

O SERTÃO REVELADO PELAS EPIDEMIAS:

Lócus de miséria e doenças, signo do abandono do estado

Christiane Maria Cruz de Souzaⁱ

Resumo:

As condições de vida e saúde nos “sertões” da Bahia, assim como as ações empreendidas pelos poderes públicos instituídos para interiorizar as ações de saúde no estado, no período conhecido como Primeira República, são os pontos que desenvolveremos nesse texto. Interessamo-nos por analisar a importância assumida pela saúde nesse período e por compreender como essa questão foi conduzida no estado. Para tanto, nos valeremos das informações recolhidas em fontes primárias como boletins, cartas e relatórios dos médicos sanitaristas; mensagens dos governadores à Assembléia; leis que regulamentaram as questões de saúde no Brasil e na Bahia; jornais editados no interior e na capital; além da literatura especializada no assunto.

Palavras-chave: saúde, sertão, Bahia

No primeiro decênio do século XX, os centros urbanos do país, em processo de crescimento desordenado, eram flagelados por contínuas ondas de doenças epidêmicas. As epidemias, que também avançaram sobre os sertões, foram reveladoras do abandono, da miséria e das doenças que atingiam os sertanejos, contribuindo para ampliar a percepção, entre as elites, que nem os mecanismos de segregação dos despossuídos, nem o assistencialismo, impediam que os efeitos externos da pobreza afetassem negativamente os mais prósperos. A doença passou então a ser vista pelos grupos dominantes como principal problema e maior obstáculo à ascensão do Brasil ao nível dos países modernos e civilizados e o binômio saúde/doença entrou na pauta das discussões das camadas letradas do país. Interesse-me em analisar aqui a importância assumida pela saúde no Brasil e na Bahia, nesse período, e compreender como essa questão foi conduzida no estado.

Em 1916, em discurso que saudava Aloysio de Castro, então diretor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Miguel Pereira decretava: “O Brasil é ainda um imenso hospital”.¹ Frase emblemática, proferida pelo presidente da Academia Nacional de Medicina, repercutia um assunto que entrou na agenda das camadas letradas do país, após a publicação do livro *Os Sertões*, de Euclides da Cunha, em 1902. Ao narrar o conflito de Canudos, o escritor desvelou uma realidade – as precárias condições de vida e saúde no interior do Brasil – e uma personagem – o sertanejo – até então distantes das preocupações das elites citadinas e das autoridades da República.² O avanço das epidemias sobre o sertão e a divulgação, na década de 1910, dos relatórios das expedições científicas promovidas pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC) também contribuíram para dar visibilidade ao tema e conferir maior vigor ao debate.³

A publicação do relatório da viagem dos médicos Belisário Penna e Artur Neiva ajudou a divulgar a idéia de ‘sertão’ como o lócus das doenças endêmicas e signo do abandono por parte do Estado.⁴ Os médicos constataram que a população que vivia no interior do país estava no mais completo abandono, vítima do rodízio das epidemias e de flagelos endêmicos como a doença de Chagas, a ancilostomíase, a sífilis, a tuberculose e a pneumonia. A partir de então, ‘os sertões’ passaram a ser mais uma “categoria médica, social e política, que geográfica. Sua localização espacial dependeria da existência do binômio abandono-doença”.⁵

Nesse sentido, o “sertão” tanto poderia se localizar nos lugares mais inacessíveis e longínquos do país, como nas periferias dos centros urbanos. Era a isso que se referia Afrânio Peixoto, quando afirmou que o sertão começava “para os lados da Avenida”. A “Avenida” em questão era a Avenida Central, atual Avenida Rio Branco, no Rio de Janeiro, parâmetro de modernidade, progresso e civilização da época.⁶ Se transplantarmos tal imagem para a Bahia da Primeira República, podemos sugerir que o ‘sertão’ começava “para os lados” da Avenida Sete de Setembro, ícone da modernidade e progresso pretendidos por J. J. Seabra para Salvador.

Sanear ‘os sertões’ devastados pelas endemias e epidemias

O censo de 1920 mostrou que a Bahia era um estado de predominância rural: 72% dos seus 3.334 mil habitantes dedicavam-se às atividades agrícolas, portanto, era maior o número de pessoas que viviam no campo que nas cidades.⁷ Dentre os que viviam da terra, grande parte era composta por trabalhadores rurais que se submetiam a viver em condições adversas.

