o caso da grande maioria das igrejas dessa Irmandade. Porém, podemos afirmar que ela já existia desde o século XVI constando nos registros da visitação do Santo Ofício à Paraíba, realizados no ano de 1595, segundo anotação do Livro de Tombo da Igreja de Nossa Senhora das Neves. Além disso, há ainda uma descrição contida na Relação de Diogo de Campos Moreno, na qual é feita menção à Igreja da Misericórdia, registro datado de 1609. Já quanto a fundação do hospital da instituição, “também não podemos precisar a data de construção, mas sabemos, a partir do Relatório da Santa Casa de 1965, que o mesmo já existia desde a formação da Irmandade na cidade de Paraíba do Norte”(SCCUOGLIA & TAVARES, 2009, p.20).

As Santas Casas de Misericórdias seguiam o Compromisso de Lisboa, com modificações mínimas ditadas pelas condições locais. Esse Compromisso, de 1516, organizava-se em torno das chamadas 14 obras de caridade, sete espirituais e sete corporais inspiradas pelo Evangelho consignado segundo São Mateus. As espirituais consistiam em: 1 - ensinar os ignorantes, 2 - dar bons conselhos, 3 - punir os transgressores com compreensão, 4 - consolar infelizes, 5 - perdoar as injúrias recebidas, 6 - suportar as deficiências do próximo, 7 - orar a Deus pelos vivos e pelos mortos. As corporais: 1 - resgatar cativos e visitar prisioneiros, 2 - tratar dos doentes, 3 - vestir os nus, 4 - alimentar os famintos, 5 - dar de beber aos sedentos, 6- abrigar os viajantes e os pobres, 7 - sepultar os mortos (SCCUOGLIA & TAVARES, 2009, p.20).

Na capital da Paraíba, a Irmandade também adotou, inicialmente, o compromisso da Santa Casa de Lisboa, compromisso este em que assumiu todas as obrigações que estavam contidas nas obras corporais e espirituais, pois, em âmbito nacional, foi somente a partir do século XVIII que as Santas Casas de Misericórdias brasileiras começaram a elaborar seus próprios compromissos. Um pouco mais tarde, a Santa Casa da Paraíba também elaborou o seu, conforme se pode ler no Relatório da Santa Casa de 1965:

O Compromisso de 1860 foi substituído pelo de 1913, que chegou até os nossos dias. Em 1960, foi adotado um resumo de toda a legislação anterior, com o nome de Estatuto da Santa Casa. A atual Provedoria, logo de início de sua gestão, solicitou das Santas Casas de Olinda, do Recife, da Bahia, do Rio de Janeiro, de São Paulo, Santos e Belo Horizonte a legislação pelas quais ainda se regem essas congêneres. No intuito de atualizá-la, adaptando-a as necessidades locais... (SCCUOGLIA & TAVARES, 2009, p.20 ).

Além dos propósitos religiosos e espirituais, a Santa Casa também tinha a “missão de proporcionar a assistência hospitalar aos enfermos indigentes,”<sup>81</sup> cuidar das crianças “expostas”(órfãos, abandonadas ou frutos de relações extraconjugais), cuidar dos presos e sepultar os escravos ou condenados à morte. Dentre os serviços oferecidos pela Santa Casa de Misericórdia da Paraíba estavam “a hospitalização e o tratamento de doentes, à conservação e o asseio dos prédios hospitalares e do da Igreja, ao enterramento dos que faleceram nesta Cidade e seus subúrbios.”<sup>82</sup> No que diz respeito aos sepultamentos Russell-Wood (1981, p.153) demonstra em seu texto que:

Os estatutos da Misericórdia estipulavam que cada irmão deveria ser acompanhado à sepultura por um cortejo cerimonial da irmandade. Além dessas obrigações estatutárias, a Misericórdia administrava diversos serviços funerários, tanto contra pagamento quanto por caridade. Nesses serviços, a Misericórdia continuava uma tradição de funerais cooperativos existentes nas irmandades da Europa ocidental desde o início do Império Romano. O legado dessa tradição fora preservado nos estatutos das irmandades medievais e no Compromisso da Misericórdia de Lisboa.

Na capital da Paraíba, o sepultamento era uma prática realizada exclusivamente pela irmandade, enterravam-se pobres, escravos e pessoas que ocupavam posições sociais em destaque na sociedade da época. Além deste compromisso, outra obrigatoriedade da Santa Casa, de acordo com seu compromisso oficial, era o recebimento dos expostos, que eram as crianças abandonadas pelas mães, deixadas na porta de instituições de caridade, para que fossem criadas. Contudo, na Santa Casa não havia espaços para as crianças; mal cabiam as que se encontravam doentes. Para cumprir a tarefa de cuidar dos expostos, os irmãos da Santa Casa enfrentaram dificuldades para exercer-la com qualidade e eficiência. Neste caso, a Santa Casa adotava o seguinte procedimento para resolver o problema das crianças abandonadas: “os irmãos da misericórdia adotavam crianças abandonadas, que eram entregues às amas de leite, que recebiam esta incumbência, em casas de bons cidadãos. Estes, por sua vez, recebiam

---

<sup>81</sup> Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solenne de 2 de julho de 1925. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Official, Parahyba, p. 3, 1925.

<sup>82</sup> Idem.

a quantia de 7 mil réis para criá-las. Mas, na maioria dos casos, estas crianças educadas pelas amas, nas casas de pessoas de boa família, passavam a incorporar o quadro dos empregados domésticos da casa” (ALVES, 2008, p.8). Estas medidas podem ser verificadas no relatório apresentado pelo Provedor Dr. Antônio Herculano de Souza Bandeira no momento da renovação do mandato:

Tenho encontrado um número avultado de expostos, alguns dos quais devidamente recebiam pensões deste pio estabelecimento, já pela idade elevada, e já por se acharem ao serviço doméstico das próprias amas ou criadeiras, reduzi a 7, que atualmente são alimentados por este pio estabelecimento mediante a módica retribuição, já referida, por se acharem eles ainda nas condições de receberem semelhante auxílio, atentos os seus verdes anos (SEIXAS, 1987, p.251).

Além do cuidado com as crianças “fragilizadas”, a irmandade tinha a função de cuidar dos presos. “A ajuda era restrita aos presos pobres e era tarefa da Irmandade coletar as esmolas destinadas ao sustento dos prisioneiros” (SCCUOGLIA & TAVARES, 2009, p.21). Os compromissos da Santa Casa de Misericórdia ultrapassavam a dimensão religiosa e espiritual, atingindo os aspectos sociais, cristalizando-se nas práticas de solidariedade aos sujeitos mais frágeis da sociedade em geral, crianças abandonadas, presos, doentes e mortos.

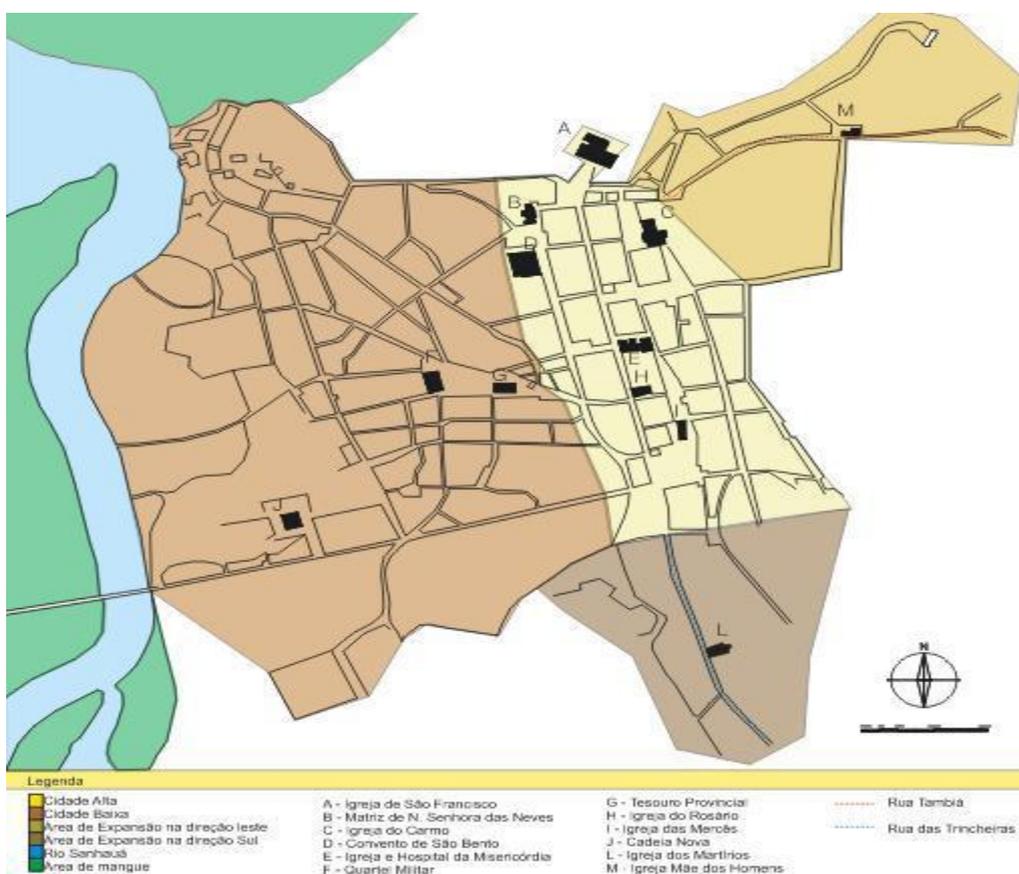
No plano hospitalar, as Misericórdias tornaram-se responsáveis pela administração hospitalar do país, sobretudo a partir da década de 60 do século XVI. Expandindo-se “rapidamente pelos centros urbanos, o modelo de assistência das Misericórdias lusitanas foi igualmente exportado para os territórios ultramarinos” (FERNANDES, 2009, p.36). Na Paraíba, o hospital de Caridade, pertencentes aos quadros da Santa Casa, era o único existente no estado destinado aos enfermos desvalidos que procuravam remédios para seus sofrimentos, contudo, estava bem longe de preencher completamente os fins da instituição. Como bem argumentou o inspetor de saúde Dr. Abdon Felinto Milanez:

Isto devido a “escassez de seus rendimentos não lhe permite dar aos doentes que recebe aquele tratamento, se não delicado aos decente que convém, e a pequenez e má estado da casa lhe não consente acolher maior número de pobres que necessitados procuram esse triste abrigo de caridade pública.”<sup>83</sup>

---

<sup>83</sup>Relatório da Inspetoria de Saúde Pública apresentado ao vice-presidente da província, dr. José Evaristo da Cruz Gouvêa em 16 de outubro de 1871. Parahyba, Typ. Conservadora, 1871. Anexo II, p.18. Idem.

No cotidiano hospitalar, observa-se um quadro sanitário negativo, marcado pela existência de “quartos, que, além de serem insalubres, se acham estragados por neles se terem recolhido alienados , que no acesso da loucura tudo destroem, reclamam um pronto melhoramento.As enfermarias foram supridas de pouca roupas, porém não de quanta era precisa para o grande número de doentes.<sup>84</sup> Além disso, os médicos do hospital reclamavam da falta de ferros para as operações. A insalubridade, a sujeira, a falta de roupas para o uso diário e a escassez de ferros para as cirurgias tornavam mais calamitosa a situação dos enfermos nos hospitais, assim como, dificultava o tratamento e, conseqüentemente, o processo de cura.



**Figura 4- Planta da Cidade da Paraíba, 1855. Pela legenda, identificamos em (E) a localização da Igreja e Hospital da Misericórdia (Hospital de Caridade), na Cidade Alta. Fonte: Mapa feito sobre base levantada por Alfredo de Barros e Vasconcelos, 1855. Elaboração: Maria Simone Morais Soares, 2009.**

<sup>84</sup> Ver: Relatório apresentado á Assembléa Legislativa Provincial da Parahyba do Norte no dia 1 de outubro de 1864 pelo presidente, dr. Sinval Odorico de Moura. Parahyba, Typ. de J.R. da Costa, 1864. p. 49.

Para os diretores do hospital da Santa Casa, a instituição deveria receber apenas os doentes curáveis, os incuráveis não deveriam procurar o hospital, pois estariam ocupando um espaço reservado aos que tinham possibilidade de cura, assim justifica o provedor da Santa Casa:

Sendo este, como já disse, o único estabelecimento de caridade, é obrigado a receber indivíduos inutilizados por sua avançada idade, e moléstias incuráveis, que pesão assim sobre o Estabelecimento, e ocupam leitos, que em regra deviam ser ocupados por aqueles, que dessem esperanças de restabelecimento. Atualmente existem quatro nessas circunstâncias. Felizmente ainda eles não impossibilitaram de receber doentes de outra espécie: mas pode um dia assim suceder. A mesa administrativa já quis pencionar com uma diária a todos, saindo-lhes da enfermarias, aceitaram dois, mas os outros eram tão desvalidos, que nem encontraram a casa de um parente, ou filantropo, que os quizesse receber, e assim, permanecer ali, até que Deus os livre das misérias desta vida. (...) Se atendermos ao estado dos indivíduos que entraram por caridade ao hospital, que somente o demandam quando não lhes restão mais esperanças, a seus hábitos e vida, certamente que nos surpreenderá a cifra da mortalidade, e confessaremos que ela acredita sumamente ao hospital.<sup>85</sup>

E, afinal, o que seriam os doentes curáveis e não curáveis para os diretores da Santa Casa de Misericórdia? Pela leitura do trecho acima os incuráveis seriam os doentes que apresentavam uma doença incurável para a ciência médica do período, ou simplesmente a instituição não disponibilizava de meios terapêuticos ou técnicos para realizar a cura do paciente, embora isso fosse possível em alguma outra instituição mais qualificada em termos de recursos humanos e materiais. Já os curáveis seriam doentes que apresentavam uma enfermidade que poderia ser tratada pelos recursos disponíveis pela entidade. Outra questão que seria: Por que para a instituição os incuráveis eram tão indesejáveis? A presença dos incuráveis no Hospital de Caridade era indesejável na medida em que acarretavam despesas para a unidade hospitalar, ocupavam os espaços destinados aos curáveis e aumentavam o índice de mortalidade da entidade, como relatou o provedor Antonio de Souza Gouveia, “não deve surpreender-vos a mortalidade havida, se atenderdes que a maior parte dos enfermos que demandam o hospital o fazem já em tal estado de adiantamento, que muitas vezes seus sofrimentos se tornão rebeldes ao tratamento que ali recebem e outros sucumbem no dia imediato de sua entrada no hospital”.<sup>86</sup> Além disso, o provedor Lindolfo José Correia das Neves, reconhecendo as deficiências da instituição, admite que “a mortalidade é excessiva,

---

<sup>85</sup> Relatório apresentado á Assembléa Legislativa Provincial da Parahyba do Norte, no dia 31 de maio de 1862, pelo presidente, dr. Francisco d'Araujo Lima. Parahyba, Typ. de J.R. da Costa, 1862.p.3.

<sup>86</sup> RELATORIO do Inspetor de Saúde Pública Dr. José de Inocência Poggi dirigida ao 1º vice-presidente do Estado José Carneiro da Cunha, 1869, Anexo D, p.2.

mas se atendermos aos hábitos dos que, pelo comum, demandam o hospital, seu estado físico, e muitas outras circunstâncias desfavoráveis, para quais forma alguma não influem as enfermarias, e o tratamento nelas aplicado, reconheceréis facilmente a razão dessa desproporção que é irremediável.”<sup>87</sup>

Como observamos, admitia-se que não só o estado físico do paciente, mas também o tipo de tratamento recebido (remédios e procedimentos médico- cirúrgicos) e a estrutura hospitalar (higiene, alimentação, vestuário) interferiam no índice de mortalidade da unidade hospitalar. Além disso, muitos dos pacientes considerados incuráveis eram indigentes que não tinham condições de arcar com as despesas do tratamento, acarretando despesas para a instituição, por isso, o acolhimento de tais enfermos não era economicamente viável, e, portando, foi bastante desestimulado pelos diretores da Santa Casa.

Os doentes incuráveis, quando eram indigentes, mais indesejáveis se tornavam, pois não podiam pagar a diária do hospital. A presença dos enfermos para os que não tinham chances de cura no hospital, segundo os diretores, era um problema que afetava a questão da superlotação, tendo em vista que, “a procura de leitos era frequente, e quase impossível de ser em continente satisfeita, apesar de ter aumentado no triplo seu número, prova, que o Hospital perdeu entre a população o descrédito em que chegou a cair.”<sup>88</sup> Assim relatou o provedor da Santa Casa, Lindolfo José Correia das Neves.

Se os doentes “curáveis” e os “incuráveis” tinham como opção o hospital da caridade para seu tratamento, em relação aos enfermos acometidos de doenças epidêmicas como febre amarela e varíola, quais espaços de cura deveriam procurar? Ao que tudo indica não era o hospital de caridade, pois, como informa o provedor:

Todos os anos ao principiar a epidemia de febre amarela, que periodicamente, invade os navios estrangeiros surtos em nosso porto, os primeiros casos são tratados n`este hospital, em quanto o Governo monta a sua enfermaria para seu tratamento, e quanto o flagello parece extinto, e depois, que as enfermarias são desmontadas, porque não é possível que os cofres públicos supram indeterminadamente as extraordinárias despesas de seu custeio, ele, que é traçoeiro, reaparece, os affectados continuam a ser tratados em nosso hospital. No corrente ano a varíola, com o character terrível e assolador, accometteu, a população desta cidade, bem como a de toda a Província, de todo o império, e de grande parte do globo, e quase ao mesmo tempo, a febre amarela fez sua visita anual. S. Exc. Fez montar com a possível brevidade uma enfermaria no Convento S. Francisco para os

---

<sup>87</sup> Falla dirigida á Assembléa Legislativa Provincial da Parahyba do Norte pelo exm. sr. presidente da provincia, dr. Francisco Teixeira de Sá, em 6 de setembro de 1873. Parahyba, Typ. dos herdeiros de José R. da Costa, 1873. Anexo III, p. 5.

<sup>88</sup> Idem, p.2.

afetados daquelas epidemias. Os primeiros casos, porém, foram tratados neste hospital, até que o mesmo Exm. Sr. Por officio n. 3464 de 3 de dezembro do ano findo me determinou, que cessasse o recebimento de taes doentes, que devião ser recolhidos a mencionada enfermaria. Sendo julgadas extinctas as epidemias, foi desmontada aquela enfermaria, mas em quinze dias, mais ou menos, tinham recrudescido ambas, e não pude recusar-me a receber os afetados.<sup>89</sup>

No período de epidemias, as vítimas eram tratadas em enfermarias isoladas, montadas pelo governo provincial, cujo objetivo era evitar o contágio da população local. Apenas no início dos surtos epidêmicos, quando as enfermarias ainda não estavam montadas, era que os pacientes recorriam ao hospital da Santa Casa ou, quando as epidemias eram consideradas extintas e as enfermarias já estavam desmontadas. Deste modo, era apenas nestas situações que o Hospital da Caridade atendia aos acometidos por doenças infecciosas.

O tratamento dos enfermos realizado no hospital da instituição era mantido através de “aluguéis de casas; dízimos de miunças; jóias por admissão de irmãos; impostos sobre os despachos de embarcações; rendimento do cemitério; dons gratuitos; subvenção do Tesouro Provincial; e legados pios não cumpridos, contribuições de particulares.”<sup>90</sup> Como podemos observar na tabela abaixo.

**Tabela 5- Movimento financeiro da Santa Casa<sup>91</sup>**

Ano	Receita	Despesa	Saldo
1857	15:139\$ 968	9:219;830	5:920; 128
1858	16:357\$068	10:130\$408	6:226\$660
1864	15:271\$739	15:398\$825	-127\$086
1867	24:792\$615	22:855\$477	1:937\$141
1868	17:475\$194	15:934\$201	1:520\$993
1869	20:338\$263	19:181\$336	1:036\$897
1871	2:836\$508	1:601\$816	1:234\$692
1873	20:199\$037	19:310\$967	1:388\$570
1874	18:788\$4846	18:338\$446	450\$000
1877			402\$658 <sup>92</sup>

<sup>89</sup> Relatório apresentado á Assembléa Legislativa da provincia da Parahyba do Norte em 7 de agosto de 1874 pelo presidente, exm. sr. dr. Silvino Elvidio Carneiro da Cunha. Parahyba, Typ. do Jornal da Parahyba, 1874. Anexo D, p.3.

<sup>90</sup> Relatório apresentado á Assembléa Legislativa Provincial da Parahyba do Norte no dia 1 de outubro de 1864 pelo presidente, dr. Sinval Odorico de Moura. Parahyba, Typ. de J.R. da Costa, 1864. p. 58.

<sup>91</sup> Esta tabela foi elaborada com base nos dados apresentados pelos provedores da Santa Casa nos relatórios enviados aos presidentes da Província nos respectivos anos.

De acordo a tabela acima, verificamos que a Santa Casa de Misericórdia obteve resultado positivo, ou seja, saldo na relação entre receita e despesa, embora os provedores reclamassem falta de recursos financeiros para realizar reformas na estrutura do hospital, compra de remédios, material hospitalar e contratação de funcionários. A Santa Casa não era uma instituição pobre, além do fato de os provedores tentavam mostrar nos seus relatórios para o público em geral, eram diversas as fontes de receitas e, muitas destas apresentavam-se bastante volumosas. Também havia as contribuições de particulares que geravam grandes quantias para a instituição, principalmente, se os contribuintes fossem, além de caridosos, muito ricos. Os legados, que eram os bens deixados em testamento, também representavam grande fonte de lucro para a Santa Casa, pois, casas, prédios, jóias, terrenos e até mesmo propriedades rurais foram transferidas em testamento para entidade. Em suma, a relação de patrimônio da Santa Casa constituía uma evidência de sua riqueza e de seu poder aquisitivo, muitos desses bens se revertiam-se em lucro para a instituição, a exemplo dos alugueis das casas, foros de terrenos e até empréstimos a juros. Desta forma, listamos os seguintes bens da Santa Casa em 1877:

Consiste o patrimônio da Santa Casa em 7 prédios n`esta cidade, que foram arrendados por três anos, em hasta pública, pela quantia de 1:268\$000; em terrenos contigios a mesma cidade; aforados perpetuamente, e num sitio denominado “Araça”, junto a população de Lucena, rendendo estas propriedades a quantia de 1:200\$000 réis por ano.<sup>93</sup>

Em suma, a Santa Casa dispunha de fontes variadas de receita, no entanto, os provedores não aplicavam os recursos em melhoria da estrutura hospitalar, da oferta de medicamentos, da contratação de funcionários e da ampliação dos leitos hospitalares. Apresentando uma estrutura hospitalar ineficiente e insuficiente para atender a demanda local, a Santa Casa foi alvo das críticas da população que tinha consciência da origem dos recursos, no caso, as subvenções do governo provincial, os impostos arrecadados e as contribuições de particulares, principalmente nos momentos de epidemia, como a da varíola em 1897, em que se exigia da instituição uma atuação eficiente, questionava-se: “E a Santa Casa, que é subvencionada largamente (não se leia parcamente, ao modo da imprensa imparcial) pelo

---

<sup>92</sup> Neste balanço do ano de 1877, o provedor apenas citou o saldo da instituição. Ver Relatorio apresentado á Assembléa Legislativa da Provincia da Parahyba do Norte pelo presidente, exm. sr. doutor Esmerino Gomes Parente, em 12 de agosto de 1877. Parahyba do Norte, Typ. Liberal Parahybana, 1878.:

<sup>93</sup> Relatorio apresentado á Assembléa Legislativa da Provincia da Parahyba do Norte pelo presidente, exm. sr. doutor Esmerino Gomes Parente, em 12 de agosto de 1877. Parahyba do Norte, Typ. Liberal Parahybana, 1878.p.40.

Estado que lhe comete assim a obrigação da assistência pública?”<sup>94</sup> Assim questionava o redator do jornal *A União*, em resposta as críticas feitas pelo *Jornal do Commercio* sobre a atuação do Governo do Estado no combate a epidemia de varíola e, em defesa do governo estadual, afirma que este transferia recursos para o hospital da Santa Casa que, por ventura, tinha a obrigação de prestar assistência pública a população nos momentos de epidemia. Neste sentido, faz-se pertinente ressaltar que, um ano antes, o presidente do estado tinha enviado um telegrama ao Ministro do Interior, solicitando “crédito necessário para poder autorizar a Santa Casa de Misericórdia a organizar uma enfermaria para que possa tratar dos doentes atacados de varíola em lugar isolado, a fim de evitar o contágio do mal não só as enfermarias do estabelecimento como também a população desta cidade.”<sup>95</sup>

Ao que tudo indica a enfermaria tinha sido construída, contudo, o atendimento oferecido aos doentes não era de qualidade, ao menos é o que observamos na leitura da matéria “Santa Casa de Misericórdia,” publicada pelo jornal *A União*, em 6 de setembro de 1896, cujo o conteúdo abordava uma matéria publicada pelo *Jornal do Commercio*, no qual afirmava “não haver na enfermaria especial para variolosos o necessário zelo, deixando-se até de fornecer aos doentes ali recolhidos roupas para as camas.”<sup>96</sup> Deste modo, embora os serviços hospitalares fornecidos pela Santa Casa não correspondessem qualitativamente e nem quantitativamente aos anseios da sociedade, convém ressaltar que, estes serviços eram os únicos existentes na Paraíba e representavam o assistencialismo no campo da saúde.

No ambiente social da Paraíba do século XIX, as doenças e as epidemias afetavam o cotidiano da população, desencadeando desequilíbrios sociais, políticos e culturais. Como bem cita Giddens, o cotidiano epidêmico pode ser comparado ao que ele denomina de *situação crítica*: “são circunstâncias de disjunção radical do tipo imprevisível, que afetam uma quantidade substancial de indivíduos, situações que ameaçam ou destroem as certezas de rotinas” (GIDDENS, 2003, p. 70). Neste ambiente marcado pela presença de corpos doentes e infecciosos, os serviços de prevenção, no caso, a Inspeção de Higiene, órgão do governo provincial, parecia não cumprir as finalidades que nortearam a sua construção, devido a sua precariedade e sua atuação restrita à capital. Esta ausência do poder público no setor da saúde e da higiene se fazia sentir também no tocante aos serviços hospitalares que, na Paraíba no século XIX, eram mantidos exclusivamente pela Santa Casa de Misericórdia, constituindo o assistencialismo nas práticas de saúde, ou seja, os serviços de assistência hospitalar são

---

<sup>94</sup> Fragmentos. *A União*, ano V, n. 1057, 11 de abril de 1897.

<sup>95</sup> GOVERNO DO ESTADO. Administração do Exm. Sr. Dr. Álvaro Lopes Machado, Presidente do Estado. Expediente do dia 7 de março de 1897. *A União*, ano IV, n. 802, 7 de maio de 1896.

<sup>96</sup> Santa Casa de Misericórdia. *A União*, ano IV, n. 896, 6 setembro de 1896.

mantidos através de verbas oriundas de contribuições particulares e de subvenções dos poderes públicos que mantinham a instituição sob a justificativa de ajuda aos “pobres.”

O assistencialismo desenvolvido no âmbito da saúde pela Santa Casa constituía uma maneira do estado transferir para a referida entidade a função de agente promotor da saúde e da cura, isentando-se desta responsabilidade, assim o estado não mantinha unidades hospitalares com sua estrutura correspondente: funcionários, remédios, alimentação, vestuário e material cirúrgico. Deste modo, para o poder público era mais cômodo subvencionar a Santa Casa para que esta pudesse oferecer a população à assistência hospitalar. Esta, por sua vez, tinha a obrigação de prestar contas de suas atividades (serviços realizados) e do movimento financeiro (a relação receita x despesa) através dos relatórios apresentados ao presidente da província. Como não existia uma verdadeira fiscalização da aplicação dos recursos públicos pela Santa Casa, os provedores e outros administradores eram indicados pelo Presidente da província que mantinham para com estes relações de compadrio e uma intensa rede favores, deste modo, não podemos afirmar se realmente os recursos investidos na instituição pelo governo provincial resultou em serviços prestados à sociedade. De certo, a assistência hospitalar desenvolvida pela Santa Casa não correspondia quantitativamente e qualitativamente aos anseios da população, gerando insatisfação por parte dos enfermos que procuravam estes serviços.

Em nosso estudo, o assistencialismo no campo da saúde constitui um ponto importante de análise para a compreensão dos processos de institucionalização e coletivização dos serviços de saúde, pois evidencia a falta de atuação dos poderes públicos no tocante a assistência médico-hospitalar, bem como denota a distancia do estado em relação aos aspectos da saúde e da doença. Além disso, as lacunas deixadas pela assistência desenvolvida pela Santa Casa serviram de base para as reivindicações da população para que o estado assumisse sua função de agente promotor da saúde e da constituição desta enquanto um direito dos cidadãos. Sendo assim, iremos problematizar no próximo capítulo o tipo de assistencialismo desenvolvido pela Santa Casa e pelo Instituto de Proteção e Assistência à Infância na Paraíba nas primeiras décadas do século XX, com base nos seguintes questionamentos: Por que nas primeiras décadas do século XX o modelo assistencial foi predominante nos serviços de saúde? Por que o Estado em sua forma republicana eximiu-se de sua responsabilidade no campo da saúde? Estes serviços ofertados pelo hospital da Santa Casa e pelo Instituto de Proteção e Assistência à Infância eram eficientes, ou seja, correspondiam aos anseios de seus usuários? Correspondia quantitativamente à demanda local.

## Capítulo II- Ciência e poder: o assistencialismo em cena

### 2.1 Espaços de cura: O Hospital Santa Isabel

No período republicano, o governo iniciara um esboço de atuação mais incisiva com as medidas higiênicas influenciadas pelos pressupostos de Pasteur e pelo imaginário ainda dominante da teoria dos miasmas. Começou a ser feita a limpeza das ruas e das casas, mas o governo não criou novos hospitais no Brasil, “a não ser no Rio de Janeiro, cuja trajetória neste tema era completamente distinta do restante do país, antes aproveitou a posição das Misericórdias e o seu patrimônio nas principais cidades” (FERNANDES, 2009, p.65). Neste contexto, “as Misericórdias permaneceram como modelo de assistência, havendo outra expansão de novas fundações pelo país, ainda mais expressiva que a registrada no Império (SANGLARD, 2007, p. 29).

O modelo de assistência hospitalar da Santa Casa de Misericórdia da Paraíba continua sendo predominante nas primeiras décadas do século XX, neste tipo de assistência, os hospitais da Santa Casa recebiam subvenções do governo estadual e contribuições de particulares para atender gratuitamente os enfermos indigentes, caracterizando um tipo de assistencialismo nas práticas de cura. Nesta conjuntura, o estado não atuava diretamente na promoção da saúde através da manutenção de instituições hospitalares, mas transferia para a Santa Casa esta função mediante volumosas subvenções.

A discussão sobre o modelo assistencialista no campo da saúde, modelo este representado pelos hospitais da Santa Casa, faz-se necessária não somente porque os hospitais constituíam referência neste campo, mas, sobretudo, pela relação existente entre os serviços de saúde mantidos pela entidade e o campo da ciência médica, como também a relação com os poderes públicos constituídos e suas repercussões na sociedade. Desta forma, este capítulo pretende problematizar a assistência hospitalar da Santa Casa em suas relações com os processos de institucionalização dos serviços de saúde, com a ciência e com a sociedade.

As Santas Casas tinham como uma de suas obrigações à construção de hospitais para oferecer os devidos serviços tratamento dos enfermos. Na Paraíba, O hospital da Santa Casa de Misericórdia “atendia a todos os tipos de doenças, inclusive mentais; atendia a homens, mulheres (que tinham enfermarias separadas, nem sempre em boas condições); atendiam a crianças e a idosos” (ALVES, 2008, p.7). No âmbito da assistência hospitalar, a instituição mantinha no ano de 1920 os seguintes estabelecimentos: Hospital Santa Isabel, Hospital

Sant`Anna e o Azilo Sant`Anna. O hospital Santa Isabel atendia a força policial do estado, os pensionistas e os pobres desvalidos. O Hospital Sant`Anna, era destinado a pacientes de moléstias contagiosas, como a lepra, tuberculose e outras doenças infecciosas. O Asilo de Sant`Anna era destinado a prisão dos loucos<sup>97</sup>. Em relação à assistência psiquiátrica desenvolvida pelas Santas Casas, destaca-se que “à exceção dos cuidados terapêuticos habituais da época, a assistência psiquiátrica revelada nas três primeiras décadas da República resumia-se ao encarceramento e isolamento dos alienados e uma importante cota deste —cuidado institucionalizado ficou a cargo das Misericórdias” (FERNANDES, 2009, p.91). Eis, abaixo imagens do hospital Santa Isabel:



**Figura 5- Hospital Santa Isabel**

A imagem acima mostra o edifício do Hospital Santa Isabel construído no lugar denominado Cruz do Peixe em 1914, antes o hospital funcionava na Rua Visconde de Pelotas, no centro da cidade em um prédio anexo à Igreja da Misericórdia. A construção do novo hospital durou seis anos, de 1908 a 1914, e sua remodelação física deveu-se a necessidade de ampliar o número de leitos e adequar o hospital aos novos padrões da ciência médica moderna, principalmente nos critérios de luminosidade, ventilação e higiene. Neste sentido, observamos na arquitetura do hospital alguns elementos representativos dessa mudança, a exemplo do tamanho do edifício, era enorme e estava subdivido em quatro unidades, cada qual contando com inúmeras janelas que proporcionavam luminosidade e ventilação ao ambiente. Esta estrutura física sinalizava os aspectos do poder presentes no ambiente

<sup>97</sup> Ver: Relatório da Santa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solenne de 2 de julho de 1920, pelo Provedor Desembargador José Ferreira de Novais. **A União**, n. 3, p.2, 3 de agosto de 1920.

hospitalar, em termos religiosos, terapêuticos e disciplinar, exemplificados, na divisão dos espaços; na presença do corpo médico e das religiosas e, sobretudo, na existência dos símbolos do cristianismo: torres e cruzes.

O hospital Santa Isabel tinha sua direção interna “confiada a uma irmã de Caridade, auxiliada por outras, da Sagrada Família.”<sup>98</sup> As irmãs<sup>99</sup> trabalhavam na manipulação dos remédios, nas enfermarias e realizando as funções de auxiliares de enfermagem. Em relação à atuação das irmãs no ambiente hospitalar, vale salientar que, “apesar de se constituírem um pequeno grupo, estavam presentes em todos os espaços do hospital, organizando, disciplinando e até punindo os empregados e enfermos que não correspondessem às normas estabelecidas pelo seu Regulamento” (MIRANDA, 2013, p.348). Assim, as irmãs exerciam um papel importante no processo de construção da ordem e da disciplina no espaço hospitalar, pois, eram “disciplinadas e verdadeiras guardiãs do prédio, as irmãs seguiam rigorosamente as ordens da superiora que, muitas vezes, apenas através do olhar, do estalar dos dedos, do bater palma, impunha com austeridade suas ordens às obedientes religiosas” (MIRANDA, 2013, p.348).

Além da questão da disciplina do ambiente hospitalar, a atuação das irmãs era importante para as elites que compunham as mesas diretoras das Irmandades, que encaravam a promoção de religiosos nos seus quadros como uma necessidade utilitária, especialmente com as freiras hospitalares, visto que as Misericórdias faziam economias com a utilização do seu serviço de enfermagem. Vale salientar que, enfermagem nos moldes —nightgaleanos— só vem se instaurar no Brasil a partir da década de 1920, primeiro no Rio de Janeiro, depois paulatinamente nas demais cidades brasileiras, chegando no Paraná em 1953. A “enfermagem como profissão passou a ser regulamentada em 1931” (PIZANI, 2005, p.5-7). Deste modo, no Brasil, apesar de as condições de ensino da enfermagem serem precárias, o custo de um enfermeiro laico era mais elevado que o das freiras, pois as técnicas sanitárias empregadas eram praticamente as mesmas. Além disto, a presença das religiosas reforçava o papel simbólico do hospital como lugar de caridade.<sup>100</sup> Com relação ao papel caritativo exercido

---

<sup>98</sup>Relatório da Santa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjunta na sessão solenne de 2 de julho de 1925, pelo Provedor Desembargador José Ferreira de Novais. Imprensa Oficial, Parahyba do Norte, p.8, 1925.

<sup>99</sup>As que se fizeram mais presentes nos hospitais das Santas Casas foram as irmãs Salesianas, Franciscanas, Vicentinas e as freiras da ordem francesa de São José de Chamberry (FERNANDES, 2009).

<sup>100</sup>A caridade é um valor presente em três religiões monoteístas expressivas, no judaísmo a tzedaka, no islamismo, o zakat e no cristianismo a caritas. Todos são imperativos morais de ajuda aos pobres dentro dos sistemas de crença respectivos. Além de pressuposto moral, é também um instrumento para ganhos políticos.

pelos hospitais das Santas Casas, Russel-Wood (1981), em seu trabalho sobre a Santa Casa da Bahia, destaca que as doações à instituição eram interpretadas como um dever cristão, segundo a caridade tradicional cristã, o que ratifica o papel relevante das Misericórdias na tradição católica de assistência. Contudo, a presença das religiosas no espaço hospitalar no início do século XX acirrou os conflitos com os médicos, uma vez que:

Às freiras cabiam funções administrativas (supervisão de compras e co-administração) e de enfermagem (alimentação e cuidado com os doentes), e a elas era permitido o livre trânsito pelas enfermarias femininas e masculinas. Também eram encarregadas da supervisão dos enfermeiros laicos e da animação da vida religiosamente dita, tais como de missas, orações etc (PIMENTA, 2003, p.122).

Já Othmal Keel (2001) ressalta que quando a administração dos hospitais não estava a cargo do corpo médico, o conflito entre este e os gestores leigos ou religiosos a controlar e impor regras de funcionamento era inevitável. Os confrontos se davam entre médicos e freiras, no que se referia aos cuidados aos enfermos, ou mesmo entre médicos e administradores a respeito da função e do papel do hospital. O mesmo pode ser dito acerca da infra-estrutura do hospital, pautada no serviço das religiosas e de enfermeiros desqualificados.

Dessa maneira, os hospitais da Santa Casa eram espaços marcados pela atuação das religiosas, como observamos no regulamento de 1910<sup>101</sup>, em seu art.66, “a administração interna do Hospital de Santa Isabel compete às irmãs de caridade em virtude do contrato, que foi celebrado pela Mesa Administrativa da Santa Casa com as mesmas e, na falta da renovação do contrato, a administração ficará a cargo de um dos enfermeiros, designado pelo Provedor de acordo com o Mordomo.”<sup>102</sup>Essa atuação poderia acarretar relações de conflitos com os outros profissionais, na medida em que, eram responsáveis por, segundo o regulamento de 1910, art.69, “§ 4º Fazer depois, de fechada a porta do hospital, a chamada de todos os empregados internos e serventes, examinando se todos estão em casa.”<sup>103</sup> Este poder das freiras, poderia ter gerado embates com outros profissionais que tinham sua frequência

---

Cf. LEEUWEN, Marco H. D van. —Logic of Charity: Poor Relief in Preindustrial Europe, *Journal of Interdisciplinary History*, XXIV,4:589-613, The Massachusetts Institute of Technology, [s.l], 1994.

<sup>101</sup> No Regulamento de 1932, observamos a continuidade da atuação das irmãs na direção interna do Hospital Santa Isabel, em seu art. 32, p.12. Regulamento do Hospital Santa Isabel, Santa Casa de Misericórdia do Estado da Paraíba, Imprensa Oficial, João Pessoa, 1932.

<sup>102</sup> Regulamento dos hospitais Santa Casa de Misericórdia da Paraíba do Norte, aprovado pela mesa administrativa em sessões de 19 e 20 de Junho de 1910. Imprensa Oficial, Paraíba do Norte, p.16, 1910.

<sup>103</sup> Idem, p. 17.

avaliada pelas religiosas. E, principalmente, com relação aos enfermeiros que estavam “sujeitos aos Mordomos, aos Diretores e as irmãs, cujas ordens cumprirão”<sup>104</sup>.

No segundo artigo, identificamos a distinção que se fez entre os enfermos, cujo tratamento foi direcionado de acordo com a classe a qual pertencia tais indivíduos. Por que existiu uma diferenciação entre os doentes?<sup>105</sup> Qual critério foi utilizado para a definição das diferentes classes sociais? O art. 2º expõe que, “haverá nesses hospitais quatro classes de enfermos, sendo a primeira destinada aquelas pessoas que quiserem se tratar em salas especiais, a segunda para os que quiserem o tratamento comum, a terceira para os pobres e a quarta para os militares.”<sup>106</sup> Os dispositivos do referido artigo sinalizam o critério econômico como elemento definidor de cada classe, assim visualizamos:

“§1º Os pensionistas da primeira classe pagarão a diária de 8\$000, salvo os extraordinários e os da segunda, a de 5\$000.

§ 2º Os desvalidos serão tratados gratuitamente.

§ 3º Os militares serão tratados sob convenção, nos termos do cap. IX deste regulamento...

Art. 3º Os irmãos da Santa Casa, gozarão, do abatimento de trinta por cento, em qualquer das classes, que escolherem.

§ Único. Os irmãos que caírem em indigência, a juízo do Provedor, de acordo com o Mordomo, não sendo possível ouvir a mesa e em face da prova exibida, serão tratados gratuitamente na segunda classe.”<sup>107</sup>

A leitura do trecho acima nos permite compreender que os enfermos atendidos na Santa Casa tinham a seguinte distinção: 1º classe, seriam os pensionistas os que pagavam pelo tratamento; 2º classe, os doentes indigentes que recebiam tratamento gratuito; 3º classe, os militares, tratados mediante convenção com o governo do Estado. Neste caso, a distinção era feita pelo critério econômico e a condição social dos enfermos e definia-se dessa forma o tipo de tratamento a ser recebido por cada paciente. Ao que tudo indica, a qualidade também poderia variar segundo os níveis de cada enfermo, isso porque o tratamento dos indigentes não rendia lucros à instituição.<sup>108</sup> Além disso, a diferenciação entre enfermos pagantes e não

---

<sup>104</sup> Art. 78, do Regulamento dos hospitais Santa Casa de Misericórdia da Parahyba do Norte, aprovado pela mesa administrativa em sessões de 19 e 20 de Junho de 1910. Imprensa Oficial, Parahyba do Norte, p.20, 1910.

<sup>105</sup> Também identificamos no Regulamento de 1932 uma distinção entre os doentes atendidos no Hospital Santa Isabel, no entanto, essa distinção não era feita segundo o critério de classe, assim expressa: “Art. 2 os doentes indigentes serão tratados gratuitamente; os pensionistas, accidentados e militares, mediante contracto previamente estabelecido.” Regulamento do Hospital Santa Isabel, Santa Casa de Misericórdia do Estado da Parahyba, Imprensa Oficial, João Pessoa, p.3, 1932.

<sup>106</sup> Idem, p.3.

<sup>107</sup> Idem, p.3.

<sup>108</sup> Ver: Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjunta na sessão solenne de 2 de julho de 1916. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Oficial, Parahyba, p. 10, 1916.

pagantes pode ser visualizada no próprio regulamento da instituição de 1910, no art. 94, que expressa algumas disposições sobre as visitas aos pacientes:

Art. 94. As visitas aos enfermos dos hospitais se efectuarão nas quintas-feiras e nos domingos, das dez a uma hora da tarde. Fora desses dias admitir-se á visita dos parentes dos enfermos, com permissão dos facultativos, dos Mordomos ou dos Diretores internos, não podendo a visita prolongar-se mais de meia hora, salvo a si tratar de pensionistas de primeira classe.<sup>109</sup>

Os privilégios dos doentes da primeira classe se estendiam ao âmbito das visitas, pois só este grupo poderia receber visitas por mais de meia hora. Já no Regulamento de 1932, os pensionistas continuavam com esse privilégio em relação às visitas, assim expresso no Art. 52. As visitas aos enfermos dos hospitais deveriam ser realizadas “nas quintas-feiras e nos domingos, das dez a uma hora da tarde. Fora desses dias admitir-se á visita dos parentes dos enfermos, com permissão dos facultativos, dos Mordomos ou dos Diretores internos, não podendo a visita prolongar-se mais de meio hora, salvo a si tratar de pensionistas de primeira classe.”<sup>110</sup> Os pensionistas também teriam o privilégio de “escolher o médico ou cirurgião do hospital para tratar-se, podendo, no caso de pensionista de primeira classe, preferir um médico estranho ao estabelecimento, correndo por sua conta despesa com ele, em qualquer caso”.<sup>111</sup> Já o tratamento dos “enfermos indigentes”, como não era fonte de lucro, poderia não ter a mesma qualidade do tratamento destinado aos doentes pensionistas da 1º e 2º classe, os quais recebiam “acolhimento” todo especial. Ao observamos o quadro demonstrativo dos falecimentos ocorridos no hospital entre 1924 a 1928, identificamos um maior número de mortes entre os enfermos indigentes em relação aos enfermos pensionistas:

**Tabela 6- Quadro demonstrativo dos falecimentos ocorridos no hospital<sup>112</sup>**

De 2 de julho de 1924 a 1925	De 2 de julho de 1925 a 1926	De 2 de julho de 1926 a 1927	De 2 de julho de 1927 a 1928
Indigentes 233	Indigentes 153	Indigentes 157	<b>Indigentes 191</b>

<sup>109</sup> Regulamento dos hospitais Santa Casa de Misericórdia da Parahyba do Norte, aprovado pela mesa administrativa em sessões de 19 e 20 de Junho de 1910. Imprensa Oficial, Parahyba do Norte, p.23, 1910.

<sup>110</sup> Regulamento do Hospital Santa Isabel, Santa Casa de Misericórdia do Estado da Parahyba, Imprensa Oficial, João Pessoa, 1932.

<sup>111</sup> Idem.

<sup>112</sup> Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solenne de 2 de julho de 1929. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Typo Casa Coelho, p. Parahyba, 1929.

Pensionistas 3	Pensionistas 1	Pensionistas 5	<b>Pensionistas 2</b>
Soldados 5	Soldados 19	Soldado 1	<b>Soldados 1</b>

Por que os enfermos indigentes, que eram os doentes atendidos gratuitamente, apresentavam o maior número de falecidos em todos os períodos citados? Não sabemos responder objetivamente a tal questionamento, apenas, segundo Coimbra (1986), havia o desestímulo à expansão de leitos para os pobres, pois esta não traria lucro à Irmandade. A instituição já não tinha apenas doentes pobres como beneficiários da sua assistência médica, embora fosse este o discurso que esta, junto ao governo, possuía para o repasse de recursos, no entanto, a instituição oferecia seus leitos para enfermos que pudessem pagar.

No Relatório da Santa Casa de 1929, observamos que, o tratamento hospitalar destinado aos indigentes tinha mais o objetivo de abrigar os doentes para que não morressem nas ruas que necessariamente efetivar um procedimento de cura. Assim, identificamos no trecho a seguir que: “entre os indigentes se encontrou um contingente de 14 tuberculosos, entre homens e mulheres, abrigados em quartos impróprios, e que são recebidos para não morrerem nas ruas desta Capital.”<sup>113</sup> Sendo assim, modificava-se também a natureza da instituição, tendo em vista que, para os da primeira classe a entidade era particular, uma vez que pagavam pelo tratamento fornecido pelo hospital. Já para os de segunda classe, a instituição se apresentava como filantrópica e assistencial, pois eram atendidos gratuitamente. Para os enfermos da terceira classe, os militares, os serviços fornecidos pela instituição eram subvencionados pelo Estado.

No capítulo referente ao serviço sanitário dos hospitais da Santa Casa, observamos que, este correspondia ao serviço médico da unidade hospitalar. A importância do serviço sanitário pode ser compreendida porque “da sua eficiência resulta a cabal finalidade desta instituição, qual seja a de proporcionar lenitivo, senão o restabelecimento dos que se internarem em seus hospitais, batidos pelas moléstias.”<sup>114</sup> O serviço sanitário era realizado pelos médicos que tinham suas atuações condicionadas pelos recursos existentes. A estes profissionais cabia a consulta dos doentes, a prescrição de medicamentos e dietas, a visitas

<sup>113</sup>Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjunta na sessão solenne de 2 de julho de 1929. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Typo Casa Coelho, p. 8, Parahyba, 1929.

<sup>114</sup> Idem, p.15.

diárias às enfermarias e a fiscalização da limpeza das camas e enfermarias. No regulamento da instituição, o artigo 17, informa como deveriam ser feitas as visitas aos doentes pelos médicos, segundo este, “as visitas diárias dos facultativos aos hospitais devem se efetuar sempre pela manhã...escreverão nas papeletas que se acharem à cabeceira dos doentes o diagnóstico das moléstias, os medicamentos receitados e outras observações necessárias.”<sup>115</sup> De acordo com o historiador, Carlos Alberto Miranda, em seu estudo sobre o hospital Pedro II, administrado pela Santa Casa de Misericórdia de Recife, o uso da papeleta na cabeceira do leito do enfermo demonstra que uma nova concepção de hospital começava a ser esboçada, nelas continham as anotações dos facultativos, dentre as quais: “o diagnóstico da enfermidade, os sintomas característicos, as ocorrências do curso da doença e a prescrição diária da medicação e da dieta” (MIRANDA, 2013, p.350). Assim, “as papeletas também eram utilizadas para fornecer estatística anuais ao diretor, o propósito da morte, do restabelecimento ou daqueles pacientes que haviam se retirado das enfermarias” (MIRANDA, 2013, p.350).<sup>116</sup>

Neste sentido, dentre as funções dos médicos estavam o diagnóstico, a prescrição de medicamentos e o registro das informações sobre os pacientes, as enfermidades e as medicações. Além disso, aos médicos eram atribuídas outras funções, tais como: “Velar pela higiene e pela boa ordem dos hospitais, e mais estabelecimentos da Santa Casa; dar às irmãs da caridade e aos enfermeiros dos hospitais as explicações a boa execução das suas prescrição; fazer a classificação dos doentes nas enfermarias; fazer manipular no laboratório os preparativos que sejam disso possíveis e de cuja manipulação resulte e economia para Santa Casa; fazer o pedido dos objetos precisos para o gabinete cirúrgico; no caso de se fazer alguma operação cirúrgica, os facultativos do estabelecimento se auxiliarão reciprocamente, requisitando o diretor do serviço sanitário, somente as enfermarias, as necessidades que exigir o serviço sanitário a seu cargo; inspecionar semanalmente a farmácia e o serviço de laboratório e verificar só ele é corretamente com as regras da arte.”<sup>117</sup>

A partir do início do século XX, a presença dos médicos no ambiente hospitalar da Santa Casa da Misericórdia tornou-se mais intensa, isto representou o início de algumas mudanças referentes às funções terapêuticas dos hospitais, tais mudanças alteraram o

---

<sup>115</sup> Idem.

<sup>116</sup> Segundo Miranda (2003, p.350), a atuação dos médicos no hospital da Santa Casa, Pedro II, na segunda metade do século XIX, não se almodam ao modelo estabelecido por Michel Foucault, de medicalização do hospital, na medida em que, neste ambiente, ainda prevalecia a atuação das irmãs de caridade. É somente, nas duas primeiras décadas do século xx, que o controle do hospital passa efetivamente para as mãos dos médicos.

<sup>117</sup> Relatório da Santa Casa de Misericordia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solenne de 2 de julho de 1929. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Typo Casa Coelho, p. 8, Parahyba, 1929.

conceito em si de hospital, já que, atualmente, estes possuem o objetivo de tentar curar as doenças dos indivíduos, e não apenas isolá-los do restante da sociedade. Segundo Foucault:

O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais (FOUCAULT, 1979, p.99).

Para fundamentar este pensamento, Foucault se baseia nos inquéritos feitos pelo inglês Howard, um filantropo que percorreu hospitais, prisões e lazaretos da Europa entre 1775/1780, além destes, os inquéritos feitos pelo francês Tenon, um médico que, a pedido das *Academias de Ciências*, produziu um novo programa hospitalar no momento em que se colocava o problema da reconstrução do Hôtel-Dieu de Paris, destruído parcialmente em um incêndio. Foucault apresenta as características destas viagens-inquérito:

1º) Sua finalidade é definir, depois do inquérito, um programa de reforma e reconstrução dos hospitais. 2º) Apresentam descrições funcionais: doentes por hospital, a relação entre o número de doentes, o número de leitos e a área útil do hospital, a extensão e altura das salas, a cubagem de ar de que cada doente dispõe e a taxa de mortalidade e de cura. 3º) Há um novo olhar sobre o hospital considerado como máquina de curar e que, se produz efeitos patológicos deve ser corrigidos (FOUCAULT, 1979, p.99-101).

Os estudos feitos por Howard e Tenon revelaram a relação existente entre as precariedades da estrutura hospitalar e a grande mortalidade dos pacientes nesses ambientes. Deste modo, os inquéritos serviram de suporte para a reformulação dos hospitais no século XVIII em termos de características funcionais como organização espacial, número de pacientes, quantidade de leitos, área e a altura das enfermarias e cubagem de ar por paciente. Dentre as mudanças operadas no espaço hospitalar, a presença dos médicos constituiu uma das principais, segundo o autor: a partir do momento em que o hospital é concebido como instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, “o médico passa a ser principal responsável pela organização hospitalar. Ao mesmo tempo, a presença do médico se afirma, se multiplica no interior do hospital” (FOUCAULT, 1979, p.109). Na medida em que a função a terapêutica do hospital se tornava predominante, a função do médico no ambiente hospitalar se ampliava, como bem ressaltou Foucault:

Essa invenção das relações hierárquicas no hospital, a tomada de poder pelo médico, se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o

médico , na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital; assistentes, alunos, enfermeiras,etc. Essa codificação ritual da visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, em que se diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar ( FOUCAULT, 1979, p.109)

No regulamento dos hospitais da Santa Casa de 1910, observamos que os médicos também cumpriam uma função terapêutica, pois eram encarregados de fazer as visitas aos pacientes, o diagnóstico das doenças, a prescrição de medicamentos e o registro das informações sobre o paciente, enfermidade e medicações. Além destas funções, cabia ainda aos médicos à realização das cirurgias.

A cirurgia representava outro elemento terapêutico do hospital voltado para a cura dos pacientes. Thorwald explica que “a primitiva cirurgia; estava-se por assim dizer na ante-sala tétrica dolorosa, assolada pela tristeza e pela morte, do grande e glorioso século dos cirurgiões, só raiaria em 1846” (THORWALD, 2000, p.19). Segundo o autor, após o ato cirúrgico era preciso esperar cinco dias “para saber-se a intervenção cirúrgica dum ser vivo surtira verdadeiro efeito, ou se abrisse a porta da infecção e a morte certa” (THORWALD, 2000, p.19). A febre traumática e a infecção tetânica eram conseqüências comuns do ato operatório, pois a assepsia do cirurgião se restringia “a simples lavagem, com soluções fenicadas, das mãos do operador, que não dispunha de luvas, nem dos benefícios da antissepsia e da assepsia” (CASTRO, 1945, p.235), além disso, “o instrumental (ainda se usavam os cabos de madeira) era esterelizado em solução fenicada” (Idem, p.230).

Deste modo, Castro (1945), relata que o médico Joaquim da Silva Coelho morreu em 1867 de infecção tetânica em conseqüência de uma amputação da perna. Segundo o autor: O anestésico para os grandes atos cirúrgicos era o clorofórmio, que se aplicava com “funil” de papelão, cuja ponta apresentava um regular orifício. “Anestesiadores se especializavam nesta prática e ficavam a cabeceira do doente, com um “funil” cheio de algodão, embebido no velho anestésico, dedos ao pulso do enfermo e um vidro de amoníaco ao lado “(CASTRO, 1945, p.236).

De acordo com Thorwald, “o século da cirurgia moderna começou no ano de 1846, na sala de operações do Hospital de Geral de Massachusetts, em Boston, a 16 de outubro deste ano surgiu a luz do mundo a narcose, a anestesia da dor, mediante a inalação de gases químicos” (THORWALD, 2000, p.97). Dentre esses gases químicos, o uso do éter sulfúrico

como anestésico começa a ser utilizado em 1846.<sup>118</sup> Posteriormente, James Simpson e John Snow descobriram novos métodos de anestesia. O primeiro descobriu o efeito anestésico do clorofórmio em 1847.<sup>119</sup> Já John Snow desenvolveu um método brando e moderno do método de entorpecente ou de narcose intermitente a partir do clorofórmio.<sup>120</sup> Essas descobertas possibilitaram a realização de cirurgias sem dor, ficando os cirurgiões mais à vontade para a realização do ato cirúrgico, “antes disso, a cirurgia era um espantoso tormento e dor. Angústia do tempo sufocava toda a perícia, neste importante ramo da medicina”(CASTRO, 1945, p.231).

Na Paraíba, o hospital Santa Isabel foi o espaço cirúrgico de maior movimento. No início do século XX, encontramos nas páginas do jornal *A União* relatos da ocorrência de procedimentos cirúrgicos, como a que descreve o articulista do jornal em primeira página da edição do dia 22 de outubro de 1909:

Mais uma vez abrimos espaço em nossas colunas para, com muita satisfação, levar ao conhecimento do público um fato notável nos anais da ciência médica indígena.

Há poucos dias demos o registro de uma importante operação a que foi submetida Ambrosina Maria da Conceição que, hoje libertada de um grande osteo-sarcoma reproduzido e aderente à clavícula direita, dá graças a Deus e aos bons serviços que lhe prestou a Santa Casa de Misericórdia, por intermédio de seus inteligentes médicos. Agora é outra operação, e esta importantíssima. Foi a ela submetida a mulher Francisca Maria da Conceição, de 40 anos, residente em Alagoa Nova, a qual tinha a sua vida de há tempo martirizada- risco de morte imminente, devido a uma laparotomia seguida de ovariectomia, reclamada por um sarcoma do ovário esquerdo, pesando 1050 gramas, precisamente. A intervenção cirúrgica consistiu na extração radical do sarcoma, sendo necessário para isso um espaço de 30 minutos seguramente.

O melindroso serviço de cloroformização, confiado ao dr. Flávio Maroja, digno do diretor da clínica hospitalar, apesar do estado geral da operando, foi satisfatório- restabelecendo-se a resistência orgânica da doente com injeções de cafeína, éter e óleo canforado. A importantíssima operação- a mais importante efetuada na Santa Casa- foi executada pelo dr. Joaquim Hardman, digno diretor da cirurgia hospitalar, o qual, mais uma vez, deu provas de sua reconhecida competência profissional. Auxiliaram na operação o dr. José Maciel, diretor de clínica oftalmológica hospitalar, e o Exmo. Dr. João Machado, digno presidente do Estado. Terminada a operação, o presidente do Estado felicitou o dr. J. Hardman pelo seu belo atestado de sua competência.<sup>121</sup>

---

<sup>118</sup> THORWALD, J. **O século dos cirurgiões**. São Paulo: Hemus, 2000, p.121.

<sup>119</sup> THORWALD, J. *op.cit*, p.142

<sup>120</sup> THORWALD, *op.cit*, p. 156.

<sup>121</sup> *A União*, 22 de out. 1909. Citado por NÓBREGA, Humberto. **Raízes das ciências da saúde na Paraíba: Medicina, farmácia, odontologia e enfermagem**. João Pessoa: Editora Universitária, 1979.p. 175-176.

Um evento extraordinário noticiado em primeira página pelo jornal *A União* foi a prática cirúrgica, vista como triunfo da ciência médica sobre o corpo enfermo. Neste relato, os atores principais, os médicos, são descritos como os heróis que lutaram para acabar com o longo sofrimento da senhora Ambrosina Maria da Conceição, utilizando-se de seus conhecimentos e técnicas operatórias. Tais profissionais eram narrados como seres superiores, “os quais cheios de abnegação e amor aos pobres, tem dado importante desenvolvimento à cirurgia na Paraíba”.<sup>122</sup> Observamos que, na narração do evento, a paciente é descrita apenas como objeto do ato cirúrgico. Sendo a cirurgia representada como um evento neutro, científico e racional. Na década de 1920, encontramos outros relatos de cirurgias realizadas no Hospital Santa Isabel, nos quais identificamos uma narração mais objetiva do evento:

#### Cirurgia na Paraíba

Procedeu-se ante-hontem, no hospital Santa Isabel uma operação cirúrgica, na pessoa de um cidadão que ali se recolhera, dada a maior facilidade dos tratamentos a que se ia submeter. Tratava-se de um caso de hérnia inguinal antiga, que foi conveniente operada pelos srs. drs. Flávio Maroja, Jayme Lima e J. Maciel, que compõem o corpo clínico do referido hospital. Ao nosso illustre collaborador, dr. Flávio Maroja, esteve afecto o serviço de cloroformização, e os seus colegas prefalados encarregaram-se da intervenção cirúrgica. As condições do operado, segundo soubemos são excelentes, já se tendo decorrido 48 horas sem nenhum incidente.<sup>123</sup>

#### Cirurgia na Paraíba

No hospital de Santa Isabel, onde fora há dias recolhido sofrera hontem a delicada operação *da talha hypogastrica* popular Hemenegildo dos Santos, vindo do engenho *corredor*, do município de Pilar. O trabalho operatório, foi executado pelo dr. Joaquim Hardman, auxiliado pelo dr. Jayme Lima, encarregando-se do serviço de cloroformização o dr. Flávio Maroja. O calculo extraído pesou a bagatela de 110 grammas. É a segunda operação deste gênero que se pratica este ano naquele estabelecimento de caridade.<sup>124</sup>

A narração do ato cirúrgico é feita com a maior objetividade, estruturando-se na descrição de alguns elementos: ambiente, o nome do paciente (às vezes essa informação era omitida), caso (doença), médicos operadores, procedimento anestésico e a condição do paciente pós 48 horas da cirurgia. O procedimento anestésico, baseado na cloroformização, era feito pelo médico Flávio Maroja que, ao lado médico Azevedo Maia, “foram celebres

<sup>122</sup>Cirurgia na Parahyba, *A União*, n.25, 1 de fevereiro de 1920.

<sup>123</sup>Cirurgia na Parahyba, *A União*, n.25, 1 de fevereiro de 1920.

<sup>124</sup>Cirurgia na Parahyba, *A União*, n.95, 28 de fevereiro de 1922.

anestesiadores, como que os precursores, entre nós, desta moderna especialidade médica- a anestesia” (CASTRO, 1945, p.236).

Como podemos observar, a cirurgia continuava a ser digna de divulgação pela imprensa local, contudo, as regras de assepsia impuseram o afastamento do público. A assepsia no ambiente cirúrgico resultou em uma das preocupações que os cirurgiões tinham com a alta taxa de mortalidade no pós-operatório, decorrente da “transmissão dos germes infecciosos, por meio das mãos e dos instrumentos médicos e cirurgiões” (THORWALD, 2000, p.236).<sup>125</sup> Com a relação à assepsia, observamos que:

Na última década do século XIX, o método de assepsia de Lister<sup>126</sup> conquistou o mundo. Não se limitava a mergulhar os instrumentos em soluções de fenol, a banhar em fenol o material das suturas, a embeber as ataduras em fenol, o vaporizador pulverizava mais fenol do que o empregado por Lister nas suas operações. As incisões, a cavidade abdominal, eram lavadas com litros de solução fenol. Verdadeira maré de outros antissépticos associou-se a outros ao fenol, à frente marcha triunfal do ‘listerianismo’ tornou-se impressionante (THORWALD, 2000, p.302).

Outros métodos e técnicas de assepsia foram inseridos no ambiente cirúrgico, a exemplo do uso de aventais brancos, recém-lavados pelo médico Bergmann,<sup>127</sup> a introdução das luvas em 1890<sup>128</sup> e o uso de novos instrumentos feitos inteiramente de metal que podiam ser submetidos à fervura.<sup>129</sup> Em outros relatos de procedimentos cirúrgicos publicados pelo jornal *A União*, podemos identificar as inovações técnicas no âmbito da medicina científica, a dimensão propagandista do evento cirúrgico e do corpo médico responsável pela cirurgia e o atendimento aos pacientes do interior feito pela Santa Casa.

#### A Cirurgia na Paraíba

Os ilustres clínicos drs. Velloso Borges, J. Hardman e Adhemar Londres realizaram hontem, às 13 horas, uma operação melindrosa num menor de nome Severino, de quatro anos de idade e filho do sr. Paschoal da Silva, morador em Alagoa Grande. Constatou-se a mesma da extração de uma moeda de vinte réis localizada profundamente no faringe daquele menino, há cinco dias, apresentando o doente, além da natural impaciência, inchaço dos

---

<sup>125</sup>“Koch dedicou-se à pesquisa dos germes responsáveis pelas infecções hospitalares. A febre traumática, erisipela, tétano e gangrena. Averigou que a infecção traumática é provocada realmente por micróbios – em concordância, pois, com a hipótese em que Lister baseara todo o seu método de cura, sem o poder provar”(THORWALD, 2000, p.295).

<sup>126</sup> Joseph Lister foi na história da medicina, o primeiro cirurgião que introduziu as técnicas de assepsia no final do século XIX.

<sup>127</sup>THORWALD, J. **O século dos cirurgiões**. São Paulo: Hemus, 2000, p.299.

<sup>128</sup>THORWALD, J. op.cit., p.306.

<sup>129</sup>THORWALD, op.cit.,p.305.

organs vocais. O paciente veio de Alagoa Grande, onde residem seus pais, pessoas humildes dadas ao labor agrícola. Depois de quatro tentativas infrutíferas com pinças apropriadas para extração de objectos estranhos naquele orgam, o dr. Velloso Borges resolveu pedir o auxílio dos maravilhosos Raios X, que foram applicados pelo seu collega dr. Joaquim Hardman, submettido o doente à influênciã desse poderoso meio de pesquizas que se deve ao gênio Ronttingen, foi fácil aprehender-se a tirar-se o vintém, que o estava molestando gravemente. Os drs. Velloso e Hardman foram proficuamente auxiliados pelo jovem Adhemar Londres.<sup>130</sup>

#### Intervenções cirúrgicas: no hospital Santa Isabel

No hospital de Santa Isabel deu entrada em dias da semana passada , o menor Pedro Marcellino, que em trabalho da Estrada de Ferro de Penetração teve a mão esquerda completamente esfacelada por uma mão de dynamite que expodira. Conduzido para o hospital de Santa Isabel, ali foi o referido menor operado, sendo amputada a parte do braço, na impossibilidade de se aproveitar a mão atingida. A operação foi executada pelos drs. Flávio Maroja e José Maciel.

Também ao mesmo estabelecimento foi recolhido ante-hontem, á noite, o guardo-freios da Great-Western Manoel José, que próximo estação da guarita com o trem em movimento, atravessando de um carro para outro escorregara caindo em cheio no solo, sofrendo uma fratura exposta. Pela natureza do ferimento, verificaram os drs. Flávio Maroja e José Maciel, que somente a amputação daquele membro poderia salvar a vida da vítima, sendo a operação realizada hontem pelos referidos facultativos.<sup>131</sup>

Como podemos analisar, o ato cirúrgico é narrado de forma objetiva nas páginas do jornal, destaca-se o trabalho dos médicos, os quais são descritos como “ilustres” e “competentes” e que através de suas técnicas e seus conhecimentos eliminam o sofrimento do enfermo e restabelecem a saúde do corpo doente. Os procedimentos cirúrgicos narrados, em sua maioria, foram bem sucedidos, demonstrando a eficiência da ciência médica e sua evolução. As cirurgias que resultavam em mortes não eram narradas pelos jornais, os erros médicos e os insucessos da prática cirúrgica foram silenciados e escondidos. Apenas o triunfo da ciência médica e dos cirurgiões era digno de divulgação, havendo, neste sentido, uma teatralização do poder dos médicos e da ciência sobre os corpos dos pacientes divulgado nos jornais da Paraíba.

Neste teatro de poder, os médicos se configuravam como heróis, como observa Balandier (1982), “o mito do herói” exprime uma teatralidade política com mais intensidade, pois, este apresenta um poder de mobilização mais fervoroso devido a dimensão mais “espetacular” do que rotineira de seu poder. Vemos então que existia uma espécie de mítica

---

<sup>130</sup>Cirurgia na Parahyba, *A União*, n.267, 10 de dezembro de 1920..

<sup>131</sup>Intervenções cirúrgicas: no hospital Santa Isabel ,*A União*, n.260, 6 de dezembro de 1922.

envolvendo o surgimento do herói que, na verdade, não era reconhecido como tal em função de sua capacidade e competência, mas sim em virtude de sua força dramática. Para Balandier, o herói é aquele que concentra-se na convocação de um futuro em que o inevitável se transformará em vantagens para o maior número de cidadãos. Deste modo, “as luzes da cena do futuro iluminam a do presente”(BALANDIER, 1982, p.16). Ainda de acordo com Balandier (1982), o herói seria o príncipe, o governante que apresenta-se como alguém que, dotado de iluminação profético-científico, vislumbra o destino de um povo e agrupa as forças capazes de conduzir a nação a glória. Transportando para o teatro da cirurgia, os médicos foram descritos pelos jornais como heróis que, portadores dos conhecimentos e técnicas da moderna ciência, foram capazes de realizar as façanhas mais incríveis, como a cura de corpos acometidos pelos mais diversos males.

Os procedimentos cirúrgicos narrados pelo jornal *A União* eram descritos como o ápice do progresso, elemento simbólico da evolução das técnicas e conhecimentos médicos científicos no campo da cirurgia. Na descrição da cirurgia do menino Severino, que engolira uma moeda, o uso dos Raios X foi decisivo para auxiliar o médico a identificar o local exato onde se encontrava o referido objeto, facilitando, desta forma, a sua retirada do corpo da criança. A introdução dos Raios X na prática médica representou um avanço da medicina moderna, por isso, seu inventor foi considerado um gênio. Segundo Moulin, no começo do século XX, “a radiografia oferece o primeiro exemplo de produção de imagens do corpo com base em métodos físico-químicos tributários das ciências fundamentais. Sucedendo-se à descoberta por Wilhelm Roentgen dos Raios X, em 1895”(MOULIN, 2011, p.64-65). A cirurgia se apodera deste novo método para “descobrir corpos estranhos, projéteis, objetos engolidos ou inalados pelas crianças, muitas vezes metálicos e, por conseguinte, opacos aos raios X( MOULIN, 2011, p.65).

No plano jornalístico, a cirurgia e o hospital constituíam elementos representativos do progresso da ciência médica, mostrados com o maior grau de perfeição possível. No entanto, no cotidiano hospitalar a realidade parecia não ser tão perfeita assim, ao menos para os indigentes, como analisaremos a seguir.

### **2.1.1 Limitações do Hospital Santa Isabel**

No cotidiano hospitalar, podemos visualizar uma série de problemas, dentre os quais, a superlotação dos leitos, fato que era comum devido ao “grande número de enfermos que

procuram nele remédio aos males que os afligem de modo que a sua lotação está sempre excedida.”<sup>132</sup> O médico Flávio Maroja, diretor do serviço sanitário do hospital, em relatório apresentado à mesa conjunta da Santa Casa nos esclarece o drama vivenciado pelos pacientes que procuravam a instituição hospitalar:

Os enfermos que o procuram já não fazem questão de uma ‘cama’(grifo do autor), pedem uma ‘esteira’(grifo do autor) na impossibilidade de melhor se acomodarem.<sup>133</sup>

Será que os pacientes pensionistas também vivenciavam esse drama? Ou apenas os enfermos da segunda classe tinham como a única opção deitar em uma esteira? O purgatório vivenciado pelos enfermos no cotidiano do hospital sinaliza a precariedade da instituição hospitalar, insuficiente para atender a demanda. No hospital Santa Isabel, a sala de banco era o local onde se realizavam as consultas, aplicavam os curativos e também onde se faziam uma triagem dos pacientes para identificar as doenças e avaliar a necessidade ou não de uma internação. Neste espaço destinado aos indigentes, também ocorria à superlotação, pois, segundo o relatório do médico Flávio Maroja, “dia a dia aumenta o número de doentes que recorrem à *sala de banco* (grifo autor). Aí são eles atendidas com a possível regularidade, sendo recolhidos ao hospital quando a sua enfermidade é de ordem a exigir um tratamento demorado e eficaz.”<sup>134</sup> Os pacientes com doenças graves deveriam ser atendidos com regularidade, contudo, isto nem sempre era garantido, apenas se fosse possível. Como bem ressalta o vice-provedor da Santa Casa, “nos hospitais da S. Casa há leitos para 230 doentes, inclusive os alienados, mais do que esse numero elanão pode aceitar, nem tratar, por falta de commodo e renda.”<sup>135</sup>

No ambiente hospitalar, as doenças mais freqüentes, segundo o diretor do serviço sanitário do hospital Santa Isabel, Dr. Flávio Maroja, seriam “a tuberculose, a sífilis, o paludismo e a ankylostomiase.”<sup>136</sup> De acordo com o diretor, essas moléstias “encham as nossas enfermarias, excedendo as suas lotações. Sei que não estão na alçada dessa

---

<sup>132</sup> Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjunta na sessão solenne de 2 de julho de 1916. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Oficial, Parahyba, p. 9, 1916.

<sup>133</sup> Relatório apresentado pelo Dr. Flávio Maroja, diretor do Serviço Sanitário dos Hospitais a cargo da Santa Casa de Misericórdia, na sessão solenne de 2 de julho de 1916. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Oficial, Parahyba, p. 41, 1916.

<sup>134</sup> Idem, p.48.

<sup>135</sup> Idem.

<sup>136</sup> Relatório apresentado pelo Dr. Flávio Maroja, diretor do Serviço Sanitário dos Hospitais a cargo da Santa Casa de Misericórdia, na sessão solenne de 2 de julho de 1916. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Oficial, Parahyba, p. 37, 1916.

Provedoria.”<sup>137</sup> O risco de contaminação no ambiente hospitalar era outra preocupação das autoridades médicas, assim enfatizou Flávio Maroja:

Quando em meus últimos Relatórios falei de casos de tuberculosos nas nossas enfermarias, acentuei o perigo dessa promiscuidade lethal no meio hospitalar, como em qualquer outro, em face do ‘dever imperioso da sociedade’ (grifo do autor) proteger o individuo ainda são contra o meio contaminado e o meio indemne contra o individuo já contaminado. E’ sabido que a ‘principal fonte do germem da tuberculose é o homem tuberculoso e neste, predominantemente, o tubérculos pulmonar’(grifo do autor).”<sup>138</sup>

Diante do problema referente ao número excessivo de pacientes com tuberculose nos hospitais da Santa Casa agravando o perigo da proliferação do bacilo de Koch, na opinião do médico Flávio Maroja, “o Estado é quem teria a responsabilidade de “elaborar estudo” e adotar medidas profiláticas contra essas endemias tão dizimadoras quanto à tuberculose”.<sup>139</sup> Para o referido médico, o governo deveria construir um dispensário para tuberculosos, para que estes não recorressem aos hospitais da Santa Casa, elevando o risco de contágio aos doentes.

Flávio Maroja, em relatório no ano 1906, descreve o Hospital Santa Isabel afirmando que este “participa desse atraso higiênico, sendo para notar que, além das acanhadas proporções do edifício, imprestável a qualquer acréscimo ou melhoramento de certa ordem, com algumas de suas salas onde penetra pouca luz e muito pouco ar, nem si quer tem uma *cacimba* (grifo do autor) para fornecimento d’água para banhos dos enfermos e lavagem dos utensílios de cozinha.”<sup>140</sup> Demonstra, através do relatório, que a instituição enfrentava o problema da falta de higiene, agravado com a falta d’água e com o falta de ventilação. Diante deste contexto, o próprio diretor apela para a adoção de aparelhos de desinfecção, “hoje indispensáveis na profilaxia das moléstias transmissíveis e seus diversos produtos mórbidos virulentos. A desinfecção sem aparelho é illusória’ disse há pouco um grande higienista.”<sup>141</sup> O hospital Santa Isabel, dessa forma, enfrentava o problema da falta de higiene, problema este que resultava em casos de infecção hospitalar, como bem relata o diretor do serviço sanitário:

---

<sup>137</sup> Idem, p.39.

<sup>138</sup> Idem, p.39.

<sup>139</sup> Idem, p.39.

<sup>140</sup> Relatório apresentado pelo Dr. Flávio Maroja, director do Serviço Sanitário dos Hospitais a cargo da Santa Casa de Misericórdia, na sessão solenne de 2 de julho de 1906. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Official, Parahyba, p. 70, 1906. Relatório da Santa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solenne de 2 de julho de 1906, pelo Provedor Pedro da Cunha Pedrosa. Imprensa Official, Parahyba do Norte, p.69, 1906.

<sup>141</sup> Idem, p.70.

Conforme vos disse de uma das vezes em que vos conversei sobre interesses do nosso serviço sanitário, faz-se preciso, e com urgência construir um pequeno pavilhão-isolamento destinado aos afetados de tétano e gangrena, de que aparecem casos nos hospitais, complicando as feridas propriamente cirúrgicas, ou de outra natureza. Esses doentes, como temos feito, devem ser incontinentemente removidos das enfermarias comuns para contaminarem o meio. Mas, essa remoção faz-se com pesar o digo-para local inapropriado, com evidente prejuízo para a sorte desses infelizes, por maiores os cuidados que se lhes prodigalizem.<sup>142</sup>

No Hospital Santa Isabel, era excessivo número de casos de infecção hospitalar devido à falta de enfermarias isoladas para doentes de tétano e gangrena, os quais ficavam em enfermarias comuns, elevando o risco de contaminação dos demais enfermos. Esse cenário de amontoamento de doentes, que causava a exposição destes e de suas enfermidades, tornava ainda mais complexa a situação dos enfermos. Para conter os casos de infecção hospitalar, o médico Flávio Maroja cita a importância de construir um pavilhão de isolamento, segundo este, “a construção desse *isolamento* (grifo do autor), deverá obedecer a regras especiais, facilitando o asseio e a rigorosa desinfecção a que deve estar constantemente sujeito.”<sup>143</sup> Entretanto, a solicitação do diretor do Serviço Sanitário, Flávio Maroja, não fora atendida, tendo em vista que, no relatório de 1925, o provedor José Ferreira de Novaes ressalta que, “o Serviço Hospitalar da Santa Casa resente-se da falta de um pequeno pavilhão, junto aos atuais hospitais, para isolamento dos que neles forem acometidos de gangrena ou tétano.”<sup>144</sup> Desta forma, observa-se que, em 1920, nas enfermarias de isolamento que compõe o Hospital Sant’Anna, ocorria a seguinte situação: “acotovelam-se os doentes de moléstias varias e infecciosas, até os tuberculosos, em uma promiscuidade desumana e inevitável, e que a Santa Casa permite constrangidamente e por forças das circunstâncias.”<sup>145</sup>

As limitações do hospital Santa Isabel foram evidenciadas em termos de superlotação, estrutura física e humana. Neste sentido, a falta de espaços para acolhimento dos doentes, levando a instituição a recusar atendimento aos indigentes, foi um dos motivos para a existência de relações conflituosas entre Estado e Santa Casa de Misericórdia, relações estas que serão analisadas a seguir.

---

<sup>142</sup>Relatório apresentado pelo Dr. Flávio Maroja, director do Serviço Sanitário dos Hospitais a cargo da Santa Casa de Misericórdia, na sessão solenne de 2 de julho de 1916. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Official, Parahyba, p. 40-41, 1916.

<sup>143</sup> Idem, p.41.

<sup>144</sup>Relatório da Santa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solenne de 2 de julho de 1925, pelo Provedor Desembargador José Ferreira de Novais. Imprensa Official, Parahyba do Norte, p.12, 1925.

<sup>145</sup>Relatório da Santa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solene de 2 de julho de 1920, pelo Provedor Desembargador José Ferreira de Novais. **A União**, n. 3, p.2, 3 de agosto de 1920.

## 2.1.2 As relações do Estado com a Santa Casa de Misericórdia

As relações entre o estado e a Santa Casa de Misericórdia alternaram-se entre momentos de conflitos e de proximidade, assim verificamos em relação ao atendimento dos doentes e ao aspecto administrativo. Com relação a este último ponto, a interferência do governo estadual em assuntos internos da Santa Casa incomodou os diretores da instituição, isso se tornou visível quando o provedor Trajano Américo Caldas Brandão “interpelou ao chefe do Poder Executivo sobre a sua interferência na gestão dos negócios da S. Casa ao que respondeu aquele grande paraibano: ‘o governo não nomeia diretores de irmandades religiosas.’”<sup>146</sup> Assim respondeu o presidente se referindo ao decreto n. 610, de 29 de janeiro de 1913, que eliminou do governo estadual na nomeação dos diretores, sendo assim, as nomeações passaram a ser compostas pelos próprios membros.

Além da questão administrativa, a admissão de doentes constituiu outro de conflito entre as autoridades do estado e os membros da Santa Casa. Neste ponto, observamos a existência de uma disputa pelo poder entre ambos, pois os diretores da instituição não aceitavam a intervenção das autoridades, principalmente, os policiais na admissão dos doentes. Isso para eles seria uma intromissão do estado em questões internas da entidade, na medida em que o regulamento da instituição estabelecia as condições específicas para a admissão dos pacientes e, isto não deveria ter interferência de outras autoridades que não fossem da instituição. As condições de admissão eram as seguintes:

As pessoas pobres, feridas em desastres ou lutas serão admitidas nos hospitais mediante requisição das autoridades policiais. Só no caso deste parágrafo primeiro, as autoridades policiais requisitaram do Provedor ou dos Mordomos a admissão dos pobres feridos em lutas ou desastres. Os policiais deveriam apenas requisitar e não mandar para os hospitais enfermos conduzidos por praças, ou metidos em um carro acompanhados de uma ordem de recolhimento expedida pela autoridade policial.”<sup>147</sup>

Neste caso, as pessoas pobres feridas em desastres ou lutas só eram admitidas na instituição mediante requisição das autoridades policiais, às quais teriam que ser solicitadas ao Provedor ou Mordomo da Santa Casa. Esta burocracia dificultava o atendimento de tais sujeitos que não tinham condições de pagar pelo tratamento, e certamente refletia em um desfecho fatal para estas vítimas de acidentes ou lutas, pois em casos graves de ferimento

---

<sup>146</sup> Idem.

<sup>147</sup> Idem.

cada minuto é determinante para a cura ou não do paciente. Além disso, esta demora tornava mais dramático o sofrimento da vítima na angustiante espera pelo socorro. Convém salientar que o sofrimento do paciente não era levado em consideração nesta disputa pelo poder entre as autoridades públicas e os diretores da Santa Casa, assim, ambos se envolveram em uma querela com o chefe da polícia estadual, motivada pelo fato das autoridades policiais terem remetido a instituição enfermos vindos de regiões do interior do estado e que ficavam perambulando pela cidade sem o devido atendimento. O ofício abaixo foi enviado ao Presidente do estado, Camillo de Hollanda, pelo chefe de Polícia do Estado, em que o mesmo expõe o conflito vivenciado com as autoridades da Santa Casa sobre a questão da admissão de doentes, narrando o seguinte:

Cumpre-me fazer chegar ao conhecimento de v. exc. que a Santa Casa de Misericórdia desta capital, por um ofício de seu provedor, cortou, em 15 do corrente, de um modo descabido e injusto as relações com as autoridades policiais do Estado, fechando os seus hospitais às requisições das mesmas autoridades. ..Nem se diga que a polícia civil abusara dos hospitais dessa que os seus estatutos denominam pia instituição. Durante todo o mez de junho esta Chefatura apenas enviara para ali cinco enfermos, todos vindos do interior. Até o dia 15 do corrente, quer dizer, durante a primeira quinzena de julho enviara cinco enfermos, também vindos 4 do interior e um da capital. Isto não é exigir demais dos estabelecimentos largamente favorecidos e subvencionados pelo Estado, a fim de servirem às necessidades da assistência pública aos necessitados. Devo ainda salientar que jamais enviei qualquer doente aos hospitais sem me informar primeiro se eles podiam ser recebidos e acomodados.<sup>148</sup>

O posicionamento do chefe de Polícia, Manoel Taveares Cavalcanti, expressa uma crítica a uma instituição afirmando que esta acarreta “despesas copiosas para o Estado”<sup>149</sup> e, além disso, não estaria cumprindo sua função de assistência aos necessitados. Neste caso, a instituição estaria recebendo verbas públicas e mesmo assim se recusava à atender aos enfermos indigentes, os quais tinham seu tratamento custeado pelas subvenções dos poderes públicos e contribuições de particulares. Diante disto, Manoel Taveares Cavalcanti ressalta que o serviço de assistência terá uma organização mais compatível, com as normas republicanas e constitucionais, quando forem administrados diretamente pelas autoridades policiais “e não deixará a polícia civil em posição subalterna, a mendigar para os necessitados

---

<sup>148</sup> Ofício de 17 de julho de 1918, In: Relatório da Santa Casa de Misericórdia, na sessão solenne de 2 de julho de 1919. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Official, Parahyba, p. 19 e 20, 1919.

<sup>149</sup> Idem, p.20.

um lugarzinho em hospitais construídos e custeados em grande parte com o dinheiro do Estado e de algumas municipalidades, quando lhe não negam até o direito, de mendigar.”<sup>150</sup>

Dessa forma, existia uma disputa pelo poder, as autoridades policiais queriam a liberdade para enviar os doentes vindos do interior para que fossem atendidos pela instituição e assim deixassem de perambular pelas ruas, o que seria uma limpeza social da capital, Paraíba do Norte, pois, a elite política e econômica da cidade não suportava a presença de tais sujeitos, os quais consideravam doentes e asquerosos. Por outro lado, os diretores da Santa Casa não admitiam a interferência das autoridades policiais em assuntos internos da entidade, era uma intromissão no poder de admitir ou não doentes indigentes. Aliás, os diretores da Santa Casa evitavam aceitar os enfermos indigentes, pois, como dito antes, estes não trariam lucros a instituição. Em suma, vale salientar que, nesta disputa entre os dirigentes da Santa Casa e os policiais, a vida e o sofrimento dos pacientes estavam em segundo plano, não se importavam com o drama vivenciado pelos doentes que vinham do interior em situações adversas, como fome, frio, calor e sede, arriscando deteriorar ainda mais o seu estado de saúde na luta pela cura.

