

**Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ**  
**Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde**

**MARIZA PINHEIRO BEZERRA**

**NOS SERTÕES DO NORTE: SAÚDE PÚBLICA E SANEAMENTO NO MARANHÃO**  
**(1889-1930)**

**Rio de Janeiro**

**2019**

**MARIZA PINHEIRO BEZERRA**

**NOS SERTÕES DO NORTE: SAÚDE PÚBLICA E SANEAMENTO NO MARANHÃO  
(1889-1930)**

Tese de doutorado apresentada no curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Dr. Jaime Larry Benchimol  
Coorientadora: Dra. Juliana Manzoni Cavalcanti

**Rio de Janeiro  
2019**

**MARIZA PINHEIRO BEZERRA**

Tese de doutorado apresentada no curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

**NOS SERTÕES DO NORTE: SAÚDE PÚBLICA E SANEAMENTO NO MARANHÃO  
(1889-1930)**

Aprovado em 29 de janeiro de 2019.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dr. Jaime Larry Benchimol (PPGHCS – Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz) – Orientador

---

Dra. Juliana Manzoni Cavalcanti (PPGHCS – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz) Coorientadora

---

Dra. Marta de Almeida (Museu de Astronomia e Ciências Afins - MAST / PPGH – UNIRIO)

---

Dr. José Henrique de Paula Borralho (PPGHEN – Universidade Estadual do Maranhão)

---

Dr. Gilberto Hochman (PPGHCS – Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz)

---

Dra. Dilene Raimundo do Nascimento (PPGHCS – Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz)

**Suplentes**

---

Dra. Tamara Rangel Vieira (PPGHCS – Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz)

---

Dr. Renato Lemos (Instituto de Filosofia e Ciências Sociais – UFRJ)

Rio de Janeiro  
2019

## Ficha Catalográfica

---

B574n Bezerra, Mariza Pinheiro.

Nos sertões do Norte : saúde pública e saneamento no Maranhão (1889-1930)  
/ Mariza Pinheiro Bezerra. – Rio de Janeiro : s.n., 2019.  
448 f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo  
Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2019.  
Bibliografia: 415-443f.

1. Serviços de Saúde Rural. 2. Política de Saneamento. 3. História do Século XIX.  
4. História do Século XX. 5. Brasil.

CDD 614.0981

---

Catálogo na fonte - Marise Terra Lachini – CRB6-351

Para Rivaldo Bezerra, pai querido, que lutou muito para ver a filha doutora.

## AGRADECIMENTOS

Pessoas, circunstâncias e instituições foram fundamentais para que este estudo se concretizasse. Por mais solitário que tenha sido o meu processo de escrita eu, realmente, não cheguei aqui sozinha. O caminho foi deveras tortuoso e a verdade é que as circunstâncias não foram muito favoráveis, mas alguns personagens que encontrei na jornada ajudaram-me a encarar os ventos da mudança. E foi assim que consegui transformar uma ideia simples em contribuição historiográfica para o estado que vivi a vida toda, e pude fazer da aventura de morar em um lugar tão insólito como o Rio de Janeiro uma experiência enriquecedora. Foram tantas barreiras superadas, montanhas conquistadas, que hoje eu só tenho a agradecer. Fizeram parte de minha rotina leituras densas, bibliografias desafiadoras, uma avalanche de informações no início, incontáveis idas e vindas aos arquivos, horas dedicadas a análises de fontes, riscos iminentes, convivências dramáticas... A ideia original mudou substancialmente, e a autora talvez tenha mudado mais ainda, apesar das raízes que formam sua identidade. O legado desse processo foi um amadurecimento pessoal em muitos sentidos. Agradeço a Deus ou ao Universo pelas novas experiências vividas, buscando lançar para o Transcendental toda contingência, tudo aquilo que é impossível compreender.

Agradeço imensamente ao meu orientador, Jaime Benchimol, por acolher este estudo sem sequer me conhecer. Sou grata pelas sugestões que permitiram mudanças importantes para a pesquisa e para minha conduta como pesquisadora. Nesses mais de quatro anos de convivência aprendi muito e, certamente, sua postura profissional, intelectual e pessoal tornou-se uma referência importante para minha vida em várias dimensões. Agradeço, também, à minha coorientadora, Juliana Cavalcanti, pela disponibilidade, calma habitual e pelas leituras sugeridas que somaram à pesquisa.

Agradeço à Fiocruz, à Casa de Oswaldo Cruz e ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde pela oportunidade de acessar um ensino de qualidade, e compartilhar conhecimentos com professores pesquisadores que são referências na área. Estudar em uma Instituição tão importante para a saúde e a pesquisa biomédica no Brasil, que faz parte da história do país, é um privilégio que espero ter retribuído. Agradeço, igualmente, à Capes, que viabilizou bolsa de doutorado sem a qual seria impossível permanecer no Rio de Janeiro. Quero registrar nesta seção meus agradecimentos aos professores Gilberto Hochman (COC-FIOCRUZ) e Marta de Almeida (MAST/UNIRIO) que formaram a minha banca de qualificação de doutorado. Suas sugestões foram muito pertinentes e me ajudaram a lançar outros olhares para a minha pesquisa, levando-me a entender a amplitude e a importância do tema, além das inúmeras possibilidades de investigação.

De forma especial agradeço ao meu pai, Rivaldo Bezerra, pelo apoio incondicional, pelos combates diários para viabilizar a minha educação, por ouvir paciente e infinitas vezes sobre saúde pública, médicos, peste bubônica, norte, sertão... Agradeço por tudo, de todo o coração e com todo carinho que eu puder demonstrar! Este trabalho é dedicado a ele.

Agradeço à minha mãe, Dina Bezerra, pelas orações e pelas palavras de incentivo que tanto me ajudaram. Também agradeço ao meu irmão, Márcio Bezerra, pelo apoio e pelo zelo com nossos pais enquanto estive fora. Atualmente a família ganhou um novo membro, Myllane Bezerra, minha sobrinha, e à ela agradeço pelos momentos lúdicos e pela poesia que é

acompanhar o crescimento de uma criança. Certamente ela virou minha fuga quando a solidão da escrita virava meu maior pesadelo. Agradeço aqui o apoio de uma amiga que considero da minha família, Isabel Medeiros. Obrigada pela grandeza de alma, pelas palavras de incentivo e por ser tão minha amiga, ao longo desses 13 anos. Nosso grupo / irmandade, 'Forasteiros da História', formado com Marcelo Fortaleza e Uslan Junior, segue firme pelos próximos anos. Muito obrigada pela amizade e torcida de vocês!

Sou profundamente grata por ter conhecido Helena Magaldi, que foi meu porto seguro nos meses iniciais da saga de morar no Rio de Janeiro. Solidária e amável a 'dona' Helena me recebeu em sua casa durante todo o processo seletivo do doutorado e nos meses iniciais do curso. Apresentou-me sua mãe, dona Nazareth, que também me cobriu de afetos. Além de tudo, minha anfitriã sempre teve uma palavra amiga e esteve comigo nos momentos mais difíceis. Muito obrigada por tudo!

Agradeço aos céus por ter conhecido Renata Soares, amiga e presente que o doutorado me deu. Juntas compartilhamos alegrias e tristezas, e nutrimos esperança de dias melhores. Agradeço pela amizade, pelos aprendizados, pelas risadas, pelas conversas complexas e por me acolher em sua família. Registro aqui, também, meu sincero agradecimento à sua mãe, Fátima Soares, pelos meses que morei em sua casa e pela confiança em mim depositada. Carinho imenso por vocês!

No Rio de Janeiro fui agraciada com uma amiga maravilhosa que me ajudou a compreender melhor o real sentido de empatia e reciprocidade nas relações humanas. Agradeço imensamente à Luanda dos Reis, pessoa incrível, que esteve comigo quando tudo era caos. Obrigada pela ótima convivência, regada a muito papo existencial, sátiras da vida e sororidade, e pela compreensão de meus momentos de isolamento para escrever.

Sou grata por ter conhecido Ana Luiza Bastos na minha jornada, pessoa querida que me auxiliou a entender as circunstâncias mais diversas que envolviam a experiência do doutorado, ajudando-me a realizar aquilo que era possível e viável, e a desapegar do inatingível. Eu não teria conseguido sem seu apoio. Muito obrigada!

O doutorado me presenteou com dois amigos que levarei no coração. André Vasques Vital, muito obrigada pelas discussões, pelas conversas durante o curso, pela amizade que construímos para além da COC, pelas risadas, pelos incentivos constantes, pela referência de pesquisador que você é, pelos desabafos e pelas críticas tão construtivas. Sua ajuda foi fundamental para enfrentar o processo de escrita e tantos outros. Agradeço, também, ao amigo Pedro Henrique Oliveira, pelas conversas lúdicas que tivemos tantas vezes, quando compartilhamos as experiências da vida acadêmica. Agradeço por me ajudar com as burocracias e por ser compreensivo comigo, especialmente na reta final da escrita.

Na minha jornada no Rio de Janeiro encontrei Amando Ramos, pessoa generosa que tive a oportunidade de conviver por um ciclo. Agradeço a companhia para desbravar a cidade, por embarcar nas minhas viagens, o carinho e as conversas tão animadas, além da sensação de identidade, casa e acolhida que cabia em um abraço.

Neste momento de retrospectão percebo que fui muito abençoada em termos de amizade no Rio, apesar de alguns percalços. Ali encontrei Priscilla Gracia e Liciane Pataca, amigas queridas que fizeram da arte da convivência algo leve e descontraído, mesmo quando o cenário local era tão contrastante com nossas realidades.

Sou muito grata aos professores do PPGHCS, em especial à Nara Azevedo, Flávio Edler, Tamara Rangel e Ana Venâncio pelas aulas importantes e instigantes. Aprendi muito ao longo do curso e as sugestões dadas para minha pesquisa ajudaram-me a tomar novos caminhos. Também sou muito grata à professora Lorelai Kury pelas aulas e pela orientação no estágio docência na UERJ. Foi uma ótima experiência. Registro meus agradecimentos aos funcionários da Secretaria do PPGHCS, Sandro e Cláudia, que são profissionais muito atenciosos, competentes e solícitos. O Sandro sempre teve uma palavra de incentivo para os alunos, tornando o seu trabalho humanizado.

Tenho muito orgulho dos professores das graduações que fiz e também atribuo a eles minhas conquistas. Agradeço aos professores do curso de História da UEMA: Henrique Borralho, pelas orientações, pela disponibilidade habitual e competência que tanto inspira; e Marcelo Cheche, pela carta de recomendação e aulas importantes. Registro meu muito obrigada aos demais, Yuri Brito, Adriana Zierer e Elizabeth Abrantes, que sempre motivaram seus alunos a se aperfeiçoarem na área, mesmo nas condições mais adversas. Também sou grata aos professores do curso de Filosofia da UFMA, Ayala Gurgel e Zilmara Carvalho, pelas primeiras lições de mundo acadêmico e competência nessa área tão desafiadora.

Quero agradecer também às funcionárias do Museu Histórico e Artístico do Maranhão que facilitaram a minha estadia lá, seja como estagiária ou pesquisadora. Agradeço, especialmente, à diretora no ano de 2013, Maria Luiza Raposo, que incentivou minha saída para o doutorado. Agradeço, também à Concita, Maria de Jesus e Helena, do setor de Museologia; à Graça, bibliotecária, e Laura e Ana Ely da administração. Agradeço à amiga Gabriela Melo, que ali desenvolvia projetos, pela confiança e incentivos constantes.

Muito obrigada à amiga querida Débora Murta Braga pelo apoio na reta final de Rio de Janeiro. Pessoa mais que generosa que você é! Agradeço também à Mônica Rosa, Rosângela Gomes e Bárbara Martins pela boa convivência e os momentos de alegria compartilhados.

Agradeço às Irmãs Valdeci Nogueira, Carmem Ferreira, Margarida, Estela e Conceição pelas orações e hospitalidade. Conheci as irmãs em Santa Teresa, na Residência Jovem Maria Imaculada, a qual sou muito grata pelo lugar seguro que morei e onde fiz boas amizades. Leticia Paes, Etienne Pereira e Tamy Segati, gratidão pela boa convivência.

Aos amigos de São Luís que sempre torceram por mim, Elizabeth Martins, Igor Bergamo, Alexandre Bruno (pelos livros!), Cristiane Meireles e Tayná Cuba, também deixo meu muito obrigada! Sou grata aos amigos que fiz na COC: Benedito Barbosa, pela amabilidade e por viabilizar fontes documentais; Mariana da Hora e Giselli Machado, pela companhia nas viagens para congressos; e Maria Cecília pelas caronas animadas até Santa Teresa.

A todos muito obrigada! Ciclo encerrado. Novos virão!



*“Porque, para mim, as velhas ruas de São Luís, tão belas, tão harmoniosas, são todas de alvorada, sempre que as vejo ou as recordo. Aprendi a amá-las, desde menino, inundadas de luz matinal, com o sol a se refletir nas suas fachadas de azulejos, e é assim que sempre as recomponho, nas minhas evocações nostálgicas, quando me deixo ir por elas, olhando o mapa de São Luís sob o vidro de minha mesa”.*

Josué Montello

## RESUMO

A tese tem por objetivo analisar as ações voltadas à saúde pública e saneamento no Maranhão, durante a Primeira República (1889-1930), a partir da instituição da microbiologia em contexto local. O trabalho busca compreender em que condições se fez saúde e ciência no Maranhão no período proposto. Parte-se de uma configuração política, cultural e econômica no estado para obter as respostas imaginadas, possíveis e viáveis para a saúde pública no período. Caracteriza-se os personagens e suas práticas, sobretudo os médicos que atuaram no Maranhão, situando-os em um período de instituição das ciências biomédicas e transformações ocorridas nas políticas de saúde pública em âmbito nacional e local. Analisando a participação de agentes locais nessa nova conjuntura e a circulação de conhecimentos e práticas entre médicos locais e ‘de fora’, especial ênfase é dada às investidas de políticos locais para a entrega da direção do Serviço Sanitário do Maranhão a médicos do Rio de Janeiro e São Paulo, pois considerava-os mais preparados para enfrentar as epidemias e endemias que grassavam. Essa postura remonta a chegada da peste bubônica em São Luís (1903), doença que voltou ao estado outras duas vezes, em 1908 e 1921. O período submetido a estudo corresponde à formação, por atores locais, do aparato institucional em saúde pública no Maranhão, inicialmente voltado à produção de estudos e legislação que visavam a resolução das precárias condições sanitárias da capital. Também é o período em que manifestaram-se severas epidemias (varíola e peste bubônica), algo que demandou do poder público a adoção de medidas emergenciais, outras com perspectivas mais duradouras, mas que geralmente não prosperavam devido à falta de apoio político e financeiro. Este cenário se manteve em um longo processo que culminou na mais significativa intervenção federal na área da saúde no estado à época: a instituição do Serviço de Profilaxia Rural, ação acompanhada da instalação de uma filial do Instituto Oswaldo Cruz em São Luís, e a aceitação da intervenção norte-americana, empreendida pela Fundação Rockefeller. A tese traz à tona algumas representações formuladas à época sobre o estado do Maranhão, em particular a ideia de que era um lugar distante dos avanços médicos e sanitários. Contrapondo-se a essas representações, é enfatizada aqui as evidências de que haviam práticas que denotavam sintonia entre parte dos médicos locais e as ideias propaladas nas capitais que estavam na vanguarda da saúde pública à época. Demonstra, também, como ao estado do Maranhão foi associada a imagem de ‘sertão’, a partir de 1918, como parte de um esforço de integração nacional, através da intervenção federal nos estados. Conclui que a microbiologia, referencial dos médicos locais e ‘de fora’ à época, foi fundamental para a instituição de ações (eficientes ou não) no campo da saúde pública no estado, e estas ações estavam intrinsecamente relacionadas à política local, às manobras de oligarcas como Benedito Leite, Luiz Domingues e Urbano Santos. Conclui, também, que apesar das intervenções federais na área da saúde terem ganhado maior visibilidade, os acordos políticos, o contexto local, as doenças que não estavam previstas e os médicos maranhenses tiveram grande importância na viabilização dessas ações.

Palavras-Chave: Maranhão; norte do Brasil; sertão; saúde pública; peste bubônica; medicina; microbiologia; Serviço de Profilaxia Rural.

## ABSTRACT

The thesis aims to analyze the actions directed to public health and sanitation in Maranhão State, during the Brazilian First Republic (1889-1930), from the institutionalization of microbiology in a local context. The work seeks to understand under what conditions health and science were produced in Maranhão during the proposed period. It starts from a political, cultural and economic configuration in the state to obtain the imagined, possible and viable answers for the public health in the period. The characters and their practices are characterized, especially the physicians who worked in Maranhão, placing them in a period of institutionalization of biomedical sciences and transformations occurred in public health policies at national and local level. Analyzing the participation of local agents in this new situation and the circulation of knowledge and practices among local and 'outside' doctors, special emphasis is given to the efforts of local politicians to hand over the direction of the Sanitary Service of Maranhão to doctors in Rio de Janeiro and São Paulo, as they considered them more prepared to face the epidemics and endemic diseases that were raging. This posture dates back to the arrival of the bubonic plague in São Luís (1903), a disease that returned to the state twice in 1908 and 1921. The period under study corresponds to the formation, by local actors, of the institutional apparatus in public health in Maranhão, initially focused on the production of studies and legislation aimed at solving the precarious sanitary conditions of the capital. It is also the period in which they manifested themselves as severe epidemics (smallpox and bubonic plague), something that demanded from the public power the adoption of emergency measures, others with more lasting perspectives, but which generally did not thrive due to the lack of political and financial support. This scenario continued in a long process that culminated in a more significant federal intervention in the health sector in the state at that time: the institution of the Rural Prophylaxis Service, an action followed by the installation of a branch of the Oswaldo Cruz Institute in São Luís, and the acceptance of the North American intervention undertaken by the Rockefeller Foundation. The thesis brings to light some representations formulated at the time on the Maranhão State, in particular the idea that it was a far place from the medical and sanitary advances. Contrasting with these representations, the emphasis here is on the evidence that there were practices that indicated harmony between some of the local physicians and the ideas expressed in the capitals that were at the forefront of public health at the time. It also shows how the Maranhão State was associated with the image of 'sertão', as of 1918, as part of an effort of national integration, through federal intervention in the states. The thesis concludes that microbiology, the referential of local physicians and 'foreigners' at the time, was fundamental for the institution of actions (efficient or not) in the field of public health in the state, and these actions were intrinsically related to local politics, maneuvers of oligarchs like Benedito Leite, Luiz Domingues and Urbano Santos. It also concludes that although federal interventions in the health area have gained greater visibility, political agreements, the local context, diseases that were not foreseen and physicians in Maranhão have had great importance in the viability of these actions.

Keywords: Maranhão; northern Brazil; sertão; public health; bubonic plague; medicine; microbiology; Rural Prophylaxis Service.

## LISTA DE ABREVIATURAS

- DAD-COC-FIOCRUZ: Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz  
– Fundação Oswaldo Cruz
- DGSP: Diretoria Geral de Saúde Pública
- DNSP: Departamento Nacional de Saúde Pública
- EFSLT: Estrada de Ferro São Luís Teresina
- IOC: Instituto Oswaldo Cruz
- IHC: *International Health Commission*
- IVB: Instituto Vital Brasil
- MESP: Ministério da Educação e da Saúde Pública
- MJNI: Ministério da Justiça e Negócios Interiores
- SCLDV: Serviço de Combate à Lepra e Doenças Venéreas
- SCP: Serviço de Combate à Peste
- SEHP: Serviço Extraordinário de Higiene Pública
- SPR: Serviço de Profilaxia Rural
- SPRMA: Serviço de Profilaxia Rural do Maranhão
- SSMA: Serviço Sanitário do Maranhão
- SSSP: Serviço Sanitário de São Paulo

## LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1. Teatro São Luiz.....	19
Fotografia 2. Rampa de Desembarque – São Luiz.....	30
Fotografia 3. Baluarte e margens do rio Anil – São Luís.....	32
Fotografia 4. Igreja do Carmo – São Luís.....	33
Fotografia 5. Um trecho da Praça João Lisboa – São Luís.....	34
Fotografia 6. Rua Cândido Ribeiro.....	36
Fotografia 7. Detalhe da fotografia 6. Habitações populares e pessoas humildes nas ruas.....	37
Fotografia 8. Hospital da Santa Casa da Misericórdia.....	47
Fotografia 9. Hospital Militar.....	49
Fotografia 10. Consultório do dr. Almir Nina – Gabinete de Consultas e Análises.....	66
Fotografia 11. Consultório do dr. Almir Nina – Gabinete de Exames e Instrumentário.....	67
Fotografia 12. Dr. Henrique Lisboa.....	129
Fotografia 13. Dr. Victor Godinho.....	139
Fotografia 14. Administração superior do Hospital de Isolamento em São Luís.....	141
Fotografia 15. Comissão sanitária.....	143
Fotografia 16. Átrio, jardins e varandas internas.....	156
Fotografia 17. Enfermaria de Classe para mulheres.....	160
Fotografia 18. Enfermaria geral de homens.....	161
Fotografia 19. Enfermaria geral das mulheres.....	162
Fotografia 20. Rua 28 de Julho.....	185
Fotografia 21. Estufa de <i>Geneste Herscher</i> . Compartimento infectado.....	244
Fotografia 22. Estufa de <i>Geneste Herscher</i> . Compartimento asséptico.....	245
Fotografia 23. Pulverizador a vapor <i>Geneste Herscher</i> .....	246
Fotografia 24. Turma de desinfetadores no interior de uma casa.....	247
Fotografia 25. Um inspetor Sanitário assiste a desinfecção de uma sala de visitas.....	248
Fotografia 26. Governador Bricio de Araújo e comitiva assistem o funcionamento do aparelho Clayton.....	250
Fotografia 27. Casa embuçada.....	251
Fotografia 28. Profilaxia Rural - Corpo Médico.....	285

Fotografia 29. Hospital de Isolamento do Lira.....	287
Fotografia 30. Baixinha - Estrada do Matadouro.....	290
Fotografia 31. Quinta Bellira.....	290
Fotografia 32. Codozinho.....	292
Fotografia 33. Codozinho. Vista da parte elevada sobre a baixada.....	295
Fotografia 34. Codozinho. Vista de um trecho da passagem da parte acidentada.....	296
Fotografia 35. Costumes.....	297
Fotografia 36. Sitio Diamante. Rua Preciosa.....	299
Fotografia 37. Fachada dos dois prédios que sediavam a filial do Instituto Oswaldo Cruz no Maranhão.....	308
Fotografia 38. Tabela de preços para exames feitos na filial do Instituto Oswaldo Cruz no Maranhão.....	311
Fotografia 39. Cassio Miranda no laboratório de Bacteriologia da filial do IOC.....	312
Fotografia 40. Laboratório de Bacteriologia.....	313
Fotografia 41. Laboratório de preparo de linfa.....	315
Fotografia 42. Baias.....	315
Fotografia 43. Codozinho. Aspecto do arrabalde durante a limpeza.....	335
Fotografia 44. Codozinho. Outro aspecto do arrabalde depois de limpo.....	335
Fotografia 45. São Luiz – Hospital de Moléstias Rurais.....	343
Fotografia 46. S. Luiz – Enfermaria do Hospital de Moléstias Rurais.....	344
Fotografia 47. O dr. Clarindo Santiago ao terminar uma das intervenções de pneumotórax.....	346
Fotografia 48. São Luís – Sala de espera do Hospital do Serviço de Profilaxia Rural.....	348
Fotografia 49. O Serpentário. Extração de veneno.....	356
Fotografia 50. Processo de inoculação de coelho na seção Instituto Pasteur.....	364
Fotografia 51. Benção da pedra fundamental das novas instalações da filial.....	399
Fotografia 52. Planta geral do IOC filial no Maranhão elaborada pelo engenheiro Luiz de Moraes Junior.....	400
Fotografia 53. Planta da Diretoria (Pavilhão de Administração) elaborada pelo engenheiro Luiz de Moraes.....	401
Fotografia 54. Planta da Seção Antirrábica (Instituto Pasteur) elaborada pelo engenheiro Luiz de Moraes.....	402

## LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Carta epidemiológica da peste.....	133
Mapa 2. Planta da Cidade de São Luiz. Capital do Estado do Maranhão.....	279
Mapa 3. Carta da Ilha de São Luiz do Maranhão.....	322
Mapa 4. Estado do Maranhão. Carta organizada na Secretaria de Estado do Interior.....	324
Mapa 5. Estradas de rodagem 1929.....	377
Mapa 6. Planta da cidade de São Luís elaborada pela Comissão Rockefeller.....	385

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Código Sanitário de São Luís.....	181
Tabela 2. Diretores do Serviço Sanitário do Maranhão entre os anos 1904-1918.....	217
Tabela 3. Doenças contagiosas registradas por Urbano da Costa (1913-1917).....	251
Tabela 4. Médicos do Serviço de Profilaxia Rural.....	282



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>CAPÍTULO 1. SÃO LUÍS DO MARANHÃO, LUGAR DISTANTE NO NORTE DO BRASIL: O CENÁRIO DA SAÚDE PÚBLICA APÓS A INSTAURAÇÃO DA REPÚBLICA (1889-1896)</b> .....	13
1.1 A “Athenas Brasileira” também é “Manchester do Norte”.....	15
1.2 A cidade de São Luís e a chegada da República: sanear é preciso.....	27
1.3 Legado do Império: doenças e estrutura de saúde na capital.....	42
1.4 Novas leis sanitárias e a criação da nova Inspetoria de Higiene do Estado (1896).....	52
<b>CAPÍTULO 2. OS ATORES DA SAÚDE PÚBLICA NO MARANHÃO NA VIRADA DO SÉCULO XX</b> .....	58
2.1 Microbiologia e teoria miasmática: breve resumo.....	60
2.2 Dr. Almir Nina e o pioneirismo no estudo sobre o saneamento de São Luís.....	64
2.3 Palmerio Cantanhede e um plano utópico para o saneamento de São Luís.....	72
2.4 Dr. Moraes Rego, diretor da nova Inspetoria de Higiene.....	81
2.5 Dr. Oscar Galvão e a iminência de epidemias.....	87
2.6 Dr. Felicissimo Fernandes, diretor do Serviço Sanitário do Maranhão.....	93
<b>CAPÍTULO 3. PESTE BUBÔNICA EM SÃO LUÍS: AS AÇÕES DO SERVIÇO EXTRAORDINÁRIO DE HIGIENE PÚBLICA (1903-1904)</b> .....	102
3.1 Victor Godinho: trajetória e o encontro com a peste.....	104
3.2 Mal suspeito ou peste bubônica?.....	116
3.3 Gênese de uma rede sanitária a ligar Maranhão e São Paulo.....	122
3.4 A propagação da peste em São Luís.....	132
3.5 “Chegou enfim a saúde”: as ações do Serviço Extraordinário de Higiene Pública.....	135
3.5.1 A possibilidade da peste no interior do estado.....	144
3.5.2 A reestruturação da Secretaria da Higiene.....	146

3.5.3 O Desinfectório.....	148
3.5.4 Da “pocilga imunda” ao novo Hospital de Isolamento.....	152
3.5.5 A vacinação antipestosa.....	162
3.5.6 Policiamento sanitário e o fim da peste.....	164
3.6 Lei sanitária de 1904: concepções e promessas.....	171
3.6.1 Um código para São Luís: promessa de salubridade.....	180
3.7 A breve gestão do dr. Militão Pacheco.....	186
<b>CAPÍTULO 4. DE VOLTA AOS “VELHOS TEMPOS”: TREZE ANOS DE INSTABILIDADE E PROMESSAS NÃO CUMPRIDAS NA HIGIENE PÚBLICA DO MARANHÃO (1905-1917).....</b>	<b>191</b>
4.1 A breve gestão do dr. Ezequiel Dias.....	193
4.2 A passagem de Oswaldo Cruz por São Luís do Maranhão.....	201
4.2.1 “Vida maranhense” através das cartas de Oswaldo Cruz.....	204
4.2.2 Saudações ao “hóspede ilustre”: jogo de interesses em perspectiva.....	207
4.3 Maranhão, lugar de promessas não cumpridas e a epidemia de varíola (1907-1908).....	213
4.4 A volta da peste bubônica (1908-1909).....	226
4.5 Novos governos, novas promessas e perspectivas de mudanças (1910-1917).....	237
<b>CAPÍTULO 5. A INSTITUIÇÃO DO SERVIÇO DE PROFILAXIA RURAL EM SÃO LUÍS (1918-1919).....</b>	<b>255</b>
5.1 A política federal de saúde para o Maranhão, parte dos sertões do norte do Brasil.....	259
5.2 Organização do SPRMA e identificação das endemias do Maranhão rural.....	275
5.3 Os primeiros passos.....	281
5.4 Uma filial do Instituto Oswaldo Cruz no Maranhão.....	303
5.4.1 Seção de bacteriologia.....	309
5.4.2 Instituto Vacinogênico.....	313
<b>CAPÍTULO 6. PELO SANEAMENTO DO MARANHÃO: A EXPANSÃO DO SERVIÇO DE PROFILAXIA RURAL PELOS SERTÕES DO ESTADO (1920-1930).....</b>	<b>317</b>
6.1 Da capital para o sertão.....	318

6.2 Peste bubônica no Maranhão: do sertão para a capital (1921-1922).....	326
6.3 O Hospital Central do Serviço de Profilaxia Rural.....	339
6.4 As novas especialidades da filial do IOC no Maranhão.....	350
6.4.1 O Posto Antiofídico.....	350
6.4.2 A seção “Instituto Pasteur” .....	360
6.5 A segunda expansão pelos sertões do Maranhão.....	367
6.6 Fundação Rockefeller no Maranhão.....	378
6.7 O desfecho da “Era do Saneamento” maranhense.....	389
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>410</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>415</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>444</b>

## INTRODUÇÃO

A tese tem por objetivo analisar as ações voltadas à saúde pública e saneamento no Maranhão, durante a Primeira República (1889-1930), a partir da instituição da microbiologia em contexto local. O trabalho busca compreender em que condições se fez saúde e ciência no Maranhão no período proposto. Parte-se de uma configuração política, cultural e econômica no estado para obter as respostas imaginadas, possíveis e viáveis para a saúde pública no período. Busco caracterizar os personagens e suas práticas, sobretudo os médicos que atuaram no Maranhão, situando-os em um período de instituição das ciências biomédicas e transformações ocorridas nas políticas de saúde pública em âmbito nacional e local. O campo de atuação que os médicos e profissionais ligados à saúde na época vinha sendo remodelado por força da microbiologia, que fecundava estudos, procedimentos e instituições médicas as mais diversas, colocando em evidência novas categorias de pensamento e novas práticas como a especificidade etiológica das doenças, a imunização através de vacinas e a terapêutica através de soros. Expondo a participação de agentes locais nessa nova conjuntura e a circulação de conhecimentos e práticas entre médicos locais e ‘de fora’ destacarei as tentativas que a política local realizou para entregar a direção do Serviço Sanitário do Maranhão a médicos do Rio de Janeiro e São Paulo, pois considerava-os mais preparados para enfrentar as epidemias e endemias que grassavam. Essa postura foi motivada pela eclosão da epidemia de peste bubônica em São Luís, em 1903-1904, doença que se manifestou outras duas vezes no estado, em 1908-1909 e 1921-1922.

Registro uma modificação no objetivo central desta narrativa, em relação à proposta de estudo apresentada no exame de qualificação de doutorado, em 2016. Ali foi defendida a ideia de que as ações de saúde pública no Maranhão eram expressões de ‘civilização’ e modernização dos costumes, postura protagonizada pelas elites locais. No decorrer da pesquisa essa ideia perdeu a centralidade – não significando que não seja importante, muito menos que esteja totalmente ausente na pesquisa. No entanto, percebi que as ações de saúde eram fruto da chegada de ideias da microbiologia em contexto local e das transformações ocorridas nas políticas de saúde local e federal. Além disso, a ideia de ‘civilizar’ não é uma prerrogativa da república, por isso acredito que é mais importante trazer à tona as modulações dos discursos que defendem essa ideia, as identidades de quem as profere, as formas que se convertem em práticas e quem opera as transformações – no geral, médicos e políticos. Minha proposta, portanto, é analisar como os personagens operam as mudanças ocasionadas pela microbiologia,

deixando em segundo plano fórmulas retóricas que são repetidas com a finalidade de manter o *status quo*.

O percurso delineado para esse estudo parte de uma análise que privilegia a capital do Maranhão, em especial o centro mais urbano de São Luís, e as ações voltadas à saúde pública e saneamento ali empreendidas. A ênfase na capital também se dá pela maior disponibilidade de documentação que retrata o lugar de onde partiam as decisões políticas para as demais localidades do estado. Em segundo momento, a partir da inserção do Maranhão no movimento pelo saneamento do Brasil rural, em 1918, serão analisadas as ações voltadas ao ‘Maranhão-continente’ (algumas localidades do interior), tendo em vista as mudanças políticas que o país e o estado sofreram ao longo da primeira república.

A tese traz à tona algumas representações formuladas à época, vigentes no sudeste, sobre o estado do Maranhão, em particular a ideia de que era um lugar distante dos avanços médicos e sanitários, contrapondo a essas ideias evidências de que haviam práticas que denotavam sintonia entre parte dos médicos locais e as ideias propaladas nas capitais que estavam na vanguarda da saúde pública na época. Destaca algumas imagens que os médicos ‘de fora’ formularam sobre os maranhenses habitantes do norte / sertão do Brasil: letrados (caso pertencentes às elites econômicas), mas no geral considerava-os indolentes, ‘isentos de malícia’, degenerados organicamente, etc. Nessa perspectiva, a tese demonstra, também, como ao estado do Maranhão foi associada a imagem de ‘sertão’ do país a partir de 1918, como parte de um esforço de integração nacional, através da intervenção federal nos estados.

O recorte temporal escolhido, 1889-1930, é importante para análise por vários motivos. Trata-se do momento de formação do aparato institucional em saúde pública no estado, inicialmente voltado à produção de estudos que almejavam a resolução das precárias condições sanitárias da capital, produzidos por atores locais. Trata-se, também, de um período de farta instituição de leis, regulamentos e decretos voltados à saúde pública, quase sempre ineficientes, mas que demonstram um esforço para combater as doenças comuns à época. Além disso, corresponde ao período de organização do Serviço Sanitário do Maranhão, repartição que substituiu a Inspetoria de Higiene em 1901, e que estava sob administração do governo estadual, em nova sede e com novos serviços. O período analisado também é relevante porque nele se manifestaram severas epidemias de peste bubônica e varíola no estado, algo que demandou do poder público a adoção de medidas emergenciais e paliativas, outras com perspectivas mais duradouras, mas que geralmente não prosperavam devido à falta de apoio político e financeiro. Este cenário se manteve através de um longo processo que culminou na mais significativa intervenção federal na área da saúde no estado à época: a instituição do Serviço de Profilaxia

Rural, ação acompanhada da instalação de uma filial do Instituto Oswaldo Cruz no estado, e a aceitação de intervenção norte-americana, com a Fundação Rockefeller.

Tenho em perspectiva que saúde pública, saneamento e medicina foram objetos de discursos e ações no Maranhão em épocas anteriores à primeira república. Afinal, condições de insalubridade e a presença de doenças epidêmicas e endêmicas foram comuns desde os tempos coloniais, tornando-se cada vez mais presentes através da ineficiência (ou descaso) das autoridades políticas. No entanto, a instauração do novo regime político e a presença de um quadro de profissionais que atuou na nova Inspetoria de Higiene e Serviço Sanitário, sintonizados às ideias do contexto político, intelectual, médico e científico da época, deu nova potência retórica às velhas e novas questões de saúde pública, aumentando a capacidade de identificar questões sanitárias relevantes. Além disso, passou a equacionar essas questões através de conceitos mais precisos, lançando mão de meios mais concretos e eficientes de divulgação de ideias e práticas, ainda que ações mais notórias e concretas tenham sido viabilizadas emergencialmente com o surto de peste bubônica em 1903-1904.

O novo regime político, aliado à mentalidade de diferenciação cultural e intelectual, e à euforia industrial vivida no estado, formou um cenário complexo de desejos e aspirações de modernidade, progresso, saneamento e civilização para a jovem unidade republicana no norte do Brasil. Esse pensamento levou as elites perseguirem um estágio de maior avanço social, moral e econômico, superando um “velho regime” e saudando um Maranhão que ainda estava “por vir”. O regime republicano foi importante nesse processo, pois colocou em perspectiva, dentre outros interesses, a resolução dos problemas de saúde nos estados, como estratégia de autoridades políticas e sanitárias que almejavam o fortalecimento da Nação (CHALHOU, 1996).<sup>1</sup> Essas ideias ganharam força no Brasil com a repercussão dos grandes projetos de higienização e saneamento, vivenciados nos primeiros anos do século XX com as políticas do presidente Rodrigues Alves (1902-1906) na capital federal. Eram inspiradas em uma racionalidade burguesa no Brasil em formação, que atravessava o econômico, social, cultural, político e estético, e que ao esbarrar em uma sociedade recém-saída do sistema escravista apresentava tensões e resistências. O “ser moderno”, era correspondente ao “ser republicano”, “amante do progresso”, higiênico e ligado aos valores difundidos na Europa e Estados Unidos (LAPA, 1996, p.19).

---

<sup>1</sup> A Nação, entendida como comunidade construída, evoca tradições com o objetivo de fortalecer suas bases consideradas “naturais”. Desse ponto de vista, uma nação corresponde a uma representação social que produz referências identitárias, com vistas à coesão social. Percebe-se, nessa definição, uma “dimensão agregadora” do conceito, em que o nacional deve estar acima do regional para garantir a unidade territorial e ideológica de uma região (OLIVEIRA, 2010, p.46).

Após a proclamação da República no Brasil, vários planos que visavam a consolidação da nação brasileira foram veiculados. Um desses projetos buscava concretizar ações voltadas à higiene e saúde pública nas capitais e, posteriormente, no interior dos estados. Essas ações demandavam maior investigação sobre as patologias brasileiras por parte da intelectualidade médica do período que assumia como urgente um “diagnóstico” sobre o Brasil. Um questionamento comum levantado entre autoridades políticas e médicas no período era: “uma população miscigenada e anêmica [doente] redundaria numa república também anêmica [doente], formada por instituições fracas?” (EDLER, 2010, p.341).

No entanto, ao tomar contato com a documentação produzida no recorte espaço-temporal da pesquisa percebi que existia muita retórica em prol da saúde pública, higiene, saneamento, e ciência à época, que usava categorias discursivas quase de senso comum (um novo senso comum), propagadas por literatura não especializada, e por livros e revistas de divulgação científica. Emergiram, também, alguns estudos com base na ciência sanitária, alguns com soluções inviáveis e quase utópicas para os problemas enfrentados. Essa tendência retórica é uma característica da república dos bacharéis, dos oligarcas, dos coronéis que mascaravam ou paliavam interesses por trás de belas palavras e promessas ao sabor do vento. A ênfase nesses discursos, sustentado, principalmente, pela retórica de intelectuais só não pode desviar meu olhar de aspectos mais importantes, como as medidas concretas implementadas no período. Existiu outro patamar que corresponde ao das competências técnicas, políticas e institucionais que transformaram em realidade o que a retórica prometia. Interesse-me, principalmente, nessas competências, que são as ações voltadas à saúde pública na primeira república maranhense. Medidas consagradas pela historiografia local como bem-sucedidas ou fracassadas, que aqui passam a figurar como importante meio para se compreender os modos de fazer e legitimar a ciência e saúde à época, com a chegada do regime republicano.

Após a adesão do Maranhão à República iniciou-se um período instável na política local, firmando-se um processo de renovação interna da oligarquia e acomodação das antigas lideranças monárquicas no aparelho estatal republicano. A maioria dos antigos oligarcas, na qual tiveram suas fontes de enriquecimento ligadas às grandes propriedades rurais, aderiu à República e, imediatamente, ocupou cargos importantes nas juntas provisórias que cuidaram das decisões políticas do estado. Reis (2007) analisa esse processo e mostra que os cargos de liderança no estado eram preenchidos através de indicações, trocas de favores, redes de lealdade e fraudes, elementos que fortaleciam uma “pseudodemocracia” ou “pseudorrepública”, algo não muito diferente do que ocorria em outros estados no Brasil. Figuras representativas da política local, construíram suas carreiras políticas neste contexto, e passaram a comandar o

estado através de alianças, conchavos políticos e mandos ditatoriais, como os políticos Benedito Leite, Luís Domingues, Urbano Santos e Magalhães de Almeida. Personagens importantes para veiculação de muita retórica em prol da ciência e saúde, mas também ações concretas e consideradas modernas para o estado. Se por um lado a república dos oligarcas foi produtora de discursos que mascaravam a realidade, é justamente ela que promove algumas ações de maior visibilidade e mesmo, de maior impacto para saúde pública à época. Esse cenário complexo e contraditório que busco analisar.

Este trabalho está situado no campo da História das Ciências e da Saúde. Insere-se na linha de pesquisa História da medicina e das doenças porque pressupõe que analisar as ações e estratégias de saúde pública no Maranhão requer um tipo de investigação que considere os saberes, especialmente os científicos, e as práticas, desenvolvidos socialmente perante as doenças epidêmicas (peste bubônica e varíola, por exemplo), e endêmicas (ancilostomose, malária, febre amarela) registradas no período. Como desdobramento dessa compreensão, este estudo também demanda uma análise sobre o processo pelo qual os indivíduos, em especial as autoridades médicas e políticas, estabelecem significados perante a experiência das doenças no estado. Trata-se de uma investigação sobre os impactos das doenças em contexto local, traduzidos através de ações voltadas à saúde pública, em contexto epidêmico e endêmico. No decorrer da pesquisa identifiquei a estreita relação entre as ações voltadas à saúde pública e a política local, em primeiro momento, em seguida, com a política federal. Por isso, este trabalho possui uma interface com a linha de pesquisa História das políticas, instituições e profissões em saúde, que dentre outros objetivos realiza investigações sobre os saberes e as práticas que configuram a saúde como fenômeno político e social em distintos contextos históricos. A partir dessa linha de pesquisa busquei analisar as ideias, ações e práticas institucionais e públicas, que visavam assistir, proteger e socorrer os indivíduos e a sociedade dos efeitos da doença e da pobreza à época.

Demonstrando como os médicos locais e ‘de fora’ atuaram no Maranhão espero conseguir mostrar, através dos estudos de Fleck (1986), que suas concepções estão consoantes a um “estilo de pensamento” ligado a diversos processos historicamente determinados e referenciados pela microbiologia. Os conceitos científicos utilizados por eles e outros personagens de minha narrativa devem ser entendidos como oriundos do desenvolvimento da história do pensamento, uma vez que não existe “geração espontânea dos conceitos”. Os conceitos científicos são sempre determinados por “seus ancestrais”, referenciados por história, psicologia e sociologia do pensamento. Assim, os objetos de investigação não devem ser tomados como simplesmente “dados”, nem como a “única solução lógica possível”. Trata-se



de uma atividade social, calcada num “coletivo de pensamento” que envolve a atividade científica característica de determinado lugar e tempo, com seu próprio “estilo” (FLECK, 1986, p.61-62).

O “estilo de pensamento” define, por exemplo, questões relevantes para a ciência resolver, as formas para sua resolução (métodos, instrumentos, abordagens), os mecanismos de validação do conhecimento criado, o treinamento do olhar do cientista e muitas outras questões. Para além de uma abordagem objetiva da historiografia das ciências, Fleck (1986, p.93) reitera a impossibilidade de separar os sentimentos tradicionalmente pertencentes à esfera da “subjetividade” de qualquer atividade humana. Para o autor a atividade científica, mesmo revestida de uma pretensa “neutralidade científica” abarca elementos como: distinção social do cientista, ou do grupo a que pertence, concorrência entre profissionais da área, vantagens políticas e financeiras, e motivos políticos.

Tenho outro objetivo ao levar em conta o estilo de pensamento que balizou as ações dos médicos que atuaram no Maranhão. Ao analisar as concepções assumidas percebi como eles e suas equipes atuavam “enquadrando” ou “emoldurando” (ROSENBERG, 1992a, p.XVIII) a peste bubônica, por exemplo, naquele contexto. Para desenvolver essa postura mais crítica diante dos escritos dos médicos utilizei como referencial o estudo intitulado *Framing disease: Illness, society and history*, de Charles Rosenberg. O autor argumenta que na cultura Ocidental uma doença não pode ser compreendida como fenômeno social sem que haja concordância sobre sua existência, percepção, nomeação e necessidade de buscar alternativas para o combate. Para o autor não existe “construção social das doenças”, tendo em vista que tal afirmação recai em uma tautologia. Trata-se de um complexo processo de *enquadramento* das doenças que toma por base as ferramentas intelectuais disponíveis para os médicos de uma dada geração. De maneira semelhante, a doença é *enquadrada* por afirmações e posições institucionais negociadas ou disputadas no tempo de vida daquela geração.

Para poder agir contra as doenças, os médicos precisaram conferir significados a elas, ou, para usar o conceito de Rosenberg (1992a, p.XVIII) precisaram “enquadrar” ou “emoldurar” a doença para que ela se tornasse um conjunto de fenômenos reconhecíveis por eles próprios, pelas vítimas da enfermidade e pelos demais atores sociais implicados na crise sanitária. O enquadramento da doença nos reporta obrigatoriamente ao momento histórico em que se dá o amálgama dinâmico de ideias, experiências, comportamentos e práticas compartilhados por médicos, pacientes, legisladores, políticos e outros atores. Nessa perspectiva as doenças que grassavam e ações que motivaram os combates são fenômenos

construídos e não dados, geram atitudes e práticas que não devem ser compreendidos como naturais ou espontâneas, muito menos como desinteressadas e altruísticas.

Muitos eventos relacionados à saúde pública no Maranhão ainda são praticamente desconhecidos pela historiografia maranhense, como a trajetória dos médicos locais que trabalharam na Inspetoria de Higiene e no Serviço Sanitário do estado, no final do século XIX, e o contato que tiveram com a microbiologia. Sobre a presença da peste bubônica no Maranhão deu-se maior ênfase à epidemia de 1903-1904 e ao ‘protagonismo’ de Victor Godinho no combate. As outras duas epidemias de peste que eclodiram na primeira república não haviam sido analisadas até então. Também é desconhecida a articulação do governo do Maranhão com o Instituto de Manguinhos, as ações instituídas pelo Serviço de Profilaxia Rural no estado, sua campanha contra a ancilostomose e febre amarela no estado, e a participação da Fundação Rockefeller neste processo.

No geral, quando a historiografia local tratou de temas que aqui serão analisados destinou um papel acessório, abordando-os como partes de outros temas. Verifiquei isso, sobretudo, em Mario Meireles (1993), autor de *Apontamentos para a história da medicina no Maranhão*; Palhano (1988), que estuda a formação dos serviços públicos na capital maranhense; ou ainda, Lacroix (2015) que realizou uma *História da Medicina em São Luís*. Este último trabalho trata-se de um estudo de relevância, mais completo e atualizado em relação aos escritos, por exemplo, de Olavo Correia Lima, que escreveu *Panteão Médico Maranhense* (1993). Porém, em Lacroix (2015), prevalece um tom elogioso ao trazer à tona a conduta dos médicos, qualificando, muitas vezes como “sacerdócio” suas atividades, desconsiderando que nesta atividade elementos como distinção social do cientista, ou do grupo a que pertence, concorrência entre profissionais da área, vantagens políticas e financeiras formam uma base para suas ações. Por exemplo, no tocante à atuação do médico que dirigiu a filial do IOC no Maranhão, Cassio Miranda, Lacroix (2015, p.201) dá a ele o protagonismo das ações de saúde no período que esteve no estado, como a reforma de “todos os setores da técnica sanitária no período” - são palavras da autora. Trata-se de algo questionável já que o êxito de uma ação como esta envolve diferentes fatores e forças conjugadas, além de outros profissionais envolvidos na questão sanitária.

A partir de 1990 surgiram estudos locais que abordam o urbano e a participação de médicos no combate a doenças epidêmicas, mas ainda são poucos os que tangenciam os temas que analisarei neste estudo de doutorado. Merece realce a dissertação de mestrado de Nunes (2000), por realizar uma análise política e sociológica sobre a atuação dos médicos no Maranhão e a projeção desses à carreira política; e meu estudo de mestrado que analisa os

controles sociais instituídos sobre os corpos mortos, no contexto da epidemia de peste bubônica, entre 1900 e 1905 (BEZERRA, 2012). Por realizar um estudo sobre as representações coletivas da peste bubônica em São Luís, em 1903-1904, o trabalho de Medeiros (2007) também merece destaque. Com esta tese espero contribuir para historiografia da ciência com uma análise que aborde as complexidades e articulações políticas e sociais que envolveram o fazer ciência e saúde no Maranhão, demonstrando como o estado foi inserido em uma agenda sanitária nacional à época.

Para a escrita da tese foram utilizadas fontes históricas diversas, de diferentes tipos e procedências. Os relatórios produzidos pelos médicos locais e de ‘fora’, geralmente encaminhados a autoridades políticas, como os governadores do Maranhão, formam o principal tipo de documentação. Foram encontrados digitalizados no *site* do *Center for Research Libraries - Digital Delivery System*, anexados às *Mensagens* apresentadas pelos Governadores em exercício.<sup>2</sup> Esse tipo de documentação também foi encontrada no Arquivo Público do Estado do Maranhão (APEM), e ali outros documentos referentes ao cotidiano da Inspetoria de Higiene e Serviço Sanitário do Estado (atas, ofícios, legislação, requerimentos, registros de desinfecção, pedidos de socorro vindos do interior, estudos encomendados realizados por médicos em campanhas específicas, etc.). As *Mensagens* produzidas pelos governadores locais também foram de grande importância, pois permitiram visualizar as ações tomadas pela política local para trazer médicos do Rio de Janeiro e São Paulo para o estado, para combater as doenças epidêmicas e endêmicas, além de denotar as obras de saneamento que foram colocadas em prática. Analisei variada produção intelectual dos médicos que atuaram no período, privilegiando seus registros *no* e *sobre* o Maranhão, buscando caracterizar parte de suas trajetórias no campo das ciências biomédicas. Para isso, foram analisados livros, teses, estudos encomendados, livros de memórias, folhetos, mapas, comentários de terceiros, publicações em periódicos e literatura.<sup>3</sup>

Ciente das orientações político-partidárias que assumem utilizei os periódicos, principalmente os locais, para identificar a repercussão das ações oficiais tomadas contra as doenças que grassavam no estado, os impactos dessas ações para a sociedade e o modo como as ideias científicas circulavam no meio letrado. São eles: *Pacotilha*, *A Campanha*, *Diario do Maranhão* e *Diario de S. Luiz*.<sup>4</sup> Outro periódico local utilizado é *A Revista do Norte*; publicação

---

<sup>2</sup> Site: <http://ddsnnext.crl.edu/titles/169>

<sup>3</sup> No decorrer da narrativa qualificarei melhor a documentação utilizada, a relevância dela para o capítulo proposto, algumas lacunas documentais verificadas ao longo da pesquisa e as soluções que encontrei para continuar a análise.

<sup>4</sup> Ao longo do texto explicarei as orientações partidárias desses periódicos.

elitista, dava destaque aos aspectos positivos de viver em São Luís, a “Athenas Brasileira” com sua movimentada vida cultural. A revista circulava, também, em Belém, Manaus e Fortaleza, com matérias de teor literário e informativo relativas a valores, costumes e condutas dessas regiões, e enaltecia outras capitais do país, como Belo Horizonte, Rio de Janeiro e São Paulo, dando ênfase a suas reformas urbanas, às artes e belezas naturais. Queria mostrar às populações do Norte como outras capitais tornavam-se modernas, através de conquistas materiais e culturais. A revista apresentava muitas fotografias e deu grande ênfase à missão de combate à peste no Maranhão, liderada pelo médico do Serviço Sanitário de São Paulo, Victor Godinho.

Chego em um ponto importante deste estudo. No decorrer da pesquisa identifiquei farta produção de fotografias que retratam as ações de saúde desenvolvidas à época. A maioria delas mostra as ações da missão de combate à peste liderada por Victor Godinho, e as práticas do Serviço de Profilaxia Rural e da filial do IOC no estado. As fotografias produzidas forjam imagens sobre o Maranhão e ressaltam a importância dos trabalhos desenvolvidos pelos médicos ‘de fora’ que lideravam as ações de saúde. Para analisar essas imagens levei em consideração Kossoy (2001, p.47-48) que considera a fotografia uma compilação de informações de um dado fragmento de espaço/tempo. Este recorte é retratado por um autor (ou por alguém que encomenda o registro) e seu filtro cultural. Quando materializado o fragmento denota uma nova realidade, passada, transposta, e com uma finalidade produzida, sendo o tema apreendido através de uma atmosfera intencionalmente e cuidadosamente arquitetada.

É possível dividir as fotografias selecionadas para este estudo em cinco seguimentos. As fotografias de autoria de Gaudêncio Cunha – falarei dele no primeiro capítulo, tem como objetivo evidenciar os aspectos positivos de viver em São Luís, cidade urbanizada e saneada aos olhares desatentos. As fotografias que retratam o Serviço Extraordinário de Higiene Pública, tem como função valorizar a intervenção dos médicos do Serviço Sanitário de São Paulo e a eficiência do senador Benedito Leite em viabilizar ações de saúde modernas para a capital. As fotografias que estão no relatório do médico maranhense Bento Urbano da Costa denotam um Serviço Sanitário do Maranhão atuante, sintonizado ao aparelhamento técnico e conceitual na área das desinfecções, mas incipiente e não condizente a um Serviço que estava às vésperas de ser inserido no Movimento pelo Saneamento do Brasil Rural.

As fotografias encomendadas pelo Serviço de Profilaxia Rural contrastam com as imagens produzidas por Gaudêncio Cunha, pois mostram a vida nos sertões da capital ludovicense, lugar retratado através de abandono, doenças e miséria; possuem a finalidade de chamar atenção para a necessidade de intervir na realidade encontrada, não muito diferente do que de resto acontecia no Brasil. Por fim, analisei as fotografias encomendadas por Cassio

Miranda, diretor da filial do IOC, e o conjunto selecionado retrata uma postura do IOC desde seus primeiros tempos: o uso das imagens para realizar demonstrações científicas e retratar seu desenvolvimento institucional para além de suas fronteiras. Além disso, era uma propaganda política para auferir investimentos para a instituição.

A tese está dividida em seis capítulos. No primeiro, analisarei como foi formada a ideia de “Athenas Brasileira”, epíteto dado à capital do Maranhão por uma elite intelectual e cultural que experimentou os lucros do sistema agroexportador maranhense, vivido em fins do século XVIII até a segunda metade do século XIX. Apresentarei características dessa “Athenas Brasileira” ao longo do século XIX em seus aspectos urbanos, sociais e econômicos, criticando a identidade forjada e contrapondo-a através de aspectos que não condiziam com a realidade. Analisarei a ascensão de um novo sistema econômico no estado, a economia fabril, e seus impactos na urbe e nas relações sociais em fins do século XIX. Este período também é marcado por transformações políticas proporcionadas pela adesão do Maranhão à República que pouco alterou o caos de insalubridade vivido na capital. Meu objetivo é apresentar o contexto mais geral em que transcorreram os eventos analisados ao longo deste estudo, compondo o cenário da saúde pública ali instituído. Apresentarei como a cidade de São Luís chegou até a República, identificando as doenças que acometiam a sorte dos ludovicenses<sup>5</sup>, a insalubridade do centro urbano e a estrutura de saúde institucionalizada (hospitais, isolamentos, Inspetoria de Higiene, etc.).

No capítulo dois, analisarei a atuação de médicos locais e de um engenheiro que atuavam no campo da saúde pública do Maranhão, na virada do século XX. Esses profissionais desempenharam suas funções na nova Inspetoria de Higiene, principalmente, a partir da implantação de leis voltadas à saúde pública que o período republicano trouxe para o estado, elaborando uma documentação maior e mais detalhada sobre o período se comparado ao que havia sido produzido nos anos anteriores. Analisarei o repertório sintonizado aos ideais pasteurianos que vinham se impondo na medicina experimental e nas iniciativas institucionais em higiene pública, como de resto acontecia no mundo. Alguns deles ainda usavam um vocabulário ligado às teses miasmáticas, que alicerçaram as ações de combate e profilaxia de doenças endêmicas e epidêmicas, ao longo do século XIX. Meu objetivo é identificar como

---

<sup>5</sup> Nome atribuído aos indivíduos nascidos em São Luís, capital do Maranhão. Termo usado, também, para denominar algo natural de São Luís. Sua origem vem do latim, do termo Ludovico e faz referência a Luís XVIII, homenageado com a ‘fundação francesa’ de São Luís, em 1612. Destaco, como fez Borralho (2010, p.40), que o uso desse termo é (conscientemente) anacrônico, pois não há nos documentos de época qualquer referência a esta a esta palavra. Aqui ela é utilizada como estratégia discursiva para mostrar como os moradores de São Luís – centro urbano, se sentiam em relação ao estado.

esses profissionais elaboraram soluções (viáveis ou não) para os problemas de saúde pública prevalentes em São Luís no período, de modo a identificar como se apropriaram da microbiologia em contexto local.

No terceiro capítulo analisarei a dinâmica da peste bubônica em São Luís entre os anos 1903-1904, e as ações tomadas contra ela pela política local e pelos médicos comissionados para combatê-la. Para entender a complexidade da chegada, permanência e o término da doença utilizei o estudo de Charles Rosenberg (1992b) intitulado *What is epidemic? AIDS in historical perspective*, que trata do componente dramático que envolve uma epidemia. Para o autor, existe uma estrutura modelar nas doenças epidêmicas que abarca desde sua revelação em uma sociedade até seu fim. Identifiquei que o período que vai da chegada da peste em São Luís, em outubro de 1903, até a circulação das suspeitas em torno desta presença corresponde a um momento de “revelação progressiva”. Em seguida, registrei a fase em que suas possíveis causas são expostas e debatidas. No terceiro ato da dramaturgia da peste respostas públicas à doença são negociadas. Transcorre uma espécie de “juízo” em que se adotam veredictos quanto às respostas mais viáveis para livrar a sociedade do mal que a aflige. Por fim, a fase de “arrefecimento e retrospectiva”: motivada pelo caráter trágico que o evento teve, impõe a necessidade de “olhar para trás”, de avaliar os impactos da presença da epidemia de modo a tirar “lições para a sociedade”.

Darei destaque às ações do Serviço Extraordinário de Higiene Pública, liderado pelo médico Victor Godinho, funcionário do Serviço Sanitário de São Paulo e comissionado para liderar a missão de combate à peste bubônica em São Luís. Analisarei o suporte oferecido pelo senador maranhense Benedito Leite para a missão, e a repercussão da presença desta comissão demonstrando o significado de suas ações para a política sanitária de São Paulo face a problemas causados pela propagação de epidemias para além de seu território. Verifiquei que existiu uma circulação de profissionais do Rio de Janeiro, São Paulo e do Maranhão envolvidos no combate à doença, relativizando o protagonismo de Godinho.

No quarto capítulo analisarei como foi conduzida a saúde pública no Maranhão após a epidemia de peste bubônica 1903-1904, até às vésperas da chegada do Serviço de Profilaxia Rural. Trata-se de um período praticamente desconhecido pela historiografia maranhense, fenômeno em parte explicado pela pouca disponibilidade de documentos que retratam esses anos. Apresentarei os personagens envolvidos na higiene pública local à época, os projetos viabilizados ou não, e a rotatividade dos cargos de liderança no Serviço Sanitário. Destacarei a articulação do governo local com o Instituto de Manguinhos, aliança fortalecida através do envio de médicos do Instituto (Ezequiel Dias e Cardoso Fontes) para dirigir o Serviço

Sanitário local. No período também aportaram em São Luís Oswaldo Cruz e seu secretário João Pedroso de Albuquerque, em expedição aos portos do Norte, em 1905. Este último retornou a São Luís em 1908 em missão de combate à segunda epidemia de peste bubônica no estado, manifesta enquanto uma epidemia de varíola estava sendo extinta.

No quinto capítulo analisarei de que modo o Maranhão foi inserido na lógica do Movimento pelo saneamento do Brasil rural, a partir de 1918, evidenciando a articulação local e federal que conduziu este processo. Destacarei como ao estado foi associada a imagem de parte dos sertões do norte do Brasil, a organização de um Serviço de Profilaxia Rural na capital, a participação de médicos locais que saudavam a empresa, e a identificação das endemias que grassavam. Darei destaque aos primeiros anos de funcionamento do Serviço federal, na qual foram criados postos de profilaxia em São Luís. Analisarei, também, a montagem de uma filial do IOC em São Luís, o contexto a qual essa iniciativa respondia e as primeiras providências tomadas pelo médico diretor Cassio Miranda: a criação de um laboratório e um Instituto Vacinogênico.

No último capítulo destacarei a expansão do Serviço de Profilaxia Rural a partir de 1920, algo que se deu através da criação de postos de profilaxia em localidades do interior do estado. Analisarei a dinâmica de combate à peste bubônica em 1921, em um contexto na qual a doença se interiorizava pelo país. Abordarei a criação de um Hospital da Profilaxia na capital e as características dos atendimentos ali realizados. Darei destaque a uma nova fase da filial do IOC, marcada por novas especialidades que visavam atendimentos na capital e interior: posto antiofídico e a seção antirrábica. Destacarei a participação da Fundação Rockefeller neste período, demonstrando que o serviço norte americano se concentrou na capital combatendo a febre amarela com base na prevalência da teoria centros/focos-chave. Finalizo o capítulo com um balanço sobre a “era do saneamento” maranhense destacando as críticas que o Serviço federal recebia de médicos locais que não participaram da empresa. Destaquei a falência do sistema diante das conjunturas políticas e financeiras, o novo rumo que a filial do IOC tomou a partir da conjuntura política nacional e a imersão de seu diretor, Cassio Miranda, na política local.

## **CAPÍTULO 1. SÃO LUÍS DO MARANHÃO, LUGAR DISTANTE NO NORTE DO BRASIL: O CENÁRIO DA SAÚDE PÚBLICA APÓS A INSTAURAÇÃO DA REPÚBLICA (1889-1902)**

No final do século XVIII a província do Maranhão destacou-se no cenário nacional devido à prosperidade de seu sistema agroexportador firmado na comercialização do arroz e do algodão. A criação da Companhia de Comércio Grão-Pará e Maranhão (1755), na administração do Marquês de Pombal, em contexto favorável, viabilizou essa “idade de ouro” na economia maranhense. No momento em que a Corte Portuguesa se transferiu para o Brasil a província do Maranhão fornecia altos tributos ao Tesouro Real, equiparáveis aos fornecidos pelo Rio de Janeiro, capital do Império, Salvador, antiga capital na época colonial, e Recife, outrora centro do Brasil holandês. O desenvolvimento econômico experimentado logrou ao Maranhão o quarto lugar em importância entre as demais províncias e o quarto maior em número de habitantes, com estimados 30 mil habitantes. Essas características foram citadas pelos naturalistas Johann Spix e Karl Von Martius, em 1819, e por Alcide d’Orbigny, em 1850, ao reunirem em livros informações sobre os anos que estiveram em São Luís, e em terras inóspitas do interior da província, tema bem conhecido na historiografia local (MEIRELES, 1993, p. 34; MEIRELES, 2015, p.178-182; TRIBUZI, 2001, p.35-36).

Os lucros advindos do sistema agroexportador proporcionaram um enriquecimento material e cultural ao Maranhão, principalmente à sua capital São Luís, de onde partiam as decisões políticas para o restante do território. Na capital habitavam os filhos ilustres da terra, aqueles que, no contexto de opulência econômica, tiveram a oportunidade de estudar em países como Portugal, França e Inglaterra. Posteriormente, esses intelectuais retornaram à província para exercerem cargos políticos, atuarem no comércio ou se destacarem (localmente ou no plano nacional) na literatura, imprensa e artes. Essa elite intelectual, buscando estreitar cada vez mais os laços entre a capital e o Velho Continente, introduziu leituras e costumes europeus na cidade. Além disso, proporcionaram alguns melhoramentos físicos para urbe, fomentando novas instituições e profissões. Por esses motivos, segundo uma pequena parcela da população, afortunados em uma sociedade escravista e iletrada, São Luís erguia-se imponente no norte do país como a “Athenas Brasileira”.

O capítulo que aqui se inicia tem como primeiro objetivo apresentar as características dessa “Athenas Brasileira”, capital do Maranhão, ao longo do século XIX, no tocante à economia e sociedade ali desenvolvidas. Em seguida, analisar a formação econômica



posterior ao sistema agroexportador maranhense, caracterizada pela instalação de uma economia fabril que também proporcionou lucros e transformações na sociedade da época. Com essas perspectivas, apresentarei o cenário da saúde pública no estado após a instauração do regime republicano. Tenho como alvo identificar o contexto mais geral em que transcorreram os eventos analisados ao longo deste estudo, a partir da chegada da República, mas considerando características formadas no período Imperial, ainda marcantes na nova fase política do estado. Com base nos estudos de Borralho (2010; 2011) e Lacroix (2002), de antemão destaco que mantereí uma postura crítica em relação à associação entre São Luís e à cidade grega em questão, ideia assumida por uma pequena parcela da sociedade com a intenção de divulgar uma imagem de superioridade e singularidade para o estado, não condizente com a realidade enfrentada pela maioria da população.

Nesta seção será priorizado aspectos econômicos, socioculturais e institucionais da capital São Luís, em relação ao estado Maranhão, devido ao fato de que, em um primeiro momento, as atenções das autoridades políticas e sanitárias estiveram voltadas para a capital, como de resto acontecia em outras regiões brasileiras, em virtude da maior concentração populacional nas regiões litorâneas. A partir de 1903, com iniciativas do governo federal, articulado a uma política oligárquica local, ações voltadas para a saúde da população do interior do estado, e regiões mais distantes do perímetro urbano de São Luís, começaram a ser realizadas, como veremos ao longo deste estudo.

Além desse motivo, pesa o fato de que as fontes documentais produzidas à época dão ênfase aos aspectos da capital, em virtude de ser o lugar de concentração da elite política, econômica e cultural do estado, produtora de discursos sobre a região, e que julgava-se portavoz do Maranhão como um todo (BORRALHO, 2011, p.24). Não é meu objetivo fazer esse tipo de generalização. Acredito que conceber o Maranhão através de sua capital desconsidera uma realidade bem maior e complexa, formada por populações heterogêneas e, muitas vezes, desconhecidas, que habitavam o Maranhão continente, valorizando, apenas, a fala dos nativos da capital (centro mais urbano), em geral aqueles bem nascidos e letrados. Dessa forma, não me surpreendi ao identificar a quantidade significativa de documentos da área da saúde que retratam tão somente a cidade de São Luís, postura que se mantém até 1918, quando o Maranhão foi inserido no movimento pelo saneamento do Brasil rural, com ações que “revelaram” o sertão do estado, que também padecia com doenças endêmicas e epidêmicas.

Por esses motivos, o percurso delineado para essa tese parte de uma análise que privilegia a capital, em especial o centro mais urbano de São Luís, até estender a visão para o Maranhão continente (algumas localidades do interior), tendo em vista as mudanças políticas

que o país e o estado sofreram ao longo da primeira república. Começo apresentando os dois sistemas econômicos mais importantes desenvolvidos à época no estado (o agroexportador e o fabril), que causaram transformações materiais profundas na cidade e na dinâmica das relações dos seus habitantes.