Segundo os relatórios dos médicos sanitaristas que percorreram o interior da Bahia no período estudado, os sertanejos abrigavam-se, de forma precária, em casebres de chão batido, cobertos com palhas, com paredes de taipa que permitiam não só a entrada da friagem como a penetração e abrigo de insetos nocivos à saúde. O mobiliário era restrito: além do fogão de lenha, mesa e bancos toscos, era em redes ou camas de varas que os sertanejos buscavam descanso para o corpo ao final da lida diária. A alimentação deficiente, rica em gorduras e carboidratos; a escassez ou a falta de qualidade da água; os despejos e dejeções em lugares inapropriados; o abuso do álcool e do fumo eram, também, fatores considerados pelos médicos como predisponentes às doenças que campeavam no interior do estado.

A preocupação com a moradia, com a qualidade da água, com o destino dado ao lixo e às dejeções está respaldada no conhecimento médico a respeito da etiologia e formas de transmissão de doenças como a disenteria, a febre tifóide, a peste bubônica, a doença de Chagas, as verminoses, etc.. Nesse período, o conhecimento a respeito dos agentes

etiológicos, dos hospedeiros e dos vetores dessas doenças já estava sedimentado e dialogava com os determinantes sociais da saúde e da doença. Para os higienistas, outras variáveis podiam interferir no processo de adoecimento: o trabalho excessivo, a qualidade da alimentação, o fumo e o abuso de bebidas alcoólicas interferiam negativamente na resistência do organismo humano às infecções.

Alguns médicos responsabilizavam o próprio sertanejo por sua precária condição de vida e saúde, como também pelo atraso em que se encontravam a Bahia e o Brasil.⁸ Januário Costa, médico comissionado pelo estado, em 1912, para tratar dos acometidos pela disenteria e “febres de mau caráter” em Santo Amaro, reputava a responsabilidade pelo surto da doença ao descaso do próprio trabalhador rural, por jogar as águas servidas e o lixo na rua, pelas criações soltas e os chiqueiros próximos a casa, etc.. Costa alçava “o roceiro” à condição de seu próprio algoz, tendo em vista que, fosse por “temperamento ou educação”, este último “menosprezava” as mais básicas regras de higiene.⁹

No período estudado, nem mesmo os habitantes da capital do estado contavam com serviço amplo e eficiente de água encanada, esgoto ou com instalações sanitárias adequadas. O acúmulo de lixo nas ruas e terrenos baldios, as dejeções, as fossas e esgotos a céu aberto, bem como um sistema doméstico de reservatório de água, era um problema comum às cidades baianas, especialmente, nas áreas mais pobres, nem sempre contempladas com os serviços básicos de saneamento. As cisternas, os tonéis, os porrões e as talhas que armazenavam água nas casas do interior baiano, por vezes, careciam da proteção necessária, o que favorecia a proliferação dos mosquitos transmissores da malária e da febre amarela, doenças quase endêmicas na Bahia.¹⁰

Além das doenças supracitadas, os sanitaristas que percorreram o estado, nesse período, diagnosticaram casos de disenteria, doença de Chagas, tifo, sífilis e ancilostomíase. A tuberculose e a pneumonia também ceifavam muitas vidas nos sertões da Bahia. Oswino Álvares Penna responsabilizava as instâncias públicas pelo quadro de doença e miséria humana com o qual se deparou, durante a expedição científica que atravessou o interior dos estados do Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia.¹¹ O cientista indignava-se com o destino das verbas públicas dissipadas na construção de “palacetes e praças pretensiosas”, sem que se despendesse nenhum recurso nem se empreendesse medidas de profilaxia ou de higiene pública nos estados por onde passou.

Penna tinha razões para indignar-se. O sistema federativo implantado com a República previa a descentralização das ações de saúde. A Constituição de 1891 estabelecia que cada unidade federada deveria “prover, a expensas próprias, as necessidades de seu Governo e

administração”.¹² Era, portanto, da responsabilidade de cada estado a execução de medidas “agressivas” ou “defensivas” para “[...] impedir a introdução de moléstias transmissíveis, bem como obstar a disseminação das já existentes ou extingui-las”.¹³

O sanitarista Eduardo Mendes Vellozo, entretanto, ponderava que a extensão da área a ser saneada e a falta de recursos dos municípios, que mal davam conta das suas despesas, eram fatores que contribuíam para dificultar a ação do governo na erradicação das doenças endêmicas e epidêmicas.¹⁴ A legislação estadual previa que os municípios se responsabilizassem pelo abastecimento de água, pela canalização dos esgotos e das águas pluviais, pela drenagem do solo, pelo asseio e pavimentação das ruas, pelo recolhimento do lixo, pela fiscalização dos gêneros alimentícios expostos ao consumo público, etc..