Já o argumento utilizado pelo vice-Provedor é de que “os hospitais da S. Casa não são estabelecimentos públicos; não são cárceres públicos; e os enfermos que livremente os procuram, deles saem do mesmo modo, curados ou não, si assim o entenderem.”<sup>151</sup> Acrescenta-se o fato de que, segundo o provedor,

A Santa Casa não fez contrato com o Estado para se encarregar do que verdadeiramente se chama- *assistência pública* (grifo autor) – nem se despojou da sua autonomia, de pessoa jurídica, só porque aceita os recursos orçamentários que lhe dá o Estado...Esse decreto governamental (D. 610 de 29 de janeiro de 1913) declarou mais que a S. Casa só se ocupava da *assistência hospitalar*(grifo autor), com a manutenção dos hospitais Santa Isabel e Sant`Anna e o azilo Sant`Anna<sup>152</sup>

Outra crítica feita pelo provedor com relação à interferência dos poderes públicos na admissão de doentes, refere-se aos casos de muitos doentes que, vindos do interior através de trem, eram “enviados pelos prefeitos municipais, ou pelas autoridades policiais, ou por particulares exibindo ofícios ou cartas, endereçadas ao presidente de Estado, ao chefe de

---

vien<sup>150</sup> Idem, p.20.

<sup>151</sup> Santa Casa, **A Imprensa**, n. 44, 28 de junho de 1917.

<sup>152</sup> Relatório da Santa Casa de Misericórdia, na sessão solenne de 2 de julho de 1919. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Oficial, Parahyba, p. 12, 1919.

policia, as demais autoridades policiais e aos diretores da S.Casa.”<sup>153</sup> O provedor estava criticando as relações de compadrio existentes na Paraíba, que tinha como uma de suas interfaces a interferência em assuntos internos da instituição, no caso, a admissão de doentes.

As relações entre os poderes públicos e o estado não eram apenas de embates, mas, como dito anteriormente, também de proximidade, como observamos no relatório da Santa Casa de 1917, publicado pelo jornal *A União*, o vice-provedor José Ferreira de Novaes abre espaço no relatório:

Para registrar o modo porque se tem positivado o auxilio que o exmo. Dr. Francisco Camillo de Holanda benemérito do Estado, vem prestando a S. Santa Casa de Misericórdia. S. Exc. Veio ao encontro do encontro do empenho da administração da S. Casa, fornecendo-lhe cinco contos de réis para início da construção de um pavilhão destinado ao recolhimento de enfermos de moléstias contagiosas, e garantindo-lhe auxilia-a no que fosse possível.

Depois, ordenando a demolição do prédio em que funcionou a Delegacia Fiscal, na rua General Osório, determinou que parte do material desse prédio fosse entregue a S. Casa, e este recebeu uma pequena parte de telhas, madeiras, taboado e portas.

No mez findo S. Exc. fez doação aos nossos hospitais de cinquenta camas de lastro de arame.

Ao respeitável administrador, a S. Casa por seus órgãos apresenta os seus mais sinceros agradecimentos.<sup>154</sup>

As doações feitas pelo governo estadual à instituição constituíam uma boa oportunidade para o estreitamento das relações entre ambos. O compromisso da Santa Casa de Misericórdia de 1913 sinaliza essa relação de proximidade entre a instituição e o governo do estado quando estabelece: “Art.175- O Presidente do Estado é considerado Protetor da Santa Casa em tudo o que dizem respeito aos fins temporais da instituição e, se for católico, fará as prerrogativas do irmão se assim o entender a Mesa.”<sup>155</sup> Para a entidade, as doações em dinheiro ou em material de construção feitas pelo governo seria uma fonte de lucro e um mecanismo que facilitaria manter seus compromissos sociais, principalmente o tratamento e a hospitalização dos doentes pobres. Para o governo estadual, representado na pessoa do presidente Camillo de Holanda, a doação seria uma forma de construir uma imagem positiva

---

<sup>153</sup>Relatório da Santa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solene de 2 de julho de 1921, pelo Provedor Desembargador José Ferreira de Novais. *A União*, n. 154, 13 de julho de 1921.

<sup>154</sup>Relatório da Santa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solenne de 2 de julho de 1917, pelo vice-provedor José Ferreira de Novais. *A União*, n. 158, 21 de julho de 1918.

<sup>155</sup>**COMPROMISSO**, da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da Capital do Estado da Parahyba, aprovada em sessões da Mesa Conjuncta Imprensa Official Parahyba do Norte, 1913.

de si e de sua administração, através da ação generosa de contribuir para o tratamento dos doentes.

Dois anos depois desta doação feita pelo presidente Camillo de Holanda à instituição, *a visita do Dr. Solon de Lucena ao Hospital Santa Isabel*,<sup>156</sup> então presidente do estado, atendendo ao convite feito pelo Desembargador José Ferreira de Novais pelo Dr. Flávio Maroja, respectivamente provedor e diretor dos serviços sanitários dos hospitais da Santa Casa de Misericórdia, representou uma teatralização do poder feita pelo presidente do estado, com intuito de sedimentar junto ao imaginário popular a imagem de político bondoso, preocupado com os doentes desvalidos e, ao mesmo tempo, a visita foi utilizada pelos diretores da entidade como mecanismo para comprovar o uso dos recursos financeiros do governo estadual, como também, mostrar a necessidade de mais investimento na instituição por parte do poder público estadual. A visita foi narrada da seguinte forma: Às 10 horas da manhã, em companhia do Dr. Flávio Maroja, Sólón de Lucena chegou ao hospital Santa Isabel, sendo recebido pelos Srs. José de Novais, Dr. Joaquim Hardman, as irmãs superiores e a farmacêutica do Hospital Santa Isabel. Após alguns minutos de animada palestra no salão principal daquela casa de caridade, o ilustre conterrâneo dirigiu-se a sala de operação, onde lhe foram ministrados informes minuciosos a respeito da deficiência da mesma e das intervenções cirúrgicas ali efetuadas. Na seqüência da visita, o ilustre visitante adentrou à enfermaria ‘São Sebastião’ destinada ao serviço hospitalar das praças e inferiores da Força Policial. Pelos doentes, que eram em número de seis vemos que é ótimo estado sanitário da milícia paraibano, entregue ao competente profissional Dr. Joaquim Hardman.<sup>157</sup>

A imagem positiva da enfermaria ‘São Sebastião’, descrita no jornal “A União”, sinaliza a intenção dos articulistas do jornal em exibir os resultados positivos dos recursos públicos investidos, uma vez que, parte do tratamento hospitalar da Força Policial do Estado era mantido em convênio com o Governo Estadual. Desta forma, o referido jornal tinha a intenção de fazer propaganda deste governo. Na seqüência da visita, a enfermaria São José impressionou a ilustre visita:

Pelo seu aspecto triste e doloroso dos indigentes, na sua maioria vítimas do impaludismo e da opilação, já em estado caquetico e de outras moléstias que assolam as nossas populações, dizimando-as. Ao deparar o leito do opilado João Peixoto da Cunha, o dr. Flávio Maroja, num gesto amigo, perguntou-lhe o nome e o lugar de residência, apalpando-lhe depois todo o baixo ventre, que se apresentava. Depois s. exc., voltou à enfermaria ‘São José’

---

<sup>156</sup> A visita do Dr. Solon de Lucena ao Hospital Santa Isabel, **A União**, n. 147, 07 de julho de 1920.

<sup>157</sup> Idem.

onde assistiu sr. dr. Joaquim Hardman fazer uma punção no ventre de João Peixoto da Cunha, extraindo-lhe grande quantidade de líquido corcitrina.<sup>158</sup>

Os dirigentes do Hospital Santa Casa, José de Novais e Flávio Maroja, sendo o último vice-presidente do estado neste período, expuseram a enfermaria São José ao presidente do estado, para mostrar a triste situação do tratamento hospitalar destinado aos doentes indigentes na Paraíba. A exibição do corpo doente, no caso, o do senhor João Peixoto da Cunha, tinha como objetivo sensibilizar o presidente para fazer doações mais generosas ao Hospital Santa Isabel, isto porque, "a atuação do poder público no auxílio às instituições de caridade ocorreu por meio das subvenções mensais, das quais é reservada uma parte do orçamento para as despesas com assistência social" (ARAÚJO, 2010, p. 113). O poder público, nesse caso, não desenvolve políticas de saúde ou programas assistenciais, mas contribui para a manutenção das obras assistenciais desenvolvidas pelas entidades sociais. "Estas subvenções não refletiam uma política assistencial coerente. O repasse de verbas oscilava ao sabor da corrente política no poder" (MACHADO, 1999, p. 203).

A política de subvenções adotada pelo poder público legitimava-se na percepção de que "o repasse as instituições de caridade foi muito mais vantajoso para o poder público e menos oneroso que assumir o compromisso de assistência social pública" (MACHADO, 1999, p. 203-204). O dinheiro repassado pelo estado às entidades assistenciais, como a Santa Casa, seria uma maneira de transferir para esta a onerosa tarefa de manter programas e instituições voltadas para a assistência social aos mais pobres e, mais especificamente, a assistência médica aos desfavorecidos. Isto pode ser observado no Relatório da Santa Casa de Misericórdia do ano de 1920, publicado pelo jornal "A União", em sua edição de 11 de agosto de 1920. Neste, o provedor José Ferreira de Novaes cita:

O Dr. Castro Pinto, com esse gesto, prestou obediência ao principio estabelecido na Constituição Federal, e apressou-se em expedir o decreto n. 610 de 20 de janeiro de 1913, pelo qual revogou o compromisso de 31 de janeiro de 1853, todos os decretos e os regulamentos relativos à administração da Santa Casa. Nesse decreto n. 610 o governo se comprometeu a auxiliar essa instituição, enquanto elamantivesse os hospitais S. Isabel, e Sant`Anna e o Azilo de Sant`Anna.<sup>159</sup>

---

<sup>158</sup> Idem.

<sup>159</sup> Relatório da Santa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solene de 2 de julho de 1920, pelo Provedor Desembargador José Ferreira de Novais. **A União**, n. 173, 11 de agosto de 1920.

A condição imposta pelo governo para subsidiar a Santa Casa era a manutenção dos serviços hospitalares, tendo em vista que o estado não oferecia tais serviços à população. As subvenções do governo estadual<sup>160</sup> serviam para compensar os gastos com os enfermos de segunda classe, pobres desvalidos que eram atendidos gratuitamente. Além disso, também através de convênio firmado entre o estado e a Santa Casa, os recursos públicos teriam como objetivo financiar o tratamento dos enfermos da terceira classe, no caso, os militares. Para o governo estadual, as subvenções eram importantes porque o livrava da função de construir e manter unidades hospitalares, custear o pagamento de funcionários e a compra de medicamentos, instrumentos hospitalares, gêneros alimentícios etc. Assim, identificamos na matéria publicada pelo jornal *A União*, referente à reunião do Provedor José Ferreira de Novaes e o vice-provedor Vasco de Toledo com o presidente do Estado Camillo de Holanda, que a pauta desta baseou-se no problema da falta de espaços no hospital Santa Isabel para o acolhimento de novos doentes, sendo solicitado ao presidente do estado ajuda para a construção de um novo pavilhão para o atendimento dos enfermos. O auxílio prestado pelo presidente Camillo de Hollanda ao Hospital Santa Isabel justificou-se, segundo os dirigentes da Santa Casa, pelo fato do “Estado não possuir um serviço de assistência, que vem sendo exequido dentro em as suas possibilidades, pelos hospitais da Santa Casa de Misericórdia.”<sup>161</sup>

Russel-Wood (1981), destaca o conceito de ‘filantropia social’ para explicar as ações das Misericórdias. Baseada em uma mentalidade cristã de assistência aos pobres, a filantropia social seria a ação junto aos pobres indigentes e teria surgido, em Portugal, com as albergarias que acolhiam os peregrinos durante a Idade Média. Já nas colônias ela teria ganhado uma nova feição, de cará ter semiburocrático, visto que muitos de seus serviços caberiam, em tese, à uma municipalidade ou à Coroa. Na verdade, por deter o padroado régio as Misericórdias se transformaram em um dos braços da burocracia, respondendo pelas ações de assistência nas colônias. Em suas ações, o público e o privado eram indissociáveis. Na Colônia, no Império e nos primeiros anos da República a Santa Casa manteve a hegemonia da assistência médica no Brasil. Só no princípio do século XX ela perde lugar para outros espaços de cura, ligados diretamente às políticas de saúde.

---

<sup>160</sup>O decreto n. 610, de 29 de janeiro de 1913, O art. 3º estabelece “O governo reserva-se a faculdade de fiscalizar, como melhor entender, a aplicação das subvenções e auxílios que pelo Estado forem consignados à Santa Casa, como órgão de assistência pública, enquanto mantiver esse caráter.” Ver: Relatório da Santa Casa de Misericórdia, na sessão solenne de 2 de julho de 1919. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Official, Parahyba, p. 27, 1919.

<sup>161</sup> Santa Casa de Misericórdia, *A União*, n. 155, 18 de abril de 1918.

No período republicano, o modelo assistencial das Santas Casas sofreu algumas alterações, uma vez que “a atribuição dos subsídios processada de forma esporádica e alicerçada na ideologia da caridade institucionalizada somente alcançou regularidade durante a República” (FERNANDES, 2009, p.67). Por outro lado, segundo Fernandes, “a concessão já não mais apregoada como caridade, por fazer parte de uma nova mentalidade acerca do tema, sendo a filantropia utilitária o propósito do Governo.” (FERNANDES, 2009, p.104). As subvenções cedidas eram revestidas na ideologia da caridade e filantropia. Julga-se que a consolidação deste último conceito entre as elites brasileiras em consonância com a mentalidade utilitarista tenha sido o principal fator para a diminuição de doações entre os civis. Porém, também se considera que foi a mudança do imaginário religioso para o cívico que impulsionou e deu legitimidade para a permanência das Misericórdias como pilares da assistência médica no país, em vez de formar uma rede estatal independente da iniciativa privada pelos diversos interesses das elites —filantrópicas. Na República, foi reconhecida a utilidade pública destas instituições e o custeio foi feito pela noção de manutenção da *ordem* para o *progresso* do país.

A questão das subvenções destinadas à instituição pelos poderes públicos também repercutiu nas relações entre estado e Santa Casa. Neste aspecto, verificamos que quanto maiores às verbas repassadas a instituição, mais amistosas eram suas relações, assim como também ocorria o inverso. Dessa forma, o provedor da Santa Casa, José Ferreira de Novaes, destacava a continuidade do repasse de recursos financeiros feito pelo governo estadual, sob condição de manutenção dos hospitais; Santa Isabel e Asilo Sant`Anna. Contudo, “as leis orçamentárias posteriores o mantiveram sem, entretanto, tomarem na devida consideração a elevação de todos os gêneros alimentícios, fazendas e salários de operários.”<sup>162</sup> A crítica feita pelo provedor demonstra que o relacionamento entre governo e entidade oscilava entre momentos amistosos e períodos tensos, em geral, a disputa por verbas públicas determinava o tipo de relação entre ambos. Esta disputa pelos recursos públicos constituía uma disputa pelo poder econômico, cada segmento procurava assegurar o máximo de recursos públicos. Para conseguir aumentar o valor das subvenções, José Ferreira de Novaes utilizava-se dos seguintes argumentos:

O relatório da Provedoria, de 2 de julho de 1912, alusivo ao período iniciado em 2 de julho de 1913, e o último organizado antes da guerra

---

<sup>162</sup> Idem.

européia, mostra a totalidade da arrecadação nele effectuada ter attingido a 30442\$691 e o benefício lotérico 16:918\$374.

A despesa subiu a 175:759\$354 havendo um saldo a favor da S. Casa da quantia de 43: 621\$435.

No relatório seguinte, do período de 2 de julho de 1914 a igual data em 1915, vê-se que a renda procedente de impostos estaduais foi de 67:559\$400, da Alfândega de 3:017\$665, de benefícios lotéricos 13: 187\$822. A despesa foi de 140:989\$823 e houve o saldo de 17: 461\$453.

No relatório seguinte, sobre o período de 1915 a 2 de julho de 1916, mostra a renda dos impostos estaduais foi de 76:351\$140, da Alfândega de 2:500\$000, de benefícios lotéricos 4: 390\$341. A despesa foi de 114:363\$297 e o saldo de 30: 509\$004.

No seguinte relatório, sobre o período de 1916 a 2 de julho de 1917, vê-se que a renda dos impostos estaduais foi de 80:090\$140, da Alfândega de 3:345\$655, benefício lotérico 12: 542\$371. A despesa foi de 124:363\$297 e o saldo de 54: 176\$235.

No seguinte relatório, sobre o período de 1917 a 2 de julho de 1918, vê-se que a renda dos impostos estaduais foi de 72:458\$140, da Alfândega de 2:095\$335, benefício lotérico 12: 379\$039. A despesa - 136:774\$027 e o saldo de- 41: 469\$341.

No seguinte relatório, sobre o período de 1918 a 2 de julho de 1919, vê-se que a renda do concurso estadual foi de 86:547\$900, da Alfândega de 2:095\$335, benefício lotérico 14: 012\$000. A despesa de 139:337\$837 e o saldo de 42: 083\$353.

No relatório actual, sobre o período de 2 de julho de 1919 a igual data em 1920, consta o concurso estadual de 70: 764\$438, da Alfândega de 3:731\$000, benefício lotérico 13: 487\$324. A despesa de 146:817\$757 e o déficit da quantia de 3:930\$325.

Feito o confronto entre o concurso dos poderes públicos na manutenção dos hospitais da S. Casa, com a actual situação que se saliente por uma carestia asphiante, não há quem não se convença de que esse concurso já é deficiente, e de que a assistência hospitalar que elamantem fatalmente há de ser prejudicada.<sup>163</sup>

Os números apresentados pelo provedor tinham o objetivo de comprovar que os valores repassados pelo estado através da arrecadação de impostos foram, ao longo do período citado, insuficientes para manter os gastos das unidades hospitalares. Porém, somando os saldos da instituição do ano 1912 até o ano de 1919, observa-se que o total foi superior a casa dos 229:319\$000, enquanto que o déficit, que ocorreu em apenas um ano, foi de 3:930\$325, ou seja, ao longo dos anos a entidade acumulou o lucro superior à 224:000\$000.

Em outro relatório, visualizamos nas das palavras do provedor José Ferreira Novaes, uma relação conflituosa com o governo federal motivada por questões financeiras, pois, segundo este, “no orçamento da República figura a subvenção de dez contos à S. Casa até agora ainda não recebida, não obstante a reclamação que se dignou de fazer o exmo. Dr.

---

<sup>163</sup> Idem.

Presidente ao ministro da Fazenda.”<sup>164</sup>Em geral, o não pagamento ou atraso das subvenções por parte dos poderes públicos seria motivo suficiente para criar relações de embate entre as autoridades misericórdianas e os políticos.

Neste conflito em torno das verbas públicas, os diretores da Santa Casa procuravam extrair o máximo possível de recursos públicos, enquanto que os governantes tentavam limitar as subvenções destinadas a entidade. Assim, observamos uma disputa pelo poder econômico, ou seja, a disputa pelo controle e/ou acesso ao dinheiro público. Para conseguir aumentar o valor das subvenções as autoridades da Santa Casa alegavam que esses recursos serviam para a instituição manter o tratamento hospitalar dos doentes da segunda classe, no caso, os pobres indigentes; e os da terceira classe, formada pelos militares, uma vez que, os da primeira classe, os pensionistas, pagavam pelo tratamento recebido. Além disto, a entidade tinha outras fontes de renda que serão analisadas a seguir em sua relação com os serviços ofertados pela instituição.

### **2.1.3 O Hospital Santa Isabel: recursos financeiros e qualidade dos serviços**

A Santa Casa tinha outras fontes de renda: recebia contribuições de particulares para custear suas obras hospitalares e assistenciais; o aluguel de prédios; juros de depósitos; entrada de irmãos; subsídios dos municípios de Cabedelo, Santa Rita, Pedras de Fogo e da Capital; Laudemio; Foros de terreno; Rendas provenientes de impostos arrecadados administrativamente pela S. Casa; Imposto de coqueiros; imposto sobre bebidas alcoólicas; renda derivada de consignação orçamentária do Estado; renda derivada de consignação orçamentária federal; Imposto de exportação de gêneros de produção do Estado, cobrado pelas Mesas de Renda e estações fiscais.<sup>165</sup> A transferência de recursos estatais para a Santa Casa correspondia a mentalidade administrativa de que, embora a assistência médica e social não fosse da responsabilidade estatal de forma direta, ao governo do estado era reconhecida a necessidade de subvencionar as instituições para este fim, pois não eram apenas as Misericórdias de algumas cidades beneficiadas, ainda que fossem privilegiadas, mas a sociedade em geral. Além disso, “as irmandades das Misericórdias e demais associações filantrópicas auxiliavam o Governo em caso de calamidades públicas” (FERNANDES, 2009,

---

<sup>164</sup>Relatório da Santa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solene de 2 de julho de 1921, pelo Provedor Desembargador José Ferreira de Novais. **A União**, n. 158, 19 de julho de 1921.

<sup>165</sup> Ver: Relatório da Santa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjunta na sessão solene de 2 de julho de 1920, pelo Provedor Desembargador José Ferreira de Novais. **A União**, 3 de agosto de 1920, n. 167, p.2.

p. 107). Deste modo, por serem reconhecidas como instituições de utilidade pública, presume-se que este reconhecimento isentava as instituições do pagamento de impostos, como de fato outorgaria o governo na previsão orçamentária do ano de 1924, no artigo 3º sobre a isenção de tributos sobre o rendimento: “§ 11. Ficam isentos deste imposto os rendimentos das instituições destinadas a fins philanthropicos” (FERNNADES, 2009, p. 107).

Além da isenção de impostos, a instituição obtinha recursos com os empréstimos de dinheiro a juros. De uma maneira geral, “as Santas Casas guardavam o dinheiro em arcas com várias fechaduras, cujas chaves ficavam com pessoas diferentes” (SCCUOGLIA & TAVARES, 2009, p.21 e 22). A justificativa para iniciar a prática de empréstimos a juros teria sido justamente a falta de segurança dos cofres, conforme observamos no trecho a seguir:

Existe um cofre de trez chaves, mas a dificuldade está na sua guarda. Talvez por meio de uma operação de crédito se pudesse não obter as necessáriasseguranças, e garantias para o dinheiro do estabelecimento, como auferira algum lucro em vantagem dele. (Relatório da Santa Casa da Paraíba, 1858;p. 18, Apud, SCCUOGLIA & TAVARES, 2009, 22 ).

Os recursos financeiros da Santa Casa de Misericórdia eram provenientes de diversas fontes, empréstimos a juros, impostos cobrados pela Alfândega, impostos arrecadados pelo Fisco Estadual, benefícios lotéricos, jóias de entrada de irmãos, renda do cemitério, laudêmio, aluguel de prédios, foros e rendas de terrenos, hospitalização dos pensionistas, contribuições de particulares (donativos) e legados. Neste último caso, identificamos que, muitas pessoas deixavam em testamento um legado a Santa Casa,<sup>166</sup> como, por exemplo, Dona Jurdulina Holmes, que deixou em testamento um total de um conto e cem mil réis. Já o senhor Caetano Gomes de Almeida, em seu testamento, deixou um legado de quinhentos mil réis para a Santa Casa.<sup>167</sup>Quais as intenções destes personagens? Poderia ser um ato caridoso do cristão para com os pobres sofredores, ou apenas um artifício para a promoção da imagem diante de Deus e da Igreja, bem como perante seus semelhantes após sua morte, uma vez que este gesto era divulgado pela imprensa.

Nos relatórios da Santa Casa de Misericórdia da Paraíba havia uma parte intitulada “Honra e Benemerência”, parte esta dedicada à exaltação das pessoas que haviam deixado em

---

<sup>166</sup> A Santa Casa recebia legados de pessoas residentes em outros Estados do Brasil, desta forma, d. Francisca Pinto, falecida em Porto Alegre deixou um legado de 6:530\$000 à Santa Casa. Ver: Relatório da Santa Casa de Misericórdia, na sessão solenne de 2 de julho de 1916. Provedor Trajano A. de Caldas Brandão José Ferreira Novaes. Imprensa Oficial, Parahyba, p.16,1914.

<sup>167</sup> Relatório da Santa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solenne de 2 de julho de 1917, pelo vice-provedor José Ferreira de Novais. **A União**, n. 158, 21 de julho de 1918.

testamento um legado à entidade. Além dos legados em dinheiro, a Santa Casa também recebeu legados em forma de prédios, como podemos observar abaixo:

Em o transacto relatório, já se faz referencia ao legado deixado pelo falecido Sr. José de Araújo Braga, da quarta parte do prédio n. 530 à rua Maciel Pinheiro, e agora se vos informa que a Santa Casa entrou em gozo do mesmo. Foi também liquidada parte do legado deixado pelo Major Pedro de Albuquerque Maranhão, com a venda de prédio antigo, realizada mediante accordo com a condômina da parte da mesma, e com os usufrutuários de todo ela. A parte da Santa Casa importou em 1: 750\$000. O restante desse legado, constante de duas pequenas e velhas casas, sitas à rua Marquez do Herval, está onerado com o usufructo da viúva do testador e do de outra pessoa, sendo que só depois, da extincção deste a S. Casa entrará no domínio das duas referidas casas.<sup>168</sup>

O legado doado à entidade seria um motivo mais que suficiente para que a Mesa Administrativa instalasse em sua sala de sessões um retrato do doador.<sup>169</sup> O retrato imortalizava o cristão e sua obra generosa. O paraibano Epitácio Pessoa também teve seu quadro exposto, assim descrito no item “Homenagens” do Relatório da Instituição do ano de 1927:

A mesa administrativa entendeu de render uma homenagem ao exmo. Dr. Epitácio da Silva Pessoa, eminente Senador da República Brasileira, appondo um quadro com seu retrato no salão de suas reuniões, e tornou effectiva essa resolução, estando esse quadro, pendente da parede como o vemos. Teve em consideração para esse procedimento o concurso pecuniário, que o grande brasileiro vem prestando a essa instituição, não se esquecendo de, como Presidente da República, dotá-la com a quantia de vinte e cinco contos de reis, que foi applicada no augmento do patrimônio.<sup>170</sup>

A doação de uma volumosa quantia para a Santa Casa era a condição para que o cidadão tivesse sua imagem imortalizada no retrato exposto na sala de reuniões da instituição. A “homenagem” concedida ao cidadão que contribuisse para a entidade tratava-se de uma estratégia utilizada pelos administradores para conseguir multiplicar o número de doadores através da política de propaganda da generosidade, ou seja, a exibição da imagem dos sujeitos generosos nos retratos expostos na Santa Casa. Outros personagens da sociedade fizeram doações em vida. Abaixo estão discriminados do seguinte modo:

Cel. João Ribeiro da Silva Coutinho.....40\$000

<sup>168</sup> Relatório da Santa Casa de Misericórdia, apresentado a Mesa Conjuncta na sessão solenne de 2 de julho de 1921. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Official, Parahyba, p. 22, 1921.

<sup>169</sup> Ver: Relatório da Santa Casa de Misericórdia, na sessão solenne de 2 de julho de 1916. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Official, Parahyba, p. 28, 1916.

<sup>170</sup> Idem.

De diversos.....	5\$420
Cel. Severino Régis.....	100\$000
Uma Alma religiosa.....	20\$000
D. Antonia Celestina Gomes da Silveira.....	500\$000
Candido Marinho Falcão.....	9\$500
Arthur Januario Gomes de Oliveira.....	4\$500
Senador Epiácio Pessoa.....	4:000\$000
Cel. Pedro Bezerra.....	20\$000
Commissão dos empregados públicos .....	50\$000
José Grisa.....	12\$500
Dr. Odilon Maroja.....	50\$000
Dr. Venâncio Neiva.....	60\$900
D. Emilia Maia da Costa.....	10\$000
Virginio Velloso Borges.....	30\$000
D. Leocádia do Nascimento Figueiredo.....	500\$000
D. Luiza Lins de Cavalcante d`Albuquerque.....	5\$000
Esportulas dos Irmãos na Semana Santa .....	424\$400
Esmolas na Semana Santa.....	72\$400
Dr. Dyonisio Maia.....	10\$000
Total.....	5:923\$060 <sup>171</sup>

Diversos sujeitos de diferentes classes sociais fizeram doações à S. Casa, os valores oscilavam conforme a condição social e econômica do doador. Políticos, coronéis, donas de casas e doutores procuravam, através de seus donativos, contribuir para que a Santa Casa atuasse nos setores onde não havia a presença do estado, no caso, programas assistenciais (asilo de mendicidade) e serviços hospitalares (hospital Santa Isabel e Asilo Sant`Anna). A instituição também recebia donativos de pessoas de outros estados do Brasil, como relata o Provedor Pedro da Cunha Pedroza, no ano de 1906: “Foi assim, que recebemos donativos do Rio de Janeiro, de Santos, do interior deste Estado, e da sua capital.”<sup>172</sup> Não sabemos informar se essas contribuições feitas por pessoas de outros estados foram constantes ao longo dos anos, apenas encontramos informações sobre estas ações neste relatório de 1906. É importante ressaltar que, o ato de fazer doações representava a intenção de reordenar os espaços sociais e, principalmente, às lacunas deixadas pelos poderes públicos. Além dos donativos em dinheiro, a Santa Casa também recebia donativos em outra espécie, a “agente da Companhia Internacional, 11 vidros de Balforme. L. Pinto & Cia., da Bahia, 6 vidros de Codeinol e 6 ditos de Kolatol. Companhia de Tecidos do Rio Tinto, um fardo com retalhos de tecidos de

<sup>171</sup> Idem.

<sup>172</sup> Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Parahyba do Norte apresentada a Mesa Conjuncta, na sessão solenne de 2 de julho de 1906. Provedor Pedro da Cunha Pedroza. Imprensa Official, Parahyba, p. 20, 1906.

algodão. Fabrica de Tecidos Tibiry, de Santa Rita, dois fardos de fazenda e um dito de retalhos.”<sup>173</sup>

Um artifício utilizado pelos diretores da Santa Casa para conseguir mais doadores para os hospitais era a exposição pública das dependências hospitalares, com a cobertura da imprensa local. Um desses eventos fora narrado pelo jornal “A União”, em sua edição de 4 de julho de 1922:

Sendo onten-hontem o dia consagrado igreja católica à Santa Isabel, diretoria do hospital de mesmo nome um dos estabelecimentos pios confiados à guarda da Santa Casa de Misericórdia, resolveu comemorar a efemeride abrindo essa casa de caridade à visita.

A nossa reportagem, gentilmente convidada por um dos membros diretores do Santa Isabel, ali compareceu às 15 horas, justamente quando era maior o movimento de visitantes. Encontrava-se presente na ocasião a Mesa Administrativa, que é composta dos srs. Desembargador Ferreira de Novaes, provedor da Santa Casa de Misericórdia; Desembargador Vasco de Toledo, vice-provedor; e dr. Flávio Maroja, director do serviço sanitário do Santa Isabel.

O sr. dr. Flávio Maroja com a fidalguia de trato que lhe é muito característico, acompanhou alguns visitantes a todas as dependências do aludido hospital, mostrando-lhes interessantes casos de clínica do estabelecimento, especialmente portadores de endemias que devastam inexoravelmente as nossas populações rurais.

Atualmente o hospital Santa Isabel conta cinco enfermarias, para homens e mulheres, sendo as primeiras denominadas de São José, São Joaquim e São Pedro e as segundas, Santa Anna e Santa Rosa.<sup>174</sup>

No decorrer da narração, o articulista descreve os espaços do hospital, enfatizando que todos os leitos estavam ocupados por enfermos de ambos os sexos, sendo irrepreensível o serviço de assistência e curativos aos mesmos dispensados. E, sobretudo, o ambiente apresentava um aspecto muito agradável, pela rigorosa higiene e conservação. Não apenas as enfermarias, estavam limpas e organizadas, a sala de cirurgia acabara de passar por “uma completa transformação, estando dotada de uma aparelhagem eficiente e moderna.”<sup>175</sup>

Será que estes espaços descritos pelo jornal correspondiam aos mesmos ambientes destinados aos enfermos indigentes? Ou apenas a dimensão propagandista do evento camuflava os vários problemas da instituição? Tais problemas como: falta d água, superlotação, amontoamento de doentes, contaminação bacteriana e microbiana, falta de medicamentos e recusa de pacientes por falta de leito. A intenção de expor o hospital a visitação pública com a cobertura da imprensa era construir uma imagem positiva da

---

<sup>173</sup> Relatório da Santa Casa de Misericórdia, na sessão solenne de 2 de julho de 1930. Provedor José Ferreira de Novaes. Imprensa Oficial, Parahyba, p. 28, 1916.

<sup>174</sup> Hospital de Santa Isabel, **A União**, n. 140, 4 de julho de 1922.

<sup>175</sup> Idem.

instituição perante a sociedade, na tentativa de mostrar ao povo que as doações feitas à entidade estavam sendo aplicadas no tratamento e hospitalização dos doentes, tendo em vista sensibilizar os cristãos em busca de aumentar a contribuição. Estrategicamente, o dia dedicado à Santa Isabel fora escolhido para realização do evento, comovendo os fiéis a contribuírem com o hospital de mesma denominação da santa devota.

As contribuições de particulares, os impostos recebidos e as subvenções do governo estadual resultaram na construção de um grande patrimônio por parte da Santa Casa, materializado nos seguintes bens no ano de 1931:

- 1 prédio n. 350 à rua Maciel Pinheiro.
- 1 prédio n. 276 à rua Maciel Pinheiro.
- 1 prédio n. 28 à praça Anthenor Navarro.
- 1 prédio n. 34 à praça Anthenor Navarro.
- 1 prédio n. 341 à rua Barão do Triumpho
- 1 prédio n. 353 à rua Barão do Triumpho
- 1 prédio n.180 à rua Beaurepaire Rohan
- 1 prédio n.507 à rua Barão da Passagem
- 1 prédio n.33 à Conselheiro Henriques
- 1 prédio n.134 à rua Visconde Pelotas
- 1 prédio n.242 à rua Visconde Pelotas
- 1 prédio n.258 à rua Visconde Pelotas
- 1 prédio n.260 à rua Visconde Pelotas
- 1 prédio n.240 à rua Visconde Pelotas
- 1 prédio n.63 à rua General Osório
- 1 prédio n.190 à rua General Osório
- 1 prédio n.219 à rua General Osório
- 1 prédio n.211 à rua General Osório
- 1 prédio n.206 à rua General Osório
- 1 prédio n.557 à rua Duque de Caxias
- 1 prédio n.349 à rua Duque de Caxias
- 1 prédio n.353 à rua Duque de Caxias
- 1 prédio n.381 à rua Duque de Caxias
- 1 prédio n.36 à rua Duarte da Silveira
- 1 prédio n.42 à rua Duarte da Silveira
- 1 prédio n.48 à rua Duarte da Silveira
- 1 prédio n.54 à rua Duarte da Silveira
- 1 prédio n.64 à rua Duarte da Silveira
- 1 prédio n.422 à rua 7 de Setembro
- 1 prédio n.428 à rua 7 de Setembro
- 1 prédio n.436 à rua 7 de Setembro
- 1 prédio n.742 à rua Monsenhor Walfredo
- 1 prédio n.1006 à rua Monsenhor Walfredo
- 1 prédio n.249 à rua 13 de Maio
- 1 prédio n.243 à rua 13 de Maio
- 1 prédio n.255 à rua Vera Cruz
- 1 prédio s/n. Caldas Brandão
- 1 prédio s/n Travessa Sant`Anna
- 1 prédio s/n Rua

Fazem parte do patrimônio os prédios da Igreja da Santa Casa, do Hospital Santa Isabel, o restante do de Sant`Anna, e o Oswaldo Cruz, a parte restante da extinção do azilo de Sant`Anna, e os terrenos conphyteuticos, sítios nesta Cidade e nos bairros das Trincheiras, Jaguaribe e Cruz das Almas, na Praia de Lucena, e dos terrenos arrendados no sitio Cruz do Peixe em que esta encravado o sitio d Hospital.<sup>176</sup>

Como o observamos na lista de bens da Santa Casa, era volumoso o seu patrimônio, os quais geravam receitas para a instituição. A Santa Casa de Misericórdia da Paraíba do Norte, assim como as demais instaladas no Brasil, apresentavam um grande patrimônio, sendo, portanto, uma das instituições mais ricas e solidificadas do Brasil desde o período colonial devido à confluência de recursos diversos. Contudo, um dos maiores problemas enfrentados pelo Hospital Santa Isabel era a escassez de recursos financeiros, isto, segundo os discursos do provedor José Ferreira de Novaes. Nos diversos relatórios analisados verificamos que, era freqüente os reclames dos provedores em relação à situação financeira da instituição, sempre alegavam problemas econômicos como justificativa para a falta de estrutura do Hospital Santa Isabel e para não realização dos serviços que pudessem melhorar a estrutura hospitalar. Com esses discursos, os direntes da instituição sempre buscavam mais recursos através do aumento do número de contribuições. Além disso, em tudo os administradores do hospital buscavam economizar: fornecimento de remédios aos doentes, admissão de doentes, alimentação dos enfermos, priorizando então a redução de gastos em detrimento da qualidade dos serviços oferecidos. Deste modo, verificamos na visita feita ao hospital Santa Isabel pelo articulista do jornal “Correio da Manhã,” André Lombardi:

Como índice do senso econômico da directoria do Santa Isabel, está ele abastecendo exclusivamente do leite do seu estábulo, dotado de uma vacaria nutrida, havendo também para alimentação dos enfermos, galinhas e ovos em abundancia, tudo de produção da casa.<sup>177</sup>

O leite e os ovos, servidos aos pacientes, eram alimentos orgânicos, portanto, saudáveis, que se enquadravam nos critérios de economia da instituição. A manipulação dos remédios do Hospital Santa Isabel também seguia os mesmos princípios econômicos, bem como consta no art. 14 do Regulamento dos Hospitais da Santa Casa, referente ao Serviço Sanitário, neste caso, os médicos, também responsáveis por este serviço, tinham como uma de

---

<sup>176</sup>Relatório da Santa Casa de Misericórdia, na sessão solenne de 2 de julho de 1931. Provedor José Ferreira de Novaes. Imprensa Official, Parahyba, p. 28, 1931.

<sup>177</sup> A festa de Santa Izabel, no hospital da Santa Casa de Misericórdia. Os progressos desse estabelecimento de assistência. **Correio da manhã**, n. 153, 7 de julho de 1931.

suas obrigações: fazer manipular no laboratório os preparativos que, se possível, resultem em economia para Santa Casa. Já o fornecimento de remédios aos enfermos era rigorosamente controlado, “de modo que, a concessão, não chegue a pesar onerosamente sobre a nossa Pia Instituição”<sup>178</sup>, assim enfatizou o diretor do serviço sanitário do hospital Santa Isabel, Flávio Maroja. Além disso, os medicamentos deveriam ser manipulados na própria entidade, deste modo, eram ensinadas as irmãs responsáveis pela manipulação dos remédios, “certas fórmulas especiais que, preparadas fora, muito pesariam à economia da nossa instituição.”<sup>179</sup>

O critério financeiro foi determinante para a implantação ou não de alguns serviços fornecidos pelo Hospital Santa Isabel, embora a instituição fosse conhecida por sua riqueza constituída por um vasto patrimônio. Como observamos nas palavras de José Ferreira Novaes, sobre a secção da maternidade, que, segundo o mesmo, a referida secção deixou de ser inaugurada pela seguinte razão: “seu mobiliário e custeio vão pesar grandemente sobre as finanças de S. Casa, determinando ser adiado o funcionamento dela.”<sup>180</sup>

Geralmente, a direção da Santa Casa dava preferência à redução dos custos, independente da qualidade dos serviços oferecidos. Reconhecendo as deficiências dos hospitais da Santa Casa para atender a população paraibana, o provedor José Ferreira Novaes explica que “a S. Casa não tem leitos necessários para atender a um serviço de assistência, correspondente à nossa população, sempre crescente.”<sup>181</sup> O provedor justifica sua ideia, argumentando que:

No nosso Estado, a assistência hospitalar é resumidíssima, o que se pode inferir de um ligeiro confronto entre o número de assistidos ou hospitalizados, em a nossa população, talvez excedente de novecentos mil habitantes, e mais numerosa da beira-mar á serra dos brejos do que na parte que dahi se estende aos confins dos sertões Paraibanos.<sup>182</sup>

A relação oferta *versus* demanda estava desigual, pois havia muita demanda de pacientes para os poucos leitos hospitalares existentes, esse é o argumento utilizado pelo provedor da S. Casa, é que para abrigar os doentes dessa população subsistem os estabelecimentos hospitalares da S. Casa, com cento e setenta leitos e dezesseis para loucos, todos indigentes. Sendo assim, insuficiente para atender às necessidades de hospitalização dos

---

<sup>178</sup> Relatório apresentado pelo Dr. Flávio Maroja, director do Serviço Sanitário dos Hospitais a cargo da Santa Casa de Misericórdia, na sessão solenne de 2 de julho de 1916. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Official, Parahyba, p. 43, 1916s

<sup>179</sup> Idem, p.43.

<sup>180</sup> Relatório da Santa Casa de Misericórdia, na sessão solenne de 2 de julho de 1916. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Official, Parahyba, p. 9, 1916.

<sup>181</sup> Relatório da Santa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solene de 2 de julho de 1921, pelo Provedor Desembargador José Ferreira de Novais. **A União**, n. 153, 12 de julho de 1921.

<sup>182</sup> Idem.

enfermos do estado, pois seriam mil oitocentos leitos. Ou seja, nas palavras de José Ferreira Novaes, “1630 doentes ficam sem leitos, sem proteção dos recursos médicos, ‘sem pão, sem tecto, sem o conforto moral da caridade e abandonados aos azares das triumphante’.”<sup>183</sup> Como a assistência hospitalar oferecida pelos hospitais da Santa Casa era deficiente e insuficiente para atender a todos os doentes que procuravam a instituição, muitos, no período citado, já faziam críticas ao atendimento realizado nas dependências dos hospitais, assim identificamos no trecho abaixo:

A crítica insensata e a maledicência, de mãos dadas, não excogitam as causas determinativas de uns tantos fatos, como este da desproporcionalidade entre a hospitalização e inospitalização de doentes entre nós e por tudo clamam, de tudo maldizem, às vezes, de um modo irritantes e diffamatorio.<sup>184</sup>

Por que as pessoas reclamavam da assistência médica oferecida pela entidade? Por que estas pessoas difamavam a instituição? Em uma publicação do jornal *A União*, podemos observar um dos argumentos que justificam a crítica à Santa Casa de Misericórdia: “S . Casa não é uma instituição de caridade, não têm utilidade pública, a grande soma que o Estado lhe fornece tem aplicação diferente aos seus falsos fins, portanto é desviada criminosamente pelos diretores dela.”<sup>185</sup>

Neste sentido, compreendemos que a instituição estava sendo questionada por parte da população que se sentia insatisfeita com os serviços oferecidos pelos hospitais, ou simplesmente criticavam o fato da instituição rejeitar a entrada de pacientes que excediam o número de leitos.<sup>186</sup> O público em geral, sabendo que a Santa Casa recebia verbas públicas provenientes de impostos estaduais e federais, passou a entender que a instituição possuía a obrigação de atender a todos que a procuravam.

A crise do assistencialismo na saúde da Paraíba ficou evidente quando a entidade assistencial, no caso, os hospitais da Santa Casa,<sup>187</sup> mostraram-se insuficientes e incapazes de

---

<sup>183</sup> Idem.

<sup>184</sup> Idem.

<sup>185</sup> Em relatório de 1917, o vice-provedor, José Ferreira de Novais, cita um trecho de uma matéria publicada pelo Jornal “A União” em que há uma crítica a S . Casa Ver: Relatório da Santa Casa de Misericórdia, na sessão solenne de 2 de julho de 1917. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Oficial, Parahyba, p. 23, 1917.

<sup>186</sup> Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solenne de 2 de julho de 1925. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Oficial, Parahyba, p.16, 1925.

<sup>187</sup> Identificamos na fala do Diretor Sanitário do Hospital Santa Isabel Dr. José de Seixas Maia, as falhas e as precariedades do Serviço Sanitário da instituição, quando cita em relatório de 1929: “Não é preciso vos dizer que o serviço sanitário dos hospitais tem grandes falhas e excuso-me de qualquer modificação em vista das finanças da Santa Casa o permittirem actualmente.” Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solenne de 2 de julho de 1929. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Oficial, Parahyba, p.18, 1929.

oferecer assistência médica-hospitalar aos enfermos que recorriam aos seus estabelecimentos hospitalares. Diante do problema, o próprio provedor cita a importância da criação dos hospitais regionais pelos poderes públicos como solução, argumentando o seguinte:

Nos comboios da nossa via-ferrea chegam nesta capital, diariamente, pela manhã ou pela tarde, pobres em péssimas condições físicas, e alguns em caminho da própria morte. Se ainda se locomovem, saem vagando pelas ruas, e de indagação em indagação, vão bater à porta da residência de algum director da S. Casa, senão nas dos próprios hospitais, implorando abrigo. Se não andam, eles ficam na estação da via-ferrea, aguardando que se lhes proporcione um vehiculo para os transportar nos hospitais...Se eles, por essa ou aquela forma conseguem a admissão nos hospitais no dia da chegada nesta capital são felizes, embora alguns falleçam no mesmo dia, ou no imediato, em consequência do estado gravíssimo em que se achavam e fora agravado no percurso da viagem.<sup>188</sup>

Diariamente, desembarcavam na capital os enfermos oriundos do interior que percorriam longos trajetos em trens desconfortáveis na esperança de serem atendidos nas enfermarias do Hospital Santa Isabel. No entanto, os percalços da viagem terminavam por agravar ainda mais o estado de saúde dos pacientes. Tais sujeitos ao desembarcarem na capital, se ainda conseguiam locomoverem-se, saíam vagando pelas ruas em busca de socorro, primeiro, indo à casa de algum director da Santa Casa ou ao hospital Santa Isabel implorar abrigo em uma situação bastante humilhante. Já os enfermos que não conseguiam andar, ficavam na estação da via-ferrea a espera de um veículo que os transportassem para os hospitais. Deste modo, estes doentes passavam por uma verdadeira via-cruzes na terra em busca da tão sonhada cura, a luta pela vida começava quando o doente embarcava no trem, além das dores físicas causadas pela doença, o sujeito enfrentava situações adversas: como frio, fome, sede, calor, o que debilitava ainda mais o seu estado físico e, quando finalmente conseguia chegar à capital, o doente tinha que ter a sorte de conseguir uma vaga no hospital Santa Isabel, caso contrário, morria abandonado nas calçadas. Vale salientar que, mesmo os poucos que conseguiram vaga no hospital, muitas vezes, faleciam no mesmo dia que davam entrada, devido aos percalços causados pela viagem.

Dentre os muitos enfermos oriundos do interior, Maria Alves dos Santos constitui um exemplo claro de vítima da omissão dos directores do hospital aos doentes que migravam para à capital em busca de socorro. Segundo informações do jornal *Liberdade*, a enferma era uma mulher de mais ou menos cinquenta anos, magra, de olhos encovados que, muito abatida,

---

<sup>188</sup>Relatório da Santa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solene de 2 de julho de 1921, pelo Provedor Desembargador José Ferreira de Novais. **A União**, n. 153, 12 de julho de 1921.

narrou aos articulistas do jornal os seus problemas: Era moradora de um sítio próximo a Água Branca e, ela e sua família teriam sido vítimas das tropas de José Pereira durante a Revolução de 30, tal tropa teria invadido sua casa e assassinado seu esposo com um punhal. Além do mais, doze homens teriam praticado violência sexual contra a mesma. Após o episódio trágico, Maria e seu filho, que tinha apenas dez anos de idade, migraram para a Capital, “onde passaram viver em um albergue para retirantes, próximo a Estação da Great Western. De posse de uma guia que lhe fornecera a Secretaria de Segurança Pública, pleiteou ingressar no Hospital de Santa Isabel para curar-se de moléstias venéreas contraídas no assalto. Mas não havia vagas...”<sup>189</sup> Desta forma, observamos um retrato da negligência do hospital da entidade.

Um dos argumentos utilizados pelo provedor José Ferreira de Novaes para a recusa de tais pacientes reside na sua percepção de que, “esses incuráveis senão agonisantes, procedem do município da Capital e dos circumvisinhos, ou dos pontos servidos pela via-ferrea. E, morrem, em parte, nos dias imediatos à sua admissão nos hospitais da S. Casa, acarretando-lhe despesas inaproveitáveis, e o aumento de seu obituário.”<sup>190</sup> Os incuráveis, no caso, seriam os pobres sem abrigo, os idosos, inválidos, doentes mentais e crianças abandonadas que já não tinham acesso garantido aos leitos hospitalares, muito embora permanecessem outros equipamentos das Misericórdias para o seu benefício, como os asilos para órfãos, dementes e velhos (FERNANDES, 2009). Na Paraíba, os “incuráveis” e abandonados eram transferidos para asilo da capital. Isso porque, no Hospital Santa Isabel só eram “recolhidos e tratados os doentes indigentes e pensionistas, afetados de moléstia *curável* (grifo nosso)”.<sup>191</sup> Assim explicava José Ferreira de Novaes aos médicos da Assistência Municipal a sua preocupação em relação aos doentes indigentes que vinham de outras regiões do interior:

Tiveram de officiar às autoridades policiais e municipais das localidades à margem da via-ferrea, solicitando-lhes providencias no sentido de difficultarem o embarque de tantos doentes. Essa providencia não produziu o efeito desejado, e os incuráveis, caquéticos, opilados, agonisantes, quotidianamente afluem a esta capital, um vasto hospital, sem as accomodações para agasalhar-os.<sup>192</sup>

---

<sup>189</sup> Reminiscencias da ingloria= sedição de Princeza. A história pungente história de Maria Alves dos Santos. **Jornal Liberdade**, n.50, 17 de março de 1931.

<sup>190</sup> Relatório da Santa Casa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solenne de 2 de julho de 1925. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Official, Parahyba, p.15, 1925.

<sup>191</sup> Relatório da Santa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solenne de 2 de julho de 1906, pelo Provedor Pedro da Cunha Pedrosa. Imprensa Official, Parahyba do Norte, p.12, 1906.

<sup>192</sup> Idem, p.16.

Além de solicitar providências para que as autoridades policiais e municipais dificultassem a entrada na capital dos doentes vindos do interior, a Santa Casa distribuía passagens aos doentes curados<sup>193</sup> para que retornassem aos seus lugares de origem e não pudessem mais incomodar os diretores dos hospitais, caso ficassem vagando pelas ruas da capital. Na linguagem dos diretores da Santa Casa, os doentes que afluíam a capital em busca de tratamento nos estabelecimentos hospitalares eram sujeitos incuráveis, caquéticos e opilados, e sua presença constituía um pesadelo para os dirigentes da instituição, pois tinham que atendê-los gratuitamente, gerando despesas para a entidade ou, em outros casos, simplesmente fecha-lhes a porta, fazendo com que muitos tivessem como única opção a mendicância e a morte trágica nas ruas.<sup>194</sup> Outro problema apontado pelo provedor da Santa Casa em 1931, José Ferreira de Novais, com relação ao atendimento dos considerados “incuráveis”, era que “em consequência da hospitalização desses doentes crescia obituário hospitalar”<sup>195</sup> Uma solução viável para este problema, segundo o provedor, seria:

A criação de hospitais regionais, criados pelo concurso de duas ou três municipalidades conjugado com a dos habitantes das respectivas circunscrições territoriais, proporciona o meio positivo de solucionar esse magno problema da assistência, de certo, mais eficaz no distrito em que a pessoa enfermou. Não se pense haver a necessidade de construção de prédios custosos e imensos. Cada hospital terá a lotação correspondente aos recursos de que possa dispor, e, assim alojará dez ou quinze, ou vinte doentes. Não se cogite também de fazer hospitais modelares à imitação dos de S. Paulo, pois, com esse propósito, nenhum se fará. O essencial é que cada um faça tanto o quanto lhe permitirem as forças.<sup>196</sup>

Os hospitais não seriam órgãos estaduais, mas construídos a partir de consórcio entre os municípios próximos para atender os doentes de sua respectiva circunscrição. A unidade hospitalar não precisaria ser a imitação dos modernos hospitais de São Paulo, pois isto parecia ser impossível para os municípios paraibanos. Os estabelecimentos hospitalares deveriam manter um diálogo com os médicos da Santa Casa para definir “o modo de tratamento dos

---

<sup>193</sup> Ver: Relatório da Santa Casa de Misericórdia, na sessão solenne de 2 de julho de 1919. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Oficial, Parahyba, p. 21, 1919.

<sup>194</sup> No Relatório de 1921, o Provedor José Ferreira de Novaes explica que muitos doentes do interior que não conseguiram vaga no Hospital Isabel, acabavam morrendo de fome nas ruas da capital. Ver: Relatório da Santa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solene de 2 de julho de 1921, pelo Provedor Desembargador José Ferreira de Novais. . Imprensa Oficial, Parahyba, p.9, 1921.

<sup>195</sup> Ver: Relatório da Santa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solene de 2 de julho de 1931, pelo Provedor Desembargador José Ferreira de Novais. . Imprensa Oficial, João Pessoa, p.10, 1931.

<sup>196</sup> Relatório da Santa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solene de 2 de julho de 1921, pelo Provedor Desembargador José Ferreira de Novais. **A União**, n. 153, 12 de julho de 1921.

doentes, que neles não possam ser curados, por determinadas circunstâncias, ou na carencia de intervenção cirúrgica, e o meio desta recepcional-os e resituil-os aos lares deles.”<sup>197</sup>Em geral, esses estabelecimentos não seriam necessariamente hospitalais, mas centros de saúde, pois não realizariam procedimentos cirúrgicos, apenas simples tratamentos de saúde. Os pacientes que necessitassem de cirurgias, ao invés de serem enviados para a capital para o procedimento cirúrgico, eram mandados para casa, a fim de esperarem o desfecho, a morte.

A direção dos hospitais da Santa Casa reconhecia a incapacidade de seus estabelecimentos de cumprirem o seu propósito, que era o de oferecer assistência hospitalar aos doentes indigentes da Paraíba nos anos iniciais do século XX. Desta forma, apelavam aos poderes públicos para que preenchessem esta lacuna deixada pelos hospitais da Santa Casa,<sup>198</sup> passando também a oferecer assistência médica-hospitalar aos doentes pobres, evidenciando-se então uma crise do assistencialismo na saúde, representada pela deficiência e insuficiência dos serviços hospitalares oferecidos por entidades assistenciais, como a Santa Casa de Misericórdia. Neste sentido, verificamos que a criação da colônia de alienados, iniciada em 1925 pelo governo do estado, foi considerada importante para a Santa Casa, pois, de acordo com Dr. José Maciel, diretor interino do Serviço Sanitário, “ficamos livres do serviço de assistência aos pobres loucos que tinha sob nossa guarda.”<sup>199</sup>Refletindo então a crise do assistencialismo na saúde da Paraíba e o início da institucionalização dos serviços médicos-hospitalares, neste caso, em relação à assistência aos loucos, com a fundação do Hospital Colônia Juliano Moreira, sob administração do governo estadual, em 1928.

Conforme observamos, os serviços assistenciais de saúde oferecidos pelos hospitais da Santa Casa se estabeleceram em relações de proximidade e de embates com o poder público, na medida em que a disputa por verbas condicionava o tipo relacionamento entre estado e instituição. Além disso, os precários serviços de saúde ofertados pela instituição foram motivos de embates sociais, pois tais serviços foram alvos de crítica por parte da população que questionava o uso dos recursos públicos e particulares recebidos pela instituição, uma vez que, esta não conseguia atingir a demanda da sociedade no que diz respeito à assistência hospitalar, e, além disso, seus serviços não atingiam a qualidade

---

<sup>197</sup> Idem.

<sup>198</sup> Diante da insuficiência dos hospitais da Santa Casa, o provedor exalta o surgimento de hospitais, tanto por parte da iniciativa particular, como pública. Ver: Relatório da Santa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solene de 2 de julho de 1921, pelo Provedor Desembargador José Ferreira de Novais. . Imprensa Official, Parahyba, p.9, 1921.

<sup>199</sup>Relatório da Santa de Misericórdia da Parahyba, apresentado à mesa conjuncta na sessão solenne de 2 de julho de 1928, pelo Provedor Desembargador José Ferreira de Novais. Typo. Casa Coelho, Parahyba do Norte, p.15, 1928.

desejada, pelo menos em relação à classe dos enfermos indigentes. Sendo assim, as lacunas deixadas por esta instituição abriu espaço para o início do processo de institucionalização dos serviços de saúde e, conseqüente, expansão da autoridade pública, exemplificado na construção do Hospital Colônia Juliano Moreira, sob administração direta do governo do estado. A seguir, discutiremos o assistencialismo em saúde desenvolvido pelo Instituto de Proteção e Assistência à Infância em suas relações com as esferas do poder e com a sociedade.

## **2.2 A infância e o assistencialismo em saúde na Paraíba: o Instituto de Proteção e Assistência à Infância**

### **2.2.1 A infância em evidência**

Dando continuidade ao nosso estudo da saúde na Paraíba, iremos analisar a seguir os serviços assistenciais destinados à promoção da saúde infantil no estado realizados pelo Instituto de Proteção e Assistência a Infância, e como estas práticas se relacionaram com a ciência médica do período e os poderes públicos constituídos. Sendo assim, faz-se pertinente discutir o conceito de infância elaborado por diferentes pesquisadores no âmbito da história e de outras ciências humanas, dentre os quais destacamos o conceito construído pelo historiador Philippe Ariès, em *História social da criança e da família*, em que este explica a descoberta do sentimento de infância. Em seu estudo, Ariès argumenta que, no período anterior a Idade Moderna, não havia um reconhecimento de uma particularidade infantil em relação às crianças. Para o autor, as crianças foram tratadas como adultos em miniatura: na sua maneira de vestir-se, participar ativamente de reuniões, festas e danças. Os adultos se relacionavam com as crianças falando vulgaridades, realizando brincadeiras grosseiras, participando de jogos sexuais. Desta forma, não se acreditava na possibilidade da existência de uma inocência pueril ou na diferença de características entre adultos e crianças.

O surgimento do “sentimento de infância” na Idade Moderna, segundo Ariès, esteve relacionado com os sentimentos de *paparicação* e *apego*. A *paparicação* destinada às crianças contribuiu para que os adultos se aproximassem cada vez mais de seus filhos. O sentimento de *apego* surge a partir do século XVII, como uma manifestação da sociedade contra a *paparicação* da criança e, propõe separá-la do adulto, buscando uma educação dentro dos costumes e da disciplina através de uma visão mais racional. Na Idade Moderna, “a criança passa a ser vista como indivíduo social, dentro da coletividade, e a família tem grande

preocupação com sua saúde e sua educação. Tais elementos são fatores imprescindíveis para a mudança de toda a relação social” (ROCHA, 2002, p. 57).

A discussão sobre a infância no Brasil surge com o sociólogo Gilberto Freyre, que, em *Sobrados e Mocambos* (1936),<sup>200</sup> analisa a figura da infância mostrando a sua influência sobre o ambiente em todos os seus aspectos (culturais, sociais, político e econômico). Nesta obra, em que o autor estuda a decadência do patriarcalismo e o desenvolvimento urbano, a infância aparece como objeto de estudo em suas relações com o pai (autoritarismo/autoridade) e com a mãe (refúgio maternal), nos processos de escolarização e brincadeiras nas ruas, onde se constituiu a figura do moleque, que surge com o desenvolvimento urbano. Além disso, neste período de crescimento das cidades as relações entre adultos e crianças se reformulam em todas as instituições: na família, na escola e nas instancias de higiene pública. A família se preocupa em cuidar dos filhos, no aspecto da saúde e da educação, não é apenas uma questão sorrisos e brincadeiras, pois as novas regras morais se concentram na higiene, na amamentação direta pelas mães, na vestimenta, em exercícios para o bom desenvolvimento do corpo. Na educação, a preocupação era com os aspectos do aprendizado do aluno em termos de noções básicas de português e matemática, higiene e saúde.

Dessa forma, Ariès e Freyre nos auxiliam na compreensão do conceito de infância na historiografia internacional e brasileira. Nesse contexto, iremos também destacar outros conceitos de infância no Brasil e, mais especificamente, a assistência à infância no país enfatizando as políticas desenvolvidas em prol desta.

Remontando a obra *História Social da Criança Abandonada*, da historiadora Maria Luiza Marcílio, Vera Lúcia Braga de Moura, em *A invenção da infância: as políticas públicas para a infância em Pernambuco (1906-1929)*, explica as três fases do assistencialismo infantil no Brasil. A primeira fase, do período colonial até meados do século XIX, é definida como a fase caritativa. O assistencialismo dessa fase era baseado no pressuposto da solidariedade sob inspiração religiosa, em que a criança abandonada poderia ser recolhida pelo poder público e dirigida para alguma instituição de caridade, ou ser recolhida por uma pessoa caridosa para adoção como filho de criação ou para as Casas dos Expostos, surgidas no Brasil no século XVIII e extintas em meados do século XX sob a crítica de que matavam mais as crianças recolhidas do que as salvavam. A segunda fase, foi denominada de filantrópica, vigorou do final do século XIX até meados do século XX. Nesse período, havia a pretensão de desqualificar o projeto de assistência caritativa para desenvolver a filantropia científica. No

---

<sup>200</sup>FREYRE, Gilberto. **Sobrados e mocambos**: decadência do patriarcado e desenvolvimento do urbano. 15º Ed. São Paulo: Global, 2004.

âmbito da filantropia científica, “os médicos higienistas buscaram discutir e orientar as políticas públicas em defesa da criança abandonada” (MOURA, 2011, p.30-31). A terceira fase inicia-se após 1960 com a emergência do *Estado de Bem-Estar Social*, que perdura até os nossos dias atuais. O Estado passa a adotar políticas públicas para a infância, fundando instituições para o atendimento das crianças e também gestada uma legislação pró-infância.

## 2.2. 2 O Instituto de Proteção e Assistência à Infância: a filantropia científica

Na Paraíba, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância (I.P.A.I) representou uma filantropia científica voltada para a assistência médica à infância pobre, não necessariamente abandonada. O I.P.A.I da Paraíba constituiu um das seis filiais do Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro.<sup>201</sup> Este instituto tornou-se o centro administrativo responsável pela coordenação de todas as outras organizações criadas por Moncorvo e do qual emanavam suas campanhas de educação e assistência. No início de fevereiro de 1921, por exemplo, o médico já havia organizado dezessete agremiações deste gênero espalhadas por todo o Brasil (WADSWORTH, 1999). Neste sentido, o médico Moncorvo Filho (1871-1944), grande entusiasta da assistência médica voltada para a infância no Brasil no início do século XX, fundamentou suas ações com base nos seguintes propósitos:

É demais insistir que a criança deve ser cuidada desde a semente e ali estão para provar-o, com uma clarividência indiscutível, os próprios estudos da Puericultura, as estatísticas dos competentes e os resultados já auferidos, demonstrando que, em todos os sentidos, é preciso cercar o ente humano do maior zelo e esse zelo deve começar em torno da genitora.<sup>202</sup>

A cruzada, desenvolvida por Moncorvo Filho a partir de 1899, motivou-se pela percepção de que não havia leis que protegiam a infância, assim como, não existia um dispositivo legislativo que garantisse amparo a mulher que trabalhava na fábrica e, sobretudo, a grande mortalidade infantil tornou-se também um elemento motivador da campanha pela assistência e proteção a infância no Brasil.<sup>203</sup> Neste sentido, para o referido médico, “uma das partes mais importantes e mais utilitárias do programma do Instituto é, sem duvida alguma, a que se refere a extensa, a pertinaz campanha de higiene infantil junto as mães pobres e cuja maioria é ignorante” (Moncorvo Filho, 1914, p. 46, Apud Zaniani, E. J. M. & Boarini, M. L,

---

<sup>201</sup> Polyclínica Infantil. **A Imprensa**, n. 15, 27 de fevereiro de 1913.

<sup>202</sup> Em torno do Berço: Conferência Médico-social pelo DR. MONCORVO FILHO. **A Imprensa**, n. 9, p.2, 15 de setembro de 1914.

<sup>203</sup> Idem.

2011). Esses objetivos de Moncorvo Filho para com a infância e a mulher tornaram-se elementos norteadores dos vários institutos que surgiram no Brasil, dentre eles o Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Paraíba.

Na Paraíba, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Paraíba (I.P.A.I) surgiu com os propósitos de reduzir os índices de mortalidade e de proteger a infância que, no período, estavam sem a proteção dos poderes públicos. A entidade tinha a finalidade de “amparar a infância, especialmente a desvalida. Foi fundada em 1 de novembro de 1912, e começou a ter em funcionamento a sua primeira secção: a policlínica em 7 de janeiro de 1913”.<sup>204</sup> A instituição estava dividida nas seguintes secções: policlínica<sup>205</sup> e maternidade. A policlínica infantil foi um departamento do Instituto de Proteção e Assistência à Infância, e nela se receitava toda criança desvalida até a idade de 10 anos, fornecendo-lhes, inclusive, os medicamentos.<sup>206</sup> O movimento da policlínica infantil apresentava no ano de 1916 os seguintes números:

**Tabela 7- Movimento da Policlínica Infantil em 1916<sup>207</sup>**

<b>SEXO</b>	<b>TOTAL</b>	<b>Curados</b>	<b>Falecidos</b>	<b>Em tratamento</b>
Masculino	2.367	2.105	95	167
Feminino	1.967	1.730	75	162
<b>TOTAL</b>	<b>4.334</b>	<b>3.835</b>	<b>170</b>	<b>329</b>

A secção de maternidade,<sup>208</sup> ou melhor, refúgio maternal, com 17 leitos, começou a funcionar em 1º de agosto de 1920, e teve sua matrícula até 31 de dezembro de 1930, no número de 1.294 mulheres, das quais faleceram 34, saindo com seus filhos 1.036. A entidade contava ainda com a enfermaria João Pessoa, inaugurada em 28 de fevereiro de 1929, com 20 camas para as que não podiam ser tratadas ambulatoriamente. Ocorreram matrículas de 102 crianças até o dia 31 de 1930, destas crianças matriculadas, 10 vieram a falecer. Além destas secções, funcionava no instituto: o consultório de lactentes, o serviço de pré-natal e um gabinete dentário. O movimento geral da instituição, de sua fundação até 31 de dezembro de

<sup>204</sup> Instituto de Protecção e Assistência à Infância. In: Almanach do Estado da Parahyba, Imprensa Official, João Pessoa, p.84, 1932.

<sup>205</sup> Prestavam serviços na Policlínica os Drs. Jayme Lima e Seixas Maia. Ver: Instituto de Protecção e Assistência à Infância. In: Almanach do Estado da Parahyba, Imprensa Official, Parahyba, p.338, 1922.

<sup>206</sup> Polyclínica infantil, In: Almanach do Estado da Parahyba, Imprensa Official, Parahyba, p.304, 1917.

<sup>207</sup> Idem, p.304, 1917

<sup>208</sup> Prestavam serviço na maternidade, Dr. Jayme Lima e d. Clarice Justo, como assistente. Ver: Instituto de Protecção e Assistência à Infância. In: Almanach do Estado da Parahyba, Imprensa Official, Parahyba, p.338, 1922.

1930, apresentou a matrícula de 22.329, dos quais 1.108 faleceram, apresentando uma de mortalidade de 4,9%.<sup>209</sup>

A instituição foi fundada pelo médico Walfredo Guedes Pereira<sup>210</sup> e um grupo de Damas Protetoras, sendo por este dirigida desde sua fundação e subvencionada pelo estado. Além disso, também recebia contribuição de particulares para a manutenção de seus serviços. Como constatamos na seguinte relação de contribuintes:<sup>211</sup>

**Tabela 8- Contribuições de particulares**

Marianna de Hollanda .....	10\$000
Raphael de Hollanda.....	5\$000
Júlia Quirino.....	5\$000.
Augusto de Oliveira.....	5\$000
Octavio F. de Melo.....	5\$000
José Candido de Oliveira.....	5\$000
Raphael Bezerra.....	5\$000
Francisco Londres.....	5\$000
Um maçom da <i>Branca Dias</i> .....	5\$000
Engenheiro Eugenio Gabba.....	3\$000
João Belisio de Araújo.....	3\$000
Franca Filho.....	2\$00..0
Josué M. Vieira.....	2\$000
João Magliano .....	2\$000
Agostinho Lima.....	2\$000
Romualdo Rolim.....	2\$000
Antonio Mendes Ribeiro .....	2\$000
Maria Augusta.....	2\$000
Um aspirante da <i>Branca Dias</i> .....	2\$000
Pedro Henriques.....	2\$000
Alfredo Campello.....	2\$000
J. Fragoso.....	1\$000
Maria Izabel da Nóbrega .....	1\$000
Um catholico .....	1\$000
Benjamim Soares.....	1\$000
Julio d' Atahyde.....	1\$000
Severina Costa Real.....	\$500
Geralda Costa Real.....	\$500
Djanira Quirino.....	\$500
Dulcinéia Quirino.....	\$500
Quota entre o pessoal administrado	

<sup>209</sup>Ver: Instituto de Protecção e Assistência à Infância. In: Almanach do Estado da Parahyba, Imprensa Official, João Pessoa, p.84, 1932.

<sup>210</sup>Humberto Walfredo Pereira Guedes nasceu no municio de Bananeiras. Alfabetizou-se em sua própria cidade natal. Prosseguiu os estudos no Liceu Paraibano, pelo regime parcelado, vencendo as humanidades em três anos. Depois, transferiu residência para o Rio de Janeiro onde se matriculou na Faculdade de Medicina , em 1902,. Formou-se em dezembro de 1907 ea 1º abril seguinte, defendeu a tese sob o titulo Pseudo Paralisia de Parrot, tornando-se Doutor. (Cf NÓBREGA, 1979, 236.).

<sup>211</sup>Ver: Instituto de Protecção e Assistência à Infância, **A União**, n. 115, 26 de maio de 1918.

por	Manuel
Quirino.....	56\$500
<b>TOTAL.....</b>	<b>140\$000</b>

Diferentes sujeitos de segmentos sociais e religiosos diversos, tais como políticos; donas de casa; católicos; representantes dos maçons; profissionais liberais; etc contribuíram financeiramente para com Instituto de Proteção e Assistência à Infância com o objetivo de fortalecerem os serviços de assistência à infância paraibana oferecidos pela entidade. Estes contribuintes conseguiam alcançar uma visibilidade na sociedade local através da propaganda do ato filantrópico pela imprensa que, na sociedade do início do século XX, era atributo indispensável para a construção de uma boa imagem perante os grupos sociais. Já os sócios beneméritos da instituição conquistavam uma maior visibilidade não só no seu meio social, mas, sobretudo, no próprio espaço interno institucional, pois a estes era reservado uma honraria muito maior, a exposição de sua imagem através do quadro exposto na sala de reunião da entidade, acompanhado da divulgação pela imprensa, como identificamos na reunião de posse da nova diretoria Instituto de Proteção e Assistência à Infância para o ano social de 1918 a 1919:

Devendo ser apostos no salão do Instituto os retratos dos sócios beneméritos Senador Eptácio Pêsoa, Desembargador Salustino Gomes da Silveira e d. Jordulina Holmes, foi dada a palavra ao consocio dr. Manuel Tavares que, em substanciosa alocução, enalteceu a benemerência dos referidos sócios, aos quais o Instituto era muito grato, e declarou inaugurado os seus retratos.<sup>212</sup>

A exposição dos retratos dos sócios beneméritos representa a imortalização do sujeito considerado “caridoso” por sua obra de benemerência no espaço institucional, sendo para estes sócios uma estratégia de promoção de sua imagem e, para instituição, um mecanismo estratégico para a conquista de novos sócios mediante a promoção imagética e nominal do sujeito “caridoso”. Contribuintes e sócios beneméritos, independente de suas aspirações de promoção pessoal através da propaganda do ato caritativo pela imprensa, contribuíram financeiramente para o I.P.A.I simbolizando, pois, um movimento de reorganização social no contexto do abandono da infância e ausência do estado neste setor. Observando a atuação da sociedade no campo da assistência à saúde infantil, bem como, os desejos e as necessidades da população em torno da promoção da saúde das crianças paraibanas, segundo o artigo do jornal *A Imprensa*, “O Instituto de Proteção e Assistência à Infância arrancando do sofrimento

<sup>212</sup> Instituto de Protecção e Assistência à Infância, *A Imprensa*, n.40, 19 de maio de 1918.

e da miséria essas criaturinhas, que estavam condenadas à morte ou a invalidez, presta um serviço de grande relevo à sociedade e à Pátria, preparando-lhes homens fortes e úteis.”<sup>213</sup> A mobilização social em torno da assistência médica e proteção à infância na Paraíba, no início do século XX, relaciona-se com o pensamento eugenista e higienista, os quais mantêm interface com os discursos da construção da nacionalidade. Este pensamento eugenista repercutiu na Paraíba com a publicação do artigo “A ciência do aperfeiçoamento moral e físico”, na coluna médica da *Revista Era Nova*:<sup>214</sup>

Galton, o sonhador da eugenia, que é a ciência do aperfeiçoamento moral e físico do homem, seria de fato um grande herói se as suas idéias não passassem, infelizmente, apenas, como sonho dos que se entregam aos vícios chics, da cocaína ou ópio ! o aperfeiçoamento da humanidade, avariada desde a origem, exigiria uma profilaxia etiológica como etiologia deveria ser a terapêutica. Mas, desgraçadamente, as boas ideias não têm proselitistas, e si os têm não vencem, porque os partidários das más são em numero maior escala! Com Galton o combate a sífilis seria a propaganda tenaz do saneamento dos costumes e das doenças, ao mesmo tempo que o tratamento deveria ser o das causas eficientes- o tratamento de origem- e não a terapêutica sintomatológica- Seriam vistos as causas e não os efeitos!..Que nos adianta tratar os doentes, tentar contra as moléstias, quando outra deveria ser a nossa linha de conduta ? O verdadeiro papel da higiene é evitar, e por isso, mesmo que a higiene é a ciência médica do prevenir.<sup>215</sup>

A imprensa paraibana considerava que, “Galton promoveria, de acordo com seus princípios, os meios de higiene preventiva, os meios de não se chegar à moléstia, por que este é de fato, o papel da verdadeira higiene.”<sup>216</sup> O discurso do fundador e diretor do Instituto de Proteção e Assistência à Infância, Walfredo Guedes Perreira, publicado pelo jornal *A Imprensa*, também sinaliza essa tríplice relação entre os discursos eugenistas, higienistas e nacionalistas:

Tendo sido sempre o nosso principal intento entrar o quanto antes em ação, demonstrando praticamente que não queríamos o esforço, a dedicação e, até mesmo, sacrifício presentes, para benefícios futuros, que seriam naturalmente remotos em virtude do pessimismo e da descrença, e sim, para applical-os imediatamente na construção de um presídio para a sede do Dispensário e, sobretudo, em socorrer à infância desvalida e sofredora,

<sup>213</sup> Instituto de Proteção e Assistência à Infância, *A Imprensa*, n.20, 11 de novembro de 1917.

<sup>214</sup> A *Revista Era Nova*, foi uma revista quinzenal, ilustrada na década de 1920, produzida na Paraíba, inicialmente, foi fundada em Bananeiras, e logo depois, seu núcleo foi transferido para Parahyba do Norte, (capital), Se manteve circulando de 1921 a 1926, quando, dela, se tem notícia pela última vez. Seu primeiro nº, do ano I, data de 27 de março de 1921, sendo oficialmente apresentada por seu diretor Severino de Lucena e seu redator-chefe Guimarães Sobrinho, com a proposta de inaugurar uma nova era nos círculos literários e intelectuais paraibanos (RODRIGUES, 2013).

<sup>215</sup> A ciência do aperfeiçoamento moral e físico. *Era Nova*, Ano III, n. 49, Setembro de 1923.

<sup>216</sup> Idem.

vimos tendo sempre o acolhimento mais ou menos desejado e, desta mesma forma, preenchendo a tão grande lacuna que nos sensibiliza e nos envergonha.

Per infantes futuro servíamus,(grifo do autor). Tratando da infância servimos ao futuro. É este o lema que nos serve de bandeira e que precisa ser propagado e bem compreendido não só pela baixa e media classes, como principalmente pelos altos poderes de nosso País, a fim de nos tornamos uma nação digna pelo número de seus filhos, pela resistência e pelo patriotismo consciente de cada um deles. »<sup>217</sup>

Neste sentido, observamos que o discurso que motivou a criação da instituição, como também, a contribuição dos particulares para com esta, se baseou na concepção de que o estado estava ausente no que diz respeito à assistência médica e proteção à infância paraibana. Somado a isto, para Guedes Pereira, cuidar da infância seria servir ao futuro, ou seja, prevalece a concepção de que a criança é o futuro da nação, tendo-se então a intrínseca relação entre eugenia, em seu intuito de melhoramento da raça; a higiene, meio de prevenção de doenças e, a ideia de nação, em que a construção de uma nação desenvolvida e produtiva depende da construção de corpos belos, perfeitos e saudáveis os quais resultariam da implementação dos procedimentos eugenistas e higienistas. Abaixo podemos observar Hino da instituição composto pelo poeta Américo Falcão:

Do seio das multidões  
Sobe uma voz dolorida  
A suplicar atenções  
Para os que entram na vida

Avante! Tendo a certeza  
De que se marcha seguro  
Pela estrada da grandeza  
Para o Brasil do futuro ....

Cuidemos dos pequeninos  
Com o mais constante afã  
Pois de agora, estes meninos  
São os homens de amanhã!

Formemos os veteranos  
Futuros da Pátria amiga  
Como outrora entre os romanos  
E os filhos da Grécia antiga

O Brasil agigantando  
A caminho da bonança  
Implora, ordena cuidado

---

<sup>217</sup> Instituto de Protecção e Assistência à Infância, **A Imprensa**, n.20, 11 de novembro de 1917.

Na letra do hino da instituição, observamos a presença discurso nacionalista que enfatiza a necessidade de cuidar da infância como quem cuida da nação, pois, no seio das multidões surge uma voz dolorida que suplica atenção, esta voz seria o choro das crianças abandonadas que precisavam de cuidados. Neste contexto, a letra do hino apresenta um diagnóstico sobre o passado, no caso, a ausência de cuidados com a infância e a percepção de que é preciso cuidar das crianças do presente, para que se tenha, no futuro, os homens fortes e produtivos para servir a pátria. Este hino sinaliza um dos aspectos importantes do nacionalismo brasileiro da década de 1920, o qual caracterizou-se pela atuação dos intelectuais engajados, que, independentes de sua origem de classe e da sua formação acadêmica procuraram difundir ideias e projetos de assistência a infância como parâmetros a partir dos quais se daria a construção de uma nova consciência nacional. Neste novo nacionalismo de matrizes social e política, o problema da infância adquiriu contornos de questão social, assim identificamos nas palavras de Moncorvo Filho, criador do I. P.A.I do Rio de Janeiro e um dos maiores expoentes na luta em prol da higiene da infância no Brasil:

Raro, muito raros mesmo têm encarado o problema sob o seu aspecto profundamente civilizador e político- o da economia social. Não há, de fato, despesa mais compensadora do que aquela com a qual, mitigando-se as rudezas do grande assedio de males à infância, se prepara uma raça vigorosa, inteligente e adestrada para os embates da existência. É esse, evidente, o alicerce sobre o qual deve assentar a grandeza da pátria que tanto amamos (MONCORVO FILHO, 1923, p.123).

Para Moncorvo Filho, o Brasil ainda estava na fase da infância e, cuidar da infância seria uma maneira de construir os alicerces sobre os quais deveria fundamentar a grandeza da nação, sendo assim, sugeriu o dia 12 de outubro como dia dedicado à criança. Dessa forma, em conformidade com o pensamento de Moncorvo Filho, o hino do I. P. A. I sinaliza a missão da entidade e os seus propósitos de contribuir para a construção de um futuro civilizado, próspero e seguro para o Brasil. A regeneração da raça, através dos modelos eugênicos e higienistas, seriam os métodos a serem adotados no cuidado com a infância, pois consideravam que os pequeninos do presente, seriam os homens do futuro e, conseqüentemente, o futuro da nação. Assim, higiene e eugenia seriam os fundamentos científicos para a continuidade das ações do I.P.A.I, como enfatizou Guedes Pereira:

---

<sup>218</sup> Protecção e Assistência a Infância. **A Imprensa**, n. 17, 5 de outubro de 1917.

(...) Ela nos mostra que a nossa campanha não é vista com indiferentíssimo e sim é fortalecida com o vosso apoio e alto prestígio a persistir firmemente na luta ingente de *salvar a infância física, moral e intelectualmente abandonada*.(grifo nosso).<sup>219</sup>

O discurso de *salvar a infância física, moral e intelectualmente abandonada*, sinaliza a presença dos fundamentos do pensamento eugenista e higienista como alicerce teórico da instituição. As teorias da eugenia e degenerescência justificavam os projetos dirigidos aos cuidados com a infância. Era a denominada medicina preventiva, da qual “a preocupação não era com a cura, mas com a prevenção das doenças, e, sobretudo, com a garantia de uma vida saudável, pois, melhorando a raça através dos preceitos eugênicos, garantia-se o futuro da nação, e, nesse processo, estava inserida a criança” (MOURA, 2011, p.65).

Com base nos pressupostos da eugenia e da medicina preventiva, a entidade cogitou implantar o programa *gota de leite*. Na visão dos membros do I.P.A.I, esse programa seria “obra útil e proveitosa ao tratamento das crianças desprotegidas da sorte,”<sup>220</sup> representava a presença dos elementos práticos do discurso eugenista nas maneiras de atuação do I.P.A. I, norteado pelos objetivos de construção da nação do futuro, do progresso e da civilização, como bem enfatiza Guedes Pereira:

É portanto, chegado o momento de fazermos cessar este abandono cruel, criminoso e fatal ao nosso progresso, a nossa civilização, concatenamos os meios e os modos de agir... e perseverantemente, pois, são estes pequeninos como nós, filhos e defensores da nossa Pátria.<sup>221</sup>

Para o presidente do I.A.P.I, Guedes Pereira, salvar a criança pobre e indefesa seria uma forma de construção de uma nação progressista e civilizada. Desta forma, em relatório do dia 13 de maio 1918, Guedes Pereira expressa os fundamentos do eugenismo e do higienismo nas formas de atuação do I.A.P.I:

É como vedes, exmos, srs. e sras., já uma grande soma de benefícios prestados, e que sem este Instituto(é preciso tornar bem patente) estas creacinhas morreriam, em quase sua totalidade, a falta muitas vezes, de um simples conselho, de um regime de alimentar ou, ainda mais comumente, devido a prescrições criminosos de charlatães e feiticeiras, que infelizmente se insinuam em nosso meio e invadem , desde a choupana do mendigo até o

---

<sup>219</sup> Instituto de Protecção e Assistência à Infância, **A Imprensa**, n.20, 11 de novembro de 1917.

<sup>220</sup> Instituto de Protecção e Assistência à Infância, **A Imprensa**, n.45, 26 de junho de 1918..

<sup>221</sup> Instituto de Protecção e Assistência à Infância, **A Imprensa**, n.20, 11 de novembro de 1917.

palácio do potentado, onde não raro, é o médico, conhecedor do assumpto, posto a margem e malevolamente chamado depois, para atestar o óbito.<sup>222</sup>

Além dos fundamentos da eugenia, a filantropia científica exercida pelo Instituto baseava-se nos alicerces da medicina científica, a qual se rejeitava enfaticamente o recurso aos saberes e às práticas dos sujeitos que exerciam a medicina sem uma formação acadêmica, uma vez que, tais saberes e práticas eram considerados ineficientes e, principalmente, constituíam a principal razão da mortalidade infantil. Neste sentido, no movimento da maternidade de 1º de janeiro a 31 de outubro de 1928, o presidente do Instituto explica que entraram 114 mulheres, das quais tiveram parto naturais 75, partos artificiais 27 e abortos 12. Nasceram vivas 81 crianças e mortas 20.<sup>223</sup> Demonstrando seu repúdio aos práticos da medicina, como “parteiras” e “curandeiros”, o presidente do I.P.A.I ressalta que, “o número relativamente elevado de crianças mortas- está em relação com as gestantes internadas em andamento trabalho de parto e já assistidas por curandeiras ou parteiras completamente ignorantes”.<sup>224</sup> Neste período, os moradores da cidade de Paraíba, convivendo com diversas doenças e dispondo de tão poucos médicos, encontravam nos saberes e terapêuticas populares os meios de cuidar de seus males. Assim, “existiam nesse espaço, médicos, dentistas, parteiras, exortadores(..), naturalistas, homeopatas, charlatões, curandeiros” (SÁ, 2004, p.144). A convivência entre os médicos e os chamados “práticos” não era nada pacífica, uma vez que, “o embate entre a medicina científica e a popular remete ao século XIX, momento em que os médicos pretendiam firmarem-se hegemônicos, pois, buscavam a garantia do monopólio das práticas de cura”(MATTOS & OLINTO, 2013, p. 32). Os médicos procuraram desqualificar os saberes e terapêuticas dos agentes de cura da medicina popular por meio de denúncias e críticas veiculadas nos diversos meios de comunicação e, se colavam como portadores de um saber legalizado, institucionalizado e científico, assim como se portou o médico Walfredo Pereira Guedes ao relacionar a mortalidade infantil e materna aos casos em que tinha ocorrido a assistência de curandeiros e parteiras.

Neste tipo de filantropia, o saber científico é considerado o único capaz de salvar as crianças pobres e indefesas da morte, fortalecendo seus corpos através de um regime alimentar e adoção de condutas higiênicas no seu cotidiano. Essa ideia de cuidar da infância

---

<sup>222</sup> RELATÓRIO: Apresentado em Assembléia geral do Instituto de Protecção e Assistência à Infância, **A Imprensa**, n.40, 19 de maio de 1918.

<sup>223</sup> Instituto de Protecção e Assistência à Infância, **A União**, n. 247, 9 de novembro de 1928.