### 1.1 A “Athenas Brasileira” também é “Manchester do Norte”<sup>6</sup>

Até meados do século XVIII São Luís não passava de uma ilha setentrional, pertencente a um estado com fronteiras pouco definidas, semelhante a muitos lugares do norte do Brasil, especialmente àqueles mais próximos da região amazônica. Vivia sob o domínio português, povo de quem herdou traços importantes na cultura, economia e arquitetura, mas já havia sido dominada por holandeses e franceses.<sup>7</sup> À época, colonos que habitavam no território, sobretudo em São Luís, viviam em severo estado de privação, realizando inexpressivas atividades econômicas para subsistência, e mantinham dificuldades para explorar efetivamente a mão de obra indígena. Predominava o escambo como principal transação econômica e os panos de algodão ainda eram utilizados como moeda. Aliás, moedas metálicas haviam sido implantadas pela Coroa portuguesa há pouco tempo, em 1724 (FAUSTO, 2006; TRIBUZI, 2011).

A inexpressividade do Maranhão começou a sofrer alguma alteração a partir de uma mudança administrativa na Coroa portuguesa, que determinou um novo Secretário de Estado do Reino, o Marquês de Pombal, no reinado de D. José I. A mudança proporcionou reformas administrativas, econômicas e sociais a Portugal, e para o Brasil metrópole gerou uma política que ofereceu meios práticos para expansão econômica. Em 1755 a política colonial criou a Companhia de Comércio Grão Pará e Maranhão, que incentivou a lavoura do algodão e arroz, colocando o estado na rota das grandes exportações. Sob a administração do governador Mello

---

<sup>6</sup> O subtítulo é uma alusão à frase do primeiro governador eleito no Maranhão, em 1892, Manuel Ignácio Belford Vieira, na qual disse: “Se pelo lado de seus filhos ilustres nas letras já foi considerado [o Maranhão] a Athenas Brasileira, há de sê-lo, também, pela indústria a brasileira Manchester, ocupando importantíssimo lugar no empório do Norte” (MARANHÃO, 1892, p.9). A frase retrata o período de euforia industrial vivido em fins do século XIX no estado, mas também a construção de identidades para um lugar, a partir de um discurso político e elitista ali estabelecido.

<sup>7</sup> Aos franceses atribui-se a nomeação da capital, após a primeira tentativa de ocupação da ilha em 1612, evento que, posteriormente, rendeu a São Luís o título de única capital fundada por franceses. A terra supostamente fundada era chamada de França Equinocial e a denominação *Saint Louis*, uma homenagem ao rei menino Luís XIII, foi dada ao forte construído pelos franceses na região em que atualmente fica o Palácio dos Leões, centro administrativo do governo, núcleo urbano da capital (MEIRELES, 2015, p.26-27).

e Póvoas a Companhia ofereceu meios práticos para a formação de uma economia de caráter latifundiária, fornecendo equipamentos, capitais, ferramentas e mão de obra, e fixou sua prioridade na monocultura, voltada ao mercado europeu. Em grande medida a efetivação do sistema se deu através do trabalho escravo africano, constituído em maioria por negros provenientes da Guiné e Angola, mão de obra que até o momento não havia sido introduzida efetivamente no estado (PEREIRA, 2006; SILVA, 2014).

No final do século XVIII o sistema prosperou, pois houve um aumento da demanda internacional pelo algodão, em especial pelo mercado inglês que vivia a Revolução Industrial. Somado a isso a produção do algodão nas colônias norte-americanas sofreu um declínio, algo que aumentou a procura pela matéria prima maranhense. Iniciava-se uma fase de prosperidade na economia do estado jamais vivida, em particular para São Luís, capital entreposto para o escoamento da produção e vivenda dos grandes comerciantes desse sistema. E também para Alcântara, cidade separada de São Luís pela baía de São Marcos, centro de desenvolvimento agrícola da região norte maranhense e lugar onde viviam os grandes proprietários das fazendas do interior. O período ficou consagrado na historiografia do século XIX como um momento de glórias e de opulência jamais vivenciado na província.<sup>8</sup>

Com a situação financeira favorável transformações na capital foram viabilizadas. A cidade viveu uma primeira expansão significativa e o complexo arquitetônico ganhou corpo, consolidando as feições coloniais nas casas e instituições, na qual a azulejaria utilizada no revestimento externo ganhava destaque, pois cumpria a função de manter as edificações mais imunes ao calor característico da região. No campo das transformações mais evidentes, na primeira metade do século XIX, a cidade foi munida de um teatro de grandes proporções, com quatro andares, além de outros espaços de lazer e convivência. Foi instalada a Tipografia Nacional, serviços gráficos particulares foram disponibilizados, e o Real Gabinete Português de Leitura começou a funcionar. Data dessa época outros eventos significativos como a circulação do primeiro jornal impresso de São Luís, *O Conciliador do Maranhão*, a inauguração da Biblioteca Pública, do Lyceu Maranhense, do novo Hospital da Misericórdia e a instalação de uma Repartição de Vacina. Registrou-se, também, a presença mais significativa de farmacêuticos na cidade, que passavam a concorrer com os antigos boticários. Do mesmo modo,

---

<sup>8</sup> Nessa historiografia maranhense do século XIX destacam-se patronos e clássicos, como o informante do rei na colônia, Raimundo José de Sousa Gaioso, com seu *Compêndio histórico-político dos princípios da lavoura do Maranhão, suas produções, progressos, entraves que a atacam e meios de remediá-los* (1818), e o intelectual defensor do partido português, também proprietário e redator do jornal *O Censor Maranhense*, João Antônio Garcia de Abranches. A visão desses marcará as chamadas “interpretações decadentistas”, comum entre intelectuais maranhenses que formularam a ideia de que São Luís era a Atenas Brasileira (ALMEIDA, 2008, p.29-31).

médicos chegavam na capital e passaram a disputar espaço com curadores e barbeiros-sangradores (MEIRELES, 1993, p.39-40; MARQUES, 1864, p.245-246).

Essas mudanças foram concebidas e operacionalizadas por uma elite intelectual formada pela opulência econômica em curso. Trata-se de uma gama social específica, formada por indivíduos privilegiados economicamente, munidos de hábitos mas sofisticados, e sintonizados aos costumes da Europa, lugar onde passavam temporadas em estudos e costumavam visitar com frequência. Isso se deu em virtude dos grandes senhores latifundiários, a maioria comendadores em São Luís, remeterem seus filhos para estudarem na Europa, fazendo disso um hábito entre as elites. As moças eram enviadas às cidades do Porto e Lisboa, em Portugal. Os rapazes eram enviados a Portugal, mas também à França, Inglaterra, Alemanha, Bélgica e Itália. Outros foram enviados à América do Norte, para estudarem nos Estados Unidos (MEIRELES, 1949, p.40-42; MEIRELES, 1993, p. 53-54).

Esse refinamento material e social vivenciado já foi amplamente discutido na historiografia local, subsidiado pelos escritos dos viajantes Spix e Martius (1938, p.480), que em passagem pelo Maranhão, em 1819, disseram que a província estava no quarto lugar em termos de prosperidade em relação às demais. Os naturalistas ficaram impressionados com os hábitos e modos europeus desenvolvidos na província e observaram elementos que marcavam certa distinção entre outros locais visitados: a “dignidade de comportamento” e o “tom seguro e educado da sociedade”. Em regresso a São Luís, após concluírem cursos na área de humanidades, mas também matemática e engenharia, os jovens maranhenses passaram a exigir estrutura semelhante a que usufruíram no exterior no meio que viviam.

Foi nesse contexto que intelectuais maranhenses de amplo reconhecimento foram formados, como Gonçalves Dias (1823-1864), patrono da literatura brasileira e pioneiro do Romantismo; Odorico Mendes, (1799-1864), que elaborou as primeiras traduções no Brasil de clássicos gregos; Sotero dos Reis, autor de obra importante intitulada *Gramatica Portuguesa*, e João Lisboa, patrono do jornalismo brasileiro (1812-1863). Tratava-se de um primeiro grupo de doutos, não reconhecidos entre si como grupo, mas que foram “monumentalizados” pelas próximas gerações de intelectuais maranhenses (BORRALHO, 2010).

Um dos símbolos do refinamento material e social vivido naquele período no Maranhão, que permaneceu nos anos seguintes, trata-se do Teatro União (1817), rebatizado Teatro São Luiz em 1852 e que viria a ser chamado Teatro Arthur Azevedo nos dias atuais.<sup>9</sup> À época, a casa de espetáculos recebia regularmente companhias francesas, italianas e

---

<sup>9</sup> Antes do Teatro União outros três teatros, de menores proporções, foram inaugurados em São Luís.

portuguesas para apresentações, e era ostentada com muito orgulho pelas elites maranhenses aos viajantes importantes. Consultando documentação selecionada para este estudo identifiquei que médicos de fora, como Victor Godinho, Adolpho Lindenberg, Ezequiel Dias, João Pedro de Albuquerque, Oswaldo Cruz e Cassio Miranda, em passagem por São Luís nos primeiros anos do século XX, foram levados por autoridades políticas ao teatro em questão. Oswaldo Cruz, por exemplo, ficou muito impressionado com o refinamento do lugar e, através de carta à sua esposa, disse que não existia no Rio de Janeiro um teatro parecido com aquele, em termos de grandeza e refinamento (CRUZ, 1905c, p.3).

A imagem a seguir faz parte de um conjunto de 220 fotografias realizadas sob encomenda pelo governador do estado em 1908, Benedito Leite, para apresentação de um álbum oficial na Exposição Nacional daquele ano, no Rio de Janeiro. São de autoria de Gaudêncio Cunha, fotógrafo paraense, radicado em São Luís, que inaugurou em 1895 a Casa Fotográfica União, que veio a se tornar uma referência importante desse segmento na cidade.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Ao longo deste estudo utilizarei outras imagens produzidas por Gaudêncio Cunha, elaboradas para compor o álbum encomendado. O fotógrafo, da qual existem poucas informações, percorreu várias ruas do núcleo mais urbano de São Luís à época, retratando prédios, em especial prédios públicos, instituições, ruas importantes para o comércio, fábricas instaladas, praças ajardinadas e, em segundo plano, habitantes da cidade em cenas do cotidiano. Também existem registros de sua atuação em algumas cidades do interior do estado. Silva Filho (2009) realizou uma análise importante sobre as imagens do *Album do Maranhão*, verificando como os signos do progresso e civilização foram manipulados pelos agente produtores da coleção. Situou a produção das fotografias entre 1895 e 1908 e fez conclusões importantes sobre o papel do então senador, Benedito Leite, na construção de uma imagem positiva para o estado, a ser divulgada na capital federal. O autor estudou os padrões temáticos visuais e os atributos formais das imagens, conjugando à literatura histórica pertinente, para entender a produção de recortes visuais e estéticos da cidade. Para além de retratar prédios oficiais indicou uma intencionalidade importante do fotógrafo: o enquadramento de pessoas das camadas populares, negros e mestiços, em suas imagens. Estas, transitando pelas ruas, desempenhando suas funções, ao perceberem o trabalho do fotógrafo, deixavam ser capturadas pelas lentes. Para o estudo que aqui se apresenta as imagens selecionadas ajudam a situar o leitor sobre o panorama geral da cidade na virada do século XX. No entanto, é necessário ter em perspectiva, como fez Silva Filho (2009), que se trata de um recorte sobre a realidade, com base na tentativa de monumentalização de aspectos e lugares, e que evidenciam o cotidiano de uma “pacata” São Luís.



**Fotografia 1. Teatro São Luiz** (Legenda original)  
Fonte: CUNHA, 2008

Contudo, a partir de 1840 o sistema agroexportador começou a declinar, provocando uma reorientação das atividades produtivas no Maranhão ao longo do século XIX. Os motivos para esse declínio oscilavam entre a queda no preço do algodão e arroz voltados para o mercado internacional, além da abolição da escravidão. Com a evidente restrição de mão de obra os grandes latifundiários abandonaram suas propriedades, ou usaram para quitar dívidas, ou ainda, utilizaram como investimentos para o nascente sistema fabril. Esse contexto trouxe à tona formas alternativas de produção, como a ampliação da economia de subsistência no interior do estado, cuja mão de obra era formada por caboclos, gerando um processo de “interiorização da economia” (ASSUNÇÃO, 2000, p.56).

Desse ponto de vista, houve uma reorganização da economia no estado, na qual as grandes plantações foram substituídas pela pequena agricultura, no interior dos latifúndios ou em fronteiras agrícolas. Esse sistema manteve a produção do algodão, só que em menor escala, mas que seria fundamental para a implantação das primeiras fábricas da indústria têxtil, em fins do século XIX, na capital e em algumas cidades do interior, como Caxias e Codó. Com esses

argumentos quero evidenciar que não houve um colapso total da produção agrícola maranhense, uma “hecatombe”, “decadência”, muito menos uma crise generalizada nesse setor (LACROIX, 2004, p.17-18; ALMEIDA, 2008).<sup>11</sup>

No entanto, intelectuais que viveram nessa época e uma historiografia deles decorrente proclamaram que o período era de privação, escassez, decadência, sobretudo, a antítese do período de opulência econômica proporcionada pelos tempos áureos do sistema agroexportador (fins do século XVIII e início do século XIX). Segundo Borralho (2010, p.121), este era o terreno fértil para o desenvolvimento de um mito, que foi fortalecido ao longo do século XIX: São Luís era a “Athenas Brasileira”, portanto, um lugar privilegiado e diferenciado culturalmente das demais províncias e que não deveria sucumbir diante da crise econômica. Essa associação utiliza um referencial europeu, alicerçado na ideia clássica de civilização, para o qual a Grécia seria o berço do Ocidente.

Para o autor, isso configura um projeto de construção de identidades na nação pós-independência, alicerçado na ideia romântica literária de genialidade e diferenciação do Maranhão, lugar de onde irradiou um grupo de intelectuais, todos bem nascidos, e frutos da opulência econômica outrora vivida. Os intelectuais evocados eram: Gonçalves Dias, Sotero dos Reis, Odorico Mendes, Gomes de Sousa e João Lisboa, denominados posteriormente como “Grupo Maranhense”. Essa evocação foi encabeçada por intelectuais, políticos, tipógrafos, literatos que rememoraram o mito ao longo dos séculos XIX e XX, com a finalidade de destacar a superioridade de um tipo ideal de homem maranhense, que seria naturalmente inclinado às artes, ciências, literatura e línguas. Entre esses intelectuais destacavam-se os “Novos Atenenses”<sup>12</sup> que evocavam repetidamente os feitos dos “homens-símbolos” do passado do Maranhão, a partir dos pressupostos da historiografia decadentista de fins do século XVIII e início do século XIX.

Os “Novos Atenenses”, grupo atuante em fins do século XIX e início do XX, responsabilizaram-se pelo soerguimento do “passado glorioso” do Maranhão e por isso foram chamados por Martins (2002) como “operários da saudade”. Foram responsáveis por sistematizar uma história intelectual do Maranhão com base na visão decadentista da economia, reforçando o mito da Athenas Brasileira. Na lógica idealizada, o Maranhão foi o palco para o

---

<sup>11</sup> Há que se considerar que a crise, ou reorientação das atividades econômicas, não era exclusiva ao Maranhão. No período imperial outras províncias também sofreram significativas transformações em suas economias, outrora alicerçadas no modelo agroexportador de algodão, cana de açúcar e arroz. Ainda no século XVIII a mineração, por exemplo, ganhou relevo no panorama nacional, bem como o café no século XIX, ambos na região sudeste do país.

<sup>12</sup> Denominados entre si dessa forma.

florescimento de três importantes gerações de intelectuais: a primeira geração era composta pelo já citado “Grupo Maranhense”, ao qual seus expoentes se fizeram conhecidos nacional e internacionalmente. A segunda geração, conhecida por ser a geração migrante para o Império e por alguns de seus representantes terem sido importantes para a formação da Academia Brasileira de Letras, foi formada por Aluísio Azevedo, Arthur Azevedo, Teófilo Dias, Coelho Netto, Graça Aranha, Nina Rodrigues, José Ribeiro do Amaral, Barbosa de Godois, Dunshee de Abranches, entre outros. A terceira geração era formada pelos “Novos Atenienses”, os “operários da saudade”, como Manoel Béthencourt, Antonio Lobo, Astolfo Marques, José Nascimento Moraes, Raimundo Lopes e Fran Paxeco. Na virada do século XX esses personagens desenvolveram ações mais concretas para o reforço do mito e consecução de algumas estratégias para o desenvolvimento do estado, atuando na imprensa, política e educação. Fundaram um espaço voltado para a literatura, a “Oficina dos Novos”, base da Academia Maranhense de Letras (1908) e o IHGM (1925) (BORRALHO, 2010, p.52-53; BORRALHO, 2011, p.53-54).

Lacroix (2002) identifica esse processo como uma “ideologia da singularidade”, que não passava de uma visão exagerada e alegórica de um passado, mantido por uma sociedade elitista, restrita e segregadora. Essa elite letrada recorria à excepcionalidade do “Grupo Maranhense” e de outros intelectuais que vieram depois, para valorizar o estado, ambicionando erroneamente generalizar características ideais para todos os maranhenses, algo longe de corresponder à realidade. Aliás, esta era só mais uma ideologia inventada, pois a construção da ideia de que São Luís foi fundada por franceses também vem dessa vontade de diferenciação em curso, em fins do século XIX.

Borrvalho (2010) analisou as primeiras críticas à ideia de Athenas Brasileira, com base nos escritos de João Lisboa, membro do reconhecido “Grupo Maranhense”. O autor explica melhor as contradições internas daquela sociedade e este é um ponto importante que quero frisar. Afinal, meu objetivo com essa problematização é apresentar ao leitor o panorama social do Maranhão, em especial de sua capital São Luís, idealizada como Athenas Brasileira naquela época, na qual as contradições sociais foram pouco alteradas nos anos escolhidos para essa investigação.

A Athenas Brasileira, na verdade, era uma comunidade idealizada, pois a maioria da população do estado, predominantemente de origem africana e mestiça devido à introdução maciça de mão de obra utilizada pelo sistema agroexportador, vivia em estado de grave penúria e falta de instrução. A riqueza estava concentrada entre uma pequena elite branca que vivia da burocracia estatal, do comércio e da agricultura, e que orgulhava-se de ter estudado na Europa,



ao ponto de querer reproduzir hábitos ali cultivados em terras distantes do norte do Brasil. Uma sociedade de extremo descompasso entre seus segmentos sociais, mas também entre a capital e o interior. Este, salvo raras exceções, sequer era conhecido pelas autoridades políticas da época. Borralho (2010, p.334-335) assim identificou o cenário social maranhense ao longo do século XIX:

A sociedade, no fundo, era moribunda, enclausurada numa ilha cercada pelas águas que ao mesmo tempo em que a ligavam ao resto do mundo — isto, é claro, para aqueles que podiam embarcar para outros portos, serviam de barreira natural, impedindo a conexão com o que acontecia para além da ilha de Upaon-Açu. Mas a maior pobreza de que se ressentia o observador astuto e atento a tudo era civilizacional, pois ao seu ideal de civilização não competia as seguintes características: uma sociedade cabocla, escravocrata, mestiça, cujo sistema político estava assentado nas fraudes; uma parcela de jornais políticos, ainda que combatentes, incipientes, em virtude do número significativo de iletrados; controle exercido pelo poder público sobre este aparelho de comunicação; ausência de “partidos” mais fortes e representativos de suas próprias ideologias; de uma educação voltada para a arte que se fizesse notar na arquitetura da cidade; uma sociedade autoreferenciada, insular, em que os poucos consumidores de um padrão social distinto do cômputo geral estendiam seus *modos vivendis* para o restante da sociedade como se fosse comum a todos, embora, na ordem do dia, as diferenças ficassem muito bem balizadas, inclusive na hora da morte [...].<sup>13</sup>

No entanto, não nos apressemos em julgar esse processo de idealização, construção de identidades ou metaforização de um lugar, proferido por segmentos aristocráticos e letrados, como uma prática exclusiva a São Luís do Maranhão. Borralho (2010, p.75-76) identificou outras iniciativas semelhantes que mantinham o objetivo de marcar distinção e singularidade de um lugar, empreendidos ao longo do século XIX. Dessa forma, nasciam a “Veneza Brasileira” (Recife), “Athenas Mexicana” (Vera Cruz), “Athenas Americana” (Santa Fé de Bogotá), “Esparta Brasileira” e uma “Athenas Brasileira” no sul do país (Rio Grande de São Pedro/RS). Também surgiram a “Ateneida Baiana” (Salvador), “Athenas Sergipana” e “Athenas Capixaba” (Espírito Santo). Acrescento o surgimento da “Athenas de Minas” (Juiz de Fora), ao qual teria sido identificada dessa forma pelo teatrólogo maranhense Arthur Azevedo, da segunda geração de atenienses, em passagem pela cidade mineira (OLIVEIRA, 1966, p.20).

---

<sup>13</sup> Visão também expressa, de forma magistral, no romance naturalista intitulado *O mulato*, do maranhense Aluísio Azevedo (1994). Por denunciar as contradições daquela sociedade, evidenciando os privilégios dos brancos, maioria portugueses bem sucedidos, perante o grande contingente populacional da época, os negros, a obra é uma representação coerente de uma sociedade pretensiosa, segregadora e provinciana em muitos aspectos. Por desnudar esses elementos, o romance teve uma repercussão negativa em São Luís algo que levou o autor a se radicar na capital do Império e nutrir certa mágoa em relação à cidade natal.

No final do século XIX um novo epíteto foi dado a São Luís. A pacata cidade do norte do Brasil, com um “passado glorioso” na economia, passava a ser considerada pelos intelectuais da época e autoridades políticas como a “Manchester do Norte”.<sup>14</sup> Em um contexto mais geral, a política econômica desenvolvida a partir da segunda metade do século XIX no Brasil incentivou a liberação de capitais, fato decorrente do fim da importação de escravos, e deu início a uma intensiva atividade de negócios e especulação financeira em diferentes regiões do país. Com isso, surgiram bancos, empresas de navegação a vapor, pequenas indústrias e uma diversificada gama de transações comerciais que incentivaram atividades consoantes ao sistema industrial (FAUSTO, 2006, p.108). No quadro da reorientação econômica do Maranhão os antigos proprietários agrícolas e comerciantes do Bairro Comercial (Praia Grande) passaram a investir seus capitais restantes na construção de fábricas na capital e algumas cidades do interior, como Caxias e Codó, com a intenção inicial de nutrir o mercado interno.

A partir de 1880 o Maranhão viveu aquilo que alguns intelectuais chamaram de “surto” ou “loucura industrial” (VIVEIROS, 1954), e daí a alusão à cidade inglesa palco para a Revolução Industrial. Entre 1888 e 1895 foram implantadas no Maranhão 27 fábricas. Em São Luís foram construídas 10 fábricas de fiação de tecidos, 1 de fiar algodão, 1 de tecido de cânhamo, 1 de tecido de lã, 1 de cerâmica, 4 de pilar arroz, 2 de pilar arroz e fazer sabão, 1 de sabão, 2 de açúcar e aguardente, 1 de fósforo, 1 de chumbo e pregos, e 1 de calçados. Dessas fábricas, 17 eram Sociedades Anônimas e 10 eram particulares (TRIBUZZI, 2011, p.47). Na virada do século XX a cidade de São Luís voltava se destacar no cenário nacional, mas agora devido ao seu parque fabril forte e promissor.

O surto industrial trouxe novas feições para a cidade de São Luís e uma nova configuração social. Grandes instalações foram construídas e chaminés foram vistas nos arrabaldes. Operários estrangeiros, a maioria ingleses estavam de passagem pela cidade, e elementos ligados à modernidade começaram a ser utilizados, como o telefone, telégrafo, máquina de costura, o cinematógrafo e os primeiros automóveis. A zona urbana se expandiu orientada pelos caminhos que levavam às fábricas, e bairros foram surgindo ao redor delas. O trabalho escravo foi substituído pelo assalariado e, na grande maioria das vezes, era degradante, insalubre e aviltante, em decorrência das grandes jornadas de trabalho, desempenhadas por homens, mulheres e crianças. A presença maciça do aglomerado urbano em São Luís, que trabalhava nas fábricas, era formada por ex-escravos recém libertos e pobres em geral que migraram do interior para a capital, e aqueles que fugiam das secas nordestinas em busca de

---

<sup>14</sup> De maneira semelhante, Caxias, cidade do interior do Maranhão e pioneira no sistema fabril no estado, foi denominada “Manchester Maranhense” (PESSOA, 2009).

melhores condições de vida. Alguns rumavam para o norte, visando alcançar o “Eldorado dos seringais”, mas o Maranhão estava no meio do trajeto e muitos ficaram no estado (CORREIA, 1990, p.186-187).

Nesse contexto, considere São Luís na virada do século XX, como um “organismo híbrido”, pois alternava elementos de tradição e modernidade em um mesmo espaço. Progressivamente casarões começaram a dividir território com fábricas; máquinas utilizadas na indústria têxtil, principal atividade fabril, trabalhavam a todo vapor em horários noturnos, mas eram iluminadas por lampiões, gás e muitas vezes por velas. A nova burguesia industrial utilizava serviços da época imperial, como os aguadeiros, que recorriam a bicas e fontes para conseguir água, elemento cada vez mais escasso. E, apesar de se considerarem urbanos, a par de ícones de vanguarda, essa nova elite esperava dias para receber notícias vindas da capital federal e da Europa (MATOS, 2002, p.52).<sup>15</sup>

Em 1904, um personagem bastante citado no terceiro capítulo deste estudo, o médico do Serviço Sanitário de São Paulo, Victor Godinho (1904, p.104-105), referia-se a São Luís como um centro muito industrial, com uma população condensada, formada por uma grande parcela de operários, cuja marca era o pouco conforto na vida social. À época, vários médicos locais e provenientes de outros estados, mas em passagem por São Luís, viam nesse contingente um dos fatores para a propagação de doenças na capital, como ainda veremos, sugerindo alternativas pouco viáveis para o problema das habitações proletárias.

Um ponto importante que quero evidenciar nesse momento, a partir da experiência de Victor Godinho em São Luís, é o fato das elites da capital ainda viverem sob as heranças materiais e lembranças do sistema agroexportador, responsável pela “opulência econômica”, em fins do século XVIII e início do XIX, ainda que outros tempos, marcados pela euforia industrial, estivessem em vigor. No início do século XX o dr. Godinho e seu parceiro de trabalho, o dr. Lindenberg, observaram que os filhos dos nortistas maranhenses com frequência eram remetidos à Europa, em especial para Portugal, visando estudar humanidades. Observaram que as famílias maranhenses passeavam mais por terras lusitanas do que pelo sul do Brasil. Essa prática ocorria, também, em função do menor tempo de viagem entre São Luís e Lisboa (10-11 dias), comparando às viagens entre São Luís e Rio de Janeiro, que demoravam

---

<sup>15</sup> A euforia industrial durou pouco tempo, pois antes de 1920 o sistema já havia se desintegrado com a falência progressiva das unidades fabris. As razões para esse acontecimento estão ligadas à falta de capital de giro para manter as unidades em funcionamento e, principalmente, pela cobrança dos empréstimos utilizados para a edificação do parque fabril. Considere, também, a falta de habilidade de proprietários rurais para desempenharem o novo negócio. Para este estudo, importa destacar que a trama dos acontecimentos se dará dentro desse contexto muito marcado pelas heranças do sistema agroexportador e pelas transformações que o sistema fabril trouxe para a capital.

cerca de 11 a 12 dias nos navios da empresa *Lloyd Brasileiro* (GODINHO; LINDENBERG, 1906, p.7).

Durante o tempo em que estiveram no Maranhão os médicos notaram ali uma constante evocação do mito da Athenas Brasileira, especialmente ao participarem de reuniões culturais e ao percorrerem as ruas da cidade.<sup>16</sup> Como os médicos circularam com frequência pelo meio social da cidade registraram inúmeros costumes das elites maranhenses e seus divertimentos preferidos, como debates políticos, jantares, saraus e apresentações teatrais. Nessas ocasiões, perceberam o quanto as pessoas daquele convívio, em geral médicos maranhenses, políticos e jornalistas, faziam questão de rememorar um passado maranhense, como forma de diferenciação cultural de São Luís perante outras províncias.

Em longa narrativa, constante em livro de memórias, os médicos reiteravam o mito em várias passagens, citando 18 personalidades maranhenses importantes no campo da literatura, leis, política, artes e até religião, homens públicos que enalteciam a terra natal ao levarem suas contribuições intelectuais para o Brasil, em especial para a capital federal da época. Segundo disseram, “o Maranhão justifica o apelido de Athenas Brasileira, recordando os tempos em que da antiga metrópole grega partiam os homens cultos que iam levar instrução às repúblicas irmãs do Peloponeso, da Sicília, de Roma” (GODINHO; LINDENBERG, 1906, p.172). Para os médicos, a intelectualidade era algo intrínseco aos maranhenses, que possuíam um “pendor natural para a poesia”, atributo mantido pelo bom hábito de preservar a cultura elevada através de instituições culturais, biblioteca e escolas. Disseram, inclusive, que ouviram na cidade o ditado: “quem lançar um anzol em águas maranhenses, ou fiska um tubarão ou um poeta” (GODINHO; LINDENBERG, 1906, p.173). Era um adágio, claro, que correspondia a uma visão exagerada e superficial da realidade. Como já foi dito neste estudo, trata-se de uma generalização equivocada que toma uma parte restrita da sociedade, representada por uma elite letrada, com a finalidade de valer pelo todo da população, em geral com pouca instrução e baixa expressão econômica e política.

Todavia, é importante perceber a força desse modo de autorrepresentação dos maranhenses, que mantinham características diferentes daquilo que era imaginado pelos habitantes do sul do país. Os médicos do Serviço Sanitário de São Paulo esperavam um cenário bem diferente ao desembarcarem em São Luís, mais modesto, rústico e até hostil, pois no sul

---

<sup>16</sup> Por exemplo, à época a Praça dos Remédios, lugar por onde os médicos passaram várias vezes, já contava com uma estátua de Gonçalves Dias, colocada de frente para o mar em referência ao naufrágio que lhe tirou a vida, algo que denota uma iniciativa, entre tantas que viriam depois, de monumentalizar os grandes homens do passado maranhense.

ouviram “mil histórias dos cabras do Norte e dos jagunços” (GODINHO; LINDENBERG, 1906, p.168). Portanto, uma sociedade com hábitos refinados, na qual a educação era algo de extrema importância, e a cordialidade dos maranhenses lhes apresentada, foram motivos para uma agradável surpresa.<sup>17</sup> Essas ideias preconcebidas sobre o estado tem a ver com o fato do Maranhão à época ser classificado como pertencente a uma região indeterminada e genericamente estabelecida como “norte do Brasil” ou “Amazônica” algo que se manteve durante a maior parte da história do estado.<sup>18</sup> Essas denominações eram utilizadas, principalmente, pelos habitantes do “sul do Brasil” que recorriam a essa categoria de forma pejorativa para referir-se a uma região distante no país, quase inatingível, exótica e inferior em relação às capitais consideradas mais desenvolvidas (Rio de Janeiro e São Paulo). Percepção relacionada a uma antiga geografia do país que polarizou o Brasil em duas grandes regiões quase insulares, Norte e Sul. Os médicos citados, por exemplo, além de falarem sobre suas ideias preconcebidas sobre a região, relataram o desinteresse que o Sul mantinha em relação ao norte do país:

Em regra geral, no sul não se acompanha com o devido interesse a vida dos Estados longínquos do oeste ou do norte. Os jornais só nos informam de suas coisas políticas e, por sua vez, só os políticos do norte sentem verdadeira atração para a capital da República, sede e fonte de todas as forças que movimentam a engrenagem política do país [...]. Os brasileiros do sul também pouco viajam pelo norte com o simples intuito de curiosidade. Os que vão ou são viajantes de casas comerciais ou procuram o Amazonas com o espírito de cobiça tentados por uma esperança de fazer fortuna rápida e fácil. Por esse motivo raros são os que de lá voltam e descrevem o que viram. Em Manaus tivemos certa dificuldade em convencer aos amigos que lá fomos exclusivamente a passeio. A muitos pareceu que tínhamos ido explorar o terreno ou tentar a sorte, tão estranho foi o nosso espontâneo aparecimento (GODINHO; LINDENBERG, 1906, p.7-8).

Após apresentar algumas particularidades econômicas e socioculturais de São Luís do Maranhão e do estreitamento de laços de sua elite com a Europa, postura que lhe deu uma

---

<sup>17</sup> Tratava-se de uma pequena parcela da população, privilegiados economicamente, que rodeavam os médicos citados.

<sup>18</sup> Utilizo o conceito de região dado por Albuquerque Jr. (2011) ao analisar o processo daquilo que chamou de “invenção do nordeste” brasileiro. Segundo explica, uma região deve ser pensada “como um grupo de enunciados e imagens que se repetem, com certa regularidade, em diferentes discursos, em diferentes épocas, com diferentes estilos” (ALBUQUERQUE JR, 2011, p.35). Nesta lógica, o autor destaca a importância de não pensar a região como uma homogeneidade, uma identidade presente na natureza. Por isso, “as fronteiras e territórios regionais não podem se situar num plano a-histórico, porque são criações eminentemente históricas e essa dimensão histórica é multiforme, dependendo de que perspectiva de espaço se coloca em foco, se visualizado como espaço econômico, político, jurídico ou cultural, ou seja o espaço regional é produto de uma rede de relações entre agentes que se reproduzem e agem com dimensões espaciais diferentes” (Op. cit.). Há que se considerar que as “relações espaciais são relações políticas e os discursos sobre o espaço como discurso da política dos espaços, resgatando para a política e para a história, o que nos parece natural, como nossas fronteiras espaciais, nossas regiões” (Op. cit.).

feição mais “insular” em relação às demais capitais, sigamos na apresentação de outras características dessa cidade do norte do Brasil, às vésperas do período republicano.

## **1.2 A cidade de São Luís e a chegada da República: sanear é preciso**

Apresento ao leitor um quadro geral sobre a cidade de São Luís do Maranhão, na primeira república, espaço na qual os personagens que compõem esta narrativa atuaram e ações de saúde pública foram instituídas. A recomposição de São Luís daquela época que proponho tem como base informações provenientes de uma historiografia local, recente ou não, que já discutiu esse tema amplamente<sup>19</sup> e algumas imagens produzidas pelo fotógrafo Gaudêncio Cunha, em seu *Álbum do Maranhão* (1908). Em um segundo momento destacarei os efeitos da mudança de regime político, que transformou a então comarca do Império em uma sede do Governo Estadual da República, bem como as iniciativas decorrentes para contornar os problemas ocasionados pela insalubridade comum à época.

São Luís que tenho tratado até o momento, “Athenas Brasileira” para alguns, “Manchester do Norte” para outros, capital do estado do Maranhão, para a maioria, é uma ilha da costa ocidental deste estado separada do continente por um canal, o Estreito dos Mosquitos. Este canal também separa a Baía de São Marcos, principal acesso ao porto do estado, da Baía de São José, ambas circundantes à insula. A cidade começou seu núcleo de povoamento em uma região mais elevada, em um promontório à beira mar, onde os franceses em 1612 edificaram uma rudimentar fortaleza, substituída com a colonização portuguesa pelo centro político e administrativo da província. A cidade encontra-se sob uma península formada entre a foz dos rios Bacanga e Anil e, em fins do século XIX, ainda estava segmentada em freguesias, modelo de divisão espacial ligado ao poder espiritual e temporal, notoriamente católico e Imperial.

Sobre o número de habitantes da capital e do estado não existem dados precisos, devido as dificuldades de recenseamento e confiabilidade dos dados levantados. Estimava-se que o total de habitantes do estado era de 500.000, segundo o censo de 1893 (GALVÃO, 1909,

---

<sup>19</sup> Meireles (2015), Paxeco (1923), Galvão (1909), Ferreira (1909), Marques (1864), Palhano (1988), Silva Filho (2009), dentre outros.

p.7).<sup>20</sup> Segundo Meireles (2015, p.232; 1993, p.56), a população de toda a ilha em fins do século XIX e início do XX estava estimada entre 70 a 80 mil pessoas, mas o censo de 1893 registrou 29.308 habitantes. Quanto ao número de habitantes da área urbana o engenheiro do estado, Palmerio Cantanhede (1902, p.132), estimou um número próximo a 50.000 indivíduos, distribuídos em 5.000 casas, em uma área que cobre 360 hectares. O médico Victor Godinho (1904, p.105) estimou uma média próxima a 60.000 habitantes, tendo em vista um cálculo realizado a partir do serviço de inspeção de domicílios.

Formavam o núcleo urbano de São Luís a Freguesia de Nossa Senhora da Vitória, de Nossa Senhora da Conceição e de São João. No interior da ilha as freguesias eram a de São João Batista (Vila do Vinhais), a de São João Joaquim, (Vila do Bacanga), a de Nossa Senhora da Conceição, (Vila de Mocajituba), a de Nossa Senhora da Luz, (Vila de Paço do Lumiar), a de Santa Filomena, (Arrabalde do Cutim – Vila do Anil), a de São José dos Índios e a de São José de Ribamar (MEIRELES, 2015, p.232). A Vila do Anil era um núcleo importante, pois ali foi instalada uma fábrica, a Companhia de Fiação e Tecidos Rio Anil, acessada através do trem da Companhia Ferro Carril; outra região importante era a Mayoba (Vila de Mocajituba), povoado conhecido à época pela quantidade de sítios e rios que proporcionavam um clima mais ameno à região (GALVÃO, 1909).<sup>21</sup>

Uma característica de São Luís, lembrada várias vezes em romances, literaturas e nos relatos de médicos que estiveram na capital no período em estudo, foi o clima quente, o calor que abafava a atmosfera ao longo do dia. Em contrapartida, as noites foram retratadas quase sempre em tom romântico, ventiladas ou até mornas, mas predominantemente estreladas e sob a luz do luar.<sup>22</sup> Por vezes o clima quente foi utilizado para justificar a indolência dos habitantes do Brasil, especialmente aqueles da região norte do país, algo visto em estudos

---

<sup>20</sup> Dados apresentados em um estudo intitulado *Geografia Médica e Climatologia do Estado do Maranhão* (1909), de autoria do maranhense Nosôr do Lago Galvão, então estudante da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Publicado em 1909 como uma memória no Congresso Médico Latino Americano no Rio de Janeiro, trata-se de uma análise síntese das condições gerais do estado (geografia, clima, relevo, estado sanitário) que afetavam a saúde dos maranhenses. A relação entre essas condições e a proliferação de doenças no estado, alvo do texto, não foi bem desenvolvida. No entanto, o estudo é importante para o conhecimento detalhado da cidade e a identificação das doenças que acometiam a sorte dos habitantes do estado no século XIX, em especial nos anos finais dessa centúria. Além disso, traça um perfil sobre as principais instituições voltadas para saúde dos maranhenses disponíveis à época. Filho do médico Oscar Leal Galvão, profissional conhecido e bem reputado na cidade, e da qual irei falar no capítulo seguinte, Nosôr Galvão diversas vezes em sua obra apresentou argumentos para valorizar a atividade do pai, que atuou na Inspeção de Higiene e no Serviço Sanitário do Estado na virada do século XX.

<sup>21</sup> Ao longo da tese retomarei a composição espacial da cidade e, nos últimos capítulos apresentarei dados que caracterizam melhor o estado. Aqui optei por realizar uma narrativa descritiva e apresentar algumas fotografias de época. Mapas sobre a ilha de São Luís, seu centro urbano e o estado do Maranhão, encontram-se no decorrer da narrativa (C.f. p.279; 322; 324).

<sup>22</sup> Observação recorrente nos escritos, por exemplo, de Victor Godinho, Adolpho Lindenberg e Oswaldo Cruz, em passagem por São Luís.

históricos que analisaram as representações da Amazônia, produzidas por viajantes do século XIX e início do XX. Porém, dentro da ideia de distinção da cidade de São Luís e vivificando o mito da “Athenas Brasileira”, o estudante de medicina, o maranhense Nosôr Galvão, apresentou uma ideia diferente sobre as consequências do clima quente de seu estado natal.

Em memória ao IV Congresso Médico Latino Americano (1909), realizado no Rio de Janeiro, Nosôr Galvão argumentou que o clima da cidade foi um fator preponderante para o desenvolvimento dos grandes intelectuais do passado de opulência do estado. A partir dos estudos do dr. Américo Froes, Nosôr Galvão (1909, p.11-12), destacou que a evolução cerebral estava relacionada às condições climáticas, e lugares com predominância de clima quente e proximidade com a natureza geravam povos mais propensos à imaginação, criatividade, literatura e poesia. Tendo São Luís uma média anual de 27°, 4 Nosôr Galvão acreditava que as altas temperaturas favoreceram o surgimento de grandes talentos na literatura e no campo de humanidades como Gonçalves Dias, Sotero dos Reis, João Lisboa, entre outros intelectuais do norte do Brasil.

Para além essa idealização, o romance naturalista *O mulato* apresenta um lado complexo de conviver nesse clima, enfrentado quase sempre por aqueles que não permaneciam reclusos em suas casas e necessitavam enfrentar as ruas da cidade. Eis a sensação incômoda de andar pelas ruas da capital durante o dia, sob a pena de Aluísio de Azevedo (1994, p.20):

Era um dia abafadiço e aborrecido. A pobre cidade de São Luís do Maranhão parecia entorpecida pelo calor. Quase não se podia sair à rua: as pedras escaldavam; as vidraças e os lampiões faiscavam ao sol como enormes diamantes; as paredes tinham reverberações de prata polida; as folhas das árvores nem se mexiam; as carroças de água passavam ruidosamente a todo instante, abalando os prédios; e os aguadeiros, em mangas de camisa e pernas arregaçadas, invadiam sem cerimônia as casas para encher as banheiras e os potes. Em certos pontos não se encontrava uma viva alma na rua; tudo estava concentrado, adormecido; só os pretos faziam as compras para o jantar ou andavam no ganho.

O cenário que o autor descreve acima fica na região do Bairro Comercial de São Luís, o Bairro Praia Grande, que se desenvolveu a partir do porto, e o período idealizado é o final do século XIX, por volta de 1870. Este atracadouro foi objeto de muita reclamação por parte de autoridades políticas, da imprensa, e de muitos viajantes que por ele passaram à época, pois identificavam que o assoreamento causado pelos rios Bacanga e Anil impediria que navios de maior calado atracassem ali e, conseqüentemente, transações comerciais maiores ficariam inviabilizadas no decorrer de poucos anos. A imagem a seguir denota a visão de quem aportava em São Luís à época. Caso o recém chegado não precisasse resolver negócios no Tesouro Público da União, no prédio maior à direita, ou estocar mercadorias nos armazéns do Bairro



Comercial, nos demais prédios à direita, geralmente, seguia reto rampa acima, até encontrar a Avenida Maranhense (atual Av. Pedro II).



**Fotografia 2. Rampa de Desembarque – São Luiz** (Legenda original)  
Fonte: CUNHA, 1908

A região do porto aparecerá diversas vezes nesta narrativa, pois era o núcleo comercial da cidade e lugar de importação e exportação de produtos vindos dos vales dos rios Mearim, Itapecuru e Pindaré, no interior do estado.<sup>23</sup> Também era um lugar de aglomeração de pessoas e mercadorias, e por isso, espaço insalubre e de proliferação de doenças, como a peste bubônica que aportou na capital em 1903, 1908 e 1922. O Bairro Comercial ou Bairro Praia Grande, com suas conhecidas ruas da Estrela, Portugal e 28 de Julho, por exemplo, viveu um período de acentuada ocupação ao longo do século XIX, reflexo da opulência econômica proporcionada pelo sistema agroexportador, que viabilizou a construção da maior parte do

<sup>23</sup> Estou retratando o porto oficial da cidade. A Rampa do Palácio foi o principal porto do Maranhão até 1970, quando foi inaugurado o Porto do Itaqui, ancoradouro capaz de receber embarcações que exigiam maior fundeio para atracar. Atualmente passou a chamar-se Rampa Campos Melo e ali funciona o Terminal Hidroviário da Praia Grande, também conhecido como Cais da Praia Grande, no Centro Histórico de São Luís. É verdade que à época existiam outros pontos de embarque e desembarque, como a Praia da de Madre Deus, Praia do Genipapeiro e a Ponta d'Areia. Mas eram portos sem qualquer estrutura, pontos alternativos ou utilizados quando a maré baixa impedia a embarcação de atracar. O médico Victor Godinho, em 1904, por exemplo, desembarcou na Ponta d'Areia e, em embarcação menor, foi conduzido até a Rampa do Palácio. O dr. Oswaldo Cruz, em 1906, desembarcou no porto principal, de onde avistou o dr. Ezequiel Dias, na rampa, acenando com o chapéu.

casario colonial que vemos até os dias de hoje. Progressivamente foi deixando ser morada de famílias mais abastadas da cidade que passaram a ocupar ruas como a do Sol, Hortas, Afonso Pena e o Caminho Grande, por serem mais distantes da movimentação e mais salubres.

Na imagem anterior, à esquerda, chamo atenção para uma grande edificação no alto do promontório. Trata-se do imponente Palácio do Governo, no período colonial era parte do Forte São Luiz e antiga vivenda dos capitães mores. Sede do governo estadual até os dias de hoje ali decisões importantes foram tomadas para a condução da política sanitária e era frequentemente acessado por médicos de outras localidades, comissionados para a reorganização do Serviço Sanitário local. Além do Palácio do Governo, a região cortada pela Av. Maranhense concentrava os principais prédios do poder público do estado: a sede da Intendência e Câmara Municipal, Caixa Econômica, Capitania dos Portos, Repartição dos Telégrafos, Igreja da Sé e o Paço Episcopal.

A imagem a seguir foi tirada a partir do Palácio do Governo, de frente para o mar, mas levemente inclinada para direita, avistando a foz do rio Anil. Mostra a muralha construída em 1841 para a contenção das águas e remodelamento urbano da região. Projetada desde tempos coloniais chamava-se Cais da Sagração que da Rampa do Palácio estendia-se em linha reta até as proximidades da antiga praia do Genipapeiro, no bairro dos Remédios. A construção impedia que as águas do mar, conhecidas por picos de elevação de até 6m, avançassem pela região. Além disso, impedia que sedimentos fossem arrastados das regiões mais elevadas da cidade para o leito do rio Anil e do mar, por ocasião das chuvas, processo que acelerava a erosão no entorno (MARQUES, 1864, p.76-77).



**Fotografia 3. Baluarte e margens do rio Anil – São Luís** (Legenda original)  
Fonte: CUNHA, 1908

Passando pelo Palácio do Governo, seguindo pela Avenida Maranhense, chegamos na Praça João Lisboa, denominada dessa forma pela Resolução n. 14 de 28 de julho de 1901, da Câmara Municipal (LIMA, 2002, p.76). Até então era chamada de Largo do Carmo, onde está localizado o Convento e Igreja Nossa Senhora do Monte Carmelo, região palco para eventos importantes da cidade, como a batalha entre portugueses e holandeses, em 1643. À frente, próximo à rua da Paz, existia um pelourinho que foi retirado dias antes da adesão do Maranhão à República (MEIRELES, 1990, p.17). O convento teve diferentes usos ao longo dos séculos, chegando a abrigar a primeira biblioteca pública e as primeiras aulas do Liceu (MARQUES, 1864, p.207-208). Por ocasião da primeira epidemia de peste bubônica em São Luís salas da instituição religiosa também foram utilizadas pelo Serviço Sanitário, para o armazenamento de materiais e instrumentos do serviço de desinfecção.



**Fotografia 4. Igreja do Carmo – São Luís** (Legenda original)  
 Fonte: CUNHA, 1908

Destaquei essa praça porque seus arredores formavam um centro comercial e social muito importante para a cidade, que estendia-se pelo início das ruas Grande, Sol e Afonso Pena. Na região existiam representantes que comercializavam pianos e máquinas de costura, lojas de tecidos finos, alfaiatarias, casas de moda, armarinhos, chapelarias, tabacarias, cafés, padarias e biscoitaria, lojas de mobília, ornamentação e tapeçaria, entre outros. Ali também estava a redação do jornal local de maior circulação, o *Pacotilha*. A praça João Lisboa foi recorrentemente citada nos escritos de médicos que transitaram por ali e, principalmente, por ter sido privilegiada nas lentes de Gaudêncio Cunha, que buscou retratar o espaço como símbolo de urbanidade e modernidade à época. Na imagem a seguir repare a arborização do espaço, com inspiração nos bulevares franceses, e na ênfase dada aos trilhos dos bondes que, na verdade, ainda eram de tração animal. Serviço muito criticado na cidade, em razão do mau funcionamento, foi iniciado em 1870 e sobreviveu na capital por 35 dos 41 anos de vida republicana, enquanto outras capitais experimentavam os bondes elétricos (PALHANO, 1988, p.296).





**Fotografia 5. Um trecho da Praça João Lisboa – São Luís** (Legenda original)

Fonte: CUNHA, 1908

No entanto, a cidade não era formada, tão somente, por aspectos positivos, belos e bem ordenados mais evidentes nessas imagens. Existia uma “outra cidade” bem diferente daquilo que predomina em álbuns comemorativos, realizados com fins oficiais, comuns à época. Essa cidade foi constantemente retratada por autoridades sanitárias do período, pela imprensa, principalmente, que propagavam a necessidade de alterar uma difícil realidade, encarada pela maioria dos habitantes. A “Athenas Brasileira”, quando deixada de ser concebida como uma comunidade imaginada, berço de intelectuais monumentalizados, na verdade, era uma cidade suja, com uma população condensada em um espaço restrito. Este espaço, era herdeiro do período colonial, insalubre em sua maior parte, e abandonado pelo poder público, principalmente à medida que se distanciava da avenida Maranhense e da Praça João Lisboa.

Permitindo-se um pouco de imaginação e, com base no meu relato, imagine o percurso de um viajante por algumas das principais vias de São Luís daquela época. Após desembarcar no porto o indivíduo que seguisse pelo Cais da Sagração em direção ao bairro dos Remédios, passando pela praia do Genipapeiro, chegaria à Gamboa do Mato, área ocupada por uma população pobre, que habitava casas rústicas, suspensas e de madeira, constantemente afetadas pelas águas do rio Anil. Nas redondezas outro bairro pobre se formava: o Curupira,

constantemente criticado pelo engenheiro do estado Palmerio Cantanhede, em 1902. Se o viajante fizesse o caminho oposto, após passar pelo Tesouro Público da União, encontraria uma ampla região lamacenta, formada pela foz do rio Bacanga e o mar, na Praia de Madre Deus;<sup>24</sup> continuando o percurso, caso não desistisse, o viajante encontraria muito lixo disperso geralmente despejado em “cofos”<sup>25</sup>, animais mortos e os resíduos orgânicos deixados pelo matadouro local mais adiante, tudo isso misturando-se na lama do rio Bacanga e do mar, que nem sempre arrebatavam os detritos. Decidindo continuar o caminho pela praça João Lisboa, seguindo pela rua Afonso Pena, após passar por casarões residenciais e comerciais importantes, o viajante chegaria ao rio Bacanga e, novamente, em região de confluência de marés. Seguindo pelo Caminho Grande (Rua Grande), a partir da praça João Lisboa, em trajeto reto chegaria até o Campo do Ourique (atual Praça Deodoro). Ali ficava o quartel, em uma região de chácaras e sítios, a “saída da cidade”, próximo à estação de trem da Companhia Férrea que ligava o centro até a Vila do Anil. Por ocasião da instalação de fábricas naquela região formavam-se moradias muito simples e pequenas, alugadas por operários.

Ao final da Rua Grande, optando por seguir pela rua do Passeio, após dobrar à direita, caminhava-se até a região de São Pantaleão, área de acesso ao Cemitério do Gavião, muito próximo da “baixada do Apicum” e do bairro Madre Deus. Região mais ao sul da cidade, após a instalação das Fábrica Santa Amélia, Progresso, São Luís e Cânhamo a região do entorno passou a ser ocupada, nos primeiros anos do século XX, por uma população pobre, geralmente operários das fábricas, que não conseguiam habitar nas regiões do núcleo mais urbano da cidade. Geralmente os operários alugavam pequenas casas, mas por volta de 1908-1910, começaram a construir palhoças em áreas mais distantes. Dessa forma uma ampla região que abrange os bairros do Codozinho (Codó de Cima e Baixo) e Baixinha foi formada.<sup>26</sup>

O fotógrafo Gaudêncio Cunha, ao retratar o bairro São Pantaleão, fez o registro a seguir, na rua Cândido Ribeiro (atual rua das Criolas). O muro à esquerda é da Fábrica de Fiação e Tecidos Santa Amélia, e à direita, vemos casas pequenas, geralmente alugadas por operários e pessoas com baixo poder aquisitivo. A imagem além de retratar a presença de crianças descalças na rua, cães soltos dormindo na calçada e pessoas mestiças e negras, mostra o estado

<sup>24</sup> Atualmente essa região encontra-se aterrada e urbanizada, formando o Aterro do Bacanga.

<sup>25</sup> Recipiente feito com palha de palmeira utilizado para transportar frutas, verduras, pequenos animais, dentre outros.

<sup>26</sup> O então estudante de medicina, Nosôr Galvão (1909), em seu estudo sobre o estado sanitário do Maranhão, disse que à época existia um bairro pobre na capital, composto por habitações de palha, denominado Baixinha. Foi a referência mais antiga que encontrei sobre a região nos registros históricos. Nos últimos capítulos da tese bairros como Baixinha e Codozinho serão alvos de análise mais detida, pois a inserção do Maranhão no movimento pelo saneamento do Brasil rural proporcionou ações voltadas ao saneamento dessa região.

precário da via. Principalmente na época de chuvas as ruas da cidade, ora de paralelepípedo defeituoso, ora de chão batido, presentes na maior parte da capital, transformavam-se em canais de lama, devido acúmulo de lixo e a falta de escoamento das “águas servidas”.



**Fotografia 6. Rua Cândido Ribeiro**

Fonte: CUNHA, 1908



**Fotografia 7. Detalhe da fotografia 6. Habitações populares e pessoas humildes nas ruas**  
Fonte: CUNHA, 1908

O fato é que as condições sanitárias de São Luís em fins do século XIX e início do XX eram precárias, não muito diferente de outras capitais do Brasil, que registravam aumento populacional, viviam cenários de insalubridade e mudanças no sistema econômico e político. Um dos grandes problemas que a população de São Luís enfrentava era falta de abastecimento de água. O consumo era realizado por meio de iniciativas particulares, através de poços e cisternas, e pela compra, utilizando-se um serviço que gerava um comércio lucrativo e excludente, e que explorava as poucas fontes e chafarizes da cidade. Os mananciais frequentemente eram mau utilizados, sujos e passíveis de danos devido à retirada da vegetação do entorno. Nesse quadro, a quase ausência de esgotos na cidade piorava a situação, uma vez que as escassas galerias da época colonial não suportavam os volume de águas, ficavam frequentemente entupidas e exalando mau cheiro. Como esses canais subterrâneos localizavam-se em uma pequena região da cidade, no núcleo inicial de povoamento, as “águas servidas” e os excrementos produzidos na maior parte da cidade, quase sempre ficavam acumulados nos quintais, ou eram lançados nas ruas e no mar. Havia, também, muito lixo acumulado nos fundos das residências, em ruas desabitadas e em terrenos baldios, pois não existia um serviço regular de coleta de resíduos na cidade (PALHANO, 1988).



Esse contexto pode ser observado através de matérias jornalísticas de época, que publicavam cotidianamente denúncias sobre moradores da capital que descartavam lixo e esgoto em locais impróprios. Além disso, publicavam reclamações direcionadas ao poder público, quase sempre inoperante frente à insalubridade e à proliferação de doenças. Também podem ser vistos nos registros de médicos inspetores de higiene e em estudos desenvolvidos pelo engenheiro do estado, como indicarei posteriormente. O cenário se torna mais complexo quando consideramos que o novo sistema econômico, na qual exigiu uma quantidade considerável de mão de obra urbana, formou uma população densa na capital que se comprimia em um espaço pequeno e não planejado, herdeiro de um conjunto arquitetônico da época colonial e imperial. Em regra, a população urbana pobre ocupava os “baixo-sobrados”, parte térrea ou subsolo dos casarões coloniais, formado por um cômodo e sem qualquer estrutura de cozinha e banheiro, disponíveis em aluguel para famílias inteiras (BEZERRA, 2012, p.64-65). Quando a oferta de habitações no centro, mais próximas ao Bairro Comercial, ficou escassa essas pessoas passaram a ocupar redutos mais distantes, próximos às fábricas, alugando casas pequenas ou se aventurando na construção de palhoças em territórios inexplorados do subúrbio, algo não muito diferente do que ocorreu em outras capitais brasileiras que viviam processos de industrialização.

Quase sempre as autoridades políticas rebatiam as críticas sobre sua inoperância frente a essas questões com um “argumento financeiro”, citando que não existiam recursos suficientes para construir um sistema eficaz de distribuição de água e captação de esgotos, nem dispor um serviço adequado de coleta de lixo. Argumentavam, também, que não existiam alternativas para coibir as habitação insalubres, incentivado por um precário sistema de multas quase sempre burlado ou ignorado. No entanto, dizer que o poder público se mantinha totalmente inoperante diante desses problemas é assumir a questão da higiene pública de forma unilateral. Ocorre que prevalecia entre os formuladores de políticas sanitárias uma “ordem escravocrata” que selecionava as ações e os serviços públicos responsáveis pela salubridade às elites econômicas da cidade que, mesmo com alguma dificuldade, sempre encontravam um jeito para usufruir dos recursos. Este tipo de concepção excluía boa parte da população dos serviços essenciais, algo que desencadeava a apropriação do espaço urbano de forma desordenada, o consumo da água sem critérios e o descarte de detritos onde fosse possível. Invariavelmente a população mais pobre era vista como mantenedora de maus hábitos higiênicos e responsável pelas ações que comprometiam a saúde de todos (PALHANO, 1988).

Acredito que existia, também, certa incompreensão por parte dos poderes estadual e municipal sobre suas responsabilidades perante as questões sanitárias, além de uma visão

superficial perante o fenômeno da expansão urbana da capital, que lançava a população pobre para locais mais distantes do centro urbano, nos subúrbios da cidade, tornando-os cada vez mais negligenciados. Enquanto isso, os habitantes do interior do estado e da ilha pareciam inexistentes para as autoridades políticas, uma vez que eram falhas e diminutas as iniciativas de combate às doenças, quase sempre direcionadas de modo emergencial, e raros os serviços voltados à salubridade. Muitas vezes essa população e suas habitações chegaram a ser idealizadas pela literatura local e pelos relatos de viajantes que ali passaram. Por estarem mais próximas da natureza essas regiões, na qual prevaleciam chácaras e sítios, foram por muito tempo concebidas como mais salubres, visão limitada que desconsiderava os problemas ali enfrentados, relacionados à falta de saneamento, proliferação de doenças e pobreza constantes.

Uma mudança no sistema político no estado deu maior visibilidade para as críticas relacionadas à questão sanitária enfrentada pelos maranhenses, em particular para os habitantes do núcleo mais urbano de São Luís. Enquanto desenvolvia-se a economia fabril e o mito da Athenas Brasileira era vivificado, os ideais republicanos se firmavam na capital e algumas cidades do interior do estado, facilitando a adesão do Maranhão à República. Segundo Meireles (1990; 2015) a transição do Maranhão Comarca do Império para uma das unidades federativas da República, foi um evento simples, uma cerimônia militar e sem participação popular. O evento ocorreu no dia 18 de novembro de 1889, apenas três dias após a proclamação no Rio de Janeiro, capital federal. Uma semana depois algumas manifestações de entusiasmo começaram a aparecer na cidade, como um desfile dos estudantes do Liceu. Vieram, também, manifestações de apoio por parte de intelectuais maranhenses, que saudaram o novo regime e a possibilidade de novos ares para as ações políticas. Apesar de não haver um partido oficialmente declarado republicano, em oposição ao Império, existiam clubes que defendiam princípios democráticos e a imprensa local já era simpatizante do novo regime. Por isso, a adesão do Maranhão à República no Brasil foi um evento esperado pelas elites políticas e intelectuais da época.

Um fato importante a ser considerado é que o novo regime político, aliado à mentalidade de diferenciação cultural e intelectual, e à euforia industrial, formou um cenário complexo de desejos e aspirações de modernidade, progresso, saneamento e civilização para a jovem unidade republicana no norte do Brasil. Esse pensamento levou as elites perseguirem um estágio de maior avanço social, moral e econômico, superando um “velho regime” e saudando um Maranhão que ainda estava “por vir”. Para dar alguns exemplos de membros dessa elite maranhense cito o senador Benedito Leite, político importante no estado, um entusiasta da prosperidade do Maranhão como veremos no terceiro capítulo. O também senador Urbano Santos, que mobilizou forças para promover ações voltadas ao saneamento rural do estado.

Médicos que trabalharam na nova Inspetoria de Higiene, como Almir Nina e Oscar Galvão, acreditavam que era incompatível com o novo regime os problemas sanitários apresentados na cidade. O engenheiro do estado, Palmerio Cantanhede, também nutria ideias semelhantes ao defender a necessidade do saneamento material da cidade e moral dos habitantes. Apresentarei esses personagens e suas ações no decorrer da narrativa.

O jornal local *Pacotilha*, à época dirigido por Barbosa de Godois, jurista, escritor, poeta, “ateniense” da segunda geração, não hesitou em divulgar aspirações dessa natureza em várias edições do periódico, que consolidava-se como o de maior circulação no estado.<sup>27</sup> Sob sua anuência diversos artigos anônimos, relacionados à questão sanitária do Maranhão, ali foram expressos poucos meses depois da adesão do Maranhão à república. Um desses intitulase “A higiene e o Estado do Maranhão”, que foi desmembrado em 5 edições do periódico. No quinto dia de publicação, com uma retórica de quem proferia discurso diante de uma tribuna, o autor destacou: “a nossa cidade conserva ainda a higiene de sua primitiva e nesse estado paleontológico continua a viver ainda! Tudo tem avançado, exceto os melhoramentos higiênicos da capital que continua no mesmo abandono cruel” (A HYGIENE, 18.02.1890, p.2).

Em seguida, com a autoridade de quem exercia o ofício das letras e julgava-se crítico da ordem tradicional mantida, declarou: “não podem ser mais evidentes, portanto, as desvantagens que resultam da conservação de moldes antigos, quando o desenvolvimento da cidade é outro e incompatível com esse velho regime”. Depois disso, o autor iniciou uma longa e detalhada exposição sobre a falta de saneamento da capital, despertando no leitor a sensação de estar caminhando pelas ruas sujas de São Luís daquela época, enfrentando o mau cheiro ali produzido. Destacou a ausência de serviços públicos voltados à distribuição de água potável, captação de esgotos e limpeza urbana. Argumentou que suas palavras estavam “dissecando o cadáver da higiene do Maranhão” e que sua missão era “por em relevo os órgãos lesionados [do estado] que reclamam as mais salutaras medidas tendentes a reformá-los”. Finaliza dizendo que cumpre “aos poderes competentes, de cujas mãos muito espera a população” evitar “os males que desse estado de coisas poderão vir” (Op. cit.).

No entanto, ao tomar contato com a documentação produzida no recorte espaço-temporal, percebi que existia muita retórica em prol da saúde pública, higiene, saneamento, e

---

<sup>27</sup> Idealizado por Vitor Lobato, o periódico *Pacotilha* passou a circular no Maranhão em 1880. Devido à orientação de seu fundador ficou conhecido pela ligação ao partido liberal, ao movimento abolicionista e aos ideais republicanos (SILVA, 2006, p.18). Barbosa de Godois substituiu Victor Lobato na redação em 1890. É dele a letra do hino do Maranhão, ao qual, faz referência aos antepassados do estado, lugar denominado como “berço de heróis”. Destaco entre os redatores-chefes mais representativos no periódico, também, Antonio Lobo, que à semelhança de Godois era filho de família tradicional de proprietários rurais, mas que se apresentava-se como liberal, e também era concebido como “ateniense”.

ciência à época, que usava categorias discursivas quase de senso comum (um novo senso comum), propagadas por literatura não especializada, e por livros e revistas de divulgação científica. Emergiram, também, alguns estudos com base na ciência sanitária, alguns com soluções inviáveis e quase utópicas. Apesar de tanta retórica isso não significa que nada foi feito para alterar a ordem dos fatos. Existiu outro patamar que corresponde ao das competências técnicas, políticas e institucionais que transformaram em realidade o que a retórica prometia, mais marcantes a partir da chegada da peste bubônica na capital. Interesse-me, principalmente, nessas competências, que são as ações voltadas à saúde pública na primeira república maranhense. Inicialmente, ações tímidas, a maioria estudos científicos no momento de consolidação da república; outras que deram resultados mais visíveis, em 1904, seguido de um momento de enfraquecimento que se estendeu até 1918. Nesse momento uma nova conjuntura política trouxe mudanças para a questão sanitária no estado, que passou a ser entendido como sertão do Brasil.

Após a adesão do Maranhão à República iniciou-se um período instável na política local, firmando-se um processo de renovação interna da oligarquia e acomodação das antigas lideranças monárquicas no aparelho estatal republicano (REIS, 2007). A maioria dos antigos oligarcas, na qual tiveram suas fontes de enriquecimento ligadas às grandes propriedades rurais, aderiu à República e, imediatamente, ocupou cargos importantes nas juntas provisórias que cuidaram das decisões políticas do estado. Segundo Meireles (1990, p.31; 1993, p.65), dentro de um quadro de instabilidades, a primeira Constituição do Maranhão foi alterada duas vezes até a de 1892, que tinha um caráter definitivo. Teve, também, três juntas provisórias, quatro governadores provisórios nomeados e dois eleitos indiretamente. Políticos como Benedito Leite, Luís Domingues e Urbanos Santos, personagens importantes que aparecerão ao longo desta narrativa, começavam a projeção de suas carreiras através de acordos e conchavos que garantiam suas permanências ora no cenário local, como legisladores, ora no nacional, em cargos como deputado federal e senador.

Devido a essa instabilidade é compreensível que, em termos práticos, pouco tenha sido feito de concreto para organizar a máquina administrativa do estado e colocá-lo em sintonia com a primeira Constituição Brasileira, promulgada em 1891.<sup>28</sup> Inicialmente também foi difícil colocar como questão relevante, no âmbito das decisões políticas, leis específicas voltadas ao

---

<sup>28</sup> Esta, no artigo 5º determinava que cada estado deveria prover os meios para satisfazer suas necessidades. A exceção era em casos de calamidades públicas, em que o governo federal poderia intervir. Nas primeiras décadas do século XX, especialmente, a partir o Movimento pelo Saneamento do Brasil rural esse artigo foi progressivamente revisto, pois à União ficou estabelecida a responsabilidade de setores importantes, como a saúde pública.

saneamento da cidade, apesar da retórica que tanto dava importância a isso. Em Mensagem ao Congresso, no ano de 1893, o governador Alfredo da Cunha Martins indicava que a insalubridade da capital (perceba que o estado não é citado) começava a ser alvo de preocupação:

Julgo da máxima conveniência tratarem os poderes públicos do saneamento da capital, o que contribuirá vantajosamente, no que respeita à higiene, para o bem estar da população, já em outros tempos flagelada por cruéis epidemias que trouxeram a dor e o luto ao seio de tantas famílias (MARANHÃO, 1893, p.24).