Era preciso higienizar casas e ruas, evitando o lixo que alimentava os ratos, que abrigavam as pulgas, que transmitiam, entre outras doenças, a peste. Para evitar a proliferação de doenças disentéricas era necessário dotar as cidades de um sistema eficiente de esgotamento sanitário e de água tratada e encanada para todas as casas. Por sua vez, a profilaxia malária e da febre amarela previa, dentre outras medidas, obras de impermeabilização, drenagens e limpeza das margens de rios, riachos e valados.

Conforme determinava a legislação em vigor, os municípios deviam, também, contar com um delegado de higiene para organizar o serviço de saúde, realizar a estatística demográfico-sanitária, prestar assistência médica aos indigentes e proceder à vacinação e revacinação antivariólica nos municípios sob sua responsabilidade. Era da competência dessa autoridade o estabelecimento de medidas profiláticas que evitassem o aparecimento de doenças transmissíveis, como também a execução de medidas agressivas que extinguissem os focos epidêmicos.

Nesse período, a malária figurava entre as doenças que mais contribuíam para aumentar a morbi-mortalidade no estado. Um jornal de oposição ao governo imputava à inércia dos poderes públicos a “inutilização” e o “extermínio” do homem do campo em consequência da ação danosa da doença.¹⁵ Os municípios situados ao longo do Rio São Francisco sofriam sobremaneira com a ação contínua da doença. Em Juazeiro as vazantes que seguiam às cheias periódicas do rio transformavam as águas estagnadas das suas margens em verdadeiros criadouros de mosquitos. Em 1919, depois de uma terrível enchente que colocou o município numa situação de calamidade pública, foi necessário promover a calafetagem de todos os poços e locais com água estagnada, para evitar que o mosquito se reproduzisse e infestasse a região com uma epidemia malária sem precedentes. A ação preventiva mostrou-se eficiente, havendo naquele período um número reduzido de casos.¹⁶

Os habitantes de Alagoinhas também conviviam com a malária nas suas mais diversas formas clínicas. Além de a cidade estar localizada em uma região de vale, cercada de pântanos por todos os lados, o município não dispunha de serviço de água encanada; o abastecimento era garantido por um sistema de cisternas e tonéis de água, que, sem a proteção necessária, favorecia a proliferação dos mosquitos transmissores da malária e da febre amarela.¹⁷ Para agravar a situação, o número de pessoas que não possuía os meios necessários à sobrevivência era elevado, não havendo um serviço de assistência à saúde que atendesse às demandas das camadas mais desfavorecidas da população.

Nas quadras epidêmicas, era comum que os opositores do grupo que detinha o poder no estado se aproveitassem da crise para denunciar, através da imprensa, as precárias condições de vida da população e o grave quadro sanitário da Bahia.¹⁸ Se de um lado, com suas críticas, denúncias e acusações, a oposição pretendia desacreditar e desestabilizar os governantes, de outro, tal posicionamento denotava a crescente percepção, entre as elites, da importância da promoção da saúde, como condição para superar o atraso e a barbárie a que estava submetida a Bahia.

Quando a epidemia de gripe espanhola irrompeu em Canavieiras, uma nota veiculada no jornal local, *O Progressista*, denunciava o grave estado sanitário do município. Para o autor da matéria, aquela epidemia concorria para agravar o quadro nosológico de Canavieiras, que já convivia com a malária, a catapora e a tuberculose. Para o articulista, as verbas destinadas ao saneamento público figuravam no orçamento do município apenas para justificar o desvio criminoso do dinheiro público pelos “magnatas da terra”, que conheciam da arte de administrar apenas “[...] as execuções e recebimentos dos ordenados, comendo à tripa forra sem um único melhoramento causar aos seus munícipes”.¹⁹ Por sua vez, o delegado de higiene, por ser contrário ao grupo que exercia o poder no município, tinha a sua ação limitada, o que resultava em completo abandono da população. De acordo com o autor da nota, mesmo sem ter quem velasse por sua saúde – direito do cidadão e dever do executivo – a população seguia quase com indiferença, acostumada que estava à miséria e aos desmandos.²⁰

Em tempos de epidemias, o governo estadual oferecia auxílio aos municípios, mas nem sempre seus representantes o solicitavam ou mantinham boas relações com o partido governista. As medidas tomadas iam desde a instalação de enfermarias provisórias para isolar os doentes, a distribuição de remédios aos indigentes, até a nomeação de um médico ou comissões de médicos para investigar a doença e dirigir ações de saúde capazes de obstar a disseminação do mal. Logo que a epidemia se extinguiu, os médicos e auxiliares eram destituídos dos cargos, as comissões desfeitas e as enfermarias desativadas.