<sup>224</sup> Idem.

para construir no futuro uma pátria progressista e desenvolvida foi enfatizada pela Revista *Era Nova*, em matéria publicada sobre o Instituto de Proteção e Assistência à Infância:

Não é muito consagramos mais estas páginas de nossa revista ao Instituto de Proteção e Assistência à Infância. Este é, com efeito, o mais belo padrão, glórias que alma cristã da Paraíba moderna erigiu à causa da civilização. (...) Nada mais formoso que esta legenda que o nosso século estampou no frontispício das cidades: “Por meio da infância sirvamos à Pátria!”<sup>225</sup>

Para o redator da revista, servir à infância seria uma forma de servir a pátria. Seguindo o ditado popular de que a criança de hoje é o futuro da nação, o redator explica que “só o regime da rigorosa profilaxia, o regime da prevenção, o cuidado da infância. Ou isso ou esfacelo da moral da pátria, a desgraça e a barbaria”.<sup>226</sup> Esse pressuposto de regime profilático do Instituto baseia-se na concepção de que o cuidado com a infância deve abranger uma série de cuidados ainda na vida uterina, na medida em que:

Consagra a maternidade, seus cuidados a vida endo-uterina. Esta é a fase mais delicada que o menino atravessa. A mil vicissitudes está ele sujeito: traumatismos, compressões e deformidades de toda a sorte; distúrbios físicos e nervosos, vícios, falta de higiene, que lhe podem acarretar graves irregularidades no desenvolvimento orgânico.<sup>227</sup>

Os cuidados destinados à infância passam a ser praticados antes mesmo de seu nascimento, com a intenção de evitar uma série de irregularidades que prejudicam o seu desenvolvimento orgânico. Neste sentido, há uma preocupação com o cuidado do corpo do bebê através do acompanhamento da gravidez, tendo em vista evitar os possíveis abortos ou reduzir a mortalidade infantil pós-parto:

Entre as causas da assombrosa mortalidade dos primeiros dias de vida e ainda, podemos acrescentar, dos dois primeiros anos, figura o abandono a que se deixa a mulher no período da gravidez. Que o repouso, a higiene, o trato cuidadoso da mulher, normalmente nos três últimos meses que precedem ao parto, muito influem para a vitalidade e resistência orgânica do filho que trás ao seio é coisa sobre que se não discute. As mães que se dão aos duros trabalhos do campo e da agricultura, as penosas fadigas das fábricas e oficinas, como as que jazem em penúria extrema e devem assim, ir de pé, sem interrupção alguma, até o parto, ou não conduzem a bom termo

---

<sup>225</sup> Instituto de Proteção e Assistência à Infância, *Era Nova*, Ano I, n.13, Parahyba do Norte, 1 de Outubro de 1921.

<sup>226</sup> Idem.

<sup>227</sup> Idem.

os seus frutos ou nol-os dão sem aquela beleza, força e vigor que era de desejar.<sup>228</sup>

O problema social da exploração do trabalho feminino em diversos espaços, como nos campos, nas oficinas ou nas fábricas, se colocava também como um problema no âmbito da saúde infantil e da mulher. Todo esse contexto influía na qualidade dos filhos gerados pelas mulheres trabalhadoras, resultando em proles não inseridas nos padrões de higiene, saúde, vigor e força exigidas pela sociedade capitalista do período. Stepan (2004) explica que, de modo característico, um importante médico como Arthur Moncorvo Filho vinculou a eugenia e a puericultura ao problema de redução das altas taxas de mortalidade e de alteração das baixas taxas de natalidade entre a população trabalhadora. Portanto, há toda uma crítica a esse tipo exploração da mulher, bem como uma necessidade da sociedade de proteger a mulher grávida e os filhos por ela gerados, baseada nos conhecimentos e técnicas da medicina da época, assim percebidos no trecho a seguir:

De perto de 4455 observações colhidas, com rigoroso metodo, para sua douta relação ao *X Congresso Internacional de Higiene e Demografia de Paris*, (grifo do autor), chegou Pinard a notar uma diferença de peso de 300 gramas para mais no filho da mulher que descansa durante a gravidez. A esses primeiros cuidados, ajuntemos os incomparáveis serviços de obstetrícia, os precisos ensinamentos de higiene sobre o aleitamento, vestes, etc. e ter-se-á uma ideia do ato e sublime papel da maternidade.<sup>229</sup>

O conhecimento da medicina científica serviria para educar as mulheres nas maneiras higiênicas da alimentação, do aleitamento e do vestuário, a fim de evitar as febres tetânicas, infecções intestinais e uma infinidade de moléstias responsáveis pela grande mortalidade no pós-parto e nos primeiros meses de vida. Abaixo, uma fotografia de um dos dormitórios da maternidade, o qual visualizamos uma frase de estímulo ao aleitamento materno:

---

<sup>228</sup> Idem.

<sup>229</sup> Idem.



**Figura 6: Maternidade do I.A.P.I<sup>230</sup>**

A frase “A mãe que não amamenta seu filho não é meio mãe” constituiu um estímulo ao aleitamento materno muito característico dos discursos médicos e eugenistas que tinham o objetivo de fortalecer o organismo dos bebês através do aleitamento materno. Segundo Maria Elizabeth Ribeiro Carneiro, em *Procura-se “preta, com muito bom leite, prendada e carinhosa”*: uma cartografia das amas-de-leite na sociedade carioca (1850-1888) (2006), já na primeira metade do século XIX, os médicos defendiam em suas teses a importância do aleitamento materno. Assim, analisando a tese do médico Zeferino Justino da Silva Meireles, *Breves considerações sobre as vantagens do aleitamento maternal*, defendida em 1847 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Carneiro (2006), explica que o referido médico critica o comportamento de pais e mães de famílias que preferiam utilizar mulheres cativas para aleitarem seus filhos, tanto pelo costume, tanto porque, tais práticas, contribuíam inclusive a condição de proprietária. Esta resistência das mulheres ao aleitamento devia-se à influência das ideias e padrões de comportamento que eram correntes nas “nações civilizadas” e, eram reproduzidas no imaginário e nas relações sociais das mulheres no Brasil.

A partir da segunda metade do século XIX, o discurso médico e higienista passa a combater essa resistência das mulheres ao aleitamento, assim, o novo imperativo de criar condições de sobrevivência para as crianças provocara o que Badinter chamou de “operação

---

<sup>230</sup>Instituto de Protecção e Assistência à Infância, **Era Nova**, Ano I, n.13, Parahyba, 1 de Outubro de 1921.

de salvamento” que, na Europa, reunira moralistas, administradores e médicos na tarefa de sensibilização das mulheres para assumirem o papel de mãe que, segundo ele, fora “esquecido.”<sup>231</sup> Também na capital da Corte, acompanhando as transformações que se operam na sociedade francesa, tentou-se sensibilizar as mulheres para o sublime exercício da maternidade através do aleitamento materno. O médico Zeferino J. da Silva Meireles, por exemplo, justificava a importância do aleitamento, afirmando que o leite, mesmo que considerado resultado de processos ainda poucos conhecidos, é uma substância que adquire outros sentidos, tendo em vista que, além de entrever, de entreter e sustentar a fraca e vacilante chama de vida, tem como importância primordial o fortalecimento físico do organismo em desenvolvimento.<sup>232</sup>

Não apenas o médico Zeferino Justino da Silva Meireles, como também outros médicos, se posicionaram em favor do aleitamento materno, uma vez que, na segunda metade do século XIX, proliferaram teses sobre o aleitamento materno,<sup>233</sup> às quais enfatizavam a importância deste e criticavam o aleitamento feito pelas amas-de-leite. Os médicos consideravam negligentes as mães que, não querendo ouvir o choro de seus filhos, os entregava ao aleitamento das amas-de-leite, enfatizando os efeitos negativos deste modelo de aleitamento, por serem as amas-de-leite, geralmente, escravas, filhas de escravas, forras ou mulheres pobres. Ao contrário das mulheres livres e honestas, as amas-de-leite a que se referem os textos acadêmicos, eram consideradas sem asseio, indolentes, preguiçosas, estúpidas, más,

---

<sup>231</sup> BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado**. O mito do amor materno. 9º Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. Apud, CARNEIRO, Maria Elizabeth Ribeiro. Procura-se “preta, com muito bom leite, prendada e carinhosa”: uma cartografia das amas-de-leite na sociedade carioca (1850-1888), Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade de Brasília; UNB, Brasília, 2006.

<sup>232</sup> MEIRELES, Zeferino Justino da Silva. Breves considerações sobre as vantagens do aleitamento materno. Tese apresentada a FMRJ em 9 de Dezembro de 1847, Typ. Do Diário de N.L. Vianna.

<sup>233</sup>/CARNEIRO (2006, p.151), cita as seguintes teses apresentadas a Faculdade de Medicina da Bahia: José Ribeiro dos Santos Zamith.(1869). **Do aleitamento natural, artificial e mixto em geral e particularmente do mercenário em relação as condições da cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro. Typ. Do Apostolo, 1869; Murillo Mendes Vianna (1869). **Do aleitamento natural, artificial e mixto em geral e particularmente do mercenário em relação as condições da cidade do Rio de Janeiro**; Luiz Augusto Correia d’Azvedo.(1872). **Do aleitamento natural, artificial e mixto em geral e particularmente do mercenário em relação as condições em que se acha na cidade do Rio de Janeiro...** Rio de Janeiro. Typ. Academica (1873); Juvenal Martiniano das Neves(1873)**Do aleitamento natural, artificial e mixto em geral e particularmente do mercenário em relação as condições da cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro. Typ. Reforma,1873; Celso Eugenio dos Reis (1874). **Do aleitamento natural, artificial e mixto em geral e particularmente do mercenário em relação as condições da cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro. Typ. e Liv. Oliveira e Silva,1874; Thomas Eboli (1880) A higiene e os prejuízos da má amamentação. Rio de Janeiro: Typ. Popular de C. de Vasconcellos, 1880.

saturadas de moléstias transmissíveis e mortais, para quem não se recomendavam dar o inocente filho, este que devia ser o tesouro mais caro do mundo.<sup>234</sup>

A formação de um corpo forte e saudável seria uma forma de regeneração da raça nos moldes proposto pelo eugenismo, possível a partir da concepção de que “é corrente em medicina que os preceitos higiênicos aplicados a tempo podem furtar o menino aos estragos de uma herança morbosa e contribuir eficazmente para a regenerescência da raça.”<sup>235</sup> Desta forma, os discursos eugenistas da década de 1920 ajudaram a reviver a puericultura e a ampliar o seu significado para abranger-la antes do nascimento. Assim, a puericultura e a eugenia mantinha uma relação de proximidade, pois, “a popularização da palavra puericultura e a nova ênfase no bem-estar das crianças e na saúde materna estiveram, no Brasil da década de 1920, intimamente associadas com a eugenia” (STEPAN, 2004, p.346).

A puericultura, uma das ciências médicas voltadas para a assistência a infância, tornou-se um dos pilares do modelo de assistência praticado pelo I.P.AI. Este modelo de atuação fundamentou-se no pensamento de Moncorvo Filho, segundo o referido médico, a puericultura “é a ciência que se ocupa de cultivar a criança ... nasceu da colaboração efetiva dos médicos e dos filantropos [e] quem se entrega a praticá-la não se torna somente útil à defesa do indivíduo ... estende seus serviços à causa da pátria”(Moncorvo Filho, 1914, p.69, apud FREIRE & LEONY, 2011, p.204). Nesta perspectiva, a puericultura foi um método de atuação em termos de assistência à infância utilizado pelo I.P.A.I do Rio de Janeiro, e suas congêneres no Brasil, que visava tornar a criança saudável e bela, conforme os paradigmas da ciência eugênica que visava construir corpos perfeitos que estivessem em condições de servir a pátria no futuro. Assim, Joaosinho é o exemplo do tipo de criança que se deseja construir através dos métodos eugênicos, como bem cita a Revista *Era Nova* em uma matéria dedicada a maternidade do I.A.P.I:

O Joaosinho é, como assim, mesmo lá o chamam, o *filho do Instituto* fazendo lembrar, porém, conhecido filme cinematográfico, denominado “o filho do Regimento”: Joãosinho é uma criança linda, bem nutrida, criada com todo conforto possível, dentro do meio em que vive. E, atraí, naturalmente, a atenção de todos os visitantes do Instituto.<sup>236</sup>

---

<sup>234</sup> José Ribeiro dos Santos Zamith.(1869). **Do aleitamento natural, artificial e mixto em geral e particularmente do mercenário em relação as condições da cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro. Typ. Do Apostolo, 1869;Apud, CARNEIRO, 2006, p.153.

<sup>235</sup>Idem.

<sup>236</sup> Na Casa da Maternidade, *Era Nova*, ano III, n. 49,Parahyba do Norte, agosto de 1923.

Joãosinho, personifica o ideal de criança eugênica, por portar atributos de beleza, força, saúde e higiene, pois se tratava de uma criança bela e saudável que chamava a atenção de todas as pessoas. O ideal de criança perfeita mobiliza os discursos e as práticas médicas institucionalizadas no I.A.P.I. Além disso, o discurso eugênico repercute nas imagens que a imprensa constrói sobre a infância, assim identificamos na coluna “Galeria Infantil” da *Revista Era Nova*:



**Figura 7: Homero**<sup>237</sup>



**Figura 8-José Américo de Almeida Filho**<sup>238</sup>

---

<sup>237</sup> Galeria infantil, *Era Nova*, Ano I, n.14, Parahyba do Norte, 22 de Outubro de 1921.

Na primeira imagem, Homero, filho do senhor Demócrito de Almeida, chefe estadual de polícia, exhibe em suas graciosas formas os ideais de infância atrelados aos valores da saúde e beleza. Já na segunda imagem, José Américo de Almeida, filho do procurador geral do Estado José Américo de Almeida, fazendo “pose” para o clique fotográfico, espetaculariza a imagem positiva que a criança deveria ter no imaginário social, tais como: formas graciosas, belas vestimentas, olhar inocente, corpo perfeito, exibição da beleza, da saúde e da limpeza. Um grande questionamento se coloca diante da leitura das imagens: Por que será que as crianças idealizadas como modelos de eugenia eram crianças da elite paraibana? Na imprensa local, circulava a noção de que as famílias ricas possuíam recursos para dotar seus filhos dos atributos eugênicos através de boa alimentação, vestuário, produtos de higiene corporal, acessórios e enfeites que contribuíam para a construção de corpos infantis saudáveis, belos e fortes. Além disso, tal fato ocorreu porque eles eram os consumidores da revista *Era Nova*, revista era cara da época, feita em papel couchê. A foto também era uma arte muito cara que somente a elite podia dispor.

Desta forma, a representação da infância na coluna “galeria infantil” da Revista *Era Nova*, exemplifica a influência da eugenia nas formas de idealização da criança paraibana, isto porque, segundo Pietra Diwan “ser saudável. Ser belo. Ser forte. Todas as afirmativas anteriores estão contidas na concepção de eugenia” (DIWAN, 2007, p.21). . Para Diwan (2007), os ideais eugênicos modernos remontavam à antiguidade. Os padrões de beleza física da Grécia Antiga, assim como os exemplos de força dos exércitos de Esparta e, séculos antes, as regras de higiene dos hebreus e sua profilaxia também inspiraram os teóricos eugenistas da segunda metade século XIX e início XX. Stepan explica que os eugenistas foram também “responsáveis pela organização de concursos populares para famílias ‘eugênicas’, dando prêmios em dinheiro às crianças que fossem julgadas hereditariamente adequadas e eugenicamente belas, representantes, portanto, da melhor raça brasileira” (STEPAN, 2004, p. 351).

A policlínica infantil constituiu uma das seções do I.A.P.I que, na época, foi considerada “uma dessas corporações de assistência pública de que não podem prescindir as sociedades civilizadas”<sup>239</sup>. Deste modo, tratava-se de uma seção influenciada pelo pensamento eugenista e higienista nas formas de assistência à mulher e a criança,

---

<sup>238</sup> Galeria infantil, *Era Nova*, Ano I, n.18, Parahyba do Norte, 25 de Dezembro de 1921.

<sup>239</sup> Polyclínica infantil, *A União*, n.166, 1 de agosto de 1920.

implementada pelo Instituto, na qual “prepara-se o futuro da pátria, fazendo da puericultura o dever cívico por excelência, que deve preocupar as classes dirigentes e laboriosas.”<sup>240</sup>

Com vistas ao propósito de cuidar da higiene e da saúde das crianças, foram realizados pela instituição os mais variados serviços, entre 1913 a 1918, tais como: serviço de assistência à mulher grávida; da vacinação obrigatória a todo matriculado; da distribuição às vezes, de leite, de vestes e brinquedos.<sup>241</sup> Para a realização de seus serviços, o Instituto contava com o apoio da associação benemérita “Damas Protetoras.

As Damas Protetoras tinham a função de promover eventos festivos para arrecadar fundos para o I.A.P.I que serviam de base para o funcionamento da entidade, estas também possuíam outras funções, as quais podemos observar neste trecho: “encerrada a sessão, seguiu-se a festa da distribuição de presentes às crianças socorridas do Instituto. As exmas. Damas Protetoras, a cujo encargo ficara esse trabalho, haviam angariado pelo comércio e pela cidade vários donativos, principalmente de roupas e brinquedos...”<sup>242</sup> Nas festividades do Instituto, a distribuição de brindes, brinquedos e roupas era sempre uma ocasião de promoção da imagem caritativa perante a sociedade local.

Essas festas constituíam um modelo de atuação já praticado no I.P.A.I do Rio de Janeiro, que “além do caráter comemorativo, os eventos eram uma oportunidade concreta de conceder socorro material às crianças pobres, reunir membros das camadas sociais mais elevadas - refletindo e modelando a cultura filantrópica da elite brasileira -, e conferir visibilidade e publicidade à sua obra” (FREIRE & LEONY, 2011, p.207). Nestes momentos de festividades, Moncorvo Filho “propugnava marcar com festividades especiais o novo valor que, em seu julgamento, deveria ser dedicado à infância. Assim, sugeriu a criação de um dia específico para elas, o Dia das Crianças, institucionalizado apenas em 1924, pelo presidente Arthur Bernardes” (FREIRE & LEONY, 2011, p.207). Deste modo, o discurso assistencialista de ajuda aos pobres sofrendores embasava o “espetáculo” da distribuição dos presentes das Damas Protetoras juntamente com os sócios beneméritos e contribuintes particulares que destinavam verbas para o Instituto. Além disso, o governo estadual subvencionava mensalmente o I.A.P.I. De acordo com Guedes Pereira, em seu relatório, as finanças da instituição apresentaram o seguinte quadro:

---

<sup>240</sup> Idem.

<sup>241</sup> Ver: RELATÓRIO: Apresentado em Assembléia geral do Instituto de Protecção e Assistência à Infância, **A Imprensa**, n.40, 19 de maio de 1918.

<sup>242</sup> Instituto de Protecção e Assistência à Infância, **A Imprensa**, n.40, 19 de maio de 1918.

Finanças: A despeito das inúmeras dificuldades com que luta o Instituto, sobretudo com aumento da despesa diária em medicamentos, devido ao maior número de doentinhos que se matriculam, ele nada deve, tendo pago todas as contas atrasadas de construção e pharmacia, havendo um saldo em caixa, conforme o balancete seguinte, feito pelo tesoureiro, o incansável consócio João Cariolano de Medeiros.

**Ano Social de 1917 a 1918** (grifo do autor)

RECEITA. Saldo do ano interior, subvenção do governo, até março, donativos, legados, festas de caridade, mensalidades e eventuaes. 20:574, 230

DESPESA: Medicamentos, construção, empregados, expediente, aluguel de casa, compra de móveis e saldo em caixa. 20:574, 230.<sup>243</sup>

O repasse de subvenções por parte do Estado ao I.A.P.I significava uma forma de atuação do estado no tocante á assistência médica as crianças desvalidas, se tratava de uma atuação indireta, pois o estado não dispunha de órgãos e nem instituições voltadas para estes serviços, sendo apenas uma transferência de responsabilidades para as entidades assistenciais. As subvenções destinadas ao Instituto resultavam em relações de proximidade com o governo estadual, assim demonstrou o Dr. Manoel Tavares, orador oficial do I.A.P.I, “que em discurso de mestre, cheio de conceitos judiciosos , fez realçar a benemerência do exmo. sr. Presidente do Estado.”<sup>244</sup>Essa relação cordial entre Estado e Instituição prevaleceu, embora que, para Dr. Guedes Pereira, seja isto uma obrigação dos governos, se referindo a função de assistência e proteção à infância. Além disso, Guedes Pereira reafirma que “não devemos esperar unicamente deles, que, além desta, tem muitas outras questões sociais a resolver; devemos, sim, num auxílio mútuo, providenciar sobre esta parte da assistência pública e prestar-lhe o concurso franco, leal e desinteressado.”<sup>245</sup>

Prevalece no discurso de Guedes Pereira a ideia de que o estado não precisava necessariamente exercer sua função de agente promotor da assistência e proteção à infância, apenas poderia subvencionar o Instituto de Proteção e Assistência à Infância para realizar tal iniciativa. Para Guedes Pereira, o I.P.A.I realizava um empreendimento leal e desinteressado. Todavia, não sabemos até que ponto existiu o desinteresse no trato com verbas públicas e particulares as quais o referido médico administrava, uma vez que, o médico Walfredo Pereira Guedes, presidente do I.A.P.I, foi um homem bastante articulado com as esferas do poder, tendo sido prefeito da capital, vice-governador do estado, diretor do Comissão de Profilaxia de Saneamento Rural da Paraíba.

---

<sup>243</sup>Idem.

<sup>244</sup>Instituto de Protecção e Assistência à Infância, **A Imprensa**, n.20, 11 de novembro de 1917.

<sup>245</sup>Idem.

Guedes Pereira foi nomeado, em 1920, prefeito da capital, desagregou-se da medicina, para dedicar-se de maneira quase exclusiva a função pública. Na Prefeitura, que dirigiu por um quadriênio, teve atuação ciclópica. Deixando a Prefeitura Municipal, foi eleito 1º Vice-Presidente do Estado, sendo-lhe confiado em junho de 1925 à execução do Convênio entre os governos Federal e da Paraíba, que estabelecia o Serviço de Saneamento Rural. Posteriormente assumiu a direção geral do Departamento de Saúde estadual-função esta que, por dez anos exerceu em conjunto com as anteriores citadas (Cf. NÓBREGA, 1979). Desta forma, Pereira tinha facilidades para conseguir recursos financeiros do poder público, pois estava inserido nos bastidores do poder, o que possibilitava gerir os recursos particulares e públicos angariados pela Instituição.

No que se refere a situação financeira da instituição, observamos em carta dirigida à redação do jornal “A União”, que a direção do Instituto demonstrava as fragilidades da entidade, sendo a divulgação deste contexto de crise uma estratégia utilizada pelos dirigentes para conseguir mais contribuintes para o I.A.P.I. Assim, identificamos que:

Em, 31 de janeiro de 1920, Ilmo, srs. Redactores d´ A União: Augmentando constantemente o número de criancinhas pobres que vêm à consulta na Policlínica deste Instituto, tendo atingido o número de oitenta e quatro por dia, conforme pode se verificar em as notas de imprensa e nos registros desta sociedade, e sendo diminutos os recursos para fornecer gratuitamente aos doentinhos os medicamentos e soccoros indispensáveis, rogamos a vv.ss. que façam um apello a caridade pública, a fim de nos serem enviados auxílios em dinheiro, em roupas, em vidros vasio, etc. para que continuemos a minorar os sofrimentos de centenas de creanças que procuram esta associação, para prosseguirmos, que há sete anos ininterruptamente beneficia a infância desvalida.

Certos de que prestarão vv.ss. grande concurso ao nosso pedido, desde já lhes apresentamos sinceros agradecimentos, - A DIRETORIA.<sup>246</sup>

A situação de fragilidade da entidade era usada estrategicamente como meio de sensibilizar a população para que destinasse mais recursos para a entidade. As dificuldades enfrentadas pelo I.A.P.I podem percebidas pelo discurso de que os recursos financeiros não seriam suficientes para atender a demanda diária dos pacientes em termos do fornecimento de medicamentos e outros procedimentos. Em carta à redação do jornal *A União*, Guedes Pereira solicita que seja publicado em uma coluna do jornal os pedidos de ajuda ao Instituto, assim visualizamos:

---

<sup>246</sup> Polyclínica Infantil: um apello a população. *A União*, n.25, 1 de fevereiro de 1920.

Firmada pelo sr. dr. Guedes Pereira, recebeu a “A União” a seguinte carta: Ilmo. sr. dr. Nelson Lustosa, d.d. Director da -“A União”- O Instituto de Proteção e Assistência à Infância, que, além do auxílio do governo, se mantém da expensas do público, tendo, de 1913, até hoje, tratado, gratuitamente, na sua polyclinica mais de 14000 crianças pobres, e, na sua maternidade número superior a 600 parturientes, acha-se sem recursos para concluir o prédio de sua sede definitiva, que constroe a Avenida João Machado. Assim, vem a appellar para o vosso jornal, no sentido de abrir uma subscrição para terminar a referida construcção, de cujo o estado actual só com a vista melhor se avaliará.

Outrossim, solicito que seja publicado sempre em uma das columnas do vosso jornal, em letras bem vivas, o seguinte pedido: “Envie um donativo ao Instituto de Proteção e Assistência à Infância-Sede provisória: à rua Duarte Silveira, capital.

Contamos com vosso valloso auxílio , desde já, em nome do Instituto, envio os mais sinceros agradecimentos.

Instituto de Proteção e Assistência à Infância da Paraíba do Norte, 22 de abril de 1927-Dr. Walfredo Guedes Pereira, Presidente.<sup>247</sup>

Guedes Pereira, em carta a redação do jornal, solicitava que fosse publicado em uma das colunas do jornal o seguinte pedido: “Enviai um donativo ao Instituto de Proteção e Assistência à Infância”, sinalizando então a dependência da instituição para com a caridade pública e, ao mesmo tempo, as suas precariedades. Diante desse quadro, em 1931, o próprio poder público estadual passa a assumir funções antes exercidas pelo I.A.P.I, como identificamos no trecho a seguir:

Com a criação da maternidade custeada diretamente pelo Governo do Estado, cuja inauguração será amanhã no ex-hospital de isolamento, à Avenida Almeida Barreto, onde passará a funcionar o consultório de lactentes do serviço de Higiene Infantil criado pelo Estado deixa de existir o refúgio maternal (maternidade), que o Instituto de Proteção e Assistência à Infância vem mantendo desde 1.0 de agosto de 1920, para atender parturientes desvalidas ou pobres que precisarem de intervenção médica, continuando, entretanto, todas as demais secções desta Instituição-policlinica ou ambulatório, serviço pré-natal, consultório de latentes, gabinete dentário e enfermaria de crianças, etc,etc,- como dantes, com o mesmo esforço e finalidade.

Com a saída da maternidade, o pavilhão, onde a mesma ainda hoje funciona passará, em breves dias, por uma indispensável limpeza a constituir a segunda enfermaria para as crianças que não poderem, por vários motivos, ser tratados ambulatoriamente.

É digno de nota que a maternidade hoje extinta, ou melhor, mudada, e sobre os melhores auspícios, amparou durante os seus 11 anos de existência, com todas as dificuldades, porém, com seu carinho humanitário e patriótico, 1.517 mulheres que fatalmente com seus bebês, seriam sacrificadas, pela penúria e desamparo em que viviam.<sup>248</sup>

<sup>247</sup> Para a construcção do edifício da Assistência e Protecção à infância. **A União**, 27 de abril de 1927.

<sup>248</sup> Instituto de Protecção e Assistência à Infância, **Correio da Manhã**, n.238, 30 de setembro de 1931.

O jornal *Correio da Manhã* destacou a criação de uma maternidade por parte do governo estadual, sendo esta um consultório de lactentes do Serviço de Higiene Infantil, deixou o I. A.P.I então de oferecer estes serviços, havendo, desta forma, o início do processo de institucionalização dos serviços de saúde, neste caso, à assistência médica à mulher grávida e as crianças, momento em que o estado passa a gerir órgãos, instituições e serviços voltados para a promoção da saúde. Este processo de institucionalização dos serviços de saúde esteve relacionado ao contexto da revolução de 1930 e da conjuntura política criada no Governo Vargas, como visualizamos na matéria publicada pelo jornal *A União*:

#### Assistência à Infância

Dentre os problemas sociais que estão merecendo acurado estudo da parte do governo, releva notar o da assistência à população infantil do Estado. A política revolucionária, iniciada na Paraíba com o advento da presidência de João Pessoa, e continuada sem hesitações, por José Américo e Anthenor Navarro, ....Agora mesmo, vemo-o procurando a solução de um interessantíssimo problema de defesa social,...fica as parteiras, diplomadas ou não, residentes nesta cidade para uma reunião, em que serão assentadas as providencias preliminares da cruzada pelo bem-estar da infância. E, não ficarão limitadas ao município da capital as medidas de proteção que o governo deliberou por em prática. Aos municípios do interior, cujas populações forem se integrando na nova ordem de cousas e a proporção que se adaptem ao pensamento e ao programma da adminsitração, o governo estenderá os benefícios decorrentes do serviço alimentar, hospitalar, dentária e pré-natal. O sr.dr. Antenor Navarro, para levar por diante, com o melhor êxito, a magnífica idealização que será dentre em breve uma auspiciosa realização, precisa, porém, do concurso do povo... ..São as *Gotas de leite*, sociedades de assistência á infância, sob o duplo aspecto: sanitário e alimentar. É preciso pois, que ellas se fundem, por toda a parte, onde o meio pelo altruísmo de sua gente, offereça proporções para tanto. O governo fiel aos seus propósitos, irá ao encontro dessas iniciativas, prestigiará essas instituições, ajudando-os na tarefa magnânima, creando-lhes os órgãos complementares de acção, custeando as despesas com hospitalização das creanças insanas, contribuindo para a manutenção de um serviço de enfermeiras visitadoras. E assim, com algum tempo a mais, o nosso Estado terá concluído um serviço modelar de assistência e amparo a infância, gratuito para os pobres. Mas isso, em grande parte, depende da colaboração e da boa vontade do povo.<sup>249</sup>

Sendo assim, esse processo de institucionalização dos serviços médicos de assistência à infância pobre remete a uma perspectiva da política varguista de construção de uma identidade nacional através de fortalecimento da raça, sendo isto possível devido adoção de prática higienistas e eugenistas, práticas estas, identificadas, por exemplo, no programa

---

<sup>249</sup> A assistência a infância, *A União*, n. 302, 6 de dezembro de 1930.

“Gotas de leite”, voltado para o aspecto higiênico e alimentar. Portanto, há um entrelaçamento dos discursos eugenista e identidade nacional nas práticas de construção de corpos saudáveis.

Em nosso estudo da saúde na Paraíba, verificamos que o assistencialismo em saúde praticado pelos hospitais da Santa Casa de Misericórdia, bem como a assistência à infância desenvolvida pelo Instituto de Proteção e Assistência à Infância, sinalizou uma ausência dos poderes públicos no âmbito da assistência médica-hospitalar e assistência médica a infância e a gestante. Já em relação a ciência médica, observamos uma estreita ligação entre os saberes e métodos científicos do período em termos de cura de doenças, terapêutica, procedimentos cirúrgicos, medicina preventiva com as práticas desenvolvidas pelo hospital da Santa Casa e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância.

Deste modo, o assistencialismo praticado por tais instituições sedimentou--se em estreitas relações com o poder, alternando-se em momentos de proximidade e também de embates quando se tratava da disputa por verbas públicas. Com relação à recepção deste assistencialismo pela sociedade, observamos insucessos que, visivelmente, mostravam que tais instituições não eram eficientes e muito menos suficientes para atender as necessidades e as demandas da sociedade. Diante disto, a própria sociedade questionava os usos dos recursos públicos e de contribuições de particulares por essas entidades assistenciais. Diante das lacunas deixadas por estas instituições, identificamos o início do processo de institucionalização dos serviços de saúde, quando o poder público passa a administrar diretamente alguns serviços desta área no âmbito da assistência à infância e dos serviços gerais. No entanto, a criação dos serviços públicos de saúde não significou o fim do assistencialismo neste âmbito, apenas estas entidades passaram a conviver com as instituições públicas.

No próximo capítulo, iremos problematizar esse processo de institucionalização dos serviços de saúde, abordando o surgimento dos serviços sanitários geridos pelo Governo do Estado na Primeira República em suas relações com o sistema político oligárquico dominante no período em questão e com o processo de expansão da autoridade estatal.

## Capítulo III - Os serviços sanitários na Paraíba Republicana

### 3.1 A República e os “direitos” dos cidadãos? A saúde em cena

A proclamação da República em 1889 e a sua ligação com as teorias do liberalismo, do jacobinismo e positivismo, repercutiram na organização dos serviços de Higiene Pública da Paraíba, principalmente, se atentarmos para o fato de que o liberalismo à americana foi o modelo vitorioso na Constituição de 1891. Este liberalismo se tornou evidente com a autonomia dos Estados federados e, refletiu no campo da saúde e da higiene, em que cada Estado pode organizar seus serviços, instituições e mecanismos de atuação social seguindo as leis gerais traçadas pela União. Além disso, a instauração do regime republicano de base oligárquica influenciou na estrutura, na organização e na distribuição de seus serviços sanitários no território.

A partir de 1870, os ecos do movimento republicano se congregam no Manifesto Republicano que, nos estados do sul e sudeste, foi o responsável pela divulgação dos seus ideais, constituindo-se como movimento de oposição à centralização monárquica. O movimento republicano no Brasil inspirou-se nas correntes de pensamentos em voga na Europa e nos Estados Unidos que, baseadas no ideal de liberdade, proporcionaram um debate sobre a constituição de uma nação liberal, fundada na autonomia dos estados federados. Segundo Carvalho, “somente no final do Império começaram a ser discutidas questões que tinham a ver com a formação da nação, com a redefinição da cidadania.”(CARVALHO, 1998, p.23). De acordo com o autor, pelo menos três correntes de pensamento alimentaram a perspectiva de um novo regime: liberalismo à americana, o jacobinismo a francesa e o positivismo. Essas três correntes, porém, supunham modelos de república que traziam aspectos utópicos e visionários. O jacobinismo, corrente de pensamento inspirado na Revolução Francesa, enfatizava a participação direta de todos os cidadãos no governo. No liberalismo, a sociedade era composta por indivíduos autônomos, cujos interesses eram compatibilizados pela mão invisível do mercado, sendo a atuação do Estado na vida dos cidadãos reduzida ao mínimo possível. Já o positivismo, via a República como um espaço político onde os seres humanos se realizariam plenamente, esta, era o regime ideal para a

transformação positiva do Estado, pois dessa forma, traria o progresso pela ação ditatorial do mesmo.

Em relação aos três projetos de República, José Murilo de Carvalho fez uma análise, pontuando as principais características de cada um. No que concerne ao liberalismo, Carvalho aponta que este norte americano baseava-se em um utilitarismo, cuja “ênfase colocava dificuldades para concepção do coletivo, público. A solução mais comum foi a de simplesmente definir o público como a soma dos interesses individuais” (CARVALHO, 1998, p.18). Já o jacobinismo, assemelhava-se a fase jacobina da Revolução Francesa em seus aspectos de participação popular, sendo a república da intervenção direta do povo no governo, “a república dos clubes populares, das grandes manifestações, do Comitê de Salvação Pública. Era a República das grandes ideias mobilizadoras do entusiasmo coletivo, da liberdade, da igualdade, dos direitos universais do cidadão” (CARVALHO, 1998, p.18). Quanto ao positivismo, modelo da Terceira República, cujo lema “Ordem e Progresso” expresso na bandeira, era o mesmo de Benjamin Constant, isto é, tornar a República um sistema viável de governo. A ortodoxia positivista pregava a ditadura republicana, ou seja, a ordem proporcionaria o progresso e daria estabilidade ao regime.

Vitorioso na Constituição de 1891, em boa parte, o modelo norte-americano no Brasil, o liberalismo, atendia aos interesses dos proprietários rurais, pois, o Brasil adquiriu um caráter de consagração da desigualdade profunda, de sanção de lei do mais forte. “Acompanhado ao presidencialismo, o darwinismo republicano tinha em suas mãos os instrumentos e políticos para estabelecer um regime profundamente autoritário” (CARVALHO, 1998, p.25). O ideal liberalista tornou-se predominante no regime republicano, porque convinha para a elite política, especialmente, os proprietários paulistas, a definição individualista do pacto social, ou seja, um modelo que fornecesse uma justificativa para a defesa de seus interesses individuais. Esse modelo caracterizava-se pela ausência da participação popular nas questões que envolvessem a República. Para os republicanos de São Paulo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, o federalismo foi um dos aspectos mais importantes que buscavam no novo regime. Deste modo, a solução federalista era um atrativo da ideologia liberal americana para estes grupos políticos que construíram o regime republicano.

É importante ressaltar que, o positivismo, o jacobinismo e o liberalismo, configuravam-se como discursos distantes dos meios populares, eram enclausurados nos círculos fechados das elites educadas que pensavam sobre as possibilidades de inserção desse contingente no novo regime. Dentre esses modelos que pretendiam organizar o regime

republicano, com vistas à formação de almas sensíveis à República e a organização do poder, acabaram prevalecendo positivismo e o liberalismo a americana. O modelo que preconizava a participação dos cidadãos no governo republicano como condição para o exercício da liberdade, no caso, o jacobinismo, foi sucumbido pelas correntes liberais e positivistas. A vitória do liberalismo no sistema republicano imposto pelos militares simbolizou o malogro de uma utopia cidadã.

Quanto à Paraíba, como esta se comportou diante do novo regime político? No estado paraibano, no que se refere à organização dos partidos, Lenilde Duarte Sá (1999) explica que os partidos constitucionais monárquicos encontravam-se em situação delicada, principalmente o Partido Liberal. A causa do esfacelamento do Partido Liberal situa-se no fato de que, ao longo dos anos, os conservadores se aproveitaram da indisciplina e da dissidência dos liberais, penetrando em seus currais eleitorais levando-os, deste modo, a derrocada. No entanto, a dissidência dos liberais não deu origem a um partido republicano, como ocorrera em outros estados após o Manifesto Republicano, apenas o médico Eugenio Toscano Brito, enquanto membro partido liberal divulgava no jornal *Gazeta da Paraíba* artigos republicanos. Neste sentido, na Paraíba, nos últimos anos que antecederam a Proclamação da República não se formou um partido republicano.

Como na Paraíba não existia um partido republicano, os políticos tentaram organizar a representação do poder dentro desse novo contexto histórico. A Proclamação da República em 15 de Novembro de 1889 repercutiu como assunto principal dos jornais paraibanos. Essa nova conjuntura política, a qual se convencionou denominar de “República Velha” ou “Primeira República”, colocou em cena o poder dos coronéis e seus grupos políticos, bem como sua parentela sobre este modelo político caracterizado pela “era das oligarquias”. Neste contexto, Lewin analisa:

O período da República Velha, no Brasil, testemunhou o exercício, pelas “oligarquias”, do poder nos níveis estadual e federal de governo, segundo um novo sistema federativo determinado pela Constituição de 1891. Também conhecido como Primeira República, esse período iniciou-se em 1889, depois da renúncia forçada do imperador D. Pedro II encerrou a monarquia que governava a nação desde a independência de Portugal em 1822. A Primeira República terminou em 1930, ocasião em que a economia cafeeira nacional caiu vítima da depressão mundial e a crise institucional da elite política dirigente atingiu seu clímax (1993, p.6).

O modelo das oligarquias instituído pelo regime republicano foi um mecanismo utilizado pelas elites políticas nacionais com o objetivo de manter a unidade dos estados federados. Segundo Lewin, “as mudanças constitucionais introduzidas na República Velha,

todavia, explicam a cristalização da oligarquia como um sistema nacional de dominação” (LEWIN, 1993, p.15). Para a autora, a Constituição de 1891 reformulou as regras da política eleitoral, do sistema tributário e do poder da polícia. Reformulando as bases da política nacional segundo os princípios federativos, favorecia os interesses de São Paulo, o modelo adotado colocava os objetivos econômicos dos estados mais ricos acima dos interesses da economia nacional. Como a Constituição de 1891 reduziu o poder de tributação do poder central, deixando os estados livres para estabelecer seus impostos e, principalmente, terem a liberdade de contrair empréstimos no exterior, independentes do governo federal, neste sistema, os estados mais ricos, como São Paulo, foram amplamente favorecidos.

Para se contrapor ao extremo federalismo instituído pela Constituição de 1891, Campo Sales instituiu a chamada *política dos governadores*, caracterizada por um executivo central fortalecido por meios institucionais. Esta política possibilitava aos governadores maior autonomia na gerência dos assuntos internos de seus estados, embora garantisse ao presidente um maior controle sobre os estados mais fracos. Assim, “o fato de a República Velha ter-se tornado sinônimo de uma era das oligarquias explica-se por arranjos constitucionais extraconstitucionais”(LEWIN, 1993, p.15). A estratégia de Campo Salles era “eliminar qualquer reação oposicionista através de uma Comissão de Verificação de poderes, além de fraudulentas eleições de bico de pena e atas falsas”(SÁ, 1999,p.120). As oligarquias consistiram em:

Pequenos grupos de homens que monopolizaram os cargos políticos em cada estado, normalmente o governador e os representantes eleitos para o Congresso Nacional e para a Assembleia Legislativa Estadual...Os detentores locais do poder, entre os quais se recrutavam os chefes partidários ao nível municipal, constituíam o degrau mais baixo escada oligárquica e arcavam com a responsabilidade de fornecer os votos. O grupo de liderança de qualquer oligarquia podia ser prontamente identificado, pois consistia em homens que dirigiam o partido oficial de seu estado. (LEWIN, 1993, p.16).

A identidade política da oligarquia, segundo Lewin, fundamentou-se na “concepção de a oligarquia se alicerça em laços familiares ou personalísticos”(1993, p.19). A política oligárquica, como governo de poucos, garantiu a poucos privilegiados inúmeras vantagens através da política de parentela e do empreguismo. Neste sistema, a República, cuja função seria atender aos interesses de todos os cidadãos, se distancia de sua finalidade, quando

abandona os sujeitos que não pertence a sua família, configurando-se o que José Murilo de Carvalho chama de *estadania*.<sup>250</sup>

Na Paraíba, no período denominado de República Velha, dois grupos oligárquicos de base familiar dominaram a arena política do estado determinando os destinos desta e interferindo no cotidiano de seus habitantes. De acordo Lewin (1993), esses grupos foram: Neiva-Pessoa-Lucena e Machado-Leal, que exerceram o controle político do Estado durante quarenta anos.

Com a Proclamação da República, teve início o domínio político da oligarquia Neiva-Pessoa-Lucena na Paraíba, com a nomeação de Venâncio Neiva para o governo do estado pelo governo central. Esta nomeação de Venâncio Neiva foi fruto de seu parentesco com o Barão de Lucena, ministro do governo recém-instalado, assim como a nomeação de Epitácio Pessoa, para o cargo de Secretário Geral do novo governo, resultou de seu laço de parentesco com o referido Barão de Lucena. De posse da máquina administrativa estadual, Venâncio Neiva buscou fortalecer a política de parentela através da prática do empreguismo, nomeou seus parentes e agregados para diversos cargos da máquina administrativa do estado, como a magistratura, altos cargos da segurança e outros cargos de origem administrativa. Venâncio Neiva governou a Paraíba até dezembro 1891, pois a deposição de Deodoro da Fonseca representou para este o fim de seu governo na Paraíba. Deposto por Floriano Peixoto, Venâncio Neiva funda o Partido Autonomista, que reunia várias facções anteriormente leais ao extinto Partido Conservador.<sup>251</sup> Todavia, o grande mérito da oligarquia fundada por Venâncio Neiva “foi a de lançar as bases para levar os Pessoa ao poder, iniciando o seu patriarca, Epitácio Pessoa, na política oligárquica paraibana” (SÁ, 1999,p.116).

Após a deposição de Venâncio Neiva, Floriano Peixoto escolheu Álvaro Machado para a presidência do Estado da Paraíba, este não era conhecido como político na Paraíba, pois a sua nomeação foi resultado de suas relações de parentesco e de suas conexões militares no Rio de Janeiro. Precisando de um nome para suceder Venâncio Neiva, Floriano Peixoto consultou seu amigo e ex-senador da Paraíba Abdon Felinto Milanez, que sugeriu seu próprio sobrinho, Álvaro Machado, para o cargo. O nome de Álvaro Machado agradou Floriano Peixoto, pois este tinha feito carreira militar, tendo exercido os cargos de instrutor de militar

---

<sup>250</sup> José Murilo de Carvalho utiliza este conceito para se referir “a inserção de todos eles (grupos sociais ou sujeitos sociais, a exemplo, de bacharéis desempregados, militares), na política se dava mais pela força do Estado do que pela afirmação de um direito de cidadão” (CARVALHO, 1998, p.29).

<sup>251</sup> Lenilde Duarte Sá explica que o Partido Autonomista só foi licenciado, “em virtude do seu fundador ter ingressado na magistratura federal e Epitácio Pessoa ter assumido o cargo de Ministro da Justiça em 1891” (SÁ, 1999,p.116).

na Escola Militar e na Escola Politécnica de Salvador, na Bahia, além disso, procedia de uma família liberal de Areia, o único lugar que havia mandado políticos do Partido Republicano para cargos nacionais durante o Império.

Diante da anulação da Constituição Estadual de 1891, Álvaro Machado tratou de instalar uma Assembleia Constituinte, a nova Constituição promulgada em 30 de julho de 1892 durou até o final da República Velha. A maior crítica que lhe foi feita refere-se a sua omissão quanto à elegibilidade e a representação do Poder Executivo Municipal, pois a constituição anterior determinava que os prefeitos dos municípios deveriam ser eleitos, a segunda Constituição não abordou tal questão. Desta forma, os prefeitos passaram a ser nomeados pelo Presidente do Estado mediante uma lei ordinária, tal ato proporcionava ao executivo estadual uma oportunidade para estabelecer relações clientelísticas para com os coronéis locais, os quais retribuía com votos o cargo que recebera.

O grupo oligárquico comandado por Álvaro Machado fundou o Partido Republicano da Paraíba, constituindo-se uma das bases de apoio ao governo Floriano Peixoto, sem, contudo, se caracterizar como um verdadeiro partido político. Este partido se desfez na primeira década do século XX. Para se manter hegemônica politicamente na Paraíba, a oligarquia liderada por Álvaro Machado recorreu ao apoio de seus parentes em Areia, bem como às famílias a eles ligadas por laços de matrimônio. Assim, associou-se a família Santos Leal, sendo, o Monsenhor Walfredo Soares Santos Leal, um dos articuladores da oligarquia de Álvaro Machado no brejo e o primeiro vice-presidente da Paraíba durante o mandato de Álvaro Machado.

A união política de Álvaro Machado e o Monsenhor Walfredo Soares Santos Leal revelou uma das características mais marcantes da República Velha, a “política de panelinha”, ambos governaram mantendo ligados a si parentes e facções representativas em seus municípios. Deste modo, os dois passaram “a distribuir e redistribuir ambicionados cargos políticos de senador, deputado federal, governador e vice-governador. Essa política estratégica, que garantia o rodízio das facções, patrocinava também os cargos de juiz municipal, prefeito e sub-prefeito, bem como supria vacâncias na Câmara Municipal”(SÁ, 1999, p.119).Podemos observar abaixo algumas informações sobre o tipo de política de apadrinhamento. De acordo com Linda Lewin:

Como regra, o governador designava indivíduos do grupo de base familiar que dominava a política do município de que se tratasse, habitualmente em aliança (através de laços de casamento) com um ou dois outros grupos análogos. Na maioria dos 39 municípios do estado, um indivíduo era o

prefeito e o chefe político ou chefe partidário. O governador nomeava o chefe político, também chamada de “chefe local”, que estava encarregada de proporcionar os votos para a máquina do partido estadual. Idealmente, o prefeito e o chefe político podiam “aconselhar” o governador quanto às manobras faccionais locais, fornecendo as informações políticas essenciais para uma estratégia eleitoral bem-sucedida. Quando não detentor de um diploma universitário, o chefe local normalmente usufruía de patente de coronel, capitão ou major da Guarda Nacional. Sua patente na Guarda geralmente lhe havia sido conferida como patronagem pela oligarquia dirigente. Cavilha do sistema político, o chefe partidário local, um coronel ou doutor, organizava e financiava o fornecimento do chamado “voto de cabresto”, dado em grande parte por seus aliados familiares e os parentes destes, bem como por seus clientes e moradores dependentes. A capacidade comprovada do chefe político local para fornecer os votos ao PRP legitimava o controle de seu grupo de base familiar sobre os cargos políticos e partidários locais, assim como sobre a distribuição da patronagem no município. Sem o voto, ele corria o risco de ser substituído, seja por seus aliados locais, seja pela oposição, perdendo o monopólio que, com seus parentes colaterais, exercia sobre os principais na esfera municipal. Um chefe coordenava a política do município muitas vezes em conjunto com um irmão, com um cunhado ou com seus primos, enquanto que um terceiro irmão ou sobrinho serviam aos interesses do grupo de base familiar na Assembleia do Estado (LEWIN, 1993, p.220).

Este esquema favoreceu o domínio político da oligarquia Machado-Leal por duas décadas. Os atores políticos que se destacaram no teatro da política paraibana estavam intimamente ligados às facções de Álvaro Machado e Walfredo Santos Leal. Pelo lado de Álvaro Machado, seu irmão, João Machado, governou a Paraíba entre 1908 e 1912. Já a ascensão de José Américo resultou da influência política de seu tio, Walfredo Santos Leal.

A partir de 1912 muitos grupos políticos que estavam descontentes com a oligarquia Machado-Leal, por não terem recebidos as benesses da “política de panelinha”, passaram a se aproximar cada vez mais da oligarquia Neiva- Pessoa- Lucena que, em 1912, encontrando desgastada a oligarquia Machado-Leal devido à morte de seu líder, Álvaro Machado, retornaram ao poder.

A eleição de Hermes Rodrigues da Fonseca, em 1910, repercutiu no plano nacional e também teve implicações importantes para a oligarquia de base familiar da Paraíba. Na esfera nacional, a eleição de Hermes da Fonseca representou a ascendência política do presidente do Senado, o gaúcho Pinheiro Machado. Com a vitória de Hermes, o Rio Grande do Sul ganhou um grande poder de influência sobre a parceria entre São Paulo e Minas Gerais, assegurando-se o direito de opinar decisivamente na determinação da sucessão presidencial. Além disso, pela primeira vez desde os anos 1890, o papel dos militares na política voltou a se constituir numa questão. Par Lewin (1993), a importância da campanha de 1910, disputada entre Rui

Barbosa e Hermes da Fonseca, residiu no fato destes terem buscado votos entre as classes médias urbanas e os trabalhadores, contudo, esses eleitores começaram a se tornar antiagrários. Rui Barbosa, contando com apoio oligárquico e Hermes, com o apoio de Pinheiro Machado, estavam intrinsecamente identificados com o passado agrário, oligárquico e imperial.

Na Paraíba, Hermes da Fonseca obteve maioria, como explica Lewin (1993), o ânimo nacional, contudo, encontrou alguma ressonância necessária. Desta forma, no estado prevaleciam certas características localmente associadas à oligarquia, como as lutas de base familiar, o banditismo e a posição inferior da região no contexto nacional. Deste modo, a Paraíba se tratava de um estado nitidamente oligárquico, sendo esta característica a principal razão das críticas proferidas pelas classes médias urbanas do estado.

Os propósitos de Hermes baseavam-se na chamada política de *salvação nacional*, esta, caracterizou-se mediante a renovação política e a supressão das oligarquias estaduais. A partir desta política, o grupo oposicionista, liderado por Epiácio Pessoa, teve a oportunidade de desbancar a oligarquia situacionista, que neste período já estava em crise. De acordo com Lewin (1993), os últimos anos da oligarquia dominada por Álvaro Machado foram taxados como *os anos de anarquia*.<sup>252</sup> Já em “1915, quando Epiácio Pessoa ganhou o controle hegemônico do estado, os anos de anarquia viriam a ser deliberadamente contrastados com a “*ordem de Epiácio Pessoa*” (LEWIN, 1993, p.241).

Diante de um contexto marcado pela anarquia e pela presença crescente de uma elite comercial, os epitacistas encontraram uma base segura para ascender politicamente, constituindo uma oligarquia adaptada aos ditames do modelo político da República Velha. Com a eleição de Castro Pinto, que governou de 1912 a 1915, inaugurou-se uma nova era na história da Paraíba, o início da dominação direta da oligarquia Pessoa no Estado. Neste período, “Epiácio assegurou o controle incontroverso da oligarquia estadual no Estadual através de vitórias eleitorais que deram à sua facção o controle da delegação ao Congresso e da Assembleia, reduzindo a representação política de sua oposição ao mínimo” (LEWIN, 1993, p.271).

---

<sup>252</sup> Segundo Linda Lewin, “a noção de “anarquia” referiu-se, por tanto, a dois fenômenos interligados. Primeiramente, o termo conotou não propriamente um estado verdadeiro de anarquia, mas o desaparecimento da quase hegemonia da oligarquia situacionista nos municípios da Paraíba. A oligarquia no poder não se constituía mais exclusivamente de alvaristas e valfredistas”. Estes passaram “a dividir assento igualitário na câmara de modo igualitário (...) O segundo fenômeno foi a escalada violência local, principalmente com a epidemia de banditismo que caracterizou a Paraíba depois de 1900”(LEWIN, 1993, p. 241-242).

No período entre 1905 e 1915, surgiu no campo epítacista a geração de políticos denominada *Jovens Turcos*,<sup>253</sup> em grande parte constituída por jovens de formação em Direito, porém, também possuía entre seus membros ocupantes de outras atividades. Os *Jovens Turcos* era um grupo de políticos que acreditava e enfatizava o crescimento econômico do Estado e, que sentiam-se atraídos pelas metas de Epitácio no sentido de integração das zonas interioranas produtoras de algodão com os mercados litorâneos, de modo a “desenvolver uma economia abrangente do conjunto do estado, e admiravam abertamente a sua influencia na política federal” (LEWIN, 1993, p.293). O grupo contava com a participação dos seguintes membros: Sólon de Lucena, Antonio Silva Pessoa Filho, João Suassuna, Celso Mariz, Democrito de Almeida, Walfredo Guedes e José Américo de Almeida. Muitos membros dessa geração tiveram uma atuação de destaque na política estadual, João Suassuna e Sólon de Lucena foram presidentes do Estado, Walfredo Guedes foi prefeito da Capital e vice-presidente do Estado, José Américo de Almeida teve uma atuação política importante no governo Provisório de Vargas como ministro de obras e viação.

O estudo pioneiro de José Américo de Almeida, *A Paraíba e seus problemas*, oferece pistas sobre a orientação política do grupo, norteada pela proposta de renovação da política estadual e do desenvolvimento econômico. Publicada em 1923, ano em que foram extintos os projetos do IFOCS, a obra tratava do tema do subdesenvolvimento. Neste livro, o autor elogiava as obras do IFOCS, considerando-as necessárias para a melhoria da infra-estrutura de exportação, no sentido de promover a conexão do interior com os mercados litorâneos através da construção de estradas, interligando as várias regiões do estado. O livro *A Paraíba e seus problemas* construiu uma imagem positiva do Governo Federal, na figura do Presidente da República, entre 1919 e 1922, Epitácio Pessoa, que também foi chefe da oligarquia Pessoa no Estado da Paraíba. Neste ponto, a obra destacou a importância de Epitácio Pessoa como provedor de políticas públicas indispensáveis ao crescimento econômico do estado paraibano. Além desta obra, o grupo divulgou suas ideias no jornal *A Notícia*, neste periódico, os membros apresentavam suas propostas, suas bases filosóficas e suas formas de atuação. Deste modo, se expressavam da seguinte forma em artigo denominado *Jovens Turcos*: “homens fortes e combatentes, alentados por um brando e seguro critério partidário, mas por um largo critério democrático e popular, tendo acima de tudo a vista fiel do programa de Epitácio o ideal de liberdade e justiça”<sup>254</sup>

---

<sup>253</sup> Recebeu esta denominação em referência a Revolução Turca de Mustafá Kemal Atatürk de 1909, ou inspirado em um periódico “Jovens Turcos” editado pelos oficiais do Exército brasileiro (LEWIN, 1993).

<sup>254</sup> Jovens Turcos, *A Notícia*, 21 de março de 1926.

Na década de 1920, identificam-se tendências conflitantes de mudanças e de continuidades na Paraíba. A liderança estadual exercida por Eptácio passou a defrontar-se com uma crescente autonomia local, reforçada por políticas no plano nacional e pelos esforços centralizadores dos governos. Desta forma, Eptácio Pessoa soube canalizar a patronagem através do IFOCS, que alicerçou e intensificou um relacionamento clientelístico entre ele, seus governadores e os chefes locais. A perspectiva de reservatórios, açudes e poços federais solidificou a relação entre chefes locais e os chefes das oligarquias estaduais, materializada na porcentagem de votos que eram concedidos ao grupo oligárquico dominante. Estas obras, fomentadas pelo governo federal, faziam parte de uma política governamental denominada *Obras Contrás as Secas*, que tinham o objetivo de minimizar os efeitos da estiagem na região do semiárido nordestino. Os estados nordestinos, representados por suas oligarquias, recorriam ao governo federal em busca de recursos para minimizar os desastres provocados pelas secas, isto fez surgir uma expressão que contribui para estigmatizar os estados nordestinos, no caso, *a indústria da seca*. Sobre este assunto:

Sendo o café o sustentáculo da economia republicana e o grupo hegemônico constituído pelos cafeicultores, o governo adotou uma política protecionista voltada para esse setor. O Nordeste, com os seus produtos em crise, não conseguiu nenhuma medida protecionista e passou a se utilizar dos períodos de estiagem para reivindicar ajuda financeira da União. Para conseguir apoio federal o Sul alegava o café, o Nordeste- a seca- cada um a sua maneira e com seus argumentos (FERREIRA, 1993, p.31).

José Américo de Almeida, em *A Paraíba e seus Problemas*, faz uma crítica a política contra as secas de Eptácio Pessoa, “mostrando a inutilidade das medidas postas em prática até então, cujos proveitos foram absolvidos pelos chefes locais que dirigiam as obras, consumindo grande parte das verbas no ‘interesse partidário’” (GURJÃO, 1994, p.30).

Além disso, os cargos eletivos e de nomeação continuavam a ser patronagem mais importante para Eptácio Pessoa, que habilmente distribuía esses cargos de modo a reforçar a coesão de sua máquina eleitoral. Esta política de patronagem do emprego explica “a ordem” estabelecida por Eptácio Pessoa durante a década de 1920, principalmente no período em que esteve na Presidência da República, de 1919 a 1922, cuja procura por emprego nos aparatos burocráticos do estado era intensa. O crescimento do funcionalismo público estadual e federal durante os anos 1920 verificou-se quando as famílias de elite buscaram no estado oportunidades adicionais de emprego, constituindo-se uma forma de aumento do poderio econômico da parentela. A mudança econômica determinou a especialização econômica mais

ampla para esta geração. Os postos de professoras primárias municipais, bibliotecárias ou funcionárias públicas de nível mais baixo representaram oportunidades de emprego bastante almejadas, principalmente por mulheres que, até então, estavam excluídas do mercado de trabalho. Outras profissões passaram a ser estratégicas nesta ordem burocrática, como os engenheiros, agrônomos e advogados. Segundo Lewin, “os grupos de base familiar de elite viam o estado como fonte libertadora de uma pletera de privilégios só acessíveis ao indivíduo em virtude da afiliação ao grupo” (LEWIN, 1993, p.288). Assim, os membros das parentelas não percebiam o estado como garantia dos direitos individuais, mas, sobretudo, como meio de conseguir seus privilégios, sendo assim, o clientelismo era a base do relacionamento de tais grupos e o estado.

A oligarquia Pessoa manteve seu domínio político na Paraíba até 1930, apresentando discursos de conotações heroicas e nacionalistas que creditavam a ela os feitos da modernização. Sendo esta oligarquia identificada na imagem personalizada de Epitácio Pessoa, que prometia o mundo do progresso ilustrado pelos trilhos, portos e fábricas.

A administração de Sólon de Lucena (1920-1924) coincide com o apogeu do domínio oligárquico do epitacismo, favorecida pela presença de Epitácio Pessoa na Presidência da República, injetando grande quantidade de recursos para as obras contra as secas e para a construção do Porto do Varadouro. Além disso, houve um grande aumento das rendas do estado devido ao incremento das exportações, sobretudo de algodão. Porém, esses recursos foram utilizados em benefício dos grupos oligárquicos.

Já o governo João Suassuna (1924-1928), penúltimo governo de orientação epitacista, foi marcado por uma conjuntura desfavorável. As contradições acumuladas nos anos anteriores, à emergência do cangaço, as disputas inter-oligárquicas, o fortalecimento das práticas coronelísticas e o enfraquecimento da estrutura econômica, resultaram na formação de um quadro estrutural negativo na administração de João Suassuna e, por conseguinte, poram em xeque a estabilidade do domínio político oligárquico, liderado por Epitácio Pessoa.

Gurjão nos explica que “o sistema coronelístico- oligárquico dominante na Primeira República em todo o Brasil, a partir do pós-guerra, passa por processo de alterações que engendra sua paulatina desagregação” (GURJÃO, 1994, p.67). Dentre as razões para a crise do sistema oligárquico, a autora argumenta que a *política dos governadores*, que vinha proporcionando estabilidade ao regime oligárquico, vai aos poucos se tornando inviável, devido à emergência do Rio Grande do Sul e do Exército como novas forças políticas e o enfraquecimento das oligarquias nordestinas. A crise da economia agro-exportadora, agravada

devido à política de valorização do café, empreendida pelo governo federal, gerou insatisfações internas. A *socialização das perdas* resultou em descontentamentos por parte dos trabalhadores, como também de outros grupos agrários que, desvinculados do café, manifestaram-se contra os privilégios concedidos aos cafeicultores.

O tenentismo, que foi um movimento de contestação ao regime oligárquico liderado pelos tenentes, denuncia o esgotamento do modelo oligárquico. Este movimento pregava a moralização política e a queda das oligarquias, atraindo uma gama de simpatizantes entre a classe média urbana que estava desacreditada com o regime político em vigor no país. Além disso, houve as cisões nas oligarquias, exemplificadas pelo rompimento do pacto que legitimava o predomínio das oligarquias cafeeiras de São Paulo e Minas Gerais. Outros estados, a exemplo do Rio Grande do Sul, reivindicavam maior participação nas decisões políticas que envolvessem a República. Todas essas condições resultaram no esfacelamento do regime oligárquico.

Na Paraíba, o sistema oligárquico manteve relativa estabilidade durante a Primeira República. A presença de Epitácio Pessoa nos principais cargos da esfera federal garantiu o domínio oligárquico de seu grupo político. Contudo, no final da década de 1920, esse modelo político dava sinais de esgotamento devido às disputas inter-oligárquicas; a presença do cangaço e da Coluna Prestes na Paraíba; a permanente ausência de Epitácio Pessoa da Paraíba e do Brasil. As crises no interior da oligarquia Neiva-Pessoa-Lucena se manifestaram na sucessão de João Suassuna quando, na ocasião, Epitácio indicou o nome de seu sobrinho João Pessoa, preterindo o nome sugerido pelo então Presidente do Estado, João Suassuna.

O governo de João Pessoa (1928-1930), considerado inovador, parecia contrapor-se aos ditames do sistema oligárquico. Antes de assumir a governança do estado, João Pessoa havia sido ministro do Supremo Tribunal Militar, punindo rigorosamente os tenentes envolvidos em levantes contra as oligarquias. Além disso, como presidente do estado, adotou uma política de reformulação no sistema oligárquico para adequá-lo aos novos tempos. Segundo Gurjão, duas linhas de ação nortearam a administração de João Pessoa:

A tentativa de depurar o coronelismo, impondo-lhe a tutela governamental e o estabelecimento do centro comercial do Estado na capital- esvaziando-se assim, a dependência ao Recife ao mesmo tempo que, promovendo a autonomia econômica da Paraíba no plano regional-e, favorecendo sua articulação direta com os mercados externos(GURJÃO, 1994, p.71).

Para concretizar seus ideais, João Pessoa adotou as seguintes medidas saneadoras: substituição das chefias municipais; subordinação do fisco, da política e da justiça diretamente às suas ordens; eliminação do acúmulo de cargos; desarmamento dos “coronéis”; prisão de criminosos homiziados em suas fazendas; administração direta das obras públicas e fiscalização dos “coronéis” contratantes de obras (GURJÃO, 1994).

A recepção de tais medidas foi positiva pelos comerciantes locais, os quais apoiaram, sobretudo, a reforma tributária. Os empresários ligados ao ramo fabril apoiaram o presidente, pois as medidas fiscais e creditícias lhes favoreciam. Já a oligarquia algodoeira-pecuária e açucareira se mostrou insatisfeita com as medidas anunciadas por João Pessoa, pois atingia seus vínculos com os mercados externos. Este descontentamento dos grupos oligárquicos com João Pessoa materializou-se, por exemplo, no rompimento político do seu grupo mais representativo (Ribeiro Coutinho), que aderiu à facção oposicionista. Ainda como parte da reforma tributária, João Pessoa conseguiu que a Assembleia aprovasse o imposto de trânsito, este, constituía taxas de pedágio instituídas pela lei n. 1545 de 30 de novembro de 1928, sendo cobradas por trechos de 20 km de estradas transmitidas, variando de acordo com uma tabela que, surpreendentemente, onerava mais os carros de bois e carroças de burro do que os veículos automotores. Esta lei gerou insatisfações por parte de motoristas e, por conta deste imposto, atribuiu-se a João Pessoa o apelido de “João Porteira”.

A Candidatura de João Pessoa a vice-presidente na chapa do candidato a presidente Getúlio Vargas, que era o opositor a Júlio Prestes, resultou em represálias do Governo Federal contra a Paraíba, contribuindo para a identificação de João Pessoa e da Paraíba como vítimas da opressão, essa imagem proporcionou a adesão de muitos paraibanos que, anteriormente, estavam insatisfeitos com a administração do presidente. Contudo, a unidade da oligarquia epítacista estava ameaçada devido aos descontentamentos em torno da reformulação política econômica adotada por João Pessoa, em especial, a “guerra tributária”. A quebra da unidade política da oligarquia epítacista evidenciou-se com o rompimento de José Pereira, aliado incontestemente de João Suassuna (excluído da chapa). Este, transferiu-se para a oposição (perrepista), dando início ao conjunto de batalha política que desencadearia a luta de armada de Princesa e o movimento de 30.

O assassinato de João Pessoa forneceu o clima necessário para a Revolução de 1930. Enquanto os perrepistas eram demonizados, João Pessoa, tido como mártir, era cultuado como verdadeiro Deus. É importante ressaltar que, a revolução vitoriosa não conseguiu implantar a

renovação completa da política paraibana, pois não havia grandes diferenças entre o novo grupo no poder e o que lhe precedera.

Conforme observamos, a implantação da república na Paraíba não ocorreu de forma imediata, mas sim como o resultado de uma série de transformações que foram eliminando as características próprias do império. Além disso, a chegada da república na Paraíba também não significou a constituição de um estado provedor dos direitos de cidadania, foi apenas com a ascensão da oligarquia Neiva-Pessoa-Lucena que as questões da cidadania e seus direitos passaram a ser sugeridas.

A ascensão da oligarquia Neiva-Pessoa-Lucena sinalizou um período de estabilidade política em contraposição aos anos de anarquia do grupo antecessor. A institucionalização do Serviço de Higiene Pública neste período, serviço este caracterizado pelo campanhismo e pela polícia sanitária, parece ter sido representativa.

A institucionalização do Serviço de Higiene Pública em suas relações com as tramas políticas na Paraíba constitui objeto de discussão do próximo tópico, cuja abordagem será norteada pelas seguintes questões: Como a política de parentela interfere na estrutura e na organização do Serviço de Higiene Pública? Como a política parentela condiciona a distribuição dos serviços sanitários? Como os grupos oligárquicos organizam os serviços sanitários? Que doenças serviram de metáforas aos médicos e aos coronéis, para que se justificasse a organização e a implementação de um serviço sanitário? Como se organizou o discurso das elites em face a organização desses serviços? Como a população recepcionou os serviços sanitários implantados pelos grupos políticos? A seguir, trataremos de responder a estas questões.

### **3.2 Nas tramas políticas da Paraíba: o Serviço de Higiene Pública (1895-1911)**

A Paraíba passara por mudanças demográficas notáveis no final do Império, mudanças essas que assinalaram a reorganização da economia política do estado. Durante o século XIX, ocorreu um deslocamento sem precedentes da população para o interior e, isto aconteceu devido às transformações econômicas em curso. Os crescimentos das produções agrícolas do interior, juntamente com a expansão dos cereais e do algodão, resultam no crescimento dos núcleos urbanos do interior do estado. O censo de 1890<sup>255</sup> mostra que apenas 17% (75.995) da população paraibana residia no litoral do estado e, o restante da população 83% (381.337)

---

<sup>255</sup> As informações sobre o Censo de 1890 constam no livro de Linda Lewin, **Política e Parentela na Paraíba: Um estudo de caso da oligarquia de base familiar**. Op.cit. p.55.

residia nas regiões do interior do estado, tais como: Brejo, Caatinga-Agreste, Cariri e Alto Sertão. O surgimento de núcleos de povoamento e a expansão dos já existentes sinalizam o processo de urbanização do interior e o surgimento de centros comerciais, além do espaço geográfico do litoral. A ascensão comercial de Areia, Guarabira, Bananeiras e Alagoa Nova, constituindo-se como pontos de trocas comerciais entre os mercados do litoral e do sertão, cristaliza essa mudança. A formação destes centros comerciais relaciona-se com o papel dinâmico exercido pelo intercâmbio do gado, do couro e do algodão de fibras longas do sertão pelos gêneros alimentícios do brejo e da caatinga-agreste. Neste cenário, formou-se a partir de 1860 outro polo de feiras ou mercados na região da caatinga-agreste- Facundes, Itabaiana, Alagoa Grande e especialmente, Campina Grande- que, em poucos anos, se tornara a principal cidade do interior da Paraíba (LEWIN, 1993).

Além do crescimento das cidades existentes e do surgimento de outras cidades atreladas à questão comercial, observamos também que o mundo rural passou por transformações relacionadas às formas de produção do algodão que, por sua vez, também repercutiram na dinâmica social e econômicas das cidades. Neste sentido, podemos ressaltar que as formas de produção do algodão para a exportação nas propriedades do interior impôs novos padrões de trabalho e uso da terra no período da República Velha. Em primeiro lugar, aumentou-se o valor das terras e, conseqüentemente, as disputas armadas pelo acesso à terra, principalmente entre as famílias proprietárias. Em segundo lugar, o padrão de propriedade da terra e a concentração fundiária em mãos de poucas famílias foram fatos que resultaram na figura do coronel e no exercício de seu poder em uma localidade (município) onde detinha grandes extensões de terras. Em terceiro lugar, as relações proprietário-morador foram transformadas no final do século XIX com a expansão do ciclo algodoeiro. “Embora legalmente livres, os moradores do Nordeste foram incorporados num arranjo subordinado a que eles próprios se referiam como sujeição- literalmente, submissão ou subjugação” (LEWIN, 1993, p.64). Existiam as divisões entre foreiros, meeiros, e posseiros, especialmente favorecidos ou moradores que desfrutavam de privilégios maiores, além disso, existia um pequeno grupo de camponeses assalariados. O sistema de trabalho denominado “sujeição” se aplicava aos meeiros e aos foreiros e, consistia na troca do trabalho não pago pelo acesso a um pedaço de terra. Esse sistema denominado “submissão” constituía um elemento importante na construção do sistema coronelístico, na medida em que, “o comportamento diferencial exigido pela relação de sujeição colocava o morador num papel claramente subordinado, na condição de cliente de um senhor de terras “(LEWIN, 1993,

p.64). Além do sistema de “sujeição” ou “submissão”, existiam outras relações de trabalho, cujo seus membros recebiam as seguintes denominações: forasteiros, meeiros, e posseiros, especialmente favorecidos ou moradores que desfrutavam de privilégios maiores, além disso, existia um pequeno grupo de camponeses assalariados.

Neste contexto, marcado pelo crescimento comercial e urbano do interior, como também pelo aumento da produção e exportação do algodão, a Paraíba, durante a República Velha, apresenta no campo as relações de trabalho caracterizadas pela sujeição, relações estas em que os moradores estão sujeitos aos grandes proprietários em troca do acesso a terra. Tais relações de trabalho no campo contribuem para o exercício do poder político do coronel em uma localidade, pois, este possui uma numerosa clientela que troca os seus votos por favores diversos. Neste cenário político, social e econômico, iremos problematizar as instituições de saúde criadas pelas autoridades públicas para enfrentar as principais doenças e epidemias que assolaram o estado no período.

Como vimos, nos tempos do Império, a Paraíba, assim como ocorria nas outras províncias, contava com uma delegação da Inspetoria Geral de Higiene sediada na Corte. Esta delegação tinha seu foco de atuação na capital da Paraíba, no caso, a Paraíba do Norte, sendo precárias as condições em que se encontravam este serviço de saúde pública. O médico Antonio da Cruz Cordeiro, em 1892, ao assumir a Repartição de Higiene, nos fornece um importante relato sobre as condições dessa instituição:

Atualmente esta repartição quase que não merece este nome, porque limita-se a funcionar com o único empregado que tem, que é o próprio Inspetor de Higiene, o qual sem ajudante, sem secretário, sem verba para expediente, sem regulamento próprio e sem recursos de natureza alguma, limita-se a reclamar dos poderes municipal e estadual tudo o quanto deles depende para que seja observada qualquer medida sanitária no interesse da causa pública. Nestas condições esta Inspetoria sem recursos próprio e sem meios conhecidos não pode agir como lhe compete no meio de qualquer emergência urgente, que por ventura venha embaraçar a marcha dos negócios a seu cargo. Por falta de autoridade própria sem uma polícia sanitária que o auxilie com o seu apoio, a sua influência torna-se quase nula, limitando-se por isso a dar pequenas providências em ocasiões, em que o estado sanitário piora ou se desenvolve qualquer epidemia, cuja invasão deveria ter sido prevenida pelos meios prophylaticos que a sciencia ensina mas que não foram em tempos proporcionados para os seus devidos fins.<sup>256</sup>

---

<sup>256</sup> Dr. Antonio da Cruz Cordeiro em Relatório do Inspetoria de Saúde Pública apresentado ao. presidente do Estado da Paraíba Dr. Álvaro Machado, Parahyba do Norte Norte, 1892. Apud SÁ, 1999, p.197.

Nas palavras do referido inspetor, identificamos a atuação quase nula da *Repartição de Higiene*, devido tanto ao descaso das autoridades governamentais, quanto à viabilização de medidas necessárias à promoção de um serviço que incorporasse recursos humanos e físicos para uma atuação mais eficiente na construção de um espaço salubre, a exemplo da polícia sanitária, que já se fazia presente em outros estados do Brasil. Em sua opinião, para que a Repartição saísse do atraso em que se encontrava, era indispensável à atuação do Governo Estadual e da Assembleia, no sentido de providenciar os recursos necessários ao funcionamento da instituição. Além disso, o inspetor recomendava dotar a repartição de um regulamento que permitisse reprimir os abusos cometidos contra a saúde pública e que também viesse impedir o alastramento de epidemias e o desenvolvimento de doenças contagiosas através da adoção de medidas profiláticas e medidas de desinfecção. Em suma, o inspetor apelava para a organização de um serviço que atendesse às inovações no campo da ciência em termos de conhecimentos e métodos profiláticos e, principalmente, adotasse o modelo policialesco de ação, que já era adotado em algumas cidades desenvolvidas do Brasil. Além disso, uma reformulação da instituição sinalizaria os aspectos de renovação e modernização da Paraíba por meios de suas instituições de saúde.

Esta ausência dos poderes públicos no âmbito da saúde e da higiene, somado aos temores constantes da invasão de alguma epidemia, como as verificadas nas febres de mal caráter que aterrorizaram a Paraíba em 1893, levou o Governo Estadual, dois anos depois, a baixar o decreto n. 53 de 30 de março de 1895, que regularizava o Serviço de Higiene Pública no Estado da Paraíba. Este decreto estava em conformidade com O Decreto n. 169, de 18 de janeiro de 1890, que reorganizava o Serviço de Higiene Terrestre da República. Assim, o Decreto n.53 era composto por oito capítulos e oitenta artigos, de acordo com este, o Serviço de Higiene ficou sob a direção de um Conselho de Saúde Pública e de uma Inspetoria de Higiene. Com relação ao Conselho de Saúde Pública, observa-se que este “era formado pelo Inspetor de Higiene, como seu presidente, pelo médico do Conselho Municipal e pelo Diretor do serviço médico da Santa Casa de Misericórdia” (SÁ, 1999, p.198).

As principais funções do Conselho eram “interpor pareceres a cerca das questões de higiene, sobre as quais fosse consultado, e decidir sobre os recursos cobrados das multas impostos nos termos do Regulamento” (SÁ, 1999, p.198). Nas palavras de Sá, regularizava-se um serviço, mas em nenhum momento se fazia referência à participação orçamentária do estado quanto à disponibilidade de recursos para implementar as normas. A sugestão era

manter os serviços através das multas por eles impostas. Quanto às atribuições do Serviço de Higiene Pública, o art. 6 do capítulo 2 estabelecia:

- I. O estudo das questões relativas à saúde pública do Estado;
- II. O saneamento das localidades e habitações;
- III. A adopção de medidas tendentes a prevenir, combater ou attenuar as moléstias endêmicas, epidêmicas e transmissíveis aos homens e animaes;
- IV. A organização, direcção e distribuição dos socorros à assistência pública.
- V. A direcção e prorrogação da vacinação contra a varíola;
- VI. A inspecção sanitária das escolas, das officinas, fábricas, hospitais, hospícios, quartéis, prisões, estabelecimentos de caridade e asyls;
- VII. A fiscalização da alimentação pública, do fabrico e consumo de bebidas nacionaes e estrangeiras, naturaes e artificiaes, do commércio de exploração de águas mineraes;
- VIII. A fiscalização do exercício da medicina em qualquer dos seus ramos e da pharmacia;
- IX. A polícia sanitária sobre tudo, o que directa ou indirectamente; possa influir na salubridade das cidades; villas ou povoações do Estado;
- X. A fiscalização sanitária de todos os grandes trabalhos de utilidade pública, dos cemitérios e o obras que possam interessar a saúde da população;
- XI. A organização da estatística demographo-sanitária.<sup>257</sup>

Com base na função fiscalizadora da instituição e, tendo em vista o propósito de impedir o alastramento de doenças, o decreto n.53, de 30 de março de 1895, em seu art. 65,<sup>258</sup> considerava as moléstias transmissíveis e passíveis de notificação compulsória imediata as seguintes doenças: febre amarela, cólera morbos, peste, sarampo, escarlatina, varíola, e difteria. Neste caso, os médicos deveriam proceder o isolamento e os meios de desinfecção. A desinfecção era aplicada ao local e aos objetos infeccionados e, em alguns casos, dever-se-ia proceder à remoção dos moradores para outro lugar.

A capital da Parafba, com mais de 20.000 habitantes, parecia contar apenas com um Inspetor de Higiene, conforme rezava o art. 8º do referido decreto: “A inspetoria de higiene se comporá de Inspetor de Higiene na Capital do Estado, e de um delegado de higiene em cada município do Estado.”<sup>259</sup> Conforme observamos, eram exorbitantes as atribuições da

---

<sup>257</sup> PARAHYBA DO NORTE, Decreto n. 53 de 30 de março de 1895. Regulariza o Serviço de Higiene Pública no Estado da Parahyba. Actos dos poderes Legislativo e Executivo Colleção de Leis e Decretos de 1895. Estado da Parahyba do Norte, Parahyba, Imprensa Official, 1912. Apud, SÁ, 1999,p.1999.

<sup>258</sup> Actos do Poder Executivo. Decreto n. 53 de 30 de março de 1895. Regulariza o Serviço de Higiene Pública no Estado da Parahyba. **A União**, ano III, n. 507, 18 de abril de 1895.

<sup>259</sup> PARAHYBA DO NORTE, Decreto n. 53 de 30 de março de 1895. Regulariza o Serviço de Higiene Pública no Estado da Parahyba. Actos dos poderes Legislativo e Executivo Colleção de Leis e Decretos de 1895. Estado da Parahyba do Norte, Parahyba, Imprensa Official, 1912. Apud, SÁ, 1999,p.1999.

Inspetoria para a consecução de tais objetivos e, principalmente, se levarmos em consideração o número de funcionários da instituição. Somado a isto, a instituição não dispunha de estrutura material e recursos tecnológicos que viabilizassem, por exemplo, a atividade da polícia sanitária. O caráter repressor foi um ponto marcante deste decreto, que enfatizava a necessidade de fiscalização e repressão dos hábitos considerados nocivos à saúde pública, principalmente pela Polícia Sanitária que, tinha por função a “observância do disposto no regulamento, relativamente à prevenção e a repressão dos abusos que possam comprometer a saúde pública.”<sup>260</sup>

O Inspetor de Higiene, figura central da instituição, deveria de forma direta e indireta intervir na fiscalização dos serviços sanitários terrestres. O que, na prática, significava fiscalizar as habitações públicas e particulares e desinfectá-las em caso de moléstias transmissíveis; intimar e multar, nos casos de transgressão das leis sanitárias. Além disso, o Inspetor teria autoridade para fiscalizar as condições sanitárias dos hotéis, pensões, hospitais, hospícios, enfermarias particulares, escolas, asilos, oficinas e fábricas e, igual poder possuía em relação à produção e revenda de gêneros alimentícios. Além disso, ainda cabia ao Inspetor a fiscalização de estúbulos e outros estabelecimentos animais. O exercício da medicina, da arte dentária, da farmácia e da obstetrícia, estava condicionado ao controle do Serviço de Higiene Pública, assim como as farmácias precisavam de uma autorização da instituição para funcionar legalmente.<sup>261</sup>

Em termos de atribuições de responsabilidades aos poderes constituídos, o Decreto n. 53, estabelecido no governo Álvaro de Machado no contexto de atuação da oligarquia Machado-Leal, se mostrou omissivo, pois, não fez “menção às atribuições dos poderes estadual e municipal no que concerne à organização do Serviço de Higiene, nem tampouco estabeleceu a divisão do Estado em distrito como era esperado” (SÁ, 1999, p. 200). Apenas o art. 66, “obrigava as autoridades municipais e policiais a prestar todo o auxílio de que carecessem as autoridades sanitárias” (SÁ, 1999, p. 200). Neste sentido, o Decreto não estabelecia de forma clara e objetiva as atribuições dos municípios no tocante ao Serviço de Higiene Pública, apenas dizia que os municípios prestariam auxílio às autoridades sanitárias, sem especificar qual o tipo de auxílio a ser prestado. Isto tornava o Serviço de Higiene Pública uma instituição com atuação restrita à capital, além do mais, sem recursos, pois não fazia referência aos

---

<sup>260</sup> Actos do Poder Executivo. Decreto n. 53 de 30 de março de 1895. Regulariza o Serviço de Higiene Pública no Estado da Parahyba. **A União**, ano III, n. 507, 18 de abril de 1895. Cap. VII, art 56°.

<sup>261</sup> Ver: Actos do Poder Executivo. Decreto n. 53 de 30 de março de 1895. Regulariza o Serviço de Higiene Pública no Estado da Parahyba. **A União**, ano III, n. 507, 18 de abril de 1895. Cap. IV, art. 6°.

recursos financeiros destinados pelo governo do estado à instituição, deste modo, a existência de um único funcionário aliada a essas outras séries de fatores, restringia ainda mais o campo de atuação do Serviço de Higiene Pública.

O sanitarista Flávio Maroja, em seu artigo *A nossa higiene*, escrito em 1905, porém publicado em 1911 pela Revista do Instituto Histórico e Geográfico da Paraíba, nos fornece informações relevantes sobre o estado sanitário da capital da Paraíba. Nesta obra, o autor analisa as condições sanitárias da Paraíba, bem como descreve a organização dos serviços sanitários dos estados do Ceará e do Maranhão, ressaltando a possibilidade de tal organização na Paraíba. Na opinião do médico sanitarista, o espaço urbano da capital precisava de um remodelamento de acordo com as exigências da higiene moderna, de acordo com o autor:

Ou esse estudo verse sobre a nossa antiga edificação, sem arte e sem estética, sem ar e sem luz, o verse sobre a nossa alimentação, não sujeita a meticolosa fiscalização, ou verse ainda sobre a água que ingerimos, colhida quase sempre em fontes onde não se observa sequer os meios de seu asseio e conservação, o resultado será que a higiene de nossos dias não leva em grande vantagem à higiene que nos legaram os nossos antepassados! (MAROJA, 1911, p.431).

No início do século XX, a higiene na Paraíba estava distante dos padrões exigidos pela ciência sanitária moderna. Para o autor, os elementos do moderno deveriam contribuir para a modernização dos serviços de saúde. A existência de edificações sem ventilação e sem claridade, o consumo de água não potável e a falta de fiscalização dos gêneros alimentícios seriam alguns dos fatores responsáveis pela configuração deste quadro sanitário negativo, atrasado e distante dos padrões modernos da ciência higiênica. Neste cenário, o quadro obituário era extremamente alto devido às condições insalubres do ambiente urbano. Diante desta constatação, Maroja defendia:

A necessidade urgente da organização do serviço de higiene desta capital, até agora desconhecida do seu coeficiente exato de natalidade e mortalidade à falta de uma estatística demografo-sanitária. Essa necessidade torna-se tanto mais palpitante e humanitária, quanto preciso se faz conhecer quais as nossas moléstias endêmicas, - e se é que o impudismo é a única a ter convivência conosco, - afim de ataca-las em seus focos, destruindo os germens que pululam em torno de nós, arruinando-nos a saúde, preparando-nos a velhice precoce, e, portanto, o sacrifício da raça que degenera carcomida pelo vício e exgotada pela moléstia. Empenhemos nessa humanitária campanha e salvemos o futuro das futuras gerações (MAROJA, 1911, p.432).