Em 1896, governando o estado em alternância com Belford Vieira (primeiro governador eleito) e Casemiro Dias de Abreu (vice-presidente), em um complexo conchavo político que lhe conduziu ao cargo de deputado federal em 1898, Alfredo da Cunha Martins instituiu a lei n. 159 de 15 de maio de 1896, diretriz que reorganizou o Serviço de Higiene Pública da província e criou a nova Inspetoria de Higiene. A direção desta instituição foi confiada ao médico Claudio Serra de Moraes Rego, da qual falarei mais à frente. Ali estavam delineados os princípios gerais e específicos para manter a salubridade da capital. Em 1898 entrou em vigor outro conjunto de leis, o Regulamento Sanitário, mais uma conquista do período.<sup>29</sup> No entanto, essas iniciativas encontraram um quadro de insalubridade complexo na cidade, como já demonstrei, e igualmente desolador no que diz respeito à estrutura institucional voltada à saúde da população. A “Athenas Brasileira” ou a “Manchester do Norte”, também era uma “terra de bexigas”<sup>30</sup>, como tantas outras cidades brasileiras ao longo do século XIX.

### **1.3 Legado do Império: doenças e estrutura de saúde na capital**

É compreensível que a insalubridade da cidade de São Luís, ao despontar o período republicano, levasse à proliferação de doenças entre a população, especialmente entre os mais próximos das áreas em que os serviços de abastecimento de água, captação de esgotos e limpeza urbana eram escassos ou inexistentes. Além disso, a estrutura institucional voltada para o tratamento de doentes na capital era mínima, defeituosa e excludente. Herdadas do período colonial e imperial essas condições agravavam um quadro constante de doenças endêmicas e

---

<sup>29</sup> Voltarei a essas iniciativas após falar da estrutura de saúde do Maranhão e as doenças mais comuns do período.

<sup>30</sup> Bexigas é um termo encontrado em relatos históricos para referir-se à doença varíola.

epidêmicas, algumas descritas de forma aterrorizante em relatos produzidos por autoridades políticas e médicas. À época, a varíola exerceu certo protagonismo na capital, em sua forma epidêmica, pois ainda estava na memória da população as transformações que causou no espaço urbano e nos modos de sociabilidade e sensibilidade relacionados à morte e aos mortos em meados do século XIX.

Analisando os escritos de médicos que atuaram no Maranhão em fins do século XIX e nos primeiros anos do XX, entre eles, Almir Parga Nina, Claudio Serra de Moraes Rego, Oscar Lamagnère Leal Galvão e Felicissimo Rodrigues Fernandes<sup>31</sup> identifiquei que as doenças que mais causaram transtornos à população de São Luís no período foram: sarampo, disenteria, paludismo, febre amarela (ocasionalmente), lepra, tuberculose, beribéri e a varíola.

Sobressai nesses escritos a preocupação com a varíola, protagonista no quadro de doenças reinantes, como disse, em virtude de ser uma doença presente em terras maranhenses desde os tempos coloniais, como de resto ocorria em outras regiões no Brasil. Além disso, uma epidemia de varíola no Maranhão estava relativamente recente, pois manifestou-se em São Luís entre os anos de 1882 – 1883, sendo lembrada muitos anos depois por médicos que atuavam no período republicano devido à alta letalidade que causou. Em 1900 o registro de casos levou as autoridades a acreditarem que iniciava-se uma severa epidemia, mas a doença não assumiu amplas proporções. Entre 1907 e 1908 a varíola voltou à capital com bastante intensidade e, manifesta na forma epidêmica, causou estragos à população e ao comércio local, alcançando regiões do interior do estado (FERREIRA, 1909, p.9; GALVÃO, 1909, p.17).

Isso sem falar nos casos endêmicos da doença, comuns à época. Casos esporádicos, cujo público preferencial eram os indigentes, causavam a sensação de ameaça constante, vivificada, quase sempre pela imprensa local que cotidianamente denunciava focos da enfermidade. Também estavam atentos os médicos locais que chamavam atenção para a possibilidade de epidemia em relatórios encaminhados aos governadores em exercício, apontando que a doença era um obstáculo ao desenvolvimento da nação, incompatível com o novo regime político e um obstáculo à civilização. Mas um ponto importante a ser mencionado é que, por vezes, a doença saiu do eixo de atenções das autoridades locais, “ofuscada” por outras enfermidades, conforme o contexto histórico e político em curso. Isso ficará mais perceptível ao longo da pesquisa, quando analisarei outras doenças inseridas na agenda de combate da saúde pública na primeira república. No entanto, a enfermidade nunca deixou de ser uma

---

<sup>31</sup> Apresentarei esses médicos, todos maranhenses, no decorrer deste capítulo, bem como as técnicas de combate às doenças que desenvolveram. Por ora, apresento um quadro geral das doenças, em especial a varíola, e das instituições de saúde existentes na capital.

preocupação, ainda que latente. E a razão para essa vigilância tem a ver com a alta letalidade e o grau acentuado de deformações que causava nos sobreviventes, condenados à segregação social.

Descrevendo sumariamente a doença, a varíola é causada por um vírus que contém material genético constituído por DNA do gênero *Orthopoxvirus*, da família *Poxviridae*. Seu quadro clínico é apresentado em literatura histórica e médica de forma aterrorizante e dramática: primeiro a vítima era acometida por febre alta e dores no corpo; quatro ou cinco dias depois surgiam erupções cutâneas, semelhantes a vesículas formadas por um líquido límpido e circundadas por vermelhidão; por volta do sexto dia as erupções evoluíam para pústulas. As alterações cutâneas surgiam após as crostas formadas sobre as lesões se soltarem no processo de cicatrização. Em caso de sobrevivência as afecções deixavam severas deformidades no corpo todo (FERNANDES, 2010; LEVI; KÁLLAS, 2002). As cicatrizes expostas assemelham-se a “cavidades rasas”, como a “superfície da lua” ou uma “praia salpicada pela chuva” (FARREL, 2003, p. 31).

A doença tinha um alto grau de letalidade – matava mais da metade das vítimas, e atuou na história da humanidade dizimando populações nas formas endêmicas e epidêmicas, via pandemias e surtos localizados.<sup>32</sup> A presença da doença na história do Maranhão foi apurada pioneiramente pelo médico Cesar Marques (1864) que identificou epidemias de varíola nos anos 1621, 1766 e entre os anos de 1787 e 1799, acompanhando as missões jesuíticas do litoral de São Luís até a Amazônia.<sup>33</sup> Ao longo do século XIX, o médico também registrou surtos em 1805, 1820-1821, 1837-1838, 1854-1855. Devido ao rápido contágio e por ter acompanhado grandes expedições e rotas comerciais ao longo dos séculos, não por acaso, a varíola foi chamada por Crosby (2011, p. 210) como uma doença que calça “botas de sete léguas”.

Entre os eventos epidêmicos em São Luís, registrados no século XIX, ganhou representatividade o surto de 1854, que principiou em novembro e arrastou-se ao longo de 1855. Foi uma epidemia de grandes proporções que atingiu, sobretudo, a população que habitava o centro mais urbano da capital. A “a peste das bexigas”, como ficou conhecida, causou mudanças

---

<sup>32</sup> A disseminação da varíola é considerada um exemplo de imperialismo biológico da Europa, que se expandiu rumo a outros continentes. Na América, a presença da doença foi consequência do processo de expansão das nações europeias em busca de novos territórios além-mar. Atingiu principalmente nativos, que não estavam imunes ao vírus, facilitando o processo de colonização – a extração de recursos e povoamento (CROSBY, 2011).

<sup>33</sup> Cesar Augusto Marques é um dos nomes mais citados no campo da medicina oitocentista no Maranhão. Erudito, sua memória está ligada à publicação de seu livro mais célebre, “Apontamento para o Dicionário histórico-geográfico da província do Maranhão”, de 1864, seu nome também é relacionado aos cargos que exerceu: médico da província, comissário vacinador, provedor da saúde do porto, professor do Seminário das Mercês, etc. (MEIRELES, 1993, p. 49).

na sensibilidade dos atos funerários, exilando os mortos para longe do convívio dos vivos. Isso porque incentivou a construção do novo cemitério da Misericórdia, laicizado, em região distante do perímetro urbano da capital, na Quinta do Gavião. A razão para essa mudança relaciona-se à superlotação do antigo cemitério na quadra epidêmica em curso, algo que gerou um intenso debate médico sobre a salubridade dos sepultamentos eclesiásticos, há tempos promovidos pela Irmandade da Misericórdia. A prática começou a ser entendida como principal propagadora da doença na capital e essa discussão foi comum em diferentes capitais do Império (COE, 2008).

A epidemia de varíola ocorrida entre setembro de 1882 e o final de 1883 ficou marcada na história do estado porque teve um índice alto de letalidade. O inspetor sanitário à época, Raymundo José Pereira de Castro, estimou que 4.000 pessoas foram acometidas pela doença e cerca de 1.200 a 1.300 pessoas vieram a óbito. A situação era crítica, pois não havia estrutura hospitalar adequada para o isolamento dos doentes, a maioria indigentes, sem qualquer possibilidade de auferir cuidados que não fosse promovido pelo Estado ou caridade. O governo abriu 3 enfermarias provisórias, sob a responsabilidade da Santa Casa de Misericórdia para cuidar dos enfermos. Estabeleceu comissões específicas para os desvalidos da capital e nomeou comissões para fazer vacinações no interior, após ter recebido pedidos de Alcântara, Icatu, Barra do Corda e Grajaú, locais do interior do estado em que a epidemia grassou (CASTRO, 1884, p.9-10).

O inspetor citado atribuiu o desenvolvimento da doença na capital às péssimas condições de salubridade reinantes, e aproveitou para argumentar que, em outras épocas, a cidade não era suja: “Era antigamente esta cidade uma das mais limpas do Império”. Trata-se de uma visão superficial, pois as condições sanitárias da capital pouco foram alteradas desde os tempos coloniais. Aliás, só se agravavam devido ao aumento populacional e a pouca disponibilidade de habitações. O médico fez críticas à população que corrompia o trabalho de recolhimento do lixo, realizado às custas da Câmara Municipal e disse que antigamente os habitantes, mais conscientes dos problemas ocasionados pela falta de asseio, realizavam a limpeza dos quintais e recolhiam o lixo em lugar adequado. O inspetor solicitava policiamento para acompanhar o serviço de coleta de lixo em funcionamento, visando penalizar aqueles que insistiam depositar detritos em local impróprio. Esta medida, alegou o médico, era uma forma de reviver o “bom estado sanitário de outrora” (CASTRO, 1884, p.18). O tal passado glorioso do Maranhão nunca era esquecido pelas autoridades do estado.

Para atender a população, em tempos epidêmicos ou não, São Luís dispôs ao longo do século XIX e primeiras décadas do XX de, apenas, três nosocômios: o Hospital da Santa Casa da Misericórdia, sob a administração da Irmandade da Misericórdia, o Hospital Militar ou



Hospital Regimental, do governo, e o Hospital Português, particular e voltado aos lusitanos radicados no estado. Esse número manteve-se inalterado com a chegada do período republicano, e ao longo de toda a primeira república maranhense nada foi feito para expandir o número de instituições hospitalares. Somente em 1918 uma alteração mais significativa foi vista, após o Maranhão ser inserido no movimento pelo saneamento do Brasil rural. A partir disso, o Hospital Militar passou por uma profunda reestruturação, e postos de profilaxia rural foram instalados na capital e algumas cidades do interior do estado.

A primeira instituição de saúde que destaco é o Hospital de São José da Santa Casa de Misericórdia, administrado pela Irmandade da Misericórdia, que atuava na capital desde 1815, nas proximidades da ermida de São Pantaleão. Através do recolhimento de donativos a função da irmandade era prestar socorro aos pobres, cuidar da Casa dos Expostos, promover os sepultamentos dos mortos em cemitério que funcionou na região até 1855, dentre outras ações ligadas à caridade. Em 1874 o hospital passou por uma completa reestruturação e, devido a uma complexa rede de poderio econômico e político que a irmandade exercia na cidade, expandiu o nosocômio que ocupava uma quadra inteira. A obra deu feições mais modernas ao edifício, dividindo-o em dois pavimentos, e estabeleceu parâmetros sintonizados à higiene para a edificação, como a instalação de ladrilhos no piso e a arquitetura que promovia a circulação do ar. O resultado é um edifício amplo, como a imagem a seguir denota, com espaçosas enfermarias, farmácia, sala de cirurgia e alcova, onde residiam as irmãs Filhas de Santana, que administravam cuidados aos doentes (MARQUES, 1864; MARANHÃO ILUSTRADO, 1899, p.37-40; LACROIX, 2015, p.118).



**Fotografia 8. Hospital da Santa Casa da Misericórdia** (Legenda original)  
 Fonte: MARANHÃO ILUSTRADO, 1899, p.36

Sob a administração da Santa Casa existia na cidade o chamado “Hospital” dos Lázaros, destinado aos cuidados de leprosos. Na capital as iniciativas direcionadas a esses enfermos ao longo do Império foram mantidas pela caridade, e esse quadro começou a ser modificado com a chegada da república, quando os governos começaram a chamar para si a responsabilidade da questão, após pressão da sociedade, mas as iniciativas giravam em torno da exclusão social e segregação em isolamentos. Doença grave, silenciada em razão do grande estigma que lhe reveste, era muito comum à época na capital e no interior do estado. Em uma época em que o interior era visto como um lugar mais salubre e isento das doenças que acometiam os habitantes do centro urbano de São Luís, em 1896 o maranhense e então estudante de medicina, Raymundo Nina Rodrigues, percebeu algo diferente. Destacou que localidades do interior do Maranhão, como Rosário, Vianna e Anajatuba diversos leprosos conviviam com a população sadia. Em razão disso publicou seu primeiro trabalho acadêmico intitulado *A morfeia em Anajatuba - Maranhão* (1886).

O Hospital dos Lázaros em São Luís sobreviveu durante muitos anos, mudando, apenas, de endereço. Localizado à rua do Passeio desde 1833, era uma casa precária, que sobrevivia com poucos recursos, nos fundos do Cemitério da Misericórdia. A Santa Casa tinha pouco controle sobre os doentes e, por isso, a livre circulação dos leprosos pelas ruas da cidade era comum, gerando muitas reclamações por parte de médicos e pela imprensa em geral. Isso

incentivou a construção de um novo espaço para esses doentes, ainda sob a administração da Irmandade. O lugar escolhido ficava mais distante do perímetro urbano de São Luís, em terreno cercado, pertencente à Misericórdia e, novamente, nos fundos de um campo santo – o Cemitério do Gavião.

O “novo hospital” começou a funcionar em 1870 e também foi alvo de muitas críticas, pois localizava-se no bairro Madre Deus, em região próxima ao matadouro da cidade. Além disso, o espaço não passava de dois barracões cobertos por palha e um outro de telha, na qual funcionava uma precária enfermaria. Ali os doentes eram meramente depositados, pois a maioria eram desvalidos, indigentes e ex-escravos. Geralmente os médicos maranhenses repreendiam o uso do termo hospital para referir-se àquele estabelecimento, tendo em vista não existir ali uma estrutura adequada para o tratamento dos vitimados por lepra, e nem o princípio da segregação entre sadios e enfermos era obedecido. Afinal, os doentes continuavam circulando livremente, entregues à mendicância, ou vendendo hortaliças, frutas e galinhas cultivadas na falsa reclusão (GALVÃO, 1909, p.26; LACROIX, 2015, p.121).

No extremo sul da cidade, nas proximidades da foz do rio Bacanga, mantinha-se um nosocômio de uso regimental, o Hospital Militar. A instituição fica no alto de um promontório, na região conhecida como Madre Deus, cujo acesso se dava pela Rua de São Pantaleão. O prédio, datado de 1713, obra dos jesuítas que ali estabeleceram os pilares de uma ermida dedicada à Santa que dá nome ao bairro, teve diferentes usos desde os tempos coloniais. Após a expulsão dos religiosos do Brasil foi incorporado aos bens nacionais e em seguida chegou a ser moradia de recreio de governadores. Em 1811 começou a receber doentes devido à ausência de um lugar apropriado para esse fim na capital e a impossibilidade da irmandade da Misericórdia ministrar cuidados ao contingente de necessitados, especialmente em tempos de varíola. Em 1847 a instituição ficou restrita ao uso militar, pois foi destinada ao tratamento de soldados enfermos (do exército e polícia) e presos de justiça. Em consequência disso o edifício foi inteiramente modificado e sua fachada ganhou nova arquitetura (FERREIRA, 1909; 1921).

Chamo atenção para o fato desse hospital, na primeira república, ter sido um espaço importante no cenário da saúde pública no Maranhão, pois em 1904, serviu de Hospital de Isolamento, por ocasião da chegada de médicos do Serviço Sanitário de São Paulo, comissionados para combater a peste bubônica que grassava. Quatorze anos depois, após a inserção do Maranhão no movimento pelo saneamento do Brasil rural, o nosocômio foi transformado em Hospital Central da Profilaxia Rural, ocasião em que passou por uma grande reforma que foi concluída em 1921. Na nova fase sua missão era atender além dos habitantes

do centro urbano, a população que vinha de regiões do interior do estado e da ilha de São Luís em busca de tratamento para a malária, ancilostomose e as úlceras expostas.



**Fotografia 9. Hospital Militar**

Fonte: CUNHA, 1908

O terceiro nosocômio de São Luís, o Hospital Português, foi construído a partir da insatisfação dos lusitanos radicados no estado com a oferta de serviços de saúde. Era administrado pela Real Sociedade Humanitária 1º de Dezembro, instituição que dedicava caridade aos portugueses no Maranhão, atendendo solicitações de retorno ao país natal e socorro em caso de doenças.<sup>34</sup> Após algumas tentativas de criar enfermarias de pequenas proporções pela cidade, a Sociedade decidiu construir um hospital próprio, o Hospital Português, que foi inaugurado em 1869, na Quinta do Monteiro, na rua do Passeio. O solar ali existente foi ampliado e transformado em um espaço imponente, e adaptado para conter enfermarias, sala de

<sup>34</sup> A fraternidade foi importante para os colonos que vieram por ocasião da construção do Canal de Arapapay, obra localizada nos limites da ilha de São Luís com o continente. Projeto utópico e oneroso para os cofres públicos fracassou em fins do século XIX quando o cenário de miséria, dívidas e doenças, como a malária e varíola, expulsou os colonos que permaneciam na região. A finalidade da obra era construir uma ligação entre o rio que dava nome ao futuro canal, que desemboca na Baía do Arraial, ao rio Bacanga que deságua na Baía de São Marcos. O projeto idealizado em 1742 tinha como alvo ligar São Luís a outros locais do interior do Maranhão de modo que as embarcações que transportavam gêneros agrícolas para a capital não passassem pelo temido Canal do Boqueirão, responsável por muitos naufrágios. Nas proximidades foi fundada a Colônia Arapapahy formada por operários estrangeiros – a maioria portugueses, que trabalharam na construção do canal (MARQUES, 1864, p.23-15).

cirurgia e uma capela. Os cuidados aos doentes eram ministrados por irmãs franciscanas e os serviços médicos disponíveis à população em geral eram cobrados (LACROIX, 2015, p.123-124).

Fora os hospitais, a estrutura oficial de saúde na capital também era composta pelo Isolamento do Bonfim. Localizado em uma ponta de terra defronte ao centro urbano de São Luís, o acesso se dava com embarcações atravessando a foz do rio Bacanga, em direção à sua margem esquerda. No terreno foi levantado um abrigo para alienados em 1718, pertencente à ordem carmelita da província do Maranhão. A instituição não prosperou, restando, apenas, as ruínas da edificação. Depois de um período sem despertar atenção, chegando a ser utilizado até como espaço de recreio, o local começou a ser usado como isolamento para variolosos, com instalações de palha, tipo barracões (MARQUES, 1864, p.65-67). Em 1823 começou a receber leprosos e a precariedade do lugar manteve-se ao longo de todo o século XIX e nas primeiras décadas do século XX. De acordo dr. Moraes Rego (1897, p.40), diretor da Inspetoria de Higiene em 1896, o Isolamento do Bonfim era um estabelecimento federal destinado a realizar quarentenas de embarcações com passageiros suspeitos de moléstias transmissíveis. A inspetoria também utilizava esse espaço para isolar os doentes da capital, e existem relatos dramáticos da partida de variolosos e leprosos para o lugar remoto, em embarcações conduzidas pelos funcionários da saúde do porto, que atravessavam a foz do rio Bacanga, nas revoltas águas da Baía de São Marcos, sob sol ou chuva.<sup>35</sup>

Há que se considerar que essa estrutura de saúde era insuficiente para o contingente populacional do período, formado por habitantes do núcleo mais urbano de São Luís.<sup>36</sup> Por isso, a população buscava outros meios para lidar com os processos de adoecimento. Dentro das possibilidades, um restrito número de pessoas que poderia arcar com os custos de uma consulta recorria às clínicas particulares, abertas por ocasião do retorno de profissionais que saíram do Maranhão para estudar medicina em Salvador e no Rio de Janeiro, mas também no exterior, na Universidade de Coimbra, na Escola Médica de Lisboa, na Universidade de Paris, na Universidade de Rostock, na Alemanha, na Universidade de Bruxelas, entre outras. Na segunda

---

<sup>35</sup> Encontrei nos ofícios de médicos diretores da Inspetoria de Higiene, produzidos na virada do século XX, principalmente, relatos sobre o medo que os doentes sentiam dos naufrágios ou de encalhar na Baía de São Marcos, acesso para a Ponta do Bonfim. Fora isso, ser conduzido para ali, à época, era quase uma sentença de morte, pois eram escassos os casos de cura e de retorno de restabelecidos para a cidade. Um dado de realidade apontado pelos médicos inspetores era que o cemitério ali existente era sempre utilizado e que o lugar passava por severas privações, inclusive de água potável. Por essas razões, estudava-se a possibilidade de erguer outros isolamentos, com a administração do governo estadual, como na Ilha do Medo ou na Ponta da Guia, região próxima. O médico Felicíssimo Fernandes (1901, p.10) também citou um transtorno muito comum à época nesse serviço: os doentes acabavam permanecendo mais tempo do que deveriam na parte urbana da cidade, aguardando maré apropriada para realizar a travessia, facilitando a disseminação de doenças.

<sup>36</sup> Sobre o número de habitantes ver item 1.2. C.f. p.27-28.

metade do século XIX os consultórios desse médicos ganharam certa projeção, podendo ser vistos em diversos anúncios nos periódicos da época. Esses profissionais, nativos e estrangeiros radicados no estado, não atuavam somente em consultórios; também disponibilizavam atendimentos domiciliares e trabalharam no funcionalismo público imperial, geralmente como inspetores de saúde (MEIRELES 1993, p. 59-61).<sup>37</sup>

Não contando com atendimento médico em hospitais e nem possuindo recursos para obter assistência em consultórios particulares a maioria imperiosa da população recorria aos saberes populares, não oficiais, para amenizar os problemas ocasionados pelas enfermidades, não muito diferente do que ocorria em outros lugares do Brasil na época colonial e imperial. Alvo de severas críticas por parte dos médicos que buscavam legitimar suas práticas no concorrido âmbito da saúde e adoecimento, habitavam na capital indivíduos que mesclavam habilidades populares e científicas de europeus, indígenas e africanos, oferecendo receitas milagrosas para a cura dos males do corpo. Eram homens e mulheres, vistos como feiticeiros, curandeiros, benzedeiros, e suas práticas, conforme o aumento progressivo da autoridade médica e científica, foram classificadas pejorativamente como charlatanismo.<sup>38</sup>

Essa desqualificação muito se deve ao processo de institucionalização e profissionalização da medicina no Brasil, mais evidente nas três primeiras décadas do século XIX, com implicações ao longo desse século. Afinal, o início do oitocentos foi o momento de instauração das primeiras instituições médicas no Brasil, como a Escola de Cirurgia da Bahia (1808), a Escola Anatômica, Cirúrgica e Médica do Rio de Janeiro (1811) e a criação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1829), que progressivamente formavam profissionais com base em formas legítimas de curar, desautorizando o trabalho de outros ofícios, exercidos por camadas subalternas da população. Ao longo do século XIX não é difícil encontrar nos jornais de São Luís, como no *Pacotilha*, por exemplo, a presença de curandeiros sempre requisitados em períodos epidêmicos:

Do largo do Quartel foi transferido uma variolosa para a casa de uma curandeira de nome Margarida, moradora à rua da Inveja, canto de S. João. Reclama contra isto os vizinhos, a quem bastante contraria a existência de um foco de infecção em um bairro

---

<sup>37</sup> No item 1.5 irei apresentarei como alguns desses profissionais desempenharam suas funções na nova Inspeção de Higiene, a partir da implantação de leis mais sofisticadas em relação à higiene pública que o período republicano trouxe para o Maranhão. Além disso, irei apresentar como se posicionaram diante da possibilidade de uma epidemia de peste bubônica na capital se desenvolver, e a sintonia desses atores com os ideais da Revolução Pasteuriana que, aos poucos, enfraqueceram as teses miasmáticas que alicerçavam as ações de combate e profilaxia de doenças endêmicas e epidêmicas no decorrer do século XIX.

<sup>38</sup> Retornarei a este tema, apresentando outros exemplos, quando tratar da epidemia de peste bubônica ocorrida em 1903-1904 e as formas alternativas que a população encontrou para enfrentar o mal.

onde segundo nos informam, ainda não se deu caso algum de varíola (DO LARGO, 14.05.1883, p.3).

No que diz respeito à saúde pública, ao longo do século XIX, é necessário reconhecer que apesar de São Luís ter sido alvo de constantes epidemias de varíola e ter condições sanitárias nada animadoras foi desenvolvida uma política sanitária seguindo as diretrizes estabelecidas pelo Império e depois pelo governo republicano. Trata-se de uma resposta do poder público aos fatores que elevavam o número de mortos no estado, da qual resultou muita retórica, mas algumas ações concretas. Seguindo uma linearidade cronológica e de modo geral listei essas ações do seguinte modo: em 1820 foi instituída uma Repartição da Vacina em São Luís, reflexo da Instituição Vacínica da Corte, estabelecida em 1811. A vacina passou a ser obrigatória no Maranhão a partir da instituição do Código de Posturas de 1832. Em 1850, um decreto imperial de 14 de setembro criou a Junta Central de Higiene em todo território nacional, determinando, também, a instituição de uma Comissão de Higiene Pública que a representasse no Maranhão. Em tese, a ideia era aplicar medidas profiláticas e higiênicas na província, como a fiscalização dos portos, o cumprimento das campanhas de vacinação e a limpeza das cidades.

Em 1858 a Junta Central foi extinta e foram criadas as Inspetorias de Saúde Pública nas províncias, e a do Maranhão ficou a cargo do dr. José Augusto Baima, médico da Santa Casa de Misericórdia, e foi dirigida por outros médicos ao longo dos anos. A instituição foi alvo de muitas críticas na cidade, tendo em vista seu número incipiente de funcionários que não davam conta do serviço, especialmente durante a última epidemia de varíola em 1883. Três anos depois foi instituído o decreto Imperial n.9554 de 3 de fevereiro de 1886, lei que autorizava uma reforma no prédio da Inspetoria e estabelecia a Saúde do Porto. Em 1896, já no período republicano, foi proclamada a lei n.159 de 15 de maio daquele ano e com ela o serviço de saúde pública que existia na província passou por uma importante reformulação, na qual uma nova Inspetoria de Higiene foi estabelecida. Quatro anos depois novas leis foram estabelecidas para a higiene pública do estado, em um processo que conduziu à formação do Serviço Sanitário do Maranhão, em 1901.

#### **1.4 Novas leis sanitárias e a criação da nova Inspetoria de Higiene do Estado (1896)**

O final do século XIX e os anos iniciais do século XX formam um período em que várias normas, decretos e reformulações de leis relacionadas à saúde pública foram instituídas no estado. Em parte isso está ligado, como tenho dito, à chegada da República no Maranhão, na qual os dirigentes políticos buscavam consolidar burocraticamente o estado, através de um aparelho administrativo mais definido. Além do desejo subjacente de fortalecer a Nação, via resolução dos problemas de saúde dos seus cidadãos, ainda que existissem mais ações retóricas do que concretas. No entanto, é importante ter em perspectiva que o sistema republicano não foi o único motor dessas mudanças. A presença das novas leis, entendidas como representações do contexto da época, também foram decorrentes das transformações econômicas e sociais que o estado passava, como aquelas implementadas ou acentuadas pelo o sistema fabril, por exemplo.

O primeiro conjunto de leis que destaco, o Código de Posturas Municipais de 1893, foi a primeira lei instituída após a proclamação da República a tratar detalhadamente dos quesitos “Higiene e Saúde Pública” no estado e foi uma das ações de maior representatividade do primeiro Intendente Municipal, eleito através de votação popular, José Rodrigues Fernandes.<sup>39</sup> Até então vigorava o código de 1866, com uma abordagem mais genérica sobre os temas relacionados à higiene, saúde pública e saneamento, com a seção intitulada “salubridade”. Ou, às vezes, tangenciava esses temas no item “Regularidade e aformoseamento da cidade”, já que o espaço social maranhense era mais restrito e possuía um menor contingente populacional. De outra forma, percebi que o código de 1893 tinha como objetivo estabelecer parâmetros de convivência para uma cidade com número maior de habitantes, em expansão rumo a áreas mais distantes do núcleo urbano, mais complexa em suas relações sociais, sobretudo, impactada por um novo sistema econômico.

O código em apreço possui cinco grandes seções: a primeira tem o título “Das infrações”, a segunda corresponde ao tópico “higiene e saúde pública”, a terceira é intitulada “Polícia, comodidade e segurança” e a quarta seção tem o título “Aformoseamento e decoração da cidade, arrabaldes e povoações, estradas e caminhos públicos do município, construção e reconstrução”, seguido das “Disposições gerais”. O título II, Higiene e Saúde Pública, possui 11 capítulos e 91 artigos. Nele foi dado peso preponderante às leis que regulavam o comércio

---

<sup>39</sup> Médico, formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, manteve-se no cargo durante todo o quadriênio do mandato. O novo intendente era antigo conhecido no cenário político imperial, pois cumpria, até então, o cargo de deputado federal. Como disse em outro momento, com o advento da república houve uma reacomodação das antigas lideranças no sistema político instituído. O novo código, assinado pelo novo intendente, foi, também, o primeiro Código de Posturas Municipais do período republicano maranhense. Após esse conjunto normativo outros dois foram produzidos, o de 3 de novembro de 1936 e o que está em vigor até os dias atuais, instituído com a Lei n.1.790 de 12 de maio de 1968.



de carne, leite e gêneros destinados ao consumo público - são 35 artigos que caracterizam essa questão. As demais regulamentações desse título estabelecem parâmetros para o uso dos cemitérios, a realização de inumações e exumações de cadáveres e o descarte de carnes deterioradas. O título trata ainda do esgotamento de pântanos, águas estagnadas, limpeza dos rios, asseio da cidade, canalizações, coqueiras e o recolhimento do lixo. De forma sucinta o código também estabelece normas higiênicas para o funcionamento de hospitais, internatos, colégios e farmácias, e o impedimento de moradias em cortiços (MARANHÃO, 1893, p.36-56).

Um ponto importante a ser destacado é que essas preocupações expressavam interesses de determinados segmentos sociais que, ao proibir determinadas condutas, visavam a criação de espaços privilegiados e salubres, na qual os bons costumes deveriam prevalecer. É por isso que deve-se ter em perspectiva que essas leis projetavam uma cidade ideal, capturadas seletivamente em imagens de álbuns oficiais, e que pouco lembrava a cidade real. Esta, bem mais complexa para se viver, era apropriada cotidianamente pelos mais diferentes personagens: os ricos comerciantes da Praia Grande, os intelectuais reconhecidos entre si como “novos atenienses”, as beatas a caminho da Igreja do Carmo. Circulavam também as operárias que moravam nos cortiços ou nas palhoças próximas às fábricas, os ex-escravos que trabalhavam com diferentes ofícios manuais, os caboclos que traziam do interior da ilha (Anil e Mayoba) hortaliças para vender na cidade, o viajante recém chegado ao porto - que escapava da incipiente inspeção sanitária, o varioloso transportado pelas enfermarias provisórias e isolamentos, os leprosos entregues à mendicância, dentre outros.

O que deve-se ter em perspectiva é que, na prática, o código de posturas de 1893, bem como outras leis dessa natureza que vieram depois, tinham grandes limitações quanto à sua aplicabilidade. A documentação produzida pelo Corpo de Polícia à época, que entre outras atribuições cuidava do cumprimento do código em questão, registrou inúmeras infrações que comprometiam a salubridade da urbe, cometidas por diferentes habitantes de São Luís, a maioria provenientes das camadas mais pobres. Registrou-se a venda de carne “corrupta”, o abate de animais fora do matadouro, a ausência de limpeza de terrenos particulares, o descarte de lixo nas ruas; sem falar nas “algarrazas” e nas ditas “perturbações da ordem”, etc. Infrações registradas, mas que nem sempre significavam o recolhimento do valor estabelecido pelo sistema de multas (CARVALHO, 2005, p.127-135).

Outro ponto a ser considerado é o fato de que os argumentos desses códigos, que embasavam a reivindicação por salubridade no ambiente urbano, giravam em torno de ideias que relacionavam a proliferação de doenças às contaminações provenientes do ar infectado

(miasmas) e aos microrganismos simultaneamente.<sup>40</sup> Mas também mesclavam argumentos científicos a questões morais. Por exemplo, o código de posturas de 1893, no Título II, art. 5, ao instituir caixões hermeticamente fechados nos cortejos fúnebres em São Luís, lembrou, também, que é proibido o toque dos sinos nas igrejas, quando o séquito seguir em direção ao cemitério. Com isso os sons provenientes dos ritos fúnebres, tão comuns no período colonial e imperial deveriam ser evitados, afim de diminuir a angústia e o pânico em caso de epidemias, mas também porque passavam a ser considerados comportamentos antiquados. As novas práticas instituídas para a morte e os mortos ao longo do século XIX no mundo ocidental, estabeleceu a assepsia dos corpos mortos como conduta padrão para os ritos fúnebres, conceito que se estendeu ao âmbito moral, formando, também, um “assepsia emocional” nos enlutados. Isso porque os comportamentos fúnebres progressivamente foram alvos de políticas de normalização que interditaram as tradicionais manifestações de aproximação entre vivos e mortos tradicionalmente vistas em São Luís (BEZERRA, 2012, p.107).

Um ponto que deixo em evidência é que ao longo dos anos as leis estabelecidas com a finalidade de regular a convivência das pessoas e dos recursos da cidade, dentro do campo da higiene pública, foram aperfeiçoadas, conforme as demandas do contexto histórico vigente. No quadro das mudanças relacionadas à saúde pública do período ganha relevo a instituição da lei n.159 de 15 de maio de 1896, que criou uma nova Inspetoria de Higiene do Maranhão, sob administração do governo do estado. A lei estabeleceu que quaisquer medidas relacionadas à higiene, inclusive aquelas aplicadas pela municipalidade deveriam ter anuência da nova Inspetoria, e determinou recursos para reforma do espaço físico destinado à repartição, que passou a funcionar no térreo do Congresso Legislativo do Estado, localizado na rua do Egito (Centro de São Luís). Um mês após a instituição da lei foram nomeados os funcionários da nova repartição: o diretor, dr. Claudio Serra de Moraes Rego, médico há 10 anos na capital maranhenses e que chegou a trabalhar na antiga repartição como inspetor interino. Os médicos nomeados ajudantes foram: o dr. José da Silva Sardinha Junior e dr. Oscar Lamagnère Leal Galvão. Foram contratados, também, um secretário, dois fiscais-desinfetadores e um porteiro-servente, e a lei estabeleceu que um regulamento específico para a instituição seria promulgado posteriormente, após análise de um colegiado (MARANHÃO, 1897, p.102-103).

A legislação que regulamentava a nova Inspetoria foi instituída dois anos depois, após ser aprovada pelo Congresso do Estado em 16 de abril de 1898, e mantinha-se em sintonia aos preceitos da microbiologia. Enquanto isso, médicos inspetores atuavam respaldados por

---

<sup>40</sup> Trata-se do debate contagionista e anticontagionista como modelo de explicação para propagação de doenças (ACKERKNECHT, 1948) que tratarei no próximo capítulo.

regulamentos antigos produzidos no período imperial e alguns regulamentos produzidos entre 1890 e 1894. O regulamento sanitário de 1898 contém 10 capítulos e 85 artigos e, para a época, era um documento específico e bem detalhado, pois além de estabelecer as diretrizes que deveriam ser adotadas pela Inspetoria, com base no combate aos microrganismos causadores de doenças, apresentava as práticas consideradas impróprias para a saúde da população, sobretudo aquelas relacionadas ao exercício indevido da medicina, farmácia, obstetrícia e arte dentária. De modo geral o regulamento estabeleceu como objetivo para a nova instituição a adoção de medidas preventivas de doenças, o combate ou atenuação de moléstias endêmicas, epidêmicas e transmissíveis; a inspeção sanitária das escolas, colégios, fábricas, oficinas, hospitais, casas de saúde, maternidades, prisões, estabelecimentos de caridade e beneficência, quartéis, asilos e quaisquer habitações coletivas – públicas ou particulares; fiscalização sanitária de todos os trabalhos de utilidade pública; organização das estatísticas demográfico sanitárias dos municípios (MARANHÃO, 1898).

A ideia que embasou a nova lei foi a autoridade médica e científica da repartição, e dos médicos que lhes representava, na seara da bacteriologia, campo que vinha se fortalecendo e se impondo há alguns anos. Buscava-se, com isso, recuperar a credibilidade da antiga Inspetoria comprometida pelo avanço da epidemia de varíola de 1883. No entanto, o que mais chamou atenção no regulamento da nova repartição é a ênfase na necessidade de produzir estudos, expedir boletins, e emitir pareceres e publicações sobre as moléstias reinantes. Somase a isso as constantes solicitações de esclarecimentos, por parte do governo, sobre as condições que perpetuavam o quadro endêmico e epidêmico na capital e no interior, práticas que deveriam ser seguidas pelos funcionários.

A atuação desses profissionais irei abordar no capítulo seguinte. Por hora, destaco que a aplicabilidade do Regulamento de 1898, semelhante ao que ocorria com o Código de Posturas de 1893, tinha limitações quando voltava-se à vida real, sendo motivo de crítica na imprensa com a expectativa da chegada da pandemia de peste bubônica em São Luís em 1903.<sup>41</sup> Anos depois, na gestão do então Governador João Gualberto Torreão da Costa, foram feitas revisões de regulamentos e análises sobre o funcionamento das repartições que levaram o governador a instituir a lei n. 301 de 14 de janeiro de 1901, que reorganizou os serviços de higiene do estado, ocasião em que a Inspetoria de Higiene foi substituída pelo Serviço Sanitário do Maranhão. Formou-se um órgão público com atribuições semelhantes à Inspetoria instituída

---

<sup>41</sup> Criticando o não cumprimento das leis voltadas à higiene pública na capital, ironicamente, o jornal *Pacotilha* chegou a lamentar que o Regulamento Sanitário de 1898 tinha que ser reimpresso para ser lembrado, mesmo com a iminência da pandemia de peste em curso (APESAR DO APARATO, 8.11.1899, p.3).

em 1896, mas a diferença estava nas inovações que trouxe para a capital: a criação de um serviço regular de desinfecção (com novos aparelhos, uma estufa e uma caldeira), o incremento do serviço de cultura vacínica animal recém instituído e a promessa de montagem de um laboratório de análise química e bacteriológica (MARANHÃO, 1901, p.92-93).

Antecipo que a história do Serviço Sanitário do Maranhão nos anos iniciais do século XX foi marcada pela tentativa dos governantes locais entregarem sua administração a médicos de fora, provenientes de capitais que estavam na vanguarda das pesquisas no campo da medicina experimental, como de fato ocorreu várias vezes. No entanto, isso não significa que os médicos locais que dirigiram o serviço não tiveram expressiva atuação no campo da saúde pública à época. Como disse, é considerável a produção documental desses médicos, na qual verificam-se ações relevantes e estudos produzidos na Inspeção e no Serviço Sanitário instituído.

## **CAPÍTULO 2. OS ATORES DA SAÚDE PÚBLICA NO MARANHÃO NA VIRADA DO SÉCULO XX**

Nos últimos anos do século XIX personagens importantes ligados à medicina e engenharia atuaram na saúde pública do Maranhão, em especial em São Luís, com um repertório sintonizado aos ideais pasteurianos que vinham se impondo na medicina experimental e nas iniciativas institucionais em higiene pública, como de resto acontecia no mundo. No entanto, alguns desses médicos ainda usavam um vocabulário ligado às teses miasmáticas, que alicerçaram as ações de combate e profilaxia de doenças endêmicas e epidêmicas, ao longo do século XIX. Percebe-se que a ligação que existia entre doenças e miasmas não foi imediatamente abandonada, pois a ciência dos micróbios não foi instituída como um processo repentino, linear, harmônico e de plena aceitação entre os atores envolvidos. Isso porque o pasteurianismo no Brasil não configurou-se a partir de uma mera captação de ideias provenientes de países que estavam na vanguarda da medicina experimental e com significativo poderio econômico e cultural. Foi necessário observar a eficácia dessas ideias diante dos problemas e desafios locais para então convencer os atores das ciências em terras brasileiras, em especial os médicos higienistas, de que era válido adotar essas novas ideias em seus repertórios e ações (BENCHIMOL, 1999, p.14).

Os profissionais maranhenses que identifiquei desempenharam suas funções, principalmente, na nova Inspetoria de Higiene, a partir da implantação de leis voltadas à saúde pública que o período republicano trouxe para o Maranhão. Mais importante: os médicos que atuaram na nova repartição produziram uma documentação maior e mais detalhada em comparação ao que havia sido produzido em períodos anteriores. Assim, foram elaborados relatórios oficiais e alguns estudos encomendados pelos governadores, propondo alternativas para os problemas relacionados à saúde pública, algumas incomuns para época. Alguns desses estudos tornaram-se materiais de referência e foram utilizados anos depois por profissionais que ocuparam cargos no Serviço Sanitário do estado.

Além de produzirem maior burocracia na nova Inspetoria esses profissionais à época circularam mais pela cidade – e até no interior do estado, fiscalizando e denunciando a insalubridade reinante, isolando variolosos na Ponta do Bonfim, planejando novos isolamentos na cidade e determinando desinfecções nas ruas, casas e no porto. Enquadram-se nessa conjuntura quatro médicos maranhenses que se revezaram na direção da Inspetoria, entre os

anos de 1889 e 1903<sup>42</sup>: Almir Parga Nina, Claudio Serra de Moraes Rego, Oscar Lamagnère Leal Galvão e Felicissimo Rodrigues Fernandes. Outro personagem que se encaixa nessa conjuntura, mas não trabalhou na Inspetoria de Higiene, é o engenheiro Palmerio de Carvalho Cantanhede, responsável por realizar estudos voltados ao saneamento e dirigir algumas obras públicas no estado.

Na produção intelectual desses personagens, entre outras ideias, prevalecem itens como: a compreensão de que o estado caminhava para uma nova fase, um estágio de aperfeiçoamento moral e material a ser obtido com a resolução dos problemas de saúde pública; uma arguta e técnica percepção perante a cidade de São Luís (os bairros em desenvolvimento, as habitações disponíveis, os serviços voltados para a salubridade, a localização das instituições públicas, os equipamentos disponíveis na Inspetoria, os recursos naturais do estado, etc., com atenção voltada, principalmente, para núcleo mais urbano da cidade). Prevalecem, também, alternativas para superar a insalubridade reinante na capital, responsável por um quadro constante de doenças; propostas para minimizar os impactos das transformações urbanas que degradavam o meio ambiente; o reconhecimento de seus papéis como autoridades científicas e em defesa da modernidade; e um entrelaçamento de ideias contagionistas e anticontagionistas para explicação das enfermidades que acometiam os habitantes de São Luís.

No entanto, antes de tratar das ideias desses personagens apresento aqui um contexto maior na qual suas ações foram embasadas. A atuação desses atores sociais, e dos demais que serão apresentados nesse estudo, está diretamente relacionada a importantes transformações ocorridas no campo da saúde pública nas últimas décadas do século XIX, em que pese o advento da bacteriologia, a ciência dos micróbios, evento que teve implicações em várias partes do mundo. O elo entre micróbios e doenças enfraqueceu as explicações baseadas nos efeitos dos eflúvios miasmáticos como causadores de doenças. Médicos brasileiros e vários agentes da inteligência local acompanharam essas transformações e a revolução tecnológica decorrente, pois pessoas e objetos circulavam entre o Novo e o Velho Mundo.<sup>43</sup> No caso

---

<sup>42</sup> No ano de 1904, com o agravamento da epidemia de peste bubônica no estado, a diretoria da instituição foi entregue a um médico do Serviço Sanitário de São Paulo.

<sup>43</sup> Afinal, a ciência é produzida através de “apropriações”, sendo concebida como “prática”. Trata-se de uma abordagem mais recente na historiografia das ciências, que prescreve a superação do dipolo “centro-periferia”, para o qual o conhecimento científico, uma vez gestado no Ocidente – Europa se difundiu passivamente para outras regiões do mundo. Essa perspectiva visa a superação de um modelo “difusionista” ao propor que o conhecimento, em vez de se difundir, “circula”, através de processos complexos de “negociação”, ou como quer Secord (2004), através de “comunicação” em “trânsito”. Segundo Kapil (2013, p.241), a “negociabilidade” ou o “caráter aberto” (*open-endedness*) é uma propriedade do conhecimento científico. A circulação, portanto, corresponde ao “local” de “formação” do conhecimento. Esta concepção concebe as regiões ditas centrais e periféricas não como realidades estáticas, imutáveis, definidas, tão somente, por critérios geográficos.

maranhense, esses intelectuais recebiam literatura médica do exterior, onde frequentemente passavam temporadas, e do Rio de Janeiro e Bahia, onde cursaram medicina. Mantinham correspondência com médicos estrangeiros e brasileiros, especialmente com seus tutores na escola médica, e filiavam-se a sociedades de medicina e ciências naturais. Além de atuarem no campo da saúde pública, clinicavam em São Luís em consultórios particulares e, com frequência, publicavam crônicas e poesias nos jornais locais.<sup>44</sup>

## 2.1 Microbiologia e Teoria miasmática: breve resumo

A microbiologia ou bacteriologia, ou ainda a ciência dos micróbios, através das novas teorias e técnicas formuladas pelo francês Louis Pasteur e do alemão Robert Koch propôs compreender e combater as doenças infecciosas a partir da dinâmica dos microrganismos, algo que projetou o laboratório ao patamar privilegiado de enunciador de verdades científicas.<sup>45</sup> O elo entre os micróbios e as doenças foi sistematizado por Koch em 1884 através de postulados experimentais que ficaram conhecidos na pesquisa biomédica de então, e na historiografia das ciências e da saúde. O cientista alemão explicou que a causa específica de uma doença poderia ser apurada após a identificação do patógeno (agente causador específico) em todos os casos apresentados, seguido do isolamento desse agente, cultivando-o em cultura pura (algo que levava à reprodução da doença original em outro hospedeiro); por fim, seguia-se até a identificação do patógeno no hospedeiro infectado experimentalmente (GRADMANN, 2013, p.10-11; CUNNINGHAM, 1992).

Ao passo que as pesquisas do alemão Robert Koch se desenvolviam, o químico francês Louis Pasteur trabalhava em estudos sobre os microrganismos que causavam grandes transtornos à indústria da seda e do vinho na França. Atuou conduzindo a microbiologia para a

---

<sup>43</sup> Um estudo sobre a circulação de ideias e práticas entre os médicos maranhenses atuantes na virada do século XX e seus correspondentes no campo da medicina e pesquisa biomédica na Europa, Bahia e Rio de Janeiro, e suas participações em cargos públicos além dos limites do Maranhão, ainda está por ser feito. Por hora, detenho-me às ações desses profissionais na saúde pública do Maranhão, à frente da Inspetoria de Higiene e do Serviço Sanitário do estado.

<sup>44</sup> Um estudo sobre a circulação de ideias e práticas entre os médicos maranhenses atuantes na virada do século XX e seus correspondentes no campo da medicina e pesquisa biomédica na Europa, Bahia e Rio de Janeiro, e suas participações em cargos públicos além dos limites do Maranhão, ainda está por ser feito. Por hora, detenho-me às ações desses profissionais na saúde pública do Maranhão, à frente da Inspetoria de Higiene e do Serviço Sanitário do estado.

<sup>45</sup> Na verdade, os homens que se empenham para que o laboratório seja instituído, e que constroem a sua autoridade por meio de recursos políticos, retóricos e interesses pessoais, etc.

esfera da medicina ao identificar o estreptococo causador da infecção puerperal, e suas teses ajudaram a tornar obrigatórios os procedimentos voltados à assepsia no campo da higiene, cirurgia e laboratório. Além disso, trabalhou desenvolvendo vacinas contra o cólera das galinhas e o carbúnculo, e foi sondado para atuar no Brasil por D. Pedro II que nutria esperança de obter meios para combater a febre amarela que grassava no Império (BENCHIMOL, 2005, p.61-62; THE STORY, 1936).

No entanto, foi o processo de imunização antirrábica elaborado por Pasteur e seus assistentes que configurou-se como o primeiro grande sucesso da microbiologia aplicada à medicina. Isso ocorreu a partir da inoculação de um vírus com ação atenuada na vítima de um cão raivoso para gerar uma resposta mais rápida e mais forte em seu sistema imunológico. O método de “profilaxia da doença pós-mordida”, em 1885, incentivou a Academia de Paris a criar um estabelecimento vacinal para o combate à hidrofobia, o Instituto Pasteur, algo que veio a se concretizar dois anos depois. A instituição tornou-se em pouco tempo um sólido centro de pesquisas biomédicas estendendo seu raio de atuação por várias localidades do mundo. Foi um avanço para as medidas de profilaxia e para o enfrentamento das doenças infecciosas (TEIXEIRA, 1995, 21;23).<sup>46</sup>

Rosen (1994) chamou esse período de “era bacteriológica”, afinal ficou demonstrado que as doenças infecciosas eram causadas por criaturas microscópicas específicas, e não por elementos obscuros de difícil interpretação, como as emanções miasmáticas. Foram apresentadas, também, técnicas experimentais para verificação dos microrganismos, além do reconhecimento de que existiam meios de imunização (soroterapia e vacina) capazes de combater as enfermidades. A validação desses princípios só foi possível através de um aparato técnico, apoiado em conhecimentos específicos e treinamento adequado, materializando-se na análise laboratorial como prática importante nas esferas da saúde pública e da clínica privada. Esse conjunto de fatores teria configurado uma verdadeira revolução na qual a Europa foi o palco principal e centro difusor de conhecimento para as demais localidades do mundo, a partir de 1880.

No entanto, é necessário questionar a ideia de que existiu uma revolução bacteriológica, evento que supostamente teria estabelecido uma cisão entre os modelos tradicionais de explicação de doenças formulados em épocas anteriores. Tomando por base Cunningham (1992) compreende-se que não há uma trajetória linear e irreversível em direção

---

<sup>46</sup> Para mais detalhes sobre a técnica de imunização antirrábica ver capítulo 6, item 6.4.2, na qual se explica a instalação de uma seção nomeada “Instituto Pasteur”, na filial do Instituto Oswaldo Cruz no Maranhão, em 1921.



à excelência do laboratório como espaço autorizado a produzir verdades científicas, especialmente nessa época em que a microbiologia era uma um conjunto de preceitos recentes e ainda incertos.

Acredito, também, que dois aspectos devem ser considerados para matizar essa ideia: em primeiro lugar, conferir total autoridade à análise laboratorial é cair em um reducionismo, afinal todo o complexo de fatores biológicos e sociais implicados no desencadeamento da doença como fenômenos individual ou coletivo, nessa ótica, pode ser encoberto. Em segundo lugar, na prática, a ascensão da medicina de laboratório nem sempre eliminou as ambiguidades, uma vez que diagnósticos diferenciais, indeterminados ou mesmo equivocados, por vezes prevaleciam nos resultados encontrados.<sup>47</sup> Com isso, quero evidenciar que os exames laboratoriais são passíveis de negociações sociais, e por isso, não correspondiam a um conjunto de técnicas e conhecimentos positivos e totalmente eficazes naquele contexto. Eram reivindicados seguindo diversos interesses, e por vezes, como critério suficiente para definir os rumos do combate às doenças.<sup>48</sup>

O fato é que as teorias miasmáticas ainda prevaleceram como modelo de explicação para as doenças epidêmicas durante muito tempo, apesar dos avanços na seara da bacteriologia. A historiografia das ciências e da saúde tradicionalmente aponta para o fato de que ao longo do século XIX os principais paradigmas médicos que explicavam as causas e os modos de propagação das doenças era a infecção e o contágio. Este, explicava o aparecimento das doenças a partir da existência de uma substância (um veneno) produzido pelo enfermo e em vias de se propagar pela comunidade. Essa ideia era sustentada pelos contagionistas. No entanto, existiam os anticontagionistas, profissionais que defendiam que as doenças eram disseminadas pela ação do enfermo no ar, produzindo miasmas mórbidos, emanações com gases letais que se propagavam e envolviam os indivíduos sãos. O ambiente corrompido por matéria orgânica em decomposição também era visto como causador das doenças epidêmicas (ACKERKNECHT, 1948).<sup>49</sup>

---

<sup>47</sup> Vale lembrar que, por muito tempo, por exemplo, febre amarela e malária seriam confundidas no nordeste do Brasil e em outras partes.

<sup>48</sup> Atualmente, Benchimol (1990a; 1999; 2005), dentre outros historiadores, se dedicaram a demonstrar o quão incerto ou controverso era o terreno onde pisavam os protagonistas desta história, e justamente esta amálgama de possíveis certezas e controvérsias dá sentido e vivacidade às ações dos personagens daquela época, dando colorido à moldura local da revolução pasteuriana. Este terreno, nas palavras de Benchimol (1999, p.40), era formado por elementos “profanos e sagrados que se excluem ou interpenetram; opiniões de leigos e especialistas que se somam ou se rejeitam, cientistas cooperando ou competindo”.

<sup>49</sup> Um ponto importante a ser destacado, com base no estudo de Ackerknecht (1948), é que a teoria do contágio ficou no limbo das explicações científicas para etiologia das doenças durante muito tempo, prevalecendo no meio médico sanitário as ideias anticontagionistas, às vésperas das conquistas da bacteriologia fornecidas por Louis Pasteur e Robert Koch. Isso ocorreu devido a interesses políticos, sociais e econômicos que motivavam a

No entanto, existia uma dificuldade imensa de determinar o que eram esses miasmas causadores de doenças, prevalecendo critérios subjetivos ao analisar a matéria orgânica em putrefação. Essa dificuldade mobilizou estudos específicos, muitos pretensamente científicos, sobre a corrupção e a química dos gases provenientes dos fenômenos orgânicos. Mesmo com tantas análises as dificuldades permaneciam. À época, higienistas colocavam sob vigilância olfativa todo tipo de ambiente, e detectavam através do olfato ou de seus efeitos sobre os corpos vivos (as doenças) os impactos da convivência dos indivíduos com as supostas emanações da matéria orgânica em decomposição (CORBIN, 1987).

Ao analisar registros históricos datados do período imperial, que abordam a salubridade de São Luís, produzidos por médicos e por intelectuais maranhenses, prevalece como explicação para as doenças epidêmicas na capital, e interior do estado, a presença recorrente de miasmas ou emanações pestilenciais que causavam ondas epidêmicas de varíola e de febres. Existem críticas recorrentes à presença de canos de esgotos da cidade que, uma vez entupidos, exalavam gases e odores que irradiavam até as casas. Criticava-se os sepultamentos eclesiásticos, geralmente em cemitérios superlotados no perímetro urbano da capital, ação responsável por deprender vapores mefíticos incentivando novas ondas epidêmicas.

No entanto, acusava-se com frequência os pântanos do estado como principal irradiador de doenças epidêmicas. Ali agiam fatores climáticos, como a alta temperatura e umidade, típicos da região norte do país, que aceleravam o desprendimento dos miasmas. Vários médicos atribuíam as doenças que surgiam no estado ao fato do território ser cortado por vários rios, como o Itapecuru, Mearim e Pindaré. Servia de prova para essa teoria o fato da população que margeava esses rios, os ribeirinhos, há muito padecer com as chamadas febres intermitentes. São Luís por ser uma ilha também enfrentava o problema, em especial seu núcleo mais urbano, localizado sob a península formada pelo estuário dos rios Bacanga e Anil ao encontrarem a Baía de São Marcos, no Oceano Atlântico. A ampla região compreendida entre a Praia do Genipapeiro, no final do Cais da Sagração, até a Praia de Madre Deus, formava um pântano de grandes proporções após a maré vazante, e era frequentemente acusado de propagar as ondas epidêmicas.

O dr. Cesar Marques (1864, p.235), à época médico oficial da província, descreveu o fenômeno das marés no Maranhão e sua relação com aparecimento das febres intermitentes:

---

permanência da teoria anticontagionista, tendo em vista os transtornos que as quarentenas, alvo dos contagionistas, traziam para comerciantes e industriais adeptos da economia liberal.

Pela simples descrição da província vê-se que é banhada por numerosos e vastos braços de mar e igarapés, e cortada por extensos e caudalosos rios, que durante o inverno rigoroso abandonam os seus leitos, invadem não pequena extensão de terreno próximo, aí demoram-se alguns dias, e quando terminada a abundância das chuvas, eles procuram o seu jazigo, deixam atrás de si verdadeiros pântanos e o calor do sol faz desprender emanações miasmáticas desses terrenos pela maior parte argilosos, e cobertos de substâncias vegetais e animais em putrefação. À vista disso facilmente se conhece, que é a febre intermitente a moléstia que mais reina com caráter endêmico depois das inundações dos rios, e provocam lesões graves nas vísceras abdominais, que muitas vezes são causas de hidropisias.

Sem abandonar totalmente explicações como essas novos profissionais maranhenses, sintonizados aos preceitos da bacteriologia, atuaram em São Luís na virada do século XX, posicionando-se frente às inovações no terreno da saúde pública e da prática médica. Começo a minha narrativa analisando a atuação do médico Almir Parga Nina, diretor da Inspetoria de Higiene do estado, logo após a instauração da república. Apresento um plano elaborado pelo médico para o saneamento de São Luís, produzido em 1890, que veio a ser o primeiro estudo científico sobre o tema na capital, com propostas para alterar o quadro de insalubridade. Em seguida, apresento outro estudo sobre o saneamento da capital, elaborado mais de 10 anos depois, pelo engenheiro do estado Palmeiro Cantanhede. Por fim, apresento ideias de mais 3 médicos que ocuparam a direção da Inspetoria de Higiene/Serviço Sanitário do Maranhão, após as modificações institucionais voltadas à repartição após 1896.

## **2.2 Dr. Almir Nina e o pioneirismo no estudo sobre o saneamento de São Luís**

O maranhense Almir Parga Nina recebeu o grau de doutor pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em dezembro de 1883, após defender a tese intitulada *Indicações e contra indicações da pereirina e seus sais nas manifestações agudas da malária*, trabalho aprovado com distinção. Certamente foi um dos médicos mais qualificados que atuou no Maranhão no final do século XIX e início do XX. Foi, também, um dos personagens mais admirados no meio intelectual de São Luís à época, tanto que por ocasião de seu falecimento, em 14 de fevereiro de 1908, o jornal local *Pacotilha* dedicou as três primeiras páginas de uma edição para homenageá-lo, com biografias, poemas e pesares, produzidos por 43 intelectuais de vários setores do estado, bem como associações, clubes e empresas, algo inédito até então (DR.

ALMIR, 1908, p.1-3). Médico de prestígio, em 1905 organizou a recepção de Oswaldo Cruz no Maranhão, que estava de passagem pelos portos do norte do Brasil.<sup>50</sup>

No período acadêmico o dr. Nina acumulou experiências profissionais importantes como o internato na Clínica Cirúrgica da Faculdade da Bahia e no Hospital Militar daquele estado, onde passou uma temporada. Chegou a ser chefe de clínica e moléstias de crianças na Policlínica Geral do Rio de Janeiro, mas foi o internato na Clínica Médica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro que garantiu sua proximidade a uma figura representativa da medicina da época, o Barão Torres Homem, com quem manteve interlocução por vários anos (NINA, 1883, p.1). Este, fez do acadêmico seu discípulo e após a formatura propôs que permanecesse no Rio de Janeiro, em atividade no seu consultório, para se preparar para uma vaga de catedrático, algo que não veio a se concretizar. O dr. Nina decidiu retornar ao Maranhão, onde viria atuar como clínico, higienista e, posteriormente, como educador. Ao chegar no estado foi inserido no funcionalismo público e seu primeiro cargo foi o de médico da cadeia pública. Nos anos seguintes atuou no Hospital da Santa Casa de Misericórdia e no Hospital Português, e em 1886 foi nomeado diretor da Inspetoria de Higiene no estado (VAZ, 1908, p.1).

Almir Nina viajou diversas vezes para Europa, e visitou os principais hospitais de Londres, Berlim, Viena e Paris, estabelecendo contatos com professores eminentes. Na França participou do Congresso Médico realizado 1900, e representou o Maranhão no Congresso de Línguas Vivas, em 1903 (AMARAL, 1922, p.56). Também representou o estado natal no Congresso Médico Intercontinental Americano, realizado em Washington, em 1893, solicitado pela Comissão Executiva do Congresso no Brasil. Outro evento relevante da qual se tem notícia de sua participação foi o 6º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, realizado em São Paulo, em 1907.<sup>51</sup>

---

<sup>50</sup> Ver capítulo 4.

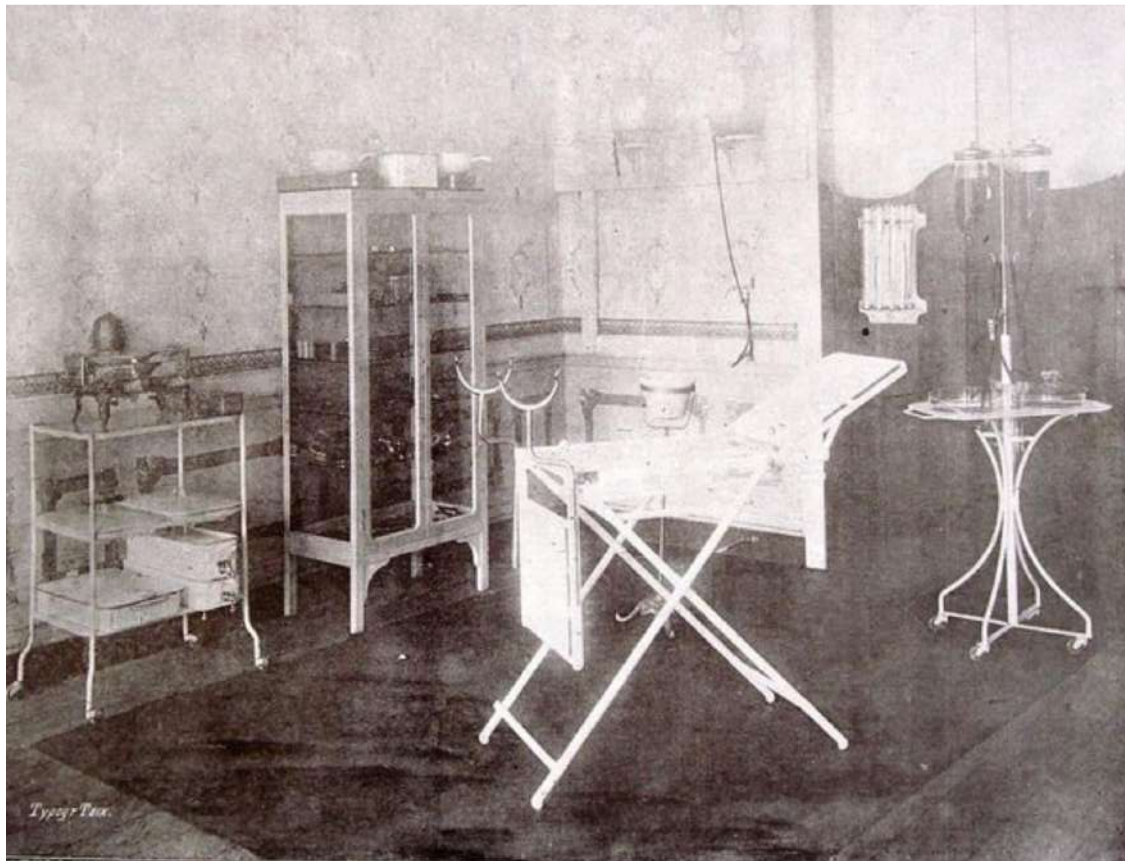
<sup>51</sup> Informações retiradas de comprovantes de participação do dr. Almir Nina nesses eventos, consultados em arquivo que leva o nome do médico, sob a guarda do Museu Histórico e Artístico do Maranhão. Ali constam algumas correspondências recebidas pelo dr. Nina, uma delas assinada por Ronald Ross, em papel timbrado da *University College - School of Pathology* e datado de 1900. Outro ponto importante que acrescento à sua trajetória é a dedicação ao campo da educação. Em 1885 iniciou carreira como educador, lecionando língua francesa no Lyceu Maranhense, e posteriormente chegou a assumir a direção da Escola Normal e da Escola Modelo em São Luís, dedicando-se a estudar aquilo que chamava de “As novas tendências na Pedagogia”. Suas viagens para Europa também tinham a finalidade de se instruir e observar centros educacionais de referência na França, Itália e Suíça, principalmente. Consta que foi muito elogiado por Alfred Binet, psicólogo e pedagogo francês, mas foi com os pedagogos Hugo Pizolli e Françoise Guex que manteve contato por vários anos. Em São Luís transformou o Colégio Nazaré, inaugurado por sua mãe, educadora e preceptora, no Instituto Rosa Nina. Esta instituição, na qual o dr. Almir Nina também lecionava, ficou conhecida por utilizar livros didáticos de fabricação própria, a partir das ideias trazidas da Europa pelo médico (AMARAL, 1922, p.57; LIMA, 1993, p.175-176).

Além de médico no serviço público o dr. Nina manteve um consultório particular no Largo do Carmo, n. 18, no centro da capital. As imagens a seguir foram publicadas n'A *Revista do Norte*, em 1906, sem quaisquer informações sobre sua finalidade, e demonstram o interior de seu estabelecimento relativamente bem equipado para a época. Utilizei essas imagens, também, para que o leitor tenha uma ideia de como era formado um consultório particular em São Luís, na virada do século XX, que pouco difere da maioria dos consultórios de médicos existentes na capital federal, quiçá na Europa. Chamo atenção para a presença de um suporte com vários tubos de ensaios, acima da sua mesa de anotações, que provavelmente comportavam materiais que seriam analisados através de procedimentos laboratoriais.



**Fotografia 10. Consultório do dr. Almir Nina – Gabinete de Consultas e Análises (Legenda original)**  
Fonte: A REVISTA DO NORTE, 1906, p.136

A seguir, a outra imagem constante n'A *Revista do Norte* apresenta uma segunda seção do consultório do dr. Nina, destinada à realização de exames e guarda de instrumentário. Perceba que segue padrões de assepsia, como a impermeabilização do piso, na área destinada aos exames de pacientes, e a disposição de soluções antissépticas em reservatórios suspensos. Contava com mesa apropriada para coletar materiais para análise e para a correta inspeção de pacientes, e facilitava procedimentos ambulatoriais diversos, incluso aqueles voltados à ginecologia.