Foi assim em Juazeiro, durante uma devastadora epidemia de peste bubônica que irrompeu no município entre 1916 e 1917. O governo estadual mandou instalar na cidade um hospital provisório para isolar e tratar os enfermos e nomeou uma comissão para “verificar a natureza do mal, fazendo o diagnóstico bacteriológico e para tomar as primeiras providências médicas e higiênicas apropriadas ao caso”.²¹ Assim que a epidemia se extinguiu, a comissão foi destituída. Os médicos designados para assistir os indigentes nos períodos de epidemias recebiam uma remuneração extra por seu trabalho, o que se configurava como despesa extraordinária para os debilitados cofres do estado.

O governador Moniz de Aragão, no entanto, fez questão de ressaltar, em mensagem dirigida à Assembléia Legislativa, a colaboração do Intendente de Juazeiro, Cel. Aprígio Duarte Filho, no controle da epidemia. Segundo o governador, apesar das medidas tomadas pela Saúde Pública, o município concorreu, durante algum tempo, com parte das despesas necessárias à profilaxia e extinção da doença.²² Conforme previa a Lei, o combate às epidemias era um dever do governo estadual, mas, segundo a legislação vigente, o município poderia colaborar com o estado nos casos de epidemia.

A situação era semelhante quando se tratava da profilaxia da varíola. O estado contava com o Instituto Bacteriológico, Anti-rábico e Vacinogênico, inaugurado no governo de J. J. Seabra (1912-1916), para a produção e distribuição da vacina antivariólica. No interior, o serviço de vacinação antivariólica era organizado pelos Intendentes, auxiliados pelos Delegados de Higiene. Todavia, nem todos os municípios contavam com a presença de médicos. Nesses casos, o Delegado de Higiene de um município poderia atender aos mais próximos. Caso isso não fosse possível, a Lei previa a designação de pessoas proeminentes na comunidade para exercer a função de vacinador, com remuneração correspondente ao serviço.²³

No período estudado, a febre amarela encabeçava a lista das doenças transmissíveis que mais preocupavam os governos federal e estadual. Desde a epidemia de 1849, havia se tornado praticamente endêmica entre os baianos. Os estrangeiros que chegavam à Baía de Todos os Santos eram os mais afetados, e esse fato refletia-se, negativamente, no comércio que a Bahia mantinha com outros estados da federação e com o exterior.²⁴ Por isso, foi instituído o Serviço Especial de Saneamento, voltado para prevenção da doença, que funcionou exclusivamente a expensas do estado até 1919. A profilaxia da febre amarela consistia basicamente em duas ações: extinguir o mosquito transmissor e suas larvas, e proceder à vigilância médica dos passageiros provenientes de portos suspeitos.²⁵

A Lei n. 921, entretanto, previa que o serviço poderia ser dissolvido pelo governo, com anuência do Diretor Geral de Saúde Pública, assim que o surto da doença se extinguisse. Entre os anos de 1916 e 1917, um significativo declínio da febre amarela na Bahia motivou a redução do número de profissionais dedicados a este serviço. Tal medida de economia mostrou-se, entretanto, contraproducente, uma vez que irrompeu novo surto da doença em março de 1918, sendo registrados 49 casos em Salvador, dos quais 18 foram fatais. No início do ano de 1919, a epidemia recrudesciu – foram registradas 129 notificações, das quais 48 resultaram em óbito.²⁶

A ameaça de a doença se espalhar por todo o território nacional, fez com que o governo federal centralizasse os serviços de profilaxia da febre amarela em todos os estados do Norte. Após acordo com os respectivos governadores, a União passou a custear quase que inteiramente esse serviço, enviando à região comissões chefiadas por médicos vinculados à Diretoria Geral da Saúde Pública da Capital Federal. Para quebrar resistências locais à intervenção da União em território baiano, o serviço foi partilhado: a parte técnica e científica ficaria a cargo de um médico subordinado à Diretoria Geral da Saúde Pública da Bahia (DGSPB), naquele momento, sob a chefia de Francisco Soares Senna; já a administração estaria sob a responsabilidade de um servidor federal, na época, o médico Curiacio de Azevedo.²⁷