Para o autor, a organização dos serviços sanitários significaria salvar o futuro das novas gerações. Este serviço deveria estar “em condições de fazer a sua higiene defensiva e estabelecer a profilaxia das moléstias transmissíveis, aparelhando-se a autoridade competente dos elementos seguros que nos proporciona a higiene moderna” (MAROJA, 1911, p.433). Maroja cita o modelo de organização dos serviços sanitários do Ceará como exemplo de organização sanitária a ser adotado na Paraíba, de acordo com o autor:

Em cada município existe uma delegacia de higiene, destinada à defeza sanitária da circunscrição e dotadas todas elas dos recursos precisos para a consecução de seus fins...

Ali a higiene preventiva não se limita a capital, cada município também a tem organizada em condições de salvaguardar a sua população dos terrores naturais que infunde a irrupção de uma epidemia em qualquer localidade (MAROJA, 1911, p.433).

Em contraposição ao modelo de organização dos serviços sanitários do Ceará, a Paraíba apresentava, no início do século XX, um serviço de higiene pública marcado pela “simplicidade e pela modéstia de sua primitiva organização” (MAROJA, 1911, p.434). Desta forma, Maroja apela para uma modernização dos serviços sanitários como elemento indispensável para a constituição de um ambiente salubre e moderno, condizente com os novos padrões da ciência sanitaria dos novos tempos, marcados pela introdução dos símbolos do progresso e da modernidade como canalização da água, pavimentação das ruas e o abandono dos hábitos considerados anti-higiênicos. A crítica que Maroja fazia a simples e modéstia organização sanitária do Estado, residia na constatação de que este serviço de higiene contava “apenas com o cargo de inspetor”, segundo o autor:

Mas esse digno funcionário, porque não tem um secretário, um auxiliar, porque não tem na repartição à seu cargo um laboratório para as análises químicas e pesquisas microscópicas, hoje tão necessárias diante das falsificações que empolgam quase tudo que ingerimos como alimento sadio e nutriente, porque não tem mesmo as suas atribuições claramente definidas, assim desaparelhado de todos os elementos de ação, vê-se o Inspetor de higiene pública na triste contingência de cruzar os braços deante de qualquer calamidade pública, prateando com toda a nossa população o indiferentismo e incúria dos governos passados (MAROJA, 1911, p.434).

Como estava imerso nos bastidores da política paraibana, pois, fora Deputado Estadual de 1916 a 1919 e Vice-presidente do Estado da Paraíba, no período de 1920 a 1924, Flávio Maroja não culpava os governantes contemporâneos, mas creditava todo descaso com a saúde

aos governos passados. De fato, a constatação feita pelo médico sobre a condição precária da Repartição de Higiene constituía uma evidência da falta de atuação dos governos passados e contemporâneos no campo da saúde e da higiene, uma vez que, a Repartição de Higiene contava apenas o inspetor, que não dispunha de auxiliares, laboratórios e outros instrumentos que viabilize a consecução de seus fins. Desta forma, a atuação desta repartição na sociedade era praticamente “nula”, ficando o inspetor de braços cruzados diante de uma calamidade pública. Pelas palavras do ilustre médico, deduzimos que, o Decreto n. 53 de 30 de março de 1895 não saíra do papel, embora tivesse passado dezanos entre sua publicação e a escrita do artigo pelo referido médico, o que o levou a afirmar: “a esse respeito tudo está por fazer e tudo precisa ser cuidado com engenho e arte” (MAROJA, 1911, P.435).

Ao que parece, a grave epidemia de varíola de 1907 levou a Assembleia Legislativa, pela Lei n.270 de outubro, a autorizar o Presidente a organizar o Serviço de Higiene Pública da Paraíba do Norte com as seguintes secções: “(a) um desinfectório que será o centro de todo o trabalho de desinfecção; (b) o serviço de Estatística Demographo Sanitária; (c) um hospital de isolamento”<sup>262</sup>. Contudo, apenas em 1911 é que ocorre o processo de institucionalização e regulamentação dos serviços de higiene pública da Paraíba, através do Decreto n. 494 de 8 de junho de 1911 mediante a criação da *Directoria de Higiene*.

### **3.3 A institucionalização dos serviços de higiene: o Serviço de Higiene Pública (1911-1928)**

No final do governo de João Lopes Machado, ano de 1911, ocorre o processo de institucionalização e regulamentação dos serviços de higiene da Paraíba, mediante o Decreto n. 494 de 8 de junho de 1911, de acordo com este decreto, o Serviço de Higiene Pública será constituído conforme o art. 6º: “por uma repartição central,<sup>263</sup> subordinada ao poder executivo estadual, compreendendo a Diretoria Geral e secções anexas sob sua dependência: (A) A

---

<sup>262</sup> PARAHYBA DO NORTE, Lei n.270 de 26 de outubro de 1907. Autoria o Presidente do Estado a organizar o Serviço de Higiene Pública do mesmo Estado. Monsenhor Walfredo Santos Leal- Vice-Presidente. Actos dos poderes Executivo e Legislativo. Colleção de Leis e Decretos de 1907. Estado da Parahyba, Parahyba, Imprensa Official, 1916.

<sup>263</sup> A primeira sede da nova Repartição foi na Praça Pedro Américo., local onde hoje funciona o Quartel da Força Policial do Estado. Depois de muito tempo, se transferiu para outro prédio, na Rua Duque de Caxias, prédio que depois, funcionou a Inspetoria de Veículos, mudando em seguida para o Centro de Saúde, e depois, para o sobrado, na esquina da Rua Nova com a Rua Peregrino de Carvalho. (SOARES JR,2011,p. 48).

secção de desinfecção; (B) Os hospitais de isolamentos; (C) A estatística demografo-sanitária.<sup>264</sup>

O processo de institucionalização dos serviços de higiene da Paraíba, ocorrido durante o domínio da oligarquia Machado-Leal, pode ser compreendido pela formação acadêmica do Presidente do Estado, João Lopes Machado, médico, formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1888. Segundo Nóbrega, depois de formado, João Lopes Machado “submeteu-se para o cargo de Inspetor Sanitário do Distrito Federal, indo ser, depois, adjunto da Diretoria Geral de Saúde e da saúde do Porto naquela metrópole” (NÓBREGA, 1979, p.278). Posteriormente, atuou juntamente com Oswaldo Cruz nas campanhas de combate a febre amarela e a varíola no início do século XX, pouco tempo antes de assumir a presidência do estado. Com tal trajetória profissional no campo do sanitarismo, João Machado lançou suas vistas para a desaparelhada Inspetoria de Higiene da Paraíba, reestruturando suas atividades. Nas palavras do presidente do estado:

Era incontestável a urgência de ser dotada a nossa Capital com uma organização sanitária que viesse introduzir novos estímulos e dar série combate às antiquadas e prejudiciais ideias existentes entre nós em matéria de higiene. Neste sentido baixei o Decreto n. 494 de 08 de junho do corrente ano (1911), que Organiza a Repartição de Higiene, de acordo com o regulamento expedido na mesma data.

Atendendo as condições de nosso meio, procurei, o quanto possível, tornar esse regulamento compatível com as condições do campo, onde vai ele ter execução.

Nem por isso deixei de nele consignar o que há de mais moderno e proveitoso em matéria de higiene.<sup>265</sup>

Conforme estudamos no primeiro capítulo, era constante, no início do século XX, o convívio do homem paraibano com doenças e epidemias, dentre as doenças mais comuns, estavam o impaludismo, as febres de natureza diversas, a varíola, a febre amarela, sífilis, a tuberculose, os tumores malignos etc. Diante desta realidade sanitária, as medidas tomadas pelo presidente João Machado, em 1911, de certo modo, iriam pôr fim a invasão assustadora da peste que ora nos bate à porta, e de outras que sempre nos visitam, assim comentou o articulista do jornal *A Imprensa* sobre a criação da Diretoria de Higiene. Esta instituição foi criada, ressaltou o jornalista, no momento em que a vida urbana reclama os cuidados de quem

---

<sup>264</sup> Decreto n .494 de 08 de junho de 1911. Organiza a Repartição de Higiene Pública do Estado. Acto poder Executivo. Parahyba do Norte, Imprensa Official, p.5, 1911.

<sup>265</sup> MENSAGEM, apresentada á Assembleia Legislativa do Estado, em 1º de setembro de 1911, por ocasião da instalação da 4º Sessão da 5º Legislatura, pelo Presidente do Estado Dr. João Lopes Machado. Imprensa Official, Parahyba do Norte, 1911.

por dever de ofício, tem a responsabilidade de zelar pelos nossos interesses sanitários. Uma vez que, as epidemias provêm do mal estado de conservação e falta de higiene da nossa capital, pois, (Introduzir melhor esta citação) “por não termos um serviço de esgoto, as águas se escoam em muitas partes, ao longo das ruas, estagnado-se aqui e ali, e formando poças, onde apodrecem ao contacto do sol sobre as materias deletérias que elas conduzem, produzindo exalações prejudiciais à saúde e à vida,” como bem ressaltou o jornalista do jornal *A Imprensa*.<sup>266</sup> Além disso, os montões de lixo existentes em várias ruas constituem focos de infecção. Com relação ao interior, as condições sanitárias não eram diferentes, as cidades estavam em condições precárias de higiene, condições estas que contribuíam para a invasão de pestes. Neste sentido, a criação da Diretoria de Higiene seria uma forma de tentar solucionar esses problemas sanitários.

Este quadro sanitário negativo tornava urgente a criação de um serviço sanitário organizado e estruturado de acordo com os ditames mais modernos da ciência sanitária. O regulamento, de 8 de junho de 1911, estava relacionado com esse projeto de construção de um espaço salubre através da atuação direta do poder público organizando e gerenciando tais serviços sanitários, caracterizando-se no processo de institucionalização dos serviços de saúde, como bem enfatizou Sá ao afirmar que este serviço “em 1911 foi regulamentado e institucionalizado mediante o Decreto n.494, de 8 de junho de 1911, prevalecendo com suas características fundadas no modelo tecnológico campanhista/policial até 1918”(SÁ, 1999, p.195). Para a referida autora o processo de institucionalização do regulamento de 1911, encontrava-se fundamentado “em dois principais objetivos: *1º estabelecer a higiene individual e garantir a salubridade da cidade; 2º curar do individuo doente e sanear a cidade a cidade insalubre*( grifo do autor)”(SÁ, 1999, p. 213).

A regulamentação dos serviços sanitários relacionava-se também com as exigências de modernização do estado paraibano, como afirmara o presidente João Machado, isso porque, a modernidade apresentava como marcas o “predomínio da ciência e da razão pratica, burocratização, organização racional do trabalho, Ordem e Progresso, onde o Estado atua como instituição importante na gestão do processo” (REZENDE, 1997, p. 23). O estado precisava modernizar sua organização sanitária de acordo com as mudanças de seu tempo.

Na Paraíba, o regulamento de 8 de junho de 1911 significou a institucionalização do Serviço de Higiene Pública, embasada em seus dois principais objetivos que, de acordo com Sá, eram os seguintes: “1º Estabelecer a higiene individual garantir a salubridade da cidade; 2º

---

<sup>266</sup> Pela Higiene. *A Imprensa*, n.14, 2 de outubro de 1913.

curar o indivíduo doente e sanear a cidade insalubre” (SÁ, 1999, p.213). Teoricamente, o referido regulamento atribuía ao estado e aos municípios responsabilidades e funções no tocante a execução dos serviços sanitários, estando, portanto, dividido o Serviço de Higiene Pública da Paraíba do Norte em estadual e municipal. De acordo com o regulamento 494, as funções do poder público estadual seriam:

- 1º O estudo de todas as questões relativas a saúde pública;
- 2º A execução de quaisquer medidas tendentes a prevenir as moléstias transmissíveis ou infectuosas que aparecem no território do Estado;
- 3º O estudo clinico, tratamento e profilaxia das moléstias transmissíveis que por sua natureza se tornarem epidêmicas endêmicas, e bem assim o das episootias;
- 4º A inspecção do serviço de higiene a cargo dos municípios, podendo o Governo do Estado imprimir-lhes alterações que julgar convenientes a saúde pública; e mesmo chama-lo a si em caso de calamidade;
- 5º A organização do serviço de vacinação e revacinação contra a varíola;
- 6º A fiscalização do exercício da medicina, em todos os seus ramos, e da farmácia sob o ponto de vista da capacidade legal e profissional;
- 7º A organização da estatística demografo-sanitária.
- 8º O estudo das condições mesologicas, abrangendo a atmosfera , o solo e a vegetação, princiamente a higiene geral;
- 9º Promover os meios adequados a divulgação dos preceitos gerais de higiene publica e privada;
- 10º A organização e direção do serviço de assistência pública.
- 11º A inspecção sanitária das habitações particulares e coletivas, dos estabelecimentos industriais, dos matadouros, açougues e mercados, cemitérios e fontes públicas;
- 12º A fiscalização da alimentação pública, do fabrico e consumo de bebidas nacionaes e estrangeiras, naturais e artificiais;
- 13º A destruição de insectos e animais que podem ser transmissores de moléstias epidêmicas, principalmente os mosquitos e os ratos;
- 14º A fiscalização dos serviços de iluminação, abastecimento d`água, canalização de esgotos e de águas pluviais;<sup>267</sup>

Dentre essas funções estabelecidas pelos artigos acima, vale destacar que os serviços estabelecidos pelos artigos nº 10, 11, 12, 13 e 14, passariam para a responsabilidade dos municípios, logo após a organização dos seus respectivos serviços de higiene.<sup>268</sup> Analisando os artigos do regulamento, identificamos as numerosas funções do estado no que se refere à saúde pública, como, por exemplo, a adoção de medidas preventivas às epidemias; estudo, tratamento e profilaxia das doenças endêmicas e epidêmicas, inspecção dos serviços municipais de higiene, serviço de vacinação, fiscalização do exercício da medicina e da

---

<sup>267</sup> Decreto n .494 de 08 de junho de 1911. Organiza a Repartição de Higiene Pública do Estado. Acto poder Executivo. Parahyba do Norte, Imprensa Official, p.1 e 2, 1911.

<sup>268</sup> Idem,p.2.

farmácia, inspeção das habitações particulares e públicas e a fiscalização dos gêneros alimentícios. Neste sentido, eram amplas e numerosas as funções do estado, sinalizando o processo de institucionalização dos serviços de higiene através da atuação ampla e direta do estado nestes serviços, que significou também uma expansão do poder público na sociedade, mediante a presença do aparato estatal no universo social com seu corpo de funcionários, leis e a estrutura material de suas instituições, verificada no local físico de sua instituição (prédio) e procedimentos físicos por elas realizados. Este modelo de intervenção no espaço urbano fundamenta-se no modelo pasteuriano, devido a seu forte apelo repressor, mediante a atuação da polícia sanitária, das inspeções aos domicílios, das desinfecções e das campanhas sanitárias. Contudo, elementos pré-pasteurianos ainda prevalecem neste tipo de intervenção do espaço urbano, materializados na drenagem dos pântanos, remoção do lixo e arborização das cidades. Neste caso, pode-se afirmar que elementos de ambos os modelos se fundem e convergem constituindo-se suporte teórico para a organização de um novo modelo de intervenção urbana baseado na caça aos miasmas e micróbios considerados inimigos da saúde humana. Assim, a construção do Serviço de Higiene Pública pautou-se na finalidade de combater os agentes destruidores do corpo humano. A principal função do órgão era prevenir a incidência de enfermidades no corpo humano e, não necessariamente, curar os indivíduos já acometidos de alguma enfermidade. O lema central era *a prevenção*.

A novidade deste decreto em relação ao de n. 53 de 1895 refere-se ao estabelecimento, de forma objetiva, das funções e responsabilidades dos municípios quanto à organização de seus serviços sanitários, representando uma perspectiva de interiorização dos serviços de higiene no estado. Para a eficiente distribuição dos serviços sanitários no estado, o art.4º do Regulamento n.494, estabeleceu a divisão do território em cinco distritos:

§ 1º Primeiro distrito, tendo a sede na Capital, e administrado pelo Director Geral , imediatamente, será constituído pelos municípios de Cabedello, Santa Rita, Espírito Santo, Mamanguape, Pilar, Pedras de Fogo e Itabayana; o segundo Distrito tendo a sede em Guarabira, e administrado por um delegado de Higiene, será constituído pelos municípios de Alagoa Grande, Alagoa Nova, Ingá, Bananeiras, Bananeiras, Serraria, Areia e Caiçara; o terceiro distrito, tendo sede em Campina Grande, e administrado por um Delegado de Higiene, será constituído pelos municípios de Umbuzeiro, Cabaçeiros, S. João do Cariry, Solidade , Taperoá, Picuhy e Alagoa do Monteiro; o quarto distrito, que terá sede em Piancó, e administrado por um Delegado de Higiene, será constituído pelos municípios de Princeza, Patos, Conceição, Misericórdia, Santa Luzia do Sabugy, e Teixeira; o quinto distrito que terá sede em Souza, e adiminstrado por um Delegado de

Higiene, será constituído pelos municípios de Catolé do Rocha, S. João do Rio do Peixe, Brejo do Cruz, Pombal, Cajaseiras e S José de Piranhas.<sup>269</sup>

A expansão dos serviços de higiene pelo interior foi regulamentada e legalizada pelo Regulamento n.494. Além dessas funções, competia aos municípios, conforme o art. 5º, o saneamento do local pelo enxugo do solo, o dessecamento e a drenagem dos terrenos úmidos e pantanosos, o calçamento, a arborização, o asseio e a irrigação das vias públicas, a remoção e incineração do lixo, o estabelecimento das posturas regulando as construções urbanas e tudo quanto pertença à higiene das habitações, ressalvando a competência do estado. Ou seja, as medidas que se propunham estavam intimamente interligadas com os ditames dos valores modernos, constituindo uma tentativa de modernização das cidades baseada na concepção de que modernizar a cidade “significava também higienizar o seu espaço de modo a deixá-lo imune as terríveis doenças epidêmicas que punham em crise a cidade” (FOLLIS, 2004, p.67).

Além disso, teriam os municípios a competência de auxiliar o serviço sanitário geral na adoção e execução de medidas preventivas em geral, reclamar em épocas epidêmicas a intervenção do governo e submeter à aprovação do governo os projetos, planos e plantas relativas a trabalhos de saneamento que nos municípios possam ser realizados. Contudo, não fora encontrado durante o período de pesquisa a existência de nenhum documento que tratasse da organização dos serviços de higiene dos municípios, nem mesmo da capital, apenas, segundo Castro, o “interior do Estado ficou com três delegacias de higiene para as quais foram nomeados os drs. Chateaubriand Bandeira de Melo, Antonio Marques da Silva Mariz e Luiz Galdino de Sales, respectivamente para Campina Grande, Souza e Guarabira”(CASTRO, 1945, p.245). Desta forma, a organização dos serviços municipais de higiene foi mais uma idealização utópica que uma realidade objetiva. Diante disso, as medidas sanitárias adotadas durante a década de 1910 seguiram as determinações do Regulamento Estadual. Em termos de organização dos serviços sanitários municipais, o Regulamento n.494 estabelecia:

Art. 37, A execução deste regulamento no interior do Estado fica a cargo das municipalidades, representadas pelos prefeitos, e dos delegados de higiene.

Art.38. Os municípios poderão organizar regulamentos de higiene, observando sempre as disposições deste.

Art. 39. Quaisquer autoridades de higienecriadas pelos poderes municipaes ficarão subordinadas a directoria geral de higiene.

Art. 40. O custeio do serviço sanitário nos municípios correrá por conta das municipalidades respectivas, que designarão em seus orçamentos verbas para esse fim;

---

<sup>269</sup>Idem,p.2.

Art. 41. Verificada a calamidade pública ou casos extraordinários, os socorros serão prestados pelo Estado, precedendo pedido dos municípios,competentemente justificado, com designação de verba no orçamento e impossibilidade de supri-la a falta de recursos.

Art. 42. Entre os encargos dos municípios está incluído o serviço permanente de vacinação e revacinação contra a varíola, que deverá ser praticado pelos delegados de higiene, e na falta destes por pessoa idônea nomeada pelo prefeito.

Art. 43. As prefeituras deverão ter um lugar apropriado para o posto vaccinico e solicitar do diretor geral a vaccina animal sempre que for necessário.

Art. 44. Os prefeitos auxiliarão os delegados de higiene na execução deste regulamento.<sup>270</sup>

Como observamos na leitura dos artigos, a execução do regulamento no interior do estado ficava sob a responsabilidade dos municípios, representada pelos delegados de higiene. Desta forma, a atuação do estado na questão sanitária ficava restrita à capital, pois o Serviço de Higiene Pública da Paraíba, sediado na capital do estado, tinha a atuação restrita a esta localidade. O regulamento dava liberdade para os municípios criarem os seus serviços sanitários, contudo, os mesmos deveriam arcar com as despesas dos referidos serviços. Neste caso, o estado só teria despesa com o serviço de Higiene Pública, sediado na cidade da Paraíba do Norte. Em caso excepcional, na incidência de uma calamidade pública, o estado poderia contribuir com recursos financeiros para os municípios afetados. Em suma, a organização dos serviços sanitários pelos prefeitos não era obrigatório, e, principalmente, faz-se necessário ressaltar que, a criação de um serviço sanitário municipal dependia das condições financeiras do município e, em geral, eram precárias, o que tornava inviável para municípios do estado manter os serviços sanitários.

Para a realização de suas atividades, o Serviço de Higiene contava com um diretor geral, um delegado de higiene, um médico demografista, um farmacêutico, um secretário, um porteiro servindo de zelador e outros serventes e desinfetadores conforme as necessidades da instituição. Estes profissionais deveriam atuar na Diretoria Geral de Higiene, sediada na capital, já os distritos de higiene, sediados no interior, contariam com um delegado de higiene.

Os profissionais da instituição não eram selecionados pelo mérito, mas pela indicação do Presidente do Estado, que nomeava o diretor, os delegados de higiene, o médico demografista, o farmacêutico, o secretário, o porteiro e os serventes. Os desinfetadores eram nomeados pelo diretor da instituição. Este critério de seleção não era suficiente para garantir a qualidade técnica dos funcionários, o que poderia influir na qualidade dos serviços ofertados. Além disso, este tipo de seleção servia para estabelecer relações clientelísticas no âmbito da

---

<sup>270</sup> Idem, p.13.

saúde, pois, os escolhidos para os respectivos cargos deveriam obrigatoriamente se aliar politicamente ao grupo político que lhes concedera tais cargos. A presença deste quadro de funcionários subordinados diretamente ao executivo estadual simboliza o processo de institucionalização dos serviços de higiene, caracterizado pela atuação direta do estado.

No quadro institucional, os funcionários tinham suas funções determinadas pelo Regulamento n. 494, o qual estabelecia as seguintes funções para o Diretor do Serviço Sanitário: cumprir e fazer cumprir todas as disposições do presente regulamento; propor as medidas necessárias ao saneamento das localidades e habitações; adotar medidas que possam prevenir ou combater as moléstias transmissíveis, seja esta natureza endêmica ou epidêmica; organizar e dirigir o policiamento sanitário a cargo do estado; conceder ou negar licença para as instalações de hospitais particulares, casa de saúde e maternidade e fechar os estabelecimentos que contrariem as normas sanitárias; formular conselhos higiênicos ao povo em épocas de perigo sanitário; informar aos outros funcionários os serviços e obrigações que deverão feitos; organizar comissões sanitárias por ordem do governo para prestarem socorros às localidades do interior, em caso de epidemia; apresentar ao presidente do estado um relatório anual do movimento ocorrido na repartição; entender-se com os prefeitos com os prefeitos e os diretores de repartições públicas para solicitar providencias necessárias ao serviço sanitário; fiscalizar o exercício da medicina, da farmácia e outras profissões relacionadas.

Em suma, o regulamento n.494 representou uma ampliação dos serviços sanitários através do aumento de funcionários, funções, responsabilidades e atividades da instituição, caracterizando um processo de institucionalização dos serviços de higiene marcado pela atuação direta do público estadual neste setor. Embora previsse a organização do Serviço Sanitário dividido em Estadual e Municipal, identificamos apenas a atuação do Serviço Estadual de Higiene restrita ao território da capital, pois a execução do referido regulamento nos municípios ficava sob a responsabilidade dos prefeitos e delegados de higiene, podendo os municípios organizar os seus serviços de higiene, desde que, pudessem arcar com as despesas. Na prática, os serviços municipais não saíram do papel. A seguir iremos problematizar os serviços de vacinação realizados pelo Serviço de Higiene Pública em suas repercussões na sociedade.

### 3.3.1 O serviço de Demografia-Sanitária

O serviço de demografia-sanitária constituiu um dos anexos da Diretoria Geral de Higiene, cuja função era produzir boletins mensais referentes às estatísticas demográficas e sanitárias da capital, a Paraíba do Norte. As informações contidas nos boletins de estatística demográfico-sanitária serviam: 1) para fazer um diagnóstico das principais doenças que incidiam na cidade e, deste modo, orientar a Instituição para a adoção dos métodos de combate a estas doenças; 2) para informar aos membros da instituição de higiene os resultados conseguidos com seus métodos de atuação, se foram positivos ou negativos; 3) informar a população sobre dados epidemiológicos e demográficos.

Os boletins de estatística demográfico-sanitária eram mensais e apresentavam dados referentes à topografia, ao movimento do Estado Civil, ao movimento de entrada e saída de pessoas da cidade, aos dados meteorológicos, as causas de óbitos, os dias e as idades, o movimento dos hospitais e os dados referentes à atuação da polícia sanitária e da secretaria da Repartição de Higiene. No *Boletim Demográfico-Sanitário de Fevereiro de 1911*,<sup>271</sup> observamos os seguintes dados epidemiológicos:

**Tabela 9- Boletim Demográfico-Sanitário de Fevereiro de 1911**

Causas mortes	Total do mês de fevereiro	Total geral no ano (no começo do ano)
Sarampo		1
Coqueluche	4	10
Beribéri	1	2
Paludismo agudo	13	20
Paludismo crônico	1	1
Tuberculose pulmonar	2	10
Sífilis	1	1
Cancro e outros tumores	1	1
Outras Moléstias gerais	8	25
Moléstias da primeira idade e vícios de conformação	25	41
Moléstias dos órgãos da locomoção	1	1
Septicemia puerperal (febre, peritonite e phlebite puerperaes		1

<sup>271</sup> Estado da Parahyba, Diretoria Geral de Higiene. *Boletim Mensal de Estatística Demographo-Sanitária*, ano 1, Fevereiro de 1911, num. 2.

Molestias do aparelho urinário	2	4
Molestias do aparelho digestivo	5	9
Molestias do aparelho respiratório		5
Molestias do aparelho digestivo	3	7
Molestias ignoradas ou mal definidas	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>139</b>

Os dados apresentados pelo Boletim de Estatística Demográfico-Sanitária de fevereiro de 1911 demonstram que, no total de 25.000 habitantes, a capital do estado apresentou um total de 139 mortes nos dois primeiros meses do ano, tendo as seguintes médias diárias: do mês atual (2,39); do precedente (2,33), do correspondente de 1919 (3,17) e coeficiente anual por mil habitantes (32,16). O total de óbitos do mês de fevereiro foi de 67 (2, 39) de média diária, 20 óbitos por moléstias transmissíveis (0,71) e 47 óbitos por moléstias comuns (1,67). As doenças mais fatais foram: moléstias da primeira idade e vícios de conformação, moléstias Gerais, paludismo agudo, tuberculose e escarlatina correspondendo respectivamente a 27%, 17% , 14% e a 7% das mortes.

O Boletim de Estatística Demográfico-Sanitária de março de 1912<sup>272</sup> apresentou os seguintes dados epidemiológicos:

**Tabela 10- Boletim de Estatística Demográfico-Sanitária de março de 1912**

<b>Causas mortes</b>	<b>Total do mês de março</b>	<b>Total geral no ano (no começo do ano)</b>
Gripe		1
Disenteria	3	6
Paludismo agudo	0	4
Paludismo crônico	2	8
Tuberculose pulmonar	5	23
Sífilis	2	3
Cancro e outros tumores	0	1
Outras Moléstias gerais	0	3
Moléstias da primeira idade e vícios de conformação	10	36

<sup>272</sup>Estado da Parahyba, Directoria Geral de Higiene. **Boletim Mensal de Estatística Demographo-Sanitária**, ano 2, Março de 1912, num. 3.

Moléstias dos órgãos da locomoção	1	1
Infecção purulenta, septicemia ( a exceto puerperal )		1
Moléstias do sistema nervoso	10	36
Moléstias do aparelho circulatório	2	5
Moléstias do aparelho urinário	2	6
Moléstias do aparelho digestivo	30	48
Moléstias do aparelho respiratório	2	4
Outros acidentes puerperais, da gravidez e do parto.	1	1
Debilidade senil	1	2
Mortes violentas (exceto suicídio)	3	4
Moléstias ignoradas ou mal definidas	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>190</b>

Conforme os dados apresentados no Boletim de Estatística Demográfico-Sanitária de março de 1912, ocorreram 190 óbitos até o mês de março de 1912, com as seguintes médias diárias: 3,35 do mês atual, 1,96 do mês precedente; 2 77 do correspondente de 1911, tendo um coeficiente anual de 3,48 por mil habitantes. O total de óbitos no mês foi de 73, com a média diária de 2,35 mortes, 10 óbitos por moléstias transmissíveis e 63 por moléstias comuns. As doenças que mais contribuíram para a mortalidade foram: as moléstias do aparelho digestivo, as moléstias do sistema nervoso e a tuberculose correspondendo respectivamente a 25 %; 18,9 % e 12% das mortes.

O Boletim de Estatística Demográfico-Sanitária de abril de 1913 <sup>273</sup> apresentou os seguintes resultados:

**Tabela 11-Boletim de Estatística Demográfico-Sanitária de abril de 1913**

<b>Causas mortes</b>	<b>Total do mês de abril</b>	<b>Total geral no ano (no começo do ano)</b>
Varíola		1
Sarampo		1
Difteria e Crup	1	1
Febre Tifóide (tipo abdominal)	3	4

<sup>273</sup>Estado da Parahyba, Directoria Geral de Higiene. **Boletim Mensal de Estatística Demographo-Sanitária**, ano 3, Abril de 1913, num. 4.

Disenteria	3	5
Paludismo agudo	4	17
Paludismo crônico	7	21
Tuberculose pulmonar	9	40
Outras tuberculoses		1
Sífilis	1	1
Cancro e outros tumores	1	2
Outras Moléstias gerais	0	3
Moléstias da primeira idade e vícios de conformação	10	36
Moléstias dos órgãos da locomoção	1	1
Infecção purulenta, septicemia ( a exceto puerperal )	1	2
Moléstias do sistema nervoso	11	48
Moléstias do aparelho circulatório	4	10
Moléstias do aparelho urinário	3	6
Moléstias do aparelho digestivo	27	68
Moléstias do aparelho respiratório	1	11
Outros acidentes puerperais, da gravidez e do parto.	0	1
Debilidade senil	2	4
Mortes violentas (exceto suicídio)	1	1
Moléstias ignoradas ou mal definidas	0	3
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>269</b>

De acordo com os dados apresentados pelo Boletim de Estatística Demográfico-Sanitária de abril de 1913, até o mês de abril de 1913, ocorreram 269 em Paraíba do Norte, com as seguintes médias diárias: 2,83 do mês atual, 2,35 do mês precedente e 3,20 do correspondente de 1912. Coeficiente anual de 40,8 de mortes por ano a cada 1000 habitantes. O mês de abril de 1913 apresentou uma taxa de 85 mortes, destes 27 (0,86) foram por doenças transmissíveis e 58 (1,93) por moléstias comuns. As doenças mais letais no ano de 1913 foram: moléstias do aparelho digestivo, do sistema nervoso, tuberculose pulmonar, moléstias da primeira idade e vícios de conformação e paludismo crônico correspondendo respectivamente a 25%,17,8 %, a 14,8 % , 13% e 7,8 % do total de mortes.

Conforme os dados apresentados pelos boletins de Estatística Demográfico-Sanitária dos meses de fevereiro (1911), março (1912), e abril (1913), as taxas de mortalidades mensais e anuais eram altas. As doenças mais incidentes e fatais foram às doenças do aparelho digestivo, principalmente as relacionadas à falta de higiene dos produtos alimentícios e ao tipo de alimentação consumida pela população. As doenças da primeira idade estavam relacionadas ao consumo de leite inadequado pelas crianças e a falta de uma alimentação saudável e higiênica para as crianças até um ano de idade. A tuberculose foi uma das doenças mais frequentes e letais do período, chamada *peste branca* e, altamente contagiosa, sua incidência estava relacionada aos hábitos considerados anti-higiênicos da população no que refere ao convívio social, a alimentação, ao hábito de fumar e de escarrar sem as devidas precauções, aumentando, dessa forma, a circulação do *Bacilo de Koch* no ar.

O paludismo crônico, mais conhecido como malária, apresentava grande índice de incidência e mortalidade, era uma doença comum devido à existência de grandes pântanos de água parada nas cidades, lugar em que os mosquitos transmissores se proliferavam, causando a doença, outro fator que aumentava a incidência da doença, era falta de rede de esgoto nas cidades, uma vez que o esgoto a céu aberto era foco de concentração do mosquito transmissor e, além disso, a população conservava em suas residências depósitos de água parada sem fazer periodicamente a limpeza de tais recipientes, fato que favorecia a existência dos mosquitos. Em suma, o quadro sanitário negativo da época relacionava-se, na maioria das vezes, com a falta de saneamento básico das cidades, a falta de um sistema de abastecimento d'água e a ausência de hábitos higiênicos por parte da população em termos de higiene alimentar, corporal e limpeza das residências. Por outro lado, a falta de assistência de médica e hospitalar por parte dos poderes públicos agravava o estado epidemiológico existente. Portanto, esta foi a realidade sanitária do período de atuação da Diretoria de Higiene, embora estes dados fossem restritos a capital, podem também ser considerados como espelho do cenário sanitário do interior do estado.

### **3.3.2 O Serviço de Vacinação da Paraíba: a cruzada contra a varíola**

O serviço de vacinação da Paraíba, segundo o Regulamento n. 494, deveria ser realizado pelos serviços sanitários municipais, sendo os delegados de higiene responsáveis pelo referido serviço, tais serviços deveriam ser realizados em local apropriado. No caso da vacina animal, era enviada pelo diretor geral do Serviço de Higiene da Paraíba para os

municípios que a solicitassem. Com relação à atuação do Serviço de Higiene no interior do estado, no campo da vacinação, o jornal *A União*, em sua edição de 15 de fevereiro de 1921, nos fornece algumas informações:

O Sr. dr. Ulysses Nunes, regressou do Ingá, para cada fora ao desempenho da importante missão a si confiada pela diretoria da Repartição de Higiene. S. s. não restringiu apenas a sua ação aquele município, mas também a Cachoeira dos Ceboulas e Serra Redonda, tendo durante os seus trabalhos médicos vacinado 548 pessoas. É preciso observar que o dr. Ulysses Nunes realizou esse tour de force dentro de um brevíssimo espaço de espaço de tempo, o que ressalta, cada vez mais, a sua notável operosidade.

Todos sabem que o Ingá e adjacências se encontravam ameaçados pela varíola. A higiene, indo ao encontro da vontade do Sr. Dr. Sólon de Lucena, Presidente do Estado, apressou-se em enviar os socoros à população de evitar que o mal viesse se alastar-se.

Foi, então, destacado para a execução das providencias sanitárias o Sr. dr. Ulysses Nunes, que hontem, à hora do expediente, deu contas ao Sr. Presidente da comissão alludida.<sup>274</sup>

A leitura deste trecho do jornal *A União* nos permite compreender que a ação do Serviço de Higiene Pública do estado no interior, no diz respeito à vacinação era pontual e restrita a situações de perigo iminente de epidemia de varíola, como verificamos no caso referente à Ingá, pois, temendo a invasão de varíola vinda de estados vizinhos, como o estado do Rio Grande do Norte, o Serviço de Higiene envia a cidade de Ingá um médico para realizar a vacinação para impedir a proliferação desta enfermidade nas cidades do interior, sendo, deste modo, uma ação improvisada, temporária e localizada em regiões identificadas como possíveis irradiadoras destes surtos epidêmicos. Esse modelo de atuação do Estado da Paraíba no tocante à imunização, assim como se verificou em nível nacional, caracterizou-se, por ser “até a década de 1950, semelhantes às do Império, isto é, ações emergenciais para enfrentar surtos epidêmicos que não organizavam estruturas mais perenes, seja em nível federal ou estadual (HOCHMAN, 2011, p.379). Neste sentido, o governo federal prestava auxílio técnico e apoiava o suprimento de imunizantes, mas de maneira insuficiente e descontínua. Com isto, “qualquer esforço para ampliar as coberturas vacinais passava a depender da iniciativa dos governos estaduais e locais, que tinham outras prioridades ou mesmo incapacidade técnica para produzir ou comprar as vacinas”(HOCHMAN, 2011, p.379).

---

<sup>274</sup> A ação geral de higiene no interior do Estado, *A União*, n.36, 15 de fevereiro de 1921.

Já na capital da Paraíba, o serviço de vacinação era mais abrangente e regular, sendo praticado pelo Instituto Vaccinogenico Estadual, órgão ligado a Diretoria Geral de Higiene. Este instituto era subdividido nas seguintes seções: Laboratório, destinado à inoculação do vitelo; a sala de gabinete destinado à vacinação de senhoras e o estábulo, destinado à conservação do vitelo inoculado, para a conservação da linfa antivariólica.<sup>275</sup>

No ano de 1913, impulsionado pela ocorrência de uma epidemia da varíola, foi criado o Instituto Vacinogênico, em 27 de outubro de 1913. A criação deste órgão ocorreu quando o médico Flávio Maroja, foi ao Recife e conseguiu do delegado de saúde, dr. Eustaquio de Carvalho, um vitelo inoculado”(CASTRO, 1945, p.246). Vale salientar que, este instituto foi fechado em 1916 sob a alegação de que não havia surtos de varíola na capital e nas cidades vizinhas(VASCONCELLOS, 1927). Todavia, em 1929, o Instituto Vaccinogênico da Paraíba, reabre passando a produzir os tubos de lymphá antivariólica.”<sup>276</sup>Neste intervalo, as vacinas eram adquiridas em outros institutos vacinogênicos do Rio de Janeiro e do Estado de Pernambuco.

Um ano após o fechamento do Instituto Vaccinogênico da Paraíba, o médico Flávio Maroja publica um artigo no Jornal *O Norte*, afirmando a necessidade de reorganização do Instituto, sob a seguinte justificativa:

Agora é isto, que me traz a imprensa, preciso dizer que a reorganização do Instituto Vacinogênico Estadual faz-se urgente e indeclinável, custe o que custar!

Leiam e atendam:- a lymphá empregada nestes últimos tempos pelos funcionários da directoria de higiene pública do Estado, procedente do Rio de Janeiro, está falhando em uma enorme porcentagem, conforme afirmaram-me nesta repartição. Mas, não se faz preciso dizer para demonstrar a necessidade da reorganização do nosso “Vacinogênico” na imminencia em que vivemos de constantes surtos epidêmicos da mortífera e repelente eruptiva.<sup>277</sup>

O médico fala da necessidade de reabrir o Instituto Vacinogênico, alegando que a linfa empregada pelos funcionários da Repartição de Higiene, proveniente do Rio de Janeiro, era de péssima qualidade, apresentando um alto índice de falhas e demonstrando que, além da quantidade, a qualidade deveria ser uma meta a ser atingida pelo Serviço de Vacinação, principalmente no ambiente em que eram comuns os surtos da referida moléstia. O apelo de Maroja não foi suficiente para que o governo estadual tomasse as devidas providências, como

<sup>275</sup>Ver: A ação geral de higiene no interior do Estado, **A União**, 15 de fevereiro de 1921.

<sup>276</sup> João Pessoa Cavalcanti de Albuquerque. Mensagem apresentada a Assembléia Legislativa na Abertura da 2ª Reunião da 10ª Legislatura, Parahyba, 1929, p. 63.

<sup>277</sup> Varíola e vacinação. **O Norte**, 12 de junho 1917, n. 643

podemos observar sete anos depois em matéria publicada em *O Jornal*, assinado pelo médico Renato de Azevedo, cujo tema central versava sobre a ausência de um Instituto Vacinogênico e a necessidade de reabertura do referido instituto sob a seguinte justificativa:

A linfa adquirida no Rio de Janeiro apresentava algumas inconveniências, “desde a demora na remessa até a antiguidade da *lympha*. Cae a lanço notar ainda mais que esta mesma *lympha*, que nos chega, além de ser o refugio do “stock” (grifo do autor) daquele Instituto, é também velha e nula nos seus efeitos, trazendo, com isto, o cansaço ao vacinador, o aborrecimento as pessoas vacinadas, pelas repetidas moculações, o descrédito do processo.<sup>278</sup>

Em nome da qualidade das linfas e da agilidade do processo de vacinação, o referido médico defendia a reabertura do Instituto Vacinogênico para que a prática de vacinação adquirisse crédito perante a população. Além disso, Azevedo afirmava que, “enquanto, os Estados que se prezam de marchar na vanguarda da civilização procuram criar e manter um Instituto desta ordem...”<sup>279</sup> Ou seja, não era apenas de saúde, mas também de civilização, modernidade e progresso, que a Paraíba estava atrasada em relação aos estados que possuíam um Instituto. Para o médico, ter uma instituição desse porte significava civilizar-se, enquadrar-se nos modernos padrões da ciência médica.

Outro problema relacionado à vacinação contra a varíola referia-se a quantidade de linfas, pois os serviços de vacina poderiam ser paralisados pela falta das linfas, como observamos no Relatório da Diretoria de Higiene do Estado da Paraíba:

Não fosse a falta de *lympha* vacinica ultimamente notada nesta Capital, o meu serviço se prolongaria até o dia 15 do corrente mês. Por quanto ainda existem alunos que desejam se vacinar principalmente nas escolas noturnas.<sup>280</sup>

Neste relatório do inspetor escolar direcionado a Repartição de Higiene, identificamos a existência do problema da falta de linfas na instituição, revelando a falta de estrutura da instituição e a precariedade dos serviços públicos de vacinação, seja pela inexistência das linfas ou pela péssima qualidade das existentes. Este problema também foi denunciado pelo médico Renato de Azevedo, ao afirmar que: “não rara vezes fomos testemunhas do embaraço em que se encontrava a nossa Repartição de Higiene para fornecer linfa vacinica à Higiene

---

<sup>278</sup> Instituto Vaccinogênico na Paraíba, *O Jornal*, ano II, n. 282, p.10, 20 de novembro de 1924.

<sup>279</sup> Idem.

<sup>280</sup> **Relatório da Diretoria de Higiene do Estado da Paraíba**, Cx. 011, Ano 1915-1917, v. 674, Funesc, Arquivo Público do Estado da Paraíba.

Escolar, desta cidade, dada a falta absoluta deste produto.”<sup>281</sup> Desta forma, constatamos que o serviço de vacinação não estava sendo nem eficiente e nem suficiente para atender a demanda, como se verificou na incidência da varíola em cidades do interior que desnudou as fragilidades da instituição, onde o povo aterrorizado passou a reclamar o que lhes deve o governo nesses momentos aflitivos

O diretor do Serviço de Higiene da Paraíba, José Teixeira de Vasconcellos, em artigo explica o processo de produção da vacina animal nos institutos vacinogênicos. Segundo Vasconcellos, o processo se dava da seguinte forma:

Em todos os institutos a vacina é preparada ainda pelo sistema Chambon, que consiste em uma mistura de linfa e polpa de pústula do *cow-pox*, emulsionada em 25% partes iguais de glicerina e água destilada fervida e conservada em lugar frio e escuro. A glicerina tem a propriedade de destruir os germens estranhos a vacina, conservando em plena virulência o vírus vacínico. A vacina, assim, preparada, é de boa qualidade; mas, antes de ser dada ao consumo deve passar pela prova de eficácia. A que estiver em condições de conferir a imunidade poderá então ser aplicada. (VASCONCELLOS, 1927, p.18).

A literatura médica sugere que, desde os tempos mais remotos, o homem buscou um modo de se defender da varíola, sendo a tentativa de imunização contra a doença uma prática milenar que antecede a produção de conceitos científicos sobre imunizantes e fabricação de vacinas (MOULIN, 1996). A vacina antivariólica surgiu no final do século XVIII, quando o médico inglês Edward Jenner observou que ordenhadeiras de vacas com *cowpox* ficavam protegidas contra a varíola. Partindo desta observação, Jenner passou a fazer testes em pessoas saudáveis com o objetivo de reproduzir o fenômeno (GAZÊTA, 2006).

Em 14 de maio de 1796, Jenner efetuou sua primeira vacinação em um menino de oito anos e, em 10 de julho do mesmo ano, inoculou-o com pus de um caso de varíola. Com o passar do tempo, os sinais da vacinação desapareceram, e o menino não apresentou sinais nem sintomas da doença (FISCHMANN, 1978). Desta forma, Jenner, a partir da pústula da vaca, obteve um produto que passou a denominar vacina que, ao ser inoculado pelo homem, fazia surgir no local das inoculações erupções semelhantes à varíola, dessas erupções era retirado o “pus vaccínico”, utilizado para novas inoculações. Formava-se, assim, “uma cadeia de imunização entre homens, funcionando o *cowpox* da vaca como um primeiro agente

---

<sup>281</sup>Instituto Vaccinogênico na Paraíba, **O Jornal**, ano II, n. 282, p.10, 20 de novembro de 1924.

imunizador, e o homem como produtor e disseminador da vacina, conhecida como vacina jenneriana ou humanizada” (FERNANDES, 1991).

A vacina animal apresentava mais atividade que a humana, além de ser também de aplicação menos agressiva, pois se eliminava a fase extremamente dolorosa de extração da linfa no homem (FERNANDES, 1999). Este método de vacinação diminuía as resistências à vacinação, este tipo de vacina passou a ser produzida em vitelos dentro de laboratórios próprios. O aprofundamento teórico e experimental dos últimos anos do século XIX possibilitou alterações na técnica de produção da vacina, introduzindo alguns procedimentos na etapa posterior à retirada da secreção das pústulas do vitelo. Agentes físicos e químicos foram indicados para purificação, atenuação e conservação. Buscava-se, com isso, o domínio sobre o imunoterápico fora do organismo humano, que deixava de ser o único meio de experimentação. A vacina só era aplicada depois de comprovada sua eficiência em cobaias ou *in vitro*. (FERNANDES, 1999).

Segundo Gazêta (2006), a vacinação animal, feita pela técnica de inoculação e retirada das pústulas de vitelos, foi utilizada durante dezenas de anos, sendo a base para a criação de diversos institutos vacínicos (ou vacinogênicos) que replicaram em todo o mundo a mesma técnica com poucas modificações. Nos últimos anos do século XIX, esses institutos de produção de vacina imprimiram maior sofisticação a esse processo com a colheita da polpa, pesagem e armazenamento em frigorífico. Antes de ser processada, uma mostra dessa polpa era examinada para evitar as possíveis contaminações por outros microorganismos patogênicos, depois de triturada e filtrada, adicionava-se a polpa água e posteriormente glicerina, após este processo, esta era colocada em tubos fechados a maçarico e finalmente embaladas para a distribuição. Este método continuou a ser aplicado pelo menos até a primeira metade do século XX com poucas alterações. A vacina animal eliminava a prática de inoculação braço a braço e, apresentava a seguinte metodologia: “aplicada na região do braço pela escarificação da pele com objeto cortante e colocação da linfa através de grossas agulhas. Quando a vacina ‘pegava’, causava uma pústula local dolorida e de demorada cura, indicando que o paciente havia adquirido imunidade ao mal. A dificuldade desse processo era uma das causas da grande resistência à vacinação observada no início do século XX” (GAZÊTA, 2006, p.35). Além de explicar o método da fabricação da vacina, Vasconcellos descreve os números de pessoas vacinadas na Paraíba entre os anos de 1913 a 1924, apresentando os seguintes números:<sup>282</sup>

---

<sup>282</sup> Idem, p. 23.

**Tabela 12-Pessoas Vacinadas na Paraíba**

<b>1913</b>	7832	<b>1919</b>	1.463
<b>1914</b>	5.492	<b>1920</b>	1.045
<b>1915</b>	4.162	<b>1921</b>	841
<b>1916</b>	3.123	<b>1922</b>	819
<b>1917</b>	2.312	<b>1923</b>	602
<b>1918</b>	3.021	<b>1924</b>	384

Na avaliação do diretor da Repartição de Higiene, o número de pessoas vacinadas vinha diminuindo consideravelmente desde 1919 em diante, acontecendo que mais de três quartos dos vacinados, depois da extinção do Instituto Vaccinogenico da Paraíba em 1916, ficaram sem proveito, pois a vacina obtida era sem virulência. Ao mesmo tempo em que a vacina era deficiente e não dispunha de boas linfas para vacinar os que nasciam, chegavam pessoas de outros lugares sem imunização, elevando-se, desta forma, o número de pessoas aptas para contraírem a varíola. Diante deste contexto, ocorreu a epidemia de varíola em 1925, a qual a Repartição de Higiene estava quase sem meios de combatê-la.

No intervalo entre janeiro e setembro de 1925 ocorreram 511 óbitos. Dentre as medidas adotadas pelo governo, destacam-se as seguintes: improvisação de um hospital de isolamento, organização de um serviço de desinfecções, de transporte de doentes e de vacinação sistemática. Segundo dados apresentados por Vasconcellos, foram vacinadas neste ano 18.056 pessoas, um número alto se comparado aos números de vacinação dos anos anteriores. Durante a incidência desta epidemia, o Departamento de Saúde e Assistência do Rio, em 1925, mandou imprimir avulsas instruções a serem observadas pelos encarregados da vacinação contra a varíola, estas foram publicadas por diversos jornais do país para servirem de modelos para os vacinadores. O jornal *A União*, na Paraíba, também publicou algumas instruções, observemos abaixo:

- 1º Limpar o braço com um pouco de algodão embebido nagua e logo após enxugar;
- 2º Collocar, em seguida, dois pontos separados pelo espaço mínimo de dois centímetros, a polpa sobre a pele, de preferência no braço, para o que basta quebrar as duas extremidades do tubo, applicando-o no braço;
- 3º Somente no caso em que a polpa não escape do tubo é que poderá fazel-a cahir por meio do sopro em uma das extremidades do tubo;
- 4º Practicar em logar em que a polpa foi depositada, duas escarificações que serão effectuadas em sentido longitudinal e em cruz, devendo haver cuidado

- para que ellas sejam bem leves, afim de evitar, o mais possível, a producção de sangue;
- 5º Terminada a operação, a penna deve ser convenientemente limpa com algodão secco e logo em seguida flambada em um pouco de algodão molhado em álcool e inflammado sobre um prato, pires ou qualquer objecto que se não estrague com o calor e a chamma;
  - 6º Em seguida, deixar esfriar a penna a fim de praticar a vaccinação seguinte;
  - 7º Nas revaccinações fazer a nova inoculação pelos menos a 3 centímetros das antigas cicatrizes;
  - 8º Cada tubo deve chegar para vaccinar, na mesma casa, pelos menos a 3 pessoas;
  - 9º O guarda deve sempre avisar que verificará o resultado da vaccinação ou revaccinação a fim de ser fornecido o respectivo attestado;
  - 10º Deve recomendar as pessoas vaccinadas para não cobrirem o braço antes que as escarificações fiquem seccas.<sup>283</sup>

A publicação das referidas instruções pelo jornal tinha como objetivo instruir os vacinadores paraibanos acerca do modo de vacinação, considerado na época, mais seguro e higiênico. A técnica de vacinação do período era norteada pelos princípios básicos da higienização, esterilização dos objetos utilizados no procedimento e da eficiência, verificação do resultado da vacinação. A divulgação das referidas instruções em jornais de todo o país sinaliza a importância que a classe médica atribuía a vacinação na prevenção de epidemias de varíola. Como bem demonstra o médico e diretor da Repartição de Higiene, José Teixeira de Vasconcellos, que resalta que o meio mais eficaz para a prevenção das epidemias de varíola era a “vaccinação obrigatória e permanente”(VASCONCELOS, 1927, p.25). Neste sentido, era imprescindível a criação de um Instituto Vacinogênico na Paraíba que possibilitasse a existência de boas linfas e suficientes para a vacinação em massa da população. Na opinião do referido médico:

Devendo a vacinação se estender por todo o Estado, as municipalidades deverão subvencionar o Instituto, de accordo com os seus rendimentos annuaes. A subvenção será aos cofres do Thesouro para a devida applicação. Cada município deverá ter seus vaccinadores, estaduaes e municipaes, médicos, se lhes for possível, pharmaceuticos ou pessoas habitadas e idôneas para se fazer a vaccinação systematica nas cidades, povoações, fazendas, recôncavos de serras, em fim, em todos os logares, onde exista a raça humana. Os vaccinadores remetterão a directoria de hygiene os mappas dos serviços realizados durante o mez, de conformidade com os exemplares em branco que lhes deverão ser enviados pela Higiene (VASCONCELLOS, 1927, p.25).

---

<sup>283</sup> Instruções aos vacinadores. **A União**, n.45, 26 de fevereiro de 1925.

Não apenas a falta de estrutura do Serviço de Vacinação, como também, a resistência da população à vacinação contribuiu para o fracasso das políticas de imunização da varíola na Paraíba. Desta forma, a resistência a vacinação ainda era recorrente no início do século XX. De acordo com o presidente do estado em 1913, Castro Pinto, a varíola poderia ser extinta do país se “a mentalidade do nosso povo reagisse contra certos preconceitos, aceitando espontaneamente a única profilaxia infalível, já que não nos é fácil, do ponto de vista legal, ou tendo em consideração a viabilidade da medida de decretar a vacinação obrigatória.”<sup>284</sup> A obrigatoriedade da Vacina antivariólica<sup>285</sup> foi o motivo principal da Revolta da Vacina no Rio de Janeiro em 1904. O historiador Carvalho (1987) discute os motivos pelos quais havia por parte população uma rejeição a invenção de Jenner, segundo o autor, “a oposição adquiriu aos poucos caráter moralista. Buscou-se então explorar a ideia da invasão do lar e da ofensa à honra do chefe da família ausente ao se obrigarem suas filhas e mulher se desnudarem perante estranhos” (CARVALHO, 1987, p.131). A obrigatoriedade da vacina provocou um verdadeiro terrorismo ideológico, pois, segundo o imaginário popular do período, esta traria “inúmeros perigos para saúde, tais como convulsões, diarreias, gangrena, otites, difteria, sífilis, epilepsia, meningite, tuberculose” (CARVALHO, 1987, p.98).

No ano seguinte, o referido presidente informa que “a vacinação sistemática é uma realidade na Paraíba; a resistência vai cedendo na população, e hoje, é raro entre nós quem não procure ou não se submeta a essa profilaxia.”<sup>286</sup> Contudo, o presidente do estado, Francisco Camillo de Holanda, expõe em 1917 que, “a falta de aceitação dócil da vacina de Jenner, por escrúpulos mal entendidos e prejuízos inexplicáveis é causa eficiente da terrível propagação das varíolas, quase nos centros humanos, onde se pratica aquele processo de imunidade artificial.”<sup>287</sup> A fala da referida autoridade nos leva a fazer o seguinte questionamento: estariam pessoas da oposição tentando boicotar a prática da vacinação com o

---

<sup>284</sup> MENSAGEM, apresentada a Assembleia Legislativa do Estado da Parahyba na abertura da 2º sessão ordinária da 7º legislatura, pelo presidente do Estado Dr. João Ferreira de Castro Pinto, Torre Eifel, Parahyba do Norte, 1913, p.19.

<sup>285</sup> Segundo Carvalho (1987, p. 95-96), em 1837, uma postura municipal tornara a vacinação obrigatória no Rio de Janeiro para crianças de até três meses de idade, sob pena de multa de de 6\$000, a ser paga pelos responsáveis. Em 1884, o decreto estendera a obrigação a todo Império para todas as pessoas. Mas, como a própria vacina que as vezes não pegava, essas leis não pegaram, especialmente as que estendiam a obrigatoriedade a todos os cidadãos.

<sup>286</sup> MENSAGEM, apresentada a Assembleia Legislativa do Estado da Parahyba na abertura da 4º sessão ordinária da 7º legislatura, a 1º de Setembro de 1914, pelo presidente do Estado Dr. João Ferreira de Castro Pinto, Torre Eifel, Parahyba do Norte, 1914, p. 10 e 11.

<sup>287</sup> MENSAGEM, apresentada a Assembleia Legislativa do Estado Parahyba, na abertura 2º sessão ordinária da 8º Legislatura a 1º de Setembro de 1917, pelo presidente do Estado Dr. Francisco Camillo de Holanda, Imprensa Official, Parahyba do Norte, 1917, p. 10.

objetivo de manchar a imagem do político? Ou realmente, diferente do que pensava Castro Pinto, a resistência à vacinação ainda era constante na Paraíba?

Em coluna denominada “Diário de um jornalista”, o jornal *A Imprensa* publica a seguinte matéria sobre a varíola durante a epidemia de 1925, exemplificando a continuidade da resistência à vacinação por parte do povo paraibano:

#### A varíola e os jornalistas

Encontrei-me, esta semana, com um alto comerciante desta praça, que não me ocultou um certo aborrecimento aos jornalistas. Porque, meu amigo? vocês jornalistas, respondeu, estão agora alarmando o matuto com essas notícias de varíola..Mas, não é tanto assim, amigo; se dizemos que há casos na Capital é porque devemos informar os nossos leitores a respeito de tudo que lhes possa interessar. É este o dever do jornalista. O matuto assigna a sua folha justamente para saber, mais ou menos, o que se passa na metrópole. A respeito do impaludismo, de muriçoca, cascavel e outras calamidades, nada dizemos, porque o matuto já se habituou com taes cousas; a respeito da varíola, porém, o caso muda de figura. Os matutos têm medo até da vaccina contra a própria varíola!...<sup>288</sup>

Nesta matéria, identificamos uma forte resistência da população à vacinação devido aos temores que o povo sentia em relação a este procedimento. Neste contexto, a atuação dos jornalistas era conscientizar a população quanto aos benefícios da vacinação. Em 1930, o artigo “Só tem varíola quem quer”, publicado pelo jornal *A União*, sinaliza a disseminação da vacina animal na Paraíba e seus efeitos positivos na prevenção da varíola, efeitos estes, advindos das técnicas modernas de coleta e armazenamento das pústulas de vitelos, além disso, o artigo também exemplifica a continuidade da resistência da população a vacinação:

#### Foi-nos remetido o seguinte:

Já sendo passado anos da ultima epidemia de varíola, tempo mais ou menos determinado, salvo exceções, para o desaparecimento da imunização, causada quer, por essa moléstia, quer por essa moléstia, quer pela vacinação anti-variólica, e como natural e infelizmente ainda não existe o hábito sistemático desta precaução, o único meio de evitar tão terrível infecção, causadora da mortandade em massa, cegueira, defeitos físicos outros ou predisposição a tuberculose, a Diretoria de Saúde Pública, que vem grandemente empenhada na sua erradicação em nosso meio, solicita, encarecidamente, a toda a população a procurar os postos de saúde e a assistência pública e aos seus médicos particulares esta indispensável medida sanitaria, que fez Oswaldo Cruz afirmar: *só tem varíola quem quer*. Outrossim, avisa, pedindo bom acolhimento, que de hoje em diante haverá este serviço feito em cada casa, de per si, por funcionários idôneos,

---

<sup>288</sup> Diário de um jornalista. A varíola e o jornalistas. *A Imprensa*, n. 58, 1 de abril de 1925.

facilitando assim, os que não poderem ou não quiserem ir as supras ditas repartições.<sup>289</sup>

O leitor anônimo escreveu e enviou à redação este artigo, cujo conteúdo demonstra os resultados positivos da vacinação na diminuição dos surtos epidêmicos de varíola, por isso, o título: *Só tem varíola quem quer*, remontando a célebre frase dita pelo famoso sanitarista Oswaldo Cruz. Contudo, a vacinação antivariólica ainda enfrentava o desafio de romper com a resistência da população a este método imunizante, como identificamos na leitura do trecho acima. Diferentemente da opinião do redator do jornal *A união*, que afirmou, *Só tem varíola quem quer*, um grupo de pessoas de Campina Grande contraiu varíola em 1937 e, talvez, não porque quisessem. Assim estão identificadas tais pessoas no trecho abaixo:

Surto de varíola nesta cidade

O Sr. Prefeito Municipal, atendendo as reclamações do público tem tomado medidas no sentido de preservar população do surto de varíola que vem grassando nos subúrbios desta cidade. Fornecidos pelo Fiscal Sanitário da Prefeitura, damos abaixo o nome das pessoas recolhidas no isolamento aparelhado recentemente para o tratamento dos atacados deste contagioso mal.

Francisca Santina da Conceição

Maria Santina

José Santino

Antonio Santino

Manoel Tavares do R. Cavalcante

Luiz Miguel

Julio Victoria

Cassimiro de Souza

Luzia Gomes

Josepha do Nascimento

João Galdino da Silva

Antonio Paulo da Silva

Maria Vidal

Severina M. da Conceição

Maria Paulina

Mizael Joaquim

Manoel Henriques

Nota:

Estamos seguramente informados, que os doentes de varíola, tem sido conduzidos para o isolamento em automóveis de praça. A ser verdade tal procedimento, merece especial atenção, uma que sendo, ditos automóveis de aluguel, ficam contaminados do mal, passando-a a quantos deles se servem. Merece, portanto, o caso a atenção dos poderes competentes.<sup>290</sup>

<sup>289</sup> Só tem varíola quem quer. *A União*, 29 de outubro de 1930, n.251.

<sup>290</sup> O surto de varíola nesta cidade. *Voz da Borborema*, p.4, n.33, 6 de novembro de . 1937.

A exposição pública dos variolosos nas páginas do jornal exemplifica a preocupação das autoridades em divulgar os nomes dos doentes para que as outras pessoas pudessem evitar o contato com os enfermos, ou seja, evitar o contágio. Aliás, o medo do contágio motivou a escrita da nota, expondo os perigos do uso do carro de aluguel para o transporte dos doentes. A lista contendo o nome de dezessete pessoas acometidas de varíola demonstra que, na Paraíba e, mais precisamente no interior, *não só tem varíola quem quer*, pelo contrário, os jornais da época registravam periodicamente a ocorrência da varíola em várias cidades do interior, a exemplo deste caso ocorrido em Campina Grande. A leitura da referida matéria nos permite ressaltar que a ação do campo da saúde era imediatista e sem planejamento, pois apenas recentemente fora aparelhado o hospital de isolamento destinado ao tratamento dos doentes, ou melhor, confinamento destes para que não oferecesse risco à saúde da população.

Nos caminhos da saúde na Paraíba, a vacinação constitui-se em um processo descontínuo marcado pela atuação temporária, localizada e imediatista, ou seja, sem o devido planejamento por parte do poder público neste setor. Problemas de ordem estrutural, como a falta de linfas para a realização do procedimento e a qualidade duvidosa de tais linfas, interferiam na quantidade de vacinações realizadas, bem como, colocava em xeque a eficiência dos procedimentos efetivados. Além disso, a resistência da população ao método imunizante contribuía ainda mais para a formação de um quadro negativo do processo de vacinação. Na Paraíba, faltava ao serviço de vacinação sistematização, organização e eficiência em termos quantitativos e qualitativos. Continuando a percorrer as trilhas da saúde na Paraíba, iremos problematizar a seguir os embates sociais e políticos resultantes da atuação da polícia sanitária, órgão subordinado à *Repartição de Higiene*.

### **3.3.3 A polícia sanitária em cena: controle e vigilância**

No campo da polícia sanitária, o Regulamento n.494 apresentava condições policialescas com mais vinte artigos, acentuando-se, dessa maneira, a sua característica repressora. O próprio título da repartição, “polícia sanitária”, sinaliza o caráter repressor do Serviço Sanitário que, a partir deste modelo de atuação, apresentava um número maior de doenças de notificação compulsória em relação ao decreto anterior, por exemplo, a *tuberculose, o typho e a febre typhoyde* passaram constituir o quadro das doenças de

notificação compulsória, juntamente com a *febre amarela, a peste, cholera e doenças choleriformes, varíola, a diphtheria* que já estavam incluídos no Decreto de 1895.

De acordo com o Regulamento n.494, a polícia sanitária era exercida pelos delegados de higiene na Capital e no interior do estado e, tinha como finalidade prevenir e corrigir os vícios das habitações e abusos de proprietários ou procuradores destes, arrendatários e moradores, que possam comprometer a saúde pública.<sup>291</sup> A polícia sanitária tinha seus métodos de atuação baseados nas seguintes ações:

Visitas sistemáticas a todas as habitações particulares ou coletivas, estabelecimentos de qualquer espécie, onde, além de atender às suas condições higiênicas, asseio, conservação e estado de saúde de seus habitantes, verificarão mais o estado dos reservatórios d'água potável e seu abastecimento, condições dos aparelhos sanitários, banheiros, tanques, esgotos, etc. bem assim, o asseio, conservação e estado hygienico das áreas, pateos, quintaes, cocheira, estábulos, etc.<sup>292</sup>

Estes métodos de atuação foram norteados pelos preceitos de higiene, devendo os estabelecimentos públicos e particulares cumprirem as exigências sanitárias da estabelecidas pelo regulamento. Desta forma, a inspeção sanitária deveria fiscalizar as condições de higiene destas habitações, observando se estava ou não de acordo com as normas de higiene, caso não atendessem as normas especificadas pelo regulamento, deveriam os donos ser intimados ou multados. Além da inspeção das habitações particulares e coletivas, a polícia sanitária tinha como função a fiscalização dos estabelecimentos industriais ou comerciais de gêneros alimentícios, bebidas ou outros produtos análogos. Nesta inspeção, deveriam os delegados de higiene verificar se os referidos produtos estavam falsificados, deteriorados, condenados ou imprestáveis para o consumo humano. Diante de suspeitas, seriam recolhidas amostras para a análise e, no caso de comprovada a infração, os infratores poderiam ser enquadrados nos artigos 163 e 164 do Código Penal da época. Era também de alçada da Polícia Sanitária a realização do serviço de desinfecções das habitações que tinham sido ocupadas por enfermos de moléstias contagiosas.

Em suma, pode-se afirmar que, o discurso da higiene manteve uma estreita relação com o discurso modernizador, ou seja, higienizar significava também, modernizar o ambiente urbano. Assim, os discursos de higiene e modernização serviram “para disciplinar as relações pessoais, comerciais e sociais na cidade, a medida que interferiu no cotidiano da população”

---

<sup>291</sup>Decreto n .494 de 08 de junho de 1911. Organiza a Repartição de Higiene Pública do Estado. Acto poder Executivo. Parahyba do Norte, Imprensa Official, p.27, 1911.

<sup>292</sup> Idem.

(NASCIMENTO, 1997, p.6). Essa tentativa de interferência do poder público no cotidiano do homem paraibano em seus diversos espaços: casa, feira, trabalho, espaços públicos, cinema, restaurantes etc, com vistas ao enquadramento dos costumes e hábitos dos sujeitos aos valores da higiene e da modernidade. Deste modo, “para manter a ordem e a disciplina social, o Estado moderno utiliza-se da lei enquanto código das relações comerciais e sociais, controlando o comportamento em sua vida pública” (NASCIMENTO, 1997, p.33).

Sobre a atuação da Polícia Sanitária, o diretor geral de Higiene, Dr. José Teixeira de Vasconcellos, explica em relatório enviado ao Presidente do Estado Sólon de Lucena, em 18 de julho de 1921 que:

Este serviço não tem sido feito com rigor necessário pela falta de aparelhos de acordo com os meios que dispõe a Repartição, foram realizadas 35 desinfecções em casas, pude observar aflitos por moléstias transmissíveis, empregando-se neste trabalho formol, creolina, sulfato de cobre, fenoacis carbólico.<sup>293</sup>

Cumprindo as determinações do Regulamento n.494, os *policiais da higiene* realizaram no ano de 1913, “1.158 visitas domiciliares, 548 intimações, passados 11 atestados e observados 238 intimações.”<sup>294</sup> Em 1912 foram 1.738 visitas domiciliares, 338 intimações, 56 desinfecções, atestado de habitabilidade 11, vacinações contra a variólica, vacinações contra a varíola 856, multas 2, notificações recebidas 2, ofícios recebidos 78, ofícios recebidos 78, ofícios expedidos 99.<sup>295</sup>

A atuação da polícia sanitária foi alvo das críticas da imprensa que informava as falhas e deficiências deste órgão, por exemplo, o jornal *A Imprensa* que verberava em matéria intitulada *Com a higiene*: “chamamos a atenção do illustre dr. Teixeira de Vasconcellos para o mau estado higiênico de uns vários quartos que existem ao lado sul do Mercado Tambiá.”<sup>296</sup> A informação era de que, junto ao estabelecimento comercial do Sr. Capitão Manoel Maria de Figueiredo, reinava uma verdadeira porcaria que contrariava os preceitos de higiene, por isso, deveria os delegados de higiene cumprir o seu papel de agente fiscalizador e repressor. O registro deste caso pelo jornal sinaliza o descumprimento das normas de higiene

---

<sup>293</sup> Relatório Geral da Higiene do Estado da Paraíba, enviado ao Presidente do Estado, Sólon de Lucena em 18 de julho de 1921, pelo Diretor Geral de Higiene do Estado da Paraíba, José Teixeira de Vasconcellos. , Cx. 014, Ano 1920-1923, v. 280, Funesc, Arquivo Público do Estado da Paraíba.

<sup>294</sup> MENSAGEM, apresentada á Assembleia Legislativa do Estado, da 2º Sessão da 7º Legislatura, pelo Presidente do Estado Dr. João Pereira de Castro Pinto. Gráfica Torre Eifel, Parahyba do Norte, p.18,1913.

<sup>295</sup> Directoria Geral de Higiene. **Almanach do Estado da Parayba**, 1913.

<sup>296</sup> Com a Higiene Pública, **A Imprensa**, n. 17, 24 outubro de 1912.

pelos populares, como também, revela a negligência das autoridades sanitárias no cumprimento de suas funções policiais.

Já o periódico *A Notícia*, tornou pública a existência de “um escosdoito de águas pútridas existente na Rua Direita no trecho entre os cinemas ‘Rio Branco’ e ‘Pathé’ ”<sup>297</sup>. O referido trecho estava exalando uma fedentina insuportável para os transeuntes da rua e os freqüentadores dos cinemas, estesse sentiam incomodados com o odor desagradável provocado pelo foco de imundície presente na via pública. Diante disso, o redator do jornal apelava para a Diretoria de Higiene a resolução do problema, considerando que “uma podridão de tal natureza, além de constituir uma ameaça a saúde pública, dá um atestado muito vivo do inqualificável desta capital, tanto mais quando se afeta uma das ruais mais importantes da nossa urbs”<sup>298</sup>. Saúde e civilidade eram os imperativos que norteavam o modelo de higienização da cidade.

Com a polícia e a Higiene, eis o título da matéria do jornal *O Norte* em sua edição de 31 de março de 1917 que chamava a atenção das autoridades policiais e sanitárias para a eliminação do espaço urbano dos sujeitos *Eusébio Cachorrão e Mutange*, considerados repugnantes e asquerosos “portadores ambos de feridas cancerosas, cujo odor pestilencial, produz até síncope nas vítimas.”<sup>299</sup> Os transeuntes ficavam incomodados com o odor horrível de carniça que os mendigos exalavam, para as pessoas que transitavam próximo a eles, o odor era terrível, semelhante a de um rato podre, assim descreveu o articulista da matéria que considerava a presença destes sujeitos nas ruas centrais da *urbs* um atentado aos princípios de higiene e civilidade que se queria construir na cidade.

Em matéria intitulada *Com a higiene*, o jornal oficial, *A União*, também chamava a atenção das autoridades da higiene com a relação à existência na capital paraibana de bares, bordeis, cafés, cinemas e restaurantes que não estavam cumprindo as normas de higiene. O café *Rio Branco*, por exemplo, apresentava um lastimável estado de imundície, pois “o mosaico do salão principal do “*Rio Branco*”, parece que jamais foi lavado, pois que é sujo de cusparadas e porcarias outras, acumuladas, naturalmente pela incúria de seus proprietários.”<sup>300</sup>. Assim como vimos no recorte do referido jornal, foi narrado pelo redator o estado de sujeira em que se encontrava o famoso café *Rio Branco* em 1918. No final da matéria, o redator chama a atenção da Repartição de Higiene, afirmando que, convêm a esta intimar os

---

<sup>297</sup> Um foco de infecção na Rua Direita. *A Notícia*, n.47, 27 de fevereiro de 1916.

<sup>298</sup> Idem.

<sup>299</sup> Com a polícia e a Higiene, *O Norte*, n. 2553, 31 de março de 1917.

<sup>300</sup> Com a higiene, *A União*, n. 212, 27 de setembro de 1918.

proprietários destas casas de reuniões públicas, “a fim de evitar a continuação de verdadeiras pocilgas em pleno coração da cidade.”<sup>301</sup>

Da mesma forma que o café *Rio Branco* foi alvo das campanhas higiênicas do jornal *A União*, a *Pensão Cysne* foi alvo da campanha higiênica e moralista do jornal *A Imprensa*, sendo esta condenada a demolição pelo seu duplo aspecto: anti-higiênico e imoral, pois, por trás das cortinas, descobriu-se a sua verdadeira finalidade: o comércio do sexo. O próprio Presidente do Estado, em visita às casas de pastos e hotéis da cidade da Paraíba, constatou o duplo pecado cometido pela referida pensão, e assim ordenou a sua demolição. A crítica feita pelo jornal foi motivada pela constatação de que, segundo jornal *A União*, não “que a pensão Cysne deixasse de ser immoral e desbragado prostíbulo. Diz apenas que a tal vai se instalar numa casa desinfectada, limpa e pintada de novo. De máscara mudada; o rotulo é o mesmo, os fins, a exploração é a mesma.”<sup>302</sup> Enquanto as autoridades sanitárias estavam mais preocupadas em combater os problemas relacionados à higiene da *Pensão Cysne*, os redatores católicos do jornal *A Imprensa* se mostravam mais combativos às práticas de prostituição existentes na pensão

Em carta endereçada à redação do jornal *A União* pelo delegado de higiene Manoel Lemos, pode-se perceber a crítica que um dos habitantes da cidade fazia do serviço realizado pela polícia sanitária, assim observamos:

Ilustres srs. Redactores d' *A União*.

Peço-vos consentimento para dar guarida em um das colunas do vosso conceituado jornal a esta minha carta em resposta ao sr. Manoel Vigia, dos *Abrolhos*, do Diário do Estado de ontem, em que vem fazendo uma pequena crítica sobre uma intimação por mim feita ao proprietário do Morse Cinema a fim de ser substituído o soalho,<sup>303</sup> já esburacada e imprestável, pelo mosaico. Diz ele que esta intimação foi um disparate, porque o soalho é higiênico quanto o mosaico.

Não há dúvidas srs. redactores, até aí estou em completo acordo com o vigia, sendo o soalho muito mais ainda, quando se trata de certo e determinado logares: porém; em cinemas; numa terra pequena como a Paraíba, onde a população não tem a menor noção do que seja higiene e boa educação para evitar de cuspir nesses logares, o mosaico leva sobremodo vantagens ao outro pela fácil execução do asseio diário com um pano embebido numa solução creolina.

---

<sup>301</sup> Idem.

<sup>302</sup> Sobre a *Pensão Cysne*, *A Imprensa*, n. 44, 23 de junho de 1918.

<sup>303</sup> “O proprietário do Cinema Morse à Rua Duque de Caxias foi intimado hontem pelo dr. Manuel Lemos, diretor interino da higiene, para fazer no prazo de 30 dias, a substituição do soalho que se acha em péssimas condições ,por mosaico, e a pintura geral do prédio, sob pena de multa.” Ver: Noticiário, *A União*, n.110, 24 de maio de 1918.

Ocorre mais ainda uma circunstância srs. redactores de que o soalho desse cinema, além de não ser calafetado, não tem purão arejado, e os vigamentos assentam no chão sem estar impermeabilizado por conereto ou asfalto, de modo que é excessivo o cheiro de terra humida.

Ora todo mundo sabe que a humidade entretida é um bom meio para a sobrevivência dos germens infectuosos e de que lá devem existir trazidos da rua pelos pés do pessoal que o frequenta.

Eis, aí, srs. Redactores, porque Manoel Vigia chamou de disparata essa minha intimação feita somente com o intuito de salvaguardar os habitués do Morse de um foco de micróbios pathogênicos.

Sem mais outro assuto, subserevo agradecido. Crdo. Att. Obri. MANUEL LEMOS.<sup>304</sup>

Pela leitura da carta, podemos deduzir que a população se mostrava ativa em seus protestos contra a campanha policialesca e repressora da polícia sanitária. Neste caso, o cidadão Manoel Vigia usou a imprensa para expressar seu repúdio à intimação feita pelo delegado de higiene ao proprietário do *Cinema Morse*, ao que parece, este cidadão mantinha estreita relações com o dono do cinema, era o vigia do *Morse*, por isso, protestou em sua defesa. Esta atitude questionadora do vigia obrigou o delegado de higiene a justificar o seu ato através da imprensa local, ou seja, os cidadãos queriam obter esclarecimentos e justificativas das ações realizadas pela polícia sanitária, que eram consideradas abusivas e autoritárias pela população local. Por outro lado, é possível perceber, pelos esclarecimentos prestados pelo delegado, que o dono do cinema burlava astuciosamente as normas sanitárias estabelecidas pelo Regulamento Sanitário, demonstrando que, agindo de acordo com suas necessidades e conveniências, a população resistia e burlava as leis sanitárias e, sobretudo, porque os cidadãos “não aceitavam qualquer intromissão do governo, poder material, no domínio da saúde pública” (CARVALHO, 1987, p.98). Além disso, os cidadãos enfatizavam, de acordo com Carvalho, em sua discussão sobre os motivos que teria levado a Revolta da Vacina de 1904, que “a falta de competência do poder público para invadir o recesso dos lares, seja para inspeção, seja para desinfecção, seja para a remoção de doentes, ou seqüestro, como preferiam dizer”(CARVALHO, 1987, p.98).

O não cumprimento das normas de higiene por parte população da capital foi observado em 1918, durante a epidemia de *influenza espanhola*, pelo delegado de higiene do segundo distrito, Dr. Pequeno de Azevedo que, das 11 visitas domiciliares entre as ruas Duque de Caxias e 13 de Maio, “verificou a não existência de uma cocheira no trecho comprehendid entre o Becco da Companhia e o do Carmo, n`aquelarua, como noticiou um

---

<sup>304</sup> Higiene Pública, **A União**, n. 119, 1 de junho de 1918.

jornal desta Capital.”<sup>305</sup> Mesmo nos momentos de epidemia, períodos em que se intensificavam as campanhas sanitárias, como também, o medo da morte era mais freqüente, a população não temia o descumprimento das leis sanitárias. Ao próprio prefeito da capital foi solicitada a extinção das águas estagnadas existentes na Rua 13 de Maio. Outras pessoas foram intimadas e multadas pela Diretoria de Higiene, a exemplo de d. Gertrudes do Nascimento (multada) e o Cel. Antonio Augusto Figueiredo de Carvalho (intimado), que tiveram seus nomes divulgados pelo principal veículo de comunicação da época, o jornal.<sup>306</sup> Desta forma, ocorria a publicização do ato infracionário.

Em sua cruzada contra os hábitos anti-higiênicos da população; a imprensa e as autoridades sanitárias contavam com apoio de sujeitos que, exercendo sua cidadania, se deslocavam até a redação dos jornais para denunciar as condutas que atentavam contra a ordem sanitária por parte de alguns proprietários que insistiam em burlar as leis. Neste sentido, vários freqüentadores do *Café Moderno* foram à redação do jornal *A União* solicitar à redação que divulgasse o apelo ao proprietário do estabelecimento para que instalasse o aparelho sanitário, pois, “o que lá existia, além de arruinado, estava em cubículo onde a falta de higiene repugna os mais refratários ao asseio.”<sup>307</sup> Do mesmo modo, em 1919, os inquilinos do sobrado, que funcionava no pavimento térreo *Moinho de Ouro*, se deslocaram até a redação do jornal *A Imprensa*, com o objetivo de transmitir a sua queixa a Higiene. Segundo o relato, a reclamação dos inquilinos era contra “as inomináveis falta de asseio cometidas no corredor, na parte próxima a porta desta casa de recreio. Aí há uma porção de pó de serra – o mictório; e mais adiante no próprio pavimento,- o deposito de dejeções. O ar fétido, que se desprende desta privada, torna muito incômoda a residência no sobrado”.<sup>308</sup>

Conforme estudamos, a atuação da polícia sanitária tinha como objetivo coibir os hábitos anti-higiênicos de boa parte da população que insistia em não cumprir as normas sanitárias estabelecidas pelo Regulamento Sanitário. As ações da polícia sanitária apresentavam natureza campanhista, repressora e policialesca, uma vez que, suas ações se desenvolviam da seguinte maneira: fiscalização das habitações, fábricas, estabelecimentos comerciais, farmácias e hospitais; notificação das irregularidades; intimação dos responsáveis e multa aos que dentro de um determinado prazo não cumprissem as determinações especificadas pelo delegado de higiene.

---

<sup>305</sup> O noticiário, *A União*, n. 40, 19 de fevereiro de 1918.

<sup>306</sup> Ver: o noticiário, *A União*, n. 40, 19 de fevereiro de 1918.

<sup>307</sup> Noticiário, *A União*, n. 172, p.3, 2 de setembro de 1922.

<sup>308</sup> A higiene, *A Imprensa*, p. 2, n. 46, 10 de julho de 1919.

A repercussão das leis sanitárias e da atuação polícia sanitária na sociedade local pode ser entendida pela atuação de alguns habitantes da Paraíba, que, incomodados com esta atuação policialesca das autoridades sanitárias, passaram a questionar através da imprensa os abusos cometidos pelos delegados e fiscais da higiene, denunciando as deficiências da instituição. Por outro lado, outros sujeitos sociais em solidariedade a campanha sanitária empreendida pelas autoridades da higiene e pela imprensa passaram a denunciar, através dos jornais, os casos de burlas às normas sanitárias, isto porque, ambos “tinham em comum a ideia de cidadão ativo, consciente de seus direitos e deveres, capaz de organizar-se para agir em defesa de seus interesses”(CARVALHO, 1987, p.187). Deste modo, no cotidiano da cidade de Paraíba, os cidadãos exerciam sua cidadania ativamente contra ou a favor das leis e das instituições sanitárias, demonstrando que este processo de institucionalização dos serviços sanitários e a conseqüente atuação do estado na sociedade foi acompanhado de uma série de conflitos sociais, ou seja, embates entre os grupos sociais e as autoridades públicas. A seguir, veremos a atuação da Repartição de Higiene no enfrentamento das epidemias que assolaram a Paraíba entre os anos de 1911 a 1928, como também as resistências da população a este modelo campanhista.

### **3.3.4 O Serviço de Higiene Pública: limitações**

*Asseio e higiene*, foi o título do artigo publicado pelo jornal *A Imprensa* em sua edição de 20 de julho de 1921, que sinalizou as fragilidades da *Diretoria de higiene* e as críticas que a imprensa fazia a esta instituição. Neste artigo, questionou-se: o que se tem feito para melhorar as condições de higiene das cidades? Que providências já foram tomadas para prevenir o mal? Constata-se que “a conta da imprevidência nossa, de desmazelo e revoltante descaso dos interesses de ordem geral se devem lançar as inúmeras vidas preciosas arrebatadas à pátria, quando mais necessárias se faziam.”<sup>309</sup> Deste modo, o artigo enfatizou as péssimas condições de higiene do bairro Jaguaribe, o mais populoso da cidade, segundo o qual estava no estado deplorável de miséria, sem higiene e conforto algum, sendo composto por vários doentes. Diante desta realidade, criticava-se a inércia e a indiferença da Diretoria de higiene, diretoria esta, que tinha responsabilidade de tomar as medidas preventivas referentes à saúde pública. Ressalta-se que a Higiene, sobretudo, deve corresponder a todos os fins para que foi criada. Ao que parece, o jornal cobrava uma atuação mais eficiente da

---

<sup>309</sup> *Asseio e higiene*. **A Imprensa**, n. 45, 20 de julho de 1921.

Diretoria de Higiene na cidade de Paraíba, pois, era urgente o desenvolvimento de ações como: uma inspeção mais rigorosa das habitações, a remoção do lixo das ruas e das águas poluídas e a canalização das águas. Diante do cenário de imundície, o jornal apelava por: Asseio e higiene. Ao que tudo indica, a instituição ainda não tinha mostrado na prática os fins para que fora criada, mesmo já possuindo dez anos de criação.

Não apenas as medidas sanitárias tomadas pela Diretoria de Higiene ou ausência destas estavam sendo criticadas pela imprensa paraibana, mas também, a cobrança de um imposto que se dizia que seria destinada a limpeza pública. Essa medida foi considerada pelo jornal *A Imprensa* como “vexatórias aos miseráveis sobre os que ham recaído.”<sup>310</sup> Com base nas informações apresentadas pelo *Diário do Estado*, considerado um órgão imparcial, independente e justo, o articulista da *Imprensa* se posiciona “igualmente contra as medidas vexatórias da Higiene, que poderão ser cabíveis em meio mais ricos e não neste, em que cerca da metade da população é composta de operários e miseráveis e onde tudo está por fazer.”<sup>311</sup>

Segundo Sá (1999), este imposto teria sido criado devido à falta de objetividade do regulamento n. 494 quanto aos recursos para o saneamento da capital, para tentar resolver o problema, a municipalidade teria criado o imposto do lixo, que consistia em “um percentual de 2% sobre o rendimento total do prédio, sem contar a décima urbana (equivalente a seis mil réis), fora estatuído, conforme dizem os peticionistas, pela Lei n. 71 de 4 de dezembro de 1913”(SÁ, 1999, p.241). Reagindo ao que consideravam abusivo, um grupo de cem pessoas que se diziam sobrecarregados com os impostos, uma vez que, já existia o imposto predial (décima urbana), recorreram ao governo estadual para tomar providenciais quanto as medidas consideradas opressoras e vexatórias. Em resposta aos reclames feitos pelo grupo de cidadãos contra o imposto, o presidente do estado enviou uma petição ao prefeito da capital solicitando explicações sobre o mesmo, no dia 8 de maio de 1914. Contudo, não sabemos se realmente os peticionistas conseguiram seu objetivo, no caso, a suspensão do imposto, porém suas ações sinalizaram a capacidade de reação as normas e as leis que são impostas de cima para baixo de forma abusiva e sem diálogo com as partes envolvidas, soma-se a isto, a luta dos cidadãos em prol dos interesses e necessidades cotidianas. A reação do povo realizava-se mediante o entendimento sobre o que constituía legítima interferência do governo na vida das pessoas. Neste ponto, como salienta José Murilo de Carvalho em seu trabalho sobre a revolta da Vacina:

---

<sup>310</sup> As medidas tomadas pela Directoria de Higiene. *A Imprensa*, n.58, 2 de outubro de 1919.