**Fotografia 11. Consultório do dr. Almir Nina – Gabinete de Exames e Instrumentário** (Legenda original)  
 Fonte: A REVISTA DO NORTE, 1906, p.137

Releva destacar a atuação do dr. Almir Nina no campo da saúde pública do estado, iniciada em 1886, quando foi nomeado diretor da Inspetoria de Higiene. O médico ocupou esse cargo após ser instituído o decreto Imperial n.9554 de 3 de fevereiro daquele ano, lei que autorizava uma reforma no prédio da Inspetoria e estabelecia a Saúde do Porto (MARANHÃO, 1886, p.9). Acredito que era uma tentativa de recuperar a credibilidade da instituição, marcada negativamente pela pouca atuação durante a grave epidemia de varíola, que grassou em 1883-1884.

O médico permaneceu à frente da repartição até o final de 1891, portanto, estava presente quando o regime republicano foi instalado no Maranhão. Em 1890 o governador do estado, Tomaz da Porciúncula, comunicou-lhe sua expectativa de contratar uma comissão de médicos locais para elaborar um plano específico para o saneamento da capital. A ação fazia parte de um esquema mais geral de reformas no aparelho administrativo do estado que o político vinha desenvolvendo, e seria a primeira iniciativa mais científica no campo da saúde pública na capital. Porém, a ideia da comissão foi abandonada, pois o governador partiu para a capital federal após ter seu pedido de exoneração de cargo aceito.<sup>52</sup>

Almejando que a ideia não caísse em completo esquecimento, o dr. Nina apressou-se em reunir em uma publicação algumas ideias sobre aquilo que acreditava ser necessário melhorar na capital a partir da ciência sanitária, sugerindo alternativas para o combate à morbiletalidade comum à época. Nesta altura, o médico além ter acumulado experiências em hospitais de São Luís, na Inspetoria de Higiene, em clínica particular, e em viagens pelo exterior, contava com outras qualificações como a filiação na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e na *Societè Française d' Hygiène* de Paris, algumas de suas fontes de informação (NINA, 1890, p.3-4).

O trabalho foi entregue pessoalmente a Tomaz da Porciúncula antes que embarcasse para o Rio de Janeiro, e foi intitulado *Programa para o Estudo do Saneamento da Cidade de São Luiz* (1890). Foi dividido em 14 itens, explicados resumidamente, mas de forma coerente. No preâmbulo da obra informou que seu estudo deveria servir como argumento científico para que o político regresso ao Rio de Janeiro pudesse advogar em favor dos maranhenses, visando futuras obras sanitárias para o estado. Agiu dessa forma, mas acreditava que a situação sanitária de São Luís não era tão grave em comparação a outras capitais da república. Chegou a admitir que existiam muitas calúnias e falsas interpretações em relação à situação sanitária da capital maranhense, propaladas pelos habitantes do sul do Brasil, local onde os problemas listados no estudo do dr. Nina também eram comuns (NINA, 1890, p.6).

O primeiro ponto abordado no documento é o *abastecimento de água da capital*, considerado escasso pelo autor, especialmente no verão, e ineficaz pois não atingia a maioria imperiosa das casas da capital. O médico apontou para a necessidade urgente de realizar um

---

<sup>52</sup> Médico, político brasileiro, foi enviado ao Maranhão pelo Marechal Deodoro da Fonseca afim de empreender estabilidade administrativa no estado, até então governado por juntas provisórias. Também foi uma forma de evitar atritos na capital federal, entre os aspirantes ao cargo de governador do Rio de Janeiro. No geral, os periódicos locais fizeram um balanço muito positivo de sua curta permanência no Maranhão e valorizaram a reorganização de algumas municipalidades no interior do estado e a administração das finanças, dentre outras ações, empreendidas pelo político (IHP, 2001).



estudo detalhado sobre os mananciais da cidade, levantando as potencialidade desses reservatórios. Em seguida, sobre o *sistema de esgotos*, o autor fez parcas considerações. Apenas explicou que iria encaminhar posteriormente um levantamento que estava desenvolvendo com o engenheiro Lima Campos sobre a questão.<sup>53</sup> Apenas adiantou que estava apoiado em vários estudos científicos que afirmavam a relação entre a ausência de captação dos esgotos e a mortalidade da população nas grandes cidades. Em São Luís, acreditava que várias doenças ligadas à “degenerescência orgânica” dos indivíduos, como o beribéri, a escrofulose e a tuberculose era decorrentes do contato mantido entre a população e as águas servidas, além da rotineira falta de asseio das habitações (NINA, 1890, p.8).

O quarto ponto destacado refere-se à *remoção de lixo* da capital, na qual o autor sugeria que para cada freguesia da cidade fosse destinado um carro de coleta dos detritos, devidamente protegido para não espalhar sujeira ao se deslocar pela cidade. Acompanhando esses carros deveriam seguir trabalhadores que recolham os detritos logo pela manhã. O ciclo se encerrava com a incineração do produto descartado em fornos previamente instalados em terreno cedido pela Municipalidade. Para completar essa sugestão voltada para a limpeza urbana, o médico apontou para a necessidade de fazer o *revestimento das ruas e construir calçadas*, minimizando o acúmulo de detritos orgânicos no espaço público da cidade (NINA, 1890, p.8-9).

Em seguida, referiu-se à *arborização das ruas e praças* da capital, como uma medida de saneamento da atmosfera, pois a vegetação operava renovando o ar da cidade. Renovava, também, o solo porque interferia nos lençóis freáticos e filtrava possíveis infecções existentes nos terrenos. Sugeriu, também a *dessecação dos pântanos* da capital, através de drenagem ou aterro, e como alternativa sugeriu a plantação de eucaliptos e bambus nesses espaços. A razão para evitar a formação desse tipo de ambiente está ligada à teoria dos miasmas causadores de doenças. Para o médico os pântanos infeccionavam permanentemente a atmosfera da capital, produzindo moléstias ligadas ao “destemperamento orgânico”, como a malária e o beribéri. Complicava esse quadro o fato da população atirar todo tipo de detrito orgânico nessas regiões, especialmente nos pântanos deixados pela maré vazante. Este material, ao encontro da lama, formava uma combinação ideal para a fermentação pútrida, sob a intensa exposição solar, algo que requeria a constante vigilância olfativa das autoridades. Por essas razões, um dos melhoramentos sanitários a ser realizado em São Luís à época era a *conclusão do Cais da Sagração*, que deveria circundar a orla da cidade e oferecer um passeio público à

---

<sup>53</sup> Estudo não localizado nas instituições de conservação documental.



beira mar (NINA, 1890, p.9-10). Perceba que o dr. Almir Nina, em 1890, após os feitos de Pasteur e Koch ganharem o mundo, recorre a uma explicação anticontagionista para o aparecimento de doenças, apesar ser um médico em constante contato com ideias europeias sobre as enfermidades. Isso denota que a ciência dos micróbios não foi um processo linear de aceitação entre médicos e cientistas, surgido na Europa e meramente assimilado nos demais países.

No entanto, isso não significa que o médico era alheio à microbiologia. A sugestão a seguir, na verdade, reforça a importância de detectar as causas das doenças através da identificação de microrganismos patogênicos. Por isso, apontou a necessidade de construir na capital um *laboratório de análises*, sobretudo, voltado para o exame dos alimentos vendidos ao público. Completa essa sugestão um serviço rigoroso de *controle da carne, leite e dos mercados*, além da *construção de um novo matadouro* para o abastecimento da capital (ibid., p.11-12).

O décimo item do estudo do dr. Almir Nina refere-se a uma alternativa que ganhava força à época e se tornou uma constante em discursos de diferentes intelectuais que atuaram na primeira república: a *construção de habitações para as classes pobres* da capital. Inicialmente a administração pública deveria proibir terminantemente a construção de novos cortiços e a ocupação dos baixo sobrados, considerados insalubres. Em seguida, à semelhança do que ocorreu em Paris e Nápoles, cidades que conseguiram minimizar os impactos da falta de habitações nos aglomerados urbanos, o governo maranhense deveria construir moradias populares, salubres, voltadas para os operários. Estes, deveriam pagar pela moradia através de pequenas taxas financiadas por ligas e bancos operários (Ibid. p.13-14).

No item posterior, o médico indicou a necessidade de estabelecer um *novo plano para a edificação das ruas* de São Luís, em que fosse priorizado o alargamento das novas vias. O médico pedia atenção especial para os caminhos dos novos bairros em formação, distantes do perímetro urbano, como o Anil e o Cutim, reduto de operários da Companhia de Fiação e Tecidos Rio Anil. Reafirmou, também, a importância de *manter nos subúrbios da capital estabelecimentos nocivos ou insalubres*, como cocheiras, estábulos, chiqueiros e as fábricas, conforme a experiência parisiense de reordenamento urbano, e a necessidade de construir *hospitais específicos para doenças contagiosas*, como a lepra e a tuberculose (ibid. p.14).

Por fim, no décimo quarto item, o médico sugere que o governo instituisse a *higiene escolar no Lyceu Maranhense, nos demais colégios e nas escolas primárias* de São Luís. A primeira parte dessa iniciativa seria aplicar a ciência sanitária na estrutura e no funcionamento dos estabelecimentos de ensino, de modo a ser pensado itens como: a ventilação do prédio,

iluminação, mobília escolar e horários de estudos. Na segunda parte, inserir o ensino elementar de higiene no programa escolar como item obrigatório, para que desde cedo os indivíduos se acostumassem a desenvolver bons hábitos de salubridade, como a assimilação das leis sanitárias instituídas pela vida em coletividade. Esse tipo de educação deveria ser mais útil, segundo o médico, para as mulheres, à época compreendidas como responsáveis pelo saneamento do lar. Neste último tópico fica clara a visão de médico e educador ao mesmo tempo, e isso é um dos aspectos inovadores de seu documento à época. Afinal, ele incorpora um debate visto no Congresso Sanitário realizado em agosto de 1890 em Brighton, na Inglaterra, para a realidade local, alheia à importância desses itens no programa escolar, e que compreendia que qualquer espaço poderia ser um estabelecimento de ensino (ibid. p.14-15).

As ideias reunidas em forma de livro e entregue a Tomas da Porciúncula tiveram certa repercussão positiva no estado, entre a imprensa jornalística, principalmente. Sabe-se que o estudo chegou às mãos do Ministro da Justiça e Negócios Interiores à época, Cesário Alvim, e que foi muito elogiado (FERREIRA, 1908, p.1). Um ano depois o dr. Almir Nina deixou a direção da Inspetoria de Higiene para se dedicar à clínica particular na capital, aos assuntos relacionados à educação e a viagens pela Europa e Rio de Janeiro.

Notei algumas semelhanças entre os itens sugeridos no *Programa para o Estudo do Saneamento* e os artigos presentes no Código de Posturas Municipais de São Luís, instituído três anos depois, especialmente as determinações referentes às habitações populares e a instituição das fábricas, mas não posso afirmar se o estudo do dr. Nina serviu de parâmetro para o código. Analisando as ações voltadas à saúde pública na capital, nos anos posteriores, é visível que as ideias defendidas não tiveram aplicabilidade. Apenas o primeiro item da publicação, na qual destaca que é necessário conhecer os mananciais da capital e verificar suas potencialidades foi realizado, entre os anos 1899 -1902, quando engenheiro Palmerio Cantanhede exerceu o cargo de fiscal da Companhia das Águas de São Luís. Mas no geral, veremos que nos anos seguintes as reclamações relacionadas à falta de água, coleta de esgotos, remoção de lixo, dentre outros elementos apontados no estudo foram constantes na capital. A cidade ainda se debateu com os velhos problemas ligados à insalubridade ao longo de toda a primeira república, agravando-se cada vez mais com o aumento da população e com as transformações urbanas mais evidentes no período - surgimento de novas fábricas e novos bairros no subúrbio. Dez anos depois um novo estudo sobre o saneamento de São Luís foi realizado, dessa vez sob os desígnios de um engenheiro. Foi um trabalho mais criterioso, arrojado e mais científico, como seu autor desejava parecer, porém mais difícil de ser aplicado em âmbito local.

### 2.3 Palmerio Cantanhede e um plano utópico para o saneamento de São Luís

Palmerio de Carvalho Cantanhede, natural de Codó, interior do Maranhão, foi um engenheiro de expressiva atuação no estado ainda no período Imperial. Bacharel em Matemática pela Universidade de Genebra e engenheiro civil pela Escola Politécnica de Troy, nos Estados Unidos, também era membro da *Rennsler Society of Engineers* de Nova Iorque e do Clube de Engenharia no Rio de Janeiro (CANTANHEDE, 1885). São escassos os registros sobre sua vida pessoal; eventualmente, seu nome é visto nos periódicos locais em comemorações religiosas da Igreja do Carmo e oferecendo pequenas apresentações teatrais e saraus em sua casa. Também observei seu nome na seção de partidas e chegadas nesses jornais, com equipe de trabalho, outras vezes com esposa e filhos, geralmente em partida ou retorno de regiões banhadas pelos rios Itapecuru e Pindaré. De maneira geral os periódicos denotam um homem público, atuante não somente nas densas atividades ligadas à engenharia civil, mas também em negócios na lavoura e no setor industrial, sobretudo nas últimas décadas do século XIX quando vivia-se a “euforia industrial” no Maranhão.

Palmerio Cantanhede era proveniente de família abastada e tradicionalmente ligada à produção agrícola, provavelmente a cotonicultura, desenvolvida às margens do rio Itapecuru, na região de Codó. A riqueza acumulada lhe proporcionou o primeiro curso superior na Europa, não muito diferente do que ocorria com outros filhos ilustres da terra. Na década de 70 do século XIX retornou ao Maranhão, mas embarcou em 1879 para os Estados Unidos para cursar engenharia civil, devido seu interesse em edificações, sobretudo, em pontes e calçadas (O DR. PALMERIO, 16.05. 1879, p.2). Nos Estados Unidos, após concluir o curso, trabalhou como engenheiro subalterno em Hudson e no Missouri, em atividades ligadas à hidráulica e hidrografia de rios da região. Retornou ao Maranhão em 1883 ocasião em que foi nomeado engenheiro oficial do estado, e sua primeira obra executada foi a Estrada da Estiva, na região próxima ao canal que separa a Ilha de São Luís do continente. Ainda neste ano foi chamado pelo presidente de província, José Manoel de Freitas, para administrar trabalhos de desobstrução dos principais rios do estado, e a primeira parte do serviço seria desassorear e alargar trechos do rio Itapecuru entre as cidades de Picos e Codó. No entanto, enfermidades adquiridas na obra anterior, na Estiva, levaram o engenheiro a pedir a exoneração do cargo (CANTANHEDE, 1885, p.2-3).

Paralelo à sua atividade como engenheiro oficial investiu capitais acumulados na construção da Companhia de Tecidos e Fiação Codó, obra da qual foi um dos acionistas

principais e responsável pela execução da edificação. Fica claro que Palmerio Cantanhede fez um trajeto semelhante à maioria dos homens pertencentes às camadas mais abastadas da sociedade maranhense à época: estudou no exterior, regressou ao estado para ocupar cargo público e investiu capitais no setor industrial, como alternativa para manter-se diante da desarticulação do sistema agroexportador. Em sua casa em São Luís, um imponente palacete no Largo do Carmo, reunia-se com industriais e formou um clube de homens ligados ao setor fabril, a maioria acionistas. Sua casa era muito conhecida à época, parte do térreo era ocupada pela seção de máquinas do Armazém Teixeira e, em outra parte, Palmerio Cantanhede inaugurou em 1900 um café elegante, o “Recreio Maranhense” (MARANHÃO ILUSTRADO, 1899; COMPANHIA DE FIAÇÃO, 1891, p.1).

Sobre sua atuação como engenheiro do estado sobreviveram ao tempo três documentos oficiais de sua autoria. O primeiro é um relato sobre sua participação em um grande projeto iniciado em 1884 pelo Ministério da Agricultura, que visava a desobstrução de trechos dos principais rios do estado e de obras de desassoreamento do porto de São Luís. Trata-se do livro *A Comissão Hydraulica do Maranhão e o Engenheiro Palmerio Cantanhede* (1885), que apesar de apresentar muitos dados técnicos sobre as obras executadas, é um livro desabafo sobre as divergências que teve com o engenheiro chefe da comissão, Francisco José Gomes Calaça, indicado pelo Império.

Um segundo registro corresponde a um relatório que aponta as causas da escassez de água na capital maranhense, produzido na ocasião em que foi nomeado engenheiro e fiscal da Companhia de Águas de São Luís, em 1899. No verão daquele ano a cidade de São Luís passou por uma grave escassez de água, fato que gerou muitas reclamações sobre o serviço da companhia, responsável por bombear água dos mananciais do Anil até as torneiras de algumas casas, prédios públicos e chafarizes, no centro mais urbano da capital. Isso levou o governo a contratar Palmeiro Cantanhede como fiscal do serviço para cobrar medidas mais enérgicas da Companhia de Águas que há tempos vinha prestando serviço de má qualidade (CANTANHEDE, 1899).

Por fim destaco sua obra mais importante, o livro relatório *Saneamento das cidades e aplicação à capital do Maranhão* (1902). Publicação densa, com muitas informações técnicas (cálculos, estimativas de gastos dos serviços, dados estatísticos), referências de várias áreas do saber, e exemplos coletados nas experiências de trabalho e estudo que o autor obteve quando esteve no exterior, e que foram reunidos com a finalidade de apresentar alternativas para superar o quadro de insalubridade que a capital do Maranhão apresentava. O autor identificou os sucessos alcançados pelas políticas voltadas à salubridade de algumas localidades

da Europa e dos Estados Unidos, almejando viabilizar essas ações em São Luís. É sobre essa obra que vou me deter, e adianto que as alternativas sugeridas eram pouco viáveis tendo em vista estarem muito além das capacidades dos recursos financeiros e do engajamento político disponíveis à salubridade urbana de São Luís.

Releva destacar que os dois últimos estudos foram encomendados pelo governador João Gualberto Torreão da Costa, o primeiro líder político a exercer o quadriênio governamental completo após o período de instabilidades políticas ocasionado pela instauração da República no Maranhão, fase marcada por governos curtos e provisórios. O político tomou posse em 1898 em aliança com o senador maranhense Benedito Leite, e mostrou-se interessado em resolver algumas questões relacionadas à saúde pública da capital. Uma de suas primeiras atividades foi dar uma conotação mais científica aos trabalhos que pretendia desenvolver nessa área e, para isso, deslocou a atividade de Palmerio Cantanhede da engenharia civil para a engenharia sanitária. No governo, o engenheiro desenvolveu ações voltadas ao abastecimento de água, principalmente, mas também ao problema do isolamento dos leprosos na capital. Foi comissionado para estudar a viabilidade de um lazareto na Ilha do Medo, pequena porção de terra a noroeste do núcleo urbano da capital, separada pelo canal do Boqueirão, na Baía de São Marcos. Também foi direcionado ao sítio Anjo da Guarda, próximo a Ponta do Bonfim, com a mesma finalidade, e ali coordenou a instalação de uma caldeira para a desinfecção de roupas provenientes de embarcações suspeitas (MARANHÃO, 1901, p.12).

O livro *Saneamento das Cidades* é resultado de suas experiências na Europa e nos Estados Unidos, trabalhando ou observando o funcionamento da engenharia sanitária de países quando era acadêmico de matemática ou engenharia. Também é resultado de informações coletadas em tratados, discussões, revistas, livros, periódicos e outras viagens. O autor disse que o estudo foi encomendado pelo governador, mas não há explicações sobre ter sido comissionado ou não para ir até a Europa, em localidades onde disse ter visitado em 1900. Não há dados sobre as condições em que realizou essa viagem de estudos, só se sabe que o engenheiro viajou em período de licença de suas atividades como funcionário público do Maranhão. Em passagens da obra disse que esteve pessoalmente na França em 1900, ano em que reunia as informações para o estudo solicitado pelo governador (CANTANHEDE, 1902, p.203;56). O jornal local *Diário do Maranhão* apontou que Palmerio Cantanhede, esposa e filhos, naquele ano, estiveram em viagem pela Europa por cerca de sete meses (CHEGARAM À BARRA, 1900, p.3; ESTÃO NOTADOS, 1900, p.2). Com esses indícios quero dizer que, possivelmente, foi uma viagem em que o engenheiro pode ter conciliado os dois interesses, pois

não parece que houve uma intenção muito nítida por parte do governo do estado de comissionar e financiar sua permanência na Europa, como se estivesse em uma viagem científica.

O livro em questão pode ser dividido em duas grandes partes. A primeira é dedicada ao estudo técnico sobre aquilo que chamava de “ciência sanitária” desenvolvida em localidades que haviam alcançado um grau maior de “civilização”, a partir de melhoramentos sanitários nas seguintes áreas: abastecimento de água, implantação de sistema de esgotos e remoção do lixo (CANTANHEDE, 1902, p.6). As principais localidades analisadas pelo engenheiro foram: França, Alemanha, Inglaterra, Bélgica, Bruxelas, Chicago, Nova York, Holanda e até a China foi citada. Explicou como funcionavam os melhoramentos sanitários ali desenvolvidos, apontando tecnicamente as ações que renderiam maiores ganhos financeiros e de salubridade, caso fossem aplicadas em São Luís. Apesar de recorrer a diversas publicações da área, seu conhecimento não parece ser meramente livresco ou enciclopédico. O engenheiro denota um conhecimento empírico bastante apurado e em várias passagens cita que teve acesso às obras de saneamento da maioria das localidades visitadas, e esteve conversando com os responsáveis pela execução dos serviços, como no caso do sistema de saneamento de Paris:

Devido a gentileza do Sr. G. Bechmann, o eminente engenheiro chefe do serviço das águas e do saneamento de Paris, que me proporcionou a par de algumas informações, ocasião de ver muitas das dependências do vastíssimo e complexo conjunto das repartições a seu cargo, visitei e estudei quanto me foi possível o sistema de saneamento dessa cidade (CANTANHEDE, 1902, p.23).

Palmerio Cantanhede nutria admiração pelas ideias na área de saneamento defendidas pelo Barão de Haussmann, prefeito de Paris em 1853, por ocasião das grandes reformas urbanas que alteraram substancialmente a paisagem da cidade.<sup>54</sup> Recorreu a vários dados estatísticos que lhe autorizaram a inferir que a morbiletalidade dos franceses diminuía à medida que o sistema de distribuição de água, captação de esgotos e remoção do lixo era colocado em prática com eficiência. Entre as ideias de Haussmann adotadas por Cantanhede está uma bem polêmica e onerosa à época, referente à captação de dejetos domiciliares da capital da França para a irrigação de plantações na península de Gennevilliers:

Haussmann era então acusado de utopista e profetizavam-lhe o descalabro financeiro. À sua coragem, o seu vigor de iniciativa, à sua convicção e sobretudo a confiança no valor moral e científico dos seus auxiliares, sobrepujaram a propaganda aleivosa levantada contra seus feitos e as ideias que esposara. Venceram afinal essas ideias, devido ao ardor e tenacidade de defesa com que eram amparadas pelos vultos eminentes de Mille e Durand Claye (Ibid, 1902, p.39).

---

<sup>54</sup> Sobre Haussmann ver terceiro capítulo.

Outro ponto importante é sua filiação à microbiologia, entendida como modelo de explicação para a etiologia das doenças contagiosas. Em diferentes passagens afirmou a necessidade de realizar análises químicas e bacteriológicas das águas dispostas para uso doméstico em São Luís, bem como a necessidade de acompanhar por meio de exames microscópicos o nível de contaminação oriundo do lançamento de esgotos nos rios e no mar. Em seu vocabulário ideias provenientes de importantes personagens da bacteriologia como Pasteur, Koch, Calmette, Roux e Laveran foram utilizadas para afirmar os malefícios dos microrganismos patogênicos para a população, bem como a necessidade de combatê-los. No entanto, percebi que nem sempre o autor se sentiu à vontade para usar, tão somente, a ciência dos micróbios para explicar a necessidade de medidas higiênicas. Por vezes falou que era necessário atentar para a contaminação oriunda da decomposição da matéria orgânica, que gerava emanções, ou gases mefíticos, que poderiam trazer doenças. Por exemplo, mesmo falando da necessidade de se proceder com exames bacteriológicos nas águas que eram bombeadas do rio Anil para o centro urbano de São Luís, era necessário, igualmente, manter-se atento àquilo que entendia como a “maceração dos vegetais” que margeavam os rios da ilha de São Luís, corruptores da água e do ar, e que poderiam causar doenças (CANTANHEDE, 1902, p.19-20). O engenheiro trazia consigo a sensibilidade olfativa apurada, propulsora da vigilância dos ares respiráveis, argumento usado entre os anticontagionistas do século XIX para fazer críticas aos administradores públicos que faziam vistas grossas para as galerias de esgotos de São Luís e, mesmo, de algumas cidades da Europa por onde passou.

Na segunda parte do livro, mais importante para esta tese, porque apresenta as ideias mais originais do autor, localizam-se as sugestões dadas para implementar melhoramentos sanitários em São Luís. Podem ser divididas em propostas voltadas ao abastecimento de água, à rede de esgoto e à remoção do lixo. Sobre o abastecimento de água de São Luís, o autor que já vinha desenvolvendo ações junto à companhia encarregada desse serviço, primeiro fez longas críticas ao descaso das autoridades políticas e da população perante a conservação dos mananciais de São Luís:

Não posso deixar de patentear a péssima impressão que me causou o abandono em que se acham os mananciais, que de futuro, tem de abastecer a cidade. As margens, em grande parte roçadas têm contribuído para diminuição do volume que é incontestável. Moradores do Anil e do Cutim são unânimes em asseverar a continua diminuição das aguas. [...] A pouca quantidade de água com que pode contar a cidade, vem juntar-se a possibilidade de irem se tornando cada vez mais pobres os mananciais já citados, em virtude da roçagem continua das margens e da devastação das matas. A esse perigo vem juntar-se um outro, talvez mais grave, que é a contaminação do solo pelos moradores ribeirinhos que diariamente aumentam. Para que a cidade não tenha de futuro de recorrer a meios dispendiosíssimos, urge proteger as margens e o Valle

inteiro, si for possível, contra o vandalismo do facho e do machado, que pouco a pouco vae reduzindo a carvão as capoeiras e as poucas matas que ainda restam (CANTANHEDE, 1902, p.9-10;12).

Analisa negativamente, inclusive, um dos símbolos de modernidade e progresso financeiro de São Luís à época, a Fábrica de Tecidos Rio Anil. A instalação consumia grande quantidade de água em suas atividades, além de utilizar alvejantes na manipulação do produto têxtil, processo na qual, certamente, lançava produtos químicos no curso do rio Anil e na bacia do rio Cutim. Essas ações danosas eram realizadas devido à falta de fiscalização do governo com os rios da capital.<sup>55</sup>

Há uns doze anos que a atual companhia deixou que se estabelecesse a fábrica de fiação e tecidos rio Anil, exatamente no local onde outrora ia se abastecer a primitiva companhia das Águas. Esta fábrica, com uma força de 500 cavalos, com condensador e alvejamento, consome um volume considerável de água própria para a população. Se a Companhia [de Águas de São Luís] tivesse, em tempo, tratado dessa questão, teria evitado esta sangria ao melhor dos mananciais da cidade (CANTANHEDE, 1902, p.37).

Para evitar a escassez de água no futuro o engenheiro sugeriu que fosse adotado na capital maranhense um conjunto de leis instituídas em 1876, o *Rivers Pollutions Prevection* que, em linhas gerais, proibia o lançamento de águas residuais nos rios ingleses. Outra medida era colocar em prática orientações voltadas à proteção dos mananciais a partir de premissas do médico Alphonse Laveran, elaboradas com a finalidade de combater as epidemias causadas por doenças facilmente transmitidas pela água, adotadas pelo Congresso Médico que se reuniu em Paris, por ocasião da Exposição Universal.<sup>56</sup> Tais premissas, utilizadas como orientação para os governantes na elaboração de leis voltadas para a higiene pública, estavam calcadas nas seguintes ideias: proteção das águas correntes das águas residuais provenientes de aglomerações e da indústria; e a defesa e conservação da pureza das águas destinadas à alimentação das pessoas, incluindo a esterilização do líquido, caso suspeita de contaminação (CANTANHEDE, 1902, p.38-39). A partir dessas ideias Palmerio Cantanhede elaborou um conjunto com 10 orientações específicas para a cidade de São Luís:

<sup>55</sup> Não significa, exatamente, um descuido por parte do governo. Tratava-se da ausência de prioridade com a questão e dificuldade de prever os impactos de ações como essas para o meio ambiente, pois esse tipo de debate só iria se difundir anos mais tarde no meio acadêmico e político.

<sup>56</sup> Palmerio Cantanhede não deixou muito claro se participou ou não do Congresso, apesar de ter apresentado em seu livro, algumas ideias médicas defendidas por ocasião do evento em Paris. Disse, apenas, que estava presente em uma das visitas realizadas pelo Congresso aos campos de Archères, na França, planície coletora do esgoto desviado do rio Sena. O engenheiro disse que por ocasião da visita estava em companhia dos médicos maranhenses Almir Nina e Tarquinio Lopes, confirmados como participantes do congresso (CANTANHEDE, 1902, p.55; AMARAL, 1922, p.56).



- 1º Demarcação das zonas de proteção destinadas à conservação das águas de estiagem nas bacias do Anil, Ingaúra, Angelim, Cutim e Barreto;
- 2º Desapropriação dessas zonas dentro das quais não serão permitidos os roçados, nem a exploração das matas para o fabrico do carvão. Serão conservadas as habitações, jardins e hortas que não ameacem a pureza das águas;
- 3º Demarcação de outras zonas (compreendidas dentro dos perímetros das primeiras) destinadas a evitar a contaminação das águas, e dentro das quais não serão permitidas novas construções e desapropriadas aquelas que atualmente ameaçam de contaminação as águas destinadas ao consumo público;
- 4º Arborização dos lugares devastados e que se acham dentro das primeiras zonas.
- 5º Arrolamento e demarcação dos terrenos pertencentes ao Estado e Municípios e que se acham situados na Ilha, sujeitando-os a um regime especial tendente à conservação e pureza das águas dos seus mananciais;
- 6º Expressa proibição de lavagens em águas correntes quando haja moradores a jusante;
- 7º Expressa proibição de lançar águas residuais em águas doces correntes e de consentir que animais soltos venham suja-las;
- 8º Exercer severa vigilância nas nascentes e percurso das águas destinadas ao consumo público, afim de eliminar as causas de impurezas de origem vegetal ou animal;
- 9º Obrigatoriedade para os proprietários que tem cursos de águas em seus sítios de limpá-los e conservá-los em bom estado;
- 10º Submeter as águas destinadas a consumo público a análises periódicas, quer químicas, quer bacteriológicas (CANTANHEDE, 1902, p.41-42).

Trata-se de um complexo conjunto de instruções para época, com difícil aplicabilidade de todos os itens. Não havia meios para instituir vigilância ao longo dos mananciais de São Luís à época, devido à quantidade de rios e córregos existentes, e a grandiosidade de extensão dos principais que cortavam a ilha. Não existiam funcionários suficientes para uma atividade dessa natureza. Agravava o fato das nascentes localizarem-se em regiões distantes do perímetro urbano da capital, em áreas não bem demarcadas e de difícil acesso. Também não existiam meios para estabelecer vigilância perante a conduta dos ribeirinhos que usavam os rio para diferentes finalidades, inclusive para o escoamento de dejetos. Esses moradores viviam em situação de quase isolamento, com poucos recursos e pouca instrução. Inviável, igualmente, a desapropriação desses moradores e a instalação deles em outras localidades. A última orientação também era impraticável, pois apesar de promessas do governo o laboratório de análises químicas e bacteriológicas não havia saído do papel. Anos depois, como apresentarei mais à frente, as críticas relacionadas a ausência de proteção de mananciais de São Luís ainda será recorrente, mas dessa vez na fala de um médico do Serviço Sanitário do estado.

Mais ousado foi o plano sugerido por Palmerio Cantanhede para a implantação do sistema de esgotos de São Luís. Contrário ao sistema mais usado na capital, baseado no armazenamento dos dejetos em precárias fossas fixas, a proposta consistia em dotar o núcleo mais urbano da cidade de uma ampla rede de encanamentos feitos em cerâmica, e aproveitar o

terreno acidentado para o escoamento das águas servidas, em um sistema semelhante ao desenvolvido em Berlim, na Alemanha. Os canos deveriam convergir para bacias coletoras e a partir de então os dejetos seriam bombeados em direção ao mar. Para o autor o sistema alemão deveria ser utilizado como parâmetro porque era um sistema de esgotamento sanitário simples, que demonstrava êxitos para uma população próxima dos dois milhões de habitantes, que ocupava um terreno com média declividade. O sistema daria certo em São Luís, simplesmente, porque a cidade tinha (apenas) 50.000 habitantes e um terreno com acentuada declividade, segundo o autor (CANTANHEDE, 1902, p.84-85). Ocorre que era uma proposta descolada dos aspectos econômicos, sociais e políticos que envolvem a questão do saneamento das cidades. E inviável para uma cidade que ensaiava os primeiros passos em ações voltadas à saúde pública, sem o engajamento necessário para tornar ideias como essas concretas.

O engenheiro fez inúmeros cálculos que estimavam a quantidade e o volume dos dejetos produzidos diariamente em São Luís, analisando a viabilidade de serem lançados ao mar sem comprometer os rios interligados. Estudou o fenômeno das marés, a circulação dos ventos, o modo pelo qual as baías de São Marcos e São José interagiam ao circundar a ilha de São Luís, e o papel do Canal do Boqueirão no avanço ou recuo das águas do mar. Sua preocupação voltava-se para a possibilidade dos dejetos lançados acabarem retornando às praias mais próximas da cidade na maré baixa, que revelava matéria orgânica em decomposição, especialmente na área próxima ao matadouro, na Praia de Madre Deus. Concluiu que o ponto de lançamento dos dejetos deveria ser na área da Ponta d'Areia, distante do núcleo urbano da capital cerca de 1.600 milhas náuticas (CANTANHEDE, 1902, p. 147).

O sistema de esgotamento sanitário ideal para São Luís, proposto por Palmerio Cantanhede, era ainda mais complexo. O engenheiro declarou-se um higienista e economista ao mesmo tempo, e por isso acreditava que suas ideias sanitárias deveriam resultar em vantagens financeiras após serem aplicadas. Argumentou que o lançamento de dejetos no mar, na verdade, era um desperdício de material orgânico que poderia ser empregado na agricultura, através da irrigação. O engenheiro dizia estar ciente que o tema era polêmico entre os higienistas, mas ao estudar a experiência dos franceses na irrigação de áreas cultiváveis e, principalmente, ao considerar o exemplo chinês voltado à rizicultura, acreditava que não haveria malefícios para a população do estado que adotar o sistema. Sua ideia advinha, também, da observação de amplas extensões de terras baratas, improdutivas e inabitadas no interior da ilha de São Luís. Áreas da Mayoba, Araçagi e Calhau poderiam ser transformadas em campos cultiváveis, mas não especificou qual tipo de produção poderia ser adotado. A mão de obra empregada nesse sistema deveria ser proveniente de uma penitenciária agrícola a ser instalada

pelo governo estadual nas proximidades, à exemplo do que ocorria em Berlim, na Alemanha (CANTANHEDE, 1902, p. 150-151).

A sugestão para a instalação do sistema de remoção de lixo da capital também apresentava inovações. Primeiro, o engenheiro traçou um quadro de insalubridade da cidade decorrido do acúmulo de lixo, e apresentou informações não muito diferentes daquilo que já foi citado neste estudo:

A remoção do lixo é um serviço que está para ser organizado no Maranhão. Quem percorrer o litoral da cidade, os seus arredores, alguns chãos vazios de certos quintais há de ficar pasmo, ao ver a quantidade de resíduos de toda sorte, atirados por essa vasta extensão. Os covões do Campo do Ourique estão cheios de detritos vegetais e animais, e a parte que se acha aterrada deve ao lixo o serviço feito (CANTANHEDE, 1902, p. 126).

Além do descarte inadequado de resíduos incomodava o autor a ausência de qualquer separação desses detritos, dificultando a decomposição dos materiais no meio:

Sendo o lixo um composto de materiais minerais, vegetais e animais, conviria fazer a separação das substâncias minerais, tais como vidros, destroços de louças e objetos de ferro etc. dos vegetais, animais, afim de facilitar a utilização ou incineração. Esta separação não é feita a domicilio em parte alguma; não deixa, porém, de ser conveniente iniciá-la no nosso meio (CANTANHEDE, 1902, p.119).

O engenheiro sugeriu ao governador que aplicasse um sistema de coleta de lixo semelhante ao desenvolvido na capital da Holanda, Amsterdã. Ali observou um sistema disciplinar de coleta e separação dos resíduos, que eram encaminhados a galpões onde trabalhadores separavam aquilo que poderia ser reaproveitado ou incinerado. Em São Luís a “engrenagem do lixo”, à semelhança do sistema holandês, deveria funcionar da seguinte forma: após a seleção dos resíduos nas casas, armazenava-se o produto dessa separação em depósitos distintos, devidamente numerados e identificados quanto ao prédio e à rua a que pertencem. Os carros de coleta de lixo também obedeceriam a separação de resíduos, devendo possuir compartimentos distintos conforme a natureza daquilo que seguia para o descarte. Os depósitos que continham detritos não reaproveitáveis deveriam ser encaminhados até o aterro para incineração e os depósitos de resíduos aproveitáveis seguiam para o setor de separação. Ao término desse ciclo, na próxima vez que os carros seguissem para recolher os dejetos, os depósitos deveriam ser restituídos aos donos, que já dispunham de outros recipientes, aptos à troca, cheios de resíduos para descarte (CANTANHEDE, 1902, p.120).

Percebe-se que Palmerio Cantanhede era um personagem na vanguarda da saúde pública, pois apresentou ideias inovadoras para a realidade local, desenvolvidas em cidades que

estavam há anos aplicando políticas voltadas para o saneamento. Parte de seu livro foi publicado nos periódicos locais, *Diario do Maranhão* e *Pacotilha*, e foi aplaudido pela intelectualidade da época, que muito valorizava as ideias vindas da Europa. O governador do estado, Gualberto Torreão da Costa, também elogiou muito o trabalho e reconheceu a necessidade de estudar a viabilidade das ideias apresentadas. Apesar da repercussão positiva as propostas de Palmerio Cantanhede não foram materializadas, pois na seção intitulada “obras públicas”, das mensagens produzidas anualmente pelos governadores, nos anos seguintes, não há qualquer referência de investimentos e ações voltados para execução das ideias defendidas no livro *Saneamento das Cidades*. Propostas voltadas ao melhoramento sanitário de São Luís (especialmente o abastecimento de água e a captação de esgotos) só começaram a sair do papel em 1912, no governo de Luís Domingues, como veremos ao longo desse estudo. No entanto, o livro do engenheiro Palmerio Cantanhede foi lembrado por médicos higienistas e engenheiros, maranhenses ou não, que atuaram em São Luís na posteridade. Isso porque não se tratava, apenas, de uma coleção de propostas sanitárias irrealizáveis para a capital. Tornou-se um livro de conhecimentos mais gerais sobre a ilha, em que pese seus aspectos geográficos, urbanos e sociais.

#### **2.4 Dr. Moraes Rego, diretor da nova Inspetoria de Higiene**

Em 1896 quando a nova Inspetoria de Higiene foi criada o médico nomeado para dirigir a repartição foi o maranhense Claudio Serra de Moraes Rego. Na verdade esse profissional já desempenhava atividades na instituição, outrora sob a administração da municipalidade, mas na função de inspetor auxiliar (MARANHÃO, 1897, p.7). Ainda não estava em vigor o regulamento sanitário de 1898, lei que regulava a repartição. No entanto, a subordinação do órgão ao governo estadual, a determinação de dar conta dos problemas relativos à saúde pública do estado, e a lei que estabelecia a criação de um laboratório de análise química e bacteriológica já estavam presentes, ainda que não fossem ações plenamente cumpridas. Notei, também, uma maior participação do governador em exercício, Manoel Ignácio Belford Vieira, nas decisões tomadas na instituição e a exigência de lhe manter detalhadamente informado sobre as atividades relacionadas à saúde pública. Por ordem do governador do estado, pressionado pela imprensa local, existia, também, uma determinação instituída à época para monitorar a qualidade das águas utilizadas no abastecimento da capital.

Existem poucos dados biográficos sobre o dr. Moraes Rego, característica comum aos demais médicos que atuaram na repartição na virada do século XX. O que se sabe é que o médico retornou ao Maranhão em 1887 após obter o diploma na Faculdade de Medicina da Bahia, onde defendeu a tese intitulada *Da Hidroterapia* (MEIRELES, et al.2004, p.43). A volta à terra natal naquele ano, em companhia do irmão Luís Serra de Moraes Rego, que também concluiu medicina na mesma faculdade, foi um evento festejado pela família tradicional a que pertencia. Saudações foram registradas pela elite intelectual da cidade em periódicos locais, e familiares em gratidão anunciaram a libertação de quatro escravos (A EXM. SRA. 24.12.1887, p.3).

Em 1888 o dr. Moraes Rego iniciou sua trajetória na higiene pública, ao lado do dr. Almir Nina, auxiliando-o na Inspetoria. Em 1890 tornou-se médico da cadeia pública e do corpo militar de polícia. Nesta altura, mantinha um consultório particular na Praia de Santo Antônio, n. 4.<sup>57</sup> Em 1892 foi nomeado Major Cirurgião, Oficial da Guarda Nacional, mas em 1894 voltou a exercer atividades na Inspetoria onde veio a se tornar diretor em 1896, por indicação do governador em exercício (COMARCA DA CAPITAL, 11.07.1892, p.2). Ali trabalhou até 1900, ocasião em que foi substituído pelo médico Oscar Galvão, que atuava como inspetor auxiliar. O registro mais importante produzido pelo dr. Moraes Rego, sobre sua atuação na nova Inspetoria, foi o primeiro relatório anual entregue ao governador em exercício, Manoel Ignácio Belford Vieira. Trata-se de um documento diferente daqueles produzidos até então pela repartição, geralmente sucintos, com 4 ou 5 páginas, sem informações sobre quais doenças eram mais comuns na capital e sem dados sobre os procedimentos adotados perante as doenças transmissíveis. O dr. Moraes Rego produziu um relatório com 32 páginas demonstrando as atividades executadas no primeiro ano de funcionamento da nova Inspetoria, o estado sanitário da capital, os boletins de estatística demográfica sanitárias, as atividades da polícia sanitária, as multas aplicadas, o (ineficiente) sistema de vacinação e um conjunto de sugestões para melhorar as condições sanitárias de São Luís (REGO, 1897, p.14-46).

Em primeiro lugar o médico chamou atenção do governador para a credibilidade do censo de 1893 que indicou que a população de São Luís era de cerca de 30.000 habitantes. À época, o médico estimava que existiam na cidade cerca de 50.000 pessoas, ocupando 5.298 casas, com base em um estudo feito pelo catedrático do Lyceu Maranhense, José Ribeiro do Amaral, que levantou dados no Tesouro Público da União, referente ao ano de 1895. A estimativa de habitantes identificada era preocupante, pois demonstrou um número

---

<sup>57</sup> Região próxima ao Largo dos Remédios, na parte baixa do terreno, anterior à Praia do Genipapeiro.

considerável de pessoas comprimidas em um espaço urbano pequeno, geralmente moradoras de precárias habitações coletivas, focos de doenças. Também preocupava um outro dado levantado, referente à quantidade médicos legalmente registrados no estado. Contava-se com (apenas) 34 médicos atuando em São Luís e em poucas cidades do interior do estado (MARANHÃO, 1896, p.14; 30).

Por solicitação do governador, o dr. Moraes Rego realizou um levantamento sobre a quantidade de cortiços e baixo sobrados do perímetro urbano da capital, algo que revelou um dado preocupante. Foram identificadas 227 habitações dessa natureza através do serviço de desinfecções estabelecido pela repartição. Chamou atenção o fato de famílias abastadas que residiam na rua da Estrela, na Praia Grande, terem como vizinhos 8 cortiços. Em casos assim a convivência não era harmoniosa, tendo em vista que os moradores de habitações coletivas foram alvos de constantes reclamações por parte da elite local, através da imprensa e denúncias feitas à Inspetoria, sobre seus hábitos considerados insalubres e moralmente condenáveis. À medida que se distanciava do núcleo central da cidade, em direção ao subúrbio e nas proximidades das fábricas, o número de cortiços ou baixo sobrados aumentava, de acordo com o levantamento. O dr. Moraes Rego identificou que, somente na rua da Paz, próximo ao bairro São Pantaleão, por exemplo, existiam 33 cortiços (REGO, 1897, p.35).

Outras facetas daquela sociedade ganharam realce nos escritos do médico. Ao descrever os principais serviços executados pela Inspetoria em 1896 releva destacar o atendimento que o dr. Moraes Rego realizou em um garoto italiano de seis anos suspeito de estar infectado com difteria. Seguiram-se procedimentos padrões realizados para moléstias transmissíveis, como o isolamento do doente, juntamente com sua família, em uma casa fora do perímetro urbano da capital, além de desinfecções com substâncias químicas. O doente foi localizado no alojamento de imigrantes, no Convento das Mercês, e ali o dr. Moraes Rego foi informado pelos demais italianos que um número espantoso de 23 crianças pertencentes àquelas famílias havia falecido com sintomas parecidos ao do enfermo, no Piauí, onde passaram uma temporada antes de chegar no Maranhão. O garoto doente recebeu doses de soro antidiftérico que era remetido à Inspetoria a cada três meses pelo Instituto Pasteur de Paris, através de importação realizada pela agência local José Bento Ribeiro & Cia. A vítima foi acompanhada pelos médicos da Inspetoria que registraram, progressivamente, o restabelecimento de sua saúde (REGO, 1897, p.37).

No final do século XIX a produção de soros terapêuticos e de diagnósticos eram práticas em desenvolvimento e somente alguns produtos biológicos alcançaram consenso entre os pesquisadores sobre seu uso. Um fato que teria acelerado o consenso em torno do soro

antidiftérico, elaborado por Émile Roux, um dos colaboradores de Louis Pasteur, foi a comoção social que a doença despertava por atingir, predominantemente, o público infantil (MANZONI, 2013, p.27).<sup>58</sup> No caso apresentado em São Luís, o dr. Moraes Rego reconhecia que o diagnóstico da doença só poderia ser dado através de exame laboratorial, inviável de ser realizado no estado à época com os poucos recursos técnicos da Inspetoria. Reuniu os médicos auxiliares da repartição, o dr. Oscar Galvão e o dr. José Sardinha, e convidou clínicos reconhecidos no estado, como o dr. Afonso Saulnier de Pirrelevèe e o dr. Almir Nina, para avaliarem o caso.

O médico maranhense Almir Nina estava por dentro do debate sobre a eficácia da soroterapia para difteria, pois em 1895 publicou n' *O Brazil Médico* um artigo sobre aplicações do soro terapêutico que realizou em uma criança em São Luís. Relatou que a doença era rara no Maranhão e até então havia registrado, apenas, 4 casos. Somente um caso sobreviveu, e foi decorrente da aplicação do soro antidiftérico. Tratava-se de uma garota moradora da Vila do Anil cuja família procurou o dr. Nina no dia seguinte que os primeiros sintomas se manifestaram. O médico reconheceu as dificuldades de dar o diagnóstico tendo em vista o fato de que a região em que a garota habitava apresentava alguns casos de paludismo, além disso desconfiou que poderia ser um caso de gripe. Em virtude de não haver possibilidade de realizar procedimentos laboratoriais a criança foi diagnosticada através dos sintomas (palidez, rouquidão, febre, fadiga), mas principalmente, pela tosse “canina” característica. O dr. Almir Nina relatou que existiam até então medicamentos pouco eficazes para tratar a difteria, e que acompanhou os êxitos obtidos pelos estudos do alemão Emil von Behring sobre a doença. Também acompanhava a soroterapia desenvolvida pelos colaboradores de Pasteur, sobretudo, Émile Roux, e por isso decidiu utilizar os procedimentos em São Luís, e obteve êxito. O médico havia importado o soro antidiftérico há pouco tempo e o caso narrado tornou-se a primeira vez que utilizava-se o produto biológico no Maranhão (NINA, 1895, p.317-319).

Voltando ao caso do garoto italiano identificado pelo dr. Moraes Rego foram observados sintomas como rouquidão, febre, cansaço, palidez e erupções na pele, e os médicos que analisavam o caso concordaram que tratava-se de difteria. Houve comoção entre esses profissionais diante da situação, agravada pela informação de que outras crianças daquelas famílias haviam falecido (REGO, 1897, p.36-38). A mesma comoção não será vista nos casos que a repatriação tomou conhecimento nos anos seguintes, manifestos em crianças maranhenses

---

<sup>58</sup> Voltarei a falar sobre soroterapia ao longo desse estudo e ao tratar da chegada da filial do Instituto Oswaldo Cruz no estado.

moradoras dos subúrbios da cidade. O governador do estado, Manoel Ignácio Belfort Vieira, foi pessoalmente até o alojamento dos imigrantes verificar em que condições os estrangeiros estavam e garantiu-lhes apoio diante da doença encontrada entre os seus (MARANHÃO, 1897, p.6).

O caso além de demonstrar a sintonia dos médicos locais com a bacteriologia e a soroterapia em desenvolvimento, coloca em cena outros personagens no cenário social maranhense. Afinal, o garoto doente sob os cuidados da Inspetoria pertencia a uma leva de imigrantes trazida ao Maranhão pelo governador Belford Vieira, que almejava iniciar um processo de imigração no estado. Naquele ano o Maranhão recebeu uma verba federal de 68 contos para trazer famílias italianas e alemães para trabalharem nas fábricas da capital e da cidade de Codó. Quatro famílias italianas foram empregadas na fábrica de Tecidos Rio Anil, estabelecendo-se nas proximidades da companhia manufatureira, mediante auxílio do governo que custeou despesas iniciais e garantiu habitações. Ao que parece essas famílias permaneceram na região desempenhando suas funções, sem maiores alterações. Menos êxito tiveram as famílias instaladas em Codó, na Fábrica de Tecidos da localidade. Os imigrantes alegaram que não se adequaram à região e solicitaram que fossem remanejados para a capital federal, pedido atendido prontamente pelo governador. As famílias foram trazidas para São Luís e mantidas no alojamento provisório no Convento das Mercês, onde foi localizado o garoto italiano doente, até serem embarcadas para o Rio de Janeiro. Outra leva de imigrantes foi registrada naquele ano, dessa vez 25 alemães começaram a trabalhar nas fábricas da região de Rosário, mas a experiência também foi frustrada devido a não adaptação das pessoas ao lugar (MARANHÃO, 1897, p.5-6).

O dr. Moraes Rego permaneceu na Inspetoria de Higiene até o ano de 1900, quando foi substituído pelo seu auxiliar, o médico Oscar Galvão. Através da documentação produzida por ele identifiquei que uma das marcas de sua gestão foi a constante solicitação ao governo para aplicar melhoramentos sanitários na capital maranhense, que o médico considerava inadiáveis. Requeria o estabelecimento de um sistema de esgotos, o abastecimento de água e a limpeza da cidade, algo não muito diferente daquilo que seu antecessor, o dr. Almir Nina, solicitava aos órgãos competentes. Também não era algo muito distante daquilo que, posteriormente, o engenheiro do estado Palmerio Cantanhede viria solicitar, com grau maior de sofisticação nas ideias. Em comum esses profissionais possuíam a convicção de que etiologia das doenças infecciosas era explicada através da ciência dos micróbios, mas sem abandonar, completamente, a crença na teoria dos miasmas. Por exemplo, em relatório o dr. Moraes Rego (1897, p.29) citou que era necessário substituir os encanamentos de esgotos que passavam pela



rua do Ribeirão com a justificativa de que deixavam o “ambiente impregnado de miasmas prejudiciais à saúde pública”. Em outro momento, ao caracterizar o problema da falta de limpeza da cidade expôs que o espaço urbano e os arrabaldes da cidade continham material orgânico que nutria “toda ordem de fermentações e constituíam, deste modo, verdadeiros focos de miasmas” (REGO, 1897, p.42).

Além dos melhoramentos que julgava impreteríveis referiu-se, também, à necessidade de tomar providências específicas para evitar as moléstias contagiosas, pois no ano de 1896, além do caso de difteria no garoto italiano, outra criança manifestou a doença dois meses depois. Registrou-se, também, seis casos de febre amarela na cidade, na qual todos resultaram em óbito. Além disso, na cidade registravam-se casos esporádicos de varíola, comprovando a endemicidade da doença. Solicitou diversas vezes melhoramentos no serviço de desinfecções, pedindo, inclusive, a aquisição de uma estufa *Geneste Hersher* e novos aparelhos, fato que só veio a se concretizar em dezembro de 1900, dentro das ações políticas que transformaram a Inspetoria em Serviço Sanitário do Maranhão, em 1901. Pediu, também que fosse construído um hospital de isolamento, mantido sob a administração do governo, à sotavento da cidade, algo que só veio a se concretizar em 1908, como veremos ao longo deste estudo. Essa medida serviria para desativar o Isolamento da Ponta do Bonfim, com suas arriscadas travessias marítimas e precárias condições de atendimento. Destaco a seguir um conjunto de sugestões que o médico encaminhou ao governador em 1896, publicadas novamente em relatório publicado em 1899, que visavam minorar os problemas relacionados à saúde pública do estado:

1. Proibição absoluta de serem construídos novos cortiços, demolição dos que estirem insaneáveis e substituição de tais habitações por moradias higiênicas ao alcance da classe pobre;
2. Desocupação dos baixo sobrados, porque nenhum deles oferece as condições de habitabilidade;
3. Criação de Instituto Vacinogênico;
4. Criação dos laboratórios de análises químicas e bacteriológicas aos quais se refere a Lei Estadual n. 159 de 16 de maio de 1896, no seu art. 5°.
5. Determinar-se que toda e qualquer construção não possa ser feita sem ser ouvida a Inspetoria de Higiene;
6. Dessecamento dos pântanos e seu aterro com areia;
7. Arborização das ruas e praças públicas, bem como dos terrenos recentemente aterrados;
8. Criação do hospital de isolamento e do desinfectório, dos quais falei ao tratar da profilaxia das moléstias transmissíveis (REGO, 1897, p.43).

Certamente o dr. Moraes Rego foi um dos pioneiros a sistematizar essas necessidades na capital, dando visibilidade para importância de medidas como a montagem de

um laboratório e de um instituto vacinogênico no estado, visando o combate às doenças transmissíveis. Veremos ao longo desse estudo como algumas dessas solicitações foram concretizadas, e o espaço de tempo que levou para a concretização.

## 2.5 Dr. Oscar Galvão e a iminência de epidemias na capital

Oscar Lamagnère Leal Galvão, médico maranhense, obteve o grau de doutor na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, com a tese intitulada *Tuberculose Pulmonar – Da absorção e eliminação dos venenos*, em 1877. No mesmo ano retornou ao estado natal, residindo em Monção, na região do rio Pindaré, onde foi nomeado delegado de higiene. Ali manteve os negócios da família, ligados à produção do açúcar, na região do Engenho de São Pedro (ENGENHO, 22.07.1886, p.2). O dr. Oscar Galvão pertencia a duas famílias tradicionais do estado, Leal e Galvão, da qual faziam parte “atenienses” renomados como o poeta Trajano Galvão, o médico e biógrafo Henriques Leal, o jurista Alexandre Teófilo de Carvalho Leal, entre outros (DR. OSCAR, 12.11.1923, p.2). Renovando a tradição literária da família o médico em questão frequentemente utilizava a imprensa local para publicar poesias autorais e crônicas literárias, com destaque para as poéticas publicadas por ocasião da adesão do Maranhão à República, em favor dos novos tempos políticos e do fim da escravidão. Releva destacar que seus filhos seguiram o caminho da medicina e farmácia, ocupando o mesmo círculo social do dr. Galvão.<sup>59</sup>

Em 1890 o dr. Oscar Galvão passou a atuar em São Luís, clinicando interinamente na cadeia pública, até ser nomeado médico adjunto do Exército na Guarnição de Pernambuco (O SR. DR. OSCAR GALVÃO, 31.05.1890, p.3). Em 1893 retornou ao Maranhão onde passou a clinicar na Farmácia Normal, na rua Grande n.73, e a atuar na Inspetoria de Higiene, na função de inspetor auxiliar. Em 1900, na gestão do governador João Gualberto Torreão da Costa, foi nomeado diretor da Inspetoria substituindo o dr. Moraes Rego. Porém, por motivos não muito definidos permaneceu à frente da repartição somente naquele ano, pois foi substituído pelo então médico ajudante, o dr. Felicissimo Rodrigues Fernandes. No ano de 1901 voltou ao posto

---

<sup>59</sup> Otto Lago Galvão, médico, chegou a trabalhar no Serviço de Profilaxia Rural no estado. Nosôr do Lago Galvão, já citado neste estudo, fez carreira médica no Rio de Janeiro e em São Paulo. O terceiro filho, Oswaldo do Lago Galvão, era farmacêutico e trabalhava em São Luís (DR. OSCAR, 12.11.1923, p.2).

de médico ajudante na repartição, e organizou a seção de cultura vacínica animal, permanecendo na Inspetoria apenas aquele ano, em seguida entrou em licença no início de 1902. Em 1903, quando a peste bubônica fez as primeiras vítimas em São Luís, foi chamado para compor uma junta médica local designada pelo governador Collares Moreira Junior para fazer o diagnóstico da doença.

Sem dúvida, o dr. Oscar Galvão foi um dos médicos com a vida profissional mais longeva no estado. Presenciou quase todas as políticas voltadas à saúde pública na primeira república, desde a criação da nova Inspetoria de Higiene, passando pelo Serviço Sanitário estabelecido, a qual foi o diretor em 1909. Presenciou a chegada do Serviço de Profilaxia Rural do Maranhão, mas não conseguiu o esperado cargo de médico diretor no Hospital Central da Profilaxia.<sup>60</sup> Por ora, destacarei suas atividades em 1900 e 1901 quando atuou na Inspetoria, período marcado por uma epidemia de varíola, a organização do serviço de cultura vacínica animal e expectativas em relação à peste bubônica recém chegada ao Brasil.

Assim como os demais homens voltados à ciência, que atuaram no Maranhão na virada do século XX, o dr. Oscar Galvão continuou reivindicando melhoramentos sanitários para o estado, endereçando queixas ao governador sobre o incipiente abastecimento de água, a ausência de uma rede de esgotos e o precário serviço de remoção de lixo da capital. Também acreditava que o saneamento material da cidade deveria ser acompanhado de um saneamento moral dos cidadãos que, segundo acreditava, apresentavam hábitos inadequados e que comprometiam a coletividade. Alterar o cenário de insalubridade do estado, nessa lógica, culminaria em nova fase, mais civilizada, e que ao seu ver, já estava em andamento.

Um ponto importante de suas reivindicações refere-se ao tratamento dispensado aos leprosos da capital, entendidos como um entrave à civilização do estado. Criticou o recolhimento dos lázaros mantido em instalações impróprias, sob administração da Santa Casa de Misericórdia, nos fundos do Cemitério do Gavião.<sup>61</sup> A lepra, em relatório produzido pelo dr. Oscar Galvão, apresenta inúmeras qualificações negativas, sendo citada como “erva daninha em terreno baldio”, “cancro a ser extirpado”, “líquen parasita em tronco apodrecido”, “polvo que inocula veneno na população”, entre outras depreciações que só reforçam os transtornos que a doença causava à época e os anseios da elite médica e intelectual de expulsar os doentes do convívio dos sãos. O médico chamou atenção para a importância dos profissionais da

---

<sup>60</sup> Não é meu objetivo analisar a trajetória do dr. Oscar Galvão no Maranhão, mas ao longo deste estudo é possível identificar como médico se inseriu (ou tentou se inserir) em eventos significativos ligados à saúde pública no estado. Antecipo que sua participação nesta seara se deu através de momentos pontuais, mas importantes, pois denotam discordâncias políticas e pessoais como pano de fundo, fato que nutriu no médico certo rancor pelo estado.

<sup>61</sup> C.f. p.47-48.

Inspetoria como agentes capacitados pelo saber médico para fiscalizar e isolar esses doentes em local apropriado, que deveria ser construído pelo governo com apoio da municipalidade, através de uma sólida aliança em prol da população:

Urge, pois afastar, sem perda de tempo, do centro desta cidade o hospital dos Lázaros, livrando assim de vez a sociedade de uma moléstia microbiana e de contagiosidade comprovada. Outrossim deveis mandar fechar imediatamente ao público a Quinta encimada pelo dito hospital, a qual serve de logradouro a lavadeiras e onde os leprosos vão continuamente suprirem-se de água para seus diversos misteres. Isto, além de asqueroso, é minimamente perigoso porque as roupas lavadas em semelhante regato, que recebe águas manadas dos Lázaros e do Cemitério, que lhe ficam a cavaleiro, podem trazer de envolto o micróbio esse morbo atualmente incurável, que vai sorrateiramente contaminando o nosso torrão já de si tão vitimado (GALVÃO, 1900, p.6-7).

Porém, somente em 1908 uma alternativa para o problema dos leprosos na capital ganhou forma, afinal foi o ano de construção do Isolamento do Lira, em grande medida devido aos apelos do dr. Oscar Galvão ao governo, como indicarei em outros capítulos. Por ora, quero evidenciar outro ponto importante, como o fato de que em 1900 os escritos do médico não apresentavam explicações sobre a etiologia das doenças a partir da teoria miasmática, como os demais profissionais que lhe antecederam, por vezes, chegaram a fazer. O dr. Galvão passou a se envolver mais decisivamente com a iminência de epidemias na cidade, entendidas como resultado da ação de microrganismos, que deveriam ser combatidos através de soroterapia específica, campanhas de vacinação e medidas de saneamento e isolamento. Semelhante aos seus antecessores, o dr. Almir Nina e o dr. Moraes Rego também indicou a necessidade de construir em São Luís um Instituto vacinogênico e um laboratório de análise química e bacteriológica, devidamente estruturado e aparelhado. Através de longa argumentação o dr. Oscar Galvão explicou ao governador, também, a importância de enviar médicos maranhenses à Europa para estudar na “Colmeia Pasteuriana a vida íntima dos microrganismos e os meios de exterminá-los ou atenuá-los” (GALVÃO, 1900, p.7). A medida servia para que esses profissionais ficassem aptos ao trabalho nas novas instituições científicas do estado, não concretizadas nos anos seguintes. Afinal, a política local na primeira república maranhense estava mais interessada em entregar o serviço sanitário do estado a médicos do Rio de Janeiro e São Paulo, localidades que estavam na vanguarda das pesquisas experimentais e das ações institucionais no campo da saúde pública.

Demorou muito para que as solicitações apontadas pelo dr. Galvão (laboratório e instituto vacinogênico) se efetivassem no estado e, na verdade, quando se concretizaram foram decorrentes da iniciativa federal, quase vinte anos depois, com a instalação de uma filial do

Instituto Oswaldo Cruz no estado. No entanto, à época do dr. Galvão, foram registradas ações importantes no campo da saúde pública no estado, pois ao final de sua gestão foi montado um Desinfectório próximo à Rampa do Palácio em 1901<sup>62</sup>, e em 1900 foi organizado o serviço de cultura vacínica animal do estado. Essa medida deveria potencializar a vacinação na cidade atividade há tempos reconhecida como precária, insuficiente e esporádica, geralmente concentrada em iniciativas particulares, entre médicos e leigos. Afirimo que o serviço de vacinação era falho porque as reclamações sobre a aquisição da vacina antivariólica, em especial no período da epidemia de varíola mais recente, em 1883, tornaram-se quase unanimidade nas documentações referentes à saúde pública ao longo do século XIX em São Luís.

No entanto, há que se considerar que embora a vacinação no estado tenha sido uma prática realizada com poucas condições técnicas e materiais, ela vinha sendo aplicada desde 1821, com a institucionalização da Repartição da Vacina em São Luís (PALHANO, 1988, p. 148-149), e a introdução da técnica jeneriana em terras maranhenses datava de 1805, quando o governador da capitania do Maranhão, D. Antônio de Saldanha da Gama, solicitou à corte portuguesa linfa vacínica (MARQUES, 1864).<sup>63</sup> No entanto, uma característica marcante das campanhas de vacinação promovidas no império e com o início da república é a baixa procura e recusa à imunização, fato citado nos relatórios dos médicos Moraes Rego, Oscar Galvão e Felicissimo Fernandes, entre outros.

A não adesão à vacina antivariólica já foi narrada em literatura histórica especializada e demonstra os receios que a prática despertava na população desprovida de conhecimentos sobre este processo de imunização.<sup>64</sup> A rejeição, sabotagem e mesmo insurreição popular – como o célebre caso da Revolta da Vacina na capital federal, no início do século XX, – são exemplos de como a população passou a reivindicar a autonomia de seus

---

<sup>62</sup> Tratarei desse evento no tópico seguinte.

<sup>63</sup> Desde o século XVIII diferentes técnicas foram empregadas com o intuito de controlar a varíola desenvolvendo-se a forma branda da doença. Existia o processo de implantação de agentes virais *in natura* que produziam as pústulas características da doença, da qual eram extraídas secreções. Destas fabricavam-se anticorpos que imunizavam o organismo atingido pela varíola e pelo *cow pox* (varíola bovina). Este processo, conhecido pelos nomes de variolização, inoculação e transplantação, caracterizava-se pela passagem do vírus da doença humana sem atenuação e que poderia desencadear as duas formas da doença, a branda e a letal. O processo entendido como vacinação tinha como objetivo inserir no organismo a doença oriunda dos bovinos, que protegia de ambas modalidades da doença (humana e animal). Quando o organismo humano produzia as pústulas da doença benigna retirava-se a linfa ou pus variólico, da qual se produziam novas inoculações. O médico Edward Jenner desenvolveu essa técnica no século XVIII e antes que a prática recebesse embasamento médico ou laboratorial ganhou o mundo, sendo utilizada por médicos e muitos leigos. Ao longo do tempo a técnica foi aperfeiçoada quando percebeu-se o progressivo enfraquecimento do efeito imunizador da vacina nos indivíduos. Nas novas práticas os humanos foram excluídos do ciclo inicial de imunização (extração da linfa antivariólica), instituindo-se a cultura vacínica animal, além da prática da revacinação (FERNANDES, 2010, p.16-17;32-33).

<sup>64</sup> Sevcenko (1993), Chalhoub (1996), Carvalho (1999), Fernandes (2010), Farrel (2003), entre outros

corpos e mecanismos próprios de enfrentamento de doenças. Além disso, práticas não oficiais, concorrentes ao saber médico, há tempos eram ministradas nos cuidados aos variolosos, descredenciando o uso das vacinas autorizadas pela medicina e pelo Estado. Outro agravante para a não adesão à vacina refere-se ao comprometimento do seu efeito imunizador, decorrente do preparo e condicionamento inadequado do material, de sua adulteração e de inúmeros outros erros operacionais que poderiam ocorrer. Outra falha comum, em geral ocasionada pelos erros mencionados, é aquela em que o receptor acabava por desenvolver gravemente a doença, criando-se um clima de incredulidade, consternação e confusão, sobretudo na primeira metade do século XIX (DARMON, 1997, p. 320).