Em 1919, por indicação de Carlos Chagas, então Diretor Geral da Saúde Pública no Distrito Federal, o médico e cientista baiano Clementino Fraga Clementino Fraga assumiu a chefia da Comissão Sanitária Federal na Bahia. Após a nomeação, Fraga entrou em entendimento com o governo do estado e o serviço de profilaxia da febre amarela foi desligado completamente da DGSPB, passando, a partir de 24 de novembro de 1919, à superintendência e responsabilidade da repartição sanitária federal.²⁸

Data também desse período as primeiras providências para a instalação do Serviço de Profilaxia Rural no estado.²⁹ Em 1918, o médico Gonçalo Moniz, então Secretário do Interior, Justiça e Instrução Pública, à qual pertencia a Diretoria Geral da Saúde Pública da Bahia, entrou em contato com Dr. Hackett, diretor da Fundação Rockefeller no Brasil, para implantar o serviço na Bahia. A ação da fundação não foi imediata, devido às dificuldades enfrentadas pelo estado com a eclosão de duas epidemias seguidas – a de gripe espanhola (1918-1919) e de varíola (1919).³⁰

Superadas as dificuldades, a parceria foi realizada e a presença da Rockefeller na Bahia decerto vai contribuir para a interiorização dos serviços de saneamento no estado. Todavia, foi a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1919, que respaldou

juridicamente a crescente intervenção da União nas questões sanitárias dos estados. O processo de centralização das políticas de saúde favoreceu a interiorização das ações de combate às endemias que flagelavam o homem do campo e era uma resposta à mobilização das elites nacionais em torno do saneamento rural.

Considerações finais

Os transtornos causados pelas epidemias, mais visíveis e mais intensos que os das doenças endêmicas, exigiam pronta mobilização das autoridades regionais e locais. Nesse período, o avanço das epidemias sobre os sertões contribuiu para revelar a situação de abandono, miséria e doença em que vivia grande parte da população baiana.

Além de colocar em cheque a eficiência dos administradores públicos, as doenças epidêmicas atingiam tanto ricos quanto pobres e afetavam negativamente a economia. A doença roubava braços ao trabalho e impedia a modernização e o progresso do estado. Cresceu, então, entre as elites, a percepção do consumo em comum dos problemas de saúde e do ônus desigual que eles acarretavam.

Os custos para promover a saúde pública eram altos e o combate às epidemias sugava todos os recursos do estado. Respaldo pela legislação vigente e sem condições financeiras para ultrapassar os limites da capital, o governo do estadual concentrava os esforços para prover Salvador, centro político-administrativo, pólo econômico e porto agroexportador, de uma estrutura mínima para o estudo, profilaxia e tratamento das doenças transmissíveis. Mesmo assim, tais ações ainda eram incipientes: governo estadual enfrentava dificuldades para equipar o Instituto Bacteriológico, Anti-rábico e Vacinogênico e concluir a construção das novas instalações do Hospital de Isolamento.

As elites começaram então a questionar se não seria mais eficaz uma ação centralizada para resolver os graves problemas sanitários do país. Contudo, a transformação das endemias rurais em prioridade nacional foi um processo lento, que envolveu contínua negociação com as oligarquias regionais, por colocar em cheque os princípios do federalismo e da autonomia dos estados garantidos pela Constituição de 1891.

Sugerimos que as doenças epidêmicas que assolaram a Bahia naquele decênio deram visibilidade às precárias condições de vida e saúde em que viviam os sertanejos, abalando a indiferença das elites e dos governos em relação à situação. A partir da intensa publicidade sobre o assunto por parte dos médicos sanitaristas, intelectuais, políticos e meios de comunicação da época, as endemias rurais passaram a ser consideradas “um problema político que afetava o conjunto da sociedade brasileira”.³¹ Atendendo às aspirações das elites, o processo de centralização das ações de saúde e de progressiva intervenção do Estado no

interior do Brasil começou a se concretizar com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1919, culminando, mais tarde, na fundação do Ministério da saúde em 1953.