<sup>311</sup> Idem.

Quando parecia à população que os limites tinham sido ultrapassados, ela reagia por conta própria, por via de ação direta. Os limites podiam ser ultrapassados seja no domínio material, como nos casos de criação ou aumento de impostos, seja no domínio dos valores coletivos(CARVALHO, 1987, p.138).

Além do povo que estava insatisfeito com a atuação da Diretoria de Higiene, os bacharéis também estiveram envolvidos em querela com a instituição motivada pela existência do artigo 26 do regulamento 494, que estabelecia “os oficiais do registro civil e dos casamentos ficam obrigados a fornecer a Diretoria de Higiene o extrato de todo o movimento ocorrido em seus cartórios, de acordo com as solicitações feitas.”<sup>312</sup> Segundo o artigo 26, a infração a esta determinação implicava em multa de vinte e cinco mil réis e o dobro em caso de reincidência.

Em consonância com as determinações do art. 26, o diretor da Diretoria de Higiene enviou um telegrama ao escrivão do cartório de casamentos, solicitando o envio dos mapas de casamentos da capital para a confecção mensal dos boletins de estatística demográfico-sanitária a ser realizada no dia 5 de cada mês. Diante da atitude do diretor da Repartição de Higiene, o juiz da 3º Vara de Casamentos da Capital, José Ferreira de Novais, julgando-se “ameaçado de uma invasão na esfera de suas atribuições,”<sup>313</sup>, leva a querela ao Supremo Tribunal do Estado, iniciando-se o que se denominou de *Conflito de Jurisdição*<sup>314</sup>.

Neste conflito, o juiz respondeu ao ofício do Diretor da Higiene considerando arbitrária e invasiva a atitude deste, pois violava os princípios hierárquicos da administração judiciária, uma vez que as ordens e as punições infligidas ao escrivão só poderiam ser prescritas pelo seu chefe na hierarquia institucional. Em resposta, José Teixeira de Vasconcellos, chefe da Diretoria de Higiene, enviou outro ofício ao juiz, no qual afirma que está agindo em conformidade com o artigo do regulamento estadual e, que este não difere das Congêneres, inclusive a capital da República, no que se refere às determinações do art. 26. O juiz não mais respondeu, contudo, enviou uma petição ao Supremo Tribunal de Justiça do Estado denunciando: “a jurisdição do juiz privativo de casamentos desta capital, está invadida pela implacável prepotência do Diretor de Higiene Pública que se arroga da faculdade de constituir uma dependência de sua repartição, o cartório de casamentos, para dar ordens e fazer ameaças ao serventuário.”<sup>315</sup>

---

<sup>312</sup> Regulamento 494.

<sup>313</sup> Diretoria de Higiene: conflicto de Jurisdição. **A Imprensa**, n. 32, 2 de Dezembro de 1912.

<sup>314</sup> Conflito de jurisdição: **A Imprensa**, n. 32, 2 de dezembro de 1912.

<sup>315</sup> Idem.

Diante do ofício enviado ao Diretor da Higiene pelo Supremo Tribunal de Justiça, os médicos da Higiene dirigiram-se a imprensa local para protestar a ofensiva e encabeçar uma defensiva baseada nas considerações de que estavam cumprindo as disposições do regulamento e que tinham enviado uma cópia deste e uma edição do Anuário Estatístico ao juiz. Entretanto, o juiz, por sua vez, de forma acintosa, teria ordenado a devolução do material, o que contribui para elevar as tensões e o nível das ofensas dos médicos em nota publicada no jornal *A Imprensa* em sua edição de 2 de dezembro de 1932:

Nessa petição memorável além de outros amargos duestos, o juiz classifica a Diretoria de Higiene *de requintada e esterilidade* (grifo do autor). Não eram os nossos intuitos levar a nossa questão para um lado tão pessoal, mas os nossos brios ofendidos Juiz, nos impõem uma digna repulsa ao arremesso colérico de tão inquo julgamento. O ilustre magistrado, nosso gratuito adversário, incorreu na obrigação de provar se a Diretoria de Higiene tem sido mesmo de *requintada esterilidade* (grifo do autor), se relativamente aos recursos do estado não tem cumprido a sua missão, se deixado ao abandono a saúde pública....Resta nos um consolo: Enquanto o illustre Sr. Dr. Juiz de Direito da 3º Vara nos classifica de inúteis, o actual governador, publicamente em palácio, doutrina que a Higiene É mais útil do que a instrução pública, accentuando bem que só poderemos sanear esta capital, empregando meios extremos de policia sanitária.<sup>316</sup>

Não sabemos ao certo em que final resultou a querela envolvendo o juiz e o diretor da Diretoria de Higiene, de certo, verificamos que, os boletins de Demografia Sanitária foram produzidos e publicados incluindo dados referentes à capital. Convém ressaltar que, este conflito de jurisdição sinalizou os embates envolvendo os médicos e os bacharéis, porém não deixa de ser um questionamento a forma de atuação da Diretoria de Higiene, assim como fizera o povo ao reclamar do imposto destinado a limpeza pública.

As críticas a esta instituição também se mostraram pertinentes nos momentos de epidemia. A incidência de vários surtos epidêmicos na Paraíba entre os anos de 1912 a 1925 desafiaram as autoridades públicas e médicas, pondo em xeque a capacidade e a qualidade dos serviços da Repartição Estadual de Higiene e, em muitas vezes, revelando a ineficiência destes serviços, bem como a omissão dos poderes públicos na resolução dos problemas sanitários exigidos pela ocorrência de epidemias, tais como a epidemia da Peste Bubônica em Campina Grande no ano de 1912 e a epidemia da *Influenza Espanhola* na cidade de Paraíba em 1912.

---

<sup>316</sup> Diretoria de Higiene: conflicto de Jurisdição. *A Imprensa*, n. 32, 2 de Dezembro de 1912. Nota assinada pelos médicos: José Teixeira de Vasconcellos; Manoel d'Azevedo; Octavio Ferreira Soares; Manoel Joaquim de Souza Lemos; Phco Edmundo C. d'Alverga e Augusto d'Azevedo Belmoind.

### 3.3.4.1 A peste bubônica em Campina Grande

*Uma calamidade iminente: a bubônica em Campina Grande*, este foi o título da reportagem do jornal *A Imprensa* sobre a incidência da Peste Bubônica em Campina Grande ocorrida em 1912. A peste bubônica é uma doença pulmonar ou septicêmica, infectocontagiosa, provocada pelo *Bacillus pestis*, em que ocorre quando a pulga “depois de picado um empestado, homem ou rato, a pulga inocula o bacilo nos indivíduos sãos” (DELORT, 1985, p.111). A pandemia mais conhecida da doença ocorreu entre 1348-1350, denominada *peste negra* “que ceifou, provavelmente, um terço da população” (DELORT, 1985, p.111). Esta doença apresenta os seguintes sintomas: febres, delírios, dores pelo corpo e, finalmente, os bubões.

Esta peste aterrorizou diversos povos em diferentes épocas, a exemplo do que já tinha sido visto em outras cidades como: Santos em 1889; Recife em 1902 e Rio de Janeiro em 1905. Nos meses de janeiro, fevereiro e março de 1912, a peste voltara a invadir a capital pernambucana, suspeita-se que os vagões puxados pela máquina da *Great Western* teriam levado os ratos causadores da Peste Bubônica de Pernambuco para Campina Grande através de suas ligações com a cidade de Itabaiana, onde o referido trem tinha uma estação que interligava as duas regiões. Por isso, a desinfecção dos trens que chegassem a Itabaiana e a vigilância dos passageiros da *Great Western* pelas autoridades da higiene seriam medidas de cunho profilático, segundo o diretor da higiene. O mal que ameaçava a vida da população local tornou-se ponto de debate da elite médica da Paraíba. As duas principais medidas discutidas pelas autoridades da higiene foram: como acabar com a peste bubônica em Campina Grande? E, como evitar que a peste chegasse à capital? Para as autoridades sanitárias, como Dr. Teixeira de Vasconcellos, a invasão da peste à Paraíba do Norte “seria uma invasão mais bárbara que a dos cangaceiros.”<sup>317</sup> As autoridades temiam que “os indesejáveis passageiros, os ratos, ‘comprassem’ um bilhete de passagem na classe econômica e partissem, nos comboios da *Great Western*, visitar o litoral” (OLIVEIRA, 2008, p.12). O temor dos ratos se justificava pela percepção de que “a infecção se transmite de rato a rato e do rato ao homem pela pulga, e do homem ao homem pelo contato direto ou indireto” (MAROJA, 1927, p.144).

A iminente calamidade pública, como destacou o jornal, levou o presidente do estado, João Machado, a enviar à cidade de Campina Grande o diretor da Repartição de Higiene, José

---

<sup>317</sup> Uma calamidade iminente: a bubônica em Campina Grande. *A Imprensa*, n.15, p.2, 3 de outubro de 1912.

Teixeira de Vasconcelos e o Dr. Octavio Soares, ambos médicos da mesma Repartição que foram enviados para verificar os casos suspeitos e tomar as providencias no campo da profilaxia. Essa comissão de médicos “partiu desta capital no dia 28 de agosto e voltou no dia 30 do mesmo mês, demorando-se, portanto, em Campina Grande, apenas um dia!”<sup>318</sup> O que esses médicos fizeram numa cidade de 10. 000 habitantes em apenas um dia para combater a terrível epidemia? O que lá viram e fizeram? Não se sabe, pois não apresentaram nada ao governo e nem publicaram nada a imprensa.

Em entrevista concedida ao colunista do jornal “A Imprensa”, o diretor da Repartição de Higiene, José Teixeira de Vasconcellos expõe que: “nós, ambos, ali chegando, cumprimos o nosso dever, cuidando de isolar os doentes e mandando fazer a desinfecção das ruas onde se davam os casos da doença desconhecida.”<sup>319</sup> Quando retornara de Campina Grande, o diretor da Higiene fora questionado sobre a veracidade dos boatos referentes à incidência da Peste Bubônica em Campina Grande, este respondeu da seguinte forma:

Tudo me leva, infelizmente, a lhe assegurar isto. Quando voltei de Campina Grande trazia esta convicção, o agora que chegam aqui informações, particulares é verdade, mas de pessoas de todo crédito, eu não posso deixar de acreditar na existência da peste. Quando commissionado em Campina Grande, e o dr. Octavio Soares, observamos que os doentes apresentavam todos os sintomas de bubônica: febre alta, delírio, dores pelo corpo, e, finalmente seus bubões. Antes de aparecer o primeiro caso, verificou-se a epizootia, a mortandade dos ratos- signal evidente da bubônica. Apareceu grande quantidade de ratos mortos nos armazéns de algodão dos snrs. Zumba Monteiro, João Vieira e F.H. Vergara & Cia; e, na própria casa do snr. Augusto de Britto Lyra- que foi a primeira victima. Um empregado desse armazéns, logo depois que retirou os ratos mortos, foi acometido do mal e morreu. Já há noticia de 16 casos, sendo 9 fataes. Os médicos dr. Gondim e dr. Chateaubriand não tem duvidas sobre a existência da bubônica em Campina Grande.<sup>320</sup>

No decorrer da entrevista, o diretor explica o seguinte: “logo que ocorreu a suspeita da peste bubônica pedi para o Rio de Janeiro a encomenda de 100 tubos de sorum anti-pestoso. Esse pedido já chegou aqui e fiz imediatamente para 50 tubos.”<sup>321</sup> É importante destacar que, a vacina contra este mal tinha sido inventada no início do século XX (DELORT, 1985) e servia apenas para a prevenção da doença e não para a cura dos já infectados. Além disso, como vimos, foram enviados apenas a metade dos tubos, que se tratou da quantidade de

---

<sup>318</sup> Idem.

<sup>319</sup> Idem.

<sup>320</sup> Idem.

<sup>321</sup> Idem.

cinquenta tubos de *sorum antipestoso*, ou seja, não eram absolutamente nada tendo em vista uma população de 10,000 habitantes vivendo em condições insalubres. Além de serem poucos os tubos enviados a Campina Grande, outro problema se fez presente no período, a quantidade de pessoas para aplicar os poucos tubos de soro. Deste modo, identificamos na entrevista do diretor da Higiene ao jornalista:

J.I.- O delegado de higiene em Campina Grande é o dr. Chateaubriand Bandeira de Mello?

J.V.- O dr. Chateaubriand já exerceu esse cargo

J.I. – Hoje deve ser o dr. José Evaristo da Costa Gondim.

J. V.- Não me consta que o Dr. Costa Gondim seja o delegado de higiene ali.

J. I. – Compreendo dr. não há delegado de higiene em Campina Grande.

J.V.- Hontem seguiram para lá o dr. Seixas Maias, delegado extraordinário commissionado pelo governo, e o dr. Lemos Junior, médico da Higiene.<sup>322</sup>

A leitura do trecho acima permite concluir que, nem sequer existia um delegado de higiene na cidade, contrariando o art. 4º, capítulo I do regulamento n.494.<sup>323</sup> O que deveria ser algo permanente, segundo o regulamento de 1911, a função de diretor de higiene em Campina Grande, tornou-se extraordinária por força do evento de natureza epidêmica. Dessa forma, a incidência da peste em Campina Grande desnudava as fragilidades deste regulamento, em que as *letras da lei* não eram postas em prática. Além disso, é possível perceber a carência de recursos materiais e humanos das instituições do estado responsáveis pelo enfrentamento das epidemias, pois, de acordo os redatores do jornal *A Imprensa*, os “meios que dispõe não são absolutamente suficientes e nem de todo eficazes a profilaxia desta Cidade”.<sup>324</sup>

No transcurso do mês de outubro de 1912, os telegramas do jornal *A imprensa* informavam que, a Peste Bubônica, embora de caráter benigno, “continua a acometer em Campina Grande. Já vinte e uma (21) pessoas faleceram da peste.”<sup>325</sup> Diante do aumento do número de mortos e doentes, o governo estadual enviou, na data de 02 de outubro de 1912, uma nova comissão à Campina Grande, formada pelos médicos Seixas Maias e Lemos Júnior, com o objetivo de debelar a epidemia. No entanto, até o dia 08 do mesmo mês, as medidas profiláticas continuavam restritas ao isolamento dos doentes e a desinfecção dos vagões da *Great Western*. Diante da estagnação econômica causada pela peste e da ineficiência dos

---

<sup>322</sup>Uma calamidade iminente: a bubônica em Campina Grande. **A imprensa**, n.15, p.2, 3 de outubro de 1912.

<sup>323</sup>Segundo o art. 4º, capítulo I, do regulamento n.494, “o terceiro districto, tendo sede em Campina Grande, e administrado por um Delegado de Higiene, será constituído pelos municípios de Umbuzeiro, Cabaçeiros, S. João do Cariry, Soledade, Taperoá, Picuhy e Alagoa do Monteiro.”

<sup>324</sup>A bubônica em Campina Grande, **A imprensa**, n.18, p.2, 14 de outubro de 1912.

<sup>325</sup> A bubônica em Campina Grande, **A imprensa**, n.16, p.2, 7 de outubro de 1912.

poderes públicos no tocante ao combate a epidemia, os comerciantes de Campina Grande firmaram contrato com um médico de Recife, o Dr. Octávio de Freitas, para “firmar o diagnóstico da peste e determinar mais seguramente quais os meios preventivos e defensivos para afastar o terrível morbus.”<sup>326</sup> Desta forma, podemos observar um sinal da incredulidade da população com a relação a uma atuação mais eficiente dos poderes estadual e municipal no combate a epidemia.

Até o dia oito do mês de outubro do mesmo ano não haviam sido tomadas medidas rudimentares para debelar a peste, como a desinfecção dos carros da companhia *Great Western* e o isolamento dos enfermos, assim informara o Dr. Paulo Afonso em artigo publicado pelos jornais *O Norte* e *A Imprensa*. Neste ponto, o Dr. Paulo Afonso questionava: “Ora, como poderá ficar extinto um mal sem estas duas grandes medidas de rudimentar higiene: - o isolamento e a desinfecção?”<sup>327</sup> Neste artigo, o Dr Paulo Afonso eximia da responsabilidade os médicos comissionados pelo governo do estado, Seixas Maia e Lemos Júnior, os quais teriam, mediante inquérito, ordenado a retirada dos lixos dos quintais e a desinfecção de todos os prédios da cidade, contudo, a municipalidade não teria cumprido tais ordens. A grande crítica feita ao poder municipal residia no fato de que era a “cidade grande, muito habitada, ponto terminal da estrada de ferro, afluindo para ali, devido o aumento do comércio, grandes massas de pessoas de todas as partes, não possui o mais insignificante serviço de higiene.”<sup>328</sup>

A organização do serviço municipal de higiene seria importante para fiscalizar e coibir hábitos prejudiciais a saúde do homem existentes nas cidades, como as casas sem latrinas, quintais sem esgotos, açudes sem sangradouro, receptáculo de todas as dejeções das ruas e hotéis sem asseio. A crítica atingia a omissão dos poderes locais no campo da higiene, no caso, a atuação do governo do Cristiano Lauritzen. Pelo visto, a incidência da bubônica em Campina Grande havia atingido as esferas da ordem política, pois, como patriota, o Sr. Paulo Afonso fez um protesto não vinculado a algum propósito que indicasse a queda de Cristiano Lauritzen e a ascensão de Afonso Campos, assim esperava que os políticos de Campina Grande o compreendessem.

Segundo as informações apresentadas por Sá (1999), o presidente do estado, João Machado, percebendo a gravidade da epidemia e os prejuízos econômicos que dela resultaram, solicitou auxílio ao governo federal para combater a peste. Em resposta aos apelos

---

<sup>326</sup> Idem.

<sup>327</sup> Peste bubônica, *A imprensa*, n.17, p.2, 10 de outubro de 1912.

<sup>328</sup> Idem.

do governo estadual, a Comissão Federal, comanda pelo médico Garfield de Almeida, chegou à Paraíba no dia 25 de outubro de 1912, já no governo de Castro Pinto e, praticamente dois meses após os envio dos primeiros comissionados da Repartição de Higiene. Em Campina Grande, a Comissão Federal, auxiliada pela força policial, tomou as seguintes medidas:

A criação de um hospital de isolamento, inaugurado com o nome de Eptácio Pessoa; o isolamento hospitalar dos doentes de peste bubônica; a obrigatoriedade do atestado de óbito( que só poderia ser emitido pelos médicos da comissão ); serviços de desinfecção, expurgo, de vacinação preventiva e de cura; o acondicionamento de todo o algodão nos armazéns da *Great Western* e a desinfecção diária dos comboios da que se dirigiam a capital e a cidade do Recife( SÁ, 1999, p.232-233).

A comissão federal organizou medidas de prevenção, como a desinfecção dos espaços e o isolamento dos doentes, já quanto ao tratamento, os métodos utilizados na época não eram os mais eficazes, pois o tratamento mais eficaz era o uso da quimioterapia (sulfamidas e antibióticos) produzida a partir da década de 30. Politicamente, a referência nominal a Eptácio Pessoa dada ao hospital de isolamento sinaliza a transição das oligarquias na Paraíba em pleno auge da incidência da epidemia com a saída do grupo Machado Leal, ao final do governo João Machado em 22 de outubro de 1912, e a ascensão do grupo Neiva-Pessoa-Lucena, comanda pelo oligarca Eptácio Pessoa e iniciada com o governo de Castro Pinto. Pelo visto, os desequilíbrios sociais e econômicos causados pela peste em Campina Grande afetaram também a dinâmica política da Paraíba.

A passagem da epidemia por Campina Grande alterou significativamente não somente as dimensões do campo social, econômico e político, mas também afetou as sensibilidades individuais. Como podemos observar na correspondência abaixo:

Acaba de ser preso aqui e recolhido a cadeia pública um empregado da casa do Monsenhor Salles, venerando vigário desta paróquia, pelo simples motivo de se ter negado a carregar um pestoso para o cemitério. O rapazinho foi preso quando conduzia uma bandeja de café para as cantoras da matriz, apoz a celebração da missa conventual. Por que ia assim ocupado negou-se a atender a insólita exigência, e embora alegasse um justo motivo foi autoritariamente recolhido entre os criminosos.<sup>329</sup>

Este caso possibilita problematizar as múltiplas faces imbricadas na história da Peste Bubônica, histórias individuais, histórias das sensibilidades, dos medos, das angústias e dos

---

<sup>329</sup>A bubônica em Campina Grande, *A imprensa*, n.16, p.2, 7 de outubro de 1912.

temores dos indivíduos. Por que o “rapazinho” negou-se a ajudar a carregar o pestoso para o sepultamento? É óbvio que o medo do contágio, também comum aos demais campinenses, o foi o motivo justo. Para o rapaz melhor seria estar entre os criminosos do que entre os mortos, afinal, a prisão seria temporária e, além do mais, estando na prisão estaria distante dos pestilentos, portanto, asseguraria sua integridade física. Outro aspecto nos impressiona: a postura do Monsenhor Salles que, apesar de ser um homem religioso e patrão do rapazinho, não fez a sua defesa. Por que não se ofereceu para realizar o cortejo fúnebre? De certo, pelo mesmo motivo do rapaz: o medo da doença e da morte. Diante exposto, outro aspecto vem à tona: a escolha do rapaz parece ter-se dado de forma intencional, pois, este apresentava “condição de subalterna” em relação à autoridade religiosa.<sup>330</sup>

E quanto aos familiares do pestoso? Como estes se sentiam? Com certeza enfrentavam um duplo sofrimento que, se tratavam dos impactos físicos da doença sobre o corpo do ente querido e do medo da peste se difundir para os outros membros da família, além disso, a dor provocada pela morte do familiar despertava sentimentos diversos, como dor, angústia, desdém, raiva e medo. Neste sentido, compreende-se que, no cotidiano, as epidemias impõem aos homens sensibilidades e dilemas comuns, angústias, dores, temores, desagregação social, limitações, mudanças de hábitos etc. Na correspondência, nos deparamos com essas sensibilidades presentes no cotidiano dos personagens envolvidos neste drama: o rapaz, o padre, os policiais.

Assim como estes personagens que acabamos de conhecer (o rapaz, o padre e os policiais), os demais habitantes da cidade também deviam se sentir apreensivos, com medo da doença, alterando então os comportamentos da sociedade campinense como um todo. Não apenas os sujeitos simples, os anônimos dessa história, mas também as autoridades políticas e médicas se viram profundamente afetadas com a difusão da peste, pois esta alterava significativamente as dimensões da ordem política, desafiava os princípios médicos e os métodos de atuação do Serviço de Higiene, o que desencadeava uma contestação à ordem política estabelecida, abrindo brechas para entrada de um novo grupo político no cenário político do estado.

Considerada extinta em 10 de novembro de 1912, a incidência da peste bubônica em Campina Grande desnudou as fragilidades do recém-inaugurado Serviço de Higiene Pública do Estado da Paraíba, pois, segundo Sá, este “era incipiente, centralizado na cidade de Paraíba

---

<sup>330</sup> Este caso também fora discutido por : SOARES Jr., Azemar Santos. **Corpos Hípidos**: o limpo e o sujo na Paraíba (1912-1924). Dissertação de Mestrado/UFPB, João Pessoa, 2011.

e dependente do governo federal” (SÁ, 1999, p.233). Além do mais, suas ações foram consideradas insuficientes, dando visibilidade à imagem de um governo que não tinha capacidade de resolver problemas sociais mais sérios de saúde pública: a falta de políticas de saúde e de higiene, pois eram precários os seus serviços de higiene, como também eram inexistentes as políticas de combate às doenças.

Com a passagem da Peste Bubônica por Campina Grande, fica constatada a deficiência do Serviço de Higiene Pública que, se mostrou incapaz de combater a epidemia, por isso, recorreu a uma atuação mais eficaz por meio da Comissão Federal. Além disso, é notória a ausência dos serviços de higiene no interior, pois as ações da Repartição da Higiene eram centralizadas na capital. Como vimos, as ações da Repartição de Higiene no interior apresentavam as seguintes características: temporárias, pontuais e imediatistas, ou seja, sem planejamento, apenas em caso de situações epidêmicas era que se enviava os comissionados da repartição para adotar algumas medidas superficiais. A seguir, veremos como se posicionou a Repartição de Higiene diante da incidência da Influenza Espanhola em Paraíba do Norte em 1918.

#### **3.3.4.2 A influenza espanhola na cidade de Paraíba do Norte, 1918**

Em 1918 ocorreu a pandemia de gripe denominada Influenza Espanhola. Esta pandemia também se fez presente no Brasil e na Paraíba, provocando algumas tensões de ordem política e social. No Brasil, a doença chegou ao Brasil através de um vapor de bandeira Inglesa, o Demeara. Este navio atracou-se sucessivamente nos portos de Recife, em Salvador e no do Rio de Janeiro, então capital federal. Com isto, observou-se que, “como alguns tripulantes já estavam gripados foi apenas questão de tempo para que a epidemia gripal atingisse os três portos supracitados, alastrando-se em seguida para os estados da Paraíba e Espírito Santo” (BERTOLLI FILHO, 2003, p. 89).

No início do mês de agosto de 1918, já se registravam centenas de casos nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo e Recife, incluindo uma grande quantidade de mortos ocasionados pela mesma. A proximidade da influenza, com inúmeros casos confirmados no vizinho estado do Pernambuco, fez com que a população da capital paraibana ficasse polvorosa, embora fosse a influenza fosse denominada benigna. A doença recebeu popularmente várias denominações, dentre as quais: gripe, influenza, resfriado, constipação, urucubaca, esta

passou a atacar milhares de homens e mulheres que pensavam portar uma simples gripe (SOARES Jr, 2011).

O primeiro caso de influenza na capital paraibana foi divulgado pelo jornal *A Imprensa* em sua edição do dia 26 de outubro de 1918, o referido jornal descreve os sintomas apresentados por um marinheiro, mais precisamente, um dos homens que descarregavam os navios, Francisco Firmino Lopes que, em seu compadecimento físico, apresentou “manifestação súbita de tonturas, calafrios, dores imprecisas no corpo, atonia muscular, dôres de cabeça intensas e elevação da temperatura (40° e mais) e dores na garganta com inflamação.”<sup>331</sup> A gravidade do caso residia na duração mais extensa dos sintomas do que a de uma simples gripe, como também, “nas complicações sob a forma de bronquite capilar e pneumonia, onde pode resultar a morte.”<sup>332</sup> Assim, de acordo com Bertolli Filho, o portador da *influenza* apresentava a seguinte sintomatologia:

Calafrios, sensação de frio, febre, dores de cabeça, prostração intensa e dores musculares, principalmente nas costas, ombros e pernas, a temperatura do enfermo pode chegar até a 40° centígrados e persistir alta de um a seis dias... São notadas alterações no aparelho respiratório, tais como dores de garganta, catarro nasal e tosse, existia a forma benigna da doença não colocando a vida do enfermo em perigo e as infecções secundárias, colocando-se em risco a vida do enfermo, principalmente quando ocorrem complicações por pneumonia bacteriana, fato que pode levar o gripado a óbito dentro de um período geralmente não superior a 48 horas. (BERTOLLI FILHO, 2003, p.88).

A Pandemia de gripe “A influenza” também irrompeu na capital paraibana em 1918, com o número de 209 óbitos entre os meses de outubro e dezembro do referido ano. Nos primeiros meses de 1919, ainda foram registrados 39 óbitos, perfazendo um total de 248 vítimas fatais no total de 50 mil habitantes. A influenza irradiou-se rapidamente pelo interior da Paraíba, mas com natureza benigna em quase todas as localidades por onde passara. Segundo José Américo Almeida, o caráter benigno da influenza na Paraíba deveu-se a “excelência do nosso clima”, uma vez que, inexistia “aparelhamento sanitário” (ALMEIDA, 1923, p.387). No geral, a maioria das vítimas eram indigentes.<sup>333</sup>

Os “Indigentes”, os “operários”, os “proletários” e os pobres, este era o universo social dos acometidos pela influenza descrito pelos jornais *A Imprensa* e *A União*<sup>334</sup>. Por que será

---

<sup>331</sup> *A Imprensa*, 26 out. 1918.

<sup>332</sup> Idem,

<sup>333</sup> Ver: ALMEIDA, 1923, p. 386 e 387.

<sup>334</sup> Ver: A Influenza espanhola, *A União*, n.225, 12 de out. 1918; *A Imprensa*, 21 nov. 1918.

que os doentes, em sua maioria, pertenciam à classe social considerada “baixa” ou “pobre”? Por que os ricos não contraíram a Influenza Espanhola? As matérias dos jornais sempre classificam os *influenzados* como membros das classes pobres, aos quais faltariam alimentos e remédios. Havia um silenciamento quanto à manifestação da epidemia entre os membros da elite.

No cenário da epidemia, considerava-se que os pobres seriam mais suscetíveis ao contágio da doença. Neste sentido, o discurso assistencialista de ajuda aos pobres passou a ser recorrente entre as autoridades nesta época, assim identificamos no pagamento dos funcionários por parte do governo estadual, ato natural e obrigatório do empregador para com seus funcionários que, foi considerado, pelo jornal *A União*, algo *louvável e filantrópico*,<sup>335</sup> como se o pagamento dos funcionários fosse um ato de caridade empreendida pela vontade pessoal do presidente do estado e, principalmente, como se fosse uma ação de controle e minimização dos efeitos da epidemia no estado.

A profilaxia e o tratamento da *influenza* foram bastante discutidos pelo jornal *A União*. Por sugestão do médico higienista Flávio Maroja, o referido jornal publicou uma entrevista do médico pernambucano João da Costa ao “Jornal do Recife”. O médico João da Costa expõe em ordem alfabética as medidas profiláticas necessárias para evitar o contágio da doença.<sup>336</sup> Além das recomendações básicas que eram “lavar a boca e as narinas, uma ou mais vezes ao dia”, constam-se outras, como:

Observar diariamente o funcionamento do intestino, corrigindo-o se necessário. Evitar a permanência em lugares públicos com aglomeração de pessoas e casas sujeitas à pouca ventilação. Evitar a inalação de poeira. Evitar o contato com objetos pertencentes ao doente, principalmente travesseiros, copos, talheres. Evitar o contato buço-nasal muito frequente pelo beijo. Fazer uso diário de limonadas. Evitar fazer visitas aos doentes. As pessoas que cuidam dos doentes devem adotar cuidados higiênicos, evitando o contato muito próximo com o enfermo. Pessoas acometidas pela doença, devem permanecer em casa até o completo restabelecimento, para não oferecer o perigo do contágio aos demais semelhantes.<sup>337</sup>

O médico paraibano Flávio Maroja, acrescentando outras medidas profiláticas, considera conveniente que, se fizesse a irrigação das nossas ruas, principalmente as mais transitadas, tendo em vista que, as nuvens de poeira contêm no seu seio germes de grande quantidade de moléstias. Além disso, fazia-se necessário que se proibisse, a “varredura, a

---

<sup>335</sup> *A União*, n.225, 12 de out. 1918;

<sup>336</sup> *A União*, n.238, 29 de out. 1918;

<sup>337</sup> *Idem*,

seco, das mesmas ruas, como o faz em pleno dia a municipalidade.”<sup>338</sup> No que diz respeito ao tratamento dos *influenzados*, em geral, os médicos receitavam “os sais de quinina,<sup>339</sup> a antipirina, a fenacetina”<sup>340</sup>, mas, G. Lemoine recomendava, com preferência, o bromidrato. Além da referida medicação, o limão e o repouso faziam parte da terapêutica prescrita aos doentes. Sobre a influenza na capital paraibana, o articulista do jornal *A União* considera que:

A sua propagação tem sido paralela a sua benignidade.”<sup>341</sup> Isso porque, “os casos esporádicos de óbitos todos têm os seus antecedentes explicáveis nas condições precárias da saúde dos atacados. Assim, não podemos de boa fé asseverar que há uma mortalidade conseqüente da moléstia, por quanto, os poucos casos fataes ocorridos têm a sua razão explicativa nos antecedentes morbosos dos influenzados.”<sup>342</sup>

Na continuação da matéria, justifica-se tal explicação, argumentando que, “a esses mesmos enfermos tem faltado assistência médica e o mesmo auxílio alimentar mandado distribuir pelo governo.”<sup>343</sup> Contraditoriamente, o jornal, órgão oficial do governo do estado, sai em defesa do governo estadual, ao afirmar que, “dia a dia se acentua os esforços do chefe do Estado reiterando às autoridades sanitárias e policiais as suas enérgicas recomendações, no sentido de não faltar assistência e medicamentos aos atacados.”<sup>344</sup> Para o articulista do jornal, o número de óbitos seria apenas uma exceção, uma vez que o governo estava cumprindo o seu papel, embora estivesse faltando assistência médica aos poucos indivíduos que faleceram.

Todavia, se para o jornal *A União* o governo estaria cumprindo sua função de controle e combate da influenza, através da Repartição de Higiene, para o jornal *A Imprensa*, em sua edição de 21 de novembro de 1918, estava o ocorrendo o contrário, o governo estava sendo negligente, pois a “saúde pública na Paraíba está a cargo de uma Repartição inadequada e em condições de colimar a sua finalidade.”<sup>345</sup> Nas considerações feitas pelo jornal *A Imprensa* sobre o “Serviço de Higiene,” observamos que este era “inadequado em cuja atuação funesta, encontrou sérias barreiras no tratamento da doença que graças à negligencia de uma Repartição desvalida que não poderia garantir sequer certa imunidade contra a influenza.”<sup>346</sup>

---

<sup>338</sup> Idem.

<sup>339</sup> O quinino era um medicamento muito utilizado desde o período colonial para o combate das diferentes doenças, dentre as quais as febres e a malária (BERTUCCI, 2003).

<sup>340</sup> *A União*, n.238, 29 de out. 1918.

<sup>341</sup> A Influenza espanhola, *A União*, n.225, 12 de out. 1918;

<sup>342</sup> Idem

<sup>343</sup> Idem

<sup>344</sup> Idem.

<sup>345</sup> *A Imprensa*, 21 nov. 1918.

<sup>346</sup> Idem

Embora fosse o Serviço de Higiene Pública da Paraíba considerado ineficiente pelo jornal *A Imprensa*, verificamos que foi sob a orientação deste órgão que o governo estadual decretou “a suspensão temporária das aulas públicas, o fechamento do cinema, a suspensão do Prado e qualquer outro lugar em que o ar não circulasse livremente ou que reunisse uma grande quantidade de pessoas”(SOARES JR, 2011, p.70). Neste sentido, em acordo com o arcebispo, o governo estadual adotou as seguintes medidas:

Igrejas devem ser rigorosamente limpas e desinfetadas, atos religiosos só serão permitidos pela manhã, não devendo ser muito prolongados. Não se permitirão festas, romarias e aglomeração de povo. Igrejas não se abrirão depois das seis da tarde. Mesmas condições podem permitir culto evangélico.<sup>347</sup>

A Diretoria de higiene, segundo o articulista do jornal *A União*, não deveria deixar de adotar como “medida das mais positivas e inadiáveis a distribuição em certas ruas dos nossos bairros mais populosos, principalmente, Jaguaribe, Riacho e Rogger de remédios aos atacados de influenza.”<sup>348</sup> Para o jornal *A União*, a Diretoria de Higiene deveria distribuir remédios e alimentos para os doentes dos bairros mais pobres da cidade. Neste ponto, o governo estadual, dentro de suas possibilidades econômicas, apenas tomou a seguinte medida: a distribuição de recursos materiais entre os mesmos (influzados) que já tinham médico e remédio a sua disposição.<sup>349</sup> Este auxílio aos doentes deveria ser ministrado pelo Sr. Cel. Jacyntho Cruz, da confraria de São Vicente de Paulo.<sup>350</sup> O novo auxílio prestado pelo governo era suficiente para atender as reais necessidades dos doentes? Se existia o Serviço de Higiene Pública da Paraíba, órgão responsável pelas medidas profiláticas e terapêuticas necessárias ao combate da epidemia, por que estes recursos foram entregues a um sujeito particular?

A atuação do governo estadual no âmbito da saúde constituía-se enquanto conjunto de ações assistencialistas e preventivas, em que a preocupação primordial das autoridades era mais impedir o alastramento da epidemia, ou seja, não existia a devida intenção de curar os sujeitos afetados pela doença. O assistencialismo evidenciava-se na distribuição de alimentos aos pobres doentes. Junto ao assistencialismo, o presidente do estado desenvolveu uma atitude personalista no cenário da polvorosa epidemia, como observamos no trecho a seguir: “ligando ao acaso a importância com que s. exc. trata todas as cousas que se relacionam com os

---

<sup>347</sup> A Influenza, *A União*, n. 237, 27 de out. 1918.

<sup>348</sup> Idem,

<sup>349</sup> A Influenza espanhola, *A União*, n.225, 12 de out. 1918;

<sup>350</sup> Idem,

destinos de seus governados, transportou-se ontem de Cabedelo a esta cidade, consagrando desde o momento de sua chegada pelo horário das 7,40 até o meio dia a visitas às casas dos pobres acometidos da influenza, em companhia do diretor de Higiene.”<sup>351</sup> O personalismo do presidente traz em si a ideia de que o estado, identificado diretamente com o executivo, é o único capaz de resolver todos os problemas dos seus governados, sendo o provedor das necessidades dos pobres desvalidos. Ocorreu, neste caso, uma supervalorização do governante e de sua administração. Tal postura política decorreu de estilos políticos marcados por um líder que tende a desqualificar as instituições democráticas.

A construção da imagem do presidente nas páginas do jornal *A União* enquanto político “bondoso”, “generoso”, que visita os pobres doentes, reflete a persuasão dos governados mediante a produção de imagens acerca do político. Isto porque, para Balandier, o poder não se mantém somente pela força física:

O poder estabelecido só pela força, ou sobre a violência não domesticada, teria uma existência constantemente ameaçada; o poder iluminado apenas pela luz da razão teria pouca credibilidade. Não consegue manter-se nem pela autoridade brutal, nem apenas pela justificação racional. Não se faz nem se mantém senão pela transposição, pela produção de imagens, pela manipulação de símbolos e sua organização num quadro cerimonial.<sup>4</sup> (BALANDIER, 1999, p. 21-22).

A imagem do presidente do estado construída nas páginas do jornal *A União* demarca a intenção de fazer propaganda do político e de sua administração mediante a exposição da pessoa do político em seus momentos de aparição pública, em que seu gesto “bondoso” passa a ser identificado com a figura do governante. Contudo, nos momentos dolorosos propiciados pela epidemia, a ausência do estado enquanto agente promotor da saúde pública fazia com que outros atores sociais procurassem preencher o vazio deixado pelo governo paraibano. Neste sentido, comerciantes, igrejas, médicos e pessoas comuns, adotaram praticas diversas para ajudar com medicamentos e alimentos os influenciados. Desta forma, a Associação Comercial e a Maçonaria “resolveram agir conjuntamente para o fim de auxiliar o governo na debelação da epidemia.”<sup>352</sup> A associação comercial contribuiu com mais de dois contos de réis para a compra de remédios e alimentos para os acometidos pela enfermidade, já os médicos também se organizaram para ajudar o governo no combate à epidemia, a comissão formada por estes

---

<sup>351</sup> Idem,

<sup>352</sup> *A União*, n. 239, 30 de out. 1918.

profissionais ficou encarregada de percorrer as ruas da cidade, visitando os doentes e “fornecendo o cartão para a aquisição de alimentos.”<sup>353</sup>

Outros atores sociais também se envolveram nessa luta contra a moléstia, como os membros da Igreja Católica e o Monsenhor Odilon Coutinho, tesoureiro da *Comissão central de socorros aos influenciados*,<sup>354</sup> responsável pela arrecadação de dinheiro para a compra de remédios e gêneros alimentícios para ser distribuídos entre as famílias pobres que tivessem sido afetadas pela influenza. Dentre os contribuintes para a comissão, observamos na lista nomes de entidades como a Associação Comercial, o Governo do Estado, o Serviço de Higiene Pública, o Seminário Provincial e a Prefeitura da Capital. Os coronéis Antonio da Silva e Mello, Orestes Cunha, Candido Bezerra de Meneses e Antonio Mendes Ribeiro, também fizeram suas contribuições, assim como algumas senhoras da alta sociedade. Desta forma, a doença, segundo Peter & Revel, “pode ser o lugar privilegiado de onde melhor se observa a significação real dos mecanismos administrativos ou das práticas religiosas, as relações entre poderes, ou a imagem que uma sociedade tem de si mesma” (PETER & REVEL, 1976, p. 144).

A passagem da epidemia pela cidade da Paraíba demonstrou como era ineficiente o *Serviço de Higiene Pública*, órgão este, institucionalizado e organizado desde 1911, porém, incapaz de tomar atitudes mais eficazes diante das graves enfermidades que assolaram o estado. Neste cenário, a atuação do governo estadual, via *Serviço de Higiene Pública*, restringiu-se a mera distribuição de alguns poucos medicamento e a doação de dinheiro para a *Comissão de Socorros aos Influenciados Pobres*.

### 3.4 Os limites da institucionalização do Serviço de Higiene Pública da Paraíba

Luiz Antonio de Castro Santos (2004)<sup>355</sup> analisa os processos de constituição e institucionalização dos serviços sanitários em diversos estados do Brasil durante a República Velha, a análise pauta-se nas intrínsecas relações entre a constituição dos serviços sanitários e os poderes constituídos, ou seja, a dinâmica política do período marcada pela atuação dos grupos oligárquicos na administração estadual. Segundo Santos (2004), ocorrem dois

---

<sup>353</sup> Idem,

<sup>354</sup> Ver **A Imprensa**, 10 de Dez. 1918.

<sup>355</sup> SANTOS, Luiz Antonio de Castro. Poder, ideologias e saúde no Brasil na Primeira República. In: HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego.(orgs.). **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

equivocos na historiografia corrente sobre o tema, o primeiro, refere-se à dedução de que o serviço sanitário dos portos era parte de um serviço mais amplo, isto é, “a higiene dos portos seria uma das pontas de um sistema regional já institucionalizado”; o outro equivoco corresponde à visão de que apenas as principais cidades brasileiras foram palco da atuação das políticas públicas na Primeira República. De acordo com o autor, depois de 1920, ao contrário, “o país assiste a um processo de interiorização dos serviços de saúde, que tem por lastro uma efetiva participação do Estado na formulação de ideologias e políticas de salvação nacional por meio da educação e da saúde pública” (SANTOS, 2004, p.251). Para fundamentar sua tese, o referido autor recorre a trabalhos produzidos sobre o tema em diversos estados do país.

De acordo com Santos (2004), o trabalho de Barbosa (1994) é uma história concisa da saúde pública no Ceará. O estudo focaliza o impacto do poder regional sobre o movimento sanitário no estado. Segundo este trabalho, é possível considerar que a oligarquia Acioli, que controlou o estado desde os primeiros anos da República até 1912, nada contribuiu para a implantação dos serviços de saúde, pelo contrário, teria dificultado a realização de campanhas antivariolíticas no interior estado encetadas por Rodolfo Teófilo. Com a derrubada da oligarquia Acioli, entre 1912 e 1914, o governo Franco Rabelo abre um período modernizador e progressista com a adoção de algumas medidas pontuais no campo da saúde. No entanto, é a partir dos anos 20 e por força de um fator externo que a saúde pública se insere na agenda política do estado através da criação do Serviço de Profilaxia Rural, um programa federal para atuar em todos os estados da federação com o suporte da Fundação Rockefeller. A partir deste programa “os serviços ganharam então um caráter mais regional, atingindo áreas mais populosas do interior” (SANTOS, 2004, p. 253).

Em Pernambuco, os primeiros tempos da República reafirmaram a dianteira assumida pelo estado. Tome-se a questão do saneamento básico nos estados: veremos que em Santos (entre 1905 e 1910) e no Recife (entre 1909 e 1918), se inscreveu o primeiro capítulo do saneamento urbano. Assim como em São Paulo, o caso de Pernambuco ilustra a argumentação de que “as oligarquias do estado foram capazes de se aglutinar em torno de um partido republicano razoavelmente coeso, responsável pela proposição e execução de políticas programas de governo” (SANTOS, 2004, p.259). Desta forma, a oligarquia Rosa e Silva conduziu o processo de construção da rede de esgotos e da renovação do Porto de Recife, contudo, foi a partir da década 20 que ocorreu “a efetiva penetração da administração federal em todo o Nordeste, particularmente na área da saúde, em que se destacava o Serviço de

Profilaxia Rural. Pernambuco não fugiu à regra geral. Mas acrescentou às campanhas sanitárias no interior, obras de saneamento básico em inúmeras sedes de municípios, como Caruaru e Jaboatão” (SANTOS, 2004, p.259).

Com relação a São Paulo, destaca-se o pioneirismo paulista em matéria de institucionalização das reformas de saúde pública, alicerçado em uma próspera economia cafeeira voltada para exportação durante as últimas décadas da monarquia e todo o período da Primeira República. A afluência de imigrantes europeus para o estado de São Paulo tornou-se o centro das preocupações das autoridades médicas e políticas, pois estes, quando chegavam à cidade, eram expostos a doenças transmissíveis infecciosas, como cólera e tracoma. Mas, apesar da possível ameaça que os imigrantes representavam para a saúde pública do estado, os trabalhadores europeus eram considerados vitais para a economia estadual. Deste modo, a reforma da saúde pública, considerando o saneamento como o meio para assegurar a contínua afluência dos imigrantes, tornou-se uma preocupação das classes dominantes. Os serviços e campanhas sanitárias se estenderam por uma grande área, incluindo a capital do estado e várias cidades do interior, contudo, somente no final da década de 1910 estes serviços alcançaram as áreas rurais, após a vitória do governo paulista numa batalha de dois anos para aprovar um código de saúde rural que autorizou o governo a estender os serviços sanitários às áreas agrícolas. Segundo Santos (2004), o PRP permitiu ao governo do estado e as elites agirem com propósitos comuns, seja para apressar a tramitação de um projeto de saúde no Congresso Estadual, seja para realizar campanhas de educação sanitária e de saneamento.

No caso da Bahia, Santos (2004) ressalta que, apesar de sua importância política, econômica e cultural, durante a Primeira República o estado não conseguiu realizar uma reforma sanitária nos moldes da experiência bem-sucedida de São Paulo. Higienistas baianos lutaram para disseminar a ideia da reforma, mas enfrentaram a resistência de um *establishment* médico conservador e de um ambiente político e intelectual hostil (ou indiferente) às ações no campo da saúde pública. Só na década de 1920 houve um progresso do movimento reformista na Bahia, mas graças à intervenção do governo federal e à ação sanitária da Fundação Rockefeller.

Na Paraíba, Sá (1999) tornou-se referência em relação aos estudos referentes à saúde na capital.<sup>356</sup> Na discussão sobre os serviços sanitários na cidade de Paraíba do Norte, a autora ressalta os seguintes pontos de caráter histórico: primeiramente, a carência de recursos para as

---

<sup>356</sup>SÁ, Lenilde Duarte. **Parahyba**: uma cidade entre miasmas e micróbios. O serviço de higiene pública - 1895-1918. São Paulo: Tese de Doutorado USP, 1999.

ações do governo no campo da saúde explicada em parte pela segmentação de mercados: os produtores de algodão escoavam boa parte da produção pelo porto de Recife, repassando a Pernambuco os impostos devidos. Em segundo lugar, a autora destaca o caráter omissivo ou ineficiente das oligarquias do estado em relação à saúde da população. A existência de facções oligárquicas, “os alvaristas”, políticos ligados aos clãs de Álvaro Lopes Machado e Walfredo Leal, e os “epitacistas” políticos ligados em torno das famílias Neiva, Pessoa e Lucena, tornava difícil a criação de uma base partidária coesa e forte, que pudesse garantir a aprovação dos projetos de leis e conduzir o processo implementação dos programas e projetos de iniciativa governamental (SÁ, 1999) como fora em São Paulo no mesmo período. Segundo Sá, “é paralelamente à ascensão do grupo oligárquico Neiva-Pessoa-Lucena, revelando um discurso de banir a anarquia e a desordem do período governado pelo grupo oligárquico Machado-Leal, que se revelam as marcas nítidas de um serviço sanitário”(SÁ, 1999, p.27). Nesse período, pode-se atribuir uma mentalidade de progresso na capital, alicerçada nas metáforas das fábricas, dos trilhos e de um novo porto. Essa mentalidade teria sido responsável por criar as condições para a institucionalização do Serviço de Higiene Pública.

Segundo Santos (2004), Sá (1999) defende a tese de um processo de institucionalização dos serviços sanitários no período anterior a época epitacista. A autora parece localizar, nos anos posteriores a 1915, o aparelhamento dos serviços de saúde no estado, demonstrando assim certa ambigüidade em suas conclusões. De certo, pode-se concluir, com base na documentação apresentada pela autora, que a mesma situa o período pré-1915 como o início de um serviço de higiene pública na capital. A higiene dos portos, alicerçada na legislação federal e não estadual, serviu de base para projetos e medidas de saúde e saneamento que se ampliaram por toda área urbana da capital. Por exemplo, data de 1913 a elaboração de um projeto de esgotos para a capital, realizada pelo engenheiro Saturnino de Brito. Entretanto, Santos (2004) discorda do argumento de Sá (1999), segundo o qual houve um serviço sanitário de âmbito estadual no período, conforme sugerem as considerações da autora sobre a legislação estadual de 1907, que autorizou o presidente do estado, Walfredo Leal, a organizar um Serviço de Higiene Pública, e que redundou em decreto estadual de 1911, criando a Repartição de Higiene Pública do Estado (SÁ, 1999). Nas considerações de Santos (2004), não houve a rigor, em que pese à legislação acima referida, um serviço estadual anteriormente à década de 1920, pois, a letra da lei, não corresponderam a criação e o funcionamento regular dos trabalhos previstos. Isto porque, segundo Luiz Castro Santos, “o Serviço Sanitário só começa de fato a institucionalizar-se nos anos 20, por obra das

atividades da profilaxia rural, sob o patrocínio do governo federal e Fundação Rockefeller” (SANTOS, 2004, p.255). Contudo, Santos (2004) ressalta a questão da mentalidade ou “cultura científica” existente na Paraíba entre 1895 e 1915, época em que surgiram algumas sementes do pensamento médico higienista e se adotaram as primeiras medidas de vacinação, de inspeção sanitária das habitações e de controle dos alimentos e bebidas.

Na Paraíba, o regulamento de 1911 não significou um processo de institucionalização dos serviços sanitários em âmbito estadual, embora estivesse previsto, a letra da lei não resultou na criação e no funcionamento regular dos serviços sanitários em todo o território estadual. Conforme observamos, embora o regulamento n. 494 previsse a divisão do Serviço de Higiene em Estadual e Municipal, a criação dos serviços municipais de higiene não foi efetivada pelos municípios durante a década de 1910, apenas a capital, em meados da década de 20, organizou o serviço municipal de higiene, na prática, apenas o Serviço Estadual de Higiene foi organizado e regulamentado. As ações do Serviço de Higiene Pública do Estado da Paraíba eram marcadas pela duplicidade: na capital, suas ações eram regulares, abrangentes e planejadas; já no interior, suas ações eram temporárias, pontuais e imediatistas, sem o devido planejamento e, motivadas pela iminência da ocorrência de algum evento de natureza epidêmica. Desta forma, corroboramos com a tese de Sá (1999) de que o regulamento n. 494 significou a institucionalização dos serviços sanitários, no entanto, esta institucionalização foi restrita a capital, ficando o interior ausente deste projeto de construção e institucionalização dos serviços de saúde.

Em suma, o regulamento n. 494 representou um processo de institucionalização dos serviços de saúde na *Paraíba do Norte* (capital) e não a institucionalização dos serviços de saúde da Paraíba. Sendo, portanto, mais coerente o uso do termo *Serviço de Higiene Pública de Paraíba do Norte*, ao invés da utilização do termo *Serviço de Higiene Pública da Paraíba*, para se referir ao órgão criado pelo referido regulamento. De fato, o processo de institucionalização dos serviços de saúde da Paraíba ocorre somente nos anos 20, com a efetiva penetração do governo federal e da Fundação Rockefeller no interior do estado, promovendo ações regulares e contínuas no campo da saúde e da higiene, como veremos a seguir. A seguir, no próximo capítulo, iremos problematizar os caminhos da saúde na Paraíba durante a década de 1920, analisando a relação entre institucionalização dos serviços de saúde da Paraíba, decorrente da interiorização das políticas de saúde e de saneamento, e a expansão da autoridade pública em suas intrínsecas relações com a política partidária e com a sociedade paraibana.

## Capítulo IV- A Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba (1920-1930): ciência, poder e conflitos sociais em cena

“Sanear o Brasil é povoá-lo, é enriquecê-lo, moralizá-lo” (Belisário Penna).

### 4.1 “O Brasil ainda é um imenso hospital ? ”<sup>357</sup>: Campanhas pelo saneamento do Brasil nas décadas de 1910 e 1920

Conforme estudamos no capítulo anterior, a instalação dos postos da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba no estado resultou de uma política do governo federal em articulação com os governos estaduais nos âmbitos da saúde e do saneamento durante a República Velha. Esta política foi um resultado da constatação feita pelos médicos de que *o Brasil é um imenso hospital*, e também resultado das campanhas pelo saneamento do Brasil feitas pelos sanitaristas como Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Belisário Penna, Artur Neiva, Adolf Lutz e outros menos conhecidos no cenário nacional durante as décadas de 10 e 20 do século XX. Este projeto de *regeneração do povo brasileiro*, através das políticas de saúde e de saneamento, construído com base nos técnicas e conhecimentos médicos do período, constituiu o primeiro programa e projeto do Estado brasileiro no campo da saúde e do saneamento, caracterizado pela abrangência nacional, regularidade das ações, racionalização e organização das ações, corpo de funcionários do Estado e instituições.

“O Brasil ainda é um imenso hospital”, eis, a principal constatação do movimento sanitarista brasileiro do início do século XX em suas campanhas pelo saneamento do Brasil, que desencadearam uma série de reformas no campo da saúde e da higiene “para transformar uma comunidade fundada nos efeitos negativos da transmissibilidade da doença em uma sociabilidade sustentada na saúde e na higiene de sua população” (HOCHMAN, 2012, p.49-50). Esse movimento sanitarista teve seu início na reforma urbana do Rio de Janeiro. Segundo Nicolau Sevcenko, em *História da vida privada no Brasil*, v. 3, a reforma urbana do Rio de Janeiro foi realizada em três dimensões: “modernização do porto, confiada ao engenheiro Lauro Muller; saneamento da cidade, organizado pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz e a reforma urbana, empreendida pelo engenheiro urbano Pereira Passos” (SEVCENKO, 1998, p. 22 e 23). No âmbito do saneamento do Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz assumiu a direção da

---

<sup>357</sup> Discurso pronunciado pelo médico Miguel Pereira, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ) e presidente da Associação Nacional de Medicina (ANM).

saúde pública com o objetivo de eliminar a febre amarela, a varíola e a peste bubônica. Os trabalhos de Oswaldo Cruz foram baseados nas descobertas de Louis Pasteur (1822-1895), Robert Koch (1843-1910), Finlay (1833-1915).

As descobertas de Louis Pasteur tiveram um impacto muito grande na medicina, seus trabalhos tornaram-se o início do que chamamos de microbiologia. Sua Teoria Germinal das doenças infecciosas diz que a maioria das doenças infecciosas são causadas por germes, trata-se de uma das teorias mais importantes da história da medicina. Segundo Pasteur, era necessário estudar e identificar cada micróbio responsável por cada doença infecciosa, pois somente assim seria possível desenvolver métodos e técnicas para combater este agente infeccioso (ARROIO, 2006). Já Robert Koch, é considerado o "pai da bacteriologia" por suas importantes descobertas e estudos, este, em 1883, descobriu o agente causador da cólera: o *vibrio cholerae*, no ano de 1876, conseguiu isolar e descrever o *Bacillus anthracis* (bactéria causadora do Carbúnculo) e, em 1882, realizou o seu maior feito, descobriu o bacilo causador da tuberculose (*Mycobacterium tuberculosis*, ou bacilo-de-koch).<sup>358</sup> Quanto a Finlay, seus trabalhos foram realizados em Havana (Cuba) desde 1881 e confirmados pela comissão médica do Exército Americano, constituída pelos Drs. Reed, Carrol, Agramonte e Lazear, Finlay estabeleceu que o vírus da febre amarela era transmitido pelo homem doente ao homem são por um mosquito domiciliar que hoje chamamos de *Aedes (Stegomyia) aegypti* e, orientado pelo magnífico trabalho de saneamento chefiado pelo general Gorjas, permitiu, através de tal feito, que os americanos do norte pudessem construir o Canal do Panamá. Oswaldo Cruz resolveu obter aqui os resultados atingidos na América Central (BENCHIMOL, 2004).

Baseando-se nos trabalhos dos autores acima citados, Oswaldo Cruz procurou combater o micróbio, o hospedeiro específico de cada doença, lançando as bases para vencer terríveis doenças. Benchimol (2004) explica que Pereira Passos e os engenheiros do governo continuavam a usar o discurso da higiene dos miasmas para justificar suas amplas intervenções no espaço urbano, enquanto que , “Oswaldo Cruz focalizava um número limitado de doenças, investindo contra os vetores da febre amarela e peste bubônica e dando ênfase a vacina, que não fugia à imagem de um ponteiro direcionado para o flanco da varíola” (BENCHIMOL, 2004, p.77).

A campanha pelo saneamento do Rio de Janeiro, fundamentada no combate aos vetores da febre amarela e da peste bubônica e, utilizando-se das práticas de vacinação contra

---

<sup>358</sup> Informações obtidas no site: [http://www.todabiologia.com/pesquisadores/robert\\_koch.htm](http://www.todabiologia.com/pesquisadores/robert_koch.htm). Acesso em 03 de maio de 2014

a varíola, foi realizada mediante a criação do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela em 1903. A cidade foi repartida em dez distritos, a secção encarregada dos mapas e das estatísticas epidemiológicas fornecia coordenadas as brigadas de mata-mosquitos que realizavam as ações de combate aos mosquitos. Os doentes eram isolados, as pessoas acometidas pela peste e outras doenças contagiosas eram conduzidas com seus pertences para os desinfectórios existentes e, em seguida, isoladas no Hospital São Sebastião. Já o combate a varíola dependia da vacina, embora leis imperiais, nunca cumpridas, já tivessem estabelecido seu uso. Oswaldo Cruz, em 1904, apresentou um projeto de lei reinstituindo a obrigatoriedade da vacinação e da revacinação em todo país, prevendo multa aos refratários e a exigência de atestado para matrículas em escolas, acesso a empregos públicos, casamentos e viagens.

Para Hochman (2012), a maioria dos trabalhos sobre o movimento sanitarista brasileiro tende a dividi-lo em dois períodos fundamentais: O primeiro, correspondente à primeira década deste século, seria marcado pela gestão de Oswaldo Cruz à frente dos serviços federais de saúde, período entre 1903-1909, basicamente restritos ao Distrito Federal e aos portos. A principal característica dessa fase seria a ênfase no saneamento urbano da cidade do Rio de Janeiro e o combate as epidemias de febre amarela, peste e varíola. O fator determinante dessas políticas de saúde seria a necessidade de livrar o país dos prejuízos causados ao comércio exterior pelas péssimas condições sanitárias da Capital Federal e de seu porto. A segunda fase do movimento sanitarista, que ocorreu nas décadas de 1910 e 1920, teria como característica fundamental a ênfase no saneamento rural, em especial, o combate a três endemias rurais, a ancilostomíase, a malária e o mal de chagas. Este movimento teve como impulso a descoberta dos sertões, dos seus habitantes abandonados, dos doentes e da possibilidade de curá-los e de integrá-los à comunidade nacional. De acordo com Gilberto Hochman, “o movimento sanitarista deve ser tratado como a expressão de uma lenta, porém crescente, identificação, pela sociedade brasileira, dos problemas sanitários como problemas de interdependência” (HOCHMAN, 2012, p.61). Para o autor, *consciência da interdependência* significou:

A identificação dos elos que tornavam os indivíduos social e politicamente interdependentes e a possibilidade de regular os seus efeitos negativos. O médico Cyrus Edson identificava esse elo como o micróbio causador de doenças. Sugiro que o elo de interdependência percebido pelas elites é menos o micróbio ( o germe) e mais uma característica absolutamente visível de doenças causadas por tais agentes patogênicos, invisíveis aos olhos das elites: a sua transmissibilidade. Assim, a transmissão de uma doença tem analogias com os efeitos externos do comportamento individual em sociedade (HOCHMAN, 2012, p.52).

Nas palavras de Hochman (2012), a consciência da interdependência refere-se a consciência recíproca, via percepção da comunicabilidade das doenças, através da qual todos os indivíduos estavam inexoravelmente interligados, “seja pela ameaça, seja pelos benefícios da prevenção, criava efetivamente a ideia de comunidade, na qual a responsabilidade pela profilaxia e cura da doença tornava-se uma obrigação moral e política” (HOCHMAN, 2012, p.58). A consciência da transmissibilidade das doenças e do papel dos micróbios na conexão entre os diversos indivíduos constituiu um ponto importante para a construção da consciência da interdependência em que todos estavam, ou seja, tratava-se de uma situação vulnerável em suas múltiplas relações na rede (sociedade). Esta consciência foi desenvolvida na sociedade entre os leigos, médicos, imprensa; principalmente após as descobertas no campo da bacteriologia no final do século XIX e início do século XX.

Os programas e ações de saúde desenvolvidos no século XIX foram norteados pela teoria miasmática, se preocupavam, em essência, com o controle das doenças por meio do saneamento ambiental. Com base nesta teoria, “a prevenção era a consequência da remoção de refugo e água dos esgotos; ao minorar os transtornos sanitários, se impediriam surtos de doenças contagiosas” (ROSEN, 1994, p.243). Segundo Hochman (2012), este programa fundado em concepções médico científicas que se mostraram equivocadas, décadas posteriores, acabou por produzir dois resultados importantes: associou doenças às péssimas condições de vida vigentes nas cidades e gerou os primeiros serviços públicos urbanos, como o esgotamento sanitário, suprimento de água, coleta de lixo, controle de alimentos e do leite, etc, tais serviços, tiveram um impacto positivo na coletivização do bem-estar.

Os métodos de controle das doenças infecciosas se tornavam mais racionais e específicos à medida que se identificavam os microorganismos e seus modos de ação. As políticas de saúde deram ênfase ao diagnóstico, ao combate pontual a doenças específicas causadas por agentes determinados, porém, universalmente encontrados na produção de vacinas, soros e remédios, na ação preferencial sobre o indivíduo doente e, principalmente, “na tendência a prescindir de mudanças externas ao conhecimento científico como requisito para o seu sucesso” (HOCHMAN, 2012, p.57). No entanto, um programa ambientalista reformulado, que punha em evidência as condições de vida que favoreciam o circuito *micróbio-seres humanos*, continuou a ser aplicado. Tal programa norteou-se pela consideração de que certas doenças têm causas necessárias (o micróbio), não eliminando por completo o reconhecimento da existência de outras variáveis externas à interação humanos-germes.

A vulnerabilidade dos indivíduos em sociedade diante dos germes, micróbios e bactérias, como também dos doentes que estão em toda parte, implica na necessidade de adoção de políticas públicas de saúde organizadas, estruturadas e abrangentes com vistas a proteger os elos interdependentes da cadeia social dos possíveis contágios. De acordo com Hochman (2012), o conhecimento médico estabelecido deveria ser utilizado para impedir ou sanar os efeitos negativos da *doença que pega*:

Tal consciência da interdependência social significaria a consciência da necessidade de administrar os elos de interdependência social, demandando, ao final, algum arranjo supralocal que desse conta da extensão e da complexidade vinculadas a esse novo sentimento comunitário. O resultado mais geral da sociabilidade gerada pelo micróbio da doença seria um sentimento comunidade nacional, associado a demandas pelo aumento das responsabilidades do Poder Público (HOCHMAN, 2012, p.59).

O movimento pela reforma da saúde pública nas duas primeiras décadas do século XX foi caracterizado como um dos elementos mais importantes no processo de construção de uma ideologia da nacionalidade,<sup>359</sup> com impactos relevantes na formação do Estado brasileiro (SANTOS 1985; 1987). Para Santos (1985; 1987), a reforma sanitária se apresentava mais como um caminho para a construção da nação, norteadas por uma corrente nacionalista que rejeitava o determinismo climático e racial como elementos definidores da nação brasileira. A constituição de agências e políticas governamentais em saúde pública e saneamento foram decorrentes das campanhas de pelo saneamento do interior.

O movimento sanitarista insere-se no contexto do surgimento de inúmeros movimentos de caráter nacionalista. O período correspondente à Primeira Guerra Mundial e ao imediato pós-guerra foi, no exterior e no Brasil, marcado por intensa atuação de movimentos nacionalistas que, pretendiam descobrir, afirmar e reclamar os princípios de nacionalidade e realizá-los através do Estado (HOBSBAWM, 1991). No Brasil, os movimentos e organizações nacionalistas, como a Liga de Defesa Nacional e a Liga Nacionalista, vislumbraram diversos caminhos para a recuperação e/ou fundação da nacionalidade: saúde, educação, civismo, e valores nacionais. (SKIDMORE, 1989). Dentre esses movimentos, a Liga Pró-Saneamento do Brasil, fundada no primeiro aniversário de

---

<sup>359</sup> Segundo Luiz Antonio Castro, “Os sanitaristas acenavam com uma proposta que atraia não só as elites do sul como as do norte. Nosso atraso, diziam, se devia à doença, não ao determinismo biológico. A construção da nacionalidade exigia que as elites desviassem os olhos sempre postos na Europa para o interior do Brasil, para as grandes endemias dos sertões. A (re)integração dos sertões à civilização do litoral representava o grande desafio para o fortalecimento da nacionalidade, pois população doente = raça fraca = nação sem futuro”(SANTOS, 1985, p.204).

morte de Oswaldo Cruz (11-2-1918), realizou campanhas com o objetivo de alertar as elites políticas e intelectuais para as péssimas condições sanitárias e sociais do interior do Brasil, a intenção era sensibilizar os governantes para uma atuação mais efetiva de saneamento do interior do Brasil.

“*O Brasil é um imenso hospital*”, esta constatação foi feita pelo médico Miguel Pereira em discurso pronunciado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ) em um contexto marcado por debates de natureza nacionalista. Miguel Pereira criticava o deputado federal mineiro Carlos Peixoto,<sup>360</sup> que declarara estar disposto, em caso de invasão, a ir aos sertões convocar os caboclos para defender o país. Baseando-se no relatório da expedição científica organizada pelo Instituto Oswaldo Cruz, em 1912, Miguel Pereira mostrava a existência de um interior marcado pelo misto de doença e abandono, esta interpretação se distanciava da retórica ufanista que exaltava a produtividade das terras sertanejas e a vitalidade do homem sertanejo.

A expedição científica organizada pelo Instituto Oswaldo Cruz, em 1912, foi chefiada pelos médicos Belisário Penna e Arthur Neiva que, juntos percorreram o norte da Bahia, o sudoeste de Pernambuco, o sul do Pará, cruzando Goiás de norte a sul, entre abril e outubro de 1912 com o objetivo de conhecer e mapear o quadro nosológico destas regiões. Durante a viagem, com base em depoimentos, estudo de casos, observações, participações e fotografias, os médicos Belisário Penna e Arthur Neiva estudaram a fauna, flora, geografia, condições de vida e, sobretudo, procuraram compreender a incidência e a distribuição de determinadas doenças e a propor medidas profiláticas para seu combate (SÁ, 2009).

O relatório da expedição científica foi publicado em 1916 e constituiu um diagnóstico do quadro sanitário e social do Brasil. Esta *redescoberta do Brasil* mobilizou diferentes classes sociais, tais como: médicos, intelectuais e políticos, para a campanha do saneamento do interior. Além disso, sua publicação coincidiu com a difusão da medicina experimental, em que seus adeptos, embasados pela discussão sobre a formação do homem brasileiro e pelas teorias eugênicas, passaram a enfatizar as possibilidades de regeneração do homem do interior mediante a adoção de hábitos higiênicos considerados elementos indispensáveis para o aperfeiçoamento da raça humana.

---

<sup>360</sup> Miguel Pereira “lembrava que foi justamente no Estado natal desse deputado, na cidade de Lassance, que Carlos Chagas, em 1909, havia descoberto a doença que leva o seu nome- mal de Chagas ou tripanossomíase americana-; uma doença que idiotizava e debilitava milhões de brasileiros, tornando-os imprestáveis para o trabalho quanto para servir à pátria. A realidade sanitário-educacional de sanitário-educacional no interior do país desmentia a retórica romântico ufanista sobre o caboclo e o sertanejo” (HOCHMAN, 2012, p.65).

O relatório “Viagem Científica” começa com a apresentação dos dados climatéricos relativos às regiões percorridas, neste, analisa-se a quantidade de água nos reservatórios dos espaços percorridos, o problema da sede e da seca enfrentado pelos sertanejos, o índice pluviométrico e o processo de desertificação destas regiões. Os autores desmitificam a ideia corrente que exalta a fecundidade da terra, demonstrando a existência de amplos trechos visivelmente pobre em produtividade. O relatório é composto por um conjunto de observações científicas feitas sobre plantas venenosas, protozoários, vermes, carrapatos, insetos hematófagos, ofídios, aves, peixes, macacos, antas, onças, tatus e tamanduás. Não apenas os animais, mas também os parasitas que se encontram neles foram estudados pelos autores. Os autores articulam o estudo da fauna à comentários feitos com base numa extensa bibliografia nacional e estrangeira sobre o tema. Em suma, o relatório constitui uma obra riquíssima em termos de conhecimentos geográficos e biológicos do interior do Brasil.

O relatório também apresenta uma abordagem das condições sociais dos sertões, nesta abordagem, Penna e Neiva (1916) destacam aspectos de pobreza, falta de alimentos e dificuldades de acesso à água potável, tudo isto influía na degeneração da condição física dos habitantes, pois a falta de alimentação rica em nutrientes e o consumo de águas contaminadas repercutiam na constituição de um corpo físico debilitado. No campo social, os médicos observaram o problema do analfabetismo, presumido em 95%, e os problemas relacionados à ausência de meios de transporte e meios de comunicação que dificultavam a integração destes grupos humanos à nacionalidade, fazendo com que tais indivíduos fossem esquecidos e abandonados pelo restante do país. A ausência da autoridade pública, a apatia, a ausência dos símbolos do progresso, podiam ser verificados no fato de que os homens do interior praticamente desconheciam o uso da moeda em suas trocas comerciais. Além disso, o primitivismo, identificado na falta de observância das leis, e o uso da violência como recurso para a resolução dos conflitos, constituem alguns dos aspectos sociais abordados pelos autores.

As desigualdades sociais e a concentração de terras constituíram outro ponto de abordagem social feita pelos autores, grandes proprietários de terras formavam verdadeiros clãs compostos por serviçais, agregados e capangas, estes últimos, realizavam os procedimentos violentos a serem praticados a mando do coronel. Enfim, o banditismo era bastante comum em uma terra sem lei, sem justiça e sem a presença do Estado.

Em sua abordagem social dos sertões, os autores também descrevem as condições de habitação dos sertanejos como sendo verdadeiros focos de multiplicação de elementos patogênicos, como observamos na descrição abaixo:

Logo porém, que aparecem as palmeiras, desaparece como por encanto as casas de telhas para darem lugar a palhoça; no Piauí e Bahia a carnaubeira e a piassava são utilizadas para este fim; além deste material é muito comum habitações revestidas com a córtice do “*pau de casca*”(grifo do autor), espécie vegetal que não conseguimos identificar ao certo. Alguns barracões de maniçobeiros são cobertos com gramíneas e com um revestimento externo de barro, o que deve constituir excelente abrigo para triatomas...(PENNA & NEIVA, 1999, p.167).

Desta forma, o problema da saúde no Brasil relacionava-se diretamente com o problema social da habitação. As condições de habitação do homem sertanejo eram propícias à proliferação dos mosquitos, principalmente, o “barbeiro”, agente transmissor do *Tripanozoma Cruzzi* (Mal de Chagas). Sendo assim, as condições sociais e a saúde pública estavam estritamente ligadas. Para os sanitaristas, era importante modernizar as construções, enquadrando-as nos padrões modernos da arquitetura e da higiene.

Em relação à incidência de doenças, Penna e Neiva (1916, p.125), destacam, por exemplo, “que as formas nervosas da moléstia de Chagas foram encontradas em todo o percurso, principalmente em Goiás”. Dentre as modalidades da doença de Chagas, os autores destacam a incidência do bócio, especialmente em Goiás. No que se refere à ancilostomíase, os autores afirmam que esta se fazia presente em maior ou menor grau em todo o trajeto percorrido, sendo mais abundante em regiões onde predominava as águas, pois relaciona-se com a qualidade das águas consumidas pelos homens, que em muitas vezes estavam poluídas. Além disso, as condições de vida da população sertaneja dificultavam a profilaxia da ancilostomíase, na medida em que:

Mesmo entre as pessoas vivendo em melhores condições, as residências não possuem qualquer simulacro de fossa fixa e as dejeções são efetuadas ou lançadas em determinado recanto do quintal; como as larvas do *Necator americanus*, penetram através da pele, fácil é de supor-se, sabendo-se do costume principalmente das crianças de andarem descalças, a proporção de infecções a qual não atinge a intensidade verificada no sul do país, pelo fato das fezes se encontrarem mais expostas à temperatura acima de 37°, o que impede a evolução dos ovos”( PENNA & NEIVA, 1999, p.132).

A disfagia espasmódica, conhecida popularmente pelo nome “*mal de engasgo*”, “*entalo*” e “*engasgue*,” embora tenha predominado no Brasil Central, principalmente no Estado de Goiás, existia em toda parte do trajeto percorrido, como exemplifica em casos observados em São Raimundo Nonato (PI), Coracol (PI), Descoberto (GO), Duro (GO) e Petrolina (PE). No trajeto percorrido, os sanitaristas observaram que a malária constituiu o maior flagelo das zonas sertanejas, no qual a terapêutica constituía o uso do clorodrato de quinina. Outras doenças foram identificadas pelos sanitaristas: a tuberculose, sífilis, boubá, lepra, leishmaniose, moléstia de Heine-medin, difteria, filariose, carbunúculo, disenteria e epizootias. Neste cenário marcado pela incidência de doenças e epidemias, as péssimas condições de higiene corporal, a falta de higiene das habitações, o uso de águas contaminadas e a carência de alimentos contribuíam para a construção deste quadro sanitário negativo. Distante da visão idealizada do homem sertanejo, Penna e Neiva (1916) mostravam um povo abandonado, esquecido e, principalmente, doente. Na descrição do homem sertanejo, os médicos ressaltam os aspectos negativos, descrevendo-os como “povo ignorante, abandonado, isolado, com instrumentos primitivos de trabalho, desconhecendo o uso da moeda, tradicionalista e refratário ao progresso” (HOCHMAN, 2012, p.66). Esta imagem negativa dos *sertões* e de seus habitantes é, em grande parte, resultado do abandono em que viviam por descaso do Governo Federal, como enfatizam os autores do relatório:

Vivem eles abandonados de toda e qualquer assistência, sem estradas, sem polícia, sem escolas, sem cuidados médicos, nem higienicos (sic), contando exclusivamente com seus parquíssimos recursos, defendendo suas vidas e propriedades a bacamarte, sem a proteção de espécie alguma, sabendo da existência de governos por que se lhes cobram impostos de bezerros, de bois, de cavalos e burros (PENNA & NEIVA, 1999, p.132).

Para os sanitaristas, a responsabilidade pelo atraso, pobreza e doença do povo do interior seria do governo, e não mais a natureza, a raça ou do próprio indivíduo. O abandono da população do interior pelo governo deixa como legado as endemias rurais e suas trágicas conseqüências. Esta qualificação dos *sertões* como sinônimo de doença, abandono, atraso e ausência de identidade nacional constituiu um diagnóstico do interior do Brasil. Este diagnóstico dos *sertões* como um grande hospital serviu de base para as campanhas pelo saneamento do Brasil e embasou as lutas do movimento sanitarista em busca de uma atuação eficaz do Governo Federal na saúde e no saneamento básico nas vastas regiões do interior, tendo isto como mecanismo de construção de uma “identidade de ser brasileiro distinta daquela fornecida pela doença” (HOCHMAN, 2012, p.66).

Os sanitaristas denunciavam o estado de atraso em que vivia a população do interior, sem conhecimento do uso da moeda, sem escolas, sem estradas, sem médicos e instituições de saúde, sem rede de esgoto e sem sistema de abastecimento d'água. Estas denúncias também corresponderam a uma tentativa dos sanitaristas de lutar por uma modernização do Brasil que, na visão deles, seria efetivada com a introdução dos elementos e símbolos da modernidade no interior do país: escolas, rede de esgoto, sistema de abastecimento d'água, estradas etc. Deste modo, para Iranilson Buriti de Oliveira, *modernizar* significa:

Valoração do capital e do progresso, pela busca incessante do novo e pelo impulso de esquecer o passado, de sociabilizar-se com as normas atuais rompendo com as antigas, criando aversão a quase tudo que estivesse relacionado com o rural, o atrasado, o anti-higienico e o anti-científico (OLIVEIRA, 2002, p.23).

De acordo com os sanitaristas, era preciso modernizar o país, tirar do atraso as regiões que estavam abandonadas pelo governo federal, introduzir os símbolos da modernidade e do progresso nestas regiões esquecidas e ausentes da nacionalidade brasileira. Sanear também significava modernizar e civilizar o espaço e os sujeitos marcados pelos predicativos da doença, do atraso, da fome e da miséria, como podemos observar na imagem abaixo:



**Figura 9- Mulheres portadoras de bócio fotografadas pelos membros da “Viagem Científica”.** Fonte: NEIVA, Arthur; PENA, Belisário. Viagem científica: pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás. Ed. fac-sim. Brasília: Senado Federal, 1999.

Com base no diagnóstico do interior do Brasil, em que predominava a imagem do brasileiro como “indolente, preguiçoso e improdutivo porque estava doente e abandonado pelas elites políticas” (LIMA & HOCHMAN, 1996, p.15), o movimento sanitarista passou a lutar contra o determinismo racial e climático, e passou a reivindicar a remoção das endemias rurais, consideradas o principal obstáculo à redenção do povo brasileiro. Esta reivindicação dos sanitaristas baseava-se na concepção de que para, “redimir o Brasil seria saneá-lo, higienizá-lo, uma tarefa obrigatório dos governos” (LIMA & HOCHMAN, 1996, p.15).

Nos debates sobre a nacionalidade brasileira durante a Primeira Guerra Mundial, os intelectuais do movimento sanitarista passaram a criticar as teses dos determinismos raciais e climáticos<sup>361</sup> predominantes no século XIX, que creditavam à raça e ao clima *ostatus* de obstáculo à construção de uma nação civilizada, moderna e desenvolvida. Como podemos observar em um trecho do livro de Belisário Penna:

Não que ele [sertanejo] assim seja [miserável e doente] por influência da raça e do clima. Ele é, sobretudo, uma vítima indefesa da doença, da ignorância e da deficiência ou do vício de alimentação. Preserve-se das doenças, alimenta-se conveniente, dê-se-lhe instrução e a produção de seu trabalho” (1918: p.14)

Em suma, os intelectuais do saneamento se posicionaram contra a ideia fatalista da inviabilidade do Brasil e de seu povo e se aproximaram de autores como Manoel Bonfim e Alberto Torres, que nos primeiros anos do século XX lançaram novas abordagens sobre o Brasil e seu povo. Assim, os sanitaristas se inspiraram nas ideias de Alberto Torres, que, por exemplo, propôs a revisão dos princípios federalistas e o incentivo a pequena propriedade rural e, de Manoel Bonfim, que lançou um amplo projeto educacional (LIMA & HOCHMAN, 1996). Neste contexto, os intelectuais do sanitarismo apresentaram dois novos elementos para o debate sobre a nacionalidade: a doença como elemento característico do povo e o abandono do povo sertanejo, como já havia denunciado Euclides da Cunha, em seu livro “*Os Sertões*” (1902).<sup>362</sup> Fundamentados no retrato do Brasil feito pelas viagens científicas do Instituto de

---

<sup>361</sup> Nina Rodrigues (1862-1906), por exemplo, em “*As Raças Humanas e a Responsabilidade Penal no Brasil*,” (1894) procurou demonstrar que as raças inferiores (negros e mestiços) estavam submetidos a um determinismo racial, o qual inviabiliza os ideais de liberdade e igualdade colocados no estatuto jurídicos da constituição republicana. Sílvio Romero (1851-1914), principal expoente do branqueamento, em “*Cantos Populares do Brasil*” (1883), acredita na viabilidade de um futuro onde, através da mestiçagem, o sangue de negros e índios viesse a desaparecer por completo da sociedade, mesmo que, para isso, fosse preciso esperar por três ou quatro séculos (GIAROLA, 2010).

<sup>362</sup> Euclides da Cunha (1866-1909), em *Os Sertões*, fez a relação entre raça e clima. Na concepção euclidiana, a mistura racial no sertão teria sido um fator positivo, favorável à adaptação ao meio, sobretudo, através do sangue indígena. (GIAROLA, 2010).

Oswaldo Cruz, os médicos sanitaristas se opuseram as interpretações do Brasil que exaltavam o país, apresentavam uma imagem positiva do Brasil e outra fatalista, que acreditava na inferioridade racial.

Na interpretação ufanista do livro *Por que me ufano de meu país* (1900), o monarquista, Conde de Afonso Celso, apresenta um retrato positivo do Brasil, essa imagem positiva era compartilhada pela literatura romântica do século XIX, que exaltou a natureza e o homem brasileiro, exemplificada nas obras de José de Alencar, Bernardo Guimarães e Franklin Távora, que corroboram para a construção de uma visão indianista, sertanista e regionalista na ficção regionalista. Por outro lado, os sanitaristas criticavam os determinismos raciais, principalmente as imagens negativas do Brasil e do povo do interior, como as construídas por Monteiro Lobato e exemplificadas no personagem Jeca Tatu, considerado pelo seu idealizador como “funesto parasito da terra (...) homem baldio, inadaptável à civilização” (LOBATO, 1957, p.271). Os membros do movimento sanitarista, a partir do relatório da “Viagem Científica”, refutavam a ideia de que a raça era o fator determinante para constituição do aspecto doente e indolente do homem do interior, mas creditavam tal estado à ausência do Governo Federal nestas regiões do Brasil Central, a falta de saneamento básico e água encanada, a pobreza da população, a falta de uma alimentação adequada, a falta de condições de higiene e ao problema da habitação que, juntos, contribuíam para a disseminação de várias doenças entre a população sertaneja, tais como: o mal de Chagas e suas diversas modalidades, a febre amarela, a malária, a sífilis, a ancilostomíase e a disenteria.

A discussão sobre a regeneração da raça esteve estreitamente ligada com os debates envolvendo a eugenia, principalmente, a eugenia positiva. Segundo Diwan (2007), a Eugenia tem no evolucionismo de Charles Darwin um dos seus principais alicerces teóricos, Darwin, em seu livro *A origem das espécies por meio da seleção natural ou a preservação das raças favorecidas na luta pela vida*, apresenta resultados de sua pesquisa sobre a seleção natural, a sobrevivência e a luta pela vida entre os animais. Outros discursos científicos também contribuíram na construção da teoria eugênica, como o Darwinismo Social, baseado na ideia da seleção natural, que afirma que a evolução da sociedade estaria assegurada pela eliminação dos caracteres defeituosos, inferiores e mais fracos através das gerações. De acordo com Diwan, “na luta, na concorrência e na seleção, os caminhos para solucionar os problemas sociais deveriam visar, acima de tudo, ao triunfo do indivíduo superior para depois, aperfeiçoá-lo em busca do super-homem” (DIWAN, 2007, p.31). No contexto da Antropologia Criminal, destacam-se as descrições e deduções do italiano Lombroso, que se relacionavam com “a

evolução das espécies, hereditariidade, comportamento moral, anatomia, craniometria, loucura, grau de civilização, fealdade e cor da pele” (SILVA, 2003, p.29).