Um dos motivos para essas falhas operacionais serem comuns em São Luís era o fato das vacinas não serem produzidas no estado, pois os estoques eram supridos através de outras cidades e da Europa, e nem sempre mantinham a qualidade após longas viagens. Em 1900, na gestão do dr. Oscar Galvão, foi organizado o serviço de cultura vacínica animal sob administração da Inspetoria de Higiene, cujo encarregado foi o médico ajudante da repartição, o dr. Juvêncio Odorico de Mattos.<sup>65</sup> A seção funcionava em uma sala do Lyceu Maranhense, nas dependências do Convento das Mercês, no Desterro; ali também continha um estábulo para abrigar os bezerros usados no processo de cultivo da linfa antivariólica. O serviço começou a produzir as vacinas a partir de dois bezerros, originalmente inoculados pelo dr. Octavio de Freitas, diretor do Instituto Vacinogênico de Pernambuco. O dr. Oscar Galvão foi até Recife estabelecer a negociação e garantiu a vinda de um funcionário daquele instituto, juntamente com os dois animais inoculados, para ajudar nos procedimentos iniciais, fato que rendeu a inoculação de 65 vitelos. Com o início de uma produção relevante o dr. Oscar Galvão atendeu pedidos para remeter tubos de vacina para o interior do estado, para localidades como Alcântara, Caxias, Guimarães, entre outras, e até para os estados do Piauí e o Ceará (FERNANDES, 1901, p.5).<sup>66</sup>

---

<sup>65</sup> Inserindo em um quadro maior de acontecimentos a seção de cultura vacínica animal em São Luís foi reflexo da criação do Instituto Vacínico Municipal do Rio de Janeiro criado em 1894, órgão privado, mas subvencionado pelo estado. A instituição foi criada pelo médico Barão de Pedro Afonso, que trouxe a técnica para o Brasil, e que já vinha se dedicando a institucionalizar a vacina no Rio de Janeiro e a expandir a técnica para outros estados. Para mais detalhes ver Fernandes (2010, p.19-20).

<sup>66</sup> No entanto, não se pode dizer que ali estavam as bases para um instituto vacinogênico no Maranhão, pois o espaço foi desmontado nos anos seguintes, retomando atividades emergencialmente em 1908. Por outro lado, é errado dizer que não existiram iniciativas ligadas à soroterapia no estado, relativamente organizadas, antes da ação federal que inaugurou um instituto vacinogênico em 1919, como ainda veremos neste estudo. Sobre a desmontagem do serviço de cultura vacínica local, em 1905, registrei que estava inoperante. O então diretor do Serviço Sanitário do estado, o dr. Felicissimo Fernandes, escreveu ao governador da época explicando que a interrupção do serviço foi algo danoso, pois a linfa vacínica importada do Instituto Vacínico do Rio de Janeiro demorava cerca de 15 dias para chegar em São Luís, algo que comprometia sua qualidade. Além disso, a demora

A instalação de um serviço de cultura vacínica animal, organizado e sob a administração da Inspetoria de Higiene, foi uma das consequências da eclosão de uma epidemia de varíola iniciada em dezembro de 1900, no interior da ilha de São Luís.<sup>67</sup> Precisamente, no Cutim do Padre, região próxima à Vila do Anil, um dos pontos de passagem da estrada de ferro Caminho Grande-Cutim. A epidemia se alastrou até o centro urbano de São Luís, outras regiões do interior da ilha e cidades do interior, causando movimento no Isolamento do Bonfim e nos isolamentos provisórios montados no Cutim e no Turú. Segundo o governador João Gualberto Torreão da Costa a epidemia teve início a partir de seis homens infectados, provenientes do Pará, local em que grassava uma epidemia de varíola. Após desembarcarem na capital, visando conseguir emprego nas fábricas, se alojaram no Cutim. Foram tomadas providências para conter a doença na região, como o estabelecimento de cordões sanitários, quase sempre burlados, além de práticas de isolamento, vacinação e desinfecções (MARANHÃO, 1901, p.11).

No entanto, é compreensível que as práticas oficiais para o controle da epidemia de varíola em curso na capital foram viabilizadas, também, devido ao temor de outra epidemia: a peste bubônica. Esta doença havia aportado em Santos em 1899 gerando expectativas nos demais portos no Brasil.<sup>68</sup> Em documento oficial datado de 1901 o governador do Maranhão, João Gualberto Torreão da Costa, se mostrou preocupado com a iminência da peste e nomeou uma comissão sob a liderança do engenheiro Palmerio Cantanhede para construir um Isolamento na Ilha do Medo, para receber embarcações vindas de portos suspeitos. No sítio Anjo da Guarda, próximo a Ponta do Bonfim, foi instalada uma caldeira que recebia roupas da tripulação de embarcações e de variolosos da capital (MARANHÃO, 1901, p.11-12).

As medidas colocadas em prática, longe de serem as mais adequadas, eram incipientes e facilmente burladas. No entanto, foram decorrentes da pressão que o dr. Oscar Galvão exerceu perante o governo local. O jornal *Pacotilha* também teve importante participação nisso, pois em 1900 veiculou diversas matérias produzidas pelo médico alertando a população sobre os perigos da peste bubônica atingir o Maranhão. O caso foi narrado em memória apresentada no Congresso Médico Latino Americano no Rio de Janeiro, por Nosôr Galvão, que disse que seu pai, Oscar Galvão, oficiou várias vezes ao governador lembrando os meios profiláticos para impedir a entrada da peste no estado, em vão. Segundo disse, o governo estava

---

poderia ser prejudicial caso houvesse uma eclosão repentina da varíola, que encontraria o serviço local despreparado (MARANHÃO, 1905, p.2-3).

<sup>67</sup> Os primeiros casos apareceram em agosto daquele ano.

<sup>68</sup> Sobre a chegada da peste bubônica no Brasil e em São Luís tratarei no capítulo seguinte.

descrente da verdade, e confiado no seu alto saber e talvez mesmo descrente de que a peste o respeitava, não deu ouvidos aos instantes e importunadores pedidos do Diretor Sanitário. Vendo o dr. Oscar Galvão não obter resposta oficial do supremo poder, resolveu convocar em sua residência os médicos da capital, lavando assim, além da sua, a responsabilidade destes, e a de seus dignos e incansáveis colegas dr. Felicissimo Rodrigues Fernandes e dr. Juvêncio Mattos, tentando deste modo demover o governo a tomar providências. Nesta reunião médica ficou assente comunicar ao povo as medidas imperiosas a tomar contra o mal levantino, de acordo com os conselhos dos grandes mestres. Todos os esforços foram baldados, o governo continuou imóvel, indiferente, mudo a tudo... A pacotilha, jornal afeito às lutas, com louvável atitude patrocinou a causa (GALVÃO, 1909, p.19-20).

No final de 1901 o dr. Oscar Galvão se afastou da Inspetoria, transformada, então, em Serviço Sanitário do Maranhão, mas atuou em outros momentos da história da saúde pública do estado, como veremos. O novo diretor da repartição, o médico Felicissimo Fernandes, chegou em um momento importante, em que algumas conquistas para a saúde pública no estado foram auferidas, em contrapartida um momento epidêmico mais grave se iniciava. No entanto, uma marca de originalidade de seus escritos é o fato de transcender às queixas sobre as epidemias e melhoramentos sanitários da capital para evidenciar a importância de preservar o meio ambiente da capital e a saúde dos habitantes do interior do estado.

## **2.6 Dr. Felicissimo Fernandes, diretor do Serviço Sanitário do Maranhão**

Em 1900 estavam em vigor mudanças administrativas e jurídicas em alguns órgãos públicos do Maranhão que culminaram na emergência de novas repartições e na reorganização de outras. Tais ações foram encetadas no governo de João Gualberto Torreão da Costa, o primeiro a exercer os contínuos quatro anos de mandato desde a instauração da república.<sup>69</sup> Dava embasamento a essas mudanças a lei n. 255 de 24 de março daquele ano, que autorizava a reorganização das principais repartições do estado, entre essas a Inspetoria de Higiene. Um ano depois, foi decretada a lei n.301 de 14 de abril de 1901 que transformou a Inspetoria em Serviço Sanitário do Maranhão. Essa iniciativa muito deveu-se ao contexto marcado pela epidemia de varíola em curso, expectativas da peste bubônica nos portos do Brasil e aos apelos

---

<sup>69</sup> Por exemplo, a Companhia de Águas de São Luís passou por uma reorganização administrativa, foi criado um corpo de bombeiros no estado, novos impostos foram instituídos, inclusive um para arrecadar receita para obras voltadas aos leprosos, dentre outras mudanças.



por melhoramentos sanitários para capital, empreendidos pela imprensa local e, principalmente, pelos médicos diretores que passaram pela Inspetoria.

Afirmo isso, porque nos escritos do governador Torreão da Costa, em mensagens direcionadas ao Congresso, entre os anos de 1900 e 1902, existiu uma ênfase nesses fatores como propulsores de medidas voltadas à higiene em andamento. O governador, por exemplo, estava ciente da chegada da peste bubônica no porto de Santos, em São Paulo e, além de recomendar à Inspetoria local o cumprimento das orientações prescritas no Regulamento Sanitário de 1898, estabeleceu recomendações da Diretoria Geral de Higiene e Assistência Pública da capital federal, e autorizou a compra de aparelhos de desinfecção manual *Schering* e pastilhas de formalina utilizadas na desinfecção de objetos e casas. No entanto, acreditava que a peste não ganharia amplas proporções no país e que a doença já havia desaparecido de Santos e do Rio de Janeiro, onde apareceu posteriormente (MARANHÃO, 1900, p.10-11). Na prática, as ações instituídas em São Luís ainda eram incipientes para uma cidade insular, portuária (favorável à entrada de epidemias), em ascensão industrial, com um aglomerado urbano significativo – em torno de 50.000 habitantes, e que possuía um principiante serviço de saúde pública.

A lei n.301 de 14 de abril de 1901, que instituiu o Serviço Sanitário do Maranhão, destinou recursos para melhoramentos no prédio da antiga Inspetoria, na rua do Egito; manteve o serviço de polícia sanitária, com ações voltadas à desinfecção de domicílios, principalmente; preservou a seção de cultura vacínica animal, localizada nas dependências do Convento das Mercês; e organizou o serviço de vacinação, distribuindo-o em alguns pontos da cidade, conforme a disponibilidade dos inspetores e a necessidade de cada região. Contudo, os pontos altos da lei que instituiu o Serviço Sanitário referiam-se a duas antigas solicitações de diretores que passaram pela Inspetoria nos últimos anos do século XIX, mais fáceis de executar, se comparadas aos projetos onerosos de distribuição de água, esgoto e remoção de lixo na cidade, também necessários para a salubridade urbana. A instauração do Serviço Sanitário deveria ser acompanhado do serviço regular do desinfectório, em testes desde dezembro de 1900, e da montagem de um laboratório de análises química e bacteriológicas, proposta que não saiu do papel nos anos seguintes (MARANHÃO, 1901, p.92).

Lembrando que, por lei, o laboratório já deveria ter sido instalado, pois o artigo 5º do decreto n. 159 de 16 de maio de 1896 há cinco anos havia determinado sua construção, indicando a Inspetoria como a responsável pela sua administração. No Serviço Sanitário as atividades ficaram a cargo de três médicos (um diretor e dois auxiliares), três guardas de saúde e três funcionários no desinfectório (um maquinista, um servente foguista e um cocheiro), um

funcionário que deveria atuar no laboratório, e para o serviço de cultura vacínica nomeou-se dois serventes.

Para dirigir a nova repartição foi nomeado um profissional com experiência em prática laboratorial e desinfecções, há um ano atuando como médico auxiliar na Inspetoria, o médico maranhense Felicissimo Rodrigues Fernandes. Formado pela Faculdade de Medicina no Rio de Janeiro em 1881, com a tese intitulada *Acção physiologica do salycilato de soda e suas applicações nas pyrexias e nas afecções rheumaticas*, após concluir o curso o dr. Fernandes não retornou ao Maranhão imediatamente, como fez seu irmão, José Rodrigues Fernandes, formado em medicina na mesma turma.<sup>70</sup> Felicissimo Fernandes fixou-se na Corte Imperial e passou a trabalhar no Laboratório de Química Orgânica e Biologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, até ocupar o cargo de inspetor na Junta Central de Higiene, em 1883. A repartição estava sob a direção do médico bacteriologista Domingos Freire, personagem de quem veio a se tornar assistente em seu laboratório, fato noticiado com orgulho em São Luís através de jornal local (ACHA-SE ENTRE, 2.05.1887, p.3).<sup>71</sup> Juntos os médicos registraram um método próprio para a conservação do leite, sem alterar suas propriedades e sem danificar as substâncias do produto, dentro da instituída lei imperial de privilégios industriais (patentes), em 1882.<sup>72</sup>

Somente em 1899 Felicissimo Fernandes retornou ao Maranhão, onde montou um consultório particular e passou a exercer a cátedra de Química na Escola Normal. Ali, interinamente, exerceu também a cátedra de Geografia, Zoologia, Botânica e Geologia, ocupada pelo médico Justo Jansen Ferreira. Trabalhou de 1900 a 1903 no Serviço Sanitário, foi afastado no final de 1903 por ocasião da chegada da peste bubônica, mas em 1905 retornou à direção da repartição onde permaneceu apenas um ano.<sup>73</sup> Eventualmente foi chamado para atuar na repartição, mas em 1908 partiu para o Rio de Janeiro após ser convidado para dirigir o Laboratório Municipal de Análise Química, onde havia trabalhado como químico de primeira classe no ano de 1898 (AVULSOS, 7.11.1908, p.1; BRASIL, 1898, p.8; SOCIEDADE

---

<sup>70</sup> Citado em capítulo anterior, o médico José Rodrigues Fernandes fez carreira política e era Intendente Municipal na ocasião em que foi instituído o Código de Posturas de 1893. Quando Felicissimo Fernandes retornou à cidade natal, em 1899, o político exercia a função de Deputado Estadual.

<sup>71</sup> Domingos Freire foi um dos mentores intelectuais da reforma do ensino médico na Capital do Império, na qual dava ênfase na ciência experimental e no ensino prático através do laboratório. O médico teve grande projeção em âmbito nacional e internacional no último quartel do século XIX, após ter anunciado a descoberta do micróbio da febre amarela e de uma vacina que chegou a ser utilizada em milhares de pessoas (BENCHIMOL, 1999; 2000).

<sup>72</sup> A patente foi alcançada através do decreto n.8.634 de 5 de agosto de 1882 (BRASIL, 1882, p.145).

<sup>73</sup> No ano de 1904 a direção do Serviço Sanitário foi entregue ao médico proveniente de São Paulo, Victor Godinho, comissionado para combater a peste bubônica no Maranhão. O dr. Felicissimo só retornou à direção da repartição em 1905, mas entregou o cargo ao médico Ezequiel Dias, do Instituto de Manguinhos, convidado pelo governo vigente para dirigir o serviço naquele ano.

PORTUGUESA, 1928, p.241). Na direção do laboratório, na capital federal, o dr. Fernandes permaneceu até o ano de 1927, quando veio a falecer (LUTO, 24.01.1927, p.1).<sup>74</sup>

Sua trajetória na saúde pública no Maranhão ficou registrada em quatro relatórios de sua autoria produzidos nos anos de 1901, 1902, 1903 e 1905, encaminhados ao governador em exercício. Nesses documentos, reuniu informações sobre a epidemia de varíola em curso, iniciada no subúrbio, nas proximidades do Anil, mas que no centro urbano da cidade teve como foco o bairro de São Pantaleão. Os relatórios datados de 1901 a 1903, denotam que a varíola grassou de agosto de 1900 a dezembro de 1902, atingindo nesse período 217 pessoas, apesar do dr. Fernandes reconhecer que o número deveria ser maior, pois muitos casos não chegaram ao conhecimento da repartição. A quantidade de mortos era imprecisa, pois o dr. Fernandes só computou os óbitos que ocorreram na Ponta do Bonfim. Narrou as dificuldades enfrentadas pelos variolosos e pela escassa equipe hospitalar que atuava naquele isolamento, lugar com acesso restrito e sem estrutura para a finalidade que foi destinado, como já apresentei em outro momento.<sup>75</sup> Expôs a baixa receptividade da população diante das campanhas de vacinação antivariólica empreendidas pelos médicos da repartição, devido à crença popular de que a vacina causava a doença. Reclamou que após vários argumentos utilizados pelos médicos, algumas pessoas até deixavam se vacinar, os mais jovens, principalmente, mas não retornavam para tomar a segunda dose. Segundo o dr. Fernandes a falta de uma lei eficaz tornando obrigatória a vacina era o motivo para o insucesso das campanhas, mesmo com os efeitos nocivos da quadra epidêmica em curso tão evidentes (FERNANDES, 1901; 1902; 1903).

Em seus escritos, expôs que a montagem do laboratório na cidade não veio a se concretizar, algo certamente frustrante para o médico que há anos acumulava experiência na área laboratorial. Mas um ponto importante realizado na sua gestão foi o funcionamento regular do desinfectório, iniciativa inédita no estado, em negociação desde o ano anterior. Segundo Torreão da Costa, em 1900, o governo recorreu ao dr. Alfredo da Graça Couto, chefe do Serviço de Isolamento e Desinfecção da capital federal, solicitando que remetesse ao Maranhão uma estufa fixa de vapor e outros equipamentos necessários para a montagem de um serviço de desinfecção, sob custos do governo do estado. Em outubro daquele ano os materiais desembarcaram no porto da capital, juntamente com um funcionário da repartição do Rio de Janeiro, José Estevam Chaves, encarregado da instalação. O desinfectório foi montado nas

---

<sup>74</sup> Um ponto a ser citado na trajetória do dr. Fernandes foi ter publicado um livro voltado ao ensino escolar, intitulado *Ciências Naturais e Físicas*, no ano de 1895. O livro é um curso elementar de ciências, com muitas ilustrações, e que alcançou mais de 28 edições. Existem registros da adoção desse livro em várias escolas no Brasil à época e até em 1957 registrei a impressão da obra.

<sup>75</sup> C.f. p.50.

dependências do Forte São Luiz, nas proximidades da Rampa do Palácio. Por ser relativamente dispendiosa aos cofres do governo, que fez a compra dos equipamentos, a obra contou com o apoio do Ministro da Guerra, Marechal Mallet, que cedeu o espaço; e da municipalidade, que cuidou das instalações locais (FERNANDES, 1901, p.12-13).

De acordo com o dr. Fernandes, em 10 de dezembro de 1900 foram realizadas as primeiras experiências com a estufa e 14 dias depois o primeiro varioloso foi transportado pelo serviço. A partir de janeiro de 1901 a seção estava em funcionamento e foi muito importante para o combate à epidemia de varíola em curso. O material adquirido para o desinfectório era composto por uma estufa de vapor úmido sob pressão, *Geneste e Herscher*, uma caldeira e dois pulverizadores manuais, dentre outros equipamentos e materiais desinfetantes. Quatro carros de tração animal também foram disponibilizados, cada um destinado à condução de doentes, cadáveres, roupas infectadas e transporte de funcionários da repartição. Aos poucos os carros de tração animal do desinfectório passaram a ser vistos em vários pontos da cidade. Claramente, a estrutura era bem distinta da existente no pequeno serviço de desinfecções da extinta Inspetoria, composto por um aparelho pulverizador *Geneste e Herscher* e dez aparelhos *Schering*, que borrifavam soluções de formol nas residências de doentes removidos e em encanamentos da cidade, e que eram armazenados nas dependências da repartição (FERNANDES, 1901, p.112).

Apesar de ser um serviço importante e que manteve-se em funcionamento regular a partir de então, o dr. Fernandes alertou que o local em que o desinfectório foi instalado era impróprio por três motivos: ficava à barlavento da Rampa do Palácio; possuía uma estrutura impossível de separá-lo da rampa através de um muro; e, principalmente, obrigava o desembarque de pessoas e objetos procedentes de embarcações suspeitas, apenas pela Rampa do Palácio, lugar de concentração de pessoas. O dr. Fernandes avisou ao governador que era conveniente transferir o desinfectório para outro lugar no litoral de São Luís e sugeriu a Praia do Desterro como o mais adequado, distante do porto oficial cerca de 950m. Argumentou que ali poderia ser construída uma rampa de desembarque mais simples, pois as marés eram mais amenas. Outra razão para a escolha da região relaciona-se ao fato de ficar à sotavento da cidade e possuir baixo valor imobiliário, algo que facilitaria a desapropriação de alguns prédios para instalação do desinfectório, inclusive para construção de um necrotério em anexo (FERNANDES, 1901, p.5-6).

A ideia não teve repercussão, assim como outras que o dr. Fernandes teve ao longo dos anos que esteve à frente do Serviço Sanitário. Entre essas, chamo atenção para suas considerações sobre a degradação dos recursos naturais do estado, e suas exposições sobre o

estado de saúde dos habitantes do interior do Maranhão, temas que contrastavam com os assuntos esperados na quadra epidêmica em curso. Tal como seus contemporâneos, médicos que lhe antecederam na Inspetoria de Higiene e o engenheiro Palmerio Cantanhede, o dr. Fernandes também se ocupou dos antigos problemas de insalubridade de São Luís, como a falta de água, o precário sistema de esgotos e o ineficiente serviço de remoção de lixo. Mas dentre esses problemas, o dr. Fernandes concentrou-se na recorrente falta de água na capital, questão entendida como fruto da má conservação dos mananciais de São Luís, problema que identificou, também, em algumas regiões do interior do estado. Em 1901, enquanto as atenções estavam voltadas à epidemia de varíola em curso, o médico deu início a uma série de apelos sobre a necessidade de cuidar das vegetações que margeavam os rios de São Luís e de algumas localidades do interior, pois acreditava que no futuro a escassez de água no estado seria ainda mais grave. Encaminhou em relatório um misto de argumentos científicos e sociais sobre a necessidade de impedir o corte das matas ciliares, prática comum para obter carvão:

É sabido que as florestas impedem as inundações e aumentam as riquezas dos mananciais que nelas tem origem: impedem as inundações, embaraçando o fácil escoamento das águas meteóricas que caem na superfície formada pelo conjunto dos seus ramos [...]; aumentam as riquezas dos mananciais, facilitando a penetração dessas mesmas águas para as camadas profundas do solo, dando-lhes passagem pelos múltiplos condutos abertos pelas suas possantes e inúmeras raízes que penetram por via de regra a grandes profundidades, onde atuam pelo conjunto das suas mais tênues ramificações como uma verdadeira esponja [...]. Que vale um cofre de carvão? Quase nada. Entretanto os vivem do ofício do carvoeiro vão destruindo impunemente sem escrúpulos e sem método as matas mais próximas da cidade, não se lembrando de plantar nas inúmeras clareiras abertas pelo seu machado devastador, alguns pés de milho ou de mandioca que mais tarde lhe proporcionariam algum bem estar, e por esse meio diminuiriam o número das futuras devastações. Não abandonemos o futuro dos nossos mananciais nas mãos cobiçosas dos empregos que exploram o fornecimento de água, nem deixemos que o carvoeiro descuidoso do futuro continue a praticar essas devastações que todos nós conhecemos (FERNANDES, 1901, p.14-15).

Nos relatórios produzidos nos anos seguintes, em 1902 e 1903, a questão foi retomada, pois o médico dizia estar consciente de que os mananciais do Barreto e Anil, que alimentavam o sistema de distribuição de água em São Luís, estavam diminuindo progressivamente. Nesses escritos sugeriu que o governo desapropriasse as povoações que estavam nas proximidades desses mananciais, transformando essas regiões em florestas públicas, mas não obteve resposta. No relatório produzido em 1905 o médico estende suas críticas para o interior do estado, pois afirmou ter viajado pelas cidades de Rosário, Anajatuba, Viana, Cajapió, São Bento, Alcântara, Guimarães, Cururupu e Turiaçu e identificou práticas semelhantes às da capital, que devastavam as matas ciliares. O dr. Fernandes pedia a interferência do governo nesses municípios para proteger os mananciais e rios navegáveis

(FERNANDES, 1905, p.3). Neste relatório o tema degradação do meio ambiente no estado ganhou importância ainda maior, pois o dr. Fernandes apresentou os mesmos argumentos escritos em relatórios de 1901 e 1902, mas desenvolveu outros dois tópicos: a “devastação das florestas” e a “queima de campos”, fenômenos observados em São Luís e no interior do estado.

Além da desproteção dos mananciais, o dr. Fernandes argumentou que a devastação das florestas trazia outro problema, a dificuldade de obtenção de madeiras para as construções:

A devastação crescente das florestas vai fazendo rarear, para as construções civis e mesmo rurais, as madeiras de boa qualidade, outrora tão abundantes, que por via de regra são produzidas por plantas de crescimento moroso e de frutificação tardia e que por esta circunstância tendem a desaparecer das zonas, onde os roçados se sucedem no mesmo terreno com curtos intervalos. No tocante à destruição das madeiras, são incalculáveis os prejuízos pecuniários que nos aguardam, se não tratarmos de metodizar a exploração das florestas, quer privadas, quer do domínio do Estado, que as possui inúmeras, e onde cada um corta sem o menor escrúpulo (FERNANDES, 1905, p.4).

Por trazer em seu bojo uma preocupação mais imediata e financeira não podemos falar em uma preocupação com o meio ambiente por si, ou uma benevolência perante os recursos naturais no pensamento de intelectuais que realizavam esse tipo de crítica à época. Afinal, existiam outros interesses por trás da ideia de proteger as florestas, como o impedimento de futuros prejuízos econômicos que a escassez de madeiras de boa qualidade trazia consigo (RODRIGUES, 2008, p.12).<sup>76</sup>

Outro problema grave que deveria ser combatido, segundo o dr. Fernandes, era queima dos campos no interior da ilha de São Luís e no interior do estado, em especial na Baixada Maranhense.<sup>77</sup> A prática era uma forma encontrada pelos moradores das áreas rurais para destruir cobras e outros animais peçonhentos que atingiam a criação de gado. Mas segundo o médico, o principal pretexto para essa ação antrópica era facilitar a caça ao jurará, visando o abastecimento do mercado na capital e dos municípios.<sup>78</sup> Em consequência da queima dos campos havia a destruição de espécies vegetais que se reproduziam unicamente pelas sementes, diminuindo a variedade de espécies e, conseqüentemente, o empobrecimento das pastagens do

---

<sup>76</sup> Rodrigues (2008) analisou as ideias relacionadas à degradação e proteção dos recursos naturais de São Luís, produzidas pelo dr. Fernandes, considerando-o um precursor do movimento ambientalista no Maranhão. Mesmo sem conhecer a trajetória do médico e sem saber que algumas questões apontadas em seus relatórios, como a proteção dos mananciais, já vinham sendo realçadas por outros intelectuais maranhenses (Palmerio Cantanhede, dr. Almir Nina e o dr. Moraes Rego, por exemplo), a autora realiza uma análise importante sobre as ideias do médico, indicando que algumas de suas críticas ambientais antecedem tópicos da legislação vigente sobre os recursos hídricos.

<sup>77</sup> Região de campos e lagos, com interferência dos rios Mearim e Pindaré, a oeste da capital do estado.

<sup>78</sup> “Jurará”, conhecido também por “muçua”, é uma tartaruga de pequeno porte, apreciado pela culinária local.

estado. Além disso, após o período das secas as chuvas se encarregavam de espalhar carbonato de potássio, deixado pela combustão, nos campos alagados prejudicando o gado que utiliza essa água. Com essa exposição o dr. Fernandes buscava sensibilizar o governador à época, Colares Moreira Junior, que instituísse uma lei que proibisse a prática de queimar os campos do estado e, como medida complementar, proibir a comercialização do jurará na capital e municípios do interior (FERNANDES, 1905, p.5).

Releva destacar que não foram, somente, as questões ambientais que fizeram o dr. Fernandes voltar sua atenção para o interior do estado, e aqui reside um ponto importante em seu pensamento. Certamente foi o primeiro médico a levar ao governo um conhecimento mais apropriado sobre os problemas de saúde das populações do interior, dedicando-se, inclusive, a viagens até alguns municípios do interior, como citei anteriormente.<sup>79</sup> Suas preocupações, por vezes, antecipam um debate que foi mais comum à época da inserção do Maranhão no movimento pelo saneamento do Brasil rural, como ainda veremos nesse estudo. Isso marca uma diferença significativa entre sua atuação e a dos demais médicos que lhe antecederam na higiene pública do estado e, mesmo, entre os demais médicos locais, seus contemporâneos. O dr. Moraes Rego (1899, p.14), por exemplo, quando encerrava seus relatórios lembrava sempre ao governador que suas declarações se limitavam à capital, porque os conhecimentos sobre as condições de saúde da população do interior eram inexistentes, devido ao desconhecimento do próprio médico e da ausência de algum tipo de serviço de sanitário minimamente organizado por aquelas plagas.

Em relatório produzido em 1902 o dr. Fernandes apontou que uma significativa população que habitava o interior do estado padecia com graves febres, que lhes tiravam a vida ou incapacitavam de forma crítica. Identificou que as áreas mais atingidas eram as margens dos rios Itapecuru, Mearim e Pindaré, regiões tradicionalmente ligadas à rizicultura e cotonicultura do estado. Através de longos argumentos que explicavam o papel do Estado como provedor da saúde de seus habitantes, indistintamente do local em que vivem, o médico sugeriu que a região fosse mais estudada e que posteriormente locais de difícil acesso e mais insalubres ficassem impedidos de serem ocupados. Solicitou maior atenção do governo para essas questões e alertou para os prejuízos materiais decorrentes da diminuição progressiva do trabalho causados pela recorrência das febres entre os ribeirinhos. Agravava a situação, conforme explicou o dr. Fernandes, a ausência de médicos no interior do estado, que não se sentiam apoiados pelo governo, que se mantinha indiferente a possíveis auxílios para a fixação destes profissionais

---

<sup>79</sup> No entanto, não explicou em que condições realizou essas viagens, se foi comissionado pelo governo, ou foi por conta própria.

nos municípios. No ano de 1901, segundo o dr. Fernandes (1902, p.13-14), atuavam no interior do estado apenas dois médicos, um na cidade de Caxias e outro na cidade de Brejo.

A preocupação do dr. Fernandes se manteve em relatórios posteriores, sobretudo, no que foi publicado no ano de 1905, em outra administração pública. Seus escritos lembram ideias que ganharam grande repercussão, propaladas por intelectuais que participaram do movimento pelo saneamento do Brasil rural, a partir de 1910. Entre outras questões, estes defendiam a intervenção federal para minimizar as mazelas dos habitantes do interior do país, entendido como sertão. Os escritos do dr. Fernandes não tiveram eco devido à ausência de prioridade política com a questão à época. Afinal, problemas mais evidentes, localizados na capital, lugar de maior expressividade política, intelectual e financeira do estado, soavam mais importantes na agenda política. Faltou, igualmente, vontade política para tirar do papel as alternativas sugeridas, como ocorreu com as demais ideias de médicos que lhe antecederam. Além disso, à época em que o dr. Fernandes estava atuando os olhares das autoridades políticas e sanitárias estavam voltados para a epidemia de varíola em curso.

Em meados de 1903, quando o Serviço Sanitário ainda cuidava de casos remanescentes de varíola na capital uma moléstia suspeita começou a rondar por São Luís. Casos surgiram na Praia do Genipapeiro e no bairro dos Remédios, e se espalharam pela cidade. Uma junta médica formada pelo dr. Fernandes, o dr. Oscar Galvão e pelo dr. Juvêncio Mattos foi encarregada de identificar a doença. Era a peste bubônica revelada progressivamente, e não foram os médicos locais os protagonistas de seu combate e nem seus relatores. A história da primeira epidemia de peste em São Luís foi narrada, principalmente, por um médico de fora e pelos jornais locais, e a seguir apresento o desenrolar desse importante episódio da saúde pública do estado.



### **CAPÍTULO 3. PESTE BUBÔNICA EM SÃO LUÍS: AS AÇÕES DO SERVIÇO EXTRAORDINÁRIO DE HIGIENE PÚBLICA (1903-1904)**

No dia 8 de fevereiro de 1904, por volta de nove horas, numa manhã límpida e fresca de uma segunda-feira “bafejada por forte brisa de nordeste”, o “Maranhão”, barco da empresa de navegação *Lloyd Brasileiro*, aproxima-se da ilha de São Luís (GODINHO; LINDENBERG, 1906, p.143). A embarcação que cruzava as águas turvas da Baía de São Marcos provém do Rio de Janeiro, à época capital federal e espaço idealizado pelos higienistas como cópia tropical da Paris de Haussmann. Dez dias depois de partirem do porto do Rio, o maior porto importador do país, tripulação e passageiros chegaram ao encontro dos rios Bacanga e Anil, no estuário que forma a região portuária de São Luís.

“Lá está a cidade!” - exclama um tripulante ao ingressar a embarcação no canal que conduz até a praia da Ponta da Areia. Os médicos Victor Godinho e Adolpho Lindenberg (1906, p.143) personagens que se tornarão frequentes em minha narrativa, voltam-se para bombordo e observam aquela costa “rasa e monótona”, em “igualdade perene”, que não oferece ao viajante “os encantos da zona do Sul”. A monotonia só é quebrada quando avistam:

Por cima de uma colina alongada de norte a sul, a cidade de São Luís do Maranhão, a Atenas Brasileira, apelido que o destino mais confirmará ainda, tornando-a como a sua coirmã antiga, vítima de mortífera epidemia de peste (GODINHO; LINDENBERG, 1906, p.144).

Apresentei ao leitor um pequeno fragmento da narrativa escrita, em parte, pelo líder da equipe de sanitaristas que combateu a peste bubônica em São Luís em 1904. O mundo na qual estava prestes a desembarcar, os personagens que ali habitavam e as instituições existentes conhecemos nos capítulos anteriores desse estudo. A forma como a peste bubônica agiu nesse mundo e como demandou novas ações de saúde pública será a questão a ser desenvolvida ao longo do capítulo que aqui se inicia. Um dos protagonistas dessa história, seu principal relator e líder da campanha de combate à doença, foi Victor Godinho, médico conhecido nos meios político e intelectual da época por dirigir a *Revista Médica de São Paulo* e por atuar no Serviço Sanitário daquele estado. Com ele viajaram para São Luís os médicos Adolpho Lindenberg e Rodolpho Vaccani, duas enfermeiras do Hospital Sanitário de São Paulo, instituição que veio a se chamar Hospital Emilio Ribas em 1932, além de quatro desinfetadores e um maquinista. As enfermeiras inglesas são nomeadas com cuidadosa deferência: *misses* (senhoritas) Violet Small

e Mary Bagott. Dois outros membros da comissão sanitária, os doutores Ernesto Crissiuma Filho e Joaquim Crissiuma de Toledo, chegaram no dia 25 de fevereiro e 10 de março, respectivamente.<sup>80</sup>

O convite feito a Godinho para cuidar da epidemia de peste bubônica que grassava na capital do estado partira do senador maranhense Benedito Leite. Antes disso, haviam sido tomadas algumas providências para inibir a doença: primeiro, uma comissão de médicos locais, formada pelos já conhecidos doutores Felicissimo Fernandes, Oscar Galvão e Juvêncio Mattos, foi designada para avaliar os casos iniciais; um mês depois o médico do Instituto Soroterápico Federal, Henrique Marques Lisboa, foi comissionado para fazer o diagnóstico da doença e iniciar uma campanha de vacinação. No entanto, essas iniciativas não obtiveram grandes vitórias e o aumento do número de casos de peste ficava cada vez mais evidente. Em consequência disso, o político Benedito Leite recorreu ao Serviço Sanitário de São Paulo, que designara o dr. Godinho para a missão, por haver ele acumulado experiências positivas no enfrentamento de doenças infecciosas como a febre amarela, a tuberculose e a peste bubônica. A mobilização de profissionais do Serviço Sanitário daquele estado para combater a peste em terras distantes, no norte do Brasil, foi assunto amplamente divulgado em jornais de época, tanto em São Luís como no Rio de Janeiro e em São Paulo, tamanha a repercussão que havia tomado a doença no cenário nacional.

De fevereiro a julho de 1904 a cidade conviveu com a comitiva médica liderada por Victor Godinho. Sua presença foi legitimada por lei, o Decreto n.33, de 8 de fevereiro de 1904, que criava o “Serviço Extraordinário de Higiene Pública” (SEHP). Dava plenos poderes a Godinho, tornando-o chefe do serviço sanitário da capital. Teve ele assim carta branca para operacionalizar uma série de medidas de controle não apenas da peste bubônica como de outras doenças na capital maranhense.<sup>81</sup>

---

<sup>80</sup> Atuou como maquinista da comissão Raphael Tobias de Castro. Quanto aos desinfetadores identifiquei: Elizario de Salles Monteiro, Euclides Payão Silveira, Adão Félix de Oliveira e João Batista Marcondes. Três serventes que atuavam no Hospital de Isolamento de São Paulo também foram chamados no decorrer da missão: Amélia Azevedo, Ignez Cic e Arthur Cezar de Lima.

<sup>81</sup> As informações sobre a presença da peste bubônica no estado foram encontradas, principalmente, no livro intitulado *A Peste no Maranhão*, escrito por Victor Godinho. Trata-se de um relatório de prestação de contas direcionado ao governo local, que trata dos métodos empregados contra a doença em São Luís. Apresenta as concepções que nortearam a terapêutica utilizada por Godinho e sua equipe para debelar a peste, e algumas análises sobre as condições de insalubridade da capital. Para a construção desta narrativa utilizei, também, a legislação elaborada por Victor Godinho e seu primeiro ajudante, dr. Augusto Militão Pacheco, que cuidaram para deixar diretrizes sanitárias após o fim da peste. Também relevante para esta análise foi um livro escrito por Godinho e seu parceiro, Adolpho Lindenberg, intitulado *Norte do Brasil através do Amazonas, Pará e Maranhão*. Esse livro é fruto da junção de memórias desses médicos sobre a viagem de “recreio” que fizeram pelo vale do Amazonas, originalmente publicadas no jornal *Estado de São Paulo*. Importa analisar, nesse escrito, a visão médica-higienista dos autores, presente no modo de observar e descrever os hábitos e costumes prevalentes nas regiões do Maranhão

Com o enfraquecimento da peste, sinalizado pelos registros oficiais de novos casos notificados à saúde pública, foi declarada exitosa aquela missão *salvacionista* e que deixava novos rumos para a questão sanitária no estado. Para os atores envolvidos nos acontecimentos, o médico do Serviço Sanitário paulista era visto como uma espécie de salvador de uma situação considerada desesperadora, o que lhe permitiu implementar, em seguida, outras medidas higiênicas para que a cidade continuasse o seu caminho em busca de dias melhores. Com a extinção do Serviço Extraordinário de Higiene em 1 de agosto de 1904, Victor Godinho e seu colaborador, Adolpho Lindenberg, partiram numa “viagem de recreio” pelo vale do Amazonas, regressando a São Paulo em 9 de setembro daquele ano.

Como se deu a propagação da peste bubônica em São Luís? Como atuaram Victor Godinho e seus colaboradores numa localidade que lhes era estranha, subjugada pelo terror à peste? Tentarei mostrar a seguir como minhas personagens desenvolveram ações *situadas num tempo e lugar* específicos buscando dar soluções a doenças através de concepções, técnicas e estratégias que são também historicamente determinadas, isto é, específicas àquela época e compartilhadas pela geração de que faziam parte Godinho e seus companheiros.

### 3.1 Victor Godinho: trajetória e o encontro com a peste

A historiografia maranhense que analisou ou tangenciou a peste bubônica na capital maranhense<sup>82</sup> dá papel de destaque a Victor Godinho, responsável pela missão de combate à doença. Mas sua atuação é referida sem qualquer análise de seu histórico intelectual, científico, institucional e político, elementos importantes para compreender suas ações contra a peste. Considero indispensável situar o ambiente *social e intelectual* em que viveu o personagem, ambiente em parte modelado pelo processo em curso de institucionalização das ciências biomédicas e por importantes transformações que ocorriam nas políticas de saúde pública em âmbito nacional e local. O campo profissional a que Godinho dedicava mais atenção do que à clínica particular, área certamente mais lucrativa financeiramente, vinha sendo remodelado por força da microbiologia, que fecundava estudos, procedimentos e instituições médicas as mais diversas, colocando em evidência novas categorias de pensamento e novas práticas como a

---

por que passaram. Não foram encontradas informações sobre as ações de combate à peste de 1903-1904 no acervo do Serviço Sanitário local, localizado no Arquivo Público do Estado do Maranhão.

<sup>82</sup> Palhano (1988), Meireles (1993), Medeiros (2007), Lacroix (2015), dentre outros.

especificidade etiológica das doenças, a imunização através de vacinas, a terapêutica através de soros como o antipestoso.

Compreendo que a lacuna assinalada na historiografia maranhense, no tocante aos antecedentes da presença de Victor Godinho no Maranhão, se deve, em parte, à escassez de fontes ou à falta de sistematização de informações sobre sua trajetória intelectual e profissional. Além disso, a historiografia da saúde pública, a nível nacional, deu até agora maior ênfase a colegas mais conhecidos de Godinho, como o médico sanitarista Emílio Ribas. Diga-se de passagem que as poucas referências aos nomes dos dois médicos, em ação conjunta, remetem à construção da Estrada de Ferro Campos do Jordão que ligou em 1916 a cidade de Pindamonhangaba, no Vale do Paraíba, a Campos do Jordão.<sup>83</sup>

Victor Pereira Godinho nasceu em 1862 em Minas Gerais (GODINHO, 1888, p.3). Formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1887, na mesma turma de Emílio Ribas, de quem viria a ser “dileto assessor” no Serviço Sanitário de São Paulo (BERTOLLI FILHO, 2001, p.64). Ao se doutorar defendeu tese intitulada *Estudo clínico das endocardites ulcerosas*. Apesar do título, tratava-se de um ensaio teórico sobre endocardites ocasionadas ou agravadas por doenças de natureza microbiana.<sup>84</sup> Explicava Godinho (1888, p.60) que a endocardite era uma inflamação aguda ou crônica da membrana que reveste internamente o coração, estando a sua etiologia relacionada principalmente ao reumatismo, doença cuja patogenia não era ainda bem compreendida. Na tese estudou a endocardite como entidade mórbida de caráter infeccioso, conhecida como “endocardite maligna”, ocasionada pela circulação no sangue de microrganismos que se desenvolviam preferencialmente no endocárdio parietal e valvular, ocasionando complicações que levavam os pacientes a infartos, arritmias, degeneração do coração, condições estas que podiam permanecer assintomáticas. Nestes casos, só eram diagnosticáveis através de autópsias e em situações em que a morte do indivíduo era determinada por outra doença ou por acidentes. Com o olhar treinado na bacteriologia em ascensão, o médico compartilhava a ideia de que a invasão no sangue pelos microrganismos que causavam a endocardite dava-se em consequência de infecções ligadas ao parto,

---

<sup>83</sup> Objeto de controvérsias ao longo de uma década, desde 1902, o projeto de construção desta estrada de ferro envolvia, também, a construção de uma vila sanitária e um hospital de isolamento para tuberculosos. Emílio Ribas e Victor Godinho, autores do projeto, eram, também, proprietários de terras em regiões em que a estrada de ferro iria atravessar. Esse fato chamou atenção de alguns médicos que acusaram Ribas e Godinho de receber favores do governo para a valorização de suas terras (BERTOLLI FILHO, 2001, p.65).

<sup>84</sup> No prefácio da tese, Godinho (1888, p.3) explica que optou por uma análise teórica em virtude de nenhum caso de endocardite microbiana ter se apresentado no hospital da Faculdade, nas enfermarias gerais ou nas enfermarias obstétricas e ginecológicas por ele frequentadas. Restou-lhe como opção realizar o estudo com base em “observações clássicas” de outros autores, “enxertando-as em lugares a que eram chamadas para corroborar [suas] asserções” (GODINHO, 1888, p.3).

pneumonia, impaludismo, tuberculose, infecção séptico-pioêmica, erisipela, febre tifoide, blenorragia e disenteria. A condição diagnosticada à época como reumatismo poderia ser uma “etiologia secundária” das endocardites (GODINHO, 1888).

Após a conclusão do curso de medicina o dr. Godinho clinicou no Rio de Janeiro em associação com os médicos Martins Ribeiro, Silva Nunes e Luíz de Araújo, em consultório no Largo São Francisco de Paula. Em 1893 ocupou a presidência do Centro Republicano da Glória, e em 1895 tornou-se médico no Hospital Militar do Andaraí.<sup>85</sup> Nesse período foi cirurgião no Hospital do Andaraí, médico adjunto do Exército, médico efetivo do hospital da Sociedade portuguesa de beneficência do Rio de Janeiro e ainda delegado de higiene na capital federal (GODINHO, 1897, p.1). Em 1896, foi contratado pelo Serviço Sanitário de São Paulo, onde trabalhava seu antigo colega de turma, Emílio Ribas. Este chefiava a Comissão Sanitária de Campinas responsável pelo combate a uma epidemia atribuída à febre amarela naquela cidade, em 1896 e 1897. Em 1896, Godinho atuou como inspetor sanitário em São Simão, interior de São Paulo, diagnosticando casos de malária (GODINHO, 1896, p. 362-364).

Em 1897, foi nomeado diretor do Hospital de Isolamento na cidade de Dois Córregos, interior de São Paulo. Sua experiência nesta cidade foi rapidamente convertida em livro: *A Febre Amarela no Estado de São Paulo - pathogenia, transmissibilidade, tratamento racional* (1897). Nesta obra deu ênfase aos sintomas indicados como febre amarela e a combinação destes com outras doenças. Desconhecia o agente etiológico da doença, mas acreditava que em breve viria à tona a elucidação para essa questão, bem como os reais meios de propagação da enfermidade. Enquanto isso não ocorria filiava-se à ideia de que condições ambientais (o ar e a água) eram os principais meios de contágio. Ao seu ver, a terra roxa comum ao solo de São Paulo desprendia poeira atmosférica contaminada responsável pela disseminação do agente da doença. Outra possibilidade de contágio advinha da contaminação do ar impregnado de micróbios que surgia após a evaporação das águas das chuvas (GODINHO, 1897, p.30-31).

Nos anos seguintes, suas ideias em relação à febre amarela passariam por mudanças, e o mesmo ocorreu com boa parte dos médicos do Serviço Sanitário de São Paulo. Houve uma reconfiguração nas explicações sobre a etiologia da febre amarela (e de outras doenças) como resultado dos avanços na área da microbiologia e na consolidação do campo da medicina tropical, processo este construído através de controvérsias, resistências, acordos políticos,

---

<sup>85</sup> Essas informações foram extraídas do jornal carioca *Gazeta de Notícias* (AVISOS, 1890, p.2; REGISTROU, 1893, p.2; O HOSPITAL, 1895, p.2).

avanços e retrocessos.<sup>86</sup> Com a ascensão da medicina tropical foi estabelecido um elo entre determinadas doenças e regiões específicas do mundo. Não obstante ter sua gênese no mesmo período em que a microbiologia ganhava forma, o campo da medicina tropical buscou consolidar-se como uma nova especialidade em virtude das inovações e das questões que provocava: o papel dos parasitos, a dinâmica dos hospedeiros e a importância do meio ambiente na configuração de uma enfermidade. Em consequência disso, diferentes saberes especializados foram colocados em prática, como a entomologia e parasitologia. Na virada do século XX a microbiologia e a medicina tropical contribuíram para o surgimento de um novo modo de fazer pesquisa médica, orientado pelo papel dos insetos como vetores de doenças em humanos e animais. Relewa destacar a importância do médico britânico Patrick Manson nesse processo, pois suas pesquisas demonstraram o ciclo do parasito que causava filariose e o papel dos mosquitos (hospedeiros intermediários) neste processo. A transmissão para o homem (hospedeiro definitivo) ocorria após o parasito realizar parte de seu ciclo evolutivo no inseto (WORBOYS, 1996; BENCHIMOL, 1999; ROSEN, 1994).

No bojo dessas transformações, outra doença também passaria por um complexo processo de reconfiguração - construção de identidade: a peste bubônica. Atualmente, a peste é descrita como uma zoonose focal, causada pelo bacilo *Yersinia Pestis*, e que atinge predominantemente roedores, transmitido de um animal a outro através da picada de pulgas infectadas. O homem entra no ciclo da doença acidentalmente quando exerce atividades ligadas à agricultura, comércio ou lazer, mantendo contato com roedores infectados. No entanto, a transmissão da doença pode ser realizada de homem a homem em condições especiais (ALMEIDA; LEAL-BALBINO; TAVARES, 2005, p.1510).

Esse conhecimento sobre a doença começou a ser decifrado na virada do século XX, quando estava em curso a terceira pandemia de peste, que acompanhava as rotas do comércio internacional e os fluxos migratórios ceivando milhões de vidas ao redor do mundo. Em 1893-1894 a peste aportou na China e na Indochina. Em 1896 chegou em Bombaim e de lá se alastrou pelo subcontinente indiano. Em 1897 passou pela África do Sul e pela cidade portuária do Egito, Suez. Em 1899 dilatou suas fronteiras até a cidade do Porto, em Portugal, e de lá seguiu até as Américas, prosseguindo pelo oeste dos Estados Unidos. No mesmo ano alcançou o Brasil e o Paraguai. Acompanhando a rota do comércio marítimo, a peste bubônica atingiu a Califórnia em 1900 e seu apogeu teria sido na Manchúria, em 1911 (DELORT, 1997, p.123; LEWINSOHN, 2003, p.47; BENCHIMOL, 1999, p.417).

---

<sup>86</sup> Sobre o advento da microbiologia ver capítulo 2, item 2.1. Mais à frente retomarei os processos que envolveram a elucidação do ciclo da febre amarela.

Em 1894 autoridades francesas enviaram o médico Alexander Yersin até Hong Kong, colônia inglesa, para estudar a peste e as condições em que se propagava. Suíço, naturalizado francês, membro do Instituto Pasteur de Paris, ali encontrou o médico japonês Shibasaburo Kitatasato, que também havia sido enviado para a colônia com a mesma finalidade do pasteuriano. Kitasato era filiado à medicina alemã, havia estudado em Berlim e teve como mestre Robert Koch. Desembarcou em Hong Kong com equipamentos, assistentes e contou com apoio do governo local. Yersin não contava com toda essa estrutura e por isso teve mais dificuldades para conseguir, por exemplo, cadáveres de pestosos para a realização de procedimentos laboratoriais. A busca pelo agente etiológico da peste em Hong Kong gerou uma intensa competição por informações privilegiadas e facilidades para a realização da pesquisa entre esses médicos. No entanto, trabalhando separadamente, ambos chegaram à descoberta do agente etiológico da peste, um bacilo denominado *Pasteuella*. Essa competição, na verdade, traduzia antigas rivalidades políticas derivadas do conflito entre franceses e alemães na guerra Franco Prussiana, em 1870-1871, mas também controvérsias científicas entre pasteurianos e seguidores de Koch, que divergiam de alguns procedimentos bacteriológicos, e almejavam a supremacia de sua medicina experimental no cenário mundial. No entanto, as duas escolas científicas atribuíam ao laboratório importante papel na construção da identidade da peste bubônica, desde épocas remotas diagnosticada através dos sintomas mais evidentes. O laboratório, passava a ser concebido como a mediação necessária para afastar a temida *old plague* e instituir meios eficazes para o combate à doença (CUNNINGHAM, 1992; DEVILLE, 2017; KODAMA, 2009).<sup>87</sup>

Os pasteurianos viriam alcançar vitórias expressivas na elucidação de outros enigmas que envolviam a doença. Após a descoberta do bacilo, Yersin foi chamado ao Instituto Pasteur para trabalhar nas amostras que enviara de Hong Kong. Realizou diversos experimentos em cobaias visando enfraquecer a virulência do bacilo, para encontrar uma vacina e um soro curativo. Os médicos Albert Calmette e Armand Borrel auxiliaram nessas pesquisas que resultaram em um soro promissor, que foi testado por Yersin em Cantão, na China. A vacina foi desenvolvida por outro pasteuriano, o russo Waldemar Haffkine, que testara em Bombaim, na Índia em 1896. As duas técnicas foram aperfeiçoadas em 1899 por Calmette e Alessandro Salimbeni na cidade do Porto, em Portugal, às vésperas da doença migrar para o Brasil. Um

---

<sup>87</sup> No entanto, isso não foi um processo linear e aceito imediatamente pelas autoridades médicas e científicas de países que vivenciavam a peste. O evento não deve ser entendido como um “divisor de águas” na história da doença. Autoridades chinesas, por exemplo, tiveram dificuldades para adotar a ideia de que a peste possuía uma causa única e verificável, por isso mantiveram suas explicações baseadas em fatores ambientais e astrológicos, por exemplo (CUNNINGHAM, 1992, p.238)

ano antes, um passo importante foi dado para o conhecimento sobre a propagação da doença: Paul-Louis Simond, também filiado ao pasteurianismo, realizou pesquisas em Bombaim e indicou o papel das pulgas dos ratos no ciclo da doença, que abandonavam o hospedeiro animal para infectar o homem. A princípio, sua teoria enfrentou o descrédito de vários colegas, mas foi aceita após a demonstração de suas experiências (BENCHIMOL, 1999, p.417; LEWINSON, 2003, p.47; DEVILLE, 201, p.113-128; ROSEN, 1994, p.252).

Quando a peste chegou a Santos, no litoral de São Paulo, em outubro de 1899, a princípio não se sabia ao certo que doença era aquela que atingia imigrantes e habitantes da cidade. O Serviço Sanitário de São Paulo e a Inspetoria Geral de Higiene Pública, da capital federal, mobilizaram médicos para realizar o diagnóstico da doença, cuja identidade já provocava muitas controvérsias. Os médicos Adolfo Lutz e Vital Brazil, do Instituto Bacteriológico de São Paulo, diagnosticaram a peste bubônica e foi instituída a quarentena no porto. Como era esperado, a medida causou a insatisfação dos comerciantes, que tomaram a iniciativa de contratar o médico Chapot Prévost, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, na esperança que discordasse do achado. Após estudos, o médico reafirmou o diagnóstico. A repartição federal enviou a Santos Oswaldo Cruz, médico recém-chegado da França, onde fizera estudos de especialização no Instituto Pasteur. Cruz confirmou o diagnóstico dos dois médicos paulistas. Para impedir a propagação da doença pelo país foram criados estabelecimentos para produzir o soro e a vacina contra peste em São Paulo e Rio de Janeiro. Nasceram assim o Instituto Soroterápico do Butantan, ligado a princípio ao Instituto Bacteriológico de São Paulo, e o Instituto Soroterápico Federal na Fazenda Manguinhos. O temor de que a peste se espalhasse pelo país foi um estímulo decisivo à internalização das tecnologias de fabricação da vacina e do soro antipestosos nesses institutos soroterápicos, mas considere que o Butantan, no decorrer dos anos, viria se especializar no ofidismo e soroterapia para mordedura de cobras (BENCHIMOL, 1990a, p.17-18; BENCHIMOL, 1999, p.417-418; CUKIERMAN, 1998, p.4; ALMEIDA, 2003, p.205-209).

Chegamos, novamente, até Victor Godinho. Segundo Vital Brazil (1899) Godinho participou do processo de diagnóstico da peste em Santos, atuando nos cuidados dispensados às vítimas da moléstia ainda não identificada. No dia 24 de outubro, data em que se juntou a Lutz, Vital Brazil e Oswaldo Cruz, Godinho foi nomeado diretor do Hospital de Isolamento de Santos. Ali estudou a peste bubônica “no livro aberto que é o doente”, adquirindo assim um conhecimento sobre ela muito mais vívido do que o proporcionado pelos artigos e livros que se vinham publicando no rastro da pandemia (GODINHO, 1900, p.231). Em uma série de artigos intitulados *Contribuição para o estudo da peste bubônica* (1900), publicados em *Brazil Medico*,



o médico narra o contato que teve com pestosos naquele hospital, os sintomas que apresentavam e o tratamento dispensado a eles. Conforme explicou, a peste era uma infecção degenerativa caracterizada pelos seguintes sintomas: abatimento geral, dores indefinidas e prevalente cefaleia, língua saburrosa, sede intensa, calafrios seguidos de febre alta (40°,5 a 41°,5), vômitos, rosto e conjuntiva pálidos, pulso intenso e taquicardia, insônia acompanhada de “olhar parado”, “depressão intelectual”, dor nos gânglios inflamados e nos tecidos próximos, (tumorações – ínguas supuradas). Chamou atenção do médico a ocorrência de delírios entre os doentes, cuja agressividade às vezes requeria o uso de camisa de força (GODINHO, 1900, p.231-232).

A experiência em Santos motivou Godinho a publicar outros estudos sobre a peste. Primeiro a tradução de um capítulo do livro *Doenças tropicais, manual das doenças dos climas quentes* de Patrick Manson.<sup>88</sup> A esta tradução, Godinho acrescentou um estudo de sua autoria intitulado *A propagação da peste bubônica* (1899) formando com os dois textos um único livro. Victor Godinho (1899, p.35) justificou sua iniciativa alegando que a doença era assunto relativamente novo e assim para

conhecer o inimigo que nos ameaça e para desvendar-lhe a feição não poderíamos fazer melhor do que reproduzir as palavras de Patrick Manson, autoridade incontestável em assuntos referentes às moléstias dos países quentes, sendo como é, professor de moléstias tropicais em St. Georges Hospital e conhecedor de perto das moléstias comuns ao Oriente.

Para Manson (1899, p.3), a peste era uma moléstia “específica”, “inoculável” e “comunicável” que ocorria no homem e em muitos animais. No homem era caracterizada por febre, aparecimento de bubões, marcha acelerada, alta mortalidade e presença de uma bactéria nas glândulas linfáticas, nas vísceras e no sangue. A distribuição geográfica da peste coincidia com a das moléstias dos “climas quentes”, mas não ficava necessariamente confinada a esse clima. Dava ênfase o investigador britânico às condições higiênicas que favoreciam a acelerada contaminação entre os humanos. Eram estas as ideias que informavam as orientações sanitárias de Godinho.<sup>89</sup> Manson (1899, p.32) explicava que até a publicação daquela edição de seu livro, o tratamento da peste era mais sintomático, evitando-se ao máximo remédios que enfraquecessem o organismo do convalescente. O autor mencionava algumas drogas que

---

<sup>88</sup> Tomando por base Manson (1943), em sua 18ª edição, identifiquei que a tradução de Godinho corresponde ao Tomo I, no capítulo XXXI intitulado *Peste*.

<sup>89</sup> Neste livro, Manson (1899) explica ainda a etiologia da peste, as características das culturas de seu bacilo, o aumento ou atenuação de sua virulência, o período de incubação do microrganismo no hospedeiro humano, os principais sintomas que fazia surgir, a taxa de mortalidade, a profilaxia individual e comunitária a ser adotada, as quarentenas etc.

podiam ser administradas para diminuir o mal-estar no corpo, os vômitos constantes e as diarreias. O procedimento para tratar dos bubões consistia na aplicação de glicerina e pomada de beladona. Caso a inflamação se agravasse, o bubão era retirado através de cataplasma e incisão.

A soroterapia, técnica baseada na produção de antitoxinas em animais, estava em fase de experimentação. Desde a descoberta do bacilo pasteurianos se dedicavam a fabricar um soro curativo e testar sua viabilidade, especialmente nos países pobres que a doença vinha atacando. Apesar da expectativa de que viesse a fornecer um tratamento eficaz para a peste bubônica, aquele procedimento não foi aceito imediatamente e sem questionamentos. Lançando as bases do campo da imunologia, a soroterapia consistia em inocular doses não letais de microrganismos causadores de doenças em animais para em seguida extrair o soro de seu sangue com a antitoxina, isto é, a substância produzida pelo organismo do animal para o proteger da toxina secretada pelo microrganismo introduzido artificialmente. A partir da antitoxina era elaborado o soro terapêutico a ser aplicado curativamente em indivíduos com infecção em andamento, de maneira a coadjuvar seu sistema imunológico no combate à doença (KODAMA, 2009, p.20; ROSEN, 1994, p.254-257).

Em *Contribuição para o estudo da peste bubônica*, publicado na revista *O Brazil Medico*, Victor Godinho (1900, p.245) fornece detalhes do tratamento empregado no Hospital de Isolamento de Santos, baseado, inicialmente, na aplicação do soro de Yersin fornecido pelo Instituto Pasteur de Paris, e do soro de Terni, do Laboratório Bacteriológico de Messina, Itália. Registrando um coeficiente de mortalidade de 35% a 36% entre os pacientes tratados, Godinho (1900, p.245) proclamava relativa vitória da soroterapia:

O número de doentes tratados em Santos foi pequeno e por isso não deixou margem para uma estatística conveniente sobre o poder curativo do soro antipestoso. Contudo, pode-se afirmar com segurança que se o problema da cura da peste não está resolvido pela soroterapia, este sistema não está longe de dar o que dele se espera. Por enquanto a soroterapia é uma esperança, porque não pode dispensar o concurso de outros sistemas de cura.

Retornarei a este assunto ao analisar os procedimentos empregados por Godinho e sua equipe no combate à peste no Maranhão. Neste momento falarei da prática de extirpação dos bubões (gânglios inflamados) dos pacientes acometidos por peste. Quero situar aqui conceitos e práticas relacionados à microbiologia no ambiente social e intelectual em que vivia Godinho. Contexto histórico que, também, permitiu o surgimento em São Paulo de uma das primeiras instituições voltadas à aplicação sistemática da microbiologia à saúde pública: o

Instituto Bacteriológico, repartição integrante do Serviço Sanitário de São Paulo.<sup>90</sup> Segundo Benchimol (1990a, p. 15-16), a liderança do Serviço Sanitário de São Paulo, frente ao da capital federal tem suas razões ligadas ao fortalecimento da burguesia cafeeira paulista que fomentava o surgimento de instituições com a finalidade de garantir a modernização da capital e de cidades do interior. Ela requeria o provimento de serviços sanitários mais adequados à população recém-chegada àquelas localidades, sobretudo os imigrantes europeus que iam trabalhar nas fazendas de café e em outras atividades ligadas ao desenvolvimento do capitalismo em São Paulo.

Concomitantemente ali formava-se um conjunto plural (associativismo profissional, revistas médicas, laboratórios, clínicas) capaz de propiciar um ambiente favorável às discussões sobre as mais atualizadas ideias sobre saúde pública. Com isso, o “aparato médico paulista aos poucos transformava-se num símbolo de eficiência sanitária para o país” (ALMEIDA, 2005, p. 86-87). Destaca-se nessa conjuntura a *Revista Médica de São Paulo*, periódico fundado em 1898, dirigido por Victor Godinho e pelo idealizador do primeiro laboratório da Santa Casa de São Paulo, Arthur Mendonça. O periódico foi responsável pela divulgação dos primeiros trabalhos no campo da bacteriologia e patologia do estado, bem como das inovações aplicadas à rotina de médicos - clínicos e higienistas. Publicava relatórios de instituições locais importantes, como Hospital de Isolamento, Santa Casa, Instituto Bacteriológico e Instituto Pasteur. A revista fundou um laboratório de microscopia clínica, dirigido por Vital Brazil, mas que em 1900 se desarticulou para tornar-se o primeiro laboratório particular do estado (TEIXEIRA, 1995, p.48-49).

Nesse conjunto plural figuras como Vital Brazil, Adolpho Lutz, Emílio Ribas e o próprio Victor Godinho desenvolviam pesquisas e atuavam em comissões enviadas a regiões castigadas pela febre amarela. A inteligência desenvolvida em São Paulo foi capaz de reagir com presteza quando se tornou necessário fazer o diagnóstico da peste e adotar os procedimentos de profilaxia e tratamento da doença. Aliás, deve-se a Adolpho Lutz e Vital Brazil a investigação dos primeiros casos na cidade de Santos, como já citei. Diretor e assistente, respectivamente, do Instituto Bacteriológico do Estado, estes pesquisadores fizeram uso de conceitos e técnicas do campo da microbiologia para enfrentar a peste bubônica. Nos anos seguintes, essa inteligência conjugou esforços na aplicação de campanhas contra a febre amarela, com base na teoria de erradicação dos mosquitos, a partir de uma reconfiguração que doença sofreu na virada do século XX.

---

<sup>90</sup> Releva destacar que antes deste laboratório o Instituto Bacteriológico Domingos Freire, no Rio de Janeiro, desde 1890 aplicava a microbiologia à saúde pública. Dois anos depois surgia o de São Paulo (BENCHIMOL, 1999).

Entre os anos 1880-1881 o médico cubano Carlos Finlay aventou a ideia de que o parasito da febre amarela cumpria parte de seu ciclo no mosquito *Culex*, agente transmissor de um indivíduo infectado para outro saudável. Vinte anos depois suas ideias foram apropriadas e demonstradas pelo médico norte americano Walter Reed, no 3º Congresso Pan americano em Havana, em 1901. Com base no conceito de erradicação do mosquito, a primeira campanha de combate à doença foi realizada em Havana, em 1901, pelo general norte-americano Willian Gorgas. Técnicas de interrupção do ciclo do mosquito em sua forma larval e o uso de telas de proteção foram utilizadas na campanha em Cuba. A descoberta do papel dos mosquitos na transmissão da febre amarela (e da malária) reorientou o pensamento médico e as políticas de saúde, que passou a direcionar esforços no combate aos insetos vetores, e não a fatores indeterminados, ligados ao meio ambiente.<sup>91</sup> Médicos paulistas foram pioneiros na adoção das técnicas de combate aos mosquitos utilizadas pelos norte-americanos. Entre os anos de 1901 e 1903 Emílio Ribas e Adolpho Lutz, apoiados pelo governador Rodrigues Alves, reproduziram em São Paulo a campanha de combate aos mosquitos em sua fase larval desenvolvida em Cuba (ALMEIDA, 2003).<sup>92</sup>

Mas não nos afastemos da trajetória do dr. Godinho. No dia 19 de janeiro de 1900, Emilio Ribas e Victor Godinho viajam de Santos para Campinas para se encontrarem com o secretário de Interior, José Pereira de Queiroz. Acordaram que Godinho ia requerer ao Governo da União medidas defensivas contra a peste para o estado de São Paulo. Tal escolha certamente fortaleceu a autoridade científica e política daquele médico, ajudando a conformar uma imagem em que a competência intelectual seria ligada à capacidade de articulação política. Um pouco mais tarde, por exemplo, o jornal *Correio Paulistano* reproduziria um texto do *O Jornal de Notícias* da Bahia sobre a passagem de Godinho por Salvador, a caminho de São Luís:

O chefe da comissão, dr. Victor Godinho, vice-diretor do hospital de isolamento de São Paulo e diretor da Revista Medica daquele Estado, não é somente um médico de grande merecimento pelos seus apreciados trabalhos científicos. Conta igualmente relevantes serviços em diversas e arriscadas comissões de defesa sanitária [...]. É um

---

<sup>91</sup> Coube a Manson a formulação do conceito de hospedeiro intermediário. Porém, o britânico Ronald Ross, estabeleceu o conceito de “vetor”, em 1898, após desvendar o ciclo do parasito da malária das aves, nos mosquitos *Culex*. Para mais detalhes, ver Rosen (1994, p.248-253) e Benchimol (1999, p.383-412). As ideias de Ronald Ross foram importantes para Walter Reed que dedicou atenção para o papel dos mosquitos na elucidação do ciclo da febre amarela - vinte anos depois de Finlay. Sobre as divergências de pesquisas entre Finlay e os médicos norte-americanos à época, ver Delaporte (1992). Outro ponto a ser considerado: elementos da teoria de Finlay possivelmente ficaram em segundo plano - no “limbo”, durante vários anos, devido à inexpressividade política e científica do país de origem de seu idealizador, dentre outros elementos de cunho social. Sobre isso, ver Stepan (1978).