Referências

¹ PEREIRA, M. 1922 ‘O Brasil é ainda um imenso hospital — discurso pronunciado pelo prof. Miguel Pereira por ocasião do regresso do prof. Aloysio de Castro, da República Argentina, em outubro de 1916’. *Revista de Medicina* — órgão do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz/Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, vol. VII, n° 21, p. 3-7.

² cf. HOCHMAN, G.. ‘Logo ali, no final da avenida: *Os sertões* redefinidos pelo movimento sanitaria da Primeira República’. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. V (suplemento), 217-235, julho 1998.

³ As missões realizadas pelos cientistas do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), na década de 1910, estiveram associadas à construção de ferrovias, às avaliações da viabilidade de utilização de potencial econômico de rios, como o São Francisco, e aos trabalhos da Inspetoria de Obras Contra as Secas. Os relatórios de Adolpho Lutz e Astrogildo Machado (1915) e Belisário Penna e Arthur Neiva (1916) estão disponíveis em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0074-0276&lng=en&nrm=iso>.

⁴ NEIVA, Arthur; PENNA, Belisario. “Viajem científica pelo Norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiás”. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, 1916, p. 74-224. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0074-02761916000300001&lng=en&nrm=iso>. Access on 29 May 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0074-02761916000300001>.

⁵ cf. LIMA, Nízia Trindade. *Um sertão chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Revan: IUPERJ, UCAM, 1999, p. 57-86.

⁶ PEIXOTO, Afrânio. ‘Discurso pronunciado no banquete oferecido ao prof. Miguel Pereira, em 19 de maio de 1918’. Em P. Leão et alii (org.), *Afrânio versus Afrânio*. Niterói: Tipografia Jerônimo Silva, 1922, p. 29-37.

⁷ BRASIL. *Recenseamento do Brazil*. Realizado em 1 de Setembro de 1920. (4º censo geral da população e 1º da agricultura e das indústrias). Rio de Janeiro: Typ. da Estatística, v. IV, 1ª Parte, 1926.

⁸ Parte das elites nacionais defendia a idéia de que o sertão era povoado por uma gente mestiça, rude, indolente, bárbara, analfabeta, de hábitos arcaicos, cuja falta de saúde e condição de miséria e de atraso eram provocados pelo próprio comodismo, conservadorismo, ignorância e primitivismo. cf. CASTRO SANTOS, Luiz A. de. O pensamento sanitaria na Primeira República: uma ideologia da construção da nacionalidade. *Dados: Revista Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 28, p.193-210, 1985.

⁹ COSTA, Januário. *Relatório da Comissão para tratar dos indigentes atacados de disenterias e febres de mal caráter no município de Santo Amaro*. Arquivo Público do Estado da Bahia. Seção Republicana. Secretaria do Interior e da Justiça. Diretoria Geral da Saúde Pública. caixa: 3694, maço: 1023, 1912.

¹⁰ SERAFIM JUNIOR, José. *Comissão sanitaria federal de prophylaxia contra a febre amarella na cidade de Alagoinhas*. Relatório apresentado ao Exmo. Snr. Doutor Clementino Fraga, chefe da Comissão Sanitaria Federal no Estado da Bahia, pelo Dr. José Serafim Junior em 24 de dezembro de 1919. Arquivo Público do Estado da Bahia. Seção Republicana. Secretaria do Interior e da Justiça. Diretoria Geral da Saúde Pública. caixa: 3693, maço: 1023, 1919a, p. 2-6.

¹¹ Oswino Álvares Penna integrou a equipe de cientistas que realizou as viagens promovidas pelo Instituto Oswaldo Cruz em 1912. Chefiados por Adolfo Lutz e Astrogildo Machado os cientistas exploraram a região do São Francisco, de Pirapora (MG) a Juazeiro (BA). cf. PENNA, Oswino Álvares. Notas sobre a comissão do Professor Lutz no Norte do Brazil. *Trabalhos do Instituto Oswaldo Cruz. Brazil-Medico*, Anno XXXII, n. 17, p.129-132, 27.04.1918.

¹² BRASIL. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 24 de Fevereiro de 1891*. Art. 5º das Disposições Preliminares da Constituição de 1891. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm Access em 29 de maio de 2012.

¹³ BAHIA. Lei n. 1.231 de 31 de agosto de 1917. Reorganiza o serviço sanitário do Estado. In: *BAHIA. Leis do Estado da Bahia do anno de 1917*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1918.