Francis Galton inaugurou a busca pela melhoria da raça sob o ponto de vista biológico. Diwan explica que a teoria evolucionista, a seleção natural e a grande polêmica com os cronistas cristãos despertaram Galton para o que se tornaria seu principal objeto de estudo: o aperfeiçoamento da raça. O objetivo da doutrina eugênica elaborada por Galton é selecionar os mais aptos e eliminar ou controlar os inaptos dentro de cada classe social. Detse modo, seria necessário criar históricos familiares, genealógicos e buscar características físicas que representassem os grupos sociais indesejáveis. A repercussão da eugenia no mundo pode ser percebida pela fundação do Comitê de Eugenia na Associação Americana de Reprodução (1905), nos Estados Unidos, da Sociedade Alemã para a Higiene Racial (1905), na Alemanha, e, finalmente da Sociedade de Educação Eugenista (1905), na Inglaterra (DIWAN, 2007). Diwan (2007) explica a existência de dois tipos de eugenia, a positiva e a negativa. Abaixo poderemos ver as definições destes dois tipos:

A eugenia elaborada por Francis Galton ficou conhecida como eugenia positiva, eugenia clássica ou mesmo eugenia galtoniana. Tinha por objetivo principal criar o “haras humano” povoando planeta de gente sã, estimulando o casamento entre os “bem dotados biologicamente” e desenvolvendo programas educacionais para a reprodução consciente de casais saudáveis, desencorajando casais com caracteres supostamente “inferiores” de procriar. No outro extremo, a eugenia negativa representava a radicalização dos métodos de aperfeiçoamento da raça. As medidas propostas pelos adeptos da eugenia negativa visavam prevenir os nascimentos dos “indesejáveis” biológica, psicológica e sociologicamente através de métodos mais ou menos compulsórios. A eugenia negativa postulou que a inferioridade é hereditária e a única maneira de “livrar” a espécie da degeneração seria através da esterilização eugênica (consentida ou não); da segregação eugênica (por exemplo, o confinamento em sanatórios); das licenças para realização de casamentos e das leis de imigração restritiva. Por definição, a eugenia negativa prevê também métodos como a eutanásia, o infanticídio e o aborto (DIWAN, 2007, p. 50).<sup>363</sup>

A eugenia no Brasil, na década de 1920, esteve relacionada aos discursos médicos higienistas, os quais enfatizavam a necessidade de curar os males do país. De acordo com os parâmetros da eugenia positiva, os preceitos eugênicos destacavam que era preciso prevenir a sífilis, a tuberculose e o alcoolismo, fatores considerados ‘degenerativos’ que contribuíam para o empobrecimento, a miséria e a loucura. Estes princípios iam de encontro aos discursos

---

<sup>363</sup> Em nome da pureza da raça aariana, a Alemanha Nazista adotou os métodos da eugenia negativa, tirando a vida de milhões de pessoas de diferentes grupos étnicos e religiosos, adultos e crianças.

higienistas, que lutavam em prol do saneamento do Brasil. Isto, porque, como bem ressalta Nancy Leys Stepan em *Eugenia no Brasil* (2004), a eugenia no Brasil constituiu uma abordagem mais sociológica que biológica. Baseando-se não nas concepções mendelianas de genética, mas nas ideias de neolamarckianas.<sup>364</sup>

O movimento eugênico brasileiro adotou um estilo otimista da eugenia, acreditando na possibilidade da regeneração da raça. Desta forma “estrutural e cientificamente, a eugenia brasileira era congruente, em termos gerais, com as ciências sanitárias, e alguns simplesmente a interpretavam como um novo ramo da higiene” (STEPAN, 2004, p. 348). Além disso, o estilo neolamarckiano da eugenia era também congruente com a moralidade tradicional, o que o tornava ainda mais atraente no Brasil. Como estilo neolamarckiano, a eugenia mantinha “abertas as possibilidades e um lugar para a ação moralizadora, encaixava-se bem na doutrina católica e permitia a fusão das linguagens moral e científica. Pobreza, doenças venéreas e alcoolismo podiam ser vistos como produtos tanto de condições sociais como escolhas morais”(STEPAN, 2004, p. 349).

Segundo Stepan (2004), os eugenistas brasileiros não distinguiram natureza e cultura, imaginavam vários tipos de reformas sanitárias capazes de melhorar a ‘adequação sanitária hereditária’ e, por conseguinte, eugênica. Para os médicos, a eugenia tinha o atrativo de ser uma extensão do heróico trabalho de figuras como Oswaldo Cruz e Carlos Chagas pela redução do índice alto de mortalidade infantil entre os pobres e das condições insalubre das massas. Deste modo, a eugenia tornara-se metáfora para a própria saúde.

Com bem cita Stepan (2004), os fundamentos neolamarckianos dos eugenistas brasileiros eram disfarçados por sua constante referência a Galton, como pai da eugenia, e a Mendel, e pela ausência de referências diretas a Lamarck. No entanto, o tipo de eugenia defendida no Brasil relacionava-se com a ideia de que “sanear é eugenizar”, evidenciando-se desta forma, a intrínseca relação entre eugenismo e higienismo, isso porque havia uma compatibilidade do estilo neolamarckiano da eugenia brasileira com o saneamento e não necessariamente com o tipo de eugenia defendida por Galton. Neste sentido, no Brasil assim como França, os pontos de vista neolamarckianos sobre a eugenia permitiram que se

---

<sup>364</sup> Segundo Stepan (2004) a conciliação da genética ao estilo neolamarckiano com a linguagem do moderno mendelismo não era atípica nessa época. A redescoberta de Mendel forçara os lamarckianos a concentrarem e limitarem o foco da herança dos caracteres adquiridos. Com frequência, os lamarckianos aceitavam as leis da hereditariedade de Mendel, deixando, no entanto, um espaço para a noção de que de alguma forma a influencia do meio poderia alterar permanentemente o plasma germinativo. As linguagens dos dois tipos de hereditariedade confundiam-se, permitindo que os eugenistas se associassem ao mendelismo, ou que usassem as árvores genealógicas mendelianas para estudo da hereditariedade nas famílias, ou a teoria do cromossomo e a ideia de gene, sem abandonarem sua enraizada crença de que pelo menos algumas características adquiridas seriam hereditárias.

forjassem alianças entre eles e as organizações públicas mais amplas de saneamento e higiene. No Brasil, por exemplo, “a eugenia neolamarckiana trouxe aliados do movimento de saneamento rural, como Belisário Penna..”(STEPAN, 2004, p. 349).

A regeneração do Jeca Tatu exemplifica a estreita relação entre sanitarismo e eugenia, o sanitarismo seria o caminho a seguir para a concretização do principal objetivo da ciência eugênica, a regeneração da raça, como sintetiza Kehl, “instruir é eugenizar, sanear é eugenizar” (KEHL, 1923, p.20). A partir do contato com o movimento sanitarista, ocorre a regeneração do Jeca Tatu, como bem expressa Monteiro Lobato –“O Jeca não é assim, está assim “- desfazendo a imagem fatalista do povo brasileiro construída pelas teorias deterministas que condenavam a raça. Absolvido pela medicina moderna, o Jeca, assim como o povo sertanejo, poderiam ser redimidos e regenerados pelos conhecimentos e métodos da medicina moderna em termos de terapêutica e profilaxia.

Como bem expressam Trindade e Hochman (1996), a ressurreição do Jeca Tatu exemplifica o poder da ciência médica na transformação dos sujeitos e da sociedade como um todo, antes, opilado, improdutivo e preguiçoso, o Jeca se transforma em um homem produtivo e sadio mediante a aplicação dos conhecimentos da ciência médica, como podemos identificar nas imagens abaixo:



**Figura 10-** A casa do Jeca Tatu antes e depois do saneamento. Monteiro Lobato. Ilustrações publicadas na 2ª edição do livro *O saneamento do Brasil* de Belisário Penna em 1923.

Belisário Penna, um dos mais importantes sanitaristas do período, passa a liderar a campanha pelo saneamento do Brasil e, mais especificamente, a do interior. Esta campanha, iniciada em 1916, é ampliada em 1918, com a criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil. O tema do saneamento passa a configurar como um dos mais expressivos nos jornais e no cenário político nacional, sendo motivo de acirrados debates no Congresso Nacional, afinal, a campanha pelo saneamento trouxe para a arena do debate importantes discussões como: identidade nacional, princípio federativo, sociedade, mortalidade infantil e endemias rurais.

Para Belisário Penna, os males do Brasil são as misturas de raças, mas o binômio *doença e abandono* em que vive a população. Isso pode ser visualizado em discurso pronunciado quando esteve na Capital paraibana para receber o título de sócio benemérito da Sociedade Medicina e Cirurgia da Paraíba em 1927:

Falou da sua experiência no momentoso assumpto, reafirmando que as qualidades do trabalhador nacional eram em nada inferiores aos das raças estrangeiras. O nosso mal reside todo nas endemias que nos minam o organismo. Esse juízo fora o seu muito antes de proclamado pela autoridade de Miguel Pereira. Neste último, que se tornou clássica, chamando *o Brasil de um vasto hospital* era rigorosamente exacta, por que a palavra hospital sugere a idéia de assistência e caridade, que quasi não existe em nosso país, em face da grande parte da população assaltadas pelas doenças.<sup>365</sup>

De acordo com Penna, o maior problema do Brasil não é a raça, o trabalhador brasileiro não é inferior ao estrangeiro, nossos trabalhadores tinham qualidades semelhantes as das raças estrangeiras. Para Penna, o nosso maior mal reside na presença das doenças que reinam endemicamente no território e que mimam as forças do trabalhador, reduzindo sua força física, sua produtividade, gerando prejuízos para a economia e, conseqüentemente, para o progresso e para a modernização do Brasil. Penna corrobora da frase de Miguel Pereira de que *o Brasil é um vasto hospital*, pois, o termo hospital sugere que assistência médica no Brasil praticamente não existia, assim afirma o autor. Diante desta realidade, Belisário Penna se colocava defensor da educação sanitária e do saneamento moral enquanto elementos importantes para a construção da grandeza da pátria, assim observamos abaixo:

Eu prego e continuarei a pregar a necessidade, cada dia mais evidente, do saneamento físico da nossa gente, da sua educação sanitária, da defesa da nossa terra contra os elementos naturais de insalubridade, como elementos básicos do povoamento útil, da riqueza efetiva, da moralidade, do

---

<sup>365</sup> Dr. Belisário Penna. **A União**, 10 de abril de 1927.

saneamento moral, do civismo, do amor ao Brasil, sem preferências regionais, mesquinhas e destruidoras do sentimento de pátria.<sup>366</sup>

A frente da Liga Pró-Saneamento do Brasil, Belisário Penna publica seu livro *O saneamento do Brasil*, na obra, o autor apresenta as propostas do saneamento dos sertões, embasado na imagem do interior do Brasil presente no Relatório Neiva-Penna de 1912. Segundo Penna (1918), as estatísticas sobre as endemias rurais eram as seguintes: o amarelão que atacava 70% da população; a malária que vitimava 40% da população e a doença de Chagas que confirmava 15% no diagnóstico dos males do Brasil, presente no Relatório Neiva-Penna. Este diagnóstico confirmava a imagem dos *sertões* como um grande hospital, mas um hospital de pobres e doentes, como enfatiza Belisário Penna em *O saneamento do Brasil*:

Não esmoreça o eminente professor na patriótica campanha iniciada e conte com a colaboração de todos aqueles que não se deixam mais iludir pelas fantasias e devaneios mentirosos de romancistas e poetas, descrevendo os nossos sertões como pedaços de terra da promessa, onde reinam a fartura, a saúde e a alegria, quando ao contrário são eles em geral, a sede da miséria, da doença, da tristeza e do aniquilamento físico e moral do homem....(PENNA,1918, p.8).

Diante desta realidade, Belisário Penna e outros sanitaristas enfatizaram o combate as principais endemias rurais, tais como: doença de chagas, ancilostomíase e malária, pelo Governo Federal. Para Penna, “só o poder central possuía os instrumentos necessários para sobrepor-se à inação ou à resistência oligárquica, e promover campanhas pelo saneamento em todo o território nacional” (SANTOS, 1985), sendo isto através da unificação e centralização dos serviços de saúde pública. As políticas de saúde e de saneamento só poderiam ser implementadas se ocorresse uma mudança nas regras do jogo político que permitisse ao governo central assumir o controle do sistema de saúde pública em todo o país (SANTOS 1985). Belisário Penna era crítico ferrenho do federalismo, a quem culpava pelos males que atingiam a população brasileira, para ele, a autonomia das unidades federativas implicaria “distintas e incompletas práticas judiciais, administrativas, de educação e saneamento em diferentes regiões do país, minando qualquer possibilidade de solidariedade e cooperação” (HOCHMAN, 2012, p.71). Na concepção dos sanitaristas, a doença seria resultado da

---

<sup>366</sup> Carta de despedida de BP do Serviço de Profilaxia Rural, jan. 1923, p.2.Arquivo Belisário Penna. Fundação Oswaldo Cruz.

ausência do poder público e da descentralização das políticas públicas, em que estados e municípios careciam de recursos financeiros para promover a saúde e o saneamento.<sup>367</sup>

O diagnóstico do Brasil como sinônimo de grande sertão e vasto hospital marcado pela presença da doença, da pobreza e do abandono, serviu de estímulo para a participação de um grande número de intelectuais na *Liga Pró-Saneamento do Brasil*, fundada em 1918, com o objetivo de agitar a bandeira do saneamento. Os intelectuais reunidos na Liga passaram a reivindicar políticas de saneamento como instrumento de recuperação e integração do país. Os missionários do saneamento se dedicavam a fazer palestras e demonstrações de ações de prevenção e educação higiênica, apresentar estatísticas sobre o quando sanitário do país, escrever livros e artigos sobre o tema, fazer propaganda onde quer que encontrasse espaço e acolhida, além de publicar um periódico oficial denominado *saúde* (HOCHMAN, 2012). Segundo Santos, o programa lançado pelo movimento sanitaria e sintetizado por Belisário Penna em *O saneamento do Brasil*, previa:

a) intervenção crescente do Estado no setor da saúde pública; b) elaboração de novo código sanitário para todo o país; c) divisão do Brasil em oito zonas sanitárias; d) criação de tribunal federal especial para tratar de questões decorrentes da aplicação da nova legislação; e) seleção de uma epidemia em dois municípios de cada estado durante a fase inicial de saneamento do país (1985, p. 199).

Para lutar pela implementação do programa proposto, Belisário Penna e outros sanitaria da Liga Pró-Saneamento do Brasil realizaram entre 1918 e 1920: a distribuição de vinte mil exemplares do panfleto *Opilação ou amarelão*, mais palestras e preleções de higiene em escolas, quartéis, praças públicas. Publicação mais de cem artigos em revistas e jornais e a prestação de serviços profissionais gratuitos (HOCHMAN, 2012, p.76). Esta campanha pelo saneamento do Brasil ganha importantes adeptos, como os jornais *O País* e o *Correio da Manhã*, do Rio de Janeiro, que deram ampla cobertura ao movimento através da publicação de artigos dos principais autores da Liga Pró-Saneamento do Brasil. Segundo Lima e Hochman (1996), temas como a profilaxia rural, a mortalidade infantil, as epidemias e as soluções institucionais para a redenção do país, aparecem frequentemente na imprensa, além da repercussão do debate legislativo em torno da proposta de criação de um Ministério da

---

<sup>367</sup> Para esses sanitaria, as doenças transmissíveis, que se alastravam pelo país, inviabilizavam uma ação descentralizada, comandada ao sabor dos desígnios das oligarquias locais. Nas suas argumentações em defesa da necessidade de centralização e coordenação das ações de saúde, alguns expoentes do movimento observavam que, mesmo que um estado ou município levasse a efeito um plano eficaz de solução dos problemas verificados em sua área, seus habitantes ainda continuariam expostos às ameaças provenientes de outras regiões vizinhas onde o problema não tivesse recebido a mesma atenção por parte das autoridades (HOCHMAN, 1998).

Saúde Pública, centralizando parte considerável dos serviços de saúde. Além da imprensa e de amplos setores da classe média urbana, como intelectuais, juristas e políticos, o movimento sanitaria conquista o apoio da Academia Nacional de Medicina (ANM), uma das instituições médicas que veicula o pensamento das elites médicas do período. Esta instituição nomeia uma comissão de notáveis<sup>368</sup> para estudar e apresentar propostas para o saneamento do interior do Brasil, dentre as quais situam:

A principal conclusão foi, que para sanear o interior, considerando o caráter técnico do empreendimento, a complexidade do País, a disseminação das endemias e o nível de infestação da população da população era necessário conceder autonomia aos serviços de saúde pública. Aconselhava a criação do Ministério da Saúde Pública, constituído pela fusão dos vários serviços de higiene e assistência pública, dotado de uma regulamentação que o fortaleça na sua missão e entregue a um profissional de indiscutível competência (LIMA & HOCHMAN, 1996, p.134).

A comissão sugeriu a criação de um Conselho de Higiene em caso de inviabilidade da criação do Ministério da Saúde Pública, “com atribuições de coordenar as ações de saúde e saneamento, desde que garantida a sua autonomia política, técnica, financeira e administrativa” (LIMA & HOCHMAN, 1996, p.134). Tendo em vista as propostas da classe médica para o saneamento dos sertões, iremos analisar a seguir as respostas do Governo Federal ao movimento sanitaria em termos de legislação, programas e métodos de atuação.

#### **4. 2 As Reformas da Saúde na Primeira República**

Os diversos problemas diagnosticados do interior do Brasil, tais como: doenças, abandono, pobreza serviram de estímulo às campanhas pelo saneamento empreendidas por médicos, instituições médicas, outros profissionais de saúde, políticos, intelectuais e membros da imprensa. Em resposta às demandas colocadas pelas campanhas sanitarias, o governo federal publicou dois decretos que constituíram o marco inicial e os efetivos passos do governo em questão de saúde e saneamento. O primeiro decreto, o n. 13.000, de 1 de maio de 1918,<sup>369</sup> baseado nas recomendações da ANM, criava o Serviço de Medicamentos Oficiais,

---

<sup>368</sup> Segundo Lima & Hochman (1996, p.32-33), os membros da comissão eram: Miguel Couto, Miguel Pereira, Carlos Seidel, Afrânio Peixoto, Carlos Chagas e Aloysio de Castro.

<sup>369</sup> Este decreto e o outro n. 13.055 de 6 de junho de 1918, foram modificados e ampliados pelo decreto n. Decreto n. 13.159 de 28 de agosto de 1918, sobre medicamentos oficiais. Este decreto atende a um dos anseios dos sanitaria que era o combate ao impaludismo que grassava endemicamente no interior como constatara em

“por intermédio do qual o Governo Federal compraria a quinina; através do Instituto Oswaldo Cruz, fabricaria comprimidos e injeções e os venderia ou distribuiria para o tratamento da malária”(HOCHMAN, 2012, p.114). O segundo decreto, o n. 13.001, de 1 de maio de 1918, lançava as bases para a construção dos serviços federais de saneamento nos estados, postos de profilaxia da malária e ancilostomíase no Distrito Federal e nas áreas limítrofes. A partir deste decreto foram assinados os primeiros contratos entre o governo federal e governos estaduais para o combate as endemias rurais, em contrapartida, os governos estaduais deveriam arcar com parte das despesas empreendida com a construção e manutenção dos postos.

Em meio às campanhas pelo saneamento e os debates sobre os limites e responsabilidades do governo no campo da saúde, ocorreu a epidemia da gripe espanhola ou *influenza* no cenário mundial. As repercussões desta epidemia no Brasil acirraram os debates em torno dos órgãos federais e de seus dirigentes. As críticas recaíam sobre as incompetências dos dirigentes, a falta de recursos para o setor e a demora em agir. Fatores como a grande mortalidade dos infectados nas cidades brasileiras,<sup>370</sup> a desorganização social das cidades, o encarecimento dos produtos de subsistência, a falta de medicamentos, e a incapacidade dos governantes para responder a uma doença pouco conhecida na época motivaram o debate público em torno das competências do estado no âmbito da saúde e do saneamento na imprensa nos círculos médicos e no Congresso Nacional. A morte de Rodrigues Alves, vitimado pela gripe e reeleito em 1 de março de 1918 para um segundo mandato, aumentou a sensibilidade dos parlamentares quanto às necessidades de reorganização dos serviços sanitários, uma vez que, a incidência em várias localidades do país, desnudou as fragilidades e ineficiências dos serviços mantidos pelos governos estaduais. Além disso, a morte de personalidades da política nacional e de seus parentes demonstrou que, diante da doença, todos pareciam ser iguais.

A ameaça de surtos de febre amarela no norte e nordeste do Brasil, logo após o fim da epidemia de gripe, revelou-se uma preocupação para as autoridades sanitárias, principalmente, na relação de interdependência com os estados de outras regiões, pois, sua transmissibilidade

---

sua viagem científica Belisário Penna e Arthur Neiva. A legislação estabelecia que “são considerados oficiais os medicamentos específicos que se destinem ao combate das doenças endêmicas e epidêmicas e forem vendidos pelo Estado”(art. 1º). Segundo a lei a manipulação e a difusão dos medicamentos no país competem ao Instituto Oswaldo Cruz(art. 3º). A quinina oficial será difundida no Brasil por meio de depósitos, em diversas regiões, destinados á venda do medicamento (art. 11º) e o preço dos preparados da quinina oficial será o da menor moeda divisionária acima do custo de produção( art.14º).

<sup>370</sup> No Rio de Janeiro, calcula-se que entre 8.000 a 12. 000 mortos entre outubro e novembro de 1918 (FONTENELLE, 1922, p.59). Em São Paulo, 65% da população foi infectada, dos quais cinco mil mortos (BERTOLLI FILHO, 2003). Em Parahyba do Norte ocorreram 209 óbitos entre os meses de outubro a dezembro de 1918.

além das áreas limítrofes dos estados exigia uma ação mais centralizada e mais abrangente por parte do governo federal. A intervenção federal em casos de incidência endêmica da febre amarela se tornou desejável para “algumas unidades da federação que não tinham recursos materiais e técnicos para resolver seus problemas sanitários, assim como para aquelas que, mesmo dispondo desses recursos, se viam ameaçadas pelas péssimas condições sanitárias de outros estados” (HOCHMAN, 2012, p.114). Em suma, o episódio da gripe espanhola e a permanente ameaça da febre amarela desnudaram os problemas sanitários existentes na maioria das unidades da federação, que se mostraram incapazes de responder as demandas colocadas pelos eventos de natureza epidêmica. Na maioria dos estados, os problemas financeiros e técnicos impediam a efetivação das medidas sanitárias.

Diante das fragilidades dos serviços sanitários estaduais, o movimento sanitário, notadamente intervencionista e estático, apostava na centralização das ações de saúde e de saneamento, isso porque considerava que os estados não dispunham de recursos e de competência técnica para resolver seus problemas sanitários. Nesta perspectiva, a comissão designada pela Academia Nacional de Medicina, para estudar e propor um projeto que norteasse a atuação do governo federal neste setor recomendava a criação de um Ministério da Saúde Pública que unificasse os vários serviços de saúde que estavam dispersos nos ministérios do “Ministério da Justiça e Negócios Interiores (a quem cuidava da estrutura da DGSP), da Agricultura e da Fazenda (ambos com laboratórios para a fiscalização de alimentos), e da Viação (Rede de esgotos do DF)” (HOCHMAN, 2012, p.118-119).

Prevendo as dificuldades para a criação deste ministério, “a comissão sugeriu como recurso provisório a criação do Conselho Superior de Higiene, que teria como atribuição coordenar as ações de saúde e saneamento em todo o país” (HOCHMAN, 2012, p.113). Foi justamente a proposta da criação do Ministério da Saúde Pública que acirrou os debates no legislativo federal, pois, primeiro, a centralização dos serviços sanitários poderia ferir o princípio federalista da constituição de 1891, que concedia autonomia aos estados para organizar e implantar seus serviços de saúde e sanitários, segundo, a intervenção federal nos estados só poderia ocorrer em casos de calamidade pública. No entanto, os defensores da centralização das ações de saúde e de saneamento, alegavam que a presença das endemias e a ameaça constante das epidemias constituíam um cenário de calamidade pública que justificaria a intervenção federal. Dentre os defensores da proposta de criação do Ministério da Saúde, estava o médico e deputado federal Azevedo Sodré (RJ), que, de acordo com Hochman, “lançou um projeto propondo a criação do Ministério da Saúde, no entanto, seu

projeto recebeu parecer negativo nas Comissões de Finanças e de Saúde Pública da Câmara dos Deputados” (HOCHMAN, 2012, p.118 e 12). Este deputado foi um dos mais articulados em prol dessa proposta, sendo “o mais destacado propagandista do movimento de saúde pública na Câmara Federal” (SANTOS, 1985, p.206).

Em meio às discussões sobre a constitucionalidade da criação do Ministério da Saúde e da intervenção do Governo Federal nos estados em questões de saúde e de saneamento, foi publicado o decreto n. 13.358 de 9 de abril 1919, que criava o Serviço de Profilaxia Rural (SPR), “que representaria em pouco tempo, na área da saúde, o instrumento de atuação do governo federal nos estados do Nordeste” (SANTOS, 1985, p.205). O Serviço de Profilaxia Rural (SPR) visava, sobretudo, o combate “as tres grandes endemias dos campos uncinariose, impaludismo e doença de Chagas - além das outras entidades morbidas que reinam no paio com character epidemico ou endemico.”<sup>371</sup> Este serviço deveria ser feito com recursos exclusivos do governo federal nos territórios do Distrito Federal e do Acre, e nos demais estados a sua execução dependia da contribuição financeira destes.<sup>372</sup> A contrapartida financeira dos estados que solicitassem os serviços da SPR deveria ser a metade ou dois terços das despesas anuais.<sup>373</sup>

A intervenção do Governo Federal no campo da saúde e do saneamento tornou-se mais intensa no Governo Epitácio Pessoa (1919-1922). A eleição de Epitácio Pessoa foi considerada uma “fórmula de compromisso” (CARONE, 1974), pois, o paraibano, comandante de uma oligarquia não central no cenário nacional, eleito com o apoio dos estados das oligarquias centrais de Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul, foi considerado pelos políticos desses estados “um atraente candidato de compromisso, no momento em que o seu idoso oponente, o indomável Rui Barbosa- que concorria pela segunda vez- estava em fim de carreira” (LEWIN, 1993, p.280). A escolha de Epitácio Pessoa deveu-se aos impasses sobre a escolha de um sucessor presidencial, esta crise de sucessão “foi precipitada pela morte do presidente eleito, Francisco de Paula Rodrigues Alves ”(LEWIN, 1993, p.280). Diante das pretensões de Rui Barbosa de obter a indicação oficial, os políticos daqueles estados mais poderosos compreenderam que, se não entrassem em acordo sobre um candidato, a sua omissão estaria dando a eleição a Rui. “Essa situação explica a indicação de Epitácio feita

---

<sup>371</sup> Decreto nº 13.538, de 9 de Abril de 1919: Reorganiza o serviço de prophylaxia rural. Art. 1º. Diário Oficial da União - Seção 1 - 13/4/1919, Página 4982 (Publicação Original).

<sup>372</sup> Idem, art.2º.

<sup>373</sup> Idem, art.4º

pelo senador Raul Soares, em nome do Estado do Estado de Minas Gerais” (LEWIN, 1993, p.280).

Epitácio Pessoa, logo que assumiu o cargo procurou implementar seu programa de ajuda federal contra a seca no Nordeste, este programa, rebatizado como IFOCS “tornou-se o preço que os cafeicultores tiveram de pagar- ainda que apenas durante o seu mandato- para, através da eleição de Epitácio, manter a sua precária política do café-com-leite”(LEWIN, 1993, p.281). Esta política federal de construção de obras contra as secas, tais como açudes, estradas e portos, foi, em grande medida, responsável pela ampliação das políticas de saneamento nestas regiões, que se fizeram necessárias diante da ameaça que constituíam a malária e a febre amarela para os empregados das empresas norte-americanas contratadas para a execução das obras.

Em mensagem enviada ao Congresso Nacional em maio de 1920, Epitácio Pessoa, em consonância com o diagnóstico dos males do Brasil feito pelos sanitaristas e, principalmente, convicto da necessidade de reforma sanitária, justifica a atuação do governo neste setor com a criação do Departamento Nacional de Saúde (D.N.S.P), subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, sob o Decreto n. 3.987 de 2 de janeiro de 1920. Segundo o Presidente da República, a criação do D.N.S.P tornou-se imprescindível, pois:

Tais serviços não podiam continuar subordinados a uma simples diretoria, com atribuições limitadas ao Distrito Federal, sem recursos necessários para levar auxílio necessário aos Estados em caso de epidemia. Acresce que, do ponto de vista administrativo, não se compreende a dualidade ainda existente aqui de serviços de higiene federal e municipal, sem resultado prático e provocador de freqüentes conflitos de atribuições. O Departamento Nacional de Saúde Pública vai em breve reunir, sob uma direção única, os serviços até agora desempenhados pela União e pela Prefeitura. Dentro de poucos dias, estará publicado o respectivo regulamento, e o Governo ficará aparelhado para solver o problema sanitário e hospitalar nesta Capital e nos Estados que solicitarem o seu auxílio.<sup>374</sup>

O novo Departamento, segundo o Presidente da República Epitácio Pessoa, constituía um organismo que “compreenderá, em todas as suas modalidades, nesta capital e nos estados, a profilaxia contra as doenças transmissíveis, a inspecção médica, a profilaxia rural, a assistência infantil e hospitalar, o exame químico dos gêneros alimentícios e os fornecimentos de soros, vacinas e outros produtos etiológicos.”<sup>375</sup> Pelo Decreto n. 3.987 de 2 de janeiro de

---

<sup>374</sup> PESSOA, Epitácio. Mensagem apresentada ao Congresso Nacional na abertura da Terceira Sessão da Décima Legislatura pelo Presidente da República Epitácio Pessoa. Rio de Janeiro, 1920,p.106-107.

<sup>375</sup> Idem, p.106.

1920, identificamos que o DNSP contava com uma diretoria-geral (este diretor deveria ter formação em medicina e deveria ser nomeado diretamente pelo presidente da República)<sup>376</sup> e três diretorias: a *Diretoria dos Serviços Sanitários Terrestres na Capital Federal*, responsável pelos seguintes serviços: a) polícia sanitária dos domicílios locais e logradouros públicos ;b) serviços de profilaxia contra as doenças transmissíveis; c) serviço especial contra a tuberculose; d) serviço de fiscalização dos gêneros alimentícios, do comércio do leite e das carnes abatidas; e) fiscalização do exercício da medicina, arte dentária e obstetrícia, no que for inerente á capacidade legal; f) fiscalização de todas as vacinas, soros, culturas atenuadas e quaisquer outros produtos biológicos, assim como de preparados farmacêuticos colocados no mercado; g) laboratório bacteriológico e outros laboratórios de análises destinados a execução de serviços determinados nos itens anteriores. A *Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial*, compreendendo os seguintes serviços: a) polícia sanitária marítima e fluvial internacional e inter-estadual; b) serviço sanitário dos portos; c) inspeção dos imigrantes e de outros passageiros que se destinem a quaisquer portos da Republica; d) vacinação e revacinação dos passageiros nos portos do país; e) vigilância sanitária das cidades marítimas e fluviais no portos da Republica, para os efeitos das medidas de profilaxia internacional e inter-estadual, e, por fim, a *Diretoria do Saneamento e Profilaxia Rural*, compreendendo os seguintes serviços: a) serviço de profilaxia destinado a combater as endemias rurais nos Estados, nas zonas rurais do Distrito Federal e do Território do Acre; b) combate ás epidemias em quaisquer regiões do país. c) propaganda dos preceitos de higiene rural e educação profiláticas das populações do interior da Republica; d) execução nos Estados e no Território do Acre das medidas de profilaxia e de higiene geral; e) promover acordo com os Governos

---

<sup>376</sup> DECRETO N. 3.987 DE 2 DE JANEIRO DE 1920, Reorganiza os serviços da Saúde Publica. Art. 2º. E, ainda, segundo este decreto em seu artigo primeiro, o DNSP abrangeria as seguintes atividades: a) serviços de higiene no DF, profilaxia geral e especifica das doenças transmissíveis, a polícia sanitária das habitações privadas e coletivas, das fabricas, das oficinas, dos colégios, dos estabelecimentos comerciais e industriais, dos hospitais, casas de saúde, maternidade, matadouros, mercados, lugares públicos, hotéis, a fiscalização dos gêneros alimentícios; b) serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais; c) a profilaxia rural no DF, nos Estados e no Território do Acre, e nos Estados, mediante acordo; d) o estudo da natureza, etiologia, tratamento e profilaxia das doenças transmissíveis, bem como quaisquer pesquisa científicas que interessem a Saúde Publica;e) fornecimento de soros, vacinas, e de outros produtos etiológicos que se destinem ao combate de epidemias em quaisquer regiões do país, e a fiscalização do preparo daqueles produtos em institutos elaboratórios particulares;f) fornecimentos dos medicamentos oficiais por intermédio do Instituto Oswaldo Cruz;g) o exame químico dos gêneros alimentícios de procedência nacional e dos estrangeiros importados para o consumo; h) a inspeção medica de imigrantes e de outros passageiros que se destinem aos portos da Republica; i) assistência aos doentes que, no DF, devam ser isolados; j) a organização' das estatísticas demográfica- sanitárias e a publicação dos boletins respectivos;k) fiscalização dos esgotos e o da construção de novas redes no DF; l) fiscalização de produtos farmacêuticos de soros, vacinas e quaisquer outros produtos biológicos, expostos á venda; m) a organização do Código Sanitário, que será submetido á aprovação do Congresso Nacional.

estaduais e municipais no sentido de facilitar a realização dos serviços de higiene, e especialmente os de combate às endemias nas cidades e nas zonas rurais do interior do país.<sup>377</sup>

A criação do D.N.S.P representou uma alternativa importante para os sanitaristas, diante da impossibilidade de criação, no período, de um Ministério da Saúde. Para Gilberto Hochman “esse novo departamento inaugurava uma nova etapa no desenvolvimento das políticas de saúde pública e de saneamento no Brasil” (HOCHMAN, 2012, p.136), isso porque muitas das aspirações do movimento sanitaria foram alcançadas com a criação do departamento, principalmente as que se referiam à centralização das instituições, serviços e atribuições no âmbito da saúde e do saneamento em um único órgão ou departamento. Além disso, importantes militantes do movimento sanitaria foram alçados aos principais postos da nova instituição:

Carlos Chagas, que tinha sido nomeado para a DGSP, em 1º-10-1919, e participara ativamente da negociação no Legislativo, foi indicado para ser o diretor-geral do novo Departamento, acumulando com a direção do Instituto Oswaldo Cruz. O líder da Liga Pró-Saneamento, Belisário Penna, delegado de saúde da antiga DGSP, assumiria, justamente, a Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural. Já Raul de Almeida Magalhães, que trabalhara com Penna nos postos de profilaxia no DF, foi nomeado para a Diretoria de Serviços Sanitários Terrestres. Teófilo Torres e Plácido Barbosa são outros dois nomes que assumiram cargos em Inspetorias do DNSP (HOCHMAN, 2012, p.139).

Para os sanitaristas, a criação desta agência federal de saúde significou a oportunidade de pôr em prática suas ideias, métodos e propostas de saneamento. Neste sentido, a Liga Pró-Saneamento declarou encerradas suas atividades naquele momento, na medida em que, na percepção de seu líder, o seu programa tinha sido adotado pela nação (PENNA, 1923). Contudo, a criação deste importante órgão não sinalizou o fim dos conflitos e debates em torno do saneamento rural, apenas, como bem explica Gilberto Hochman, “a contenda em torno da autoridade federal ganhou uma outra qualidade, justamente com a ampliação de seus poderes, a partir de 1920”(HOCHMAN, 2012, p.139).

O decreto n. 13.538 de 9 de abril de 1919, que ampliava e reestruturava o Serviço de Profilaxia criado em 1918, enfatizava que as ações de combate as endemias e epidemias no território do Acre e no Distrito Federal continuavam sob a responsabilidade da União, contudo, as inovações do decreto residiam no relacionamento do governo federal com os estados. Neste relacionamento, o decreto estabelecia-se os convênios entre a União e os

---

<sup>377</sup> Idem, art. 3º.

estados. Tais acordos deveriam resultar de atos voluntários dos governos estaduais e as despesas decorrentes dos serviços deveriam ser repartidas por ambas as partes. Este serviço priorizava o combate às endemias rurais, dentre as quais: a malária, a ancilostomíase e a doença de Chagas. O serviço contra lepra deveria ser instituído sob regras especiais, conforme o primeiro artigo do decreto. É importante ressaltar que, “alguns serviços federais organizados para combater incorporaram outras tarefas, como as campanhas contra a varíola” (HOCHMAN, 2012, p.162).

O decreto n. 13.358 de 1919 estabelecia as possibilidades de convênios entre o governo e os estados, esses acordos variavam conforme as responsabilidades das partes envolvidas. Caso os estados optassem pela criação, organização e execução dos serviços de profilaxia deveriam arcar com dois terços das despesas e, caso os estados confiassem ao governo federal à tarefa de criar, organizar e executar os serviços, as despesas seriam divididas igualmente. Além disso, havia a possibilidade de contratar a Fundação Rockefeller para a organização e implementação de um serviço de profilaxia para combater pelos menos duas endemias, a malária e a ancilostomíase. Nesse caso, conforme o art. 7º, os estados teriam que custear a metade do total das despesas, a União ficaria responsável com uma quantia equivalente a um quarto das despesas totais. Esta atuação da Fundação Rockefeller na política sanitária dos estados, segundo Santos (1985), constituiu uma das forças de natureza institucional que impulsionou o movimento sanitário brasileiro, como bem enfatiza o autor:

A missão teve um papel importante na evolução do movimento sanitário. Em 1917 iniciavam-se as atividades da Fundação no Brasil, com a criação de alguns postos de saúde. Carlos Chagas e Vital Brasil participam de uma comissão consultiva escolhida pela Rockefeller. As atividades ganharam impulso no Distrito Federal e no interior dos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, onde a Fundação juntou-se ao poder federal e governos estaduais no combate à ancilostomíase e à malária. Em pouco tempo organização norte-americana firmou acordos de cooperação com outros estados do sul do Brasil, sob a supervisão do Departamento Nacional de Saúde Pública. organização norte-americana firmou acordos de cooperação com outros estados do sul do Brasil, sob a supervisão do Departamento Nacional de Saúde Pública (SANTOS, 1985, p. 207-208).

A Fundação Rockefeller teve uma participação importante no movimento sanitário da década de 1920, pois a instituição foi responsável pela criação de alguns postos e, juntamente com o governo federal e os governos estaduais, atuou no combate as principais endemias tais como a malária e ancilostomíase. Além disso, vale salientar que a Fundação Rockefeller “encontra no Brasil uma tradição de pesquisa bacteriológica e uma tradição “higienista” –

verdadeiras escolas formadas por Oswaldo Cruz, no Rio, e por Emílio Ribas e Adolfo Lutz, em São Paulo” (SANTOS, 1985, p.208). Desse modo, a fundação “teve que se *ajustar*, a meu ver, àquelas tradições que precedem sua vinda ao Brasil” (SANTOS, 1985, p.208-209). Ao contrário do que ocorria nos países subdesenvolvidos onde a instituição atuava em que a mesma impunha seus conhecimentos e métodos sem sofrer a concorrência das tradições locais.

Além do suporte institucional da Fundação Rockefeller, o decreto estabelecia, em seu art.9º, que o governo federal continuava a manter as atividades dos seus laboratórios para a produção dos medicamentos para atender as necessidades dos serviços de profilaxia nos estados, dentre esses medicamentos, destaca-se a produção de quinina. O governo federal também se responsabilizava pelas despesas dos hospitais regionais destinados a assistência e isolamento dos doentes nos estados atendidos pela política de saneamento. Outros benefícios da presença do governo federal se verificavam quando algum estado, pretendendo organizar seus próprios seus sanitários, requeria e obtinha, por parte da União, o treinamento do pessoal, o estabelecimento de rotinas de trabalhos e educação sanitária dos governos, de chefes locais e da população. Após a conclusão dos trabalhos, a União se retiraria, deixando as ações sanitárias sob a responsabilidade das autoridades locais. Esse tipo de convênio deixava claro que a interferência do governo central seria provisória, constituindo-se um instrumento para a expansão da autoridade do estado em seu respectivo território de jurisdição. Em suma, as modalidades de contrato constituíram mecanismos importantes para que os estados pudessem implementar seus serviços sanitários, contudo, sem perder sua autonomia conforme previa a constituição de 1891. Os convênios com o poder central representavam uma solução de ordem técnico-financeira, uma vez que muitos não dispunham de recursos suficientes para empreender tais serviços.

O Decreto n. 3.987 de 2 de janeiro de 1920, que criara o DNSP, estabeleceu, em seu art.9º, as duas fórmulas de custeio dos acordos entre estados e União. Primeiro, os estados deveriam concorrer inicialmente com a metade das despesas previstas para a execução dos serviços e, segundo, caso os estados não dispusessem desses recursos, poderiam contratar os serviços federais, com a condição de pagar o referido valor em prestações anuais por um período a ser estipulado. Neste caso, os estados deveriam estabelecer uma taxa de valorização sobre os terrenos saneados ou um adicional sobre o imposto territorial. Gilberto Hochman nos informa que “um terço dos estados que contrataram os serviços federais, um terço havia optado pela primeira fórmula (MA, MG, PE, RJ, RN) e os demais (AM, PA, CE, PB, AL, BA, ES, PR,

SC, MT) pela alternativa de indenizar a longo prazo a União”(HOCHMAN, 2012, p.181). Desta forma, a maioria dos acordos exigia o investimento inicial de 100% por parte da União, assim, a expectativa dos estados era obter o máximo de benefícios federais no presente e retardar o máximo possível o pagamento da conta. Os serviços de profilaxia e as obras de saneamento rural do interior do Brasil deveriam ser custeados por um fundo especial, constituído pelo produto do imposto sobre bebidas alcoólicas destiladas; produto da renda dos laboratórios subordinados ao Governo Federal; os saldos verificados nas diversas verbas do Departamento, taxa de 15% sobre o produto líquido dos jogos de azar licenciados e o produto da venda do selo sanitário (art. 12º).

Uma análise das políticas de saúde no período permite concluir que ocorreu a expansão da autoridade do governo federal no campo da saúde e do saneamento, assim, verificamos na mensagem do presidente Epitácio Pessoa ao término de seu mandato em 1922, na qual este ressaltou que, o Serviço de Profilaxia, a princípio, “limitada ao Distrito Federal e aos Estados de Minas, Paraná e Maranhão, acha-se hoje, organizada em mais 11 Estados: Rio de Janeiro, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Espírito Santo, Alagoas, Ceará, Pará, Amazonas, Santa Catarina e Mato Grosso.”<sup>378</sup> Nestes estados, além das sedes dos serviços nas capitais, em número de 16, encontravam-se em funcionamento 88 postos de profilaxia rural, excluindo-se os da Fundação Rockefeller. Estes postos sanitários estavam distribuídos nos estados da seguinte forma: Amazonas-4, inclusive 1 fluvial itinerante; Pará-4, dos quais 1 fluvial itinerante; Maranhão-4; Ceará-4; Rio Grande do Norte-3; Paraíba-4; Pernambuco-3, Alagoas-3; Bahia-3, Espírito Santo-4; Rio de Janeiro-4; Paraná-8; Santa Catarina-3; Mato Grosso-2; Minas Gerais-18; Distrito Federal-17.<sup>379</sup>

Além da expansão geográfica desses serviços, observa-se um aumento do número de doenças a serem tratadas e combatidas pelo Serviço de Profilaxia Rural, dentre as quais destaca-se: a sífilis e as doenças venéreas, a lepra, tuberculose e a fiscalização da alimentação.<sup>380</sup> Embora continuasse prioritário o combate as endemias rurais (a ancilostomíase e a malária), o decreto n. 14.354 de 15 de julho de 1920, que criou a Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, estabeleceu que suas atribuições básicas seriam executadas no Distrito Federal e no Território do Acre. Contudo, estes serviços poderiam ser estendidos para

---

<sup>378</sup> PESSOA, Epitácio. Mensagem apresentada ao Congresso Nacional na abertura da Terceira Sessão da Décima Legislatura pelo Presidente da República Epitácio Pessoa. Rio de Janeiro, 1922, p.27.

<sup>379</sup> Ver: PESSOA, Epitácio. Mensagem apresentada ao Congresso Nacional na abertura da Terceira Sessão da Décima Legislatura pelo Presidente da República Epitácio Pessoa. Rio de Janeiro, 1922, p.28.

<sup>380</sup> Ver: PESSOA, Epitácio. Mensagem apresentada ao Congresso Nacional na abertura da Terceira Sessão da Décima Legislatura pelo Presidente da República Epitácio Pessoa. Rio de Janeiro, 1922, p.27 e 28.

os estados mediante acordos com a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, Inspetoria, nesta parceria, a referida Inspetoria fornecia orientação técnica e fiscalizava a execução dos serviços, mas estes seriam executados pelos serviços de profilaxia rural de cada estado (art.134). Este decreto também regulamentou a profilaxia da varíola, em especial a vacinação e revacinação, bem como as penalidades e restrições aos não vacinados em seus artigos 354 a 370. Conforme as prescrições do art. 370, as ações de profilaxia seriam realizadas nos estados, mediante acordos, e executadas pelas autoridades sanitárias estaduais, inspetores de saúde dos portos e médicos do serviço de profilaxia rural.

Outras preocupações e responsabilidades foram adotadas pelos serviços federais de saneamento nos estados, a exemplo da fiscalização dos alimentos, principalmente a carne e o leite, a secção de Higiene Infantil e Assistência à Infância, com atribuições no DF criada pelo regulamento n. 14.354 de 15 de julho de 1920, e a criação da Inspetoria de Higiene Infantil pelo novo regulamento do DNSP de 31 de dezembro de 1923, com possibilidades de ampliação de seus serviços nos estados, tais ações sinalizam a ampliação dessas responsabilidades. Pelo mesmo decreto de 1923, outras duas responsabilidades foram acrescentadas a DNSP: o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária e a Inspetoria de Higiene Industrial e Profissional (no âmbito do DF), estas, refletem o aumento das atribuições e responsabilidades do estado no âmbito da saúde e da higiene, bem como sinalizam os desafios enfrentados pelo estado em termos de educação sanitária, educação da população em assuntos de saúde e os problemas colocados pelas condições de trabalho industrial para a saúde do homem.

As políticas de saúde, de acordo com Santos, “tornaram-se ainda mais centralizadas, sob tutela federal”, durante a presidência de Arthur Bernardes “(1985, p.205). Neste período, foram ampliados os serviços de saúde em termos de abrangência geográfica e quantidade de serviços, com a inclusão da profilaxia das doenças venéreas, da tuberculose, da lepra, da varíola, cuidados com a infância, fiscalização dos alimentos, educação sanitária, etc. Já durante o governo de Washington Luiz, ocorre o inverso, “alguns postos de profilaxia rural no nordeste chegaram a ser fechados, em decorrência de cortes nos gastos públicos” (SANTOS, 1985, p.206). Diante desta situação, o missionário do sanitarismo, Belisário Penna, empreendeu novamente uma cruzada, “percorrendo, de 1927 a 1930, o interior de Minas Gerais, Rio Grande do Sul e vários estados do nordeste. Essas atividades revelavam que o movimento sanitário não perdera ainda seu vigor enquanto ideologia, enquanto “idéia-força”(grifo do autor)” (SANTOS, 1985, p.206).

Atendendo as demandas colocadas pelo movimento sanitarista da Primeira República, o governo central expande sua autoridade no campo da saúde e do saneamento através do processo de institucionalização dos serviços de saúde. Este processo de institucionalização ganha forma com a criação de órgãos, corpo de funcionários, prescrições legais, estrutura física dos postos de saúde, regularidade e amplitude dos serviços ofertados. A seguir, iremos analisar as campanhas para o saneamento da Paraíba e suas repercussões na agenda política do estado, além disso, problematizaremos suas relações com a política de saúde e de saneamento do governo federal.

### **4.3 A Paraíba é um imenso hospital? Campanhas pelo saneamento da Paraíba**

“O Brasil é um vasto hospital”, eis, a frase do médico Miguel Pereira que se tornou lema da bandeira das campanhas pelo saneamento do Brasil no início do século XX. Diante desse diagnóstico, algumas personalidades políticas e intelectuais questionaram se tal imagem era válida para todo o território nacional ou se era restrito a algumas regiões específicas do país. Deste modo, políticos, médicos, jornalistas e escritores, passaram a questionar essa representação em seus respectivos estados. Na Paraíba, por exemplo, estes grupos, lançaram o seguinte questionamento: A Paraíba é um imenso hospital? O propósito era discutir os limites da representação construída pelos sanitaristas em seus respectivos territórios e averiguar se essa imagem correspondia rigorosamente à realidade sanitária e social de sua federação.

Em meio aos polêmicos debates envolvendo a representação do Brasil como imenso hospital: biônimo de doença e abandono, o deputado federal Octacilio de Albuquerque, representante da bancada paraibana na Câmara Federal, trava um intenso debate com Belisário Penna acerca das condições sanitárias do interior do Brasil e, mais especificamente, o interior da Paraíba. Para o deputado, a imagem construída pelo renomado sanitarista do interior do país não aplicava, em sua maior parte, ao território da Paraíba.

Neste embate, o paraibano responde as críticas feitas por Belisário Penna em artigo publicado no jornal *A Noite*, de circulação na cidade do Rio de Janeiro, em outra nota, publicada no mesmo jornal (sendo esta nota, publicada pelo jornal *A União* em sua edição de 18 de novembro de 1918), tentando justificar sua “atitude contrária ao exagero com que andam malsinando indistintamente todo o interior do nosso país, apontado como imenso hospital de idiotas, opilados, cretinos, cacheticos e aleijados.”<sup>381</sup>

---

<sup>381</sup> Saneamento Rural, *A União*, n. 244, 10 de novembro de 1918.

Em sua defesa, Octacilio de Albuquerque se justifica com as seguintes palavras: “Puro engano. O illustre dr. Belisário Penna não leu, com certeza, o que a respeito produzi na Câmara. Falei do *sertão do nordeste* (grifo do autor), e, para argumentar referi-me também a *grande cidade do Rio de Janeiro*. Isto, positivamente, não é o *interior do nosso país* (grifo do autor).”<sup>382</sup> O referido deputado afirma que o centro da cidade do Rio de Janeiro e o sertão da Paraíba não constituem um imenso hospital, assim fundamenta sua opinião:

Em 1º lugar, *neguei* (grifo autor) a existência do impaludismo no centro urbano desta capital. Em 2º lugar, *neguei* (grifo autor) no sertão da Paraíba e, por igualdade de condições no *sertão do nordeste* (grifo do autor). Vê o dr. Belisário Penna (não sei também se isto será exagero), que há sempre uma diferença entre o meu ponto de vista e “negar com tropos oratórios apenas a dolorosa condição mórbida das populações do *interior* do país.”(grifo do autor).<sup>383</sup>

O deputado Otacílio Albuquerque justifica seu ponto de vista afirmando que o estado da Paraíba está dividido em três zonas distintas: litoral, brejos e caatingas e sertão, com condições geográficas e sanitárias específicas assim descritas:

Primeiro, a zona do litoral. Esta tem 10 léguas de largura, quer dizer, a doudécima parte de todo o território do Estado. Nesta zona estreita, baixa, alagadiça, *existe o impaludismo* (grifo do autor) e não o neguei. Continuando, disse ainda: “vem depois a zona intermediária, chamadas de brejos e caatingas, com 30 léguas. Nesta região, *além de Alagoinha*, município de Guarabira, existe malária em Alagoa Grande e Ingá; isto, entretanto, não invalida, toda a zona intermediária e muito menos o sertão, *que está além* (grifo do autor). Por último considere: “vamos entrar agora em terras do sertão da Paraíba, com 80 léguas de extensão, de nascente a poente, mais de *dous terços do Estado* (grifo do autor). *Nesta zona* (grifo do autor) é que affirmo *não haver impaludismo*(grifo do autor).”<sup>384</sup>

As características físicas do sertão da Paraíba justificariam sua afirmativa de que não existe malária nesta região do estado, pois, segundo o deputado, “solo *seco*, ar *seco*, vegetação escassa e *seca*, rios *secos*, isto é, ausência de florestas, ausência de umidade, ausência de humidade (grifo do autor).”<sup>385</sup> Esta característica geográfica da Paraíba, difere do meio malarial, pois “o meio malarial é outro- requer mattas umbrosas, terrenos embievido, abundancias de águas paradas. Ora, si estas últimas condições, na opinião de todos os higienistas esteriotipam o fáceis do ambiente palustre, se tais condições faltam por completo

---

<sup>382</sup> Idem.

<sup>383</sup> Saneamento Rural, A **União**, n. 244, 10 de novembro de 1918.

<sup>384</sup> Idem.

<sup>385</sup> Idem.

no primeiro caso. ..<sup>386</sup>O deputado Octacilio Albuquerque rejeita a visão construída por Belisário Penna e outros sanitaristas de que o sertão do Nordeste é imenso hospital, marcado pela presença endêmica da malária. Em sua conclusão, é taxativo ao afirmar que “o sertão do nordeste, que representa milhares de léguas quadradas do território brasileiro e que é afamado e reconhecido pela grande salubridade do seu clima.”<sup>387</sup>

Na perspectiva do referido deputado federal, a Paraíba não constituía um imenso hospital, pois seu território constituído em sua maior parte pela zona semiárida sertaneja, não abrigava em si as características das regiões marcadas pela presença da malária. Contudo, convém ressaltar que não era apenas a malária a endemia que devastava os sertões do Brasil, outras também aterrorizavam a população e as autoridades, a exemplo da doença de Chagas, da febre amarela e da ancilostomíase que, juntas contribuía para a constituição da imagem do interior do Brasil como imenso hospital.

Flávio Maroja, médico higienista, também discute a representação construída pelos sanitaristas de que “O Brasil é um vasto hospital” e se essa imagem se aplica a Paraíba. Em uma de suas conferências, “Higiene Rural”, pronunciada no Congresso de Prefeitos e publicada no jornal *A União*, em sua edição de 14 de setembro de 1918, o médico higienista, detendo-se nos estudos das endemias rurais que afetam a Paraíba, alerta as autoridades quanto aos males que as entidades mórbidas podem causar aos seres humanos, enfatizando que “o homem doente é um elemento nulo, senão prejudicial a vida coletiva, elemento que não produz, mas que contamina.”<sup>388</sup>Transportando para a Paraíba a frase citada pelo médico Miguel Pereira de que “O Brasil é um imenso hospital”, Maroja cita que as cidades litorâneas e municípios outros situados na zona brejosa são como vasto hospital. Nesta perspectiva, o médico corrobora com a ideia do deputado Octacilio Albuquerque, no sentido de que as endemias estariam concentradas no litoral e brejo da Paraíba, contudo, Flávio Maroja não afirma que o sertão da Paraíba estava livre das endemias, como fizera o deputado, talvez por que não conhecesse a região. Em suma, a Paraíba, para Flávio Maroja, era um vasto hospital, ao menos, no que se refere as zonas do litoral e do brejo.

Esta representação da Paraíba feita por Flávio Maroja em termos sanitários assemelhava-se a imagem construída por Belisário Penna sobre o Estado, em 1926, quando esteve na Paraíba em campanha pelo saneamento. Para Belisário Penna, há diferenças significativas entre as regiões no aspecto sanitário, enquanto no sertão do seridó havia:

---

<sup>386</sup> Idem.

<sup>387</sup> Idem.

<sup>388</sup> Higiene Rural, *A União*, n. 201, 14 de setembro de 1918.

Gente sadia e robusta, operosa e civilizada, constituída de brasileiros genuínos, sem mistura, que lutam heroicamente com uma natureza hostil e a vencem pelo trabalho e pela inteligência, graças à saúde que desfrutam, porque ali desconhecem geralmente a opilação e a malária – essas duas geradoras da anemia brasileira, da indolência e da apatia, não castigam aquela gente, devido a ausência de pântanos e de rios sem curso.”<sup>389</sup>

Para Belisário Penna em contraposição a gente sadia e robusta do sertão, os habitantes do litoral e brejo, sofriam com uma formidável mortalidade infantil, e incapacidade física da maioria dos elementos que escapam à morte na infância e atingem a idade adulta, pois habitavam uma região propícia “à biologia da larva do ancilóstomo, os pântanos, os rios costados (sic) ou de curso lentíssimo, as cacimbas abertas, rasas com o solo, são viveiros tremendos; este de larvas do ancilóstomo; os rios, aqueles pântanos e cacimbas de embriões de ascarídeos e de mosquitos de malária e verdadeiros caldos de cultura de ameba e bacilo, disenterias.”<sup>390</sup> Neste sentido, para Belisário Penna, a Paraíba não era um imenso hospital, ao menos a região do sertão do seridó não se endrava nesta definição.

Além de Octacilio Albuquerque, Flávio Maroja e Belisário Penna, José Américo de Almeida também entrou no debate em torno da representação do Brasil como um vasto hospital, Almeida afirma em seu livro o seguinte conteúdo: “não sei até que ponto é verdadeiro esse alarmante conceito em relação a todo o território nacional. Certifico, porém, que ele não se ajusta com tanto rigor, a Paraíba” (ALMEIDA, 1923, p.396). Neste sentido, a representação do Brasil enquanto um imenso hospital não se aplicava rigorosamente à Paraíba, como expressaram Octacilio Albuquerque, Flávio Maroja e José Américo de Almeida, contudo, a Paraíba não estava livre das endemias, apenas sua amplitude variava de região para região do estado.

Diante dessa realidade, a Paraíba também foi palco de inúmeras campanhas pelo saneamento que tiveram na figura do médico higienista Flávio Maroja o seu expoente máximo, considerado o missionário do evangelho da higiene na Paraíba, assim como fora Belisário Penna em nível nacional. Alíás, Maroja foi um amigo e discípulo de Belisário Penna, encarregado de divulgar os preceitos da educação sanitária na Paraíba, assim visualizamos na escrita por Belisário Penna para Flávio Maroja em 1926:

---

<sup>389</sup> Carta de Belisário Penna enviada a Flávio Maroja em 1 de maio de 1926. Arquivo da Fundação Oswaldo Cruz.

<sup>390</sup> Idem.

Nunca se me apagarão da memória, e gravadas ficarão indelevelmente no meu coração a fidalga acolhida e os carinhos que recebi na terra dos ascendentes maternos de meus filhos, graças, em grande parte, ao generoso amigo, que, desde muito, cumula o meu nome de honroso qualificativo, e atribui à minha campanha saneadora a que já se vai realizando no sentido do saneamento do Brasil.

Se já o estimava pelos primorosos dotes pessoais e o seu entusiasmo e esforço profícuo em prol da educação higiênica do nosso povo, essa estima se consolidou agora indestrutivelmente, após a convivência de poucos e rápidos dias com o querido amigo, quando pude apreciar devidamente a sua dedicação patriótica e abnegada à causa do saneamento.<sup>391</sup>

Este renomado médico nasceu em 1864 na cidade de Pilar, formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1888, apesar de ter iniciado o curso médico na Faculdade de Medicina da Bahia, foi médico do exército de 1891 a 1894.<sup>392</sup> A partir de 1894, passa a exercer a medicina na Paraíba, sendo nomeado médico da Santa Casa de Misericórdia, foi o primeiro diretor do Hospital Oswaldo Cruz e do Instituto Vacinogênico, além disso, durante vários anos exerceu as funções de chefe do serviço de Saúde do Porto de Cabedelo. Na política, elegeu-se deputado nas 8<sup>o</sup> e 9<sup>o</sup> legislaturas, não participando dos trabalhos desta última em virtude de sua ascensão à 1<sup>o</sup> vice-presidência do estado durante o quadriênio de 1920/1924. Além da medicina e da política, Flávio Maroja atuou no ramo do jornalismo, mantendo uma sessão de versos humorísticos em *O comércio*, de Arthur Aquiles e, na *A União*, outra sessão sob o título de *Salão Vermelho*. Foi fundador do grêmio literário *Luz e Progresso* e sócio fundador do *Centro Literário Paraibano* e do *Instituto Histórico e Geográfico Paraibano* (NÓBREGA, 1979).

Entusiasta pela causa do saneamento, Maroja publicou inúmeros artigos sobre os mais diversos problemas de higiene e sempre enfatizando o problema da higiene pública, pois, considerava que: “não há mais problema humano algum que em última análise se reduza a uma palpitante, improrrogável e meandrosa questão de higiene pública.”<sup>393</sup> Nestes artigos, analisou as condições sanitárias da Paraíba, estudou as endemias mais recorrentes no estado, no caso, a ancilostomíase, e propôs soluções para os problemas sanitários. Como estudioso da saúde e do saneamento, Maroja “estudou porfiadamente a Shistomose na Paraíba e tinha sobre

---

<sup>391</sup> Carta de Belisário Penna enviada a Flávio Maroja em 1 de maio de 1926. Arquivo Belisário Penna, Fundação Oswaldo Cruz.

<sup>392</sup> Informações obtidas em: CASTRO, Oscar Oliveira de. **Medicina na Paraíba**. João Pessoa: A União, 1945.p.178.

<sup>393</sup>Higiene Rural, **A União**, n. 201, 14 de setembro de 1918.

esta doença observações próprias” (CASTRO, 1945, p.179). Além disso, “publicou vários trabalhos sobre a peste bubônica e, por muito tempo, bateu-se pelo saneamento do vale do Gramame” (CASTRO, 1945, p.179). A vasta produção em forma de artigos foi publicada nos jornais de circulação na cidade, a exemplo, o jornal *A União*, *A Imprensa* e *O Norte* e na Revista do *Instituto Histórico e Geográfico Paraibano*. Nestas produções, o autor estabelece diálogos com os principais médicos e sanitaristas do período, como Oswaldo Cruz, Belisário Penna, Afrânio Peixoto, Arthur Moses, dentre outros para fundamentar seus estudos sobre as causas, tratamento, métodos de prevenção e cura das principais endemias.

O artigo intitulado *A nossa higiene*, escrito em 1905 e publicado em 1911, exemplifica o campanhismo desenvolvido pelo autor Flávio Maroja em favor da causa da saúde e do saneamento da Paraíba, uma vez que propõe estudar as condições sanitárias da capital com o intuito de salvaguardar a saúde pública. Em seu estudo, o autor constata que o impaludismo constituiu uma das principais endemias que infestaram a Paraíba, que “arruinando-nos a saúde, preparando-nos a velhice precoce, e, portanto, o sacrifício da raça que degenera carcomida pelo vício e exgotada pela moléstia. Empenhemos nessa humanitária campanha e salvemos o futuro das futuras gerações” (MAROJA, 1911, p.432). Para o autor, a campanha sanitária tem a função de salvar as futuras gerações, demonstrando-se, desta forma, a íntima relação existente entre sanitarismo e eugenia, ou seja, a higiene era o mecanismo a ser utilizado para construir corpos saudáveis, conforme os padrões ditados pela ciência eugênica.

Além do artigo, *A nossa higiene*, Flávio Maroja, publicou uma série de artigos no jornal *A União*, intitulados como *O combate as nossas endemias*, nos quais discorre sobre as condições sanitárias da Paraíba estabelecendo diálogos com os principais sanitaristas do país, como Belisário Penna, Oswaldo Cruz, Afrânio Peixoto, Carlos Chagas, Arthur Neiva e Miguel Pereira. Em um desses artigos, o médico higienista enfatiza seu empenho nas campanhas pelo saneamento que, aliás, foram feitas dentro das possibilidades e limites. Para fundamentar suas propostas de saneamento e métodos de atuação neste campo, Maroja (1918) estabelece diálogos teóricos com os trabalhos de Oswaldo Cruz, *As condições médico-sanitárias do Valle do Amazonas* (1913) e o livro *Osaneamento do Brazil* (1918), de Belisário Penna, os quais, segundo Maroja (1918), constituem “trabalhos instructivos, práticos, sendo que o último tem suas páginas de crítica severa onde o homem que escreve com certa e justificável paixão vasa todo o seu sentimento, irreductuvel em sua fé e inabalável em suas convicções.”<sup>394</sup>

---

<sup>394</sup> MAROJA, Flávio. O combate a ankylostomiase e ao paludismo. *A União*, n. 168, 3 de agosto de 1918.

Nestes artigos, o autor analisa as principais endemias que afetam a Paraíba, suas causas, tratamentos, formas de prevenção e, sobretudo, a atuação do estado neste setor. Em um desses artigos, o médico higienista discorre sobre a representação do interior do Brasil como um vasto hospital. Para o autor, “ainda quando não se possa afirmar que o Brasil seja, um país doente ou de clima insalubre, não se poderá também escurecer que a ausência de recursos médico-sanitários em toda a vastidão do território.”<sup>395</sup> Segundo Maroja (1918), esta realidade resultava em grande medida do fato de que 80% da população brasileira estava vivendo sem a mínima noção de higiene e conforto. Atentando para este quadro sanitário, e rejeitando a tese das interpretações ufanistas que enaltecem as riquezas do país, Maroja considera que a frase dita por Miguel Pereira constitui uma forma de sensibilizar os governos para a decadência física e psicológica das classes menos favorecida dos brejos e sertões.<sup>396</sup> A campanha sanitarista dos médicos Belisário Penna, Arthur Neiva e Afrânio Peixoto constituiu então um grito de alerta com a intenção de salvar a gente brasileira, assim, Maroja defende o movimento sanitarista da Primeira República, que teve repercussões nas políticas de saúde do governo federal, com a criação do Serviço de Profilaxia Rural, considerando essencial para o progresso econômico e social do Brasil, a solução do problema sanitário.

Em suas campanhas pelo saneamento, o apóstolo da higiene da Paraíba, Flávio Maroja, apresenta um diagnóstico da realidade sanitária da Paraíba. Para o autor, o “público conhece naturalmente de ver transitar todos os dias, pelas nossas ruas, numerosos indivíduos anêmicos, magros e opilados...Esses infelizes são vítimas do ancilóstomo e da bactéria de Laveran: impaludados e ancilostomados.”<sup>397</sup> O quadro sanitário da Paraíba, no início do século XX, estava marcado pela presença de indivíduos anêmicos e com debilidade que caracterizava “o estado crônico das terríveis doenças e muitas vezes a proximidade do seu termo fatal: a morte.”<sup>398</sup> Nas palavras de Maroja (1918), a presença das endemias na Paraíba tornava urgente a atuação do estado no campo da saúde e do saneamento. Deste modo, justificava sua campanha pelo saneamento:

Pois bem, a grande maioria da nossa população, talvez numa percentagem de 80 %, encontra-se numa imminência desse perigo, será irremediável, sem a mais rigorosa assistência clínica. Esse facto tangível e desolador está no inteiro conhecimento do sr.dr. Camillo de Hollanda, presidente do Estado,

---

<sup>395</sup> MAROJA, Flávio. Combate as nossas endemias. **A União**, n.193, 4 de setembro de 1918.

<sup>396</sup> MAROJA, Flávio. Combate as nossas endemias. **A União**, n.193, 4 de setembro de 1918.

<sup>397</sup> MAROJA, Flávio. Combate as endemias. **A União**, n. 147, 9 de setembro de 1918.

<sup>398</sup> Idem.

cujas responsabilidades neste particular se duplicam pela sua profissão de facultativo.<sup>399</sup>

O médico higienista alertava as autoridades quanto as suas obrigações e responsabilidades no campo do saneamento, usando como justificativa o diagnóstico da doença e do abandono em que vivia a população da Paraíba. Além disso, Flávio Maroja justifica seu ponto de vista mostrando que a debilidade física da população resultava em uma menor produtividade do homem campo e da cidade, prejudicando, desta forma, o desenvolvimento econômico e o progresso do estado. Na continuação do artigo, o autor destaca a criação do Serviço de Combate às endemias pelo decreto n.953 de 1918 como modelo de atuação do estado neste setor, na medida em que o referido serviço tinha o “intuito de tornar viável e proveitosa uma urgente e inadiável medida de salvação pública.”<sup>400</sup>

Flávio Maroja exalta a criação do serviço de combate às endemias pelo governo estadual, serviço este que era dirigido por ele mesmo e pelo médico Guedes Pereira, entretanto, ressalta que “não se deve limitar exclusivamente ao paludismo e a ancilostomíase, e muito menos ficar circunscrito à capital. Necessita tornar-se extensivo não somente a outras endemias dentre as quais parece avultar depois daquelas, otrachoma e a bouba, porém aos municípios mais fragilizadas.”<sup>401</sup> A expansão geográfica e a ampliação dos números de endemias seriam imprescindíveis para a eficácia do serviço, o que seria possível mediante acordos com a União, que ampliaria os recursos técnicos e financeiros da instituição necessários, por exemplo, para um eficiente combate ao impaludismo. Segundo Maroja (1918), a profilaxia terapêutica do impaludismo, em especial, atendendo aos grandes dispêndios concernentes a engenharia sanitária, limitando-se a profilaxia terapêutica, não tinha condições de lograr os resultados desejáveis se os seus atuais diretores não dispuserem dos meios para alargar seu campo de ação. Para o autor, não era suficiente o tratamento pelo uso da quinina, ou quinização sistemática, um tratamento mais proveitoso ocorreria se no socorro as zonas mais contaminadas, a comissão ou inspetor sanitário permanecesse no local o tempo necessário para a debelação ou até atenuação do mal. Outras medidas preventivas se faziam indispensáveis, como a distribuição de folhetos com instruções higiênicas e a proteção das casas contra a invasão do mosquito. Retomando o relatório epidemiológico de Oswaldo Cruz de 1913, do vale amazônico e dos meios de combate à malária, o autor cita a importância de remover os focos viveiros de anofelinas, petrolização das águas estagnadas e

---

<sup>399</sup> Idem.

<sup>400</sup> Idem.

<sup>401</sup> Combate as endemias, **A União**, n.193, 4 de setembro de 1918.

demais obras hidráulicas de derivação e drenagem dos pântanos e alagadiços.<sup>402</sup> Deste modo, Flávio Maroja defende uma série de medidas a serem adotadas para o combate as endemias e, em especial, a malária na Paraíba, com base nos conhecimentos e métodos da ciência de seu tempo que foram bastante difundidas pelos sanitaristas do período.

Em entrevista concedida ao jornal *A União*, o médico Flávio Maroja explica as finalidades do Serviço Estadual contra as endemias e os métodos de atuação da comissão encarregada para o combate a estas. No transcurso da entrevista, Flávio Maroja expõe que o referido serviço terá como objetivo principal o combate as duas principais endemias: a ancilostomíase e o impaludismo. Além destas endemias a serem combatidas, Flávio Maroja destaca a existência de outras doenças, quando questionado pelo jornalista da *União*, se a ancilostomíase e o impaludismo são as únicas endemias da Paraíba, Flávio Maroja responde:

Não! Temos também a leishmaniose de que falarei em breve, ferida brava ou úlcera de Baurú, além da filariose. Isto, em ponto muito menor. O decreto 953, não pode, ser entretanto, ser cumprido na íntegra, porque traria um grande dispêndio ao Estado e far-se-ia mover um exercito de engenheiros, médicos, etc., devidamente aparelhados.<sup>403</sup>

Como o governo do Estado não dispunha de condições financeiras para combater as outras endemias, ou seja, era um serviço limitado, que visava apenas à eliminação da ancilostomíase e o impaludismo. Aliás, o próprio presidente do Estado, Camillo de Holanda admite que o serviço contra seu “gosto não pode ser executado no seu delineamento principal, ficando reduzido a simples assistência médica aos impaludados ou opilados e a distribuição gratuita da quinina e thymol.”<sup>404</sup>

Com essas limitações, a comissão pretendia prestar serviços regulares, prestando “socorros aos opilados e paludados adotando método do dr. Athur Moses,”<sup>405</sup> que tem a vantagem de curar o doente e preservar o individuo são. Para o médico higienista, a profilaxia completa do paludismo, que envolve a eliminação dos viveiros e focos dos mosquitos, é complexa e exige um trabalho demorado e oneroso, que consiste na “extinção de todos os focos como lagoas, pântanos, lagos, enfim, todos os estagnos, onde os mosquitos depositam

---

<sup>402</sup> Idem.

<sup>403</sup> O combate as endemias: entrevista com o dr. Flávio Maroja- o que pretende fazer a comissão. **A União**, n.160, 24 de julho de 1918.

<sup>404</sup> Mensagem do Presidente do Estado Camillo de Holanda, 1 de Setembro de 1918. **A União**, n. 192, 2 de setembro de 1918.

<sup>405</sup> O combate as endemias: entrevista com o dr. Flávio Maroja- o que pretende fazer a comissão. **A União**, n.160, 24 de julho de 1918.

os seus ovos e estes depois se desdobram em larvas e nimfas.”<sup>406</sup> Limitada pelos recursos financeiros, a comissão, segudo Flávio Maroja, adotou a seguinte metodologia:

Fazer uma *quininização* e *thymolização oficiais* (grifo do autor) aplicando esses e outros específicos depois de constatados pelos exames de fezes e sangue, ou sejam, exames hematoscópicos e cropologicos, quando isto se fizer preciso.

É um trabalho incompleto, bem o sei, mas não deixa de produzir seus resultados porque a isto, accrescentaremos a cada doente as instruções ou educação higienicas para que ele saiba evitar a reinfestação e possa transmitir pela picada do mosquito infectado o seu mal ao vizinho.<sup>407</sup>

Além deste método para o combate do impaludismo, Flávio Maroja defende o método de enfrentamento a ancilostomíase, baseado nas práticas de saneamento básico, adoção de medidas higiênicas e construção de latrinas nas residências. Neste sentido, Maroja usava os meios de comunicação de seu tempo para disseminar o evangelho da higiene, defensor árduo dos programas de saneamento rural e da atuação do estado no campo da saúde e do saneamento, o médico utilizava a seguinte estratégia para viabilizar a sua campanha pelo saneamento: “fazia conferências sobre higiene às massas operárias, nas fábricas de tecidos, em Santa Rita, nos maiores estabelecimentos industriais, nos maiores estabelecimentos industriais, na capital, nas redações dos jornais e escolas públicas” (CASTRO, 1945, p.180-181).

Nas campanhas pelo saneamento da Paraíba, Flávio Maroja fez uso de inúmeras estratégias, dentre elas: palestras, artigos, conferências e panfletos, todas em busca conscientizar a população quanto à importância da adoção de hábitos considerados higiênicos e eficazes para a prevenção das doenças. Com isto, Flávio Maroja seguia as orientações do seu mestre Belisário Penna, que em carta lhe mostrava a importância de pregar o evangelho da higiene, pois:

A pouco e pouco, mais aqui, menos ali, a idéia caminha, com reação ainda da rotina e das crendices, estas serão dominadas, afinal, pela educação higiênica e prática do saneamento, novos hábitos, dentro dos preceitos e regras da higiene, serão instituídos para a salvação da nossa gente, e

---

<sup>406</sup> O combate as endemias: entrevista com o dr. Flávio Maroja- o que pretende fazer a comissão. **A União**, n.160, 24 de julho de 1918.

<sup>407</sup> Idem.

reabilitação dos créditos da nossa raça, caluniada por patrícios desalmados, de inferior e desprezível.<sup>408</sup>

Além da conscientização da população quanto a importância de adoção de hábitos higiênicos com vistas a construção de novos hábitos e valores conforme os preceitos da ciência sanitária, a campanha pelo saneamento da Paraíba, feita pelo referido médico, chamou a atenção das autoridades para o problema do saneamento, mostrando a realidade sanitária do estado, marcada pela presença das endemias e abandono da população e chamando a atenção dos governantes para o cumprimento de suas responsabilidades no campo da saúde e do saneamento. A seguir, iremos problematizar os impactos dessas campanhas nas políticas de saneamento e de saúde na Paraíba durante a década de vinte, como também, analisar os limites destas políticas e suas repercussões.

#### **4.4 A cruzada contra os males da Paraíba: A comissão de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba**

Na Paraíba, as repercussões das campanhas pelo saneamento e das políticas de saúde lançadas pelo governo federal se fizeram presentes com a criação da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural (CSPR). A criação da CSPR na Paraíba sinalizou um dos mais importantes passos para a institucionalização dos serviços de saúde e saneamento no período, passo este que será analisado nas próximas páginas com base nos seguintes questionamentos: Este processo de institucionalização dos serviços de saneamento e saúde resultou na expansão da autoridade estatal na sociedade? A política do DNSP foi viável na Paraíba? Quais foram as condições contratuais estabelecidas para a execução dos programas de saúde e saneamento na Paraíba? Estes serviços seguiram o padrão estabelecido pelo DNSP a nível nacional? Estes serviços foram eficientes e abrangentes geograficamente? Quais foram os embates políticos e suas repercussões sociais decorrentes de sua aplicação?

A Paraíba, no início da década de vinte, apresentava uma população de 961.106,<sup>409</sup> neste período, o algodão era o seu principal produto de exportação. A conjuntura do pós-guerra impulsionou a produção algodoeira do estado, incrementando o seu comércio e favorecendo a especulação e o enriquecimento dos coronéis, contudo, a massa trabalhadora do campo e da cidade era penalizada pela alta do custo de vida, por salários insignificantes e,

---

<sup>408</sup> Carta de Belisário Penna enviada a Flávio Maroja em 1 de maio de 1926. Arquivo Belisário Penna, Fundação Oswaldo Cruz.

<sup>409</sup> Informação obtida no Censo Demográfico de 1920.

mais especificamente no campo, “pela submissão a formas de trabalho como “meiação” e o “cambão” que favoreceram a apropriação do valor pelos fazendeiros e pelo capital comercial e financeiro” (GURJÃO, 1994, p.29). Outras atividades econômicas tipicamente rurais se faziam presentes na Paraíba, como a produção do açúcar, a pecuária e a produção de rapadura nos engenhos.

Na Paraíba, ocorreu na década de 1920 o processo de urbanização, principalmente relacionado à construção de estradas de rodagem, construídas a partir de 1919. Com a execução do plano de obras contra as secas do governo Epitácio Pessoa foram construídas várias estradas interligando as cidades do estado, contribuindo para o desenvolvimento das cidades do interior. Além disso, o crescimento do comércio e o surgimento de indústrias ligadas ao beneficiamento do algodão e a outros setores da economia contribuíram para o aumento do número do operariado e da classe média nas cidades. Neste contexto de diversificação da economia e crescimento populacional das cidades, “o processo de urbanização se intensificava: iluminação, transportes coletivos e abastecimento d`água melhoravam as condições de algumas cidades do interior e da capital”(GURJÃO, 1994, p.34).

Neste cenário demográfico, social e econômico, os primeiros passos para a atuação do governo no âmbito da saúde e da higiene na Paraíba ocorreram com a passagem da Comissão Sanitária Federal no estado entre os meses de novembro de 1919 e junho de 1920. Esta Comissão, encarregada de combater à febre amarela, atuou como policia sanitária para eliminar os focos dos mosquitos transmissores da doença. A Comissão atuou na capital (Paraíba) e em Cabedelo (cidade portuária). Na capital, a Comissão dividiu o espaço de atuação em 7 zonas (distritos), tendo em cada zona um médico responsável pela visitas, inspeções, desinfecções e notificações. Dentre as medidas sanitárias adotadas pela Comissão para alcançar seus propósitos, podemos destacar: A remoção do lixo e detritos presente nas valas, nos rios, nos pântanos e nas poças d`água, a desobstrução das ruas, a inspeção de gêneros alimentícios, a inspeção de saúde (fornecimento de atestado de sanidade), a inspeção de residências, de prédios públicos e de casas comerciais, a desinfecção de casas, a destruição dos focos de mosquitos dos prédios públicos, das casas comerciais, a notificação dos proprietários dos locais, considerados inadequados aos padrões de higiene da época e a aplicação de multas aos proprietários infratores. Além disso, a Comissão Federal era responsável pelo serviço de vacinação e revacinação contra varíola

A referida Comissão apresentava a natureza policialesca, pois suas funções e designações eram análogas às atividades exercidas pela polícia, algo observado em seu

Regulamento Sanitário, no artigo 103, que previa a inspeção das residências e a notificação dos proprietários das casas inspecionadas em caso de infração as normas de higiene, a interdição das casas para a realização dos melhoramentos exigidos pela Comissão pelos donos dos prédios e residências e a multa a ser aplicada aos proprietários que não adotassem as medidas recomendadas pela instituição.<sup>410</sup> Essa atuação policiaesca da Comissão provocou diversos embates sociais, pois muitos cidadãos consideraram o método de atuação da CSF bastante invasivo, autoritário e repressivo, o que desencadeou uma série de atos de resistência da população contra o modelo de ação da instituição.

Com a saída da Comissão Sanitária Federal do Estado, o combate à febre amarela passa a ser de responsabilidade da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba, através da Polícia de Focos, que atuou no estado entre os anos de 1921 e 1923, a partir de 1923, o serviço de combate à febre amarela passa a ser exercido pela Comissão Rockefeller, que atuou no território paraibano entre os anos de 1923 e 1931. Segundo Jayme Benchimol (2001), os surtos de febre ocorridos no Nordeste, no verão de 1923, levaram o governo federal a formalizar acordos com a Comissão Rockefeller para o combate a doença por meio do decreto n.16.000, de 31 de dezembro de 1923, que delegou a Junta Sanitária Internacional e ao Departamento Nacional de Saúde Pública a responsabilidade conjunta pela eliminação do *Aedes aegypti* nas cidades litorâneas do Norte do Brasil, cabendo a supervisão dos trabalhos a uma Comissão da Febre Amarela, composta por dois representantes de cada órgão e chefiada por um membro do último. A Fundação Rockefeller firmou acordos em separado com os governos da Bahia, Pernambuco, Alagoas, Paraíba e Rio Grande do Norte, Pará e outros estados, assumindo, de fato, o controle das operações, ainda que a custa de graves conflitos com os sanitaristas brasileiros que se achavam a frente das Comissões Sanitárias Federais criadas em 1919.

Na Paraíba, a instituição norte-americana realizou campanhas contra o mosquito transmissor da febre amarela através da inspeção de casas particulares e dos recipientes nelas encontrados, a limpeza destes recipientes era feita com a água e óleo, e, era chamada de petrolização. Podemos observar suas recomendações deixadas à população no momento da suspensão temporária de seus serviços:

- 1) fazer a inspeção a procura dos martellos em todos os depósitos d'água diariamente; 2) cobrir e conservar cobertos todos as jarras e barris, e esvaziar os todos os dias; 3) petrolizar as pias e outros depósitos nos jardins e quintaes, isto pode ser feito com kerozene; 4) conservar

---

<sup>410</sup> Comissão Sanitária Federal. **A União**, n. 8, 13 de janeiro de 1920.

esvaziados os tanques e banheiros, quando não estiverem em uso, uma vez que não se pode suprir os peixes.<sup>411</sup>

As ações da Comissão eram consideradas autoritárias, pois remetiam a invasão do privado para realizar o combate ao mosquito transmissor da febre amarela. Denominados de *mata-mosquitos*, os agentes da Comissão foram alvos das críticas da população e dos jornais paraibanos, que os acusavam de autoritarismo e de invasores do espaço privado, gerando uma série de embates sociais, que serão analisados em outro momento. Além da febre amarela, a Paraíba possuía outros problemas epidemiológicos que necessitavam de uma atuação eficiente das autoridades públicas e sanitárias. Neste sentido, a criação da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural (CSPR) em 1921, correspondeu a tentativa de solucionar um dos maiores problemas enfrentados pela população, no caso, o acesso aos serviços de saúde e de saneamento, uma vez que, diante de um quadro sanitário negativo, marcado pela presença das endemias, a atuação dos poderes públicos neste setor tornou-se urgente e indispensável. Deste modo, a criação CSPR sinaliza o processo de intervenção dos poderes públicos no campo da saúde e do saneamento, que contribuiu para a expansão da autoridade estatal na sociedade através da constituição de órgãos, corpo de funcionários e instrumentos de intervenção social gerenciados diretamente pelo estado.

No início da década de 1920, a Paraíba possuía uma população de aproximadamente 961.000 habitantes, dos quais 53.000 residiam na capital em 1923. Neste cenário, o movimento sanitário da capital do estado de 1923 nos apresenta os dados sobre a incidência das doenças e sua relação com a mortalidade, configurando-se como indicador epidemiológico e orientador das práticas preventivas e profiláticas que foram adotadas pela CSPRP na Paraíba. Na capital paraibana, numa população de 53.000 habitantes, ocorreram 1419 óbitos, sendo 699 do sexo masculino e 720 do sexo feminino. A média diária de 3,88 mortes, deste modo, 26 mortes por mil habitantes.

**Tabela 13-Causas morte** <sup>412</sup>

Coqueluche	39
Difteria e Crup	2
Gripe	20

<sup>411</sup> MAROJA, Flávio. Comissão Rockefeller: Suspensão temporária de seus serviços. **A União**, n.103, 12 de maio de 1925.

<sup>412</sup> Síntese do movimento demographo-sanitário da capital da Parahyba, correspondente ao ano de 1923. **A União**, n.175, 10 de agosto de 1924.

Febre tifóide (tifo abdominal)	15
Disenteria	7
Erisipela	3
Paludismo agudo	128
Paludismo crônico	23
Tuberculose pulmonar	185
Outras tuberculoses	1
Infecção purulenta, septicima a exceto puerperal	1
Sífilis	6
Câncer e outros tumores malignos	5
Outras moléstias gerais	6
Moléstias do sistema nervoso	34
Moléstias do sistema respiratório	12
Moléstias do sistema urinário	31
Moléstias do sistema circulatório	48
Moléstias do sistema digestivo	440
Ancilostomíase	56
Outras verminoses	68
Moléstias dos órgãos genitais	1
Septicima puerperal, febre, peritonite, e ptebite, puerpetaes	3
Moléstias de pele e do tecido celular	14
Natimorto	115
Moléstias de primeira idade e vícios de conformação	101
Debilidade senil	59
Mortes violentas, a exceto suicídio	12
Suicídio	3
Moléstias ignoradas ou mal definidas	7
<b>TOTAL</b>	<b>1419</b>

A Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba (CSPR) foi instalada em 1921, conforme os dados apresentados pela síntese demográfica sanitária, a referida instituição estabeleceu-se em linha de frente contra as principais doenças que vitimavam os

habitantes da capital que também se refletiam em outros municípios do estado. De acordo com os dados, o paludismo, com 128 óbitos, era responsável por 9% das mortes, o que motivou a intensa campanha da Comissão contra esta doença através do combate aos mosquitos transmissores desta, realizado pela Polícia de Focos e a construção de vários postos no estado para o combate à doença por meio da distribuição de quinina. A ancilostomíase com 56 mortes e as doenças do sistema digestivo com 440, correspondiam a 34, 9% das mortes na capital, diante desses dados, a Comissão adotou em seus postos a política de combate as ancilostomíase, as verminoses e as doenças do sistema digestivo através de campanhas de educação higiênica, realização de exames de fezes e distribuição de medicamentos.

Com relação à tuberculose, responsável por 13% das mortes, a Comissão instalou o dispensário de tuberculose, restrito à capital, para o combate a doença através da educação sanitária, exames, desinfecção dos objetos e do tuberculoso e distribuição de um composto de medicamentos. Em relação à sífilis e outras doenças venéreas que eram endêmicas no período e não necessariamente fatais, a Comissão manteve, a partir de 1921, o dispensário de doenças venéreas restrito à capital, com o objetivo de combater a sífilis e as outras doenças venéreas através da educação higiênica e distribuição de composto de medicamento. Neste sentido, a criação da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba, com a adoção de suas respectivas práticas preventivas e profiláticas, legitimou-se mediante a necessidade de minimizar os efeitos trágicos de algumas doenças na sociedade.

A Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba (CSPR) foi criada através de um acordo do estado da Paraíba com o D.N.S.P, com base no decreto 14.354 de 15 de setembro de 1920. Este decreto estabelecia que “para a execução naquela região do país, por intermédio da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural dos trabalhos de saneamento e profilaxia rural, especialmente os de combate às principais endemias dos campos...”<sup>413</sup> Dentre as condições do contrato, pode-se destacar que, o estado da Paraíba estava obrigado a promover a aceitação pelos municípios de todas as leis sanitárias, disposições e instruções do Departamento de Saúde Pública relativas ao assunto, pelo contrato, o governo paraibano estava também obrigado a adotar todas as medidas necessárias a profilaxia da lepra e das doenças venéreas; o estado deveria estabelecer, pelos meios legais, uma taxa de valorização a incidir sobre os terrenos saneados ou um adicional sobre o imposto territorial. Pelas condições do contrato, o estado da Paraíba se comprometeria a indenizar a União, no prazo de dez anos,

---

<sup>413</sup> As cláusulas e as condições do contrato entre o governo do Estado da Paraíba e o D.N.S.P foram publicadas pelo jornal “A União” em matéria, intitulada “Saúde Publica: acordo com o Estado da Parahyba”. Ver: Saúde Publica: acordo com o Estado da Parahyba. **A União**, n. 20, 26 de janeiro de 1921.

de metade das despesas a seu cargo, com os custeios dos serviços na razão de cento e cinquenta contos de réis por ano de execução do presente acordo e a prestar apoio moral e todas as precisas facilidades aos funcionários dos encarregados da execução dos trabalhos.<sup>414</sup> Em contrapartida, o governo federal teria a obrigação de organizar os serviços de profilaxia, “levando em conta principalmente as indicações regionais e estabelecendo serviços sanitários de preferência e com maior amplitude nas zonas mais atingidas pelas endemias, de população mais densa e maior riqueza econômica.”<sup>415</sup> Os serviços a serem executados compreendiam os trabalhos de saneamento da capital do estado e o custeio de um hospital regional. Este hospital teria a função de combater as endemias e epidemias.

Segundo Hochman, a maioria dos estados, dentre eles, a Paraíba, optaram pela “alternativa de indenizar a longo prazo a União. Portanto, a maioria dos acordos exigia imediatamente cem por cento de recursos federais.” Na realidade todos os estados “buscavam o máximo de benefícios no presente, procrastinando o pagamento da conta” (HOCHMAN, 2012, p.182). Para Hochman, dificilmente, na década de 20, os estados teriam condições de pagar suas dívidas com a União, devido ao estado de penúria em que se encontravam ou a falta de uma estrutura de arrecadação capaz de coletar a taxa de valorização sobre “os terrenos saneados ou o adicional sobre o imposto territorial que eram obrigados a criar para firmar os acordos, com o fato adicional de que essa tributação atingiria propriedades rurais, o que por si só gerava um problema político difícil de ser administrado” (HOCHMAN, 2012, p.182).

Em termos práticos, a Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba (CSPRP) iniciou seus trabalhos em 1º maio de 1921. Inicialmente, realizou suas campanhas contra os mosquitos e vetores de doenças nas cidades de “Areia, Guarabira e Umbuzeiro, sedes dos três Postos Rurais existentes no interior do Estado”<sup>416</sup> Ou seja, inicialmente, apenas três cidades do interior foram sedes dos postos rurais montados pela CSPR, além do posto e de sua sede na capital. A campanha contra os mosquitos foi um dos primeiros planos de ação da Comissão, pois a “polícia de focos” foi o “primeiro serviço organizado e posto em prática, na Paraíba, pela Comissão Rural.”<sup>417</sup> Este órgão tinha como método de atuação o combate aos culicídeos, sem distinção de espécies e variedades, e também atuava como polícia sanitária das habitações, serviço em parte custeado pelo governo estadual. Segundo Nóbrega, “sob a direção de Plínio Espinola, instituiu-se a *Polícia de Focos* (grifo do autor) para o

---

<sup>414</sup> Informações obtidas em “Saúde Pública: acordo com o Estado da Parahyba”. Ver: Saúde Pública: acordo com o Estado da Parahyba. **A União**, n. 20, 26 de janeiro de 1921.

<sup>415</sup> Saúde Pública: acordo com o Estado da Parahyba. **A União**, n. 20, 26 de janeiro de 1921.

<sup>416</sup> Saneamento e Prophylaxia na Parahyba. **Era Nova**, Parahyba do Norte, Ano I, n.19, 15 de janeiro de 1922.

<sup>417</sup> Idem.

controle sanitária dos alimentos, das habitações e do combate aos culicídeos” (NÓBREGA, 1979, p.67).

A policia de focos realizava na capital e nos postos rurais de Areia e Guarabira a inspeção de prédios, exame de jarras, destruição de focos de mosquitos, caixas de descarga calafetadas, remoção de carroças de lixo, fossas petroladas.<sup>418</sup> Desta forma, a “destruição dos criadouros e do *Stegomyia aegypti* nas suas fases aquáticas e ainda o isolamento do doente nos três primeiros dias da infecção, constituem a base da profilaxia,”<sup>419</sup> conforme explicou o chefe da CSPRP, Antonio Periassú. Além disso, ressalta que se deve fazer, em primeiro lugar, a policia de criadouros e a vigilância médica, em seguida, o expurgo, quando houver casos recentes. Antonio Periassú não aceitava, como queriam os americanos, a suspensão absoluta dos expurgos, assim justificava:

Não, ele é indispensável nos focos recentes, attendendo à vida longa do *Stegomyia* e o seu poder de agente infeccioso, cada vez maior quando mais velho. O expurgo neste caso é de real valor econômico, tanto no ponto de vista da vida, como de tempo, dinheiro e de novas infecções. É portanto, a technica precisa de Oswaldo Cruz que devemos continuar a aplicar no combate a febre amarela.<sup>420</sup>

A justificativa utilizada pelo diretor da Comissão sinaliza o quadro de tensão existente entre os métodos utilizados pela Comissão Rockefeller, de origem norte-americana, e a metodologia utilizada pelo Instituto Oswaldo Cruz para combater a febre amarela na capital da República, que era referência para a atuação dos médicos do D.N. S. P nos estados. A opção pela técnica de Oswaldo Cruz constituía, para Periassú, uma forma de valorizar a produção científica brasileira no campo da medicina experimental, sendo então um indício de nacionalismo.

Na capital, inicialmente foram construídos os postos rurais do Jaguaribe em 12 de maio de 1921 e o de Tambaú, inaugurado, doze dias depois (NÓBREGA, 1979). Esses postos, no período de 1921 a 1922, foram responsáveis pelo combate ao impaludismo através da distribuição de quinina, além disso, foram encarregados também de combater a ancilostomíase e as diversas modalidades de verminoses. Para cumprirem suas tarefas, tais postos realizaram exames de fezes, sangue e outros materiais, bem como fizeram consultas, aplicações de injeções e vacinações, curativos, visitas domiciliares, construção de fossas e

---

<sup>418</sup> Comissão de Saneamento e Prophylaxia: seus serviços a Parahyba. **Era Nova**, Parahyba do Norte, n.23, 26 de março de 1922.

<sup>419</sup> Saneamento Rural. **A União**, n. 277, 30 de novembro de 1930.

<sup>420</sup> Idem.

gabinetes sanitários, assim foram descritas as ações realizadas pela instituição na capital pela imprensa oficial, como *Era Nova* e o jornal *A União*, entretanto, Accácio Pires, Chefe do Setor de Profilaxia Rural da Paraíba, em carta à Belisário Penna, diretor do Serviço Federal de Profilaxia Rural, apresenta informações que contradizem a descrição feita pelos jornais e revistas oficiais sobre os serviços realizados pela CSPRP, assim observamos:

Na capital, o nosso serviço tem se resumido ao tratamento dos doentes, porque o governo [Sólon de Lucena] fará dentro de pouco tempo o esgoto. Nos outros postos, a intimação para as fossas será expedida, logo que cesse o inverno.

Em Tambaú continuam a ser medicados os impaludados, pus essa guarda que lá reside para esse fim.

Nessa praia intimei todos os proprietários de casas regulares a instalar fossas absorventes... Alguns já cumpriram e outros cumprirão dentro da prorrogação pedida.

Quanto aos Jecas, a única solução é a Comissão fazer a fossa e moradia; o gabinete construir de palha de coqueiro como são as palhoças onde vivem.<sup>421</sup>

No interior, existiam os postos rurais de Guarabira (inaugurado em 10 de junho de 1921), Areia (10 de agosto de 1921), Santa Rita (1º de outubro de 1921) e Umbuzeiro (15 de abril de 1922).<sup>422</sup> Neste postos, o plano de combate as verminoses e as helmitoses baseava-se na metodologia descrita abaixo pelo diretor da instituição, Antonio Periassú, em 1923:

1º Campanha de exames e tratamento geral, medicando-se todos os casos positivos de ancyostomose, duas vezes, e três vezes os cultivadores da terra, pelo methodo do chenopodio, tetrachioreto de carbono ou outro medicamento igualmente eficiente.

2º Coincidirá com o tratamento o inicio da construção de latrinas.

3º Terminada a campanha de tratamento, deixarei na localidade um núcleo pequeno, para fiscalizar a construção das latrinas e tratar os recémchegados. Em certos dias da semana, se attenderá no dispensário a doentes de outras moléstias e se medicarão mais uma vez os portadores de helmitoses e maláricos. Essa pequena unidade fica como núcleo para um futuro serviço permanente de saneamento rural.<sup>423</sup>

De forma geral, esses postos realizavam consultas em pacientes com verminoses, paludismo e outras doenças, aplicavam medicações contra tais doenças, faziam curativos em

---

<sup>421</sup> Carta de Accácio Pires enviada a Belisário Penna, em 15 de setembro de 1921. Arquivo Belisário Penna, Fundação Oswaldo Cruz.

<sup>422</sup> Ver: NÓBREGA, Humberto. **As raízes da ciência da saúde na Paraíba**. João Pessoa: Universitária/UFPB, 1979.p.67.

<sup>422</sup> Comissão de Saneamento e Prophylaxia: seus serviços a Parahyba. **Era Nova**, Parahyba do Norte, n.23, 26 de março de 1922.

<sup>423</sup> Saneamento Rural. **A União**, n. 277, 30 de novembro de 1930.

úlceras, aplicavam vacinas e injeções, instalações de fossas e gabinetes sanitários e faziam visitas domiciliares.<sup>424</sup>

No interior, foram construídos postos de assistência médica nos locais de atuação da Inspetoria Federal das Obras Contra as Secas, com o objetivo de prestar os serviços de saúde e sanitários aos “numerosos trabalhadores e operários, como as próprias populações das localidades e sedes dos referidos Postos.”<sup>425</sup> A existência destes postos nas localidades de atuação do IFOCS exemplifica a estreita relação entre políticas de saneamento e programas federais de combate às secas no período do governo de Epitácio, na medida em que, muitos destes postos, constituíram-se como exigência das empresas norte-americanas para a execução de tais obras no interior, pois temiam a incidência de endemias em seus funcionários.

No transcurso do primeiro ano da Comissão na Paraíba (1921), foram instalados outros serviços por esta no estado: o Dispensário Anti-venéreo e o Laboratório de Análises Clínicas. O Dispensário Anti-venéreo, foi inaugurado em 20 de dezembro de 1921 sob a direção do médico Elpidio de Almeida, especialista em dermatologia. O referido serviço era responsável pela profilaxia da lepra e tratamento das doenças venéreas, principalmente a sífilis.<sup>426</sup> Nos primeiros seis meses de trabalho do Dispensário Anti-venéreo, identificamos os principais métodos de atuação da instituição que foram baseados no fornecimento de medicamentos aos doentes, aplicação de curativos, pequenas intervenções cirúrgicas, visitas domiciliares, aplicações de injeções de 914, mercúrio e iodeto de sódio e exames de urina. No primeiro ano de atuação, o referido serviço registrou a ocorrência de 271 casos de sífilis, 86 de gonorréia e 9 de cancro venéreo.

Conforme os dados apresentados acima, a principal doença venérea do período era a Sífilis. Com relação à referida doença, observamos que esta tinha passado por uma verdadeira revolução científica. Esta revolução teria começado na primeira metade do século XIX, “tal “revolução” apenas se consolidaria no começo do século XX, quando se estabilizam as linhas gerais de um modelo de compreensão da doença, que se manteria praticamente inalterado até meados da década de 40 “(CARRARA, 1996, p.25). Segundo Sérgio Carrara, esta revolução envolveu alguns aspectos da doença, tais como: “a própria definição da doença – seu agente causal, sua sintomatologia, os meios de transmissão, suas conseqüências orgânicas e sociais, sua evolução epidemiológica e os meios terapêuticos e profiláticos para abordá-la –.”

---

<sup>424</sup> Comissão de Saneamento e Prophylaxia: seus serviços a Parahyba. **Era Nova**, Parahyba do Norte, n.23, 26 de março de 1922.

<sup>425</sup> Idem.

<sup>426</sup> Ver: Saneamento e Prophylaxia na Parahyba. **Era Nova**, Parahyba do Norte, Ano I, n.19, 15 de janeiro de 1922.

(CARRARA, 1996, p.25). Com base neste modelo, configuraram-se os discursos e ações que embasaram a luta antivenérea, em que a Sífilis tornou-se um problema venéreo, uma das ameaças à saúde pública.

Em termos conceituais, a Sífilis, segundo Sérgio Carrara (1996), com base no pensamento de Fleck, até o século XIX era estruturada no princípio ético-místico, em que toda doença ou afecção que atingissem os órgãos sexuais era denominada indistintivamente de Sífilis, além disso, atribuía ao doente a responsabilidade pelo contágio, espécie de castigo divino pelos pecados da carne. A partir do século XIX, outros três princípios viriam se articular subordinadamente ao princípio ético-místico dominante: um princípio empírico-terapêutico, um princípio experimental- patológico e, finalmente, um princípio patogênico. Abaixo podemos observar definições dos princípios:

Segundo o princípio empírico-terapêutico, deveria ser considerada sifilítica toda doença que cedesse à ação do mercúrio, remédio herdado da antiga maloterapia. O princípio experimental- patológico, O princípio experimental-patológico apoiava-se em obser vações clínicas e experiências com inoculação do vírus sifilítico em seres humanos. Tais experimentos ora atestavam, por exemplo, adiferenciação entre o que hoje chamamos de gonorréias e sífilis, ora as identificava. O princípio patogênico supunha que a sífilis atuasse através da corrupção do sangue, fazendo com que todas as doenças generalizadas ou de múltiplos sintomas fossem classificadas como sifilíticas (CARRARA, 1996, p.27).

Em termos terapêuticos, surgiram no início do século XX um conjunto de arsenais para o combate a doença. Assim, os médicos da CSPRP, lançavam contra essa doença “o mercúrio, o bismato, e o neosalvarsan, nome este do legítimo do 914 alemão, que só se deve ser empregado sob orientação médica.”<sup>427</sup> Além da medicação praticada, os profissionais da saúde afirmavam que a Sífilis estava perdendo terreno no período, principalmente as manifestações mais graves da doença, em “virtude da grande e salutar propaganda de divulgação feita contra este terrível flagelo, auxiliada pela compreensão por parte do povo, de que é indispensável e tratamento imediato, prolongado e repetido, antes que a infecção se torne irremediável ou mortal.”<sup>428</sup> Contudo, observou-se, posteriormente, que a aplicação de longas séries de injeções intravenosas de Salvarsan ou 606, inventada em 1909 na Alemanha, e o neo-salvarsan ou 914, inventada anos depois, como versão menos tóxica, de acordo com Carrara, “nem sempre curava, embora fizesse com que as lesões contagiantes cicatrizassem

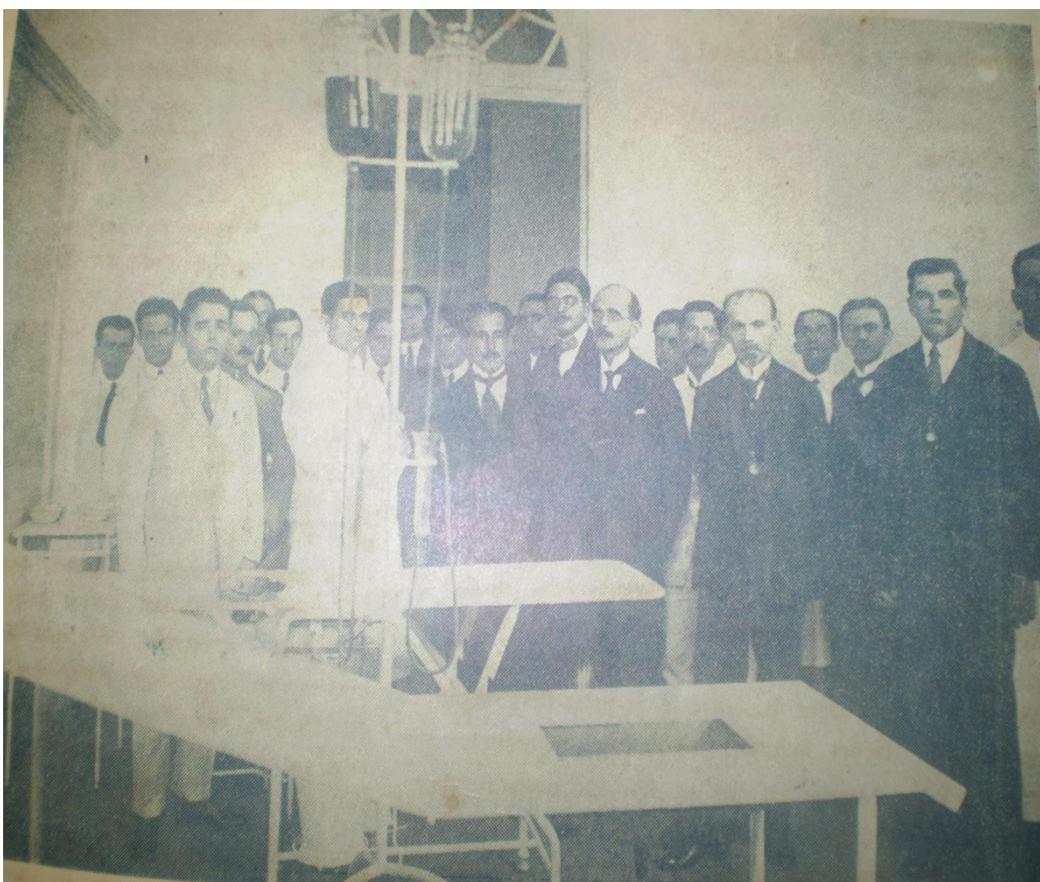
---

<sup>427</sup> Uma nova arma de combater a syphilis. **A Imprensa**, n.63, p.2, 11 de abril de 1928.

<sup>428</sup> Uma nova arma de combater a syphilis. **A Imprensa**, n.63, p.2, 11 de abril de 1928.

rapidamente. Isso, logo imprimiu ao arsênico e, depois dele, ao bismuto um valor mais profilático do que terapêutico”(CARRARA, 1996, p.34).

Desta forma, os serviços ofertados pela CSPRP não ficavam restritos à preocupação com a prevenção das doenças, mas também constituíam procedimentos de saúde voltados para o tratamento e a cura dos pacientes através do uso dos conhecimentos e métodos da ciência médica do período, a exemplo dos medicamentos, injeções e curativos.<sup>429</sup> Na fotografia abaixo, podemos analisar o aspecto teatral produzido durante a inauguração do Dispensário de doenças venéreas.



**Figura 11- Inauguração do Dispensário de doenças venéreas<sup>430</sup>**

A fotografia apresenta uma teatralização do poder pelos grupos políticos e pelo corpo médico da instituição no momento da inauguração Dispensário de doenças venéreas, aliás, o

---

<sup>429</sup> Ver: Saneamento e Prophylaxia na Parahyba. *Era Nova*, Parahyba do Norte, Ano I, n.19, 15 de janeiro de 1922.

<sup>430</sup> Comissão de Saneamento e Prophylaxia: seus serviços a Parahyba. *Era Nova*, Parahyba do Norte, n.23, 26 de março de 1922.

ato inaugural de um serviço público constitui um momento oportuno para a produção de símbolos, sinais, gestos e marcas que representam a materialização desse poder. O teatro político é produzido com a intenção de fabricar imagens que possam perpetuar o caráter majestoso e “realizador” dos governantes, é uma ação (o ato de inauguração) que se deseja perpetuar para sempre no imaginário das pessoas, como forma de persuasão indispensável no modo democrático. Nesta disputa pelo poder, “as novas técnicas dão meios mais poderosos à dramaturgia democrática, os da mídia, da propaganda política e das sondagens políticas” (BALANDIER, 1982, p.8). A mídia, jornais ou revistas, serve para reforçar a “formação das aparências, ligam o destino dos homens de poder tanto à qualidade de sua imagem pública quanto às suas obras. Denuncia-se então a transformação do Estado em ‘espetáculo’ (grifo do autor), em teatro de ilusão” (BALANDIER, 1982, p.8). O uso da mídia pelos grupos políticos como mecanismo de propaganda política de sua administração sempre foi uma estratégia utilizada pelos atores políticos em suas batalhas pelos votos e, conseqüentemente, pelo poder.

Na fotografia acima, o ato de inauguração do Dispensário de doenças venéreas reveste-se de toda uma simbologia, o poder se exhibe pelo visual, ocorre uma espetacularização do poder. A oligarquia dominante no estado, no caso, a Oligarquia Epitacista, apresenta-se devidamente representada pelo presidente do estado da Paraíba, Solón de Lucena, afilhado político do comandante da oligarquia e do Presidente da República, no período Epitácio Pessoa. Solón de Lucena, o terceiro da direita para esquerda dos que estão de paletó preto, em posição central, comanda o sublime ato de inauguração, sua presença constitui a personificação do estado. A teatralização política objetiva mostrar o estado em ação, como forma de propaganda política que se projeta pela imagem, sendo esta imagem reproduzida e divulgada pela imprensa local, no caso, a revista *Era Nova*, que era favorável aos grupos no poder. Esta revista, não publicou apenas as fotografias, mas também uma série de reportagens enaltecendo a administração de Solon de Lucena, divulgando as suas realizações, principalmente as que se referiam a Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba, pois estariam também fazendo propaganda do governo federal, ou seja, da figura do presidente Epitácio Pessoa.

A inauguração de um sistema de serviço de saúde era o momento oportuno para a efetivação do ritual de teatralização do poder por parte das autoridades públicas constituídas. Neste evento, os homens do poder mostravam-se amigos dos pobres e interessados nos problemas sanitários que envolviam a população. Como observamos na cobertura da inauguração do posto profilático em Cabedelo pelo jornal *A União* em 1923, nesta ocasião,

realizada às dez horas da manhã, com a presença das autoridades Srs. Drs. Alvaro de Carvalho, representando o Sr. dr. Solon de Lucena, presidente do estado; Barreto Coqueiro; Armando Pires; Genival Londres; Plínio Espinois; Alfredo Monteiro; João José Vianna, prefeito de Cabedelo e o tenente Athaulpa. Os discursos proferidos pelas personalidades expressaram esse sentimento de generosidade para com a população pobre, assim podemos visualizar na matéria do referido jornal:

O sr. dr. Barreto Coqueiro, usando a palavra disse que a inauguração de um posto de combate as moléstias venéreas e a opilação era um motivo de jubilo para aqueles que se interessam pela saúde pública, pelo bem estar dos nossos trabalhadores rurares e pelo progresso do Brasil...Combater as moléstias que dizimam a pobreza é cooperar no engrandecimento da pátria, é trabalhar pela elevação do nome do Brasil no estrangeiro.<sup>431</sup>

O discurso do Dr. Barreto sinaliza o interesse das autoridades em fazer propaganda de seus atos, se mostrando como pessoas generosas prontas para ajudar os mais pobres. O discurso de defesa dos pobres oprimidos reflete as intenções políticas dos atores do poder nestes momentos de inauguração de algum serviço público, que era consolidar as bases eleitorais de sua oligarquia. Além disso, podemos observar os ideais de progresso, de modernidade e de nacionalidade como suporte ideológico para a implantação de tais serviços, ou seja, a implantação de um posto profilático significava um passo mais para o progresso e a modernização da cidade de Cabedelo.

O laboratório de pesquisas clínicas foi inaugurado no dia 21 de dezembro de 1921, com vistas a “realizar toda a série de pesquisas bacterioscópicas e sorológicas necessárias a clinica.”<sup>432</sup> Este serviço foi responsável pela realização dos exames de fezes (verminoses em geral, ameba, bacilo disentérico); exames de sangue (hematozoario, filaria e wasserman); exames de urina (hemaculturas, soro aglutinante, dosagem de uréia); exames de escarro (bacilo Koch, Pneumococcus, Inoculação de Koch); exames de lepra, leishmaniose, difteria, e exames de garganta, além da produção de vacinas (típicas e autógenas) e comprimidos, soros e ampolas para serem distribuídos nos postos rurais da Paraíba. As formas de atuação deste órgão representam a valorização da cultura do exame como forma de diagnóstico e prevenção das doenças, resultado das inovações da ciência médica. De acordo com Nóbrega, este serviço foi organizado por Manoel Froes de Abreu, e foi responsável pelo esclarecimento “do

---

<sup>431</sup> Combate as nossas endemias. Inauguração do posto profilático de Cabedello. **A União**, n.205, p.2, 30 de setembro de 1923.

<sup>432</sup> Idem.

diagnóstico de várias entidades mórbidas até então rotuladas como *paludismo*, *febre paratifoide*, *desintéria amebiana*, *debilidade congênita*, etc. Aquele laboratório, coube isolar salmonelas em suas várias espécies, como também *shigelas*, *diarréias verminóticas*, (grifo do autor),etc ”(NÓBREGA, 1979,p.67). A Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba manteve no estado o Serviço de Farmácia, tendo iniciado seus serviços em 1º de julho de 1921, e realizado a distribuição dos medicamentos compreendidos em forma de comprimidos, pílulas, cápsulas, tinturas, xaropes, pomadas e supositórios.

No que se refere à assistência hospitalar, a Comissão foi responsável pelo Hospital Oswaldo Cruz que, na verdade, constituía apenas um pavilhão do Hospital Santa Isabel, equipado com recursos do D.N.S.P que ao final do contrato entre este e o governo da Paraíba seria restituído a Santa Casa, responsável pela instituição. No Hospital Oswaldo Cruz havia duas enfermarias para homens e mulheres com capacidade para 30 leitos. Em cada enfermaria, existia instalações sanitárias, banheiras com água quente e fria, salas de consultas e exames e dormitórios para enfermeiros.<sup>433</sup> A sala de cirurgia do hospital foi construída e equipada no próprio edifício da Santa Casa de Misericórdia, com os instrumentos modernos da ciência médica. Esta sala estava dividida em duas: a sala de esterilizações e a sala de operações. O hospital seria brevemente equipado com máquinas para a esterilização do algodão, fabricação de comprimidos e outros materiais indispensáveis ao serviço hospitalar.<sup>434</sup> Além das enfermarias e da sala de cirurgia, faziam parte do hospital outras dependências como: cozinha, dispensa, rouparia, lavanderia e necrotério.<sup>435</sup> Segundo Nóbrega, a comissão foi um divisor de águas nos serviços de saúde pública, pois “implantou a esterilização autoclavada no arsenal indispensável às intervenções cirúrgicas. Reconstruiu e instalou no Hospital Santa Isabel, uma moderna sala de operações”(NÓBREGA, 1979, p.68).

---

<sup>433</sup> Comissão de Saneamento e Prophylaxia: seus serviços a Parahyba. **Era Nova**, Parahyba do Norte, n.23, 26 de março de 1922.

<sup>434</sup> Serviço Prophylatico: a inauguração do hospital Oswaldo Cruz. **A imprensa**, n.66, 26 de abril de 1922.

<sup>435</sup> Ver: Saneamento e Prophylaxia na Parahyba. **Era Nova**, Parahyba do Norte, Ano I, n.19, 15 de janeiro de 1922.



**Figura 12-**Uma das enfermarias do Hospital Oswaldo Cruz<sup>436</sup>

A fotografia mostra uma das enfermarias do Hospital do Oswaldo Cruz, nesta imagem, podemos deduzir que o ambiente era espaçoso, arejado, com a presença de muitas janelas, apresenta um aspecto de limpeza e organização, todos os leitos aparecem com lençóis iguais, uniformizados. Outro aspecto da imagem que nos chama atenção é o semblante de tristeza dos pacientes diante da doença, das dores, da solidão e do desconforto pela estadia em um ambiente desagradável como um hospital. Ao que tudo indica, o ambiente fora preparado para o ‘click’ da máquina fotográfica, principalmente, se levarmos em consideração o fato das pessoas estarem numa posição frontal esperando o momento da foto. Esta imagem condiz com a realidade hospitalar da Paraíba? Ao que parece estas imagens não são compatíveis o ambiente do hospital descrito por Flávio Maroja, diretor do hospital em seus vários relatórios, uma vez que este mostra os aspectos da sujeira, da superlotação e das doenças infecciosas, da falta de ventilação, do amontoamento de pacientes, assim observamos em um dos relatórios:

A situação dos nossos hospitais é tão conhecida de mim quanto de vós. As enfermarias se conservam sempre cheias, sendo raro o dia e que dois ou mais

---

<sup>436</sup>Dispensário de doenças venéreas. **Era Nova**, Parahyba do Norte, Ano I, n.19, 15 de janeiro de 1922.

enfermos não esperem na portaria que um leito desocupe para terem entrada. Quer no Santa Isabel, quer no Sant`Anna a situação é a mesma. ...<sup>437</sup>

A questão da superlotação foi colocada por Flávio Maroja como um grande problema enfrentado pela instituição, pois esta não tinha condições de atender todos pacientes que a procuravam em busca de um tratamento para os seus males. Além deste problema, outros também eram recorrentes, como a alimentação, higiene, remédios, médicos. A situação do hospital era tão degradante que o diretor do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba, Accácio Pires, denominou a sala de operações de “açougue” em carta direcionada ao seu superior, no Rio de Janeiro, Belisário Penna:

Brevemente estará instalado o material que encaminhei para a sala de cirurgia da Santa Casa. Na que atualmente existe, a Saúde Pública do Rio não permitiria o funcionamento de um açougue, pois não tem, para isso, os requisitos regulamentares. É rachada e não tem as paredes impermeabilizadas. Aqui as operações são, no mínimo, tentativas de assassinato. Mas a lealdade manda dizer que nem todos os depredados cirurgicamente morrem. Alguns, poucos embora, sobrevivem. E é graças aos poucos sobreviventes que os mortículas se atrevem a novas e maiores depredações. Enfim, o que vale aos médicos é a discrição dos defuntos.<sup>438</sup>

Distante da realidade mostrada pela fotografia, o hospital, e mais precisamente, a sala de operações descrita por Acácio Pires constituía um verdadeiro *açougue* público, pois suas paredes estavam rachadas e não eram impermeabilizadas, o que fazia das operações uma verdadeira tentativa de assassinato, felizes daqueles que sobreviviam a estas depredações. Dessa maneira, a fotografia feita do Hospital Oswaldo Cruz não condiz com a imagem da instituição descrita pelo seu diretor, Acácio Pires. Em suma, para Accácio Pires a assistência médica na Paraíba estava restrita à capital e, segundo o referido médico, “só na capital há hospital e assim mesmo insuficiente e atrasado. A população vive no mais completo abandono e entregue às mais absurdas superstições e aos curandeiros ignorantes e sem consciência.”<sup>439</sup>

Além do Hospital Oswaldo Cruz, a partir de 1924, outros serviços foram incorporados a Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba, por exemplo, ocorreu a inauguração do Dispensário de Tuberculose Eptácio Pessoa, na capital, em 3 de dezembro de 1923,

---

<sup>437</sup> Relatório apresentado pelo Dr. Flávio Maroja, director do Serviço Sanitário dos Hospitais a cargo da Santa Casa de Misericórdia, na sessão solenne de 2 de julho de 1916. Desembargador José Ferreira Novaes. Imprensa Official, Parahyba, p. 41, 1916.

<sup>438</sup> Carta de Accácio Pires enviada a Belisário Penna em 15 de setembro de 1921. Arquivo Belisário Penna, Fundação Oswaldo Cruz.

<sup>439</sup> Idem

responsável pela profilaxia da tuberculose. Este dispensário contava com um consultório médico para exame clínico do aparelho respiratório, sala para anamnesista, sala de espera, sala para enfermeira, arquivo, toilette das enfermeiras, etc.<sup>440</sup>

A introdução deste serviço na Paraíba remonta a discussão sobre a atuação do poder público no controle da doença, a qual observamos que, teve início com Oswaldo Cruz, no início do século XX, diretor Geral de Saúde Pública, que instituiu o Plano de Ação Contra Tuberculose, visando à implantação de condutas profiláticas e terapêuticas, atingindo, contudo, pouca repercussão. Nos anos 20, um evento importante para a história da doença no Brasil, “foi a Reforma Carlos Chagas, a qual dá início, em 1920, a uma fase de maior comprometimento do Estado no controle da TB. Foi, então, criada a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose, cuja finalidade era estabelecer o diagnóstico e o tratamento dos casos de TB, além de se empenhar na prevenção da doença” (MACIEL, 2012, p.228). Neste sentido, tal serviço foi incorporado em conformidade com a legislação federal de 1920, que previa sua instalação mediante acordo entre o estado e a União, com a respectiva divisão de responsabilidade técnica e financeira.

A implantação deste serviço deveu-se ao fato de que, no período, a tuberculose (*peste branca*) era considerada um dos maiores inimigos do homem, não só pela sua grande difusão entre os homens, mas também pelo seu prognóstico sombrio, pelo horror com que a sociedade encarava o tuberculoso, sempre evitado por ser portador de um mal incurável.<sup>441</sup> No período, a comunicação da Diretoria Geral de Saúde Pública informava que a tuberculose era a mais freqüente e mais espalhadas de todas as doenças. Existia em todos os países e a susceptibilidade dos indivíduos a essa doença era mesma em todas as raças. Assim, a literatura médica do período definia a doença como “determinada por um germen microscópico – o bacilo de Koch- que penetra o nosso organismo quase sempre pelas vias respratórias, pela gotícula de saliva ou escarro do doente, quando fala, espirra ou tosse e ainda pelo beijo ou pelo contato de utensílios-prato, copo etc. contaminados.”<sup>442</sup>

No Brasil, a tuberculose, no início do século XX, do ponto de vista epidemiológico, representou importante causa de mortalidade, sobretudo até o final dos anos 40. Neste contexto, diante da ausência do estado para o controle da doença, surgiram entre médicos e sociedade as primeiras instituições criadas para abordar o problema. Assim, em 1899, foram fundadas a Liga Brasileira Contra a Tuberculose no Rio de Janeiro, atual Fundação Aталpho

---

<sup>440</sup> Ver: As grandes realizações do saneamento na Parahyba do Norte. **Era Nova**, n. 63, 1 de 06 de 1924.

<sup>441</sup> Ver: As grandes realizações do saneamento na Parahyba do Norte. **Era Nova**, n. 63, 1 de 06 de 1924.

<sup>442</sup> Diretoria Geral de Saúde Pública. **A União**, n.9, 13 de janeiro de 1931.

de Paiva e a Liga Paulista Contra a Tuberculose. De acordo com Maciel, “as Ligas atuaram na propagação de métodos de tratamento e de profilaxia vigentes no meio médico-social europeu, destacando-se: 1. campanhas de educação sanitária, 2. atendimento aos pobres e 3. estímulo à criação de sanatórios, dispensários e preventórios” (MACIEL, 2012, p.228).

Em relação ao diagnóstico, o informativo da Diretoria Geral de Saúde Pública explica que este podia ser feito através do exame físico do doente, raios x que determinam a localização e a extensão das lesões tuberculosas no pulmão e o exame de escarro no laboratório que detecta o bacilo de Koch. Quanto à sintomatologia, o informativo descreve que este se inicia quando se tem tosse ou resfriado que se prolonga, perda peso, se sente mais cansaço que o usual, se tem todos os dias um pouco de febre, se escarra sangue e se tem dores no peito. A presença do bacilo de Koch pelo exame de escarro é o elemento que comprova a existência da doença. Um dos maiores problemas ao tratamento da doença relacionava-se ao fato de que “às vezes a doença se desenvolve sem que o doente se tenha tosse ou perca de peso. Isto é, uma das mais sérias feições da doença no ponto de vista de sua prevenção, por que ela escapa assim ao mais precoce reconhecimento.”<sup>443</sup>

Como no período não existia uma cura definitiva para a tuberculose, apenas uma cura inicial relativa, os médicos e enfermeiros do dispensário estavam mais preocupados com a prevenção, para isto, se utilizavam dos métodos da educação higiênica do tuberculoso e das pessoas que o cercavam, usando os meios profiláticos que dispunham no período. Neste modelo de educação higiênica, o tuberculoso assistia a uma “conferência, ilustrada com projeções luminosas, é sempre uma lição médica de grande valor. O tuberculoso nela aprende os cuidados higiênicos a empregar a fim de que não aumente a sua moléstia, e nem se propague seu mal por contágio direto ou não, pelo escarro, pelos objectos de uso, as pessoas que o circundam.”<sup>444</sup>

No dispensário, o tratamento se iniciava pelo interrogatório feito ao paciente pela enfermeira anamnesista, logo em seguida, munido da ficha clinica, ele era entregue a enfermeira do consultório que lhe tomava a temperatura e verificava o peso. O exame bacteriológico era feito no laboratório do dispensário e, os outros exames mais complexos eram realizados no laboratório da Sede Central.<sup>445</sup> Além disso, as enfermeiras visitadoras cumpriam a função de cuidar dos doentes em seu próprio domicílio, promovendo a desinfecção da casa e administrando todas as instruções e profilaxia. Este dispensário foi

---

<sup>443</sup> Idem.

<sup>444</sup> As grandes realizações do saneamento na Parahyba do Norte. **Era Nova**, n. 63, 1 de 06 de 1924.

<sup>445</sup> Ver: As grandes realizações do saneamento na Parahyba do Norte. **Era Nova**, n. 63, 1 de 06 de 1924

organizado por meio da divisão da cidade em distritos, cada qual contando com um corpo de enfermeiras sob a direção da enfermeira-chefe. A atuação das enfermeiras visitadoras fundamentava-se na percepção da função da mulher como elemento básico, alicerce de uma organização perfeita e eficiente em saúde pública. Além disso, “a profissão de enfermeira é um dos mais nobres auxílios que a mulher pode ser” sendo sua função, “orientar a nova geração nos cuidados da higiene social e conservação de seu estado hígido.”<sup>446</sup>

Esse modelo de atuação contra a tuberculose já era praticado na França desde 1901, quando o Doutor Albert Calmett implantou em Lille o primeiro dispensário antituberculoso da França, com base na compreensão de que “era necessário ir ao domicílio dos tuberculosos e não apresentar-se como certos inquiridores administrativos que vêm nos infelizes suspeitos ou tarados e só se aproximam deles com ares de polícia, interrogando-os com desdém” (GUERRAND, 1985, p.193). Neste método de combate a tuberculose, sobressai a atuação das enfermeiras visitadoras, cujo o objetivo “consiste em lutar contra a tuberculose no próprio domicílio do doente, seguindo o método de Calmette”(GUERRAND, 1985, p.194). Este método de atuação foi consolidado na França pela lei Bourgeois, na data de 16 de abril de 1916 e, “obriga os departamentos a criarem dispensários antituberculosos e a neles colocarem enfermeiras especializadas” (GUERRAND, 1985, p.194).

Na Paraíba, o médico Alfredo Monteiro, responsável pelo dispensário de tuberculose da CSPRP, publica o artigo Profilaxia da tuberculose na Paraíba do Norte, nos anais da Semana Médica da Paraíba de 1927, defendendo os seguintes métodos de profilaxia da tuberculose:

1º A luta contra a tuberculose em começo, quando o doente é facilmente curável graças a seu bom estado físico e moral. É o momento de descobrir os doentes nos lares, nas escolas, nas fábricas, dando-lhes conselhos, dedicação e ação exercidos pelos Dispensários, não esquecendo os cuidados a que devam receber os doentes nos Sanatórios e criações diversas.

2º A luta contra o contágio e que se realiza pela destruição dos germens contidos nos escarros e nas roupas dos tuberculosos graças a difícil desinfecção das casas e objectos contaminados. É indispensável o isolamento do tuberculoso. O professor Leon Bernard afirma a possibilidade do isolamento do tuberculoso na sua própria casa a par de uma educação completa sobre os meios de se defender da moléstia.

3º Profilaxia social, compreendendo o estudo das causas que concorrem para a tuberculose: miséria, casas insalubres e insuficientes para o numero de habitantes, abuso de álcool, alimentação e higiene defeituosa (MONTEIRO, 1927, p.38).

---

<sup>446</sup> Saneamento Rural. **A União**, n. 277, 30 de novembro de 1930.

Os métodos profiláticos defendidos pelo médico se aproximam do modelo de atuação do Dispensário antituberculoso da CSPRP, pois, ambos destacam o diagnóstico da doença como ponto inicial do tratamento; além disso, outros pontos importantes eram o isolamento, a desinfecção do tuberculoso e de seus objetos pessoais, incluindo a sua casa e a educação higiênica para evitar os meios de contágio. Esta política sanitária surgiu em conformidade com a definição de um bacilo como agente responsável pela abrangência coletiva da moléstia pulmonar coagiu a Higiene Pública a analisar a consunção como moléstia que poderia ser controlada por intermédio do bloqueio das fontes produtoras do material contaminante. Com isto, “desde o final do século XIX, ganharam maior consistência as regras sanitárias que cobravam a desinfecção dos objetos pessoais e do catarro dos enfermos, desdobrando-se na ostensiva vigilância das pessoas e dos animais fímatosos” (BERTOLLI FILHO, 2001, p.39).

Em relação à atuação do dispensário de tuberculose da CSPRP na capital paraibana, o médico Newton Lacerda considerava que os dispensários da Paraíba desenvolviam um trabalho que não era suficiente para atender a demanda de doentes, assim, observamos em suas palavras: “distribuindo escarradores higiênicos aos enfermos, promovendo uma ativa campanha anti tuberculosa, quando não podemos isolar, rigorosamente a infinidade de doentes que perambulam, pelas ruas, escarrando os micróbios pelas ruas das cidades.”<sup>447</sup>

A crítica que o médico Newton Lacerda fazia ao dispensário de tuberculose, remontava a sua incapacidade de isolar os pacientes em seu próprio domicílio, como bem afirmava: “nem se alegue, que ao Dispensário cabe também realizar o isolamento domiciliar, que é uma utopia só concebida teoricamente nos compêndios de higiene.”<sup>448</sup> O referido médico não se posicionava contra a existência do dispensário na Paraíba, apenas, ressaltava que, “trabalhando, simultaneamente com o Sanatório, do qual é parte integrante, é que o dispensário pratica os benefícios imaginados por seus criadores.”<sup>449</sup> Nas palavras do médico, a atuação do dispensário deve ser articulada ao do Sanatório, pois, este último, cumpriria a função de isolar os doentes, impedindo assim a difusão da doença na sociedade.

Assim, na época, prevalecia o discurso da segregação social do tuberculoso, com o objetivo de impedir a difusão da doença, isto, claro, resultava em uma série de preconceitos e estigmas contra o doente, tornando o seu cotidiano mais doloroso e solitário. Nesta perspectiva de preconceito e exclusão, o médico J. Maciel ressaltava *o perigo da tuberculose*

---

<sup>447</sup> LACERDA, Newton. Prophylaxia da tuberculose. **A União**, n. 151, p.1, 22 de julho de 1923.

<sup>448</sup> Idem.

<sup>449</sup> Idem.

*nas repartições públicas*,<sup>450</sup> considerando que, “é uma medida que se impõe, por necessária e humanitária, a de rigorosa fiscalização nas repartições públicas, quanto à existência de empregados tuberculosos.”<sup>451</sup> Para J. Maciel, os tuberculosos são mais perigosos pois:

Sob todos os pontos de vista; convindo ainda notar que os tuberculosos, com raríssimas exceções, não se poupam de infeccionar ao próximo, sempre que lhes seja, proporcionada a infeliz oportunidade. Ora contra indivíduos assim temíveis, é a nós outros, são a quem compete a defensiva, e aos governos a proteção aos doentes, assim como a difusão das regras de higiene, com fim profilático.<sup>452</sup>

Nas palavras de J. Maciel, o tuberculoso era um elemento nocivo à sociedade, seu mal era contagioso, o medo da *peste branca* justificava sua exclusão, afinal, ninguém queria estar se aproximar de alguém que pudesse transmitir uma enfermidade considerada a mais letal do período, uma doença que afetava todos, sem distinção de classe, cor, raça, idade e sexo. Neste sentido, o autor apelava para os governantes que fiscalizassem as repartições públicas e demitissem os indivíduos que fossem portadores da doença, mas conservando os seus salários para não deixar a família desamparada em um momento tão delicado. Neste sentido, o discurso médico remetia a ideia de exclusão do doente, além do sofrimento físico, o tuberculoso enfrentava toda uma série de preconceitos e estigmas por ser portador de um mal bastante letal e sem perspectiva de cura definitiva, isso porque o doente era visto “como figura incômoda, tanto pelo risco de contaminar os sadios, quanto pelos custos e intensidade dos cuidados exigidos pela enfermidade” (BERTOLLI FILHO, 2001, p.129).

Sendo assim, os procedimentos de exclusão daqueles que escapam ao padrão normativo estabelecido pela sociedade configuram-se como estratégias de disciplinarização dos corpos e comportamentos das pessoas nos espaços públicos e privados. No que se refere ao projeto de controle dos corpos, Michel Foucault explica que seu objetivo:

Não é expulsar os homens da vida social, impedir o exercício de suas atividades, e sim gerir a vida dos homens, controla-los em suas ações para que seja possível e viável utiliza-los ao máximo, aproveitando suas potencialidades e utilizando um sistema de aperfeiçoamento gradual e contínuo de suas capacidades. Objetivo ao mesmo tempo econômico e político: aumento do efeito de seu trabalho dando-lhes uma utilidade econômica máxima; diminuição de sua capacidade de revolta, de resistência, de luta, de insurreição contra as ordens de poder, neutralização dos efeitos de contra-poder, isto é, tornar os homens doces politicamente (FOUCAULT, 1978, p.16).

---

<sup>450</sup> O perigo da tuberculose nas repartições públicas. **O Jornal**, ano I, n.4, p.1, 23 de novembro de 1923.

<sup>451</sup> Idem.

<sup>452</sup> Idem.

Alcir Lenharo, recorrendo a análise de Michel Foucault sobre as estratégias de disciplinarização dos corpos, fornece-nos uma definição esclarecedora sobre as medidas adotadas pelo estado moderno a fim de disciplinar os corpos:

O corpo esta na ordem do dia e sobre ele se voltam as atenções do medico, educadores, engenheiros, professores e instituicoes como o exército, a igreja, a escola, os hospitais. De repente, toma-se consciência de que repensar a sociedade para transformá-la passava necessariamente pelo trato do corpo como recurso de se alcançar toda a integridade do ser humano (LENHARO, 1986, p. 75).

Em termos profiláticos, a vacinação constituiu outra medida importante que foi defendida pelo médico Alfredo Monteiro, este processo resultou das descobertas de M.M. Calmette e Guerin em 1921, que demonstraram que é possível conferir “aos bezerros indemenes de tuberculose preexistente uma verdadeira imunidade relativamente às contaminações naturais ou artificialmente provocadas, utilizando como vírus-vacinico um bacilo vivo de origem bovina, tendo conservado suas propriedades antígenas, mas permanecido suas propriedades tuberculigenas” (MONTEIRO, 1927, p.40). Sendo constantemente favoráveis as experiências realizadas nos laboratórios, os autores estenderam suas observações aos macacos e enfim às crianças recém-nascidas. No período, de acordo com o médico Alfredo Monteiro, o método da vacinação consistia em “fazer beber nos nove primeiros dias de vida 2 milligramas de B.C.G. Cada dose deve ser ministrada com uma colher meia hora antes da amamentação”(MONTEIRO, 1927, p.40). Para Monteiro, este método tem se mostrado inofensivo, ocorrendo a cura e reação à tuberculina, deu positiva em 11,3 por 100 dos casos três meses após a prática da terceira dose. Segundo o autor, “graças aos sábios, Calmette e Gurin transformou-se em certeza, a esperança de libertar a humanidade do maior dos males, a tuberculose” (MONTEIRO, 1927, p.40). A adoção deste método no Brasil passou a ser posto em prática “sob supervisão da Liga Brasileira Contra a Tuberculose iniciou-se, em 1927, a vacinação com o Bacilo de Calmette e Guérin (BCG) em recém-nascidos” (MACIEL, 2012, p.228). Ao que tudo indica, esse método preventivo da vacinação ainda não era praticado pelo Dispensário da CSPRP.

O Dispensário de tuberculose da Comissão Saneamento concentrava seus esforços no diagnóstico, na profilaxia da doença, incluindo a notificação compulsória, a desinfecção da casa e objetos pessoais do doente e a prevenção através da educação higiênica. Deste modo, era mais uma instituição voltada para a prevenção e a profilaxia da tuberculose que necessariamente para a cura da doença. Isso porque, para Monteiro (1927), os modernos

processos empregados na cura da tuberculose: *pneumothorax*, *thoracoplastia*, cura higiênico-dietética, agem apenas como auxiliares aos meios naturais de cura. O restabelecimento completo pode se dá em virtude de uma resolução que deixa prever grande imunidade por transformação fibrosa, retracção pulmonar ou calcificação. O organismo guarda em si mesmo múltiplos recursos para a lucta contra a tuberculose: a questão toda está em fornecer-lhes possibilidade de exercer seus efeitos. O próprio médico afirmava que “a cura é, pois, possível, desde que se ataque e se dê tempo”(MONTEIRO, 1927, p.40). Neste sentido, métodos modernos, a cura da tuberculose era possível, mas não certa. Em relação a terapêutica da tuberculose, o médico da Newton Lacerda afirmou que “não havendo contra a tuberculose um recurso terapêutico decisivo, como há para sífilis, a verminose e o impaludismo e outras endemias, é para as medidas profiláticas que se voltam hoje todas as atenções e em que se depositam todas as esperanças.”<sup>453</sup> Assim, a cura definitiva contra a tuberculose só foi possível quando “Waksman, em 1944, descobriu a estreptomicina, a quimioterapia não parou de registrar sucessos decisivos contra o bacilo tuberculoso, enfim submetido pela ação dos terapeuta”(GUERRAND, 1985, p.194).

A partir de 1924, o Serviço de Combate a Boubá foi incorporado pela Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural, este serviço foi realizado não apenas pelos postos especiais criados para este fim, mas em todos os outros das zonas do brejo e caatinga. Em relação a terapêutica utilizada na época para o combate a boubá, o uso de injeções de neosalvarsan e neoiacol, numa média de 6 aplicações por doente, era considerada eficaz.<sup>454</sup>

No período, o serviço de combate a boubá foi justificado pela constatação de que a moléstia tornava o “indivíduo incapaz para o trabalho”<sup>455</sup>, e também pela percepção de que esta deformante moléstia estava presente em muitas regiões da Paraíba, sobretudo na região brejeira, onde a doença constituía um fragelo a população do campo. De fácil transmissão de indivíduo para indivíduo por meio de insetos, a doença estava em expansão, além disso, alguns médicos do Serviço de Saneamento Rural consideravam que a doença “implanta muitas vezes, a miséria no meio de uma família inteira, reduzindo os descendentes a um grupo de aleijados e ferimentos, repugnantes e deformados!”<sup>456</sup> O combate a esta doença, segundo a literatura médica do período resultou do medo que se tinha em relação a peste, pois, esta sempre estivera presente no imaginário do medo em todos os povos e épocas” (SÁ,

---

<sup>453</sup> LACERDA, Newton. Prophylaxia da tuberculose. **A União**, n. 151, p.1, 22 de julho de 1923.

<sup>454</sup> DNSP. **Relatório do Serviço de Saneamento Rural no Estado da Paraíba**. 2 de outubro de 1928. FUNESC- Arquivo Histórico do Estado da Paraíba, Cx. 018, v. 596, Doc. Man. Ano 1928/1929.

<sup>455</sup> Idem.

<sup>456</sup> Idem.

2000/2001, p.184). Este temor em relação ao contágio da peste bubônica, justificava-se pela concepção de que esta doença para o corpo, na maior parte da história da humanidade foi vista como um flagelo, metaforicamente, uma bárbara invasora. Destrutiva, um ardor frenético na arte de devorar o corpo. “A doença, nesse caso, passa a ser corrupta ou injusta, pois passa a segregar” (SOARES Jr, 2010, p.59). Assim, o serviço de combate a boubá foi construído sob a justificativa de eliminar a doença que deixava o homem do campo inapto para o trabalho. Além deste objetivo, o referido serviço almejava construir outros atributos como saúde, higiene e beleza por meio das políticas de saúde e higiene.

Outro importante serviço incorporado pela CSPRP refere-se à Secção de Propaganda e Educação Sanitária instalada em 1926, esta, tinha o objetivo de realizar a defesa sanitária do povo. Em seu primeiro ano de atuação, a secção foi responsável pela realização de 122 conferências sobre impaludismo, verminoses, doenças venéreas, peste bubônica, tuberculose e higiene nas escolas, em fábricas e nos postos, além disso, houve a divulgação de cartazes e distribuição de folhetos sobre impaludismo, helmintoses, lepra e tuberculose.<sup>457</sup> Atuando no âmbito da Secção de Propaganda e Educação Sanitária, o médico Alfredo Monteiro proferiu uma conferência sobre a profilaxia da tuberculose para os operários da Fabrica de Fiação e Tecidos dos irmãos Velloso Borges, já o ilustre médico higienista Flávio Maroja ministrou uma palestra sobre os perigos dos mosquitos e das moscas e os meios de combatê-los para os operários da Saboaria Paraíba.<sup>458</sup> Esses serviços eram bem aceitos pelos proprietários das fábricas que consideravam importante um programa de educação sanitária que orientava os operários na prevenção das doenças, pois operários saudáveis eram, ao mesmo tempo, operários produtivos. Além da educação sanitária dos adultos, este departamento tinha a função de sensibilizar as crianças quanto a importância de adotar hábitos higiênicos, como bem ressaltou Accácio Pires em carta enviada a Belisário Penna:

É a única coisa de que ainda não pudemos cuidar a despeito de considera-la da maior relevância. A educação sanitária nas escolas, subsistindo, parece-me de grande utilidade.

O cérebro do adulto já estão ..... e nada mais recebe. Por falta de ciência (...) se atocham de preconceito, que são a tiranice que não deixa lugar para a boa semente medrar.

Acho que devemos medicar os adultos e educar as crianças.<sup>459</sup>

---

<sup>457</sup> DNSP. Serviço de Saneamento Rural no Estado da Paraíba. **A União**, 27 de março de 1927.

<sup>458</sup> Informações obtidas em Serviço de Propaganda e Educação Sanitária. **A União**, n. 83, 10 de abril de 1927.

<sup>459</sup> Carta de Acácio Pires enviada a Belisário Penna em 15 de setembro de 1921. Arquivo Belisário Penna, Fundação Oswaldo Cruz.

Com o objetivo de formar uma consciência sanitária entre as crianças, através da educação sanitária, o diretor da instituição solicitou ao diretor do DNSP, Belisário Penna, “quadros murais, filmes, folhetos, etc., que representem elementos da convicção de mais alto valor.”<sup>460</sup> A educação higiênica das crianças nas escolas constituía uma forma de plantar uma semente na mente e no coração visando a construção de homens saudáveis e perfeitos conforme os manuais de higiene. Neste aspecto, higiene, eugenia e nacionalismo estavam intrinsecamente relacionados, como enfatizou o próprio Accácio Pires em carta enviada Getúlio em 1932:

Retornarei à minha missão apostolar até infiltrar na consciência dos dirigentes a necessidade urgentíssima, de realizar com eficiência e ânimo patriótico, os ideais de saneamento, colonização, imigração, povoamento, viação e educação, que venho pregando há vinte anos, cada dia mais convencido de serem estes os problemas fundamentais da atualidade brasileira<sup>461</sup>

Esta política de higiene buscava exercer um poder de vigilância e de disciplinarização dos corpos com vistas ao enquadramento do homem aos paradigmas da ciência higiênica do período. Nesta perspectiva, esse processo de disciplinarização dos corpos pode ser compreendido pela concepção de que “a disciplina “é uma técnica, um dispositivo, um mecanismo, um instrumento de poder, são métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que asseguram a sujeição constante de suas forças e lhes impõe uma relação de utilidade e docilidade” (MACHADO, 1978, p.XVII). Dessa forma, os métodos de educação sanitária adotados pela Secção de Propaganda e Educação Sanitária funcionavam como índice de normatização do comportamento da população, segundo os preceitos do higienismo, embora se deva destacar que nem todos se comportam de acordo com este princípio de ordem.

Além da Secção de Propaganda e Educação Sanitária, outro importante serviço adotado pela instituição refere-se ao Serviço de Estatística e Demografia Sanitária, que tinha a função de organizar a estatística referente às doenças, mortalidade e natalidade. Contudo, este serviço enfrentava sérias dificuldades, conforme afirmou um dos diretores de um posto rural do interior em telegrama ao diretor geral da CSPRP Walfredo Guedes:

Nº 499. Em resposta ao vosso nº 625 de dois corrente, hoje recebido, cumpre-me informar que o serviço de demographia sanitária ainda não foi

---

<sup>460</sup> Idem.

<sup>461</sup> Carta de Accácio Pires enviada a Getúlio Vargas em 13/4/1932, p.10. Arquivo Belisário Penna, Fundação Oswaldo Cruz.

enviado em virtude da falta de elementos decorrente lamentável escassez registro civil com quem tem luctado postos interior para organizarem boletins.<sup>462</sup>

Na opinião do diretor geral da CSPRP, “só com mais tempo de propaganda do registro civil e de melhor compreensão no cumprimento do dever dos encarregados destes serviços e de, pelos menos, um médico verificador de óbitos nas localidades, poderemos ter este serviço aproximado da realidade.”<sup>463</sup> Este importante serviço falhava em seus propósitos pela falta de registro civil e registro de óbitos, dificultando a exatidão dos números em relação à natalidade, incidência da doença e mortalidade.

Em relação à difusão geográfica de seus serviços, observamos que, no período de 1923 a 1924, a Comissão dispunha de um Posto Rural na capital e outro itinerante que atendia as localidades de Jacaré, Jaguararibe, Mandacarú e Tambaú, nos arredores da capital; um Dispensário de doenças venéreas e outro Dispensário de Tuberculose; um laboratório de análises clínicas, o Hospital Oswaldo Cruz, a farmácia e a Sede Central. No interior, a CSPRP contava com um Posto Rural em Cabedello, Umbuzeiro (Posto Miguel Pereira fundado em 15 de abril de 1922), Campina Grande, Guarabira (Posto Miguel Pereira fundado em 10 de julho de 1921), Bananeiras (Sólton de Lucena), um Dispensário de doenças venéreas em Campina Grande e outro em Cabedelo.<sup>464</sup>

Já no ano de 1927, a Diretoria de Saúde Pública e Saneamento Rural do estado, nova denominação da Comissão de Saneamento e Profilaxia da Paraíba, mantinha em funcionamento na Paraíba 23 serviços, sendo distribuídos da seguinte forma:<sup>465</sup>

**Tabela 14- Serviços da Diretoria de Saúde Pública e Saneamento Rural da Paraíba**

CIDADE	POSTOS
Capital, Parayba do Norte	1 Dispensário contra lepra, sífilis e doenças venéreas; 1 dispensário contra tuberculose, 1 posto contra impaludismo e verminose e 3 sub-postos, sendo 1 itinerante,
Alagoa Nova	1 sub-posto rural misto, com sede na vila.

<sup>462</sup> DNSP. **Relatório do Serviço de Saneamento Rural no Estado da Paraíba**. 2 de outubro de 1928. FUNESC- Arquivo Histórico do Estado da Paraíba, Cx. 018, v. 596, Doc. Man. Ano 1928/1929.

<sup>463</sup> Idem.

<sup>464</sup> Informações obtidas em As grandes realizações do saneamento na Parahyba do Norte. **Era Nova**, n. 63, 1 de 06 de 1924

<sup>465</sup> Mensagem apresentada a Assembleia Legislativa do Estado da Paraíba pelo Presidente da Paraíba João Suassuna. Imprensa Oficial, Parahyba, 1927. p. 115-120.

Alagoinha	1 sub-posto rural contra verminose, impaludismo e contra a bouba
Alhandra	1 posto itinerante,
Araruna	1 sub-posto rural misto,
Areia	1 sub-posto rural misto
Bananeiras	1 posto itinerante
Cabedello	1 posto rural misto, para atender os doentes de verminose, impaludismo, sífilis e doenças venéreas
Campina Grande	1 posto misto
Catolé do Rocha	1 posto rural misto,
Guarabira	1 posto misto
Itabaiana	1 posto misto
Ingá	1 sub-posto rural
Patos	1 sub posto rural misto
Pilar	1 sub-posto rural
Pitimbu	1 posto itinerante
Princeza	1 posto rural, contra verminose e impaludismo e para os trabalhos de erradicação da peste bubônica
Santa Rita	1 sub-posto itinerante contra impaludismo e verminoses.

Analisando os dados apresentados acima, identificamos que o número de postos da CSPRP no interior aumentou consideravelmente entre os anos de 1921 a 1927, pois passou de três para seis postos em 1927. Além disso, ocorreu uma expansão geográfica dos serviços para as regiões do alto sertão, abrangendo as cidades de Patos, Catolé do Rocha e Princesa, atual Princesa Isabel e, para as regiões do Curimataú, com a instalação de um sub-posto em Araruna. A região Agreste do estado foi beneficiada com a expansão dos postos e sub-postos nas cidades de Guarabira, Ingá, Itabaiana e Pilar. Já no litoral, ocorreu à ampliação dos postos e sub-postos para as cidades de Cabedelo e Santa Rita e para as vilas de Alhandra e Pitimbu.

Em relação à dimensão dos serviços prestados, observamos que estes, em geral, tinham como objetivo o combate às verminoses e o impaludismo, conforme os princípios básicos que nortearam a legislação federal e a construção da CSPR nos estados brasileiros, por isso, a CSPRP utilizava os métodos de cura das respectivas doenças em seus postos e sub-postos. Com relação à inovação dos métodos de cura e das doenças a serem combatidas pela Comissão, identificamos o combate a Sífilis e as doenças venéreas, concentrado na capital,

através do dispensário contra lepra, Sífilis e doenças venéreas, assim como, esteve também restrito à capital o serviço de combate a tuberculose através do dispensário de tuberculose. Além do mais, na capital do estado funcionava a sede central da Comissão, concentrado outros serviços, a exemplo: o Hospital Oswaldo Cruz, o laboratório de análises clínicas, a farmácia, o almoxarifado.

Em suma, pelo movimento dos trabalhos realizados, podemos deduzir que a atuação da Comissão de Saneamento na Paraíba representou uma ampliação dos serviços de saúde e saneamento em relação ao período anterior. Essa ampliação se deu mediante a adoção de práticas de prevenção das doenças por meio da cultura do exame, palestras de educação sanitária, desinfecção dos pântanos e residências, o tratamento e profilaxia das doenças através da adoção dos métodos de aplicação de medicamentos, curativos, injeções e pequenas cirurgias, o isolamento dos doentes, as práticas de hospitalização e o tratamento de doenças específicas como Impaludismo, Ancilostomíase, Sífilis, Lepra e Tuberculose. Além do aumento do número de doenças combatidas pela CSPRP, ocorreu entre os anos de 1921 a 1929, uma interiorização destes serviços com a instalação de vários postos e sub-postos em diversas cidades e vilas do estado, conforme suas necessidades sanitárias e epidemiológicas. Embora, deva-se ressaltar que os postos e sub-postos do interior realizavam os procedimentos mais simples como o tratamento da ancilostomíase e verminoses em geral, do impaludismo, da Sífilis (apenas aplicação de medicamentos), desinfecção das casas, palestras educativas, enquanto que os serviços mais complexos estavam restritos à capital, uma vez que esta concentrava os dispensários contra Lepra e a Tuberculose, o Hospital Oswaldo Cruz, o laboratório de análises clínicas, o serviço de radiografia e a farmácia.

Assim, na capital, a introdução dos elementos da higiene e da saúde também significou um processo de modernização desta, pois a construção do sistema de saneamento e de abastecimento d'água da capital durante a década de 20 e a criação de instituição de saúde e saneamento visando a modernização dos hábitos e costumes da população condizentes com os modelos preconizados pela ciência sanitaristas do período, sinalizavam a modernização da sociedade paraibana. Esta modernidade que se almejava construir fez parte de um discurso que esteve estreitamente ligado ao conceito de progresso e modernização, “caracterizando-se pelo desejo de distanciamento em relação a tudo que diz respeito ao passado, ao mundo rural e aos hábitos considerados tradicionais” (ARAÚJO, 2010, p.10).

A atuação da Comissão de Saneamento na Paraíba, na década de 1920, sinalizou o processo de expansão da autoridade pública na sociedade através do processo de

institucionalização dos serviços de saúde e saneamento, evidenciado pela presença da instituição em diversas localidades com seu corpo de funcionários, ditando normas e aplicando métodos de cura e prevenção das doenças. O estado passa ser representado pela instituição e seus funcionários, gerando no meio social a consciência de sua presença. Conforme explica Hochman:

O desenvolvimento da autoridade pública implicaria constituição de infraestrutura sanitária e de capacidade coercitiva. No Brasil, em “um primeiro estágio, marcado pela ordem estabelecida em 1891, haveria uma combinação da saliência do poder coercitivo da autoridade sanitária com a timidez territorial (infraestrutural). O segundo estágio (1910-1930) significaria uma continuidade nos acúmulos despóticos do Estado, mas agora combinados com a constituição territorial do Poder Público ou com o aumento do poder infraestrutural” (HOCHMAN, 2012, p.43).

Em suma, para Hochman, a política de saneamento e profilaxia rural foi se tornando uma atividade pública e nacional, a autoridade sanitária assumiu novas e maiores atribuições “ocupando o país com prédios públicos, instituições, exames, médicos, vermífugos, funcionários, fossas, palestras, folhetos educativos, cadastros de residências, estatísticas, vacinas e regulamentos” (HOCHMAN, 2012, p.183). No entanto, devemos salientar que este processo de institucionalização foi desigual no território paraibano, pois, estes serviços não atingiram a totalidade do estado, ficando algumas cidades ausentes deste projeto de saneamento e de saúde, além disso, as cidades do interior receberam os serviços mais simples, tais como, os serviços de combate as endemias (ancilostomíase, impaludismo) de acordo com sua realidade epidemiológica, ficando os serviços mais abrangentes e complexos, a exemplo do combate a tuberculose, sala de cirurgia, combate a lepra e a doenças venéreas restritos à capital, sendo isto uma limitação territorial deste processo de institucionalização dos serviços de saúde e de saneamento.

Em nosso estudo observamos que, a expansão da autoridade pública, na década de 1920, ocorre a partir da articulação entre governo federal e o estado paraibano, conforme o previsto no contrato entre ambos para a execução dos serviços da CSPRP. A seguir, estudaremos os limites dessa institucionalização e as repercussões sociais e políticas da CSPRP.

#### 4.4.1 A Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba: os limites da institucionalização

A atuação da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural da Paraíba constituiu um avanço em termo de acesso aos serviços de saúde e saneamento, principalmente quando se compara o período anterior à sua presença na Paraíba. Contudo, a instituição teve uma atuação limitada em termos de abrangência e regularidade de seus serviços, o que desencadeou uma série de críticas a entidade por parte da população, imprensa e médicos. Nas próximas páginas iremos problematizar os fatores que influíam nas limitações da CSPRP e que punha em xeque a viabilidade de seu projeto de saúde e de higiene.

A questão financeira constituiu uma das maiores dificuldades enfrentada pela Comissão, já no início de sua chegada ao estado, em 1921, quando ocorreu um inverno prolongado que contribuiu para o aumento dos índices do impaludismo devido à presença dos mosquitos nas águas estagnadas. Neste momento de expansão do impaludismo pelo interior, o colunista do jornal *A União* explica que:

A “Comissão de Profilaxia Rural”, por sua vez, não poderá, também estender os seus recursos salutareos a todo o Estado, onde quer que reclame seus serviços. Além do mais, parece-me que a verba destinada aos trabalhos de saneamento é relativamente insignificante; de sorte, que o ilustrado chefe dr. Acácio Pires, de reputada competência na matéria, ver-se-á na dura contingência de estreitar involuntariamente o seu campo de ação, flagrante prejuízo para necessitados.<sup>466</sup>

Embora tenha sido o impaludismo uma das principais doenças a serem combatidas pela Comissão, dentro do projeto de combate as endemias rurais, observamos que, sua atuação neste setor era limitada, não atendendo a demanda existente. Na opinião do colunista do jornal, essa limitação era resultante da crise econômica vivenciada pelo governo federal, que não podia “auxiliar com maior quantia a Comissão, para que ela, assim, aparelhada possa atacar com mais afinco estas terríveis endemias.”<sup>467</sup> O colunista, dessa forma, tenta justificar as limitações da instituição, ao mesmo tempo, inocenta o governo federal, considerando que este estava enviando um valor reduzido devido a crise financeira que passava.

A crise financeira da Comissão se agrava quando “terminado o governo de Epitácio Pessoa, seu sucessor, presidente Arthur Bernardes, cortou as verbas destinadas às obras contra as secas, medida que afetou os trabalhos da Comissão” (NÓBREGA, 1979, p.69). Diante

---

<sup>466</sup> O impaludismo no interior. *A União*, n. 159, 19 de julho de 1921.

<sup>467</sup> O impaludismo no interior. *A União*, n. 159, 19 de julho de 1921.

desta situação, Acácio Pires deixa a chefia da Comissão, sendo substituído por Joaquim Cavalcante de Albuquerque, “o novo chefe deu ênfase ao combate á malária, no vale do Jaguaribe, visando a proteção de Tambaú e aos postos de higiene do interior. Criou ainda os Postos Itinerantes de profilaxia da Boubá, então endêmica no brejo e na caatinga”(NÓBREGA, 1979, p.69). Após atritos com colegas, Joaquim Cavalcante de Albuquerque sai da Comissão, sendo substituído por Walfredo Guedes Pereira, “sua administração voltou-se para a assistência á maternidade e à infância tendo dado nova organização ás práticas premunitoras da varíola e da raiva, além de feito construir o Instituto Vacinogênico e Anti-Rábico” (NÓBREGA, 1979, p.69).

No final da década de 1920, os problemas financeiros se tornaram mais freqüentes e influíram decisivamente nas limitações da instituição, com o fechamento de postos e a demissão de funcionários. Isto pode ser observado em uma circular, transcrita pelo médico Walfredo Guedes, diretor geral da Comissão, em seu relatório de 5 de janeiro de 1928:

Paraíba-23-12-1927-nº 541 Circular- cumprindo determinações da Directoria Geral sobre redução de verba pessoal que, no próximo ano, não poderá exceder metade verba este Serviço, fui obrigado a adoptar medida supressão de nove sub-postos, o inclusive o desse município. Si essa Prefeitura reconhecesse os benefícios do dito sub-posto, solicito, para que o mesmo não desapareça, custear despeza decorrente manutenção guarda, correndo por sua conta este Serviço fornecimento medicamento, ficando o mesmo serventuário sob minha jurisdição Peço responder-me por telegramma a fim de comunicar Directoria.<sup>468</sup>

Com envio deste telegrama aos diretores dos postos do interior, Walfredo Guedes queria justificar “as supressões de três postos e nove sub-postos, motivadas pela circular da Directoria de nº 562, de Novembro,”<sup>469</sup> apelando para que “as prefeituras custeassem os vencimentos dos guardas, ficando o fornecimento de medicamento por conta deste Serviço.”<sup>470</sup> Em resposta ao pedido do diretor da CSPRP, apenas a prefeitura da capital se prontificou a custear o salário do guarda do posto de Pitimbú, as demais prefeituras, negaram tal despesa, alegando falta de recursos.

Diante dos problemas financeiros enfrentados pela instituição, Walfredo apela para a divisão de responsabilidade financeira com os municípios para a manutenção dos respectivos

---

<sup>468</sup>DNSP. Serviço de Saneamento Rural no Estado da Paraíba.. 2 de outubro de 1928. FUNESC- Arquivo Histórico do Estado da Paraíba, Cx. 018, v. 596, Doc. Man. Ano 1928/1929.

<sup>469</sup>Idem.

<sup>470</sup>DNSP. Serviço de Saneamento Rural no Estado da Paraíba.. 2 de outubro de 1928. FUNESC- Arquivo Histórico do Estado da Paraíba, Cx. 018, v. 596, Doc. Man. Ano 1928/1929.

postos, porém a negativa dos prefeitos sinalizava a inviabilidade do projeto de cooperação financeira entre União, estado e municípios, para a execução dos serviços de saúde e saneamento. Neste sentido, compreende-se a ausência dos poderes municipais no tocante a implantação e manutenção dos serviços de saúde, que apenas se beneficiavam com a presença do programa de saúde federal e estadual implantado em suas respectivas localidades. A exceção da prefeitura da capital, que contribuía financeiramente para com a CSPRP, os outros municípios não compartilhava da responsabilidade financeira para com os serviços da Comissão.

O governo do Presidente da República Washington Luís (1926-1930), caracterizou-se por um retrocesso nas políticas de saúde e saneamento do D.N.S.P, ocasionado pela diminuição das verbas destinadas ao departamento, com isto, ocorreu o fechamento de vários postos e a demissão dos funcionários em todos os estados do Brasil( Cf. SANTOS, 1985, p.206). Na Paraíba, além das dificuldades financeiras devido à diminuição do repasse de verbas, a atuação da Comissão foi afetada pela questão política partidária, pois, João Pessoa, presidente do estado da Paraíba, negou apoio ao Presidente Washington Luís na sucessão presidencial de 1930, optando pelo apoio a oposição,<sup>471</sup> sendo candidato a vice-presidente na chapa de Getúlio Vargas da Aliança Liberal, contra o Júlio Prestes, candidato da situação.<sup>472</sup>

A nova configuração política partidária, segundo João Pessoa, influenciou na rescisão do contrato de cooperação entre o estado e a União para a execução dos trabalhos da Comissão de Saneamento e Profilaxia, como relata em mensagem dirigida a Assembléia em 1929:

Funcionou o Serviço de Saneamento Rural com a mesma regularidade dos anos anteriores, até 15 de outubro do ano findo, quando fui obrigado, usando da atribuição contida na lei nº 685, de primeiro de outubro de 1929, a rescindir o contrato de cooperação com a União. A rescisão foi motivada por ter o governo federal, demitindo o chefe do serviço, pretendido desorganizá-lo com fins partidários.<sup>473</sup>

O diretor da Comissão, Walfredo Guedes, foi mantido no cargo contrariando a orientação do governo federal, que “passou a exigir que a repartição sanitária do Estado fosse dirigida por um sanitarista de curso” (NÓBREGA, 1979, p.69), motivando, dessa forma, o

---

<sup>471</sup> Segundo Lewin (1993, p.347), Washington Luís “não perdeu tempo para desencadear o disciplinamento presidencial da Paraíba. Em setembro de 1929, todos os funcionários federais não perrepiatas perderam seus empregos no Estado, sendo substituídos por partidários de Júlio Prestes.” Dessa forma, Washington Luís tentava impor uma represália ao Presidente João Pessoa, por ter se colocado contra o sistema político dominado pelas oligarquias de São Paulo e Minas Gerais.

<sup>472</sup> Segundo Nóbrega(1979, p.69), “mantinha-se a Saúde Pública num ritmo satisfatório quando o presidente João Pessoa, filiando-se à Aliança Liberal, que era hostil ao governo central, veio a sofrer pressão do centro.”

<sup>473</sup> João Pessoa Cavalcanti de Albuquerque. Mensagem apresentada a Assembléia Legislativa na Abertura da 2ª Reunião da 10ª Legislatura, Parahyba, 1929.

fim da cooperação financeira entre estado e União. Aliás, a própria nomeação do diretor Walfredo Guedes para o cargo em 1925, foi reflexo da política partidária no estado, pois o mesmo era vice-presidente do estado no momento de sua nomeação. Aliado da oligarquia Neiva-Pessoa-Lucena, Walfredo Guedes já tinha uma atuação política consolidada como prefeito da Capital <sup>474</sup> entre os anos de 1920 a 1924. Dessa forma, a conquista do cargo resultou da política de apadrinhamento, tão comum no período, tendo em vista que a oligarquia Neiva-Pessoa-Lucena fazia parte da base de apoio do presidente Arthur Bernardes.

Com a rescisão do contrato, todo o material foi dividido igualmente entre ambos, resultando no fechamento de 4 postos e na demissão de 24 funcionários. Posteriormente, o presidente João Pessoa reabriu os postos e reaproveitou os funcionários que anteriormente tinham sido demitidos.<sup>475</sup> O jornal *A União*, de orientação política favorável ao presidente do estado da Paraíba, tentou justificar a decisão de João Pessoa de romper o contrato com a União, podemos observar tal fato no fragmento a seguir:

Foi um serviço desta ordem que se pretendeu desorganizar por interesses políticos. Mas, mesmo sem o auxílio do Governo Federal, a Paraíba, não ficará privada da obra de assistência e saúde pública, porque o Governo do Estado tomou a iniciativa de amparar sozinho os interesses da população que não pode prescindir daqueles recursos.<sup>476</sup>

A política partidária influenciou no processo de institucionalização dos serviços da Comissão, uma vez que, os desentendimentos entre estado e governo federal resultaram na rescisão do contrato entre ambas as partes. Com a rescisão do contrato, ocorreu a supressão de postos, a demissão de funcionários e a limitação das verbas destinadas à compra de medicamentos e materiais de uso diário, afetando, dessa forma, o funcionamento da instituição e, ocasionando os limites da institucionalização dos serviços do DNSP na Paraíba.

A limitação institucional da CSPRP, em sua maior parte, decorria também dos conchavos políticos e da política partidária, na medida em que há indícios de que os cargos de direção e os demais cargos eram ocupados por pessoas de orientação política favorável ao grupo oligárquico no poder, e não necessariamente pelo mérito. A competência profissional e técnica, em muitas vezes, estavam relegadas ao segundo plano,<sup>477</sup> como identificamos em

---

<sup>474</sup> Informações obtidas em: Pela Prophylaxia Rural. **A Imprensa**, n.81, 27 de janeiro de 1927.

<sup>475</sup> Ver: João Pessoa Cavalcanti de Albuquerque. Mensagem apresentada a Assembléia Legislativa na Abertura da 2ª Reunião da 10ª Legislatura, Parahyba, 1929, p.123.

<sup>476</sup> Directoria de Saúde Pública e Saneamento Rural. **A União**, n.16, 21 de janeiro de 1930.

<sup>477</sup> Tivemos informações de um concurso realizado pela Comissão de Saneamento para o cargo de enfermeira da instituição, ver: Serviço de Prophylaxia Rural: Concurso para enfermeiras. **O Jornal**, ano II, n. 50, 8 de fevereiro de 1924.

uma correspondência entre o presidente do estado João Suassuna e o diretor do DNSP, Clementino Fraga.

Rio,28- Conforme seus desejos será nomeado sub inspetor dr. Octavio Soares. Em tudo que interessar seu Estado e serviços federais higiene peço dizer-me diretamente seu ponto de vista ou preferência em caso nomeações. Creia que será motivo imenso prazer para mim poder atende-lo.<sup>478</sup>

Octavio Soares, assim como Walfredo Guedes, diretor geral da CSPRP, foram nomeados para os seus respectivos cargos com base na política clientelística de troca de favores, base da política oligárquica do período da Primeira República. Outros diretores foram nomeados nesta perspectiva clientelística, assim verificamos na matéria publicada em *O Jornal*, que apontou uma lista de 9 de nove diretores que atuavam na instituição, contudo, ressaltava que essa quantidade não significava qualidade dos serviços ofertados.<sup>479</sup> Neste mecanismo de troca de favores, os governantes de cada estado nomeavam os seus afilhados políticos para os cargos públicos que, em troca, recebiam apoio político em forma de votos. A política clientelística pode ser definida como um sistema marcado por situações paradoxais:

(...) primeiro, uma combinação peculiar de desigualdade e assimetria de poder com uma aparente solidariedade mútua, em termos de identidade pessoal e sentimentos e obrigações interpessoais; segundo, uma combinação de exploração e coerção potencial com relações voluntárias e obrigações mútuas imperiosas; terceiro, uma combinação de ênfase nestas obrigações e solidariedade com o aspecto ligeiramente ilegal ou semilegal destas relações (...) O ponto crítico das relações patron-cliente é, de fato, a organização ou regulação da troca ou fluxo de recursos entre atores sociais (NUNES, 1997,p. 28).

Esta política baseada nas relações de obrigações recíprocas de trocas de *benesses* entre o patrão e o cliente, sedimentou o tipo de política denominada clientelística, que foi bastante recorrente na Paraíba durante a década de 1920, como observamos em um telegrama enviado a João Pessoa por um afilhado solicitando emprego:

Meu caro João- Ia me esquecendo de ter fazer um pedido: além da vaga de fiscal de consumo em perspectiva ahi se abram mais três, em consequência de aposentadoria de uns velhos. Caso não tenhas compromissos muitos, eu te pediria que indicasse para uma dellas o nome de Sidulpho Santiago. Trata-se de uma filho do Tio Zeco, habitado em concurso feito no Espírito Santo. É

---

<sup>478</sup> Serviço de Prophylaxia Rural. **A União**, n.52, 5 de março de 1927.

<sup>479</sup> Ver: Prophylaxia Rural. **O Jornal**, ano II, n.10, n.10, p.3, 30 de novembro de 1923. A referida matéria cita os seguintes diretores que a instituição teve desde seu início até o período em questão: Acácio Pires, Pinheiro Sózinho, Antonio Periássu, Flávio Maroja, Barreto Coqueiro, Cavalcanti de Albuquerque.

um moço bom, digno, e que com os apertos em que vive está aumentando as afflições do velho. Seria um bom ato humanitário, que praticarias. Perdoa-me tanto guelismo, meu João; mas eu tenho tanto parente que só se occupa em metter ...É filho que é uma coisa immunda(grifo do autor).

Muito obrigado  
Rio, 20-julho-929.<sup>480</sup>

De acordo com o telegrama, o pedido de emprego para o seu primo, filho do seu tio Zeca, ao presidente do estado, João Pessoa, exemplifica a política clientelística existente no estado, em que os cargos públicos eram ocupados pela parentela indicada pelos chefes de governo. Estes cargos, disputados por uma imensa parentela, eram controlados pelo ex-presidente da Republica Epitácio Pessoa, chefe da oligarquia dominante no estado da Paraíba, como visualizamos em telegrama enviado a João Pessoa, por Carlos Pessoa, sobrinho de Epitácio e chefe do Partido Republicano da Paraíba,

Deputado Carlos Pessoa  
Rio

Apesar de chefe do governo partido, nada deliberarei sem consultar tio pt Espero Esclarecimento habilitem consulta. Abraços.<sup>481</sup>

Este telegrama constitui uma resposta do Deputado Federal Carlos Pessoa a consulta que lhe fora feita sobre a indicação de um afilhado político para um cargo público.<sup>482</sup> Neste telegrama, verificamos que a resposta depende da consulta ao tio, no caso, Epitácio Pessoa, que controlava a indicação para os cargos na Paraíba. Segundo Lewin (1993), os cargos eletivos e de nomeação continuavam a ser de *patronagem*,<sup>483</sup> vital para a sustenção da oligarquia no poder. Para a autora, “o patrimonialismo referia-se à legitimação política do pelo estado dos grupos personalísticos e de base familiar – seu exercício de poder político e sua disposição de recursos” (LEWIN, 1993, p.282). Nesta perspectiva, “quando Epitácio ou seus governadores indicavam que grupos de base familiar monopolizariam a autoridade política municipal e disporiam de patronagem , eles exerciam uma discrição pessoal que era a marca distintiva de um sistema patrimonialista” (LEWIN, 1993, p.282).

---

<sup>480</sup> Correspondências pessoais de João Pessoa. Telegrama 126/6. Enviado a João Pessoa em 20 de julho de 1929. Arquivo do IHGP-Arquivo Dr. Fávio Maroja, localização A6G1P1, Doc. 052-1.

<sup>481</sup> Telegrama 140/1. Correspondências pessoais de João Pessoa. Arquivo do IHGP. Arquivo Dr. Fávio Maroja. Arquivo do IHGP-Arquivo Dr. Fávio Maroja, localização A6G1P1. Doc.053.

<sup>482</sup> Na Comissão de Saneamento existiram casos de nomeação de funcionários, a exemplo da nomeação da enfermeira Srta. Bicalho, que enfrentando problemas no seu trabalho, foi demitida. Conforme observamos na matéria publicada pelo *O Jornal* . Ver: Pela Prophylaxia Rural: o caso da enfermeira Bicalho. **O Jornal**, ano II, n. 50, 23 de janeiro de 1924.

<sup>483</sup> Baseando-se nas considerações de Weber sobre a caracterização do estado patrimonialista, Linda Lewin (1993, p.282), afirma que “em 1919, a política paraibana ainda refletia em muitos aspectos aquilo que a literatura acadêmica analisou em termos weberianos como o estado patrimonial ou quase patrimonial do final do Império”.

Nesta relação de trocas, a competência técnica não era o fator primordial para a indicação ao cargo desejado, mas sim a relação de apadrinhamento que o pretendente possuía com os grupos oligárquicos dominantes do estado. Como ressaltou Clementino Fraga, “o presidente do Estado teria preferências em caso de nomeação de funcionários.”<sup>484</sup> Nesta relação clientelística, a atuação da Comissão era afetada em seus propósitos institucionais, tendo em vista que o critério de seleção de funcionários era o político, e não a qualidade técnica dos postulantes aos cargos, o que influía na qualidade dos serviços ofertados pela instituição, contribuindo assim para a sua limitação institucional.