<sup>92</sup> Sobre a implantação da teoria havanesa no Brasil, ver Almeida (2003, p.209-253) e Benchimol (1999, p.410-413).

higienista consumado, dotado de espírito organizador, **prudente conciliador**, mas avisado e enérgico (A COMISSÃO SANITÁRIA, 1904, p.2. Grifo meu).

Munido das devidas credenciais fornecidas pelo secretário do Interior, Godinho embarcou em 20 de janeiro de 1900 com destino à capital federal. Acabou ficando lá alguns meses a ocupar cargos nos serviços de saúde da União, como delegado sanitário e auxiliar clínico no Hospital de Isolamento de Jurujuba (Hospital Paula Cândido).<sup>93</sup> Em setembro de 1900 Godinho retornou a São Paulo e reassumiu o cargo de inspetor do Serviço Sanitário, passando a se envolver em campanhas contra a febre amarela e a tuberculose (ESCOLA, 1900, p.1).<sup>94</sup>

O envolvimento com a “peste branca” tem relação com o movimento social de combate à tuberculose inaugurado em São Paulo em 1897 por iniciativa de Emílio Ribas, diretor do Serviço Sanitário, e do médico Clemente Ferreira. Teria sido a primeira iniciativa do gênero no país contra a doença que ameaçava a mão-de-obra atuante não só nas fazendas como em outras esferas do complexo cafeeiro: ferrovias, atividades fabris, comércio e finanças. Nesse contexto, algumas cidades do interior do estado ganharam projeção em virtude de suas propriedades climatoterápicas capazes de restabelecer a saúde dos tísicos. Da aliança entre Ribas e Ferreira resultou a Associação Paulista de sanatórios populares para Tuberculose, fundada em julho de 1899. Com o tempo aquela aliança foi desfeita, em virtude, principalmente, da falta de interesse de Ferreira de subordinar a Associação (em 1903, Liga Paulista Contra a Tuberculose) ao Serviço Sanitário Estadual (BERTOLLI, 2001, p.62-63). Mas nesse ínterim, Ribas convocou os médicos e “fiéis assessores”, Victor Godinho e Guilherme Álvaro, a elaborarem, ainda em 1899, o projeto de implantação de uma casa de saúde especializada em tuberculose. Em 1900, Ribas enviou Godinho à Europa, como representante do estado, para estudar as opções de tratamento e abrigo para tuberculosos em realidades bem distintas do Brasil, de maneira a aproveitar o que “há de bom no estrangeiro”. Na Alemanha e Suíça, Godinho conheceu os melhores sanatórios europeus da Europa, e lá pôde observar o funcionamento do “método higiênico dietético” (GODINHO, 1902, p.5).

O resultado dessa viagem foi um relatório minucioso sobre a experiência europeia no tratamento de tísicos intitulado *Sanatórios e Tuberculose* (1902). Segundo Bertolli (2001,

---

<sup>93</sup> Neste hospital também atendeu vários casos de peste bubônica, doença recém chegada na capital federal. Utilizou-os em vários estudos publicados posteriormente no *Brazil Médico*.

<sup>94</sup> Não há dados suficientes sobre as circunstâncias em que o médico foi comissionado até a capital federal. Consultei diferentes fontes relacionadas ao Serviço Sanitário de São Paulo no Museu de Saúde Pública Emílio Ribas e no Arquivo Municipal de São Paulo e não encontrei qualquer dado sobre a articulação política que projetou Godinho nas negociações com a União.

p.64), a publicação não trazia grandes novidades sobre o combate à doença, mas foram impressos mais de dez mil exemplares e foi amplamente distribuído entre os grupos políticos e as elites letradas de São Paulo. As ações do Serviço Sanitário de São Paulo (viagem científica, relatórios oficiais), nas quais Godinho era protagonista, transcorriam em paralelo às iniciativas e reclames constantes de Clemente Ferreira que almejava consolidar a Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculose como entidade da sociedade civil independente do Serviço Sanitário de São Paulo.

Com base no que foi dito até aqui compreende-se que ao chegar no porto de Santos, em 1899, a peste bubônica encontrou uma inteligência em ação no campo da saúde pública, manifesta através de médicos atuantes no Laboratório Bacteriológico e no Serviço Sanitário do estado. Na capital federal logo teriam início a reforma urbana e a instituição de medidas de saneamento, pontos basilares do programa de governo de Rodrigues Alves, eleito em 1902. Para cuidar da reforma sanitária o presidente nomeou Oswaldo Cruz, que, em sintonia com os preceitos pasteurianos, estabeleceu como diretriz para as ações de saúde pública campanhas contra as três grandes ‘pestes’ que ameaçavam a população local e a política de estímulo à imigração estrangeira: a varíola, a ser combatida pela vacinação obrigatória; a febre amarela, a ser enfrentada pelo combate aos mosquitos transmissores, e a peste bubônica, que requeria o extermínio dos ratos, medidas urbanísticas como a proibição dos porões e o uso do soro e da vacina fabricados na fazenda de Manguinhos. Para essas e outras doenças era essencial o cumprimento da lei que exigia notificação obrigatória dos casos suspeitos à saúde pública e seu isolamento (BENCHIMOL, 1990a, p.23-25).

Após a sua introdução no porto de Santos, a peste atingiu a capital de São Paulo em 1900 e, ainda neste ano, chegou ao Rio de Janeiro e ao estado do Ceará.<sup>95</sup> A maioria dos portos brasileiros, de norte ao sul, foram contaminados até 1912. Em 1902 a peste chegou no Rio Grande do Sul e Pernambuco. Em 1904 foi a vez da Bahia. Em 1906, quando a peste deixava sua fase portuária litorânea para se dispersar por outras vias, pelo interior do Brasil, alcançou cidades como Espírito Santo, Paraná e Sergipe. Na Paraíba chegou em 1912. A partir de 1930

---

<sup>95</sup> O médico Décio Parreiras, Diretor de Saúde Pública em Pernambuco em 1920 e Chefe do Serviço de Febre Amarela do DSPRJ, em 1928, afirmou que a peste no nordeste poderia ser mais antiga. Realizou estudos importantes sobre a dinâmica da doença no nordeste brasileiro, e o descaso das autoridades de saúde perante a doença que deixou de atingir importantes centros econômicos do sul e sudeste. Afirmou que existiam relatos da introdução de pestosos no Ceará desde 1878, registrados anualmente até 1881. Tais casos teriam sido identificados pelo médico local Amadeu Fialho, mas sem a devida repercussão (PARREIRAS, 1936, p.70-71).

tornou-se uma endemia rural, com focos esparsos, em pequenos distritos do país (TAVARES, 2007, p.31; ALMEIDA; LEAL-BALBINO; TAVARES, 2005, p.1510).<sup>96</sup>

Em São Luís do Maranhão, a peste chegou em outubro de 1903. Em 7 de novembro, o primeiro caso foi diagnosticado na capital do Pará. Segundo relato memorialista do médico Arthur Vianna (1906, p.181), a comunicação intensa entre Rio de Janeiro, São Luís e o porto de Belém impunha o prognóstico inexorável: “A peste no Maranhão queria dizer a peste no Pará”. O agravamento da situação e o medo de que a doença se alastrasse por todo o país motivou as autoridades sanitárias federais a enviar para São Luís médicos que atuavam no Rio de Janeiro e em São Paulo. Acompanhemos o desenrolar dos acontecimentos, atentos aos desafios propostos a esses médicos e às controvérsias que tiveram de enfrentar a colocar em prática a sua ciência num contexto que lhes era estranho.

### 3.2 Mal suspeito ou peste bubônica?

Em São Luís notava-se o mais profundo desânimo no espírito da população no que dizia respeito à peste. Mais de 10.000 pessoas se tinham refugiado no interior do Estado ou da ilha, e na cidade os carros que se via transitar eram ambulâncias ou carros de desinfecções (GODINHO, 1904, p.8).

“Uma cidade deserta e triste”. Essa foi a primeira impressão que tiveram os médicos Victor Godinho e Adolpho Lindenberg (1906, p.148) ao chegarem na rampa de desembarque de São Luís, após aguardarem algumas horas a inspeção sanitária no porto. Ouso dizer que se tratava de um “novo mundo” aos olhos daqueles médicos que traziam a experiência de lidar com a peste em Santos, noutra atmosfera social, científica e intelectual. De início, notaram o esvaziamento da cidade e foram informados de que as regiões do Cutim, Maioba, Anil e Turú, zonas periféricas da ilha, bem como as cidades de Alcântara e Viana estavam lotadas de famílias foragidas, principalmente as que possuíam recursos financeiros para tal deslocamento. Esse registro é consoante com “traumas psíquicos” legados por quatro séculos de prevalência da peste bubônica na Europa (1348 a 1720). Os surtos e epidemias desorganizavam as redes de sociabilidade dos locais atingidos e por diversas vezes foram retratados em narrativas de

---

<sup>96</sup> Atualmente focos naturais concentram-se em duas áreas principais e independentes: no nordeste – incluso parte de Minas Gerais (em áreas de chapadas e serras nos estados do Ceará, Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Piauí, Bahia e na Chapada Diamantina) e no estado do Rio de Janeiro, em alguns municípios que formam a Serra dos Órgãos.

autoridades políticas e religiosas que destacavam episódios de pânico coletivo, fugas em massa, abandono de doentes e dos tradicionais ritos fúnebres (DELUMEAU, 2009, p.154).

Uma das narrativas mais conhecidas sobre a peste na Europa, pela riqueza de detalhes, é *Decamerão*, de Giovanni Boccaccio. Composta por cem novelas, narra a fuga de sete moças e três rapazes da cidade de Florença, na Itália, apresentando um registro literário realista da devastação ocasionada pela peste em 1348. *Decamerão* traz à tona os desarranjos sociais provocados pela doença que se apresentou ao “principiar da primavera do ano referido, de modo horripilante e de maneira milagrosa os seus efeitos” (BOCCACCIO, 1971, p.13).

A literatura clássica sobre a peste bubônica, de forma geral, relaciona os primeiros sintomas da doença: mal-estar generalizado seguido de febres elevadas, delírios e tremedeiras. Cerca de dois dias depois surgem os bubões - erupções cutâneas resultantes da inflamação dos gânglios linfáticos, especialmente nas virilhas e axilas. Estes são os sintomas relatados por Godinho (1900, p.231-232) e Manson (1899, p.3), já citados neste estudo. O último autor recomendava cuidado na avaliação histórica destes sintomas já que no passado era difícil estabelecer o que era peste bubônica e, “sem dúvida, o termo era, às vezes, aplicado a outras moléstias epidêmicas acompanhadas de larga mortalidade” (MANSON, 1899, p.4).

O fato é que as manifestações da doença representavam grave violência ao corpo. Nas grandes epidemias de peste na Europa surgiam relatos sobre aquilo que Delumeau (2009, p.169) chamou de “museu do horrível”. Por exemplo, em Florença, em 1348, a doença era reconhecida pelas inchações que acometiam homens e mulheres na virilha ou na axila: “algumas destas inflamações cresciam como maçãs; outras como um ovo; cresciam umas mais, outras menos; chamava-as o populacho de bubões” (BOCCACCIO, 1971, p.14). O poeta italiano narra como os cadáveres das pessoas vitimadas pela peste permaneciam ao ar livre a se decompor. Os doentes também eram abandonados à própria sorte para definharem até o estágio da *morte real*, sendo rejeitados até pelos familiares mais próximos. A descrição da cidade de Florença fornecida pelo autor é construída sob o signo do horror causado pela visão dos corpos amontoados e insepultos, ou pela abundância dos cortejos fúnebres: “Era como se o ar estivesse infectado pelo odor nauseabundo dos corpos mortos, das doenças e dos remédios” (BOCCACCIO, 1971, p.15). Nessa ambiência, situa o escritor italiano, a reação comum de abandonar o lugar já acometido ou na iminência de ser tomado pela peste. Além disso, a doença era vista como castigo divino indiscriminado:

Alguns faziam alarde de sentimento mais cruel (como se, por ventura, tal sentimento fosse o mais seguro), e diziam que não havia remédio melhor, nem tão eficaz, contra



as pestilências, do que abandonar o lugar onde se encontravam, antes que essas pestilências ali surgissem. Induzidos por essa forma de pensar, não se importando fosse com o que fosse, a não ser com eles mesmos, inúmeros homens e mulheres deixaram a própria cidade, as próprias moradias, os seus lugares, seus parentes e suas coisas, e foram em busca daquilo que a outrem pertencia, ou, pelo menos, que era de seu condado. Para eles, era como se a cólera de Deus estivesse destinada a não castigar a iniquidade dos homens com aquela peste onde eles estivessem, e sim a oprimir, comovido, somente os que teimassem em ficar dentro dos muros de sua cidade (BOCCACIO, 1971, p.16).

Esses comportamentos atravessaram os tempos para se manifestar onde quer que chegasse a notícia de peste. A reação dos moradores de São Luís não foi retratada só por Victor Godinho. É registrada também no conto “A Peste”, no livro *A vida maranhense* (1905) de Astolfo Marques.<sup>97</sup> O autor nos apresenta duas mulheres vistas pela sociedade da época como “de vida airada” por terem renda incerta, serem negras, porém forras, e viverem amasiadas. A personagem Euzébia relata à comadre Libânea o deserto em que se havia transformado o bairro dos Remédios, área próxima à praia do Genipapeiro, centro irradiador da doença:

Foi então que os moradores daquele bairro fizeram suas malas e “tiraram o corpo” deixando o lugar deserto completamente. Ninguém mais queria saber do peixe trazido à praia do Genipapeiro pelas canoas do Carneiro e de Florentino. Os caboclos das bandas do Calhau e do Turú passavam de largo e afrontando o vento esperto, com risco de ter os seus “cascos” alagados, iam ter à praia de Santo Antônio (MARQUES, 1905, p.192).

E quando Libânea pergunta a que se devia o esvaziamento do bairro, o autor introduz, pela voz de Euzébia, o boato que era propagado sobre a causa da doença: “Ela lá sabia explicar! Desde a história da carne de vaca para as bandas do Largo dos Amores que a ‘coisa’ aparecera e disseram ser *peste borbônica*” (MARQUES, 1905, p.192). O fato é que a peste chegou a São Luís em fins de 1903 e, antes da chegada dos médicos “de fora”, muita história veio se desenhando: a doença teria se espalhado sorratamente como “mal suspeito” originário do bairro dos Remédios, próximo à praia do Genipapeiro. Referindo-se à doença

---

<sup>97</sup> “Ateniense”, da terceira geração, a historiografia tradicional e institucional (Academia Maranhense de Letras) dá ênfase ao fato do escritor Raul Astolfo Marques ser negro - em uma sociedade profundamente marcada pelas consequências da escravidão - autodidata e de origem humilde, dificuldades que foram superadas para que o autor se consagrasse no meio intelectual da época. Outro ponto enfatizado nessas abordagens é o fato de que as características citadas legaram-lhe um profundo conhecimento do cotidiano dos maranhenses de vida simples, e dos aspectos mais corriqueiros como as intrigas e os boatos peculiares à “vida maranhense”. Este seria o “valor” de seu legado, além da trajetória de superação. Jesus (2010) lançou outro olhar perante o autor e suas obras, a partir da recepção dos textos de Astolfo Marques por seus contemporâneos. Para além da visão da historiografia tradicional e institucional identificou o valor sociológico e literário de seus escritos, e as estratégias adotadas pelo escritor, como as alianças e aproximações de intelectuais que frequentavam a Biblioteca Pública do estado, local em que era servente e exímio leitor nas horas vagas, que lhe projetaram ao cenário intelectual maranhense da época. Astolfo Marques, em 1908, participou da Oficina dos Novos, grupo formado pelos atenienses da terceira geração que fundaram as bases da Academia Maranhense de Letras.

ainda indefinida, o *Pacotilha* nos mostra a fragilidade das informações então disponíveis a frutificarem na ausência de um diagnóstico preciso da enfermidade:

Até hoje não é conhecida a causa da moléstia, que entre nós se manifestou tão alarantemente. Correu ontem como provada sua origem devido à morte de uma vaca carbunculosa, que fora comida pelos atacados do mal. Esta notícia, espalhada rapidamente, adquiriu foros de verdadeira, não passando, entretanto, de falsos boatos, como verificamos mais tarde, pois a vaca que morreu há três ou quatro meses na quinta da Victória foi lançada ao mar segundo testemunhas insuspeitas, e seu falecimento foi devido a bicheiras e carrapatos (CAUSA DO MAL, 1903, p.2).

No dia anterior a essa publicação, um jornal inaugurado há pouco mais de um ano, *A Campanha* também trouxe à tona especulações sobre o surgimento da enfermidade, entre elas a notícia da carne da vaca contaminada, objeto de diferentes versões dos boatos mais insistentes.

E afinal de contas ninguém sabe o que é: dizem uns que certa casa daqui recebia roupa do Rio, para lavar, e numa dessas remessas veio a bubônica de embrulho; dizem outros que em casa do dr. Antenor Coelho de Souza, havia uma vaca e que esta morreu, comendo algumas pessoas da carne e que foram essas pessoas justamente as que morreram; dizem outros que o animal que morreu não pertencia à vacaria do dr. Antenor C. de Souza, e sim do sr. Tancredo Serra Martins; estes afirmam que a vaca morreu e foi enterrada a [sic.], ou sacudida na praia do Genipapeiro... outros dizem que não: afirmam que o sr. Serra Martins deu-a para o sr. Pires que foi a primeira vítima do mal. Agora alguém já nos disse, que morrendo a vaca do dr. Antenor, foi o inditoso Pires buscá-la. Eis aí as hipóteses até agora estabelecidas; não queremos pender para nenhuma delas, porque, como é sabido de todos, tudo é possível (A PESTE, 1903, p.1).

Como tudo era possível no tocante às origens e à natureza da doença, indefinidos eram os procedimentos iniciais adotados para combatê-la. O jornal *Pacotilha* aproveitava esta indefinição para fazer propaganda de substâncias desinfetantes e de remédios que prometiam curar diversos males:

Cumpramos aos poderes públicos não dormir sobre os acontecimentos, não se deixando arrastar por informações que podem conduzir a graves erros. Enquanto anunciamos a nossa antipaludosa Palhano para a cura da febre, óleo de pequi e iodo ferruginoso para dar sangue aos anêmicos e cola de cacau granulado, fosfatados para o fortalecimento dos débeis, o governo providencie para descobrir a verdadeira causa do mal e não se descuide de visitas domiciliares, obrigando à limpeza e à desinfecção, que por nosso lado forneceremos ao público, por preços módicos, cloreto de cal e ácido sulfúrico, ácido fênico, sublimado, e **pó para matar pulgas**, bolsas e cruces de naftalina e vidros de extratos desinfetantes. Desta forma, reunimos o útil ao agradável. Um homem trará no bolso sua bola de naftalina, **porém é mais própria a uma senhora trazer ao pescoço uma bonita cruz deste desinfetante e agradável deitar no lenço o extrato que preserva e aromatiza** (CAUSA DO MAL, 1903, p.2).

A quantidade de elementos de defesa arrolados denota a complexidade da ação contra uma doença ainda incompreensível. Na notícia citada é visível, em primeiro lugar, a inoperância do poder público frente a um mal não diagnosticado formalmente. O “diagnóstico” realizado pela imprensa subentende a presença da peste bubônica na capital, mesmo sem enunciar este nome, uma vez que é sugerido um preventivo contra o vetor da doença, a pulga. Por fim, destaco o ecletismo do arsenal proposto. Reunindo elementos sacros e profanos, o autor do texto recomenda a naftalina, substância com poder de desinfecção, utilizada na forma de uma “bonita cruz” no pescoço das senhoras. Sendo a cruz um elemento sacro, a senhora estaria duplamente protegida: pelo signo religioso e pelo desinfetante.

Nessa conjuntura, a primeira providência do governador em exercício, Alexandre Collares Moreira Junior, foi nomear em outubro de 1903 uma Comissão de Higiene composta por médicos locais para oferecer um diagnóstico definitivo. Para chefiá-la foi convocado o diretor do Serviço Sanitário, o dr. Felicissimo Fernandes, que indicou como auxiliares os médicos Oscar Galvão, Juvêncio Mattos e Domingos Carvalho.<sup>98</sup> A comissão iniciou os trabalhos com visitas a estábulos da região dos Remédios, em busca de evidências mais conclusivas sobre o que propagavam os boatos a respeito do “mal suspeito”, que surgiu no bairro, por vezes designado como “carbúnculo”. Apurou denúncias que surgiam sobre casos suspeitos e encaminhou os primeiros doentes a um isolamento provisório, na Praia do Genipapeiro. O jornal *A Campanha* em várias edições registrou os passos da comissão, desqualificando e ridicularizando seus trabalhos, e a incapacidade de concordarem entre si sobre o diagnóstico da doença. Com ironia e sarcasmo a matéria publicada no dia 4 de novembro de 1903 fez um longo retrospecto da situação na capital maranhense. Dizia que os eventos seriam motivo de risos para o historiador que tomasse para si a missão de narrar no futuro a iminência de peste em São Luís:

Página realmente interessante e divertida será essa história do Maranhão [...]. Estabeleceu-se a confusão que será um dos melhores pedaços do pilhérico

---

<sup>98</sup> Juvêncio Odorico de Mattos, médico maranhense diplomado pela Faculdade de Medicina da Bahia, onde defendeu a tese intitulada *Analyse da Cerveja*, retornou a São Luís em 1892. Iniciou sua trajetória profissional na cidade em consultório particular na rua dos Afogados. Ali também ministrava atendimento médico aos pobres, em horário específico, sendo para isso remunerado pelo governo do estado. Em 1900 passou a compor o quadro de funcionários da Inspeção de Higiene, atuando como médico auxiliar e encarregado do Serviço de Cultura Vacínica Animal. Catedrático do Lyceu, onde lecionava Aritmética, foi o médico maranhense que participou mais ativamente na campanha liderada por Victor Godinho, rendendo elogios por parte do profissional mineiro em relatório de prestação de contas. Domingos Xavier de Carvalho, também maranhense e diplomado pela Faculdade de Medicina da Bahia, defendeu tese intitulada *Da Prenhez extra-uterina e seu tratamento*, em 1902. Era um recém doutor quando os primeiros casos de peste bubônica manifestaram-se na capital do Maranhão. Antes de fazer parte da comissão de avaliação dos casos suspeitos, atuava como médico examinador na Sociedade de Seguros Mútuos *A Garantia da Amazônia*.

historiográfico dos nossos feitos e desfeitos. Levanta-se e grita o nome: estamos com peste bubônica em casa! Salve-se quem puder! Já morreram onze! Vinte! Trinta! Quarenta pessoas! Que vão os anéis, mas que fiquem os dedos; vou para São José de Ribamar! Vou para o Cutim do Padre! Vou para a Ponta d'areia! O governo oficia uma junta de Higiene dizendo que sufoque a bubônica! A Junta responde que a danada há de ir à guerra! Publicam os jornais meios de lutar com a peste. As farmácias põem à venda toda sorte de desinfetantes! O povo afluí às farmácias e os farmacêuticos fazem as bichas! Mas com diabos, brada uma voz! Não há peste bubônica, não há nada! O que está matando é a carne de uma vaca que esfolaram em casa de um moço à rua dos Remédios ou Hortas! E a vaca tinha carbúnculo! Levanta-se frenético e desesperado outro Deus nos acuda! Todo o gado está carbunculoso! Não se compra mais carne! O gado está podre! Os médicos, porém, dizem que não é carbúnculo e trava-se a luta das opiniões! Mas o certo é que deixaram de comprar leite! Os donos de vacaria tomam a sério a discussão e contestam a epizootia de gado [...] E por toda a parte se vê o movimento e a discussão. Cada qual tem a sua opinião, enquanto os médicos correm a cavalo por aqui e por ali. Quem tem tumor é recolhido a uma casinha que serve de hospital [...]. Voam mil contos e mil mentiras. Depois o povo começa a raciocinar: - Mas se há peste bubônica, por que ela não se espalha com estes ventos gerais nesta cidade imunda? Não! A coisa é epizootia de gado vacum. Trava-se mais intensa a luta de interesses. A Junta não decide a questão, pois um médico afirma que é mormo, peste de gado cavalari! É então que alguém muito sensatamente diz que pouquíssimos escapariam nesta cidade, se tal peste se verificar. Serenam os ânimos. É neste pedaço que o historiador deve tomar fôlego, pois logo depois aparecem à rua do Pespontão e uma à rua do Norte! Novo alvoroço! Tudo confusão! Tudo falso! [...] (A PESTE, 1903, p.1).

Os boatos sobre a propagação do carbúnculo no gado da região comprometiam o consumo de carne e leite na capital, enfraqueciam o comércio e assustavam a população. Várias notícias a esse respeito também foram divulgadas no jornal *Pacotilha*, entre elas a acusação ao proprietário de uma vacaria da região, Sr. Tancredo Serra Martins, por comercializar carne contaminada, obrigando-o, por vezes, a se defender através do mesmo jornal. Surgiram outros boatos de que um gado foi contaminado por doença suspeita e seus despojos foram jogados no rio Bacanga, no lado oposto da cidade, onde casos suspeitos também apareceram. Nesse quadro de incertezas a credibilidade da Comissão de Higiene ficava cada vez mais comprometida, uma vez que relutava em identificar conclusivamente a doença.

Medeiros (2007, p.36) analisou as matérias relacionadas à peste no jornal *A Campanha* e concluiu que os médicos locais tentavam escamotear a realidade, negando os casos mais evidentes de peste, para não prejudicar o comércio da cidade. No entanto, verifiquei que este jornal, desde os primeiros casos do mal suspeito, atuava negando a possibilidade de peste, criticando as ações da comissão que, ao seu ver, estava confinando no isolamento vítimas de paludismo e sífilis, e não pestosos. Os próprios médicos divergiam entre si sobre a natureza da doença suspeita. *A Campanha* só viria a assumir a presença da peste quando a comissão liderada por Victor Godinho começou a agir na capital. A divergência de opiniões entre os médicos da comissão local, sobre o mal suspeito, foi registrada pelo *Pacotilha*:

Pela repartição de higiene foram hoje informados do aparecimento de dois casos novos de moléstia suspeita, ocorridos no bairro dos Remédios. Trata-se de uma moça e de um rapaz, irmão desta, moradores na casa à rua do Pespontão [...]. Examinaram os doentes os drs. Juvêncio Mattos e Domingos Carvalho. Do primeiro desses médicos ouvimos a declaração de que está convencido de que se trata de casos suspeitos, idênticos aos verificados anteriormente, **as quais segundo a sua opinião, não são de carbúnculo, nem devidos a outra qualquer epizootia do gado, inclinndo-se preferencialmente à hipótese de peste bubônica**. Referiu-nos esse médico que ambos os doentes se acham com febre, apresentando a moça com bubões na virilha e o rapaz na axila (A SAÚDE PÚBLICA, 1903, p.1. Grifo meu).<sup>99</sup>

A peste tornava-se cada vez mais visível através do aumento do número de pessoas que apresentavam adenites<sup>100</sup> e, por isso, no início de novembro de 1903, o governador Alexandre Collares Moreira Junior já admitia: a doença que grassava no “Velho Mundo” havia atingido a capital maranhense (MARANHÃO, 1904, p.5-6). Também ganhava corpo uma epidemia em Belém do Pará, após o primeiro caso confirmado pela Higiene daquela cidade. Com duas capitais do norte contaminadas pela bubônica a situação tornava-se de extrema relevância para as autoridades federais. No entanto, pelo que conta um registro de época, Belém buscou resolver a situação dispondo de um aparelhamento médico e sanitário razoável. Segundo o dr. Arthur Vianna (1906, p.182), a capital estava armada para o combate e contava com material necessário para trabalhos bacteriológicos, soro antipestoso, vacina, seção de profilaxia, estufas, irrigadores etc. O médico considerou positiva a atitude do governo local de tratar imediatamente como peste os casos suspeitos, evitando-se a perda de tempo. Algo diferente aconteceu em São Luís. Entre a proliferação dos boatos de peste e sua confirmação, por diagnóstico feito por um médico vindo do Rio de Janeiro, um longo debate se arrastou enquanto a situação se tornava crítica.

### 3.3 Gênese de uma rede sanitária a ligar Maranhão e São Paulo

Naquele quadro de incertezas, o governador Alexandre Collares Moreira Junior tomou uma atitude inédita nas ações de saúde pública do Estado. Recorreu a instâncias federais, através do senador Benedito Leite, e este pediu ao Instituto Soroterápico de Manguinhos que

---

<sup>99</sup> Godinho (1904, p.57), ao chegar a São Luís três meses depois, destacaria as controvérsias que cercavam o diagnóstico da doença, uma vez que a opinião pública mudava de parecer constantemente sobre sua etiologia. Diria o médico vindo de São Paulo: “o diagnóstico dos primeiros casos foi muito discutido e o governo não podia saber se precisava de soro antipestoso ou anticarbunculo, porque entre essas duas moléstias – peste e carbúnculo, vacilou a princípio a opinião pública, inclusive a de um dos três médicos da higiene oficial”.

<sup>100</sup> Inflamação de uma glândula ou linfonodo.

enviasse um bacteriologista para colocar fim às controvérsias sobre o mal reinante em São Luís. Os custos da viagem e o salário do médico ficariam à cargo do governo local, prometeu o senador. Em 9 de novembro de 1903 desembarcou naquela cidade Henrique Marques Lisboa, bacteriologista do Instituto chefiado por Oswaldo Cruz. Na capital maranhense, sua primeira providência foi montar um pequeno laboratório (MARANHÃO, 1904, p.6).

Antes de referir-me ao dr. Marques Lisboa quero caracterizar um personagem importante para as negociações que viriam a ocorrer fora do estado: o político Benedito Leite. Maranhense, à época ocupava o cargo de senador pelo estado natal, foi referido diversas vezes pelo governador Collares Moreira Junior e por Victor Godinho como o principal articulador das ações de saúde concretizadas no Maranhão à época da epidemia. Herdeiro político de personagens importantes do império firmou sua orientação no federalismo, alternativa partidária com orientação conservadora. Formado pela Faculdade de Direito do Recife em 1882, lugar considerado centro da cultura jurídica do norte do Brasil, nesta instituição desenvolveu ideias voltadas ao positivismo como modo de organização para as sociedades. Ideias como ateísmo, republicanismo e abolicionismo passaram a compor seu repertório, sendo fundamentais para torná-lo um entusiasta da prosperidade no estado, naquele clima de euforia industrial e de constante renovação do mito da Atenas Brasileira. Sua trajetória política no Maranhão foi viabilizada pela família, em especial seu irmão, o senhor de engenho José Leite, próspero e influente coronel da região de Rosário - norte do estado, região do baixo Itapecuru (CORRÊA, 1993; VIVEIROS, 1960).

Outra marca de sua administração foi a constante associação à figura do presidente eleito em 1906, Afonso Pena. Naquele ano, Benedito Leite retornava ao Maranhão como governador eleito e buscava apoio político para consecução de grandes obras para o estado (FERNANDES, 2003).<sup>101</sup> O político teve papel importante durante a epidemia de peste no Maranhão, e inúmeras vezes Victor Godinho elogiou sua presteza em atender suas solicitações. Seu nome estampou matérias em jornais locais e na imprensa do Rio de Janeiro e São Paulo, que apontavam seus esforços na articulação de materiais, produtos biológicos e mão de obra especializada para combater a peste em seu estado natal.

---

<sup>101</sup> A aproximação política e pessoal de Benedito Leite com ao presidente era tal que o maranhense convenceu o chefe de estado a demorar mais tempo no Maranhão, durante a excursão oficial que fazia pelo norte do país, em 1906. Embarcaram em uma viagem penosa pelo rio Itapecuru, até a cidade de Caxias, para que o presidente observasse de perto as dificuldades de escoamento de mercadorias e transporte de passageiros pelo rio com trechos assoreados. Após a viagem, Afonso Pena prometeu investimentos para execução de um grande e oneroso projeto defendido por Benedito Leite no Senado, em 1903, que tratava da construção da estada de Ferro São Luís - Teresina (FERNANDES, 2003, p.63-64).

Após Benedicto Leite contatar a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) e Instituto Soroterápico Federal solicitando ajuda, o então diretor das instituições, Oswaldo Cruz, nomeou um médico do Instituto, para viajar para o Maranhão. A missão deveria fornecer o diagnóstico oficial da doença, e levar materiais laboratoriais, soros antipestosos e vacinas para iniciar uma campanha contra a peste. O escolhido foi Henrique Marques Lisboa, mineiro, formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, na época em que formava-se uma geração de médicos que viria ser reconhecida posteriormente no campo do pasteurianismo e da medicina tropical. Agenor Porto, Carlos Chagas, Ezequiel Dias, Cardoso Fontes, entre outros contemporâneos de Marques Lisboa, formavam um grupo que viu o aspecto estritamente acadêmico e oratório ser deixado em segundo plano em favor da fisionomia científica e experimental da medicina. Viu, também, o surgimento do ensino oficial da bacteriologia, como disciplina acadêmica. Outro aspecto importante na formação do dr. Marques Lisboa foi sua atuação como interno no Hospital de Jurujuba, por ocasião do isolamento de pestosos do Rio de Janeiro. Ali se aproximou de Oswaldo Cruz, onde recebeu orientações que lhe encaminharam a desenvolver, no Instituto Soroterápico Federal, as pesquisas para sua tese doutoral. Ao lado do também acadêmico de medicina, Ezequiel Dias, desenvolveu pesquisas pioneiras no campo da hematologia. No Instituto também trabalhou na elaboração de soros antipestosos sob a supervisão de Oswaldo Cruz e Figueiredo Vasconcelos. Ao término do curso de medicina, em 1902, foi convidado a compor a primeira equipe de médicos cientistas de Manguinhos, ao lado de Ezequiel Dias e Cardoso Fontes (NAVA, 2012, p.340-341). Devido essas credenciais, e experiência com a peste bubônica, o dr. Lisboa foi comissionado para São Luís, onde desembarcou com um assistente, o dr. Rogerio Coelho, em 9 de novembro de 1903.

Entre os vários casos suspeitos que tinham ido a óbito em São Luís, escolheu os cadáveres de uma mulher e um homem, com identidades preservadas, para dar início aos exames laboratoriais. Segundo o *Pacotilha* apresentavam “gânglios infartados” reconhecidos como “bubões”. Marques Lisboa e seu auxiliar colheram material dos gânglios inflamados e o submeteram à análise microscópica (A SAÚDE PÚBLICA, 10.11.1903, p.1). Como a cidade não tinha um laboratório, antiga demanda dos médicos que trabalharam na Inspetoria, foi montado na rua do Ribeirão um laboratório improvisado, com os materiais trazidos pelo o dr. Marques Lisboa e outros adquiridos.

A peste bubônica parecia uma possibilidade cada vez mais real, mas alguns ainda a questionavam. Chamo a atenção do leitor para a importância que a microbiologia assumia naquele contexto para dar a última palavra sobre a natureza do problema. O *Pacotilha*, dentre os jornais locais o mais empenhado em fazer circular ideias científicas entre a população, dizia

em 10 de novembro que, apesar de se ter recrutado um médico de fora para decifrar tantos casos de “mal suspeito”, muitos com evidentes “bubões”, era cedo para postular a presença da peste, “que só o exame bacteriológico pode autorizar” (A SAÚDE PÚBLICA, 1903, p.1). Após cinco dias de cultura do “pus” coletado foi sacramentado o diagnóstico de peste bubônica na capital maranhense, diagnóstico reconhecido oficialmente pelo governador do estado (MARANHÃO, 1904, p.6). O laboratório vinha finalmente tirar da inoperância o poder público e dar aos habitantes do estado um quadro mais preciso de referências sobre como agir contra a ameaça que pesava sobre eles.

Em entrevista ao jornal *A Campanha* o dr. Lisboa buscou legitimar o diagnóstico da peste junto à opinião pública através de declarações em que valorizava o poder do microscópio e a acuidade do olhar do cientista, olhar treinado, portanto, e respaldado por um ‘coletivo de pensamento’ que buscava ser reconhecido nacional e internacionalmente.

O microscópio é um instrumento delicadíssimo, difícil de manejar para aqueles que não tem o longo hábito de estudá-lo, aturada e diariamente nas pesquisas do laboratório; é um instrumento que só revela os seus segredos aos beneditinos, que, durante anos e anos constantes e incansáveis, tributam todos os seus esforços ao estudo dos infinitamente pequenos; talvez o mais árduo e mais profundo dos que preocupam o cérebro humano (LISBOA, 1903, p.1).

Ao contrário do que sugerem estas palavras, a definição sobre uma doença nunca é tão precisa e positiva. As dificuldades advêm do fato de que diagnósticos implicam negociações sociais. Historicamente, as categorias diagnósticas se expandem e sofisticam por força de processos transcorridos desde fins do século XVIII, e a natureza das negociações sociais muda também porque mudam as relações sociais. No século XIX a percepção obtida com os cinco sentidos é amplificada por meio de variados instrumentos; os fenômenos vitais passam a ser vistos sob outras óticas graças às ciências físicas e químicas, à fisiologia etc.; a medicina como prática se reestrutura com a criação de hospitais, escolas etc.; e a partir de meados do século XIX entram em cena os laboratórios, ganhando eles grande projeção com a ‘revolução pasteuriana’. Mas relações sociais, que variam de lugar a lugar, estruturam o modo como são produzidos os fatos técnico-científicos nos laboratórios, hospitais e no âmbito da prática médica, assim como a acolhida desses fatos entre os grupos afetados por suas implicações nos planos da economia, da política e da vida cotidiana.

Não é de espantar que o diagnóstico de peste bubônica produzido em São Luís pelo bacteriologista Marques Lisboa tenha sido alvo de questionamentos, mesmo tendo ele seguido todo o protocolo recomendado por sua ciência, que ia da observação dos bacilos da peste em



culturas puras até a sua inoculação em cobaias para induzir nelas a infecção. O jornal *A Campanha* lançou dúvidas sobre a qualidade do diagnóstico elaborado por Lisboa, argumentando que ele podia ter “errado no descobrimento de seus bacilos de peste, por que mestres há, que têm errado; o que, portanto, pode estar tratando como peste o que não é” (O DIÁRIO, 1903, p.1). Outras manifestações de ceticismo expressavam as resistências dos grupos que viam seus interesses comerciais e financeiros ameaçados por um diagnóstico que acarretaria inexoravelmente severos mecanismos de controle da circulação de navios, mercadorias e pessoas.

Segundo Godinho e Lindenberg (1906, p.5), a peste reinou em São Luís durante seis meses “enchendo os hospitais de doentes, cobrindo as famílias de luto e entorpecendo momentaneamente a vida comercial e econômica da cidade”. Godinho (1904, p.103) relacionou a irrupção da peste em São Luís à chegada do navio *Continente* que estivera no Rio de Janeiro, porto contaminado. Para o médico do serviço sanitário de São Paulo, aquela era a causa provável da invasão epidêmica, mas não plenamente verificada. Observando a quantidade de ratos mortos na região do bairro dos Remédios, deduziu que a propagação tivera como foco inicial aquela região, ainda que nenhum caso da doença tivesse sido registrado entre a tripulação e os passageiros do *Continente*. Assim, a entrada da peste em São Luís permaneceu cercada de mistério. A oficina onde se fizeram reparos no navio ficava na Praia do Genipapeiro, próximo ao Bairro dos Remédios, e os ratos que estavam a bordo poderiam ter contaminado o gado que servia de alimento aos moradores do bairro – é a hipótese levantada por Medeiros (2007, p.33). A rápida disseminação seria uma característica da doença, e isso explicaria a presença da peste, em pouco tempo, em muitos outros pontos da cidade.

Após o diagnóstico laboratorial fornecido por Marques Lisboa, teve início a prática de isolamento de doentes e começou a ser aplicada a vacina antipestosa fornecida pelo Instituto de Manguinhos. Leiamos a explanação do governador Collares Moreira Junior:

Desde então começou [o dr. Lisboa] a tratá-la [a peste] pelos meios recomendados pela ciência e a empregar as medidas profiláticas aconselhadas em tais casos[...]. Foi instituído um isolamento em uma das casas do Largo dos Remédios, onde se haviam manifestado os primeiros casos da moléstia e em uma outra que lhe fica próxima, sendo para lá transportadas as pessoas atacadas pelo mal levantino. Apesar dos esforços desenvolvidos pelos médicos encarregados dos serviços sanitários para debelar o terrível *morbus*, ele foi se propagando insidiosamente, de tal sorte que se alastrou por diferentes pontos da cidade, fazendo grande número de vítimas, **sem poupar nos seus ataques até mesmo as pessoas vacinadas, como aconteceu com o ilustre bacteriologista** (MARANHÃO, 1904, p.6. Grifo meu).

Desde o início, o diagnóstico laboratorial da doença, o tratamento dispensado aos pestosos e as medidas de combate, como a vacinação, promovidos pelo dr. Lisboa foram alvos de severas críticas, tendo em vista que a marcha da doença não enfraquecia. Surgiram inclusive denúncias de que o médico fornecia a escassa vacina antipestosa somente às famílias mais ricas e influentes da cidade, formuladas pelo jornal *A Campanha*, periódico de oposição ao governo local. Foram veiculadas matérias mordazes sobre a atuação do médico do Instituto Soroterápico, que teria se aliado à comissão de médicos locais e ao governo, para se “divertir às custas do sofrimento da população”. Outras, satirizavam acusando-o de realizar “adivinhações científicas” e, principalmente, de ser jovem demais, “ainda um menino na ciência bacteriológica”, “recém formado” e “clínico inexperiente” (O DIÁRIO, 30.12.1903, p.1). O dr. Marques Lisboa chegou a ser intimidado através de carta anônima, na qual se via várias injúrias (MOSTRARAM-NOS, 1904, p.1). De maneira contrária, o *Pacotilha* saudava as iniciativas do governo e elogiava a atuação de Marques Lisboa, procurando sustentar a ideia de que se tratava de um renomado bacteriologista. A credibilidade do dr. Lisboa “caiu por terra” quando ele contraiu a doença que viera combater. Foi obrigado a voltar para o Rio de Janeiro no dia 26 de janeiro de 1903, antes do término de seu contrato com o governo maranhense.

Na verdade, a divergência entre os jornais refletia a dualidade política reinante no Maranhão nos anos iniciais do século XX. A vida política local era dominada pelo partido federalista e pelo partido republicano. O primeiro era formado por membros do antigo partido conservador que mudara de nome após a instauração da República, e tinha como líder o senador Benedito Leite. O segundo era o sucessor do partido liberal, comandado pelo médico Manuel Bernardino da Costa Rodrigues. O partido federalista colocou à frente do governo do Estado Manoel Lopes Cunha, que fez sucessor o vice-governador Alexandre Collares Moreira Junior, em novembro de 1902. Mas o vice de Cunha tentou cindir o partido federalista ao assumir a liderança do estado, em uma estratégia política na qual seus aliados deveriam iniciar um novo situacionismo político, conhecido como a “oligarquia dos Moreira” (REIS, 2007, p.78-79; MEIRELES, 2001, p.289). *A Campanha*, que possuía orientação federalista, passou a tecer inúmeras críticas a Collares Moreira e às suas ações de combate à peste. Estendeu suas censuras à comissão de médicos locais e ao dr. Lisboa. Em contrapartida, o *Pacotilha*, mesmo com orientação liberal, passou a apoiar as decisões deste governo singular. Com isso, os editores do periódico esperavam enfraquecer a base federalista que ainda restava no governo de Collares Moreira. Acredito que a rápida movimentação de Benedito Leite na capital federal para promover ações de combate à peste em seu estado natal tem como objetivo a tentativa manter

sua força política no estado, ameaçada pelas intenções de fragmentação do partido federalista local e pela insatisfação popular diante do cenário epidêmico.

No entanto, minhas pesquisas indicam que nem sempre o *Pacotilha* se mostrou favorável às ações do governo. Durante a estadia de Godinho na capital maranhense, o jornal apoiou a iniciativa de trazer o médico que atuava em São Paulo. Porém, com a partida de Godinho, passou a tecer críticas a ele, assim como às intenções ditatoriais do senador Benedito Leite (principal líder federalista) e à inoperância do governador Collares Moreira, antes elogiado. Este jogo político está na origem das críticas direcionadas à campanha do dr. Marques Lisboa, durante sua curta estadia na capital maranhense (menos de três meses).

Não encontrei documentação que forneça detalhes sobre o adoecimento de Marques Lisboa. O governador Collares Moreira apenas disse que o médico adquiriu peste, mas restabeleceu-se rapidamente. Teria permanecido em atividades no Isolamento do Genipapeiro até a véspera de seu regresso ao Rio de Janeiro, onde lhe foi ofertada uma vaga de Delegado de Higiene (MARANHÃO, 1904, p.6). Diferentes fontes que tratam da gênese do Instituto Soroterápico, e suas modificações institucionais, apontam que Marques Lisboa retornou ao quadro de pesquisadores de Manguinhos e, a partir de 1907, foi designado a atuar na primeira filial do Instituto Oswaldo Cruz, sediada em Belo Horizonte, ao lado do médico Ezequiel Dias.

Segundo Meireles (1994, p.66), Marques Lisboa adoeceu uma semana após chegar em São Luís e foi salvo graças aos cuidados que os médicos locais, Claudio Serra de Moraes Rego e Domingos Carvalho, lhe dispensaram. Além, é claro, da assistência dada pelo seu colega de missão, Rogério Coelho. Partiu de São Luís sem grandes despedidas, sem alardes na imprensa, isento de louros que a missão paulista de combate à peste viria a receber. Ficou registrado no *Pacotilha* que dia 11 de janeiro daquele ano os médicos locais, Oscar Galvão, Felicissimo Fernandes, Juvêncio Mattos, entre outros, ofereceram um jantar de agradecimentos a Marques Lisboa, no Hotel Central. Entre os brindes levantados destacou-se um em homenagem a Oswaldo Cruz, diretor da DGSP e do Instituto Soroterápico Federal (DR. HENRIQUE LISBOA, 1904, p.1). Sem textos adicionais, a edição de número 59, da *Revista do Norte*, publicou uma fotografia do médico, a qual se lê uma dedicatória escrita um dia antes de sua partida: “Aos diretores da Revista do Norte, Antônio Lobo e Alfredo Teixeira, recordação amistosa do Lisboa”:



**Fotografia 12. Dr. Henrique Lisboa** (Legenda original)  
 Fonte: A Revista do Norte (1.02.1904, p.84)

Enquanto a peste bubônica se propagava, e medidas de combate não davam resultados, um clima de controvérsias e insatisfação imperava na capital. A já citada Eusébia, personagem do conto de Astolfo Marques, cogitava assumir o tradicional comportamento em épocas epidêmicas: fugir para outro lugar. Vargem Grande, interior do Maranhão, era o local escolhido. Em outro diálogo mostra bem como a política acionada contra a peste era motivo de escárnio entre os não beneficiados pelas medidas profiláticas e os desprovidos de informações corretas, uma vez que eram nulos os esforços de educação sanitária por parte das autoridades.

O doutor que veio do Rio, disse que é *borbonica*, e também pegou; mas tem alguns doutores daqui, desses mais velhos e mais aquilatados, e ainda um outro lá da terra donde vem português pra cá, que disseram que é febre passageira... E vive a gente nessa dipindura<sup>102</sup>, metida nessa bandalheira... (MARQUES, 1905, p.195).

Com o fracasso da missão liderada pelo dr. Marques Lisboa uma nova articulação política foi realizada para combater a peste no Maranhão. Dessa vez as autoridades maranhenses voltaram as suas atenções para os trabalhos no campo da saúde pública no estado de São Paulo, procurando atrair um médico de lá para liderar a campanha contra a peste no Maranhão. O dr.

<sup>102</sup> Situação difícil, segundo o vocabulário popular local.

Victor Godinho foi indicado para essa função. Ao que parece a articulação inicial, entre o governo do Maranhão e a Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP) – Instituto Soroterápico, na capital federal, não fora abalada: apesar da pouca eficiência da campanha de Marques Lisboa, a Diretoria chefiada por Oswaldo Cruz ofereceu os serviços de dois outros médicos, ex-internos do Hospital de Isolamento de Jurujuba. Assim, Adolpho Gomes Pereira e Alvaro de Sousa Sanchez chegaram em São Luís cerca de uma semana antes da equipe de Victor Godinho, que inseriu-os nessa comissão sem despertar controvérsias, conforme a análise documental indica.

Para que o leitor não se perca diante dos vários personagens desta narrativa, cronologicamente registro a presença desses profissionais da seguinte forma: a primeira equipe do sudeste indicada para combater a peste em São Luís era constituída por Henrique Marques Lisboa e seu colaborador, Rogerio Coelho, que estiveram na capital maranhense de 9 de novembro de 1903 à 26 de janeiro de 1904. Nessa época, o Instituto de Manguinhos (do qual Lisboa era funcionário) e a DGSP, ambos sob a liderança de Oswaldo Cruz, davam combate à varíola, febre amarela e peste bubônica no Rio de Janeiro, o que pode ter despertado o interesse das autoridades maranhenses pelos médicos da capital federal. Após contrair a doença, Marques Lisboa retirou-se do estado em meio a má fama construída pelo jornal de oposição ao governo. Em 1 de fevereiro de 1904, os médicos cariocas ex-internos do Isolamento de Jurujuba, Adolpho Gomes Pereira e Alvaro de Sousa Sanchez desembarcaram em São Luís a convite do senador Benedicto Leite. Desenvolveram ações preliminares de isolamento de doentes e de vacinação. Em 8 de fevereiro chegou a comissão paulista liderada por Victor Godinho, que absorveu Pereira e Sanchez, promovendo ações de maior envergadura contra a peste.

Averiguando-se diferentes fontes documentais sobre as circunstâncias da contratação e da viagem de Godinho para o Maranhão percebe-se que o convite partiu do senador Benedito Leite e do deputado federal José Eusebio, ambos maranhenses. Porém, a missão só foi autorizada com o parecer favorável de Emílio Ribas, chefe de Godinho no Serviço Sanitário de São Paulo, com quem os políticos maranhenses confabularam pessoalmente. Godinho viajou como funcionário da Higiene paulista, mas ao chegar a São Luís, ele e seus colaboradores foram inseridos no quadro de funcionários do governo do Maranhão. Ao darem por encerrados os trabalhos de combate à peste, pediriam ao governador Collares Moreira a exoneração de seus cargos, e alguns desses profissionais retornaram às antigas funções em São Paulo. Os motivos para solicitar ajuda a Emílio Ribas podem estar relacionados à repercussão positiva no país dos trabalhos de Godinho e do Serviço Sanitário ao qual estava ligado. Afinal, como mencionei, São Paulo contava com uma inteligência significativa na área da saúde pública

quando a peste aportou em Santos, e Godinho acumulou experiências relevantes no combate a esta e outras doenças. O próprio Godinho (1904, p.143) disse que o senador Benedito Leite, quando iniciou as negociações, já tinha a pretensão de lhe contratar como chefe da comissão e por isso lhe era muito grato. Num pequeno retrospecto da partida de Godinho, o jornal *Correio Paulistano* revela os personagens envolvidos nas negociações que deram origem àquela missão médica emergencial:

Está na memória de todos que em princípios do corrente ano o senador Benedito Leite e o deputado José Eusebio de Oliveira, representantes daquela região do Norte [Maranhão], empreenderam socorrer o seu Estado Natal, onde casos de peste bubônica apareceram e tomavam incremento. Para esse fim, esteve em nossa capital por duas vezes o deputado Jose Eusebio, que conferenciou com o presidente do estado, secretário do Interior e dr. Diretor do Serviço Sanitário. Em consequência, o dr. Victor Godinho partia para o Maranhão em dias de fevereiro levando em sua companhia os drs. Augusto Militão Pacheco e Adolpho Lindenberg, enfermeiras e desinfetadores, para que ali seguissem a dar combate à epidemia, já então declarada (NOTAS, 1904, p.1).

Os motivos para o envio dos profissionais do Serviço Sanitário de São Paulo estão ligados a um projeto de consolidação do sistema de saúde pública do Estado de São Paulo, que ambicionava concorrer com o sistema em vigor no Rio de Janeiro. Há mais, contudo. Não se tratava apenas de uma missão de propaganda, já que o combate à peste teve como consequência uma proposta política de reforma das leis sanitárias aplicáveis ao Estado do Maranhão e à sua capital (a lei sanitária de 1904) no tocante à peste e outras doenças infecciosas. A iniciativa reforçava a imagem civilizatória de São Paulo diante dos demais estados, desprovidos de serviço sanitário adequado. Reforçava, também, a ideia de irmandade, união, entre uma rede sanitária reconhecida como símbolo de progresso da nação (ALMEIDA, 2005, p.87-88; 2003, p.257). Essa imagem civilizatória será reiterada nas notícias relativas à partida de Victor Godinho para o Maranhão. O *Correio Paulistano*, por exemplo, não hesitou em valorizar a ideia de que o Serviço Sanitário de São Paulo poderia abarcar não somente as dificuldades enfrentadas em seu território mas, também os problemas de saúde pública localizados além de suas fronteiras:

Bem merece que os governos dos Estados reflitam sobre a dura lição que encerra este caso do Maranhão. As despesas quando oportuna e convenientemente feitas, importam numa economia real, não só de vidas preciosas, como de somas avultadíssimas. Aqui vemos de um lado, o estado de São Paulo, compreendendo o exato valor dos serviços de higiene pública, montando-os em regra e **habilitando-se não só a dominar as invasões epidêmicas do seu território, mas ainda a correr em socorro de outros Estados, cedendo-lhes pessoal competente e traquejado, tomando a um serviço sanitário de primeira ordem.** De outro lado, o Estado

invadido que infelizmente ainda não tinha podido montar os seus serviços de higiene pública e que, agora invadido pela peste é obrigado a despesas avultadas para montar tarde e dificilmente um serviço [...] (A COMISSÃO SANITÁRIA, 1904, p.1. Grifos meus).

Enquanto ganhavam corpo as negociações de gabinete entre as autoridades políticas e médicas a peste propagava-se pelo centro urbano da capital ludovicense, alcançando regiões cada vez mais periféricas.

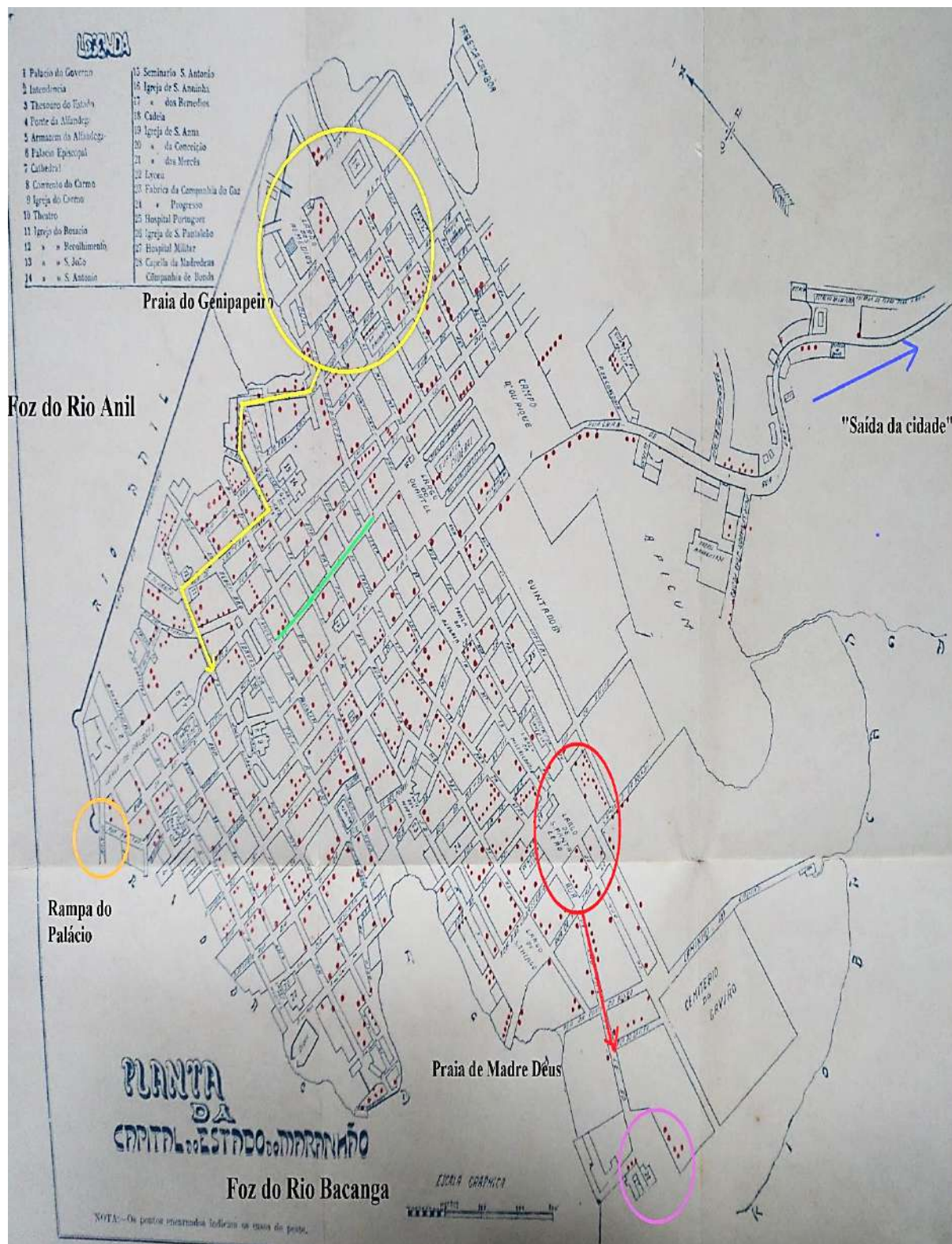
### 3.4 A propagação da peste em São Luís

O modo pelo qual a peste bubônica se espalhou pela capital do Maranhão pode ser melhor visualizado através de um mapa intitulado *Carta Epidemiológica da peste* (Fig.1), de autoria de Victor Godinho, anexado a seu relatório de prestação de contas. Além de ser um importante registro sobre o espaço físico da cidade à época, mostrando as ruas do centro urbano e a localização dos principais órgãos públicos da capital,<sup>103</sup> o documento torna visível a intensidade da doença identificando os casos registrados através de pontos vermelhos. No mapa podemos ver que, de seu foco inicial, na região dos Remédios (marcado com círculo amarelo) a doença espalhou-se até a rua do Egito, seguindo gradativamente pelas ruas do Pespontão, Santo Antônio e Santaninha, de preferência pela zona mais próxima ao mar (GODINHO, 1904, p.103).

---

<sup>103</sup> No mapa foram indicados, na legenda, os seguintes prédios: Palácio do Governo, Intendência, Tesouro do Estado, Armazém da Alfândega, Palácio Episcopal, Catedral, Convento do Carmo, Igreja do Carmo, Teatro, Igreja do Rosário, Igreja do Recolhimento, Igreja de São João, Igreja de Santo Antônio, Seminário de Santo Antônio, Igreja de Santa Aninha, Igreja dos Remédios, Cadeia, Igreja de S. Anna, Igreja da Conceição, Igreja das Mercês, Liceu, Fábrica da Companhia do Gás, Fabrica Progresso, Hospital Português, Igreja de São Pantaleão, Hospital Militar, Capela da Madre Deus e Companhia de Bondes.





**Mapa 1. Carta epidemiológica da peste (Legenda original)**

Fonte: GODINHO, 1904

Continuando a observar o mapa, a partir do dia 1º de dezembro apareceram focos em áreas mais distantes, como as que Godinho (1904, p.104) registrou na Rua do Sol (linha verde). Até a metade desse mês foram registrados doentes no extremo da Rua de São Pantaleão



(círculo vermelho), já em direção ao bairro Madre Deus (círculo lilás), próximo ao Cemitério do Gavião, nas margens pantanosas do rio Bacanga. No mapa indiquei com o círculo laranja a Rampa do Palácio, principal porto da cidade; a Praia do Genipapeiro, onde o navio *Continente* esteve fazendo reparos, e a “saída da cidade”, acesso para o interior da ilha (Cutim do Padre, Anil, Maioba, etc.). Perceba que o núcleo mais urbano da cidade, retratado no início desse estudo, encontra-se sob uma península, entre os rios Anil e Bacanga, que deságuam no oceano, na Baía de São Marcos. Casos foram diagnosticados em regiões mais interiores da ilha, como o Campo do Ourique e a Quinta do Apicum, esta última conhecida por mananciais que abasteciam a cidade. Mas é visível que a doença foi identificada pelas autoridades de saúde, sobretudo, nas regiões mais populosas, como no bairro Praia Grande, São Pantaleão e localidades adjacentes ao Bairro dos Remédios, inclusive o trecho da “Gamboa do Mato”.

Corriam boatos de que havia peste no interior do estado, mas nada foi confirmado. Conforme disse Godinho (1904, p.52-53), “as populações das cidades do interior mostravam-se aterradas com a ideia da peste, sendo o pânico causado, sobretudo, pelos exageros dos boatos, frequentes nessas épocas”. Porém, existia um perigo real da propagação da doença para o interior, pois àquela época cerca de 20 a 30 barcos partiam diariamente do porto de São Luís em direção às regiões banhadas pelos rios Itapecuru, Mearim, Pindaré e Grajaú. No início da epidemia, o governo decretou que todas embarcações fundeassem próximo à terra, mas ainda no mar, de modo que as cargas e descargas se fizessem sem contato direto com a praia ou porto. Tal medida visava impedir que ratos e pulgas viessem infestar a cidade quando descarregassem mercadorias ou passageiros. Adotou-se, igualmente, como medida de profilaxia, um desinfectório marítimo para que sofressem desinfecções os navios, seus carregamentos, tripulações e passageiros através do borrifamento e vaporização de antissépticos, como o ácido fênico, ou de banhos a que tinham de se submeter as pessoas com estas substâncias químicas. Ao final do processo, era expedido um certificado de desinfecção que autorizava o prosseguimento da viagem. Essas medidas não impediram que o medo se generalizasse:

O medo ter-se-á feito terror pânico, com só dois meses. Guarda a tradição que a quantidade de pestosos diariamente mortos chegou a tanto que o serviço funerário normal foi substituído pelo do popular Mãe da Lua que, percorrendo com sua funérea carroça as ruas desertas, ia recolhendo das casas os cadáveres para levá-los, amontoados, às vezes, para o cemitério do Gavião, e que a Igreja de São Pantaleão, cujos sinos sempre haviam dobrado à passagem de cada féretro pela Rua do Passeio ou do Norte rumo ao Campo Santo, agora mantinham calados para que, pela frequência em que teriam que planger, não aumentasse o desespero de toda a população ou ouvi-los (MEIRELES, 1994, p.67).

Nesse cenário fúnebre floresciam outros medos: o de consumir alimentos, o do contato com o outro, o medo de comerciar. A todos a morte parecia cada vez mais próxima, já que o número de óbitos não cessava de crescer na imprensa diária, que não cansava de fustigar a inoperância do poder público. Mesmo com a chegada de um médico de fora, com materiais laboratoriais, soros curativos e vacinas, a promessa de combater a peste não foi cumprida. Imaginemos a extensão do descrédito em que caiu o governo pela incapacidade de promover a saúde pública no seu estado. Parafraseando a fala de Eusébia, personagem de Astolfo Marques (1905, p.195), pairava a pergunta: se até o “doutor que veio do Rio”, Marques Lisboa, “também pegou” a doença, então, o que fazer? Foi nesse clima de insegurança e pânico que desembarcaram em São Luís, no dia 8 de fevereiro de 1904, os médicos e profissionais liderados por Victor Godinho. Não foram poucos aqueles que depositaram grandes esperanças nos esforços e no êxito desta outra comitiva vinda do sul do país.

### **3.5 “Chegou enfim a saúde”<sup>104</sup>: as ações do Serviço Extraordinário de Higiene Pública**

Se na Idade Média a peste era atribuída à fúria divina, à aparição de cometas, tremores de terra, as coisas mais bizarras que a fantasia humana podia forjar, ou aos fenômenos naturais, eclipses, etc., que coincidiam por acaso com o seu desenvolvimento, nos tempos modernos, graças aos progressos da ciência, de que o gênio extraordinário de Pasteur lançou as bases, em que seus discípulos fundaram o templo da bacteriologia, a peste já é hoje um inimigo que se apresenta de viseira erguida, e ao qual pode dar combate decisivo (GODINHO, 1899, p.47).

Até o momento o leitor acompanhou um processo de “revelação progressiva” (ROSENBERG, 1992b, p.281), que deu visibilidade formal à peste bubônica em São Luís. Como mostrei, não foi um processo repentino e aceito plenamente pelos atores envolvidos naquela crise sanitária. O diagnóstico da doença foi objeto de contestações, e a hipótese mais provável para explicar porque o governo do Maranhão não admitira ainda oficialmente a presença da peste são razões comerciais e financeiras, pois nenhuma capital gostaria de fazer transações de importação e exportação com uma cidade fustigada pela peste, e em regime de isolamento e de quarentenas.

Os estudos de Charles Rosenberg (1992b) parecem úteis para entender a complexidade da chegada, permanência e desaparecimento da doença naquela sociedade. O

---

<sup>104</sup> (GODINHO; LINDENBERG, 1906, p.148).

historiador norte-americano analisa, entre outros assuntos, o componente dramático que envolve a ação de uma epidemia sobre uma coletividade humana, e procura demonstrar que existe uma estrutura padrão em todas as conjunturas epidêmicas, espécie de arquétipo que abarca desde a revelação da doença até a exaustão de seus efeitos sobre determinada sociedade ou sua subjugação. Sem querer assumir este padrão como modelo único, inquestionável, observei nos jornais de época e, principalmente, nos escritos do médico que liderou o combate à peste em São Luís muitos traços deste padrão.

A dramaturgia da peste indicada por Rosenberg (1992b, p. 281-282) tem como primeiro ato a “revelação progressiva” até o momento em que não é mais possível escamotear a realidade da epidemia. No segundo ato, suas possíveis causas são expostas e debatidas. Surgem diversas explicações aleatórias que precisam ser gerenciadas, colidindo uns com os outros os esquemas explicativos da realidade que vivem inexoravelmente os diferentes grupos formadores daquela sociedade, com seus diferentes interesses. O esforço para dar sentido aos processos patológicos mobiliza explicações morais, religiosas e científicas. Estas, nos séculos XVIII e XIX, relacionavam a doença a causas ligadas à pobreza e às péssimas condições de vida na cidades.

Muitos atribuíram a origem da peste em São Luís, primeiramente, ao consumo de carnes de vaca contaminadas na região do bairro dos Remédios. Como mostrei, falou-se em “mal suspeito”, carbúnculo, “febre cavalari” (mormo), “febres passageiras”. Houve, também, quem afirmasse que a peste era castigo divino, ocasionado pelo fato de estar fechada a Igreja Nossa Senhora da Conceição. O jornal *A Campanha*, por exemplo, narra uma manifestação ocorrida em 11 de janeiro de 1904, auge da epidemia, em que moradores exigiam a reabertura daquela ermida, atitude que denota uma compreensão religiosa e moral do problema.