¹⁴ VELLOZO, Eduardo Mendes. *Relatório da Comissão Federal do Estado da Bahia relativo à saúde pública no município de Itaberaba*. Arquivo Público do Estado da Bahia. Seção Republicana. Secretaria do Interior e da Justiça. Diretoria Geral da Saúde Pública. caixa: 3694, maço: 1023, 1912.

¹⁵ PLANTAE quina! *A Tarde*, 08.05.1918, p. 01.

¹⁶ SERAFIM JUNIOR, José. *Relatório apresentado pelo Dr. José Serafim Junior, delegado de hygiene e chefe da Comissão Sanitária na cidade de Joazeiro ao Exmo. Snr. Doutor Director Geral de Saude Publica*. Trabalhos de profilaxia contra a peste bubônica. Arquivo Público do Estado da Bahia. Seção Republicana. Secretaria do Interior e da Justiça. Diretoria Geral da Saúde Pública. caixa: 3684, maço: 1020, 1919b.

¹⁷ SERAFIM JUNIOR, 1919a, p. 2-7.

¹⁸ cf. SOUZA, Christiane M. C. de. *A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: Edufba, 2009.

¹⁹ COMMENTARIOS. *O Progressista*, 12.10.1918, p. 1.

²⁰ A GRIPPE. *O Progressista*, 26.10.1918, p. 1.

²¹ Eduardo Lins, médico do Hospital de Isolamento de Mont Serrat, assumiu inicialmente a direção da comissão, sendo substituído por Antonio Contreiras, médico do Desinfectório Central. Assim que a epidemia arrefeceu, a comissão foi reduzida, ficando apenas um dos médicos, o Dr. Antonio Serafim Junior, e três auxiliares. cf. MONIZ DE ARAGÃO, Antônio F.. Mensagem apresentada à Assembléia Geral Legislativa do Estado da Bahia na abertura da 2ª sessão ordinária da 14ª legislatura pelo Dr. Antônio Ferrão Moniz de Aragão. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1918.

²² MONIZ de ARAGÃO, Antônio F. *Exposição apresentada pelo Dr. Antônio Ferrão Moniz de Aragão ao passar o governo da Bahia ao seu sucessor, o Exmo. Sr. Dr. J. J. Seabra empossado nesse dia no cargo de governador do Estado no quadriênio de 1920 a 1924*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1920, p. 81.

²³ BAHIA. Lei n. 921, de 29 de novembro de 1912. Manda adoptar como lei sanitária do Estado a organização do Serviço Geral da Saúde Publica, editada pelo Decreto n. 105 de 15 de Julho do corrente anno. In: BAHIA. Leis e Decretos do anno de 1912. Leis do poder Legislativo e decretos do poder Executivo do estado da Bahia do anno de 1912. Bahia: Typografia Bahiana, 1913.

²⁴ SODRÉ, A. A. de Azevedo. A propósito da febre amarela. (Discurso pronunciado no Congresso Nacional, de 9 de junho de 1919). *Brazil-Médico*, Anno XXXIII, n. 24, p.185-189, 14.06.1919.

²⁵ MONIZ, Gonçalo. *Relatório*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1921.

²⁶ MONIZ DE ARAGÃO, 1920, p. 81-87.

²⁷ MONIZ, *op. cit.*, p. 416; MONIZ DE ARAGÃO, *op. cit.*, p. 88-89.

²⁸ MONIZ DE ARAGÃO, *op. cit.*, p. 90.

²⁹ cf. PONTES, Adriano Arruda. *Caçando Mosquitos na Bahia: a Rockefeller e o combate à febre amarela*. Inserção, ação e reação popular (1918-1940). Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Bahia, 2007.

³⁰ SOUZA, *op. cit.*.

³¹ cf. HOCHMAN, G.. *A era do saneamento: as bases da política da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec: ANPOCS, 1998, p. 217.

ⁱ Christiane Maria Cruz de Souza é professora e pesquisadora do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia – IFBA, onde integra o Núcleo de Tecnologia em Saúde. Doutora em História das Ciências pela Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, é autora do livro *A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*, co-editado, em 2009, pela Fiocruz e Edufba, e organizadora, junto com Renilda Barreto, do livro *História da Saúde na Bahia: Instituições e patrimônio arquitetônico (1808-1958)*, lançado, em 2011, pelas editoras Manole e Fiocruz. E-mail: christianemaria@ifba.edu.br.