Esse tipo de seleção de funcionários para os cargos da instituição desencadeava algumas irregularidades, a exemplo do que foi divulgado pelo veículo de comunicação, *O Jornal*, em sua edição de 10 de maio de 1924, que apontava que tais irregularidades tinham motivado a abertura de inquéritos para a sua apuração. Segundo *O Jornal*, as informações davam conta de que “há naquele departamento, o vezo de sobrecarregar-se os serventuários menos protegidos de trabalho, enquanto, os outros, mais felizes, desfrutam as regalias de um favoritismo irreconciliável com a equidade com que deveria observar-se em tais casos.”<sup>485</sup> Essa situação de privilégios a que desfrutavam os funcionários mais favorecidos, resultava da relação de apadrinhamento que mantinham os grupos políticos que controlavam os cargos da instituição. Isto interferia na qualidade dos serviços ofertados a população, pois, funcionários não se preocupavam em fazer um serviço de qualidade, já que se sentiam acobertados pelos seus padrinhos.

O contrato de cooperação entre o governo estadual e o governo federal para a execução dos serviços de saúde e saneamento na Paraíba, foi restabelecido em novembro de 1930, como noticiou o jornal *A União*, em sua edição de 28 de novembro de 1930,<sup>486</sup> a Paraíba, que tinha sido base de apoio ao movimento de 1930, foi beneficiada com o restabelecimento do contrato. Walfredo Guedes Pereira continuou como chefe do Saneamento Rural, contudo, o DNSP, enviou para representá-lo distrato, um funcionário categorizado, ...o funcionário chegou com a orientação de não criar dificuldades à Paraíba. Repartido o material,” Guedes Pereira continuou dirigindo a Repartição até 1935, quando finalmente ficou um sanitarista a testa da saúde pública estadual”( NÓBREGA, 1979, p.69). Deste modo, se referia o médico sobre a permanência de Guedes Pereira a frente da saúde pública, independente da orientação que se tinha para o exercício do cargo, ou seja, de ter formação ou curso em sanitarismo,

---

<sup>484</sup> Serviço de Prophylaxia Rural. **A União**, n.52, 5 de março de 1927.

<sup>485</sup> Pela Prophylaxia Rural. **O Jornal**, ano II, n.135, p.3, 10 de maio de 1924.

<sup>486</sup> Saneamento Rural. **A União**, n.275, 28 de novembro de 1930.

como não tinha esse requisito, Guedes Pereira se manteve no cargo, graças a suas boas relações com os grupos vencedores e dominantes na Revolução de 1930.

Os limites institucionais dos serviços federais e estaduais implantados no estado foram responsáveis, em grande medida, pelas repercussões negativas do sistema na sociedade. Se antes da atuação do estado na saúde e no saneamento, a reclamação principal da população era a ausência do poder público no setor, com os primeiros passos do governo no âmbito da saúde e da higiene, as principais críticas passaram a recair sobre a qualidade dos serviços ofertados, em termos de recursos materiais, humanos e procedimentos técnicos.

As repercussões negativas dos serviços sanitários na sociedade podem ser observadas, inicialmente, no período de atuação da Comissão Sanitária Federal. Esta instituição passou a ser alvo das críticas da população local em seu pouco período de atuação. Deste modo, podemos identificar nos requerimentos enviados por populares notificados pela instituição:

N.32 Do Sr. Antonio Venancio de Azevedo, proprietário do prédio n. 108 da Praça Aristides Lobo, alegando ter recebido a intimação para melhorar o mesmo, feito somente a pintura e não ter podido construir nova fossa por falta de recursos pecuniários e solicitando mais um prazo razoável. Concedi mais 60 dias em prorrogação.<sup>487</sup>

Pela leitura do requerimento, podemos deduzir que o senhor Antonio de Azevedo estava insatisfeito com a atuação da Comissão Federal, primeiro, porque foi intimado, segundo, porque não tinha condições financeiras de cumprir as determinações impostas pela CSF. Diante desta situação, resolveu solicitar a prorrogação do prazo para a execução das referidas melhorias determinadas pela notificação. Outros proprietários também exerceram o seu direito de requerer a ampliação do prazo para a realização dos melhoramentos prescritos pela CSF, tais como: José de Araújo Braga N.33; Ulisses Elias de Carvalho N.34; Pedro Martins Viegas N. 37.<sup>488</sup> A atuação da CSF, marcada pelos aspectos policiaescos, foi bastante criticada pela população, embora fosse considerada importante para o combate aos mosquitos transmissores de doenças diversas, especialmente o da febre amarela. Os que criticavam eram os que se sentiam prejudicados com suas notificações e suas possíveis multas, no caso, os donos dos imóveis que tentavam protelar ao máximo à adoção das normas recomendadas.

---

<sup>487</sup> Comissão Sanitária Federal, boletim dos serviços ocorridos em dezembro de 1919. **A União**, n. 51, 6 de março de 1920.

<sup>488</sup> Os requerimentos com a respectiva numeração: José de Araújo Braga N.33; Ulisses Elias de Carvalho N.34; Pedro Martins Viegas N. 37. Ver: Comissão Sanitária Federal, boletim dos serviços ocorridos em dezembro de 1919. **A União**, n. 51, 6 de março de 1920.

Entre 1921 e 1923, quando esteve à frente dos serviços de febre amarela, através da *Polícia de Focos*, a Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural sofreu críticas por parte do jornal *A Imprensa*, que denunciava o desenvolvimento de “uma verdadeira peste de muriçocas em nossa capital, notadamente em certos e determinados pontos. Parece um tanto descuidada, nesse sentido, a repartição incumbida do combate sistemático a essa flagelo da nossa saúde e do nosso sossego.”<sup>489</sup> Diante da existência de focos amplos e perigosos que estão fornecendo em abundância as terríveis transmissoras dos males que nos comprometem a vida, o articulista do jornal solicitava aos responsáveis pelo serviço de profilaxia que tomem alguma providencia a esse respeito. Já os moradores da Rua Padre Azevedo, solicitaram, por intermédio dos redatores do *O Jornal*, providências por parte do serviço de Profilaxia Rural para extinguir os charcos de água existentes desde a passagem do serviço de esgoto, que provoca a proliferação de uma grande de mosquitos.<sup>490</sup> Ao que parece, a CSPRP não estava atuando de forma eficiente no combate aos mosquitos transmissores da febre amarela, gerando críticas e insatisfações por parte da imprensa e da população. Deste modo, essa deficiência poderia ter sido um dos motivos para a chegada da Fundação Rockefeller na Paraíba em 1923, encarregada da execução de tais serviços.

A Fundação Rockefeller, que atuou na Paraíba entre os anos de 1923 a 1931, também foi alvo das críticas da população por seus métodos de combate aos mosquitos transmissores da febre amarela, muitos populares, não só criticavam a instituição, como também burlavam as normas sanitárias por ela estabelecidas. Neste sentido, um inquilino produziu um poema com muita criatividade, mostrando sua crítica em relação à atuação dos *Mata-mosquitos* em Paraíba do Norte. Assim visualizamos:

#### PROFILAXIA URBANA

Um certo mata- mosquito,  
Mostrando um peixe esquisito,  
Disse que era o *barrigudo*, (grifo do autor),  
Come martello e tudo.  
Depois quis deitá-lo ao pote!  
Mas eu gritei: Não ao pote!  
Por que não é razoável  
Que esse peixe seja potável.

---

<sup>489</sup> Com a Prophylaxia Rural. *A Imprensa*, n. 37, p.2, 14 de janeiro de 1925.

<sup>490</sup> Com a Prophylaxia. *O Jornal*, ano II, n.113, 9 de abril de 1924.

A leitura do poema sugere que os habitantes não confiavam no método utilizado pela instituição, no caso, a prática de colocar peixes nos potes ou outros recipientes de água para que se alimentassem dos martelos ou larvas de mosquitos que estivessem presentes nos depósitos de água. A intenção dos mata-mosquitos era extinguir as larvas dos mosquitos e assim eliminá-los, evitando assim a incidência da febre amarela nos lares. Contudo, a população desconfiava da qualidade desses peixes, pois poderiam estar contaminados, o que impossibilitaria o consumo de tais líquidos. Esta crítica tinha sua razão de ser, no período em que o acesso a água potável era restrito devido a inexistência de um sistema de abastecimento d'água e de seu respectivo tratamento, principalmente para uma grande maioria da população. O medo do desperdício d'água levou muitos a se posicionarem contra a atuação dos mata-mosquitos, afinal, o povo tinha receio de perder o precioso líquido.

Neste mesmo sentido, o operário residente na Rua Centenário do Bairro Cruz das Armas fez uma *Justa Reclamação* por intermédio do meio de comunicação *O Jornal*: “para o respeitável Sr. Dr. Chefe do serviço de profilaxia doméstica, nesta cidade, apellamos quanto a perseguição que está sofrendo um nosso operário... por parte do guarda Alexandre, da turma que ali fez visita domiciliaria.”<sup>492</sup> O caso referia ao fato do operário ser muito pobre e não dispor de um grande recipiente para a armazenar água, assim, todos os dias o operário precisava abastecer as duas latas de água que eram consumidas ao longo do dia. Diante da difícil situação, a esposa do operário solicitou ao guarda para não lançar os peixes no recipiente, este respondeu com palavras grosseiras e continuou sua prática de jogar peixes no vasilhame. A justa reclamação por parte do operário se dava pelo modo desrespeitoso e autoritário que o guarda Alexandre tratou a sua esposa e, segundo, pelo desperdício de água que tal método utilizado pela instituição desencadeava, principalmente, se levarmos em consideração o fato de que o acesso à água era bastante difícil no período, ainda mais para os pobres que tinham família numerosa, como a do operário em questão.

Dois anos após a sua chegada à capital do Estado, os serviços da Comissão foram suspensos devido aos conflitos entre seus funcionários e os populares. Conforme analisou o médico sanitário Flávio Maroja, em artigo publicado no jornal *A União*, em sua edição de 12 de maio de 1925, comparando as picadas das muriçocas com as cabeças afiadas da espada de Damocles, o autor glorifica o desempenho da Comissão, cuja atuação resultou na extinção das

<sup>491</sup> PROPHYLAXIA URBANA, *O Jornal*, ano I, n.29, p.6, 23 de dezembro de 1923.

<sup>492</sup> Justa Reclamação, *O Jornal*, ano II, n.205, p.6, 14 de agosto de 1924.

nuvens de muriçocas e seu zumbido infernal e, principalmente, eliminou as picadas impetuosas do referido inseto. Maroja faz uma crítica a suspensão temporária dos serviços da fundação Rockefeller, pois, teria sido investido muito dinheiro e esforço para uma atuação limitada temporalmente, uma vez que esta ação deveria ser permanente, sem interrupção. O autor deixa claro que a suspensão dos serviços teria sido motivada pelos conflitos existentes entre os funcionários da FR e os populares, que se sentiam ultrajados em seus direitos com a atuação invasiva dos chamados *Mata-mosquitos*. Assim, verificamos em trecho da matéria publicada pelo jornal *A União*:

Agora como se vê d' *A União*, de 7 corrente, foi este serviço suspenso sob o fundamento de que o pessoal que o executa, penetrando em domicílios, onde existem casos de varíola, epidemia que ultimamente vem grassando nesta capital, pode esse pessoal ser o portador do germe do terrível morbos, propagando-o. É verdade que muitas famílias (eis o ponto principal da questão) atemorizadas com a presença, semanalmente dos guardas e serventes, em suas casas, descobrindo jarras, potes e barris, virando pias, tinas e outros reservatórios d' água, tudo no cumprimento louvável de seus deveres, pediram a suspensão do serviço até o desaparecimento da epidemia.<sup>493</sup>

Fazendo uma crítica a esta postura da população quanto aos serviços da Fundação Rockefeller, Maroja explica que isto é uma ingenuidade da população, pois diariamente as pessoas estão contato com outras pessoas que podem ser portadoras da doença, em diversos locais como a feira, o cinema, o bonde, a praça, enfim, em todas as aglomerações onde ocorrem abraços e apertos de mão demorados. Talvez até o dinheiro que pegamos tenha vindo de mãos de variolosos. Para Flávio Maroja, o surto da varíola não era justificativa convincente para a população pedir a suspensão dos serviços da Fundação, pois, isso significava fechar uma porta e abrir outra, no caso, o fim dos serviços da Polícia de Focos da Fundação abria espaço para proliferação dos mosquitos e, conseqüentemente, para o surgimento de casos de febre amarela, a exemplo de dois casos fatais envolvendo estrangeiros. Independente da razão ou não de seus protestos contra a atuação da Polícia de Focos, a verdade é que a população local tinha uma posição formada em relação aos serviços da Comissão Rockefeller que agiu de forma consciente, considerando os seus interesses, no caso, prevenir a difusão da varíola. Em suma, era uma forma ativa de exercer sua cidadania no período em que havia pouco espaço para o exercício da desta, seja ela política ou social.

---

<sup>493</sup> MAROJA, Flávio. Comissão Rockefeller. Suspensão temporária de seus serviços. *A União*, n. 103, 12 de maio de 1925.

No ano seguinte, a Fundação volta a atuar na Paraíba, conforme notícia do jornal *A União*, em sua edição de 4 de abril de 1926. Ao que tudo indica, as críticas a Polícia de Focos continuaram, como bem enfatizou um colaborador anônimo que escreveu para a redação do jornal *A Imprensa*, em 17 de outubro de 1928, denunciando a forma de atuação dos funcionários da Fundação Rockefeller, chamados de *Mata-mosquitos*, como podemos observar abaixo:

Chamamos a atenção do ilustre chefe da Comissão Rockefeller para o modo grosseiro e agressivo com que os mata-mosquitos continuam proceder nos lares dos menos protegidos da fortuna. Ameaçam quebrar jarras, deitam petróleo n'água adiantando que “é ordem do chefe”(grifo do autor). Sabemos que o digno cavalheiro que chefia aqui os trabalhos da referida comissão, não é capaz de uma violência dessa natureza. Os taes mata-mosquitos são em geral individuos sem nenhuma educação e que não vacilam no desacato às famílias pobres. Esperamos que sejam tomadas enérgicas providencias no sentido de se evitarem conflictos como já se tem verificado. Basta uma palavra do chefe para modificar a attitude grosseira e revoltante dos mata-mosquitos desta capital.<sup>494</sup>

O leitor anônimo exerceu seu direito de cidadania, expressando sua opinião sobre os funcionários da Fundação Rockefeller, mostrando que estes invadiam os lares de forma autoritária, ameaçando quebrar as jarras e jogando petróleo nos recipientes com água. Com esta denúncia, o cidadão demonstrou a insatisfação da população quanto aos métodos de atuação da FR na capital e, ao mesmo tempo, sinalizou a capacidade dos sujeitos de protestar quando se sentiam prejudicados em seus direitos de cidadãos, principalmente, no que concerne ao direito de inviolabilidade do lar. Como bem discute José Murilo de Carvalho, quando afirma que “os cidadãos inativos pelo critério institucional revelaram-se então não só profundamente atentos a aspectos do exercício do poder que lhes afetavam a vida cotidiana como também dispostos a ir até as últimas conseqüências para defender o que consideravam seus direitos”(CARVALHO, 1987, p.91). Carvalho está se referindo aos cidadãos do Rio de Janeiro que estavam excluídos da cidadania política pelos mecanismos eleitorais, mas que ousaram protestar contra o que consideravam um abuso das autoridades, no caso, a obrigatoriedade da vacina, gerando um movimento, a “Revolta da Vacina”, que “permanece como exemplo quase único na história do país de movimento popular de êxito baseado na defesa do direito dos cidadãos de não serem arbitrariamente tratados pelo governo” (CARVALHO, 1987, p.139).

---

<sup>494</sup> Com a Comissão Rockefeller. *A Imprensa*, n. 18, 17 de outubro de 1928.

As críticas e os protestos contra a atuação dos *Mata-mosquitos* soaram também no interior do estado, mais precisamente, em Campina Grande, como identificamos nas várias reportagens do jornal *Brasil Novo*. A matéria vinculada pelo jornal *Brasil Novo* sobre a atuação dos Mata-Mosquitos, em sua edição de 28 de março de 1931, abordava a postura autoritária dos referidos funcionários da Fundação Rockefeller. Assim lemos:

Tem chegado ao nosso conhecimento que, guardas da higiene, (Mata-mosquito) estão intimando os proprietários de caixa d'agua a fazerem placas de cimento. Isto é contra a higiene porque a caixa fechada com a placa não entra luz e nem ar, bastante para gerar micróbios venenosos. Para satisfazer-se esta exigência seria necessário somente em vez de placa de cimento, tela de arame. Mas assim, eles ficariam sem o racha de 50% que tem com o pedreiro contratante que cobra excessivamente caro. Cada dia o povo é mais desanimado pelos funcionários inescrupulosos...<sup>495</sup>

Em Campina Grande, os *mata-mosquitos*, ao que tudo indica, não foram bem recepcionados, as críticas que lhes foram feitas não foram poucas. No trecho da matéria, identificamos que o articulista considerava absurdo o racha de 50% entre o pedreiro contratante e os funcionários da F.R, sendo este o motivo para exigência de se colocar placas de cimento nas caixas d'água. Diante dos reclames dos populares, o articulista considera pertinente a substituição das placas de cimento pela tela de arame. Contudo, devemos ressaltar que, os funcionários da F.R agiam conforme as prescrições científicas de uma instituição reconhecida internacionalmente. Diante dos fatos expostos, deduzimos que a população se sentia incomodada com a postura autoritária dos *mata-mosquitos* e com suas exigências, que pesavam muito no seu bolso. Vale-se enfatizar também que, a população ainda não tinha a consciência da importância de mudar hábitos e adotar práticas mais higiênicas para se evitar a proliferação dos mosquitos vetores de muitas doenças, esta, apenas sentia-se prejudicada com as imposições nem sempre agradáveis da Comissão Rockefeller.

Os protestos de Dona Severina Bezerra e do Coronel e comerciante Alfredo Guerra, exemplificam as queixas que a população tinha contra a atuação dos *mata-mosquitos* em Campina Grande. No caso de Dona Severina, sabemos que teria ido a redação do jornal *Brasil Novo* comunicar que “um mata mosquitos, na sua ausência, penetrado em a sua residência e petrolizado duas jarras com água.”<sup>496</sup> Com base nas denúncias feitas por Dona Severina, o articulista do jornal tece uma série de críticas aos *mata-mosquitos*, expondo que “repetem-se as mesmas atitudes bruscas dos *mata-mosquitos*, revestidas de todo o requinte de

<sup>495</sup> Os mata-mosquitos, **Brasil Novo**, n. 12, 28 de março de 1931.

<sup>496</sup> Os mata-mosquitos, **Brasil Novo**, n. 14, 11 de abril de 1931

perversidade.”<sup>497</sup> As queixas do jornalista fundamentavam-se no contexto de que “numa cidade como esta onde o problema da água é o mais sério dos que nos preocupam, reputamos um ato canibalesco se inutilizarem pequenas quantidades desse precioso líquido, quando há o processo de coal-o para retirarem as pequenas larvas.”<sup>498</sup> No final da matéria, faz-se uma alerta, “se o chefe da repartição não tomar as providências necessárias para por termo as tamanhas violências, marchamos para assistirmos enérgicas repulsas por parte dos prejudicados.”<sup>499</sup>

Se, para Dona Severina, o problema era o desperdício d'água, para o coronel Alfredo Guerra eram outros os motivos as desavenças com os funcionários da Fundação Rockefeller, assim verificamos na matéria vinculada pelo jornal *Brasil Novo* em sua edição de 16 de maio de 1931, quando foi a redação do jornal, indignado, narrou “o procedimento indelicado de certos mata-mosquitos que, na sua ausência e de sua esposa, penetraram em sua residência e petrolisaram uma jarra com água.”<sup>500</sup> Comentando os fatos narrados pelo comerciante, o articulista do jornal expressa sua opinião: “A medida é extravagante, arbitrária, vexatória e brutal, pois só a julgamos cabível em depósitos outros que não jarras onde se botam águas para beber.”<sup>501</sup> O problema não era apenas o desperdício d'água, mas a invasão do espaço privado pelos mata-mosquitos, como deduzimos pelas palavras do coronel Alfredo Guerra, isso incomodava os cidadãos campinenses, como também enfatizou o articulista do jornal na seqüência do texto: “*quero porque quero* (grifo do autor) invadir a propriedade alheia”.

Baseados nos princípios de que o lar não poderia ser invadido, os habitantes questionavam e protestavam contra a invasão do espaço privado pelos funcionários da FR. A população campinense protestava contra a invasão do espaço privado, assim como fizera os cidadãos inativos do Rio de Janeiro na Revolta da Vacina, como analisou Carvalho, sobre os participantes do movimento: “era antes reclamações contra o que se considerava ação inadequada, arbitrária, por parte dos agentes do governo...Revelavam que havia entre a população certa concepção do que deveria constituir o domínio legítimo da ação do Estado”(CARVALHO, 1987, p.146). Nas palavras do historiador, os cidadãos que atuaram na Revolta da Vacina colocaram suas demandas dentro dos limites estabelecidos, “não se negava o Estado, não se reivindicava participação nas decisões do governo; defendiam-se valores e direitos considerados acima da esfera de intervenção do Estado, ou protestava-se contra o que

---

<sup>497</sup> Idem.

<sup>498</sup> Idem.

<sup>499</sup> Idem.

<sup>500</sup> Os mata-mosquitos. **Brasil Novo**, n.19, 16 de maio de 1931.

<sup>501</sup> Idem.

era visto como distorção ou abuso” (CARVALHO, 1987, p.146). Desta forma, considera-se que os cidadãos tinham uma consciência cidadã, ou seja, entendiam quais eram seus direitos civis, e se revoltavam quando esses direitos eram desrespeitados, por isso, usavam a imprensa para fazer o seu protesto.

Além da Comissão Sanitária e da Fundação Rockefeller, a C SPRP também teve sua atuação questionada no estado da Paraíba, repercussões negativas de sua atuação foram evidenciadas nas páginas dos jornais, assim observamos no jornal *A Imprensa*, em matéria intitulada “Pela Saúde Pública”, na qual aborda o número alarmante de mortes ocorridas em Santa Rita no período de janeiro a julho de 1921, cujo número teria sido 254, levando o redator do jornal a afirmar que “ali, a industria mais rendosa é de coveiro, e o campo mais cultivado, o cemitério.”<sup>502</sup> Desta forma, o jornal alerta que o problema poderia ser solucionado se “os poderes competentes instalassem naquela vila um subposto sanitário prestariam um assinalado serviço àquela boa gente que esta sendo ceifada pelo paludismo, verminose e tuberculose.”<sup>503</sup>

Além de Santa Rita, outras cidades do interior estavam passando por problemas sanitários, “Alagoa Grande, achava-se acometida de febres de mau carater, causando verdadeiro alarme a população.”<sup>504</sup> Para atender a reclamação do povo, o governo do estado teria subvencionado o médico residente na cidade para medicar as pessoas. Em “Araruna, grassa com muita intensidade o paludismo, tendo sido enviado pelo governo para medicar naquele importante município o Sr. Dr. Ulisses Nunes.”<sup>505</sup> Outras localidades também apresentavam números alarmantes que colocavam em perigo a saúde publica. Diante disso, o jornal apelava para uma atuação mais enérgica do governo, mostrando, dessa forma, a fragilidade da C SPRP, pois, como estava ausente nesses lugares, a população reclamava da situação de perigo, e o governo respondia com o envio de um médico ou subvencionando um médico da localidade.

As fragilidades da instituição e as repercussões negativas de sua atuação na sociedade puderam ser observadas em algumas páginas de jornais que circularam no estado. *O Jornal*, por exemplo, publicou em sua edição de 8 de dezembro de 1923, uma matéria assinada pelo médico J. Maciel, intitulada “Profilaxia Rural”, em que aponta as razões para não confiar na eficiência do serviço de saneamento rural, dentre elas, o médico destaca: a falta de “o plano de ação, o programa delineado, o modo por que se deva atacar os inimigos da

---

<sup>502</sup> Pela Saúde Pública, *A Imprensa*, n. 44, 13 de julho de 1921.

<sup>503</sup> Idem.

<sup>504</sup> Idem.

<sup>505</sup> Idem.

humanidade.”<sup>506</sup>Na percepção do médico, o referido serviço sempre estava em começo, nunca conseguia dá continuidade a suas ações, principalmente após a saída de Acácio Pires do comando da instituição. Nesse cenário de incertezas, “a desordem era por tal forma apreciável que a descrença geral de que tudo iria desaparecer, reinava na população pensante.”<sup>507</sup>Isto demonstra os pontos frágeis da instituição visualizados pelos médicos e pela sociedade.

Além do médico J. Maciel, outro médico, Elpídio de Almeida, em seu artigo “Como melhorar o nosso serviço de saúde pública”,<sup>508</sup> fez uma série de críticas ao sistema de saúde do estado, apontando suas falhas. Neste artigo, o médico afirma que o governo do estado tinha designado uma comissão de técnicos para estudar a reorganização dos serviços públicos e solicitado aos que não participasse da comissão a opinião, caso quisessem. Expressando sua opinião, cita que se refere ao “serviço de higiene e saúde pública que, com ser dos mais importantes, é o que está a pedir mais urgente remodelação, dado o estado de ineficiência em que se acha, inteiramente inadequado ao atual desenvolvimento ciência sanitária.”<sup>509</sup>

Assim, para o Elpídio de Almeida, o nosso sistema de higiene ainda estava “naquela fase que levou Miguel Pereira a dar o brado messiânico, e a nossa situação é daqueles lugares em que dizia Belisário Penna, há mais de uma década, vegetarem os habitantes do interior as providencias tomadas são nulas e ridículas.”<sup>510</sup> As causas da desorganização dos serviços de saúde estavam “em ter sido sempre dirigida por médicos sem conhecimentos técnicos especializados, alguns inteiramente alheios segredos da ciência sanitária.”<sup>511</sup>Neste caso, o médico estava criticando a atuação do diretor Walfredo Guedes, que não era especialista em ciência sanitária. Por isso, recomendava com base nas informações obtidas no 3º Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em São Paulo em 1926, que o sistema deveria ser administrado por um médico especialista em sanitarismo e que 10% do total das despesas deveria ser investidos nos serviços de saúde e de saneamento.

Começa aí a querela entre Elpídio de Almeida e o diretor da CSPRP, Walfredo Guedes, aguçadas pela publicação de um artigo de Elpidio de Almeida em 29 de novembro de 1930, como resposta, Walfredo Guedes publica no mesmo jornal, *A União*, um artigo intitulado “A atuação da diretoria de Saúde Pública e Saneamento Rural”. No referido artigo,

---

<sup>506</sup> Prophylaxia Rural, **O Jornal**, ano I, n. 17, p.1, 8 de dezembro de 1923.

<sup>507</sup> Idem.

<sup>508</sup> Como melhorar o nosso serviço de saúde publica. **A União**, n.264, 14 de 11 de 1930.

<sup>509</sup> Idem.

<sup>510</sup> Idem.

<sup>511</sup> Idem.

Walfredo Guedes faz uma crítica a atuação de Elpidio de Almeida no Dispensário de doenças venéreas e de lepra, localizado na capital, afirmando que:

Vivia ausente, (refiro-me ao período da minha administração), passando só de uma vez, a título de licença, de maio de 1925 a fevereiro de 1926, clinicando em Campina Grande, guerreando o colega que ali exercia as funções de chefe do posto e pleiteando um subterfúgio a chefia daquele posto, junto ao chefe deste Serviço dr. M.J. Cavalcanti de Albuquerque, sem querer abrir mão da boa ordem do serviço, nada podia fazer.<sup>512</sup>

Com estas palavras, Walfredo Guedes tentava denegrir a imagem profissional do médico Elpidio de Almeida, trazendo para o lado pessoal as desavenças profissionais, mostrando a falta de profissionalismo e as ambições do médico Elpidio de Almeida em busca de cargo de direção. As picuinhas entre ambas as partes se tornaram conhecidas do público paraibano. Rebatendo as acusações feitas por Elpidio de Almeida sobre o serviço de profilaxia e saneamento rural, Walfredo Guedes procurou comprovar a realização dos serviços da instituição, mostrando que, no período, ocorreu a “ampliação dos serviços, com a criação de uma inspetoria de saúde desta Capital, e 4 sub-inspetorias no interior respectivamente, em Alagoa do Monteiro, Princeza, Cajazeiras e Brejo do Cruz, que agiriam também nos tempos normais, como postos rurais...”<sup>513</sup>

Elpidio de Almeida, por sua vez, questionando a eficiência de Walfredo Guedes na direção dos serviços de saúde, afirma que o diretor geral não foi atendido em seu pedido por mais verbas para a construção destes postos e sem querer faltar a confiança do grande presidente e procurando equilibrar tão minguados recursos com as nossas mais prementes necessidades, em combinação com o serviço rural apenas manteve-se, com certa regularidade, os serviços de visitas domiciliares para o “habilitar-se”, para o serviço de vacinação antivariólica e o serviço de estatística demográfica sanitária da capital e no interior existia apenas a verificação dos casos suspeitos nos locais onde existia postos rurais.<sup>514</sup> Este teria sido o procedimento adotado para o combate a peste bubônica que incidia em algumas localidades do estado. Outro procedimento adotado foi a distribuição de “914” para os pestosos, assim justificara a atuação da CSPRP para o combate a peste bubônica. Todavia, este procedimento foi criticado pelo médico Elpidio de Almeida, que acusou a instituição de ineficiente em relação aos serviços de combate a peste bubônica.

---

<sup>512</sup> Atuação da directoria de saúde pública e Saneamento Rural, **A União**, n.278, 2 de dezembro de 1930.

<sup>513</sup> Idem.

<sup>514</sup> Como melhorar o nosso serviço de saúde publica. **A União**, n.264, 14 de 11 de 1930.

Em outro artigo, intitulado “a ineficiência do nosso serviço de higiene”, publicado em 6 de dezembro de 1930, Elpídio de Almeida retoma novamente suas críticas ao serviço de saneamento e profilaxia rural da Paraíba, mostrando “a nossa organização sanitária ainda obedece nos moldes obsoletos do tempo em que a higiene, em seus primórdios, se limitava a combater a duas doenças transmissíveis, sem importância com os meios de melhorar e preservar a saúde”.<sup>515</sup> Observamos então que tratou-se de uma clara crítica a continuidade das ações voltadas ao combate das endemias reinantes no período de criação da CSPRP no início da década de 1920, o impaludismo e a ancilostomíase. Nem mesmo as medidas adotadas para combater estas endemias eram eficientes, uma vez que, o impaludismo estava se disseminando no estado, sobretudo na capital, Santa Rita, Sapé, Itabaiana, Ingá, Guarabira, Alagoa Grande, Bananeiras e Mamanguape.

Para Elpidio de Almeida, a prova da incompetência estava na existência de casos de peste bubônica no estado, não se tinha feito nada para reduzir a disseminação dos roedores depositários dos germens. Elpídio de Almeida apresenta as razões das deficiências da instituição, dentre as quais estavam:

Não se afirma o diagnóstico pelos exames de laboratórios, não se procura descobrir a veiculação dos germens, para combater-se o mal na sua principal fonte propagação; não se fazem exames bacteriológicos das águas d abastecimento, nem se tomam outras providências reclamadas pela profilaxia, como a vigilância sobre os alimentos, a remoção dos esgotos e a pesquisa e o isolamento dos portadores dos germens, a educação do povo, a vacinação, e enfim, o emprego sistematico de vacina por via oral, por ser de mais facil aplicação e bem mais aceita pelo povo.<sup>516</sup>

Elpidio de Almeida responsabiliza o diretor da CSPRP, Walfredo Guedes, pela ineficiência do sistema de higiene, afirmando que este, nos cinco anos a frente da instituição, “nem uma só vez percorreu o interior, em demorada viagem de inspecção para cientificar-se das condições sanitárias da população rural e a perceber as medidas profiláticas dele carece.”<sup>517</sup> Enfim, era uma instituição descuidada, quanto aos serviços da propaganda e educação sanitária, aos trabalhos estatísticas demografia sanitária, combate a tuberculose, a prática da higiene pré-natal e infantil, a enfermagem, e aos outros serviços da moderna administração sanitária, assim ressaltava Elpidio de Almeida. Segundo Almeida, o governo do estado tinha demonstrado interesse pela saúde pública quando tomou providencias para o restabelecimento do contrato com o governo entre o estado e o governo federal para a

---

<sup>515</sup> A ineficiência do nosso serviço de higiene. **A União**, 6 de dezembro de 1930.

<sup>516</sup> Idem.

<sup>517</sup> Idem.

execução dos serviços de saneamento rural. Contudo, faltava apenas nomear um “técnico especializado” para dirigir os trabalhos. Evidenciando-se, desta forma, uma crítica ao diretor da CSPRP, Walfredo Guedes, que não era especialista em ciência sanitária.

As desavenças entre os médicos foram públicas e notórias, Independente das intrigas pessoais, as colocações feitas pelo médico Elpídio de Almeida tinham suas razões de ser, pois eram poucos postos para atender uma população tão vasta distribuída em um amplo território. Além disso, os postos rurais apenas se dedicavam ao combate as consideradas endemias rurais, impaludismo e ancilostomíase. Contudo, existia um posto de profilaxia especializado no tratamento das doenças venéreas e outro especializado no tratamento da Tuberculose restrito à capital. Os postos rurais, em geral, eram simples, realizavam procedimentos como visitas domiciliares, palestras, curativos simples e entrega de medicamentos. Os serviços eram irregulares, sujeitos a interrupção, ou seja, por motivos diversos fechava-se o posto.

A presença da CSPRP sinalizou um processo de institucionalização dos serviços de saúde e higiene no estado, independente da qualidade e da regularidade dos serviços prestados. Essa institucionalização se concretiza mediante os programas de combate e prevenção das endemias rurais, procedimentos de diagnóstico de doenças por meio de exame, tratamento de doenças como a Sífilis, a Tuberculose, o Impaludismo etc, além da presença dos funcionários na sociedade e a estrutura física dos postos rurais. Em resumo, os serviços da Comissão constituíram um exemplo material da presença do estado na sociedade, contribuindo para a expansão da autoridade pública no meio social, como bem sintetiza Santos, “os movimentos de saúde pública tiveram um forte impacto sobre o crescimento dos aparelhos do Estado e sobre o surgimento de uma *ideologia de construção nacional* (grifo do autor)” (SANTOS, 2004, p.284). Além disso, a atuação da Comissão sinalizou um processo de modernização das instituições públicas, e também dos hábitos e costumes da população quantos as normas de higiene e civilização.

Conforme estudamos na República Velha, foram dados os primeiros passos para a institucionalização dos serviços de saúde e de saneamento na Paraíba através do funcionamento da CSPRP, com seus funcionários, procedimentos de cura, profilaxia, exames e medicações. Contudo, essa institucionalização era limitada devido a diversos fatores: problemas financeiros, interferência da política partidária na instituição, irregularidade dos serviços, número limitado de postos para o espaço geográfico atendido, deficiências dos serviços prestados e repercussões negativas de sua atuação na sociedade

## Considerações finais

Atualmente, os temas saúde e higiene têm sido alvo de inúmeros debates em diversos meios de comunicação. As produções realizadas pela imprensa destacam os aspectos negativos referentes à saúde pública no Brasil e na Paraíba,<sup>518</sup> elucidando, deste modo, a questão da superlotação, da infecção hospitalar, da falta de médicos e de medicamentos e da demora para a marcação de exames e consultas nos hospitais e postos de saúde.

A busca pelo tratamento de enfermidades constitui, para milhões de brasileiros, um sofrimento imenso, tendo em vista que a luta contra o tempo trata-se do inimigo mais feroz para o doente, pois, muitas vezes, morre-se nas filas à espera de um exame, de uma cirurgia, de um transplante, ou simplesmente a espera de uma consulta com um médico especialista.

Na Paraíba, a situação não é diferente, diariamente a imprensa tem mostrado os problemas referentes aos programas de saúde da atenção básica e aos hospitais regionais mantidos pelo governo estadual.<sup>519</sup> Os pontos negativos mostrados através dos meios de comunicação relacionam-se principalmente com a estrutura física dos hospitais (falta de equipamentos e materiais cirúrgicos), falta de médicos e medicamentos, superlotação, demora na marcação de consultas, de exames e, principalmente, de cirurgias. Em relação aos PSFs (programas de saúde voltados para a atenção básica) mantidos pelos municípios e, o SUS, as críticas remetem a falta de médicos e medicamentos nos postos.

Além da situação precária a qual se encontra a saúde na Paraíba, outro ponto bastante discutido na imprensa paraibana é a terceirização dos hospitais paraibanos,<sup>520</sup> que se concretiza na contratação de organizações sociais para a administração dos hospitais. A terceirização começou quando o estado contratou a Cruz Vermelha para administrar o hospital de emergência e trauma de João Pessoa. A polêmica em torno do tema foi aguçada com a descoberta pelo Ministério Público da Paraíba de várias irregularidades na administração do hospital de emergência e trauma de João Pessoa feitas pela Cruz Vermelha. Em geral, as críticas remetem a ausência do estado no setor, à falta de concursos públicos para os

---

<sup>518</sup> **Editorial: A crise na saúde pública.** Artigo de opinião publicado no site: <http://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2013/07/1315129-editorial-a-crise-na-saude.shtml>. Acesso em 22 de janeiro de 2015.

<sup>519</sup> **Crise na rede pública de saúde da Paraíba precariza assistência e penaliza população do Estado .** Site: [http://www.idisa.org.br/site/documento\\_5244\\_0\\_\\_crise-na-rede-publica-de-saude-da-paraiba-preciza-assistencia-e-penaliza-populacao-do-estado-.html](http://www.idisa.org.br/site/documento_5244_0__crise-na-rede-publica-de-saude-da-paraiba-preciza-assistencia-e-penaliza-populacao-do-estado-.html). Acesso em 22 de janeiro de 2015.

<sup>520</sup> Ver: Saúde vai terceirizar mais 5 unidades, entre elas o Hospital Regional de Patos, site: <http://www.patosonline.com/post.php?codigo=37165>. Acesso em 22 de janeiro de 2015.

funcionários, que fere a regra de acesso aos cargos e empregos através dos concursos e a questão da corrupção envolvendo o uso do dinheiro público.

Essas questões do presente também foram colocadas no passado, no período em que a Santa Casa de Misericórdia fora responsável pela assistência médico-hospitalar na Paraíba, o uso de verbas públicas conjugadas as contribuições de particulares pela instituição foi posta xeque, na medida em que os problemas relacionados à superlotação, a falta de médicos e medicamentos e a precariedade da estrutura física motivavam uma série de críticas à instituição. A história serve justamente para revermos nossas ações e pensamentos com base nos erros do passado, e assim modificar nossas práticas. Neste sentido, a discussão quanto as instituições de saúde e de higiene na Paraíba tornou-se relevante na medida em que permitiu problematizar um tema tão importante na vida das pessoas e tão amplamente discutido na mídia eletrônica (internet), escrita (jornais) e falada (rádio e TV), deste modo, contribuindo para ampliar o debate com base nas questões colocadas no passado sobre a temática, mas, que apesar de um pouco distantes, continuam presentes nos dias atuais, como verificamos em relação aos aspectos de natureza administrativa, financeira, estrutura física, recursos humanos e materiais dos serviços de saúde e de higiene de hoje.

Conforme observamos, no final do século XIX e início do século XX, a atuação dos poderes públicos no campo da saúde e da higiene era quase nula, não existia uma legislação que garantisse aos cidadãos o direito de acesso aos programas de saúde e de higiene, ou seja, a saúde não constituía uma política social destinada ao atendimento das necessidades dos cidadãos. Nos momentos da incidência de epidemias ou outras doenças endêmicas, a população praticamente só tinha como alternativa os cuidados da medicina popular e de seus agentes. Uma vez que, a medicina científica, a assistência médica hospitalar, os programas de prevenção e combate as epidemias e doenças eram inacessíveis para a grande maioria da população, pois, tais serviços eram restritos à capital e, mesmo na capital, tinham uma atuação bastante limitada em termos de abrangência e qualidade dos serviços ofertados, a exemplo da Inspeção de Higiene e do Hospital mantido pela Santa Casa de Misericórdia. Assim visualizamos nos momentos de incidência da cólera morbos nos anos de 1856 e 1862, quando diante da tragédia provocada pela presença do terrível do hóspede, milhares de paraibanos morreram, cidades ficaram desertas, o cenário da dor e do luto tornou-se predominante em diversas vilas e cidades, a fome, e o abandono da população por parte do governo dificultaram ainda mais o convívio com a peste.

Neste ambiente marcado pela dor e pela ameaça constante da morte, a atuação do governo limitou-se a enviar para o interior alguns médicos, remédios e alimentos. Sendo uma ação imediatista, sem planejamento, irregular, insuficiente e que não correspondeu às demandas e as necessidades de uma população que clamava por socorro diante da expansão das enfermidades. Não apenas o combate as epidemias, mas, especialmente, a prevenção das doenças e epidemias através da atuação da Inspetoria de Saúde dos Portos e da Inspetoria de Higiene se mostrou bastante ineficiente no período, por algumas razões, a citar: a falta de estrutura física e humana das respectivas instituições e a falta de um hospital de isolamento, que evitasse a difusão da doença e, ao mesmo tempo, promovesse o tratamento do doente.

Observamos, que eram estreitas as relações entre saúde e higiene na segunda metade do século XIX, pois a prevenção a doenças constituía uma forma de manter o corpo saudável. Neste período, a teoria miasmática constituía uma explicação científica para a origem das doenças, levando os médicos a pregar uma série de medidas sanitárias com base no pressuposto de que o ar contaminado provocava uma série de doenças no ser humano, assim, as recomendações eram: a coleta do lixo urbano, a remoção dos cemitérios para regiões mais distantes da presença humana, a limpeza das fontes d'água, a canalização do abastecimento d'água, a drenagem dos pântanos, a construção de casas arejadas, a limpeza das residências e a fiscalização dos gêneros alimentícios e dos matadouros públicos. Além destas medidas, destacava-se a importância da higiene corporal como forma de prevenção as doenças. Neste período da história paraibana, observamos que os serviços de saúde e de higiene eram precários e bastante restritos à capital paraibana, com uma atuação limitada e insuficiente. Configurando-se um cenário marcado pela ausência dos poderes públicos no campo da saúde e da higiene, no momento em que a saúde não configurava como uma política social.

Diante da ausência do estado neste setor, verificamos a existência do chamado assistencialismo em saúde, concretizado mediante a atuação de entidades assistenciais na implementação de políticas de saúde com base em subvenções do governo federal e estadual além de contribuições de particulares. Este assistencialismo consolidou-se nos primeiros anos após a Proclamação da República e representou uma filantropia utilitária para os estados da federação, constituindo uma atuação indireta do estado no campo da assistência médica hospitalar, uma vez que, transferia para a Santa Casa a responsabilidade pelos custeios de manutenção da unidade hospitalar (funcionários, médicos, remédios, materiais cirúrgicos, alimentação). Neste contexto, o Hospital Santa Isabel, mantido pela Santa Casa de Misericórdia, oferecia serviços médicos e hospitalares gratuitamente à população, e também

oferecia um tratamento médico-hospitalar *todo especial* aos enfermos de primeira classe, que pagava pelos serviços que recebiam na instituição.

Além da Santa Casa de Misericórdia, o Instituto de Proteção e Assistência à Infância, manteve no início do século XX, a assistência médica a infância pobre, não necessariamente a abandonada, baseada em uma filantropia científica. Consideramos que o Instituto promoveu os serviços de puericultura, maternidade e assistência dentária as crianças com base nas inovações da ciência médica do período e, principalmente, fundamentou suas ações de acordo com os pressupostos da eugenia e do higienismo ao valorizar a construções de corpos saudáveis e perfeitos como pilares para a construção de uma nação próspera e civilizada. Em geral, verificamos que os serviços ofertados pela instituição não eram abrangentes e nem muito eficientes, embora recebesse contribuições de particulares e subvenções do governo estadual que, por sinal, eram volumosas, afinal de contas, o presidente da entidade manteve estreitas relações com os poderes constituídos na época, fazendo parte da base de apoio da oligarquia dominante. Diante das precariedades e insuficiências dos serviços ofertados pelas entidades instituições assistenciais e, suas conseqüentes lacunas, observamos o início do processo de institucionalização dos serviços de saúde, quando o governo passa administrar de forma direta alguns serviços de assistência à infância, à maternidade e a saúde em geral. Contudo, a atuação dos poderes públicos no campo da saúde não significou o fim do assistencialismo, apenas essas duas práticas passaram a coexistir.

Com a Proclamação da República, os estados membros da federação conquistaram, pela Constituição de 1891, a autonomia para organizar os seus serviços sanitários, sistemas educacionais, sistemas de tributação, entre outros. Na Paraíba, identificamos a criação e organização do Serviço de Higiene Pública (1911-1928). Este serviço mostrou-se bastante restrito à capital, pois, em relação ao interior, sua atuação era esporádica e irregular, ocorrendo apenas em momentos de epidemias, quando destinava-se as regiões afetadas por surtos epidêmicos técnicos, médicos, vacinas e medicamentos. Assim, o regulamento n. 494, representou um processo de institucionalização dos serviços de saúde na *Paraíba do Norte* (capital) e não a institucionalização dos serviços de saúde da Paraíba, sendo, portanto, mais coerente o uso do termo *Serviço de Higiene Pública de Paraíba do Norte*, ao invés da utilização do termo *Serviço de Higiene Pública da Paraíba*.

Conforme observamos, a atuação do Serviço Público de Higiene esteve relacionada com os padrões da ciência higiênica do período, as teorias miasmáticas e microbianas serviram de base para as práticas sanitárias, assim como a vacinação se relacionava com as

técnicas de vacinação em voga na época, a exemplo da vacinação animal. Além disso, suas formas de organização e atuação foram permeadas por questões políticas de base oligárquica, como se verificou na interferência dos grupos oligárquicos Machado Leal e Neiva-Pessoa-Lucena. Em suas relações com a sociedade, verificamos que a população em geral fazia uma série de críticas ao seu modelo de atuação, especialmente as práticas de fiscalização das habitações, bares, restaurantes, hotéis e venda de alimentos. Consideradas invasivas e desrespeitosas pelos cidadãos, as práticas desenvolvidas pela polícia sanitária apresentavam uma natureza campanhista, policialesca e repressora. Não apenas a Polícia Sanitária, mas a própria instituição como um todo foi alvo das críticas da população, em especial, nos momentos de epidemia, período que exigia uma atuação mais firme e eficiente, entretanto, nesses momentos, a instituição mostrou-se ineficiente e incapaz de solucionar os problemas sanitários decorrentes da incidência de epidemias, como se verificou nos surtos epidêmicos da peste bubônica em Campina Grande e da influenza espanhola na Paraíba do Norte.

Observamos que a ausência dos poderes públicos no campo da saúde e da higiene durante a Primeira República motivou a realização de várias campanhas pelo saneamento do Brasil, norteadas pela constatação de que o Brasil era *um imenso hospital*. Assim, médicos, jornalistas, educadores e juristas um conjunto de imagens e discursos que mostravam o Brasil como um país marcado pela presença de um povo doente, improdutivo e atrasado, visando, desta forma, sensibilizar as autoridades públicas quanto à importância de saneá-lo para torná-lo produtivo, próspero e civilizado através da regeneração da raça por meio do saneamento.

Atendendo as demandas colocadas pelos sanitaristas, o governo federal criou o Serviço de Profilaxia Rural em 1919 que, a partir de 1920, passou a ser subordinado ao DNSP. Na Paraíba, a criação da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural (CSPR) constituiu uma das repercussões das campanhas pelo saneamento da Paraíba e uma das políticas de saúde lançadas pelo governo federal. A sua criação e organização fez parte de um processo de institucionalização dos serviços de saúde e de higiene com vistas à construção de um espaço paraibano mais salubre e moderno, de acordo com normas de higiene e de saúde da época. Para isto, o combate as principais endemias (ancilostomíase, impaludismo, febre amarela) do período tornava-se indispensável. O processo de institucionalização a que nos referimos relaciona-se com a expansão dos serviços, abrangência (serviços realizados no interior), regularidade e também com o financiamento e administração destes serviços pelos poderes públicos (federal e estadual), corpo de funcionários e serviços prestados a sociedade (exames, cirurgias, medicamentos). Assim, este processo de institucionalização relaciona-se

diretamente com a expansão da autoridade pública na sociedade, fazendo-se presente por meio destas instituições de saúde e higiene.

Contudo, verificamos que esta institucionalização foi limitada devido a diversos fatores, problemas financeiros, interferência político-partidária no aspecto financeiro, seleção de funcionários e atuação da instituição, interrupções dos serviços, limitação do número de postos no espaço geográfico paraibano e deficiências dos serviços prestados. As repercussões negativas dos serviços ofertados pela instituição na sociedade foram registradas em jornais do período que destacaram os aspectos repressivos e autoritários da polícia de focos que, cotidianamente, invadiam casas para eliminar os mosquitos transmissores da febre amarela, fora isso, também havia críticas relacionadas aos serviços profiláticos e terapêuticos.

Em suma, consideramos que as políticas de saúde e de higiene desenvolvidas pelas instituições públicas da Paraíba estiveram relacionadas com o processo de institucionalização dos serviços de saúde e de higiene e o conseqüente crescimento da autoridade pública na sociedade, mediante a presença de um corpo de funcionários, leis e procedimentos técnicos na área da saúde e da higiene. Além disso, relacionaram-se com as tramas do poder político, com os padrões da ciência médica e sanitária da época e com seus métodos de atuação que repercutiram na sociedade produzindo imagens e discursos acerca das políticas de saúde e de higiene desenvolvidas pelos poderes públicos e entidades assistenciais.

Nas relações entre saúde e o poder político, observamos a interferência dos grupos oligárquicos na criação e organização dos serviços sanitários e de saúde, como também, nas práticas de teatralização do poder, quando os grupos políticos dominantes utilizavam os rituais de inauguração de algum serviço público de saúde ou de higiene para fazer propaganda de sua administração. No âmbito da ciência, identificamos que os serviços de saúde e de higiene procuraram adotar os métodos e conhecimentos da ciência de seu tempo, a exemplo da prática de vacinação animal contra varíola, cultura do exame e cirurgias e a terapêutica das doenças. Em relação à recepção da sociedade a estes serviços de saúde e de higiene, observamos que os grupos sociais: médicos, jornalistas, políticos, donas de casa e comerciantes, produziram leituras diversas sobre tais serviços com base em seus interesses, conveniências e necessidades cotidianas, assim, os grupos sociais elaboraram imagens positivas destes serviços, considerando seus benefícios a saúde do povo, bem como destacaram seus aspectos negativos, em termos deficiências, limitações e práticas repressivas e autoritárias. Emfim, o estudo das instituições de saúde e higiene na Paraíba remete a importantes discussões com as esferas do poder, da ciência e da sociedade.

## Fontes

### Almanaques

Almanach do Estado da Parahyba, 1913, 1917, 1922, 1932.

### Boletins informativos

Estado da Parahyba, Directoria Geral de Higiene. Boletim Mensal de Estatistica Demographo-Sanitária, ano 1, Fevereiro de 1911, num. 2.

Estado da Parahyba, Directoria Geral de Higiene. Boletim Mensal de Estatistica Demographo-Sanitária, ano 2, Março de 1912, num. 3.

Estado da Parahyba, Directoria Geral de Higiene. Boletim Mensal de Estatistica Demographo-Sanitária, ano 3, Abril de 1913, num. 4.

### Correspondências

Carta de Accácio Pires enviada a Gétulio Vargas em 13/4/1932, p.10. Arquivo Belisário Penna, Fundação Oswaldo Cruz.

Carta de Accácio Pires enviada a Belisário Penna, em 15 de setembro de 1921. Arquivo Belisário Penna, Fundação Oswaldo Cruz.

Carta de despedida de BP do Serviço de Profilaxia Rural. .Arquivo Belisário Penna. Fundação Oswaldo Cruz, 1923.

Carta de Belisário Penna enviada a Flávio Maroja em 1 de maio de 1926. Arquivo da Fundação Oswaldo Cruz.

Carta de Acácio Pires enviada a Belisário Penna em 15 de setembro de 1921. Arquivo Belisário Penna, Fundação Oswaldo Cruz.

Correspondências pessoais de João Pessoa. Telegrama 126/6. Enviado a João Pessoa em 20 de julho de 1929. Arquivo do IHGP-Arquivo Dr. Fávio Maroja, localização A6G1P1, Doc. 052-1.

### Jornais

A União, Edições: 1895, 1896, 1918, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1927, 1928, 1930, 1931,

A Regeneração, 1862.

A Opinião, 1877.

A Imprensa, 1912, 1913, 1914, 1917, 1918, 1919, 1921, 1925,

Brasil Novo, 1931.

Correio da Manhã, 1931

O Norte, 1917

Jornal Liberdade, 1931.

A Notícia, 1916, 1926

O Jornal, 1923, 1924

Voz da Borborema, 1937.

### **Leis e Decretos**

BRASIL, Decreto nº 13.538, de 9 de Abril de 1919: Reorganiza o serviço de Prophylaxia Rural.

BRASIL, DECRETO N. 3.987 DE 2 DE JANEIRO DE 1920, Reorganiza os serviços da Saúde Publica.

PARAHYBA DO NORTE, Decreto n. 53 de 30 de março de 1895.. Regulariza o Serviço de Higiene Pública no Estado da Parahyba.

PARAHYBA DO NORTE, Lei n.270 de 26 de outubro de 1907. Autoriza o Presidente do Estado a organizar o Serviço de Higiene Pública do mesmo Estado.

PARAHYBA DO NORTE, Decreto n .494 de 08 de junho de 1911. Organiza a Repartição de Higiene Pública do Estado.

### **Mensagens e falas dos Presidentes de Província e Presidentes de Estado**

Fala recitada na abertura da Assembleia Legislativa da Parahyba do Norte pelo presidente da província, o doutor Antonio da Costa Pinto Silva em 5 de agosto de 1856.

Falla dirigida á Assembléa Legislativa Provincial da Parahyba do Norte pelo exm. sr. presidente da provincia, dr. Francisco Teixeira de Sá, em 6 de setembro de 1873.

PESSOA, Epiácio. Mensagem apresentada ao Congresso Nacional na abertura da Terceira Sessão da Décima Legislatura pelo Presidente da República Epiácio Pessoa. Rio de Janeiro, 1922.

João Pessoa Cavalcanti de Albuquerque. Mensagem apresentada a Assembléa Legislativa na Abertura da 2º Reunião da 10º Legislatura, Parahyba, 1929

MENSAGEM, apresentada á Assembleia Legislativa do Estado, em 1º de setembro de 1911, pelo Presidente do Estado Dr. João Lopes Machado.

Mensagem apresentada a Assembleia Legislativa do Estado da Paraíba pelo Presidente da Paraíba João Suassuna. Imprensa Official, Parahyba, 1927.

MENSAGEM,apresentada a Assembleia Legislativa do Estado Parahyba, pelo presidente do Estado Dr. Francisco Camillo de Holanda, 1917.

MENSAGEM,apresentada a Assembleia Legislativa do Estado da Parahyba , pelo presidente do Estado Dr. João Ferreira de Castro Pinto,1914.

Fala recitada na abertura da Assembléa Legislativa da Parahyba do Norte pelo presidente da provincia, o doutor Antonio da Costa Pinto Silva em 5 de agosto de 1856. Parahyba, Typ. de José Rodrigues da Costa, 1856.

### **Relatórios**

Relatório apresentado á Assembleia Legislativa Provincial da Parahyba do Norte pelo vice-presidente da mesma, o dr. Flavio Clementino da Silva Freire, em 2 de outubro de 1855.

Relatório da Repartição de Saúde. In: Relatorio recitado na abertura da Assembléa Legislativa da Parahyba do Norte pelo vice-presidente da provincia, o dr. Manoel Clementino Carneiro da Cunha, em 1 de agosto de 1857.

Relatório apresentado a Assembleia Legislativa da provincia da Parahyba do Norte em 15 de junho de 1860 pelo presidente, dr. Luiz Antonio da Silva Nunes.

Relatório apresentado á Assembleia Legislativa Provincial da Parahyba do Norte, no dia 31 de maio de 1862, pelo presidente, dr. Francisco d'Araujo Lima.

Relatório apresentado á Assembleia Legislativa Provincial da Parahyba do Norte, no dia 31 de maio de 1862, pelo presidente, dr. Francisco d'Araujo Lima.

Relatório do Inspetor de Saúde Pública José Inocêncio Poggi apresentado ao presidente da provincia da Parahyba , dr. Francisco d'Araujo Lima. In: Relatorio apresentado á Assembléa Legislativa Provincial da Parahyba do Norte, no dia 31 de maio de 1862, pelo presidente, dr. Francisco d'Araujo Lima.

Relatório apresentado á Assembléa Legislativa Provincial da Parahyba do Norte no dia 1 de outubro de 1864 pelo presidente, dr. Sinval Odorico de Moura.

Relatório do Inspetor de Saúde Pública José Inocêncio Poggi ao 1.o vice-presidente, em exercício 1presidente vice-presidente, exm. sr. dr. Felisardo Toscano de Brito, em 3 de agosto de 1866.

Relatório do Inspetor de Saúde Pública José Inocêncio Poggi ao presidente, dr. Theodoro Machado Freire Pereira da Silva. Parahyba, Typ. dos herdeiros de J.R. da Costa, 1868

Relatorio do Inspetor de Saúde Pública José Inocêncio Poggi ao 1.o vice-presidente, em exercício 1presidente vice-presidente, exm. sr. Carneiro da Cunha, em 3 de agosto de 1869.

Relatório apresentado ao presidente da provincia, dr. Venancio José d'oliveira Lisbôa, em 17 de fevereiro de 1870.

Relatório do Inspetor de Saúde Pública José Inocêncio Poggi ao presidente, dr. Theodoro Machado Freire Pereira da Silva.

Relatório do Inspetoriade Saúde Pública apresentada ao. presidente da provincia, dr. Venancio José d'oliveira Lisbôa, em 17 de fevereiro de 1870.

Relatório da Inspetoriade Saúde Pública apresentado ao vice-presidente da província, dr. José Evaristo da Cruz Gouvêa em 16 de outubro de 1871. Parahyba, Typ. Conservadora, 1871.

Relatorio apresentado á Assembléa Legislativa da provincia da Parahyba do Norte em 7 de agosto de 1874 pelo presidente, exm. sr. dr. Silvino Elvidio Carneiro da Cunha.

Relatorio apresentado á Assembléa Legislativa da Provincia da Parahyba do Norte pelo presidente, exm. sr. doutor Esmerino Gomes Parente, em 12 de agosto de 1877.

Relatório apresentado á Assembleia Legislativa da Provincia da Parahyba do Norte pelo presidente, exm. sr. doutor Esmerino Gomes Parente, em 12 de agosto de 1877.

RELATORIO do Exmo. Sr. 2º Vice-presidente Padre Felipe Benicio da Fonseca Galvão ao Presidente da Província José Rodrigues Pereira Junior em 12 de junho de 1879.

Relatório do Inspetor de Saúde Pública Abdon Felinto Milanez apresentado ao presidente dr. Justino Ferreira Carneiro. Parahyba do Norte, Typ. do "Liberal Parahybano," 1882.

Relatório da Inspectoria de Saúde Pública apresentado ao Presidente da Província da Parahyba do Norte, o Sr. Antonio Sabino do Monte, 1884.

Relatório da Santa de Misericórdia da Paraíba, 1906, 1914, 1916,1919,1920, 1921, 1925,1928, 1929, 1931.

DNSP. Relatório do Serviço de Saneamento Rural no Estado da Paraíba.1923.

DNSP. Relatório do Serviço de Saneamento Rural no Estado da Paraíba. 1928

Relatório da Diretoria de Higiene do Estado da Paraíba, 1915-1917.

Relatório Geral da Higiene do Estado da Paraíba,1920-1923.

Regulamento dos hospitais Santa Casa de Misericordia da Parahyba do Norte, 1910 e 1932.

COMPROMISSO, da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia da Capital do Estado da Parahyba, 1913.

### **Revistas**

Era Nova, 1921,1922, 1923.

Medicina, 193

## Referências bibliográficas

ABREU, Martha. GOMES, Ângelo de Castro. **A nova “Velha” República: um pouco de história e historiografia** in: Tempo N° 26 Vol. 13 - Jan. 2009.

AGRA, Giscard F. **A urbs doente medicada: a higiene na construção de Campina G(g)rande, 1877 a 1935**. Campina Grande, PB: Graf. Marcone, 2006.

ALMEIDA, José Américo de. **A Paraíba e seus Problemas**. Paraíba do Norte, Imp. Oficial. 1923.

\_\_\_\_\_. **A Paraíba e seus Problemas**. 2º Ed. Porto Alegre, Livraria do Globo, 1937.

ALVES, Naiara Ferraz B. Entre caridade e a administração pública: As diversas atividades desempenhadas pela Santa Casa de Misericórdia na Paraíba imperial. Anais eletrônicos do XIII Encontro Estadual de História: **História e historiografia: Entre o nacional e o regional**. Guarabira, PB, 2008.

ARANHA, Gervácio Batista. **Trem, modernidade e imaginário na Paraíba e região: tramas político-econômicas e práticas culturais (1880-1925)**. Campinas: Tese de Doutorado UNICAMP, 2001.

\_\_\_\_\_. **Seduções do moderno na Parayhba do Norte: trem de ferro, luz elétrica e outras conquistas materiais e simbólicas (1880-1925)**. In: A Paraíba no Império e na República: Estudos de historia social e cultural. Joao Pessoa: Ideia, 2003.

ARAÚJO, Silvera Vieira de. **Dispensando o feioso: a construção da higiene estética de Campina Grande (1930-1960)**. Dissertação de Mestrado PPGH- UFCG, Campina Grande, 2010.

\_\_\_\_\_. OLIVEIRA, I. B. MARTINS, J. C. O. Ruídos, marcas e caminhos na escrita da cidade moderna: apontamentos de um balanço historiográfico. **Arquitextos** (São Paulo), v. 115, p. 80-92, 2009.

ARIES, Philippe. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1981.

ARROIO, Agnaldo. Louis Pasteur: Um cientista humanista. *Revista Eletrônica de Ciências*. n. 31, Fevereiro 2006. São Carlos, SP.

BALANDIER, G. **O poder em cena**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1982.

\_\_\_\_\_. **O dédalo**. Para finalizar o século XX. Tradução de Suzana Martins. Rio de Janeiro; Bertrand Brasil, 1999.

BARBOSA, José Policarpo de Araújo. **História da saúde pública do Ceará da Colônia a Vargas**. Fortaleza: UFC, 1994.

BELTRÃO, Jane Felipe. **Cólera, o flagelo da Belém do Grão Pará**. 1999. Tese. Campinas: UNICAMP, 1999.

BENCHIMOL, J. L. Febre amarela e a instituição da microbiologia no Brasil. In: HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego.(orgs.). **Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

\_\_\_\_\_. coord. **Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. 470 p. ISBN 85-85676-98-1. Available from SciELO Books<<http://books.scielo.org>>.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

\_\_\_\_\_. **A gripe espanhola em São Paulo, 1918: epidemia e sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.

\_\_\_\_\_. **História da Saúde Pública no Brasil**. Editora Ática. 2008.

BERTUCCI, Liane Maria. **Influenza, a medicina enferma: Ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo**. Tese (Doutorado em História) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2002.

BITTENCOURT, Cirne Maria Fernandes. **Ensino de história: fundamentos e métodos**. São Paulo: Cortez, 2005.

BRITTO, Francisco Saturnino Rodrigues de. **Projetos e relatórios: saneamento do Rio Grande**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1943.

CABRAL FILHO, Severino. **A cidade através de suas imagens: uma experiência modernizante em Campina Grande. (1930-1950)**. Tese de Doutorado, Joao Pessoa: UFPB, 2007.

CARDOSO, Amâncio. As filhas da peste: fome, morte e orfandade - Sergipe, 1855-1856. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico de Sergipe**, n. 38, p. 25-48, Aracaju, 2009.

CARONE, Edgard. **Formação da frente única paulista**. In: A Segunda República. São Paulo: DIFEL, 1974. Revoluções do Brasil Contemporâneo.

CARNEIRO, Maria Elizabeth Ribeiro. **Procura-se uma “preta com muito bom leite, prendada e carinhosa”:***uma cartografia das ama de leite na sociedade carioca, (1850-1888)*. Tese de doutorado-PPGH-UNB, Brasília, 2006.

CARVALHO, José Murilo de. **Os Bestializados: O Rio de Janeiro e a República que não foi**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

\_\_\_\_\_. **A formação das almas**: o imaginário da República no Brasil. 3º ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1998..

CARRARA, S. **Tributo a Vênus** : a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40 [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996. 339 p. ISBN: 85-85676-28-0. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

CASTRO, Oscar Oliveira de. Subsidio a história da medicina na Parahyba: um caso esporádico. **Revista Medicina**. João Pessoa, ano VI, v,1, n.1, julho de 1937.

\_\_\_\_\_. **Medicina na Paraíba**. João Pessoa: A União, 1945.

CELSO, A. **Porque me ufano do meu País**. Rio de Janeiro: Editora Expressão e Cultura, 1990.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade febril**: cortiços e epidemias na corte imperial. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

\_\_\_\_\_. CHALHOUB, Sidney et. al. **Artes e ofícios de curar no Brasil**. Campinas-SP, Unicamp, 2003.

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. **Dicionário de medicina popular** e das sciencias accessórias para uso das famílias... . 6º. ed. Paris, A. Roger & F.Chernoviz, 1890.

CORBIN, Alain. **Saberes e odores**: o olfato e o imaginario social nos seculos XVIII e XIX.Sao Paulo: Companhia das Letras, 1987..

COIMBRA, Luiz Octávio. —Filantropia e racionalidade empresarial (A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro de 1850 a 1920), Edição EDUFF. *Revista do Rio de Janeiro*, vol. 1, nº 03, Rio de Janeiro, mai-ago, 1986.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

CUNHA, Euclides da. **Os Sertões**. São Paulo: Editora Martin Claret, 2002.

CUNNIFF, Roger L. “The Birth of the Drought Industry: Imperial and Provincial Response to the Great Drought in Northeast Brazil (1877-1880).” *Revista de Ciências Sociais*, Fortaleza, vol. VI, nº ½, p. 65-82, 1975.

DELORT, Robert. Que a peste seja do rato!. In: **As doenças têm história**. Apresentação Jacques Le Goff, Tradução Laurinda Bom, Lisboa: Terramar, 1985.

DINIZ, Ariosvaldo da Silva. **Cólera**: representações de uma angústia coletiva. A doença e o imaginário social no século XIX no Brasil. Tese (Doutorado) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1997.

DIWAN, Pietra. **Raça pura**: uma história da eugenia no Brasil e no mundo. São Paulo: Contexto, 2007.

FARIAS Rosilene Gomes. **O Khamsin do deserto: cólera e cotidiano no Recife (1856)**. Dissertação de Mestrado/UFPE, Recife, 2007.

FERREIRA, Lúcia de Fátima Guerra. **Raízes da indústria da seca: o caso da Paraíba**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 1993

FERREIRA, Renata Brauner. **Epidemia e drama: a gripe espanhola em Pelotas**. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 1999.

FERNANDES, Liliane Alves. **As Santas Casas da Misericórdia na República Brasileira 1922-1945**. Dissertação de Mestrado, Universidade de Uevora, 2009.

FERNANDES, Tania. **A produção da vacina antivariólica no Brasil da monarquia a 1920: ciência, técnica e o 'poder dos homens'**. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz, 1991.

FISCHMANN, A. Investigação epidemiológica de varíola no Estado do Rio Grande do Sul. Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Departamento de Epidemiologia. São Paulo, 1978.

FOLLIS, Fransergio. **Modernização urbana na Belle Époque Paulista**. Sao Paulo: Unesp, 2004.

FONTENELE, José P. **Diccionario historico, geographico e ethnographico do Brasil**. Dispõe sobre diversas monografias completas sobre o Brasil em geral e sobre cada um dos estados. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. 1922.

FOUCAULT, Michel. **A Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREYRE, Gilberto. **Sobrados e mucambos - decadência do patriarcado rural e desenvolvimento do urbano**. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora, 1936.

FREIRE, Maria Martha de Luna; LEONY, Vinícius da Silva. A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930). **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, vol.18 supl.1 Rio de Janeiro Dec. 2011, p.199-225.

GÂZETA, Arlene Audi Brasil. **Uma Contribuição à História do Combate à Varíola no Brasil: do Controle à Erradicação**. Tese de doutorado. Fundação Oswaldo Cruz Casa de Oswaldo Cruz Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde. Rio de Janeiro, 2006.

GIAROLA, Flávio Raimundo. Racismo e teorias raciais no século XIX: principais noções e balanço historiográfico. **Revista História & História**, Campinas, 2010.

GIDDENS, Anthony. **A constituição da sociedade**. 2ªed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2003.

GOMES, Ângela Castro. História, historiografia e cultura política no Brasil: algumas reflexões. In: SOIHET, Rachel; BICALHO, Maria Fernanda Baptista; GOUVEIA, Maria de

Fátima da Silva (orgs.). **Culturas Políticas**: ensaios de história cultural, história política e ensino de história. Rio de Janeiro: Mauad, 2005.

GURJÃO, Eliete de Queiroz. **Morte e vida das oligarquias**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 1994.

GUERRAND, RH. Guerra à tuberculose, pp. 187-201. In Le Goff J (org.). **As doenças têm história**. Ed. Terramar, Lisboa.1985.

HOBSBAWM, E..**Nações e nacionalismo desde 1870**. Paz e Terra, Rio de Janeiro,1991.

HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego. Cuidar, controlar, curar em perspectiva histórica: uma introdução. In: HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego.(orgs.). **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

HOCHMAN, Gilberto. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil . **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(2): 375-386, 2011.

\_\_\_\_\_. **A era do saneamento**. As bases da política de saúde pública no Brasil. 3a. edição. São Paulo: Hucitec, 2012.

KEEL, Othmar. **L'avènement de la médecine clinique moderne en Europe: 1750- 1815**. Montréal/Genève: Presses Universitaires de Montréal/Georg Ed.; 2001.

KEHL, Renato. **Eugenia e medicina social**; problemas da vida (2. ed). Rio de Janeiro: Alves, 1923.

KROPF, Simone Petraglia. **Doença de Chagas, doença do Brasil**. ciência, saúde e nação (1909/1962). Niterói: Tese de Doutorado em História Social/ UFF, 2006.

LEAL, Victor Nunes. **Coronelismo, enxada e voto**: o município e o regime representativo no Brasil. São Paulo, Alfa - Omega, 1975.

LEWIN, Linda. **Política e Parentela na Paraíba**– Um Estudo de Caso da Oligarquia de Base Familiar. Rio de Janeiro: Record, 1993.

LIMA, Nísia Trindade e HOCHMAN, G., “Condenado pela raça, absolvido pela Medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da primeira República”. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo Ventura (Orgs), **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ FCBB, 1996.

LEBIGRE, Arlette. Sangrar e purgar! In.: LE GOFF, Jacques (org). **As Doenças tem história**. Lisboa: Terramar, 1985.

LENHARO, Alcir. **Sacralização da política**. 2o ed. Campinas-SP: Papyrus, 1986

.LEEuwEN, Marco H. D van. —**Logic of Charity**:Poor Relief in Preindustrial Europe], *Journal of Interdisciplinary History*, XXIV,4:589-613, The Massachusetts Institute of Technology, [s.l], 1994.

LOBATO, M 1957c. **Idéias de Jeca Tatu**. Obras completas de Monteiro Lobato, 1ª série, literatura geral, 8ª ed. v. 4. Brasiliense, São Paulo.1957.

MACHADO, Maria Clara Tomaz. Uberlândia: ha serpentes no paraíso. In: SOLLER, Maria Angelica e MATOS, Maria Izilda S. (orgs.). **A cidade em debate**. Belem, Recife, Rio de Janeiro, Sao Paulo, Santos, Uberlândia, Curitiba, Porto Alegre. Sao Paulo: Editora Olho d'água, 1999.

MACHADO, R; LOUREIRO, A; LUZ, R & MURICY K. **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro:Graal, 1978.

MACIEL, Marina de Souza; MENDES, Plinio Duarte; GOMES, Andreia Patrícia; BATISTA, Rodrigo Siqueira. **A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria**. Rev Bras Clin Med. São Paulo, mai-jun;10(3):226-30, 2012.

MAGALHÃES, Sônia Maria de. **Alimentação, saúde e doenças em Goiás no século XIX**. Dissertação de Mestrado Departamento de História da Faculdade de História, Direito e Serviço Social da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Franca, 2004.

MARCÍLIO, Maria Luiza. **História Social da Criança Abandonada**. Rev. bras. Hist. vol.19 n.37 São Paulo Sept. 1999.

MARIANO, Nayana Rodrigues Cordeiro & PINHEIRO, Antonio Carlos Ferreira. Educação, Poder e Sociedade. O saber médico na Parahyba Imperial. **IX Seminário Nacional de Estudos e Pesquisas “História, Sociedade e Educação no Brasil”** Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa – 31/07 a 03/08/2012 – Anais Eletrônicos.

MAROJA, Flávio. **A nossa higiene**. Revista do Instituto Histórico e Geográfico da Paraíba João Pessoa, n. 03, p. 433-437, 1911.

\_\_\_\_\_. Educação sanitária. In: MAROJA, Flávio. **Semana Médica**. Paraíba: Imprensa Oficial, 1927, pp. 7.

MATTOS, Leonara Forquim de & OLINTO, Beatriz Anselmo. “Todos são curandeiros”: saberes populares e curandeirismo nos processos crime de Guarapuava (1940-1950). **Revista TEL: Revista Tempo, Espaço e Linguagem**, V. 04 - N. 02, p. 31-45, - Mai.-Ago. – 2013.

MEDEIROS, Cariolano. Subsídios para a história da Higiene Pública na Paraíba. Revista do Instituto e Geographico Paraíbano. Ano III, 1991. Paraíba: Imprensa Offical, 1911.

MIRANDA, Carlos Alberto Cunha. **A arte de curar nos tempos da colônia**. Limites e espaços da cura. Recife, PE: Fundação de Cultura Cidade do Recife, 2004.

\_\_\_\_\_. Os cuidados com a saúde e a caridade: a construção e o cotidiano do hospital pedro II na cidade do Recife durante a segunda metade do século XIX. **SAECULUM REVISTA DE HISTÓRIA** [28]; João Pessoa, jan./jun., p.345-361, 2013.

MONCORVO, Filho, A. **Em tórno do berço** – Conferencia medico-social no Cinema Odeon, em 11 de março de 1914. Rio de Janeiro: Typ. Baptista de Souza, 1914.

\_\_\_\_\_. Sessão de 10 e 17 de maio de 1923 da Academia Nacional de Medicina. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p.65-70. Disponível em: [http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/docdigital/MoncorvoFilho/Rolo10/48\\_Academia\\_Nacional\\_de\\_Medicina\\_Sessao\\_de\\_1\\_de\\_maio.pdf](http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/docdigital/MoncorvoFilho/Rolo10/48_Academia_Nacional_de_Medicina_Sessao_de_1_de_maio.pdf). Acesso em: 4 jan. 2013. 1923.

MONTEIRO, Alfredo. Profilaxia da tuberculose na Paraíba do Norte. In: **Semana Médica**, Imprensa Oficial, Paraíba, 1927.

MOURA, Vera Lúcia Braga. **A invenção da infância**: as políticas públicas para a infância em Pernambuco (1906 – 1929). Tese de Doutorado. Programa de Graduação em História-UFPE, Recife, 2011.

MOULIN, Anne-Marie. Tropical without tropics: the turning-point of Pastorian medicine in north Africa. In: Arnould, David. Warm climates and western medicine: the emergence of tropical medicine. Atlanta: Rodopi. 1996.

\_\_\_\_\_. O corpo diante da medicina. In: ALAIN CORBIN/ JEAN-JACQUES COURTINE/ GEORGES VIGARELLO. **História do corpo**. São Paulo: Editora Vozes, 2011.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do & SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. A doença revelando a história: uma historiografia das doenças. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do & CARVALHO, Diana Maul de (Orgs.). *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15, 2004.

NASCIMENTO, Regina Coelli Gomes. **Disciplina e espaços**: construindo a modernidade em Campina Grande no início do século XX.. Recife: UFPE, 1997. (Dissertação de Mestrado).

NÓBREGA, Humberto. **As raízes da ciência da saúde na Paraíba**. João Pessoa: Universitária/UFPB, 1979.

Ó, Alarcon Agra do. Relatos de Males: notas acerca dos modos de adoecer na Paraíba Imperial. In: Ó, Alarcon Agra do et al. **A Paraíba no Império e na República: Estudos de história social e cultural**. João Pessoa: Ideia, 2003.

OLIVEIRA, Iranilson Buriti de. **Façamos a família à nossa imagem**: A Construção de Conceitos de Família no Recife Moderno (Décadas de 20 e 30). Tese de Doutorado em história, Recife: UFPE-CFCH, 2002.

\_\_\_\_\_. Fora da higiene não há salvação: a disciplinarização do corpo pelo discurso médico no Brasil Republicano. Revista **MNEME**, volume 4, número 7, fevereiro/março, 2003.

\_\_\_\_\_. Os médicos e os ratos: a bubônica em Campina Grande e a instauração de uma estética do medo. **Jornal Brasileiro de História da Medicina**, v. 12, p. T61-61, 2008.

OLIVEIRA, Fabiano Custódio de. **Alterações no sistema produtivo e organização do trabalho na agricultura irrigada em torno do açude de Boqueirão-PB**. Tese de mestrado da pós-graduação em geografia – UFPB, João Pessoa-PB, Paraíba, 2007.

PENNA, Belisário. **Saneamento do Brasil**. Editora dos Tribunais, Rio de Janeiro, 1918.

PENNA, B & NEIVA, A.. **Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás**. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v. 8, n. 30:74-224.1916.

\_\_\_\_\_. **Viagem científica pelo norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás**. Brasília: Senado Federal, 1999.

PEREIRA, Sóstenes. **Contágio: uma Visão Histórica e Biológica das Epidemias**. Editora Claranto, 2007.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. **História e história cultural**. Belo Horizonte: Autentica 2003.

PIMENTA, Tânia Salgado. O exercício das artes de curar no Rio de Janeiro (1828 a 1855). Tese de Doutorado/Unicamp; Campinas, 2003.

PINSKY, Carla Bessazi. (org.). **Fontes históricas**. Sao Paulo: Contexto, 2005.

PETER, Jean-Pierre e REVEL, Jacques. O corpo: o homem doente e sua história. In LE GOFF, J. e NORA, P. (orgs.) *História: Novos Objetos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.

PETER, Jean Pierre; REVEL, Jacques. O corpo: o homem doente e sua história. In: LE GOFF, Jacques. **História\_ Novos objetos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995.

PINTO. Irineu. **O Cholera Morbus na Paraíba**. In: Revista do Instituto Histórico e Geográfico da Paraíba. n.º 02.1910

PIZANI, Maria Angélica Pinto Nunes. —A actuação de religiosas em Curitiba na assistência aos alienados durante a República Velha, [s.l], 2005.. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>?

PORTER, Roy. **Das tripas coração**. Uma breve história da medicina. Rio de Janeiro, São Paulo: Record, 2004.

QUARESMA, Paulo Sergio Andrade. **Urbe em tempos de varíola: a cidade do Rio Grande (RS) durante a epidemia de 1904-1905**. Dissertação de Mestrado-PPGH-UFPEL, Pelotas, RS, 2012.

QUEIROZ, Renato da Silva. As epidemias com fenômenos sociais totais: o surto de gripe espanhola em São Paulo (1918). DOSSIÊ 450 ANOS DE SÃO PAULO. **Rev. USP**, no.63 São Paulo nov. 2004.

REIS, José Carlos. **A história entre a filosofia e a ciência**. 3.ed., Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

REMOND, René. **Por uma história política**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

REZENDE, Joffre Marcondes de. Epidemia, endemia, pandemia, epidemiologia. **Linguagem Médica** Vol. 27(1): 153-155.jan-jun. 1998.

REZENDE, Antonio de Paulo. **(Dês) Encantos Modernos**: Historia da cidade do Recife na década de Vinte. Sao Paulo: USP, 1992. (tese de Doutorado).

\_\_\_\_\_. **(Des) Encantos Modernos**: Histórias da Cidade do Recife na Década de Vinte. 1. Ed. Recife: FUNDARPE/CEPE, 1997.

ROBERTS, Geoffrey. **Modernização**. Goiania, 1973.

ROCHA, Rita de Cássia Luiz da. História da infância: reflexões acerca de algumas concepções correntes. **Revista Analecta**, Guarapuava, Paraná v. 3 no 2 p. 51-63 jul/dez. 2002.

RODRIGUES, Alzira de Cássia da Silva. Tessituras de uma *Era Nova*: Paraíba dos anos 1920. Anais Eletrônicos do **XXVII Simpósio Nacional de História**: conhecimento histórico e diálogo social. ANPUH, Brasil, Natal-RN, 22 a 26 de Julho de 2013.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. 3ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2006.

RUSSELL-Wood, A. J.R.,1939- **Fidalgos e filantropos**: a Santa Casa da Misericórdia da Bahia, 1550-1755. Trad. De Sérgio Duarte. Brasília, Editora Universidade de Brasília, 1981.

SÁ, Isabel dos Guimarães. **As Misericórdias Portuguesas de D. Manuel I a Pombal**. Lisboa: Livros Horizonte, 2001.

SÁ, Lenilde Duarte, et **Parahyba**: uma cidade entre miasmas e micróbios. O Serviço de Higiene Pública: 1895-1918. Tese de doutorado. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), 1999.

\_\_\_\_\_. AL. Práticas terapêuticas e praticantes de cura na cidade da Paraíba-1889 a 1920.v.2n, 2, art.10, p.142-159, 2004.

SÁ, Dominichi Miranda de. Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna (1917-1935). **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, vol.16 supl.1 Rio de Janeiro July 2009.

SANTOS, Luiz A. Castro. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia da Antonio de construção da nacionalidade. *Dados*, Rio de Janeiro, v.28, p.1903-2010, 1985.

\_\_\_\_\_. **Um século de cólera**: itinerário do medo. *Physis*, v. 4, n. 1, Rio de Janeiro: Uerj.1994.

\_\_\_\_\_. Poder, ideologias e saúde no Brasil na Primeira República. In: HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego.(orgs.). **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

SANTOS, Ricardo Augusto dos. “Representações sociais da peste e da gripe espanhola”. In. NASCIMENTO, Dilene Raimundo do et. CARVALHO, Diana Maul de (Org.). **Uma história brasileira das doenças**. Brasília: Paralelo 15, 2004.

SANTOS FILHO, L. **História geral da Medicina Brasileira**. São Paulo: Hucitec; Edusp, v. 2, 1991.

SANTOS NETO, Amâncio Cardoso. **Sob o signo da peste: Sergipe no tempo do cholera (1855 - 1856)**. Tese. Campinas: UNICAMP, 2001.

SANGLARD, Gisele. A construção dos espaços de cura no Brasil: entre a caridade e a medicalização. **Esboços**, Revista do Programa de Pós Graduação em História da UFSC, nº16, América do Sul, 2007.

SCCUOGLIA, Jovanka Baracuhy Cavalcanti; TAVARES, Marieta Dantas. História e Memória da Igreja da Santa Casa de Misericórdia da Paraíba. **Patrimônio: Lazer & Turismo**, v. 6, n. 8, out.-nov.-dez./2009, p.12-33.

SEIXAS, Wilson Nóbrega. **Santa Casa de Misericórdia da Paraíba**. João Pessoa: Santa Marta, 1987.

SEVCENKO, Nicolau. **A capital irradiante: técnicas, ritmos e ritos do Rio** In: SEVCENKO, Nicolau (org.). História da vida privada no Brasil, vol.3. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

SILVA, Lígia Maria Tavares. Características da urbanização na Paraíba. **Revista Cadernos do Logepa – Série Texto Didático**, Ano 3, Número 5 - Jul/Dez de 2004.

SILVA, Mozart Linhares da. Direito e medicina no processo de invenção do anormal no Brasil. In: \_\_\_\_ **História, medicina e sociedade no Brasil**. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2003, p. 13-63.

SILVA JÚNIOR, Nelson Gomes de Sant`Ana & GARCIA, Renata Monteiro. Momcorvo Filho e algumas histórias do Instituto de Proteção e Assistência à Infância. **Revista Psicologia**, v.10, n.2, p.613-632, 2010.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. **A influenza espanhola e a cidade planejada: Belo Horizonte, 1918**. Tese (Doutorado em História) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2004.

SKIDMORE, T. **Preto no branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro**. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1989.

SOARES Jr., Azemar Santos. **Corpos Hígidos: o limpo e o sujo na Paraíba (1912-1924)**. Dissertação de Mestrado/UFPB, João Pessoa, 2011.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora: AIDS e suas metáforas**. Tradução: Rubens Figueiredo e Paulo Henriques Britto. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SOUZA, Christiane Maria Cruz de. **Gripe Espanhola na Bahia**: saúde, política e medicina em tempos de epidemia. Tese (Doutorado em História das Ciências) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2007.

STEPAN, Nancy Leys. A eugenia no Brasil – 1917 a 1940. In: HOCHMAN, G.; ARMUS, D. (Orgs). **Cuidar, controlar, curar**: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

THORWALD, Jürgen Thomas. **O século dos cirurgiões**. Tradução Marina Guaspari, Hemus, 2000.

THOMPSON, E. P. **A miséria da teoria**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981,

\_\_\_\_\_. **A formação da classe operária**: A árvore da liberdade. 2º ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

\_\_\_\_\_. **Costumes em comum**: estudos sobre a cultura popular tradicional. São Paulo: Companhia das Letras, 2011 [1994].

VASCONCELLOS, José Teixeira de. A vaccina contra a varíola e seus salutareos efeitos salutareos. **Semana Médica**, Imprensa Official, Paraíba, 1927

WADSWORTH, James E. Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil. **Revista Brasileira de História**. vol.19 n.37 São Paulo Sept. 1999.

WITTER, Nikelen Acosta. **Males e Epidemias**: sofredores, governantes e curadores no sul do Brasil (Rio Grande do Sul, século XIX). Tese. Niterói: UFF, 2007.

ZANIANI, E. J. M. & BOARINI, M. L. (2011). Infância e vulnerabilidade: repensando a proteção social. **Psicologia & Sociedade**, 23(2), 272-281.

.  
.