Não a amedronta a mortandade diária, nem a dilui a lei higiênica; ao contrário; ela palpita e vive-a mais e mais em todos os bairros desta cidade infeccionada. Devido ao grande fervor religioso, o povo reuniu-se hoje à Rua Grande, defronte da Igreja de N. Senhora da Conceição, afim de abri-la, pois que **o coração lhe dizia que o mal epidêmico que ora lavra nesta cidade veio como castigo ao interdito lançado no templo da milagrosa santa** (PRECES, 1904, p.1. Grifo meu).

O *Pacotilha* também noticiou a manifestação, dando dramaticidade ao caso. Narrou que grupos de devotos de São Sebastião invadiram a igreja trancada, permaneceram em vigília até as 22:00, e uma banda de música comemorou o ato na frente do templo (FOI ONTEM, 1904, p.1). Posteriormente, a epidemia recebeu explicações de outra natureza apresentadas pelo médico Victor Godinho, que deu ênfase às condições sanitárias em que viviam os ludovicenses, especialmente aqueles que conviviam mais de perto com a insalubridade. O cenário posto em

evidência pelo médico de São Paulo não era o da fé religiosa, mas o do trabalho fabril. Ao perceber a proliferação de ratos e a condensação dos habitantes no perímetro urbano da capital, disse o médico:

A precedência de ratos mortos nas casas impressionava sempre os moradores. A cidade estava avassalada e tudo fazia esperar uma grande epidemia. Circunstâncias que são próprias a esta capital favoreceram o desenvolvimento da epidemia. S. Luís é uma cidade de população muito condensada. É um centro muito industrial e por isso dando abrigo a grande número de pessoas de pouco conforto na vida social, como são em regra os operários. As casas são construídas sem separação alguma, seguindo-se uma a outra como contas de um rosário. Desta sorte, toda a população está condensada em uma pequena área. O número de seus habitantes não deve estar longe de 60.000, se não atingir efetivamente aquele número (GODINHO, 1904, p.104-105).

No terceiro ato da dramaturgia da peste, explica Rosenberg (1992b, p.285), respostas públicas à doença são negociadas. Transcorre uma espécie de “julgamento” em que se adotam veredictos quanto às respostas mais viáveis para livrar a sociedade do mal que a aflige. No caso da peste em São Luís, como em muitas outras situações semelhantes, acabarão por se impor medidas de saúde pública combinadas a práticas profiláticas autoritárias que visam principalmente as populações pobres.

Investigo agora o modo como foi vivenciada na capital do Maranhão, a terceira fase da dramaturgia da peste, a da resposta pública negociada, baseando-me principalmente nos escritos de Victor Godinho. Lembro o leitor que antes da chegada do médico do Serviço Sanitário paulista, a negociação de respostas públicas envolveu a formação de uma comissão de médicos locais para investigar as suspeitas que recaíam sobre as causas da epidemia em curso, e o recrutamento de um especialista da capital federal, do Instituto Soroterápico de Manguinhos, Henrique Marques Lisboa, para instruir um veredicto com evidências fornecidas pela bacteriologia.

Com a chegada de Godinho, foi instaurado o Serviço Extraordinário de Higiene Pública na capital maranhense. Tratava-se de uma ampliação do serviço de higiene já existente estabelecido por lei instituída pelo governador Collares Moreira Junior. O decreto n.33 de 8 de fevereiro de 1904, promulgado no dia de chegada da comissão compunha-se de cinco artigos, que atribuíam provisoriamente ao chefe do serviço, Victor Godinho, todas as funções que competiam ao Serviço Sanitário do estado, dando-lhe assim o poder de determinar os rumos das ações da saúde pública local. Ao chefe do Serviço Extraordinário de Higiene Pública competia regular e distribuir os trabalhos a serem feitos, nomear a equipe de profissionais que cuidariam deles e requisitar do governo “todas as medidas que julgar necessárias e exigir a regularidade, prontidão e eficácia do serviço” (MARANHÃO, 1904, p.6). Não por acaso

Godinho com frequência aludiria às tarefas tão espinhosas depositadas em seus ombros, por aquele ucasse, queixando-se da expectativa que muitos tinham de que ia resolver imediatamente a crise epidêmica. Relatou que a “comissão recém-chegada parecia trazer ao povo novo ânimo para a luta e por isso fomos todos recebidos como salvadores de uma situação aflitiva e já demorada” (GODINHO, 1904, p.8). Ao pôr os pés em São Luís, Godinho sentiu o peso de sua reputação e do serviço sanitário que representava. Aos 42 anos havia acumulado experiência significativa no enfrentamento de doenças infecciosas e na administração de hospitais de isolamento. Não era um recém-doutor, como alguns dos integrantes da comissão que chefiava. As expectativas com que era acolhida a sua notoriedade são expressas, por exemplo, nessa matéria do *Pacotilha*:

Se fora mister salientar fatos, a rápida extinção da peste bubônica na cidade de Santos, campanha por s.s. vitoriosamente dirigida, bastaria para recomendá-la no conceito público, e a nós maranhenses, no doloroso transe por que atravessamos, para inspirar confiança no feliz desempenho da árdua e espinhosa comissão que traz estas plagas. Para s.s. volta-se uma população inteira, cruelmente flagelada, que, como último recurso, da sua ciência e do seu critério espera a salvação (DR. VICTOR GODINHO, 1904, p.1).

Tais expectativas advinham em larga medida dos anos de estudos e trabalhos balizados pela microbiologia. Mas esta é uma compressão unilateral dos acontecimentos, uma vez que aquela ‘ciência’, para ser viabilizada em diferentes condições políticas e socioculturais, exigiu negociações nesses terrenos, com armas que não eram as da manipulação dos micróbios. Os documentos não permitem saber o que transcorreu nos bastidores até a promulgação do decreto que conferiu a Godinho plenos poderes e verbas para realizar ações de saúde pública até então inéditas na capital, em um momento em que já não se podia mais escamotear a presença da peste bubônica na cidade.<sup>105</sup> O governador do Maranhão, Collares Moreira Junior, anunciou ao dr. Godinho seus poderes ilimitados na saúde pública do estado com este documento:

Palácio do Governo em São Luís, 8 de fevereiro de 1904.

Ao Sr. Dr. Victor Godinho.

Tendo vos nomeado para cargo de chefe do serviço extraordinário de Higiene, remeto-vos cópias dos atos que nesta data expedi, criando e organizando o mesmo serviço para atender as exigências da saúde pública na quadra epidêmica que atravessa esta Capital. Devo declarar-vos que **este Governo vos dá a mais ampla liberdade de**

---

<sup>105</sup> Jerônimo de Viveiros (1960, p.244), em biografia sobre Benedito Leite, narrou um contato pessoal que teve com Victor Godinho, e o médico teria lhe confessado sua proximidade com o então senador maranhense. Nesse diálogo, o político foi descrito como homem muito honesto, apesar das críticas que recebia constantemente. O elogio feito tem suas razões no pronto atendimento das solicitações que Godinho fez por ocasião da epidemia. No relatório produzido pelo médico mencionou que o senador usou toda sua incontestável influência política no Maranhão para viabilizar sua administração no estado (GODINHO, 1904, p.143).

**ação na direção do serviço**, que vos é confiado, e espera que com os vossos auxiliares não poupeis esforços para debelar a epidemia reinante. Podeis também ficar certo de que **este Governo está pronto a fazer tudo quanto estiver a seu alcance e for por vós requisitado, contanto que não deixareis de trazer ao seu conhecimento quaisquer medidas que reputardes convenientes para o bom desempenho de vossa comissão** (MARANHÃO, 1904, p.7. Grifo meu).

Em São Luís, construía-se uma imagem positiva para Godinho, revestida de credibilidade. Imagem que se nutria da esperança de reverter a situação epidêmica vivenciada entre os ludovicenses. Surge, igualmente, um herói civilizador, um experiente médico-cientista e, ao mesmo tempo, “um cavalheiro de fino trato social”, como referiu-se *A Campanha* (DR. VICTOR GODINHO, 1904, p.1). Personagem responsável por selar a irmandade entre o Serviço Sanitário de São Paulo e a castigada localidade do norte do Brasil, onde desembarcou com sua equipe. Na edição de 1 de março de 1904, d’*A Revista do Norte*, a imagem de Victor Godinho estampava a capa do periódico. Pareceu ser inserida após a edição estar fechada, pois as demais imagens e matérias não fazem qualquer referência ao médico e aos motivos de sua ida ao Maranhão.



**Fotografia 13. Dr. Victor Godinho** (Legenda original)  
Fonte: *A Revista do Norte* (1.03.1904, 97)

A missão era formada por dois médicos provenientes do Hospital de Isolamento de Jurujuba, no Rio de Janeiro, Álvaro de Souza Sanchez e Adolpho Gomes Pereira. Chegaram semanas antes de Godinho para desenvolver atividades preliminares de isolamento e de

verificação de óbitos. Com Godinho desembarcaram os médicos Adolpho Lindenberg e Rodolpho Vaccani. O primeiro era assistente no Instituto Bacteriológico de São Paulo e, no Serviço Extraordinário, desempenhou a função de segundo ajudante. Vaccani era médico recém-formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e atuaria como inspetor sanitário da comissão.

Lindenberg foi o profissional mais próximo a Godinho durante a estadia no Maranhão. Fariam depois uma “viagem de recreio” de São Luís a Manaus da qual resultaria o livro de memórias *Norte do Brazil através do Amazonas, Pará e Maranhão*, já citado neste estudo. Adolpho Carlos Lindenberg nasceu em Cabo Frio (RJ), mas fez carreira em São Paulo. Viria a conquistar grande projeção na medicina experimental do início do século XX em virtude das pesquisas em dermatologia tropical, especialmente sobre a leishmaniose tegumentar americana, a lepra e o pênfigo filáceo. Lindenberg seria professor catedrático de dermatologia na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo entre os anos 1916 a 1929, além de ocupar outros cargos relevantes no meio acadêmico (PROENÇA, s.d. p.2). Rodolpho Vaccani, após a experiência no Maranhão, dedicar-se-ia à clínica privada no Rio de Janeiro, com consultório na Rua Uruguaiana onde tratava principalmente de ‘moléstias de senhoras’ (ALMANAK LAEMMERT, 1913, p.1122). Atuaria também como pneumologista, ganhando certa notoriedade por atender o poeta Manuel Bandeira, de quem se tornou amigo. Duas enfermeiras do Hospital de Isolamento de Santos, Mary Bagott e Violet Small, faziam parte também da comissão enviada a São Luís.

*A Revista do Norte* dedicou uma edição exclusiva à comissão sanitária liderada por Victor Godinho, reproduzindo, na íntegra, o seu relatório. A imagem a seguir, estampada na capa da edição de 16 de maio de 1904, quando chegava ao fim a campanha contra a peste bubônica em São Luís, apresenta o líder do Serviço Extraordinário de Higiene, Victor Godinho, em posição de destaque, no centro da foto. Dada a relevância de seu cargo é compreensível essa posição em relação aos demais componentes. Uma das preocupações de quem preparou a cena foi reforçar a imagem de perfeito entendimento entre os médicos do Rio de Janeiro (Álvaro Sanchez e Gomes Pereira) e de São Paulo (Victor Godinho, Violet Small e Mary Bagott). Outro aspecto a considerar na imagem é o fato de aparecerem em pé as duas enfermeiras, e sentados os homens, algo que denota uma representação hierárquica da profissão a se sobrepor às regras do cavalheirismo, que recomendariam dar o lugar às senhoras.



**Fotografia 14. Administração superior do Hospital de Isolamento em São Luís**

Em pé, da esquerda para direita: Violet Small e Mary Bagott.

Sentados, da esquerda para direita: Álvaro Sanchez, Victor Godinho e Gomes Pereira (Legenda original)

Fonte: Revista do Norte (16.05.1904. p.137)

Da comissão paulista faziam parte personagens ‘subalternos’, que não figuram na imagem veiculada pela *Revista do Norte*: o maquinista, Raphael Tobias de Castro, e quatro chefes de turmas de desinfecção, Elizário de Salles Monteiro, Euclides Payão Silveira, Adão Felix de Oliveira e João Batista Marcondes, todos ligados ao Desinfectório Central de São Paulo. Encarregado da turma de remoção de pestosos para o Hospital de Isolamento e de remoção de cadáveres, Adão Oliveira, contraiu a peste bubônica e faleceu em São Luís em 10 de março de 1904.<sup>106</sup> No dia 25 de fevereiro, a bordo do *Planeta*, chegou o dr. Augusto Militão Pacheco, inspetor Sanitário de São Paulo, que atuara em comissões sanitárias de Santos e Taubaté. Médico paulista formado na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1893, tinha experiência como inspetor sanitário em São Paulo, e no Serviço Extraordinário atuou

<sup>106</sup> Segundo Godinho (1904, p.143) o governo do Maranhão concedeu ao pai de Adão Oliveira, seu representante, uma pensão correspondente à quantia que iria receber no exercício de suas atividades no Maranhão.



principalmente no policiamento sanitário da capital e na elaboração do código sanitário de 1904.<sup>107</sup>

Os médicos que compunham o Serviço Sanitário do estado pouco atuaram na comissão recém-criada. Consta, apenas, que o dr. Juvêncio Odorico de Mattos passou a compor o Serviço Extraordinário, e que o médico mais experiente da repartição, o dr. Oscar Galvão, pediu licença das atividades da higiene pública por motivos incompreendidos pelo chefe do Serviço Extraordinário. Em seguida, o dr. Felicissimo Fernandes, a quem Godinho substituiu na direção do serviço sanitário local, havia pedido licença de suas atividades.<sup>108</sup> O vazio deixado pelos colegas locais foi preenchido por dois médicos vindos do Rio de Janeiro, por indicação de Godinho (1904, p.4), os doutores Ernesto Crissiuma Filho e Joaquim Crissiuma de Toledo, que chegaram em 25 de fevereiro e 10 de março, respectivamente. Eram recém-formados pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.

Médicos maranhenses que atuavam na capital federal retornaram a São Luís por ocasião da peste. Assim, Joaquim da Cunha Bello e Antonio de Carvalho Palhano, que exerciam atividades na Casa de Detenção do Rio de Janeiro e no Corpo de Saúde Naval, respectivamente, passaram a compor a equipe organizada por Victor Godinho. No ano de 1904 haviam sido eleitos deputados estaduais pelo Maranhão, com apoio político de Benedito Leite. Acredito que vieram dar apoio à campanha solicitada pelo senador, reforçando a imagem de político eficiente, e garantir privilégios futuros junto ao líder do partido federalista no estado. No mesmo navio que trouxe Bello e Palhano viajaram o estudante da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Galdino de Souza Ramos, portanto único doutorando, e o clínico Antenor Gustavo Coelho de Souza, também maranhense. Este grupo atuou, principalmente, na campanha de

---

<sup>107</sup> Encontrei poucos dados biográficos sobre este médico em documentos oficiais. A “garimpagem” de informações levou-me a saber que, se é pouco citado na medicina institucional, Militão Pacheco é muito conhecido na doutrina espírita. Encontrei diversos dados em literatura espírita sobre sua atuação em vida e mesmo após a morte (após desencarnar, segundo a linguagem apropriada). Um dos relatos mais completos encontra-se em *Grandes Espíritos do Brasil*, de Zeus Wantuil, que apresenta Militão Pacheco como um dos fundadores da Federação Espírita do Estado de São Paulo. A conversão de Pacheco teria ocorrido por volta de 1901-1902, após médiuns afirmarem que o espírito de uma criança teria beijado Militão Pacheco em uma sessão. O médico teria relacionado este fato à morte prematura de sua filha recém-nascida. Desde então, dedicou-se ao espiritismo e aos poucos tornou-se também médico homeopata. Utilizo esse livro com ressalvas, pois traz incoerências de datas e informações, especialmente sobre a estadia do médico no Maranhão. Diz, por exemplo, que Militão Pacheco viajou para São Luís recém-formado, em 1894, dado incorreto. O livro reforça a imagem de um profissional de grande cultura intelectual e científica, e que teve uma vida longa dedicada à caridade – Militão Pacheco atendia gratuitamente muitos pacientes. Morreu na pobreza, mas com grande notoriedade no meio espírita de São Paulo e mesmo no Brasil (WANTUIL, S.d. p.520-523). Atualmente seu nome é lembrado por uma instituição que leva seu nome e que tem mais de 30 anos: Centro Espírita Dr. Augusto Militão Pacheco (CEDAMP), com sede em São Paulo, no bairro Vila Jacuí.

<sup>108</sup> O governador Collares Moreira destacou que Felicissimo Fernandes pediu licença do serviço sanitário, pois estava doente antes mesmo da epidemia ganhar gravidade. Porém, o governador não disse qual moléstia atingiu o médico (MARANHÃO, 1904, p.6).

vacinação antipestosa. O aumento dos casos de peste e a carência de profissionais para atender à demanda levaram Godinho a requerer a presença de três serventes que atuavam no Hospital de Isolamento de São Paulo: Amélia Azevedo, Ignez Cic e Arthur Cezar de Lima.

A imagem que contempla o maior número de componentes desta Comissão Sanitária foi apresentada pela *Revista do Norte*. Privilegia o comando da Comissão: Victor Godinho e seu primeiro e segundo ajudantes, Militão Pacheco e Adolpho Lindenberg no centro da fotografia. Além disso, percebe-se que o único componente maranhense inserido no quadro foi o dr. Juvêncio Mattos, predominando, portanto, a presença imperiosa dos profissionais “vindos de fora”. Observa-se, também, que nessa imagem as normas cavalheirescas foram retomadas, concedendo-se assento às damas, as enfermeiras Violet Small e Mary Bagott.



**Fotografia 15. Comissão sanitária** (Legenda Original)

Em pé, da esquerda para direita: Juvêncio Matos, Crissiuma Filho, Gomes Pereira, Crissiuma de Toledo, Alvaro Sanchez e Rodolpho Vaccani. Sentados, da esquerda para direita: Mary Bagott, Augusto Militão Pacheco, Victor Godinho, Dr. Lindenberg e Violet Small

Fonte: Revista do Norte (16.05.1904. p.140)

A partir do diagnóstico laboratorial da peste, obtido pelo dr. Marques Lisboa, em um momento que a doença ganhava maior visibilidade na capital maranhense, uma estrutura mais sólida de combate pôde ser montada. Mais uma vez destaco a importância do diagnóstico para afastar “doenças mistas” do horizonte de compreensão dos habitantes daquela região. O exame laboratorial definia o inimigo a combater não somente pelo que apresentava aos olhos de todos, o bubão, por exemplo, mas também a marca mais recôndita de sua identidade, o microrganismo a combater (CUNNINGHAM, 1992, p.223). Godinho (1904, p.21) não deixou de reconhecer o valor do feito de Marques Lisboa:

Para reorganizar os serviços de higiene do Maranhão, dando-lhe proporções que lhes facultassem combater com segurança a peste, eu não tinha mais necessidade de preocupar-me com o diagnóstico da moléstia reinante. Este tinha sido feito escrupulosamente pelo Dr. Henrique Lisboa, a quem não tenho o prazer de conhecer.

A partir de então seguiu-se uma completa reestruturação de cinco seções: a Secretaria de Higiene, o Desinfectório, o Hospital de Isolamento (portanto, o tratamento dos pestosos), o Policiamento Sanitário e o serviço de vacinação. Iniciou-se a distribuição de folhetos à população, intitulados *Instruções sanitárias contra a peste*, na qual Godinho (1904, p.42-50) explicou a importância de ações como o isolamento de doentes, vacinação em larga escala e a destruição dos ratos para o sucesso da campanha. A eliminação dos roedores seria através da desinfecção de todas as casas do perímetro urbano, sobretudo daquelas em que foram registrados casos de doentes e óbitos, e através de medidas higiênicas complementares.

### **3.5.1 A possibilidade da peste no interior do estado**

Vinte quatro cidades do interior do Maranhão solicitaram a São Luís soluções desinfetantes, soros e vacinas antipestosos. A todos o governo do estado distribuiu desinfetantes, mas somente para Caxias e Viana foram enviados soros e vacinas. A justificativa dada por Godinho é que somente nestas cidades existiam médicos (apenas dois) que pudessem fazer uso adequado daqueles imunobiológicos junto à população.<sup>109</sup> Foi organizada uma missão sanitária a algumas cidades situadas à margem do rio Itapecuru, região tradicionalmente

---

<sup>109</sup> Consta no relatório de Godinho (1904, p.99) a lista das 24 cidades do interior do Maranhão que solicitaram soluções desinfetantes. São elas: Caxias, Codó, Coroatá, Itapecuru, Rosário, Guimarães, Pedreiras, São Luís Gonzaga, Viana, Engenho Central, Arari, Vitória, São Bento, Pinheiro, Cajapió, Alcântara, Turiaçu, Carutapera, Icatu, São Vicente Ferrer, Miritiua, Cururupu, Anajatuba e Monção.

considerada “paludosa” e negligenciada nas ações de saúde desde tempos remotos. Comissionado, o dr. Palhano esteve nas cidades de Rosário e Itapecuru Mirim (área de influência política de Benedito Leite), e Coroatá, Codó e Caxias. O pedido para organização de ações voltadas para o interior partiu de Benedito Leite que, segundo Godinho, estava muito preocupado com a expansão da doença, através do curso dos rios que levam ao interior (GODINHO, 1904, p.53;99).

No entanto, as ações de combate à peste concentraram-se na capital ludovicense, e uma das razões para isso relaciona-se ao o fato de que o Maranhão, durante muito tempo, foi “tomado” por sua capital, como evidenciei no início desse estudo. Este tipo de atitude desconsiderava as populações, heterogêneas, que habitavam o Maranhão continente, valorizando apenas a fala dos ludovicenses, considerados como os porta vozes do estado. Essa desigualdade, que refletia as relações de poder e de dominação econômica a nível regional, tinha sua equivalência a nível nacional: a historiografia já documentou de sobejo a ‘macrocefalia’ que por muito tempo caracterizou a distribuição dos serviços federais de saúde, até os anos 1930-1940 concentrados em medida excessiva na capital federal. Tomando como ‘naturais’ os desequilíbrios advindos das relações de privilégio e mando tão característicos da república oligárquica. Godinho construiu seu discurso sobre o Maranhão com foco na cidade de São Luís, na região do centro urbano, apagando assim a realidade da maior parte da população do estado. Quando houve a chance de conhecer outras regiões do Maranhão, enviou o dr. Palhano, que se limitou a visitar localidades que margeavam o rio Itapecuru.

Palhano foi instruído a aplicar vacinas à população que manifestasse interesse. Suas impressões sobre a região foram registradas no relatório de Godinho (1904, p.101): seu estado sanitário foi considerado “excelente”. Nesse ‘coletivo de pensamento’ falseava-se a realidade do interior do Maranhão por motivos políticos, descaso e por pouco conhecimento das autoridades políticas e sanitárias. O próprio Godinho admitiu que somente Caxias e Viana possuíam médicos capazes de manipular vacina e soro antipestosos. Claramente o diagnóstico apresentado a Godinho desdiz aquilo que o dr. Fernandes (1903; 1905), diretor do Serviço Sanitário antes da chegada da comissão de combate à peste, disse sobre o interior do Maranhão, sobretudo em relação às regiões do vales dos rios Itapecuru, Mearim e Pindaré. Habitavam nesses locais uma população que sofria com as chamadas febres paludosas, em precárias condições de higiene, que as incapacitava ao trabalho. Um olhar mais atento a esse problema será lançado ao interior do Maranhão com o advento do movimento pelo saneamento do Brasil rural, que denunciará com vigor e tintas dramáticas as mazelas das populações que não viviam

nas capitais litorâneas, como veremos nos últimos capítulos deste estudo, dedicados à implantação do Serviço de Profilaxia Rural do Maranhão em 1918.

### **3.5.2 A reestruturação da Secretaria da Higiene**

Para descrever a reorganização do serviço de higiene cuja chefia assumiu a partir da instauração do SEHP, Godinho destacava como estava constituído o serviço anterior, evidenciando suas lacunas, com base nas reclamações da população e dos funcionários que foram preservados. Escreveu Godinho (1904, p.19): foi entre “dificuldades e rodeado de reclamações por todos os lados que tive de instalar o serviço sob minha responsabilidade”. O primeiro alvo da reestruturação foi a secretaria da Repartição. A seu pedido a sede do Serviço Sanitário foi deslocada para um novo prédio, na rua da Paz n. 17, onde também se tornou a morada da comissão e um posto fixo de vacinação. O antigo prédio da Higiene, na rua do Egito, passou a ser utilizado como depósito de materiais desinfetantes. No novo prédio foi montada a secretaria, utilizada para centralizar as ações desenvolvidas e recolher o máximo de informações sobre o andamento das operações. Em pouco tempo o prédio tornou-se o centro de convergência de todas as demandas da área da saúde. Chegavam a todo momento pedidos, reclamações e solicitações as mais diversas, e ali eram tomadas decisões que afetavam todas as partes e grupos sociais da cidade.

Uma das impressões mais marcantes do dr. Godinho, ao dar início aos trabalhos, foi a surpresa de não encontrar registros, dados oficiais, resumos do movimento epidêmico ou qualquer anotação sobre os procedimentos utilizados antes de sua chegada. Constatou que somente o dr. Oscar Galvão notificava habitualmente os doentes, dificuldade que só foi suprida quando os médicos Militão Pacheco e Rodolpho Vaccani passaram a emitir notificações desta natureza.

Eu não consegui saber qual o número exato de doentes e de óbitos que tinha havido até então, qual média diária, semanal ou ao menos mensal. O isolamento até então não remetia boletins diários à repartição, de sorte que para se saber quantos doentes existiam no hospital, em um momento dado, era preciso ir contá-los. Os enterramentos eram feitos sem registro de espécie alguma e por ordem da própria higiene, que não conseguiu harmonizar a urgência dos enterramentos com o fornecimento de notas indispensáveis ao registro civil e ao cemitério; ignorava-se quem tinha sido sepultado, sabendo-se apenas o número de enterramentos. Esta situação já vinha desde de 1 de janeiro e corria anormal desde o começo da epidemia (GODINHO, 1904, p.19).

Prosseguindo nas críticas, Godinho expôs em seu relatório que o governo não foi devidamente avisado sobre os reais efeitos da peste bubônica, por longo tempo tratada como “mal suspeito”. Essa afirmação acabava por isentar o governo de suas responsabilidades no início da epidemia e colocava culpa nos médicos locais que demoraram a chegar a um consenso sobre a doença. Porém, outra versão sobre o caso foi dada pelo jornal *Pacotilha*, que saiu em defesa dos médicos locais. Após a saída de Godinho de São Luís e, conseqüentemente, após a publicação de seu relatório de prestação de contas, muitas críticas foram direcionadas ao médico, sobretudo, referentes à sua escrita denunciadora da insalubridade da cidade e das deficiências do Serviço Sanitário local.

Frequentemente o *Pacotilha* criticou o fato de um médico “de fora” vir ao Maranhão para dar conta de problemas locais e, em seguida, disseminar uma imagem negativa do estado em seus textos. Se no começo da atuação de Victor Godinho o mesmo era reconhecido pelos seus méritos científicos, aos poucos o periódico passava a divulgar outras imagens daquele profissional, associadas, por exemplo, ao seu despotismo sanitário e, principalmente, ao livre acesso aos recursos fornecidos pelo Estado. A falta de recursos e o apoio político, segundo o jornal, prejudicaram o andamento dos trabalhos dos médicos do Serviço Sanitário local e até do dr. Marques Lisboa.

Para o jornal, a falta de registros de doentes e óbitos na capital era perfeitamente compreensível, pois tinha razões econômicas:

Não desconhecendo os méritos e recomendáveis qualidades do ilustre dr. Victor Godinho, como organizador, como administrador, somos obrigados a confessar, por outro lado, que nem sempre s.s. foi feliz nas suas observações, algumas das quais nos parecem erradas [...]. Pode ser que aqui não houvesse, nem tivesse estado quem soubesse, para fazer o governo sabedor das necessidades do serviço [de combate à peste]. Pode ser... e, demais, “presunção e água benta”, lá diz o ditado, “cada um toma a que quer”. Mas, ainda assim, a observação do dr. Godinho é falha. S.s. não viu bem claramente os fatos. **Menos do que ausência de quem tivesse competência para aconselhar, faltou ao governo lealdade para confessar que a peste havia invadido, receoso de que fechassem ao comércio dos nossos portos.** O meticoloso ex-chefe do Serviço Extraordinário, que de tudo investigou, deve saber bem qual a origem de semelhante irregularidade. **É que o governo, a princípio, não queria que os médicos da higiene atestassem óbito por peste bubônica, porque isso, acrescentava o governo, importava na declaração oficial da epidemia.** E em vista disso os cadáveres eram inumados sem atestado médico, e, pois, sem as necessárias informações para o registro, porque os médicos do governo, coagidos por este [governo] a não declararem a verdadeira causa do óbito, negavam-se a firmar um atestado falso. Não há nesta capital, quem não saiba do fato a que nos reportamos (A PESTE, 1904, p.1. Grifo meu).

Para corroborar a irresponsabilidade e o autoritarismo do governo o jornal lembrou de casos de pessoas que tentaram, em vão, junto ao governo do estado, autorização para expedir

o registro de óbito de familiares com a causa da morte por peste bubônica, com o aval de um dos médicos do Serviço Sanitário local.<sup>110</sup> A negação da expedição desses registros, com as reais causas da doença, reflete o cotidiano de uma sociedade oligárquica, onde as ordens são ditadas por quem está no poder, e governada pelos privilégios de uma elite que desconsiderava a saúde da população. O fato era que a ausência dos registros de óbito e de doentes atrapalhava muito a realização do histórico do movimento epidêmico, ação proposta pelo SEHP. Uma estrutura organizativa foi então formada para produzir dados sobre a epidemia e sobre as ações adotadas contra ela. Grande número de impressos foram confeccionados às pressas para que todo serviço feito na Repartição fosse registrado em documento escrito: guias para remoção de doentes e de cadáveres; notas diversas para o serviço de desinfecções; memorandos para os médicos; livros onde fossem inscritos os pedidos de fornecimento de materiais das várias seções etc.

À noite todos os colegas e auxiliares da comissão prestavam-me contas, por meio de partes escritas, do serviço feito durante o dia. O Dr. Lindenberg, incumbido da Direção do desinfectório, relatava-me o movimento daquela seção. O serviço de remoção de doentes e óbitos ficava assim duplamente registrado: - na Repartição Central e no Desinfectório, e a nota das desinfecções realizadas servia para se dar baixa nos pedidos de desinfecções feitos na Repartição Central (GODINHO, 1904, p.23-24).

Sobre isso, há que se considerar Foucault (1987), para o qual as ações voltadas ao enfrentamento da peste, em uma dada sociedade, correspondem à “utopia da cidade perfeitamente governada” e representam uma forma pela qual as autoridades gostariam de controlar e “desmanchar” as “perigosas misturas” da população. Nessa lógica, a peste deve ser entendida como “mistura” e os procedimentos disciplinares possuem a capacidade de analisar, organizar e distribuir os elementos constituintes do espaço epidêmico, otimizando o combate à peste. Isso ocorre, principalmente, através de “um sistema de registro permanente”, pois para Foucault (1987, p.163-164) o “registro patológico deve ser constante e centralizado”, como o que o Victor Godinho buscava implantar na administração da Higiene local. As medidas acima formam uma parte do esforço empregado para “desmanchar” as perigosas misturas.

### 3.5.3 O Desinfectório

---

<sup>110</sup> Provavelmente Oscar Galvão único médico, segundo Godinho, a emitir notificações sobre a doença.

Mudanças foram feitas no desinfetório que passou a ser dirigido pelo dr. Lindenberg, que adequou seu funcionamento à urgência dos procedimentos e às exigências da nova administração, no tocante ao registro de dados. Foi mantida a estrutura localizada nas dependências do Forte São Luiz, aquela inaugurada quando os médicos Oscar Galvão e Felicissimo Fernandes ocuparam a direção do Serviço Sanitário, mas outra seção, o desinfetório marítimo, foi instalada ao lado da rampa de desembarque. Após receber materiais, equipamentos novos e nova equipe, o desinfetório passou a funcionar do seguinte modo:

Desde às 7 da manhã às 6 e meia da tarde ou conforme o serviço, os carros vinham fazer plantão em frente a secretaria da Repartição. Aí ficavam postados à espera do sinal de serviço [...]. Logo que uma verificação tivesse sido confirmada pelo médico do dia, para a casa do doente (ou lugar do óbito) seguiam o médico, e todos os veículos indispensáveis. Desta forma a remoção era sempre seguida da desinfecção do prédio e prédios vizinhos e do recolhimento de roupas infectadas, que iriam passar pela estufa. Entre a verificação e a entrada do doente no hospital ou do cadáver no cemitério, o tempo necessário e gasto não costumava passar de uma hora na média (GODINHO, 1904, p.26-27).

Em dois dias de trabalho registrou-se uma mudança na tecnologia da desinfecção das casas. O serviço de higiene foi dotado de dois pulverizadores *Geneste* e *Hersher*, que vaporizavam creolina e ácido fênico em vez de irrigar.<sup>111</sup> Observou-se, com isso, uma economia no uso das substâncias antissépticas e a diminuição dos incômodos aos moradores das casas, como danos e manchas nos seus pertences, causados pela irrigação dos produtos químicos, além de acidentes e alergias. O já citado conto *A Peste*, de Astolfo Marques, traz um relato de como alguns segmentos da sociedade interpretavam, pela boca da personagem Euzébia, a prática da desinfecção estabelecida como conduta padrão:

Era um atropelo da nossa morte. E depois o incômodo de a gente sujeitar-se a tal desinfecção! Ela mesma não consentiria tal coisa. Defumador por defumador bastava o que ela fazia todas as sextas feiras, no seu quarto: fogareiro pequeno de barro, um pouco de incenso pastilhas e benjoim, uma lasquinha de pau de Angola, para afugentar as bruxas, isto enquanto a casa; e, quanto ao seu corpo: numa banheira de água do sereno uma infusão de murta, oriza<sup>112</sup>, jardineira, folha-grossa, jasmim, tipi e uns dentinhos d' alho, e estava feito o negócio, desinfetados casa e corpo. Estavam também com uma história de vacina, *chiringamento*, nas costas ou na barriga, o que não ia com ela, que se tratara de bexigas, em casa da Canuta e não vira tanto arreganho e tamanho alarido (MARQUES, 1905, p.193).

<sup>111</sup> Pulverizadores eram de grande relevância para as desinfecções. O dr. Arthur Vianna (1906, p.182) relatou que esta tecnologia foi usada no início da epidemia de peste no Pará, em novembro de 1903, algo que foi fundamental para a não disseminação da doença. Enquanto que em São Luís os pulverizadores só foram utilizados em fevereiro de 1904 com a chegada do SEHP.

<sup>112</sup> Planta medicinal.



A rotina nas seções do desinfetório era árdua. Várias solicitações chegavam e as remoções eram constantes. Aos poucos a equipe local foi renovada pelo chefe do serviço, o dr. Lindenberg, que preservou somente os funcionários que sabiam ler e escrever, portanto, aqueles que se adequavam às novas rotinas de registro de atividades. Os periódicos locais registraram a circulação dos carros da Higiene em vários pontos da cidade e a oferta de vagas para trabalho imediato no Desinfetório. “Choviam” denúncias de casos suspeitos escondidos. Além da remoção de doentes e cadáveres, seguido da desinfecção dos locais dessas ocorrências, as equipes de desinfecção também se ocuparam de aplicar substâncias venenosas pelos esgotos da cidade, visando a destruição dos ratos. A personagem Eusébia registrou essa prática:

Você ainda não viu o melhor... pois até os pobres ratos, nascidos e criados ao Deus dará nos canos do Ribeirão, não foram mortos de surpresa? Disque deram combate neles tal como se faz lá nas Barraquinhas. A Joanna Pau-Bonito, na rua da Fundição, teve de mudar às pressas para tocarem fogo na palhoça onde ela morava. E no meio de tudo isto quem mais sofre, já se vê, é a pobreza... (MARQUES, 1905, p.194).<sup>113</sup>

O dr. Godinho estava ciente das recentes descobertas sobre o ciclo de transmissão da doença entre o ratos e humanos, que envolvia a participação de um vetor, a pulga.<sup>114</sup> Expressou em folheto distribuído ao público que a peste bubônica – tipo mais comum verificado em São Luís – é pouco transmissível pelo contato direto homem a homem. Explicou que as pulgas se alimentam com sangue infectado e inoculam a doença nos homens, e em outros animais, como cães e gatos, após abandonarem os roedores vitimados pela doença. No entanto, a medida colocada em prática para exterminar os ratos da cidade foi mais tímida, pois predominou a oferta à população de uma massa apropriada para o envenenamento de roedores, composta de arsênico e fósforo. O produto foi anunciado na imprensa local e a população deveria retirá-lo gratuitamente na Repartição, na rua da Paz (GODINHO, 1904, p.46-48).

<sup>113</sup> Barraquinhas e Fundição são nomes de ruas do bairro São Pantaleão.

<sup>114</sup> Controvérsias cercaram a elaboração da teoria de transmissão do bacilo de peste, através das pulgas, cuja autoria é do pasteuriano Paul Simond, após pesquisas em Bombaim, na Índia (DEVILLE, 2017, p.125-126). Entre os anos 1898 e 1900 não existia um consenso sobre a transmissão da doença, e nem sobre a política de extermínio de ratos na Europa e no Brasil, apenas a constatação de que roedores tinham papel importante na dinâmica da doença, tendo em vista a mortandade de sua espécie que antecedia às epidemias, além da descoberta de bacilos em seus corpos. Silva (2015a) detalhou a circulação dessas ideias no Brasil demonstrando que a partir da chegada da peste no porto de Santos o Serviço Sanitário paulista mobilizou uma caçada aos ratos considerando as ideias aventadas por Simond, mas isso não significa plena aceitação das teorias mais recentes entre as autoridades brasileiras. No Rio de Janeiro, por exemplo, a associação entre ratos e pulgas no ciclo de transmissão da doença demorou a ser consolidada, e não foi estabelecida como um processo linear entre os atores envolvidos. Houve divergências entre o Barão de Pedro Afonso e Ismael da Rocha, partidários da teoria de Simond, e Camilo Terni e Nuno de Andrade, que não aceitavam a associação entre ratos e pulgas. Para detalhes sobre as controvérsias da campanha de extermínio de ratos iniciada em 1903, no Rio de Janeiro, liderada por Oswaldo Cruz, ver Silva (2015a, p.92-128). Voltarei a este tema no capítulo seguinte, quando analisar as ações de combate à peste em São Luís, em 1908-1909.

Algo diferente se estabeleceu em São Paulo, por ocasião da chegada da peste em Santos e na capital. Ao lado dos procedimentos clássicos voltados ao controle de doenças epidêmicas, como a vigilância em saúde, desinfecção de focos de epidemia, isolamento de doentes, etc., e após a recente demonstração da transmissão da doença pela pulga, foi colocada em prática uma política pioneira de combate em larga escala de roedores. O Serviço Sanitário de São Paulo montou uma estratégia para exterminar os ratos através de seus funcionários, que aplicavam venenos em esgotos e em locais de reprodução desses animais. Outra forma de combate se deu através da população que foi convocada para a caçada aos ratos. Recompensas em dinheiro mobilizaram a população para esta batalha, que levou o Desinfectório Central a incinerar uma média de 600 ratos por dia. Com ajuda dessas medidas a peste bubônica não se alastrou pela capital paulista, limitando-se a casos esporádicos, sem enveredar em uma severa epidemia. No Rio de Janeiro surtos da doença foram verificados e uma campanha de extermínio de ratos, nos moldes da experiência paulista, só foi colocada em prática em 1903, com as ações de saneamento estabelecidas por Oswaldo Cruz, à frente da DGSP (NASCIMENTO, 2011, p.77-80). Relewa destacar, também, que a epidemia de peste em São Paulo não ganhou severas proporções devido ao empenho sistemático das desinfecções, o controle das estações de trem, a produção inicial de soro antipestoso pelo cientista italiano Camilo Terni, e pela primeira produção deste imunobiológico no Instituto Butantan, em 1901 (ALMEIDA, 2003, p.209).

Em São Luís a caçada aos ratos não foi colocada em prática. O *Pacotilha*, inclusive, criticou a inércia do Serviço Extraordinário nesse quesito e, através de longo texto, se posicionou favorável à guerra aos ratos, incentivada por recompensas em dinheiro (A EPIDEMIA, 1904, p.1). O dr. Godinho, por sua vez, ignorou as críticas. Em seu relatório apenas lembrou que a cidade não contava com um forno crematório, não podendo, portanto, receber ratos capturados. Recomendou que os roedores mortos por envenenamento ou por peste deveriam ser recolhidos em uma lata contendo creolina, para que as pulgas fossem eliminadas. Em seguida deveria ser envolto em camadas de cal e enterrados em uma cova de 1 metro de profundidade (GODINHO, 1904, p.53-54). Consequência da epizootia que antecedeu a epidemia de peste em São Luís e das ações iniciais de combate (desinfecções sistemáticas), progressivamente os ratos tornaram-se menos frequentes, conforme atestam os periódicos locais. Logo voltariam à cena, pois a cidade continuou por muitos anos em meio a insalubridade, desprovida de um eficiente sistema de remoção de lixo e captação de esgotos.

Um ponto ainda deve ser dito sobre o desinfectório recém organizado. A falta de profissionais dedicados ao trabalho foi um problema ressaltado por Godinho mais de uma vez em seu relatório: ao criticar as duas greves que os funcionários do Isolamento do Genipapeiro

fizeram, e ao reclamar da conduta dos funcionários do desinfectório. Para Godinho (1904, p.29), os profissionais que encontrou no desinfectório, recrutados entre as camadas populares, eram muito diferentes dos desinfetadores vindos de São Paulo, considerados corretos, zelosos e cumpridores das regras. De maneira diferente, os funcionários maranhenses caracterizavam-se pela “indolência”, “falta de ambição” e “pouca dedicação ao trabalho”, mas tinham qualidades que o chefe do serviço valorizava: a docilidade e honestidade. No livro de memórias escrito com Lindenberg, Godinho ressaltou também a “bondade natural” e a falta de “malícia” do “zé povinho”, das “camadas inferiores” do Maranhão, “isentos de malícia”. Para os dois médicos do Sudeste, o bom comportamento, a docilidade e a indolência dos maranhenses estavam alicerçados no clima tropical e numa visão (até hoje corrente) das facilidades que a ‘natureza’ supostamente oferecia à sobrevivência, viabilizando um modo de vida preguiçoso que contrastava com os rigores das sociedades urbanas e industriais, onde sobreviver exigia a venda da força de trabalho e a sujeição à disciplina do trabalho assalariado. “Os maranhenses das classes baixas” – escrevem Godinho e Lindenberg (1906, p.168-169):

são de uma indolência tropical que desanima. A tendência fatalista de seu temperamento, a sua ausência de aspirações e a facilidade com que lhes corre a vida, são as causas principais desse grave defeito. Peixe e camarão abundantes; farinha d’água barata; o clima quente sem exigir roupa caras.... Eis como vão vivendo e filosofando esses felizardos ao sabor da maré e do vento...

### 3.5.4 Da “pocilga imunda” ao novo Hospital de Isolamento

“Hospital” era um nome pretensioso para as casas de número 1 e 3 da rua do Genipapeiro a que foram recolhidos os primeiros pestosos. O jornal *A Campanha* referia-se a este isolamento com os piores adjetivos, denominando-o de “pocilga imunda”, “hospital desumano”, “gruta de salteadores”, entre outros. Os editores do jornal diziam que ali era lugar onde os “desumanos saneadores” (médicos locais) atiravam as vítimas do “mal suspeito” e infelizes que, por apresentarem simples febres, tiveram a má sorte de cair nas mãos desses médicos. A crítica ao lugar era tamanha que o jornal estimulava a população a fugir dos médicos da comissão, dizendo que o soro antipestoso, na verdade, causava a morte dos pacientes (*A EXPLORAÇÃO*, 1904, p.1). Godinho (1904, p.9-14) também qualificou negativamente o lugar, apresentando uma longa lista de defeitos, mas destacou a superlotação: cerca de 80 enfermos eram atendidos por funcionários que não possuíam preparo para exercer suas funções.

Os próprios pacientes tinham de administrar remédios e providenciar comida, ficando a seu cargo boa parte dos cuidados necessários ao restabelecimento de sua saúde:

O pessoal inferior era pequeno para cuidar de tão grande número de enfermos e não tinha a mais pequena noção do direito que tem os doentes ao bom tratamento no hospital. Eram os próprios doentes que procuravam água, o leite e o remédio de que precisavam, ou eram os seus vizinhos convalescentes, que lhes ministravam. Não havia horário para a distribuição de dietas e refeições dos doentes, nem tão pouco para as refeições do pessoal. Muitos doentes faziam acompanhar-se por pessoas da família, quase sempre de sexo diferente, marido e mulher, pai e filha, irmão e irmã etc., de sorte que não havia nas enfermarias separação de sexos: as enfermarias de mulheres tinham vários homens que acompanhavam seus doentes e nas de mulheres dava-se a recíproca. Não era possível haver ordem em tais condições (GODINHO, 1904, p.10).

O corpo de funcionários era visto como “indolente”, “incompetente” e indisciplinado, características que seriam reiteradas por duas greves ocorridas em menos de quinze dias. Godinho (1904, p.12) não explicou como os eventos ocorreram, limitando-se a dizer que “não queria dar importância a quem não tem”. Os jornais também não fizeram referência aos eventos quando vieram à tona. Consta no relatório oficial que os funcionários do isolamento teriam advertido a Godinho que não tolerariam o fato de seus cargos serem ocupados pelas enfermeiras vindas de São Paulo. Esse aviso teria sido dado horas depois que médico desembarcou em São Luís. No dia seguinte, quando Godinho informou por telefone que mais dois doentes iriam entrar no hospital, o enfermeiro chefe recusou-se a aceitá-los alegando que o lugar estava lotado. Em seguida, encaminhou reclamações sobre a Comissão Sanitária ao senador Benedito Leite (GODINHO, 1904, p.12-13). O episódio encerrou com o enfermeiro sendo demitido e o diretor do Serviço Extraordinário teve de trazer serventes de São Paulo para trabalhar na comissão. Se Godinho minimiza essa crise, ela ganhou repercussão, posteriormente, em jornais locais e mesmo no Rio de Janeiro. Informam estas fontes que o enfermeiro demitido, Fernandes Martins, espanhol, considerado porta-voz dos funcionários do isolamento do Genipapeiro, foi expulso e agredido pela polícia de São Luís.

O caso é descrito no *Pacotilha*, que transcreve matéria intitulada “Oligarquia Maranhense”, originalmente publicada no *Correio da Manhã*, importante diário carioca. Quando desembarcou no Rio de Janeiro, Fernando Martins foi à redação do periódico para apresentar sua versão dos fatos. Acusou Victor Godinho de sobrecarregar os funcionários do isolamento e agir arbitrariamente com a anuência do senador Benedito Leite. Por não concordar com isso, o enfermeiro teria sido demitido, espancado pela “polícia do Sr. Leite” e forçado a embarcar no paquete *Maranhão* com destino à capital federal. Sequer teve a oportunidade de quitar alguns negócios na capital ludovicense (OLIGARCHIA, 1904, p.1).

Sobre esse evento, o *Pacotilha* julgou apropriado transcrever um verso que compunha a matéria original:

No Maranhão  
Em cada estado do Brasil, agora  
Manda e desmanda um César caricato,  
Que como um feudo seu, dirige e explora  
O pobre povo que é quem paga o pato.

No Maranhão há pouco deu-se um fato  
Que disto dá-nos prova esmagadora:  
Foi deportado um cidadão pacato  
E da terra do Leite posto fora.

Por que? De certo o crime mais nefando  
Cometera e por ordem de um juiz  
Teve de outras paragens ir buscando...

Qual nada disto! Em crimes não se pense  
Foi deportado porque assim o quis  
O onipotente Cesar maranhense.  
(CYRANO&C, 1904, p.1).

Esse episódio revela a força que a campanha sanitária liderada por Godinho possuía graças ao respaldo da oligarquia que dominava a vida política local, capaz de fazer valer os “plenos poderes” concedidos ao novo serviço de saúde pública. Além disso, nos leva a pensar que Godinho e a comissão que chefiava não eram rodeados de expectativas tão positivas, e que sua atuação não foi tão pacífica e conciliadora como querem fazer crer os documentos oficiais.

Mas voltemos às características do “hospital”. O isolamento dos pestosos foi qualificado por Godinho (1904, p.10) como “virtual”, uma vez que parentes mantinham contato frequente com o enfermo. Qualquer pessoa conseguia entrar nas enfermarias, prova de que reinava ali “promiscuidade” entre sadios, suspeitos e enfermos. Para o médico, o único “melhoramento” possível para aquele hospital era “seu fechamento imediato” (GODINHO, 1904, p.14). Em casas próximas, onde eram alojados pestosos com maiores recursos financeiros, à promiscuidade somava-se o que Godinho (1904, p.13) sarcasticamente denomina “isolamento comunicativo”.

Enquanto o hospital não era fechado, Godinho nomeou como seus diretores os médicos Álvaro de Souza Sanchez e Adolpho Gomes Pereira, estabelecendo rotinas alternadas para ambos, que abarcavam a atuação no hospital e no serviço de verificação de doentes e óbitos. Era preciso oferecer atendimento aos 80 doentes lá depositados e aos que estavam chegando. Mesmo reorganizando a rotina médica, a ausência de profissionais de enfermagem “falou mais alto”. Afinal, os funcionários que participaram da greve foram demitidos, de modo

que foi necessário requerer ao Serviço Sanitário de São Paulo a cessão de três auxiliares de enfermagem. Outras medidas emergenciais foram tomadas no hospital. Buscou-se dotá-lo de impressos (guias, formulários, papeletas de temperatura, livros para pedidos de fornecimentos e para registro clínico; boletins a serem preenchidos diariamente etc.). Além disso, adotou-se o tratamento soroterápico como conduta padrão e foi instaurado um cordão sanitário mais eficiente para assegurar o isolamento dos doentes.

Enquanto eram tomadas essas medidas, iniciou-se nova articulação política entre Victor Godinho e as autoridades locais e federais. Recorreu então ao governador do Estado e ao senador Benedicto Leite e pediu-lhes que intercedessem junto ao Governo Federal e ao Ministro da Guerra, para que o Hospital Militar fosse cedido provisoriamente ao Serviço Extraordinário, e passasse a operar como o novo Hospital de Isolamento. A sinalização positiva veio um semana depois e, em 12 dias, o espaço passou por reparos e limpeza. A inauguração do Hospital ocorreu no dia 1 de março de 1904, às 9:00, em solenidade que incluiu uma missa celebrada pelo bispo Xisto Albano. Autoridades e a imprensa local, inclusive jornalistas do *Pacotilha*, foram convidados para a inauguração daquele espaço que marcava o começo de uma nova era no enfrentamento da peste. Situado no final da Rua de São Pantaleão, no extremo sul da cidade, e em um de seus pontos mais elevados, passava a ser uma expressão bem visível da ordem médica instaurada pelo Serviço Extraordinário de Higiene.

No seu relatório Godinho inseriu uma imagem do nosocômio, cuja autoria é do fotógrafo Gaudêncio Cunha, e que foi utilizada para compor o *Album do Maranhão* (1908).<sup>115</sup> Inseriu outra, provavelmente do mesmo autor, que mostra o interior do Hospital Militar, então utilizado como Hospital de Isolamento:

---

<sup>115</sup> Trata-se da fotografia 9 apresentada no capítulo 1. Item 1.3. C.f. p.49.



Fotografia 16. Átrio, jardins e varandas internas (Legenda original)  
 Fonte: GODINHO, 1904

No novo isolamento as enfermeiras inglesas, Mary Bagott e Violet Small, puderam exercer suas atividades. Godinho (1904, p.31) não permitira que trabalhassem no hospital agora encerrado por temer pela segurança de ambas em local que considerava sem conforto e “cheio de vícios insanáveis da administração”. A equipe de serventes, sob a supervisão destas enfermeiras e dos médicos que compunham o quadro nomeado por Godinho passaram a atender no Hospital Militar os 80 pestosos transferidos das casas em que estavam instalados e aos que chegavam diariamente. A enfermeira Small foi incumbida de administrar a economia interna do hospital. Junto com a *miss* Bagott dispensava cuidados aos pacientes e fazia com que fossem cumpridas as ordens médicas.

Convido o leitor a acompanhar a longa descrição de Victor Godinho sobre como se dava a transformação de um *enfermo* em *paciente* naquele espaço. O indivíduo, ao transpor o portão do hospital, passava a um “novo mundo” onde transcorriam serviços que lhe prometiam a restituição da saúde, mas também privavam-no do controle de seu corpo, em nome de uma coletividade que deveria ser protegida daquela doença considerada extremamente contagiosa:

Ao chegarem os doentes ao hospital o porteiro dava no sino 1 ou 2 badaladas, conforme o sexo do enfermo, comparecendo então à portaria a enfermeira de serviço e os serventes necessários ao transporte dos doentes. Estes eram conduzidos em padiola até o leito, onde trocavam a roupa que traziam pela do hospital. A roupa do doente era arrolada e metida em sacos fechados a cadeado e enviada ao Desinfectório.

A enfermeira tomava em seguida a temperatura e o pulso, consignava as suas indicações nas papeletas, que acabava de preparar, e em seguida avisava o médico da entrada do doente. Os doentes, além de cama, colchão, travesseiros, fronhas, 2 lençóis e camisola, tinham também a seu dispor: 1 caneca para água, um cálice para remédios (dispostos em uma mesinha de cabeceira), 1 toalha de rosto, 1 balde com solução de creolina, vasos de noite, etc. Todas estas coisas de melhor qualidade para os doentes de classe. Os doentes graves tinham mais um encerrado na cama e o seu leito era separado do dos vizinhos por meio de um biombo portátil. Estes mesmos biombos serviam para as operações. Todo serviço no hospital era indicado por meio de sinais no sino (GODINHO, 1904, p.36).

No hospital a soroterapia continuou a ser empregada como procedimento padrão e era vista com grande credibilidade pela comissão sanitária. À época, algumas particularidades sobre o bacilo da peste haviam se tornado mais consensuais entre cientistas e autoridades sanitárias no Brasil. Entre esses consensos estavam o período de incubação do bacilo (cerca de 12 dias), a participação de um vetor (a pulga) no ciclo de transmissão da doença, a baixa letalidade em relação à experiência no Oriente, e o tratamento com base na aplicação do soro antipestoso (SILVA, 2015a; 2015b). Godinho e os médicos cariocas Gomes Pereira e Álvaro Sanchez concordavam sobre a eficácia desse produto biológico, e realizavam aplicações de injeções intravenosas, subcutâneas e peritoneais de soro antipestoso, para obter o seu efeito curativo, oriundo da ação antitóxica que neutralizava as toxinas produzidas pela bactéria da peste bubônica.

Em 1896 Yersin desenvolveu o soro no Instituto Pasteur de Paris e testou sua eficácia em Cantão e na Índia. Em 1900 o laboratório instalado na Fazenda Butantan e o Instituto Soroterápico Federal no Rio de Janeiro iniciaram a produção de soros e vacinas contra a peste, devido às dificuldades de obtenção dos produtos parisienses. No entanto, o uso da vacina e do soro não pode ser considerado uma transferência de técnicas de um lugar para outro, após simples ajustes, e sem despertar controvérsias. Em 1900 o soro não era considerado o único produto biológico capaz de curar a doença. O médico Camilo Terni, comissionado pelo governo italiano para estudar a dinâmica da peste bubônica pelo mundo, veio ao Brasil por ocasião da doença em Santos, na capital paulista e no Rio de Janeiro, e defendia que uma vacina elaborada por ele - um aperfeiçoamento da vacina idealizada pelo pasteuriano Waldemar Haffkine - era o único meio eficaz para curar pestosos. O produto foi testado em pacientes nos hospitais de Jurujuba e São Sebastião, apresentou resultados eficazes e vinha convencendo algumas autoridades sanitárias sobre seu uso corrente (SILVA, 2015a; 2015b).

No 4º Congresso Nacional de Medicina e Cirurgia no Rio de Janeiro Oswaldo Cruz criticou a vacinação em períodos epidêmicos e as técnicas de fabricação do produto biológico inventado por Terni. Cruz deu início a uma série de debates que evidenciavam as vantagens dos



produtos biológicos produzidos no Brasil, no Instituto Soroterápico Federal, em detrimento do produto aventado por Terni - que deveria ser fabricado pelo Instituto Soroterápico de Messina, na Itália. A vacina do italiano esbarrou em dificuldades para ser aceita no Brasil, como o fato de ter sua eficácia demonstrada em escala reduzida, além das já conhecidas e compreensíveis resistências da população em relação às campanhas de vacinação. Oswaldo Cruz, para sustentar as críticas ao produto do italiano, montou estratégias discursivas e alianças, como a que manteve com Vital Brazil, na Fazenda Butantan, para descredenciar a vacina de Terni. Contou com o fato do italiano ter se ausentado do Brasil ainda em 1900, e com os estudos satisfatórios que viria a desenvolver nos meses seguintes no Instituto Soroterápico Federal. As análises produzidas demonstraram a eficácia do soro antipestoso, derivado de alguns aperfeiçoamentos do produto originalmente idealizado em 1896, pela comissão alemã composta pelos cientistas Gaffky, Pfeiffer, Sticker e Dieudonné, que testaram o soro na Índia. Além, é claro, da autoridade científica e política que o médico brasileiro vinha desenvolvendo, que lhe projetou ao cargo de diretor da DGSP, em 1903 (SILVA, 2015a; 2015b).

O balanço das despesas no combate à peste no Maranhão acusou o recebimento de 440 vidros de soro do Instituto Pasteur de Paris, 3.150 vidros do Instituto Soroterápico Federal e 2.200 vidros do Instituto Soroterápico do Estado de São Paulo. A quantidade maior de soro do Instituto Soroterápico Federal pode ter relação com a presença anterior de Marques Lisboa, proveniente deste Instituto, mas deve-se, principalmente, à fase que a instituição vivenciava. Em 1903 a partir dos poderes e recursos obtidos por Oswaldo Cruz, ao chegar à direção da DGSP, foram canalizados recursos e materiais para que Manguinhos extrapolasse sua estrutura inicial, com a reconfiguração de sua arquitetura, expansão da pesquisa biomédica e ensino de microbiologia. Registrou-se o acréscimo e diversificação da produção industrial de seus produtos biológicos, com destaque para o soro e a vacina antipestosos (BENCHIMOL, 1990a, p.28-29).<sup>116</sup>

Em relação ao tratamento dispensado aos pestosos no novo isolamento de São Luís, percebo que Godinho modificou levemente a dinâmica de suas ações se compararmos aos procedimentos empregados no Isolamento de Santos. No trabalho intitulado *Contribuição para o estudo da peste bubônica*, veiculado na revista *Brazil Medico*, o tratamento consistia na aplicação de soro antipestoso, de banhos frios – para baixar a febre, tranquilizar o sistema nervoso e manter o bem-estar do doente, e em intervenções cirúrgicas para extirpar os bubões (GODINHO, 1900, p.245). Antes de ser publicado o artigo, Godinho conseguiu inserir uma

---

<sup>116</sup> Ao longo desse estudo retornarei às transformações institucionais que o Instituto Soroterápico Federal viria sofrer ao longo dos anos.

nota de rodapé explicando que a extirpação dos bubões deveria ser a conduta principal nos casos de peste, já que a experiência lhe tinha mostrado que com isso aumentavam as chances de os pacientes se restabeleceram plenamente. Essa mudança colocava a soroterapia em segundo plano: “Depois da publicação desta memória” – escreveu Godinho (1900, p.247) – “convenci-me de que a extirpação é a base do tratamento da peste. O soro é destituído da ação curativa. Tratei sem ele alguns doentes e o resultado se modificou”.

A mudança de opinião denota que as técnicas de combate às doenças não são processos lineares, envolvem avanços e retrocessos, são mutáveis. Depois de elevar a soroterapia à conduta padrão, em 1900, no mesmo ano Godinho voltou atrás, retomou os procedimentos cirúrgicos mais antigos. Em 1904, no combate à peste em São Luís, a soroterapia figurava como a melhor estratégia terapêutica, ao ponto de Godinho (1904, p.18) demonstrar plena confiança nela: “o doente tratado desde o primeiro ou segundo dia pelo soro cura-se sempre ou quase sempre”. Definiu-se em São Luís que a base do tratamento era o soro antipestoso combinado ao tratamento sintomático e local, através do desbridamento<sup>117</sup> ou extirpação dos tumores, seguido da aplicação de curativos:

Os bubões eram crurais<sup>118</sup> ou inguinais e raras vezes axilares ou cervicais. Mesmo nas crianças esta última localização não foi comum como costuma. A supuração<sup>119</sup> foi a regra, detendo por longo tempo os doentes no hospital para tratamento de sua ferida (GODINHO, 1904, p.96).

No relatório não aparecem os banhos frios prescritos no Hospital de Santos, nem os cuidados dispensados à assepsia da boca, outrora realizados com solução de thymol e salol<sup>120</sup>. Explica Telarolli Filho (1996, p.128) que Victor Godinho fazia parte de um grupo de médicos que acreditava que nas moléstias transmissíveis a assepsia da boca evitava que os germes vindos do ar e que haviam se alojado naquela cavidade adentrassem o organismo.

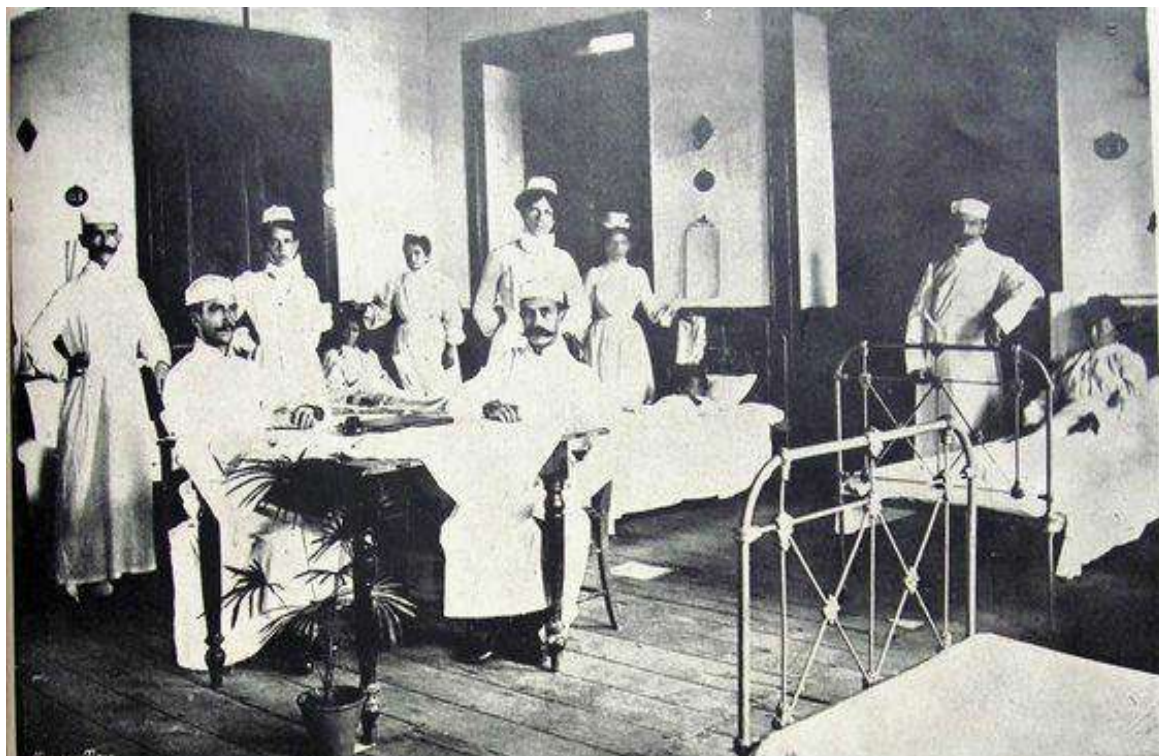
Reproduzo abaixo imagens publicadas no relatório de Victor Godinho, onde se dá destaque à presença, ousado dizer, imperiosa e imponente dos profissionais “de fora”, no novo Hospital de Isolamento. Na fotografia o doente e a doença estão em segundo plano. O importante é evidenciar os agentes capazes de manusear as técnicas de combate à peste. É possível afirmar, portanto, que as imagens correspondem a mais um tipo de propaganda do serviço montado, tendo sido reproduzidas também n’*A Revista do Norte*.

<sup>117</sup> Remoção de tecido sem vida da ferida.

<sup>118</sup> Relativo à coxa.

<sup>119</sup> Expelir pus.

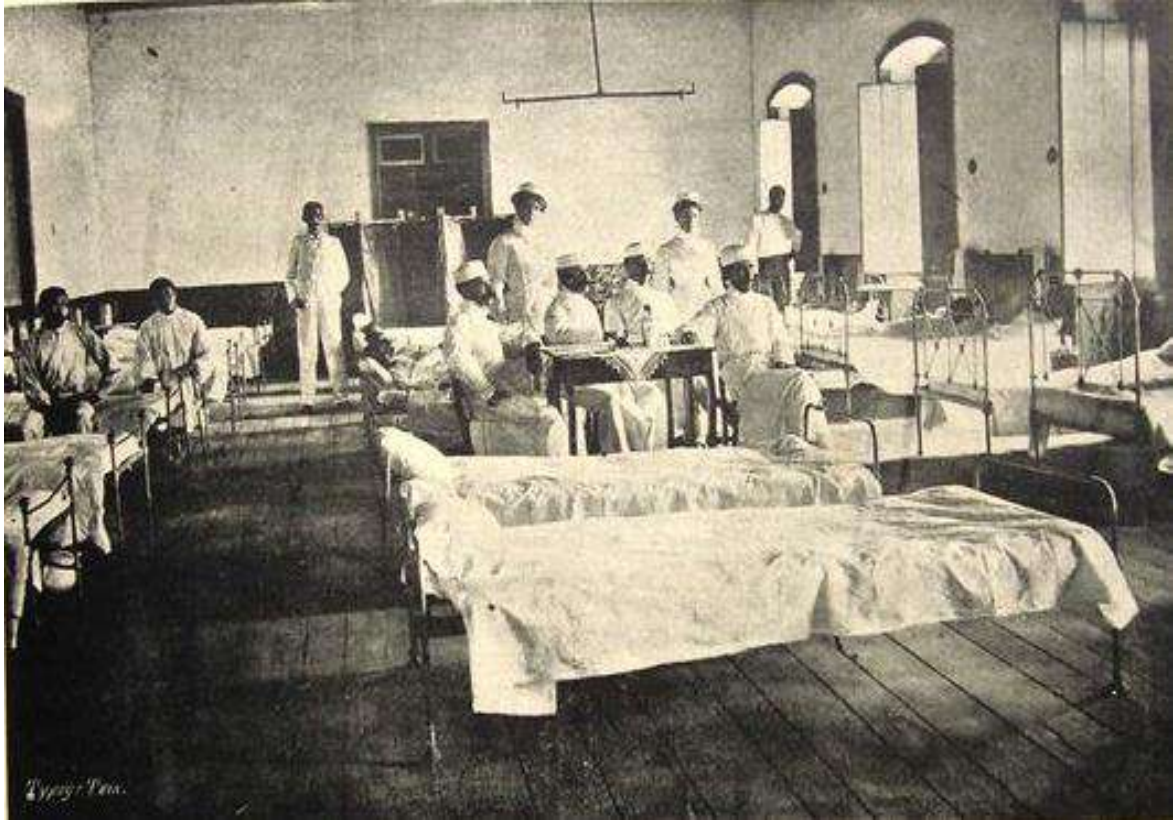
<sup>120</sup> No texto *Contribuição para o estudo da peste bubônica*, de 1900, Godinho dá atenção para a assepsia da boca como parte do tratamento dispensado aos pestosos, no Hospital de Isolamento de Santos.



**Fotografia 17. Enfermaria de Classe para mulheres** (Legenda original)

Fonte: GODINHO, 1904

Na imagem a seguir, os dois leitos em primeiro plano, à frente da mesa dos médicos, não estão ocupados. Duas interpretações são possíveis para a finalidade pedagógica aí proposta: foram desocupados por ocasião da fotografia, pois os doentes que ocupavam esses leitos poderiam deslocar a atenção do objeto principal, a equipe médica; por outro lado, leitos desocupados transmitem a sensação de um combate vitorioso contra a doença que grassava epidemicamente.

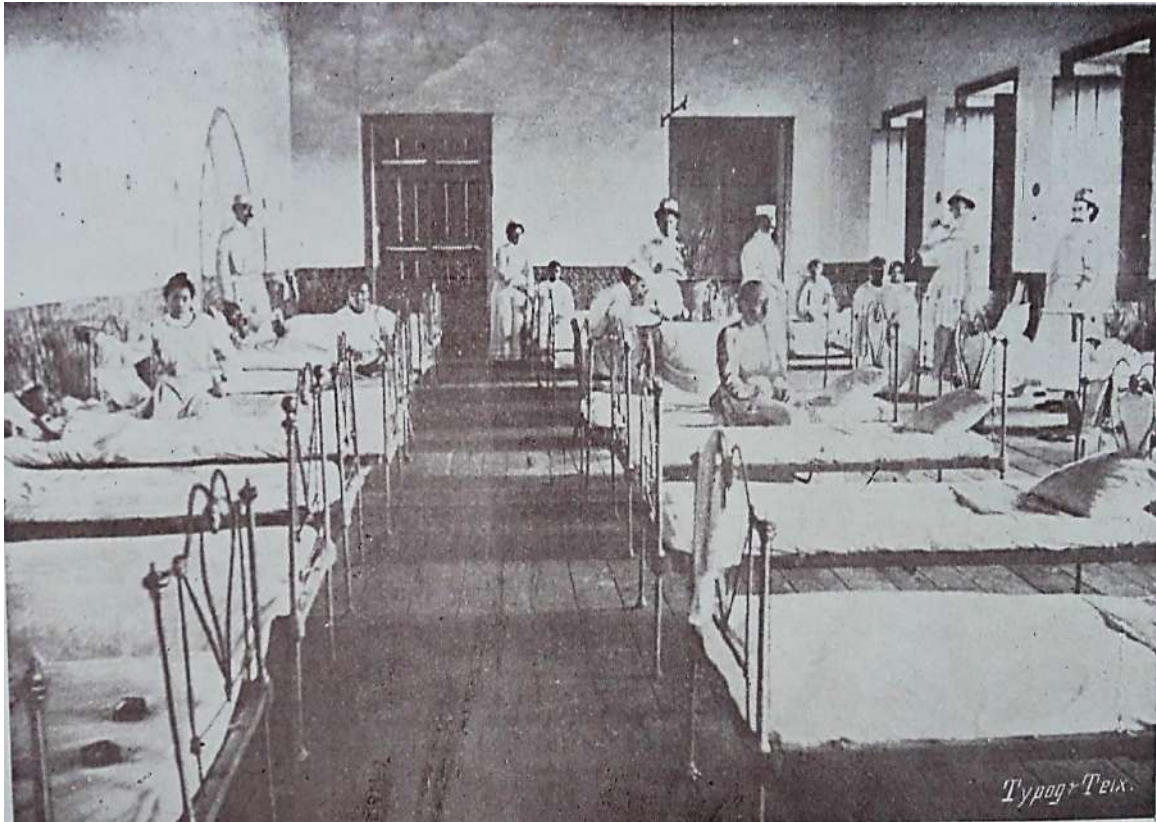


**Fotografia 18. Enfermaria Geral de Homens** (Legenda original)

Fonte: GODINHO, 1904

Na imagem a seguir a ideia de deixar leitos desocupados foi mantida, bem como a ênfase na postura de imponência e vigilância dos médicos e dos demais profissionais distribuídos pela enfermaria. Chama atenção o fato das pacientes (a maioria) encontrarem-se sentadas, na cama, pressupondo restabelecimento, e não a prostração causada pela enfermidade. Note, também, que um médico encontra-se diante de uma mesa, a fazer anotações. Provavelmente era o dr. Adolpho Gomes Pereira, responsável pela enfermaria de classe para homens e geral de mulheres. O registro da doença era uma das principais características daquela missão de combate à peste, portanto, justifica-se a intencionalidade da cena:





**Fotografia 19. Enfermaria geral das mulheres** (Legenda original)  
 Fonte: GODINHO, 1904.

### 3.5.5 A vacinação antipestosa

Este serviço, com a chegada da equipe de Godinho, foi reformulado e distribuído em outros pontos de São Luís. Foram instalados postos no prédio do Serviço Extraordinário, na Farmácia Jesus, na Rua de São Pantaleão e outro na Rua do Sol. Os postos já existentes, abertos quando o dr. Marques Lisboa chegou em São Luís, localizados na Assistência Pública e na Rua dos Remédios, continuaram a atender a população. A baixa procura pela vacina pareceu a Godinho (1904, p.59) um fato incompreensível, já que no início da epidemia a principal reclamação dos ludovicenses era a escassez deste produto e de soro antipestoso. Com o início da campanha, liderada pelo médico vindo de São Paulo, cerca de 150 pessoas, por dia, procuraram a vacina, somando-se todos os atendimentos, em todos os postos. Para o médico de São Paulo era um número muito baixo tendo em vista que a população da capital era de cerca de 60.000 habitantes.

Godinho atribuiu a baixa adesão à vacina a dois possíveis fatores: seu poder imunizante era baixo ou pouco duradouro, o que teria ocasionado novos casos de peste e mesmo

óbitos entre vacinados. A segunda explicação era a aversão ao produto motivada pela crença corrente no seio da “classe menos letrada” de que sua aplicação “virava o sangue”, produzindo lepra. Outra crença corrente entre os populares era que o aparecimento de abscessos cutâneos indicava que a “vacina pegava bem”, portanto, teria seu efeito bem-sucedido (GODINHO, 1904, p.59). Essas ideias do senso comum levaram Godinho a fazer algumas experimentações com sua equipe. Na verdade, o médico buscava consolidar uma antiga crença, outrora estudada por ele, sobre o melhor método de imunização. Aquela oportunidade seria utilizada para consagrar suas concepções, atribuindo relevância ao seu trabalho.

Para o médico de São Paulo, a crença de que a vacina “virava o sangue” tinha por base um “erro de apreciação”. Nos primeiros 30 dias após sua chegada, sua equipe teve que dispensar cuidados a mais de 50 pessoas que apresentavam erupções cutâneas. Godinho atribuiu essas manifestações na pele ao uso da vacina mista empregada antes de sua chegada a São Luís. Essa vacina era uma mistura de 3 cm<sup>3</sup> de soro com 2 cm<sup>3</sup> de vacina pura. Tendo o soro poder curativo, o objetivo desta composição era imunizar a pessoa e ao mesmo tempo combater uma possível infecção pré-existente, mas por consequência havia um enfraquecimento do produto imunizante:

3 centímetros cúbicos de soro são insuficientes para prevenir ou curar a peste em um homem adulto. Aquela é a dose imunizante e curativa nos laboratórios para um coelho, animal que pesa menos 30 vezes menos que um homem. Em suma, a vacinação mista tem três defeitos capitais, ao meu ver: produz imunidade inferior à da vacina pura, dá uma confiança inteiramente ilusória para o caso provável de infecção desconhecida, e traz como consequências prováveis, embora não muito frequentes, erupções acidentais incômodas. Ninguém me convence de que 3 centímetros cúbicos de soro imunizem ou curem um homem qualquer, mas as idiosincrasias, tão variadas para o efeito do soro, deixam-me crer que aquela pequena dose pode trazer erupções aparatosas. O fato foi verificado no Maranhão algumas vezes (GODINHO, 1904, p.61-62).

Ocorre que os médicos que vieram do Rio de Janeiro, antes de Godinho, Alvaro Sanchez e Adolpho Gomes Pereira, e também o dr. Antenor de Souza, só praticavam a soro vacinação. Vê-se que nem sempre existe consenso sobre as práticas médicas num “coletivo de pensamento”, e que nem sempre é um processo harmônico a formação de concepções e práticas de saúde. Godinho lamentou não dispor de um laboratório e do tempo necessário para realizar experimentações adequadas para demonstrar a pertinência de sua convicção de que a vacinação pura era o melhor meio para imunizar o indivíduo contra a peste bubônica. O argumento que utilizou para adotar esta prática era a sua experiência na área e o fato da técnica de ter sido empregada na Índia, algo que autorizava o médico de São Paulo a afirmar que não havia riscos. Mesmo não concordando com a soro-vacinação utilizada pelos médicos Sanchez, Gomes

Pereira e Antenor de Souza, Godinho agiu diplomaticamente e não descredenciou as ações de seus colegas de profissão, pois não gostaria de fazer alardes, muito menos comprometer a credibilidade desses médicos junto à população soro-vacinada.

Godinho explicou que os efeitos negativos da soro-vacinação tinham a ver com a falta de assepsia no ato da aplicação procurando, prudentemente, isentar os médicos de possível negligência: “Era claro que a antissepsia não tinha sido convenientemente observada e eu não creio que fossem médicos os responsáveis por esses acidentes, porque alguns curandeiros e até pessoas leigas costumavam vacinar” (GODINHO, 1904, p.63). Acredito que ao dizer que outras pessoas tiveram acesso a soros e vacinas (leigos e curandeiros), o médico referia-se ao período anterior à chegada do Serviço Extraordinário, na qual o jornal *A Campanha* se encarregou de disseminar boatos sobre a atuação do dr. Lisboa em São Luís, que supostamente teria repassado frascos desses produtos para famílias mais abastadas da cidade, mas nada foi confirmado. Esse tipo de favorecimento pode ter ocorrido até antes da chegada do dr. Lisboa, afinal o livro de registros do Serviço Sanitário local contava com um número de 1.700 pessoas vacinadas na data que a comissão paulista foi instaurada o que significa que vacinas já circulavam na capital, e é muito possível que frascos tenham sido subtraídos no início do caos epidêmico.

A prova para legitimar o uso da vacinação pura veio através de análise comparativa posterior ao uso das duas técnicas. Dos 5.914 vacinados em São Luís com a vacina pura, 8 contraíram a peste e apenas 1 faleceu. No que diz respeito à vacina mista, dos 2.167 imunizados com ela, 19 contraíram a doença e 4 foram a óbito. O médico de São Paulo concluía que a vacinação pura era 10 vezes mais vantajosa que a mista. Guardada as devidas proporções, o médico estimou que entre 5.914 inoculados com a vacina pura 10 óbitos deveriam ocorrer, mas apenas um foi registrado (GODINHO, 1904, p. 77).

### **3.5.6 Policiamento sanitário e o fim da peste**

Outra rotina importante do Serviço Extraordinário de Higiene é o Policiamento Sanitário da capital, iniciado somente em 2 de março de 1904, quando estava completa a comissão. Um dos objetivos da implantação desse sistema de vigilância e controle era restaurar a ordem no caos instaurado pela peste, através de ações voltadas à localização e notificação dos focos de contaminação. O termo “policiamento sanitário” proposto liga-se ao conceito de “polícia médica”, desenvolvido na Alemanha, no século XVIII, e um dos pilares da medicina

social em formação. Para o Estado alemão a população passou a ser entendida como “força produtiva”, que deveria ser cuidada através de rigorosa observação de taxas de morbidade e mortalidade, visando estabelecer as melhores condutas para seu fortalecimento. A saúde tornava-se uma atividade política e reflexo de uma melhor distribuição do poder do Estado na sociedade, que visava o enriquecimento da nação. A polícia médica na Alemanha tinha como características um sistema complexo de observação da morbidade, baseado na contabilidade dos registros produzidos por hospitais e médicos, em diferentes regiões e cidades; além do acompanhamento de diferentes fenômenos endêmicos e epidêmicos. Outra característica é a normalização da prática médica, através da institucionalização dos programas de ensino e concessão de diplomas (FOUCAULT, 2007, p.82-83). Essas ideias circulavam no Brasil desde o império, e foram apropriadas dando significado prático às atividades administrativas e reguladoras relacionadas ao controle das doenças transmissíveis. Focavam a vigilância dos espaços, a organização e supervisão de pessoal médico, saneamento ambiental e assistência médica aos pobres.

Para Godinho, o policiamento sanitário tinha grande relevância no período epidêmico em curso, pois levava até seu conhecimento aspectos colhidos nos meandros da cidade, referentes ao modo de vida da população, para que pudesse conduzir melhor suas ações de combate à peste. O médico queria em São Luís um serviço capaz de promover a inserção das autoridades de saúde nas ruas mais recônditas do centro urbano, dando-lhes autoridade e visibilidade. Assim, o policiamento sanitário,

a) procura surpreender em seus domicílios os doentes que se ocultavam da higiene, ou trata de ter conhecimento da sua existência antes da notificação oficial. b) Orienta a Repartição sobre o estado sanitário das habitações e da cidade em geral, tratando de corrigir os vícios pelo menos mais prejudiciais à saúde pública e que possam ser modificados com mais prontidão. c) estabelece a vigilância sanitária ou observação quarentenária de todos os habitantes da vizinhança dos focos mais recentes e daqueles que tiveram comunicação com doentes. d) faz a história sanitária de cada casa de modo a saber quantos doentes ou óbitos de peste se tenham nela dado até a época da visita, se o doente fora removido para o hospital ou se falecera no próprio domicílio (GODINHO, 1904, p.41-42).

Godinho estava ciente da importância do saneamento das habitações. Por isso, ao estruturar o policiamento sanitário em São Luís atribuía a ele uma responsabilidade estratégica: determinar as reformas, reconstruções, demolições, reparos ou limpezas que deviam sofrer as habitações quando declinasse a epidemia de maneira que ficassem todas as casas livres de manifestar novos casos de peste. Enquanto estava em curso a epidemia, a polícia sanitária também deveria cumprir uma rotina ligada à chamada higiene defensiva, que consistia em



exercer vigilância constante sobre quarteirões ainda não infectados, examinar seus habitantes, “ouvindo-lhes as queixas, dando-lhes consultas e muitas vezes descobrindo casos novos no início da infecção” (GODINHO, 1904, p.41-42).

O escolhido para chefiar o serviço era o dr. Militão Pacheco, profissional que atuou em campanhas contra a febre amarela, como inspetor sanitário, no interior de São Paulo. Quatro médicos, Crissiuma Filho, Rodolpho Vaccani, Juvêncio Mattos e Joaquim Toledo, foram escolhidos como auxiliares do dr. Pacheco e o serviço iniciou os trabalhos no bairro de São Pantaleão e adjacências, no subúrbio da cidade. A região foi escolhida por ter apresentado elevado casos de doentes e por apresentar uma quantidade expressiva de ratos mortos no início da epidemia.

Durante a campanha 4.484 casas foram visitadas pela equipe do policiamento sanitário. Em 879 casas os médicos não conseguiram entrar porque estavam fechadas. Como disse no início deste capítulo, muitas famílias tinham fugido da cidade em virtude da epidemia. Pacheco e sua equipe consideraram 497 casas boas para moradia, 1.202 regulares e 2.495 em “más condições” - um eufemismo de Godinho (1904, p.68), tendo em vista que esta classificação incluía casas em condições de salubridade deploráveis. A partir dessas vistorias foram expedidas 179 intimações a proprietários de 225 imóveis onde eram registrados problemas como: falta de condições para moradia, necessidade de reparos, comprometimento da estrutura do prédio, o que demandava sua demolição. O resultado das operações realizadas de 2 de março até data próxima a 20 de maio de 1904, dia em que a equipe liderada por Godinho embarcou no navio que a levaria de volta a São Paulo, foi o seguinte: das 7 intimações exigindo demolição, apenas 2 foram cumpridas. Das 18 ordens para reforma, somente uma foi concretizada. Foram expedidas 93 interdições, mas não há como saber por quanto tempo os imóveis ficaram sem uso.

Chama a atenção o fato de Godinho dizer que as intimações foram feitas “sem vexame para a população”. Tudo teria sido conseguido “sem atritos e sem maiores contrariedades, graças ao respeito à autoridade do ordeiro povo maranhense” (GODINHO, 1904, p.72). O *Pacotilha* criticou as intimações, multas e demolições, acusando-as de arbitrarias, de violação à propriedade privada. Para o jornal, o saneamento da capital devia se fazer pela melhoria das condições gerais de higiene e não com demolições de prédios, sem qualquer indenização ao proprietário. Essas investidas do Serviço Extraordinário de Higiene, para o jornal, eram exemplos da

simples distração da Higiene que, para não ficar parada, resolvera mostrar os meios por que seria conveniente instituir um serviço de saneamento, ou, quando muito, uma

tentativa sobre a docilidade da população, no sentido de ver se alcançava dos particulares alguma coisa em bem do saneamento das habitações, já que à cidade faltavam por completo as condições gerais de salubridade, que ao poder público competia assegurar (A POLICIA SANITARIA, 1904, p.1).

Mais adiante, o jornal dizia que o cumprimento das intimações, sem indenização, só poderia ser um ato de “filantropia” do proprietário do imóvel, sob o argumento de salvaguarda da coletividade. Mas a ironia fica patente no discurso do periódico: “É muito bonito, realmente, mas pouco prático e abre margem à arbítrios e violências inqualificáveis” (A POLICIA SANITARIA, 1904, p.1). O jornal ainda apresenta essa questão em outras edições, sempre chamando atenção para as péssimas condições da cidade que não eram resolvidas, e para a arbitrariedade e violência das intimações.

O quesito reforma urbana teve grande importância nos argumentos relativos à consecução do policiamento sanitário e foi relevante na condução das leis sanitárias pela equipe paulista em São Luís. A missão de Godinho ocorria no fulgor da reforma urbana em curso na capital federal, motivada pela preocupação de livrar a cidade da febre amarela, da peste e de outras doenças infecciosas. Assim como Paris era o modelo que os engenheiros e higienistas do Rio de Janeiro perseguiram desde o século XIX, o saneamento e embelezamento desta cidade serviria de inspiração para outras capitais da República, como São Luís, por exemplo.<sup>121</sup>

Em 2 de março, data em que teve início o policiamento sanitário, a epidemia de peste começou a enfraquecer. Em 20 de abril foi registrado o último doente (faleceu dois dias depois). Godinho assinou então um *Termo da Epidemia e da Comissão*, declarando encerradas as atividades da comissão e solicitando exoneração do cargo que ocupava. De 8 de fevereiro de 1904, início do Serviço Extraordinário, até 20 de abril, data de registro do último doente, transcorreram 71 dias de atuação da comissão chefiada por Godinho, menos de 3 meses. No entanto, não nos apressemos em julgar bem-sucedida a campanha liderada por Victor Godinho, como fizeram os governos do Maranhão e São Paulo e a imprensa desses estados. Isso é algo bem relativo. Também não nos apressemos em apontar como causa suficiente para o fim da peste os trabalhos de Godinho, como fez o *Jornal Correio Paulistano*:

Ali chegado e revestido do cargo e chefe do Serviço Extraordinário de Higiene, o dr. Godinho tão de pronto traçou o seu plano e tão bem combinadas medidas de higiene

---

<sup>121</sup> Considere, como fez Benchimol (2001, p.44; 2004, p.77), que ao longo da reforma urbana ocorrida no Rio de Janeiro, o prefeito Pereira Passos e o pasteuriano Oswaldo Cruz não compartilhavam das mesmas concepções sobre as intervenções aplicadas na cidade. Passos, e os engenheiros sob seu comando, agiam conforme a higiene dos miasmas, enquanto que Oswaldo Cruz e suas brigadas sanitárias, centravam suas ações no combate aos vetores da febre amarela e peste bubônica. Além disso, promoviam ações voltadas à vacinação da bubônica e da varíola, no contexto tumultuado de “embelezamento” da cidade do Rio de Janeiro.

profilática e agressiva pôs em prática, que no curto prazo de dois meses viu os seus esforços coroados do melhor êxito, pois em abril dava-se o último caso da moléstia, que não mais reapareceu até esta data, e estava debelada a epidemia que atingira ao seu auge (NOTAS, 1904, p.1).

Lembremos que parte do trabalho foi feito pelo pesquisador do Instituto Soroterápico de Manguinhos, Marques Lisboa, grassando já há dias a peste. Com o seu diagnóstico foi possível *enquadrar* o “mal suspeito”, e a peste bubônica foi inserida num sistema que envolvia a aplicação das técnicas profiláticas baseadas na microbiologia e soroterapia. Talvez o uso das técnicas implementadas principalmente pela missão vinda de São Paulo não tenha tido peso tão preponderante quanto o assinalado pela imprensa e pelas autoridades. Alguns paliativos, de certo, foram importantes, mas nenhum “milagre” pôde ser feito. Afinal, foi registrada baixa adesão à vacina e reformas urbanas necessárias para o combate à insalubridade na capital não foram feitas. Quando Godinho começou a agir, a epidemia já estava enfraquecendo, como mostram os dados de seu relatório e, a partir da segunda quinzena de fevereiro, o número de doentes e óbitos na capital declinou consideravelmente.<sup>122</sup> A tendência ao enfraquecimento foi, portanto, anterior às atividades mais incisivas da comissão sanitária. É possível que a queda no número de óbitos e de casos de peste estivesse relacionada a razões desconhecidas como apontou Manson (1899, p.11):

É sabido que em muitas pesquisas a virulência e a mortalidade da epidemia da peste mostram tendência a decrescer, os primeiros casos sendo os mais frequentemente fatais e os de marcha mais rápida. Estes fatos parecem indicar que debaixo de certas condições naturais ainda desconhecidas o vírus tende a aumentar o seu poder, ao passo que em outras circunstâncias a sua virulência tende a diminuir.

Após decretado o fim da peste, em 10 de maio de 1904, a comissão sanitária ainda permaneceu alguns dias na capital, retornando gradualmente para São Paulo e outros destinos. Antes de deixarem São Luís, Victor Godinho e Adolpho Lindenberg fizeram passeios pela Ilha e visitaram a cidade de Alcântara, separada pela Baía de São Marcos (cerca de 20 km) da capital maranhense. Puderam os médicos de São Paulo registrar o início da reorganização de uma sociedade traumatizada pela epidemia:

[...] como si fosse a primavera que voltasse à cidade flagelada, o ambiente se tornou claro a sociedade foragida voltou aos seus lares, nas ruas aumentou o movimento, e já se via gárrulas crianças a passar em procura das escolas, e uma ou outra *toilette* clara atravessando o largo do Carmo. Nas casas patricias reabrem-se as janelas. Já se ouve piano nas ruas há pouco silenciosas; e das vielas misteriosas do Desterro e Madre

<sup>122</sup> Godinho registrou isso em gráfico. Ver seção de anexos da tese.

de Deus, aqui e ali, também nos chegam aos ouvidos as endeixas amorosas das modinhas indígenas. A alma popular expande-se. O maranhense como que se nos revela (GODINHO; LINDENBERG, 1906, p.165).

Durante o tempo que passaram na ilha, os membros da comissão sanitária usufruíram do prestígio concedido pelos moradores e pelas autoridades locais àqueles que julgavam os vencedores da peste. Missas de agradecimento foram realizadas, bandas de música fizeram homenagens, jantares oficiais e saraus literários foram oferecidos... Convites para várias celebrações oficiais foram endereçadas a Victor Godinho e aos principais integrantes da comissão. A vida social da “Atenas Brasileira” abraçou a cúpula da missão de combate à peste. A relativa proximidade da Amazônia, lugar considerado remoto pelos habitantes do sul e sudeste, levou Godinho e Lindenberg a satisfazer o antigo desejo de conhecer o “suntuoso rio-mar, tão notável pelo volume de suas águas [e] pela fauna variada que as povoa” (GODINHO; LINDENBERG, 1906, p.5). Assim, embarcaram em uma “viagem de recreio” pelo vale do Amazonas, visitando Belém e as povoações situadas à margem do rio no trajeto até Manaus.

No dia 9 de setembro de 1904 Victor Godinho e Adolpho Lindenberg chegaram a São Paulo triunfantes. O *Correio Paulistano* narrou a aventura que tinham vivido em várias colunas, na primeira página de duas edições. Contou que na viagem de retorno aportaram na Bahia, e o médico maranhense Nina Rodrigues convidou-os para um jantar de agradecimento pela missão sanitária em sua terra natal. O evento contou com a presença de maranhenses acadêmicos de medicina, autoridades sanitárias do estado e o diretor da Faculdade de Medicina da Bahia, Alfredo Brito, que discursaram sobre a vitoriosa missão no norte do Brasil. O anfitrião fez um discurso eloquente, mas um dos pontos principais da comemoração foi a entrega de flores feita pela filha de Nina Rodrigues ao dr. Godinho, agradecendo pela vida das crianças maranhenses salvas da peste bubônica (NOTAS, 1904, p.1)

Quando Godinho e Lindenberg chegaram a São Paulo cerca de 40 autoridades políticas e sanitárias, – entre elas Emílio Ribas, Adolpho Lutz e Carlos Meyer, além de intelectuais e dirigentes de periódicos médicos, e ainda muitos estudantes da Escola de Farmácia esperavam na Estação do Norte. Um “bonde especial” levou-os até o Hospital de Isolamento, exibindo-se às pessoas a chegada daquela missão “triumfante” que havia projetado o Serviço Sanitário de São Paulo além das fronteiras do Estado. Foi um “espetáculo científico” pelas ruas da cidade (ALMEIDA, 2003, p.255). No Hospital foi servido um almoço de comemoração seguido de muitos brindes e saudações a Victor Godinho, que em seu discurso manifestou a satisfação de representar o Serviço Sanitário de São Paulo. Emílio Ribas fez um brinde especial em homenagem ao Maranhão e ao senador Benedicto Leite, e este encaminhou

no dia da chegada de Godinho a São Paulo um telegrama agradecendo pelos feitos, em especial a rapidez de sua missão de combate à peste. De acordo com o *Correio Paulistano*, após os elogios recebidos no almoço comemorativo, Victor Godinho ressaltou que

em todos os pontos por que passara ouvira lisonjeiras referências ao Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, citando a frase do dr. Alfredo Brito, diretor da Faculdade de Medicina da Bahia que ao recebê-lo, dissera que **São Paulo embora não possua Faculdade de Medicina conta em sua capital, pela sua Repartição de Higiene, um núcleo de médicos que fazem honra à classe médica brasileira**, e a [frase] do dr. Nina Rodrigues, também lente da Bahia, afirmando em saudação ao dr. Godinho que **a repartição Sanitária de São Paulo constitui uma garantia para a saúde pública de outros Estados** (NOTAS, 1904. Grifo meu).

Ao longo do segundo semestre de 1904, em várias edições, a *Revista Médica de São Paulo* publicou o relatório de Godinho na íntegra, além de ofícios recebidos pelo médico, parabenizando-o pela empreitada. Publicou o acolhimento que a Repartição de Higiene de São Paulo realizou para Godinho, e a recepção elaborada no Hospital de Isolamento. Na edição de 30 de outubro daquele ano apresentou as primeiras impressões do relatório, produzidas por médicos e outras revistas científicas. Destacou-se o posicionamento de Ismael da Rocha, representando o *Brazil Medico*, que fez elogios à campanha, atribuiu a Godinho a extinção da peste, e que, depreciativamente, trouxe implícita a ideia de que o lugar mantinha ideias e ações retrógradas que impediam o avanço da ciência:

Eis um livro que revela um homem: homem de ciência, homem de luta, homem de administração; de ciência, **porque tem o segredo de infundir e aplicar as mais modestas aquisições científicas, mal grado a resistência dos retrógrados**; de luta porque não se impressiona, e vence com raro trato a grita, sempre a mesma em toda a parte às intervenções da ciência no lar; de administração, porque soube impor-se pelo espírito altamente organizador, disciplinado mas voluntarioso, enérgico sem violências, brando sem desfalecimentos. **E foi este homem que extinguiu a peste no Maranhão, em pouco tempo pondo em prática todas as recentes contribuições da higiene, sufocando habilmente todas as relutâncias, ditando as suas condições ao governo para melhor servi-lo.** O dr. Victor Godinho fez São Paulo triunfar no Maranhão e continuar veleando pela saúde dos habitantes deste estado. Os bons e dignos auxiliares a cujos nomes faz seu livro as mais justas referências de muito lhe valeram; mas a maior glória é da direção, que o seu cérebro eminente prático e tenaz, soube imprimir ao conjunto dos esforços. O *Brazil Medico* não precisar analisar o livro do dr. Victor Godinho; pede apenas a todos os médicos, e principalmente aos dos estados onde a peste tem penetrado, que o leiam com atenção para depreenderem não só quanto para os surpreendentes resultados influem as grandes convicções sem espalhafato, a ciência sem reclamos, a dedicação ao serviço sem jactâncias. Feliz terra, o **Maranhão, que soube compreender o valor da ciência e não lutou mais contra ela!** (ROCHA, 1904, p.506).

Repercussão positiva da campanha também foi registrada após a publicação de vários artigos no jornal *Estado de São Paulo*, de autoria de Godinho e Lindenberg, sobre a

“viagem de recreio” que realizaram pelo vale do Amazonas. A junção desses artigos, com a adição de imagens e dados inéditos, formaram o livro *Norte do Brasil através do Amazonas, Pará e Maranhão*, já utilizado neste estudo.

Após decretar o fim da peste no Maranhão, em 10 de maio de 1904, as autoridades locais julgavam que o momento era propício para dar novos rumos à saúde pública no estado. Era necessário evitar erros passados. Assim os trabalhos da comissão sanitária liderada por Victor Godinho não terminaram com sua partida.

### **3.6 Lei sanitária de 1904: concepções e promessas**

Tomando por base a análise de Rosenberg (1992b, p.286) sobre a “dramaturgia” que envolve os eventos epidêmicos, observei que após o período de “resposta pública negociada”, na qual prevaleceram as ações do Serviço Extraordinário de Higiene Pública em São Luís, iniciou-se a fase que o historiador norte-americano denomina “arrefecimento e retrospectiva”. Motivada pelo caráter trágico que o evento teve, impõe a necessidade de “olhar para trás”, de avaliar os impactos da presença da epidemia de modo a tirar “lições para a sociedade”. Trata-se de um momento de julgamento retrospectivo “moral” e de preocupação pragmática com a evolução futura das políticas de saúde pública. A reflexão sobre as lições da epidemia de peste bubônica no Maranhão resultou na elaboração de uma nova legislação sanitária para o estado.

Segundo Godinho (1904, p.95), a epidemia em São Luís foi intensa, extensa, grave e mortífera se comparada aos surtos verificados em São Paulo e Rio de Janeiro há poucos anos. Esteve mais presente entre os negros e os mais pobres que, em regra, viviam em desasseio, de acordo com o médico. *A Revista do Norte* (1904, p.142), em edição dedicada integralmente aos serviços de combate à peste no Maranhão, calculou o número total de doentes em cerca de 800 até 20 de maio de 1904, tomando o dia 17 de outubro como marco inicial da epidemia. Oficialmente, o dr. Godinho informou à *Revista* que o número de casos registrados era de 648. Destes, 195 morreram em suas casas e 453 foram tratados nos isolamentos. O número de casos e óbitos em São Luís vitimados pela doença impressionam se os compararmos com os números apresentados pelo vizinho, o estado do Pará. Vítima de epidemia quase simultânea, a capital

paraense teve 40 casos confirmados e 21 óbitos entre os meses de novembro de 1903 a abril de 1904.<sup>123</sup> A peste no Maranhão foi mais mortífera e aterradora.

Evitar que incidentes epidêmicos voltassem a gerar transtornos requeria completa reestruturação no modo pelo qual as autoridades políticas e de saúde concebiam a higiene pública no Maranhão. Victor Godinho (1904, p.124-137) dedicou 13 páginas de seu relatório ao estudo das lacunas que o estado apresentava e abordou problemas como a presença do beribéri na capital, as edificações insalubres e mal ventiladas, a insalubridade do matadouro, a ausência de um mercado público adequado, a fiscalização de cocheiras e estábulos, a falta de um bom serviço de padaria e refinações, a proliferação de cães vadios e a ausência de esgotos. Aliás, sobre esse último ponto, expôs grande admiração pelas ideias do engenheiro Palmerio Cantanhede, e disse que seu livro *Saneamento das Cidades e sua aplicação à capital do Maranhão* (1902) deveria ser uma cartilha para autoridades políticas e sanitárias de São Luís.

Aparentemente, ao realizar esse breve estudo sobre as deficiências da higiene pública da capital, Godinho extrapolava sua missão, que era combater a peste. Na verdade, quando foi firmado o acordo entre o Serviço Sanitário de São Paulo, através de Emílio Ribas, e as autoridades do Maranhão, o senador Benedito Leite e o deputado José Euzébio, já existiam planos para a reestruturação do Serviço Sanitário do estado. A negociação foi finalizada em terras ludovicenses, em reunião no Congresso do Estado:

Quando convidado para vir ao Maranhão afim de combater a peste fiquei ciente de que também teria de reorganizar o serviço sanitário do Estado. Com efeito, estando o Congresso reunido, o governador do Estado, Coronel Alexandre Collares Moreira Junior e o Senador Benedito Leite incumbiram-me de confeccionar um projeto de lei reorganizando o serviço de higiene representado pela antiga Inspetoria do Estado (GODINHO, 1904, p.118).

Quando findou a peste, o governador Collares Moreira Junior chegou a recusar a exoneração do cargo que ocupava Godinho (Chefe do Serviço Extraordinário de Higiene Pública) pedida formalmente por ele. Queria que ficasse mais tempo em São Luís, na função de diretor do Serviço Sanitário do Maranhão, algo que foi contornado com um compromisso: a formulação da nova Lei Sanitária do Maranhão e a permanência de um dos integrantes da comissão paulista, Militão Pacheco, à frente do serviço por mais dois anos. Estas ações reafirmavam, em bases mais duradouras, a aliança entre o Serviço Sanitário paulista e aquele estado do Norte do Brasil (GODINHO, 1904, p.140).

---

<sup>123</sup> Arthur Vianna (1906, p.182-183) em relato oficial e triunfalista atribui a menor ocorrência de peste no Pará ao aparelhamento técnico e conceitual no campo da higiene pública do Estado. Atribui, também, à força política do governador Augusto Montenegro que manteve a “campanha a todo ardor”, não somente fiscalizando o serviço, mas também estudando e se envolvendo diretamente com os trabalhos e as pesquisas executados.

À sombra da epidemia de peste bubônica recém-extinta e seguindo as diretrizes propostas por Godinho e Militão Pacheco, foi decretada em 9 de junho de 1904 a lei n.358 que reorganizou o serviço sanitário do estado. A segunda parte da lei foi denominada Código Sanitário e contemplou a maior parte das orientações voltadas ao reordenamento urbano da capital. Não consta na legislação a autoria de suas diretrizes, todavia fica explícito no relatório de Godinho (1904, p.118) que ele foi responsável por sua elaboração: “Sendo azada a ocasião, entendi que devia preparar também o código sanitário que regulasse as construções novas, já que a ausência de leis tinha feito com que a cidade ficasse eivada de vícios de arquitetura e de construções”.

A ideia de extrapolar as ações emergenciais de combate à peste no Maranhão também é mencionada nos estudos de Almeida (2005, p. 86-87) sobre “um estilo médico considerado moderno” em gestação em São Paulo, na virada do século XX. Para a autora, em um momento em que as concepções e técnicas compartilhadas entre alguns médicos paulistas transformavam-se num “símbolo de eficiência sanitária para o país”, a missão que visava pôr fim à peste no Maranhão ia além da urgência no trato de pestosos e campanhas de vacinação, estendendo-se à possibilidade de reestruturar os serviços sanitários do Estado. Ao assumir esta proposta, Godinho atribuiu a Pacheco parte da responsabilidade de elaborar a lei:

Desta segunda parte [código sanitário], para subdividir o trabalho, incumbi o meu colega e ajudante Dr. Augusto Pacheco, indicação que se impunha duplamente pela sua competência no assumpto e porque já havia probabilidades que o ilustre higienista se demorasse no Maranhão por mais dois anos (GODINHO, 1904, p.118-119).

Em seu relatório, Godinho alude à destinação de novos espaços na cidade para a construção de prédios em que funcionariam os novos serviços de saúde pública, atribuindo-se a responsabilidade de fiscalizar essas edificações a Militão Pacheco. Esses serviços não vieram a se concretizar nos anos seguintes, mas é perceptível que tratava-se de um projeto grandioso e dispendioso aos cofres públicos, com o estabelecimento de novas instituições, incluindo um leprosário:

Reorganizada e dotada a Repartição sanitária era necessário fazer-se a escolha dos lugares em que deveriam ser construídas as várias secções. Escolhi para a sede do Hospital de Isolamento, Instituto Bacteriológico e Vacinogênico e o Desinfectório o sítio denominado Lira que apresenta as seguintes vantagens: vasto, terreno de pedregulho, água em abundância, vizinho da cidade embora em um dos seus extremos, bem situado em relação à parte mais populosa, e não muito distante do cemitério. O governo está em negociações para aquisição desse sitio. Escolhi também o lugar destinado a Gafaria, lugar em que já pensava o Senador Benedito Leite, tendo eu ido apenas para opinar sobre sua boa colocação. São os sítios denominados do Macário e do Outeiro. Ambos se prestam ao fim que lhes é proposto. Sobre essas escolhas dei a



minha opinião, mas, não obstante, como é natural, sei que a opinião que deverá prevalecer neste caso é a de Dr. Augusto Pacheco que tem de ficar no Estado, e que vae fiscalizar as construções e o funcionamento das ditas repartições (GODINHO, 1904, p.123).<sup>124</sup>

Em terras distantes de São Paulo, Victor Godinho aventura-se a formular leis para um lugar com o qual conviveu por poucos meses e da qual não tinha muitos conhecimentos. Por exemplo, vimos nos capítulos anteriores deste estudo que os diretores da extinta Inspetoria de Higiene e o engenheiro Palmerio Cantanhede chamavam atenção para os problemas ocasionados pela falta de água no núcleo urbano da cidade, especialmente no verão. Godinho, em seu relatório, afirmava que a cidade não passava por escassez de água e que sequer viu reclamações nos jornais sobre esse problema. Uma explicação para isso, além da falta de atenção do médico, é a trégua desse tipo de reclamação nos periódicos por outra maior: a grave epidemia em curso.

Quero destacar que as ações do médico faziam parte de uma “missão civilizatória” e de um esforço de propaganda do Serviço Sanitário Paulista, ambas iniciativas inscritas numa espécie de “competição entre Rio de Janeiro e São Paulo – nem sempre explícita – pela hegemonia de qual cidade poderia representar a moderna medicina da nação”, como afirmou Almeida (2005, p.87-88). No entanto, verifiquei que, além de competição, houve uma circulação de ideias, práticas e profissionais envolvendo São Paulo, a capital federal e o Maranhão. O núcleo da comissão, formado por Victor Godinho, Adolpho Lindenberg e Militão Pacheco, de fato representavam São Paulo, porém Alvaro de Souza Sanchez e Adolpho Gomes Pereira, cariocas, também atuaram em São Luís, tendo chegado uma semana antes. Foram integrados ao SEHP sem que tenham sido registradas quaisquer divergências, tendo os dois médicos recebido muitos agradecimentos de Godinho. Henrique Marques Lisboa, médico do Instituto Soroterápico Federal, foi, como vimos, o responsável pela identificação laboratorial da peste na capital. Há que se considerar ainda que médicos maranhenses participaram ativamente da campanha, como Juvêncio Mattos, Antonio Palhano e Joaquim da Cunha Belo, apesar da ausência dos médicos Oscar Galvão e Felicissimo Fernandes, que trabalharam na comissão encarregada de investigar o “mal suspeito”.

A ideia de que o serviço sanitário de São Paulo era o “mais eficiente”, trazendo implícita, portanto, a competição entre os estados, é encontrada principalmente na imprensa paulista, em especial no *Correio Paulistano*, que acompanhou os trabalhos da comissão,

---

<sup>124</sup> Ver em seção de anexos o quadro de despesas mensais orçadas por Godinho para o novo Serviço Sanitário do Maranhão.

ressaltando com frequência o quanto o serviço prestado por ela era o mais apropriado para socorrer aos “irmãos” do Norte do Brasil. A *Revista do Norte* (1904, p.144), também supervalorizou os trabalhos da comissão paulista e chegou a dizer que a ambição de Godinho era “colocar o Estado do Maranhão, nessa matéria [legislação sanitária], em 2º lugar, na Federação Brasileira, onde até agora só o Estado de São Paulo possuía uma legislação completa de construções higiênicas”. Exagero? Em parte, sim. Viabilizar leis sanitárias complexas em um Estado com reduzido aparelhamento técnico e conceitual no campo da saúde pública, e que ressurgia de um caos epidêmico, não seria tarefa fácil. No entanto, o apoio político concedido a Godinho durante a epidemia deve ter inspirado confiança para que o médico projetasse ações futuras.

A lei n.358 de 9 de junho de 1904, reconhecida apenas como “lei sanitária de 1904”, estava dividida em duas extensas partes. A primeira especificava, principalmente, como se organizaria o novo serviço sanitário do Maranhão, detalhando quais as funções do novo órgão e como atuaria junto à população. Com 15 capítulos, esta parte também detalhava as atribuições do Estado e do município frente às decisões no campo da saúde pública. Caracterizava as atribuições do diretor e dos funcionários do novo Serviço, como seria constituído o futuro Instituto Bacteriológico e Vacinogênico, como seriam fiscalizadas as farmácias, como seria feita a profilaxia das moléstias infecciosas, como funcionaria a seção de estatística demografo-sanitária, etc. A segunda parte da lei consistia no “código sanitário” da capital e estabelecia principalmente diretrizes urbanísticas com base em orientações médicas e higiênicas prevalentes à época. A ideia que reveste o novo código era que através do cumprimento dessas leis a cidade poderia caminhar para a civilização do seu espaço urbano tão almejada pelas autoridades políticas de época.

Algo que fica claro em uma legislação dessa natureza é a ideia de que a cidade só poderia ser administrada a partir de critérios *técnicos* ou *científicos*. Isso significa que as novas ações “competentes” voltadas à saúde pública nas capitais republicanas estariam assentadas numa “racionalidade extrínseca às desigualdades sociais urbanas” (CHALHOUB, 1996, p.20). Nessa lógica, desconsideram-se os motivos que levam as pessoas, por exemplo, a se aglomerarem em habitações insalubres, como os cortiços, e instituem-se os rótulos de que estes espaços são povoados de “classes perigosas”. As políticas instituídas no contexto republicano devem ser analisadas a partir da forma pela qual os gestores públicos operam com as diferenças sociais em uma dada região. Assim, dois aspectos importantes conformam a estrutura dessas políticas. Em primeiro lugar, as camadas dirigentes realizam uma rápida associação entre as *classes pobres* à ideia de que estas são, também, *classes perigosas*. O perigo consistiria no fato

de que os pobres, por estarem mais expostos às condições de insalubridade, eram considerados focos de doenças. Além disso, os pobres também representavam perigo pelo fato de serem considerados desviantes dos padrões de civilidade, pois seus comportamentos não seguiam os parâmetros enaltecidos à época. Desse ponto de vista, as camadas dirigentes declaravam guerra a um perigo que era *sanitário* e *moral* simultaneamente (CHALHOUB, 1996, p.20-28).

O argumento utilizado pelos legisladores de época, era composto pela seguinte dedução: “os pobres carregam vícios, os vícios produzem os malfeitores, os malfeitores são perigosos à sociedade; juntando os extremos, temos a noção de que os pobres são por definição, perigosos” (CHALHOUB, 1996, p.22). Por isso, é necessário afastar esses riscos da vida na urbe, especialmente através de leis que restringiam as moradias populares da região central das cidades. Esses preceitos formam as bases para a condenação das moradias insalubres de São Luís, sobretudo os cortiços e baixo sobrados, criticados pelos antigos diretores da Inspetoria de Higiene, pelo engenheiro Palmerio Cantanhede e pela imprensa local.

Esses preceitos tomaram proporções imperiosas nas políticas de higienização e saneamento da capital federal em fins do século XIX, sobretudo, nos primeiros anos do século XX quando o presidente Rodrigues Alves concedeu poderes quase tirânicos ao prefeito Pereira Passos e ao médico Oswaldo Cruz para transformar o Rio de Janeiro ‘colonial’, ‘pestilento’ e ‘insalubre’ numa “réplica tropical da Paris de Haussmann” (CARVALHO, 1999, p.95). Fonte de inspiração para a reforma urbana foram as diretrizes impostas pelo engenheiro George-Eugène Haussmann, conhecido também como o barão de Haussmann - agraciado com o título de barão provavelmente por Napoleão III - nomeado prefeito de Paris em 1853. Haussmann liderou um amplo programa de reformas urbanas calcado em demolições e desapropriações de maneira a viabilizar o alargamento de ruas e abertura de avenidas na capital, algo que atingia diretamente a população urbana pobre. O projeto de Haussmann tinha em mira também o enfraquecimento do proletariado revolucionário de Paris a partir da destruição de qualquer estrutura material que facilitasse os motins populares. Avenidas largas que substituiriam as ruas estreitas e as casas populares facilitariam a rápida circulação de tropas pela cidade. Prevaleram nessas ações também as razões sanitárias, os problemas de circulação urbana e os interesses do capital industrial, comercial e financeiro:

Em 17 anos, Haussmann realizou um conjunto sem precedentes de obras urbanísticas que além das avenidas e parques, incluíam mercados públicos, estações e quarteis, canalizações de água e esgoto etc., executadas muito rapidamente, e com métodos draconianos que o consagraram, em meio ao grande tumulto de interesses feridos, como um ditador, cuja habilidade consistia em atuar sobre alvos muito precisos, no menor tempo possível (BENCHIMOL, 1990b, p.193).

A reforma de Paris converteu-se num “paradigma urbanístico para as capitais do mundo, no símbolo maior de seu ingresso na ‘civilização’ e na modernidade capitalista” (BENCHIMOL, 1990b, p.193). Ideias correlatas foram apropriadas por quem se julgava herdeiro da estética burguesa idealizada por Haussmann, “vinda de fora”, portanto exterior à localidade a que se destinava. Como ocorreu em São Luís, que gradativamente experimentava o seu processo de modernização, e com suas elites frequentando a Europa - Paris, falando francês, tonando-se testemunhas e beneficiárias das transformações urbanas da cidade. Frequentemente Victor Godinho relatou em seus textos a apreciação por essas ideias e acreditava que as capitais do Brasil republicano deveriam seguir os passos do Rio de Janeiro em termos de reforma urbana.

Na base das ações voltadas à reestruturação dos serviços de saúde da União empreendidas no Rio de Janeiro, estão, leis sanitárias instituídas no início da República na cidade de São Paulo. Apresentado por Oswaldo Cruz ao ocupar o cargo de Diretor Geral da Saúde Pública em março de 1903 tal projeto foi realizado após o diretor ter solicitado a Emílio Ribas cópias da legislação sanitária de São Paulo, com intuito de melhor referenciar as ações de saneamento do Rio de Janeiro. Além disso, o modelo de combate à febre amarela desenvolvido em Havana também foi considerado. Diretrizes paulistas como vacinação obrigatória, notificação compulsória de doenças, campanha de combate aos ratos e mosquitos, tendência centralizadora da Direção Sanitária foram fontes de inspiração para as ações sanitárias no Rio de Janeiro com a política recém instituída por Oswaldo Cruz (ALMEIDA, 2003, p.242-243; ALMEIDA, 2005, p.88).

Em fins do século XIX São Paulo também passaria por transformações urbanas fomentadas pelo vertiginoso crescimento populacional experimentado com a vinda dos imigrantes para a capital. Além da urgência de proteger a mão-de-obra recém-chegada, existia a necessidade de manter perante o comércio internacional a imagem de salubridade do Porto de Santos e da cidade de São Paulo, polo difusor do comércio exterior de café e centro do poder econômico da economia agroexportadora, respectivamente, bases da economia paulista e de suas relações internacionais. As iniciativas na área da saúde, que viriam a ser permanentes e coercitivas, neste contexto, respondiam a uma dupla imprescindibilidade: as dificuldades enfrentadas na expansão da lavoura do café rumo ao Oeste paulista e os problemas sociais advindos da urbanização e industrialização (HOCHMAN, 2012, p.200).

As crises cíclicas de superprodução do café trouxeram um contingente populacional do interior do estado para a capital requerendo a criação de novos bairros, fábricas e casas comerciais, além da industrialização da cidade e a expansão de atividades que estão ligadas ao

complexo cafeeiro. Isso acelerou a criação de leis, aparatos sanitários e inteligência na área da saúde pública, que pudesse estabelecer medidas profiláticas de combate a doenças. Nessa conjuntura, foram elaborados o Código Sanitário de 1894 do Estado de São Paulo e a Lei de 1896 que o regulamentava (RIBEIRO, 1993, p.100-111). Essas leis serviram de orientação para Victor Godinho e Militão Pacheco ao estabelecerem as leis sanitárias as quais os maranhenses deveriam seguir.

De forma geral, ao analisar o Código Sanitário de São Paulo, estabelecido pelo decreto n. 233 de 2 de março de 1894, verifiquei que o modelo de enfrentamento de doenças está baseado em princípios da microbiologia, uma vez que reconhece a importância de análises químicas e laboratoriais para explicar as causas de doenças; e no contágio direto, pelo ar e pela água, principalmente. A lei dá peso preponderante à circulação do ar e da água, bem como a qualidade do solo, e a forma como estes elementos ambientais interferiam na saúde dos indivíduos. Estabelece, também, diretrizes que garantam uma boa luminosidade e ventilação nos espaços públicos e privados, e condena as aglomerações de pessoas e objetos nesses espaços. Por exemplo, para melhorar a qualidade do ar e do solo de áreas como cemitérios, necrotérios e hospitais, recomendava-se o plantio de árvores, como o eucalipto nas proximidades desses locais, atividade que garantia a purificação dos espaços insalubres. Além dessas características, o código traz em seu bojo, a importância do policiamento sanitário, como modelo de controle da população e dos espaços habitados. Em regra, o descumprimento dos artigos estabelecidos implicavam notificações, multas e, mesmo, interdições e demolições (SÃO PAULO, 1894, p.9606-9615).

O código é extenso e complexo, justamente porque a vida tornava-se complexa na área urbana de São Paulo à luz das ideias médicas prevalentes naquele período. A construção das habitações foi, pela primeira vez, regulamentada e incluiu-se especificações para o solo das edificações, considerado potencialmente contaminado. Também estabeleceu medidas de higiene pessoal e coletiva, normas de convívio e diretrizes urbanísticas, além de trazer à tona questões inéditas, como a possibilidade de cremar os corpos mortos, algo impensável alguns anos antes. Assim, o código paulista foi pensado meticulosamente para abarcar todos meandros da cidade e todos os aspectos do cotidiano da população. No total, o código possui 27 capítulos e 520 artigos (TELAROLLI JUNIOR, 1996, p. 138-139; 199-200).

De maneira geral, os 27 capítulos do código estabelecem diretrizes para: “ruas e praças” (passeios e bordas das ruas, calçamento, praças, jardins, iluminação, limpeza, remoção do lixo etc.); “habitações em geral” (solo, retirada de matérias orgânicas, proibição de construções em terrenos pantanosos e úmidos, volume de ar requerido por cada morador,

disposição e uso de latrinas etc. O capítulo sobre as habitações é o maior, contém 75 artigos, expressando, com isso, a preocupação que as autoridades tinham em evitar que moradias unifamiliares e os prédios usados para alojar contingentes humanos maiores, as chamadas habitações coletivas, não se transformassem em focos de doenças para os próprios moradores e para os vizinhos.

O código especifica as “habitações coletivas” (estabelecendo leis para prisões, internatos, alojamentos, quartéis). Determina que essas habitações sejam construídas fora das aglomerações urbanas, e estabelece que em caso de doença transmissível as autoridades devam ser notificadas imediatamente); “hotéis e casas de pensão” (determinando a iluminação e ventilação dos aposentos etc.). Um capítulo à parte é dedicado à proibição definitiva dos cortiços, à extinção dos existentes e à construção de vilas operárias higiênicas longe do perímetro urbano. Outro extenso capítulo é o das leis específicas para as fábricas e oficinas (são 34 artigos), denotando a necessidade de adequar o crescente parque fabril às normas de higiene da época. As fábricas são divididas em incômodas, perigosas e insalubres, detalhando-se várias medidas concernentes à separação de resíduos e aos cuidados com a saúde dos operários, fossem adultos ou crianças. Outras estruturas deveriam se adequar às normas de higiene: escolas, teatros, restaurantes, padarias, botequins, açougues, mercados, matadouros, cocheiras e estábulos, casas de banho, barbeiros e cabeleireiros, lavanderias públicas, latrinas e mictórios públicos, e serviços (em geral públicos) como escoamento de esgotos e abastecimento de água.

O código também dá destaque aos hospitais e maternidades. O capítulo que trata deles possui 42 artigos, ficando atrás, somente, daquele concernente às habitações. Acredito que estabelecer regras tão detalhadas para lugares destinados especificamente ao abrigo de pacientes e ao tratamento de doenças denota a preocupação com os contágios em lugares onde se apresentam muito concentrados, mas também, em certa medida, interesse da inteligência médica paulista em conhecer melhor os casos de enfermidades, fontes de informações preciosas para a acumulação de conhecimentos num campo profissional que não dispunha ainda de uma Faculdade de Medicina. Além disso, visa combater as práticas de cura não institucionalizadas, coibindo a atuação de leigos e profissionais não registrados no Serviço Sanitário. O código também normaliza a morte, uma vez que os despojos humanos são insalubres e considerados vetores de epidemias devido à presença de micróbios ou de possíveis emanações miasmáticas. Assim, a legislação estabelece condutas aplicáveis aos corpos em acidentes nas ruas, nos

enterramentos, necrotérios e cemitérios.<sup>125</sup> Por fim, o código traz diversos capítulos especificando precauções a serem tomadas para evitar moléstias epidêmicas e transmissíveis, além de instituir como obrigatória a vacinação e revacinação antivariólica em vigor desde 1892 no estado.

Porém, a normalização dos espaços públicos e privados não significa a plena aceitação e cumprimento das leis, algo que nos leva a desconfiar da plena aplicabilidade das normas. Telarolli Junior (1996, p.161-162) explica que sempre existiram formas de se opor ao autoritarismo das ações da polícia sanitária, executora desse tipo de legislação. Algumas cidades do interior do estado recusavam a presença de comissões sanitárias. Grupos organizados buscavam intervir contra as ações compulsórias, negando-se a colaborar. Alguns médicos em momentos epidêmicos recusavam-se, por vezes, a descrever as reais causas de morte em atestados de óbito. Em outro momento, Telarolli Junior (1996, p.200) citou que especificamente no Código Sanitário paulista existem normas que dificilmente poderiam ser controladas pela via legal, como o artigo 370, por exemplo. Nesta cláusula é estabelecido que nas casas de banho fossem recolhidos os restos de sabão para que fossem descartados após o uso. O cumprimento do artigo 379 era igualmente impossível de ser fiscalizado, pois proibia a lavagem de roupas no interior das habitações. Apresentei este “quadro ideal”, a partir daquilo que é proposto no Código Sanitário de São Paulo, para que o leitor perceba a semelhança que o mesmo possui em relação ao código sanitário de 1904 decretado em São Luís.

### **3.6.1 Um código para São Luís: promessa de salubridade**

Até a instauração do Código Sanitário de 1904, a legislação que almejava normalizar a vida no espaço urbano de São Luís era o Código de Posturas Municipais datado de 1893.<sup>126</sup> No código sanitário de 1904 o argumento médico-sanitário torna-se prioritário,

---

<sup>125</sup> Normalizações que surgiram nessa época estavam baseadas, principalmente, em estudos sobre “geografia descritiva” dos cemitérios, com ênfase em aspectos relativos à localização, proximidade com a área urbana, dimensões, volume desses espaços, diferenciações entre as covas para adultos e para as crianças, capacidade para os enterros anuais, dentre outros aspectos. Diferente dos estudos sobre a construção dos cemitérios, vivenciados em meados do século XIX, as teorias da microbiologia incentivaram alguns médicos, na vinda do século XX, a estudar a “composição geológica do terreno [e o] posicionamento relativo às fontes de água subterrânea; enfim, tudo que pudesse interferir na barreira asséptica que se pretendia interpor entre vivos e mortos” (ANTUNES, 1999, p.261). Esses médicos, atuantes, sobretudo, na Bahia, Rio de Janeiro e São Paulo, elaboraram normas mais sofisticadas para reformar os antigos cemitérios.

<sup>126</sup> C.f. p.53.

ainda que a racionalidade e o embelezamento da cidade continuem presentes. O código corresponde à segunda parte da lei sanitária de 1904 e, segundo Godinho, é de autoria do médico paulista Militão Pacheco, que assumiu o cargo de diretor de higiene do Maranhão em 21 de junho de 1904. Com 21 capítulos e 364 artigos superava em termos quantitativos as leis outrora proclamadas no estado. Percebo uma nítida semelhança entre o código ludovicense e o de São Paulo de 1894. A ideia de que normalizações sanitárias de outras localidades, sobretudo, a proveniente da cidade de São Paulo, poderiam alicerçar as leis de São Luís fica perceptível na fala reproduzida a seguir:

Eu tomei a mim a reforma da lei propriamente dita do Serviço Sanitário e modelei o meu trabalho pelos regulamentos Sanitários de São Paulo, da Bahia e da Capital Federal. Este último recentemente publicado. **O Dr. Pacheco modelou o seu código também pelo de São Paulo, único Estado do Brasil que até há pouco possuía codificadas as suas leis de construções.** Seria longo descrever toda a orientação que presidiu a organização do serviço sanitário do Maranhão. Limite-me, pois, a dizer que procurei tirar das leis referidas e anteriormente feitas tudo o que elas tinham de melhor, esforçando-me sempre por simplificar a engrenagem administrativa quanto possível. Creio que o consegui em muitos capítulos. Quanto à orientação científica procurei dar abrigo a todas as opiniões em voga (GODINHO, 1904, p. 119. Grifo meu).<sup>127</sup>

São numerosos os aspectos da vida urbana que o código sanitário de 1904 busca normalizar. Semelhante ao modelo paulista institui ações que priorizam o controle da circulação do ar e do fluxo das águas nas áreas urbanas, onde as alterações poderiam causar doenças. Verifiquei que o código maranhense é, praticamente, uma cópia da legislação paulista, com poucas adaptações, apesar de ter sido promulgado 10 anos depois.

**Tabela 1. Código Sanitário de São Luís**

Capítulos	Artigos	Títulos	Principais determinações
I	1-23	Ruas e praças públicas	Largura das ruas (acima 20m), avenidas (acima 30m), calçamento, sarjetas, declividade, preparo prévio do terreno, arborização, iluminação, remoção do lixo, etc.

<sup>127</sup> O *Correio Paulistano* também deu ênfase à fonte de inspiração dos trabalhos do médico, que teria recorrido às plantas, planos, regulamento sanitário, estudos diversos produzidos em São Paulo que pudessem servir de base para um novo serviço de higiene no Maranhão (NOTAS, 1904, p.1).



II	24-104	Habitações em Geral	Tal como o Código paulista de 1894 esse é um dos principais artigos (possui 80). Determina o saneamento do solo, regras para novas construções (acima de 75m <sup>2</sup> ), arejamentos, esgotamento sanitário. Proíbe as alcovas e estabelece a abertura dos compartimentos dos prédios para o exterior, etc.
III	105-111	Habitações Coletivas	Devem ser construídas fora dos centros populosos, rigor sanitário nas habitações em geral, 20m <sup>2</sup> de ar livre para cada homem, etc.
IV	112-114	Prisões	25 m <sup>3</sup> de ar livre para cada preso. Seguem as mesmas leis para as habitações coletivas, etc.
V	115-138	Escolas	Longe de hospitais, asilos, cemitérios, hospícios, quartéis, etc. Longe de aglomeração urbana. Ligação com a corrente dos ventos e amplas entradas de comunicação com o vestíbulo.
VI	139-161	Hospitais	Minuciosa descrição de como serão os novos hospitais do Maranhão: local elevado, cercado de vegetação exuberante e iluminado. Estabelece que cada doente deve dispor de 40m <sup>3</sup> de ar livre e as regras para enfermarias. Especifica que tipos de doenças deve tratar e estabelece a diferença entre hospital, hospital de isolamento e maternidade, bem como as regras que cada um deve se submeter.
VII	162-170	Hotéis e casas de pensão	Regras higiênicas para casas que se dispõem a abrigar de forma aglomerada pessoas temporariamente.
VIII	171-174	Restaurantes botequins, etc.	Leis para o comércio de alimentos nesses locais, bem como regras para os funcionários que ali desempenham suas funções, etc.
IX	175-177	Açougues	Ponto importante do código, reflexo da ausência de preocupação sobre esse aspecto. Semelhante ao código paulista, estabelece: vedação contra insetos, revestimento interno, higiene do local e dos instrumentos usados no desempenho das atividades.
X	178-185	Padarias e confeitaria	Normas para área de venda e de preparo de massas.
XI	186-219	Fábricas e oficinas	Classifica os tipos de fábricas e estabelece leis higiênicas para as mesmas seguindo rigorosamente os preceitos estabelecidos no código paulista.
XII	220-236	Mercados	Exclusivo para vendas de gêneros alimentícios e devem acompanhar os preceitos higiênicos: boa

			localização, arquitetura adequada, solo impermeável, etc.
XIII	237-246	Casas de banho, barbeiros e cabeleireiros	Rigor no esgotamento sanitário e depósito de águas; recolhimento do sabão utilizado por uma pessoa; exige que os empregados apresentem atestados de que não possuem moléstias transmissíveis, etc.
XIV	247-254	Lavanderias públicas	Dá ênfase de que os governos devem construir as lavanderias; proíbe o lançamento das águas servidas no curso dos rios, etc.
XV	255-258	Latrinas e mictórios	Estabelece que devem ser locais limpos e elegantes, dentre outras recomendações higiênicas.
XVI	259-265	Necrotérios	Estabelece um lugar asséptico para guarda e autópsias de cadáveres. Institui o plantio de árvores para a purificação do local.
XVII	266-283	Cemitérios	Minucioso detalhamento sobre a questão, semelhante ao código paulista, estabelece os riscos da contaminação dos lençóis freáticos e os tipos de solo mais adequados para essa finalidade; determina ações voltadas para minimizar impactos de enchentes que possivelmente atingiriam a morada dos mortos e o plantio de árvores no local. Estabelecia condutas dispensadas aos corpos vitimados por doenças infecciosas e a necessidade de calcular a capacidade do espaço destinado aos sepultamentos realizados ao longo de um ano. De forma pioneira, tal como o código paulista, decreta a possibilidade de incinerar os corpos.
XVIII	284-305	Teatros	Lugar apropriado à função que lhe destina, com cada espectador dispondo de 50 metros de ar renovado por hora, dentre outras regras arquitetônicas e higiênicas.
XIX	306-343	Matadouros	Uma das medidas mais urgentes que o código almejava resolver, o novo matadouro deveria ser construído longe do perímetro urbano, fora do curso dos ventos e seus resíduos não deveriam ser jogados ao mar como era comum em São Luís. Estabelece severas e detalhadas leis higiênicas para o acondicionamento do gado, para a conduta dos funcionários, o armazenamento da carne, etc.
XX	344-362	Cocheiras e estábulos	Completa proibição nas zonas urbanas. Detalhamento do modo de criação de animais, dos procedimentos relativos aos excrementos, limpeza, manuseio de animais doentes, etc.
XXI	363-364	Disposições gerais	Estabelece que infratores do código estavam sujeitos à lei n.358 de 9 de junho de 1904 (Lei

			Sanitária que abarca o código sanitário de 1904), dentre outras determinações.
--	--	--	---

Fonte: MARANHÃO, 1904.

No intervalo de tempo entre a instituição dos dois códigos algumas mudanças na medicina experimental estavam sendo consolidadas, alterando as bases do enfrentamento de doenças e a condução das políticas de saúde. O Serviço Sanitário de São Paulo, administrado por Emílio Ribas, por exemplo, passou adotar a teoria havanesa para o enfrentamento da febre amarela, optando pela tentativa de erradicação dos mosquitos vetores, desde 1901, em comissões sanitárias pelo interior do estado (BENCHIMOL, 1999, p.410). Victor Godinho (1904, p.119) isentou-se de inserir qualquer referência ao combate aos mosquitos na legislação sanitária maranhense, que incluía o código proposto, apesar de ser adepto da nova teoria. Alegou que deixaria para as futuras administrações decidirem sobre a melhor forma de conduzir a profilaxia da febre amarela em São Luís.

Entre as principais ideias que nortearam as regras destinadas aos espaços públicos e privados em São Luís destacam-se a higienização e a racionalização, algo recorrente no modelo paulista. Fixava a importância da microbiologia, mas sem abrir mão das explicações anticontagionistas, que atribuem relevância à circulação do ar e água e qualidade do solo, para o desenvolvimento de doenças. Assim, o código estabelece as normas para construção de ruas e praças, priorizando o alargamento desses espaços, favorável à ventilação, portanto, à circulação do fluxo de ar. Também favorece a circulação de pessoas e mercadorias, tendo em vista que se tratava de uma medida que visava a funcionalidade. Dentre outros objetivos, medidas como essas buscavam evitar o surgimento de ruas estreitas e cortiços, comuns no centro urbano de São Luís. Circulando pela cidade Godinho e Lindenberg (1906, p.155) tiveram a oportunidade de observar criticamente as principais vias, e disseram que São Luís parecia uma cidade moderna, pois mantinha intelectuais e políticos que aspiravam o progresso, mas no quesito edificações apresentava um “culto ao antigo”. Referiam-se aos edifícios eclesiásticos como “sinistros” e quando ficaram sabendo que autoridades políticas cogitavam demolir a Igreja do Carmo, para viabilizar um grande projeto de reordenamento urbano, saudaram a iniciativa. Frequentemente disseram em seu livro de memórias que São Luís era uma cidade asfixiada pela condensação de seus edifícios obsoletos.

Estreitas, algumas de suas ruas mal permitem a entrada do sol nas casas, que dele tanto precisam no tempo das chuvas. Este mal é ainda agravado pelo grande número de sobrados, alguns de três e quatro andares, verdadeiros caixões de pedra e cal, dominando às vezes ruas inteiras e transformando-as em simples corredores (GODINHO; LINDENBERG, 1906, p.155).

Críticas às habitações de São Luís também constam no relatório de Godinho. O médico criticou o Código de Posturas Municipais de 1893 dizendo que só se preocupava com o embelezamento das ruas, ignorando a composição interna dos imóveis em construção. Reclamou que os prédios da capital não recebiam arejamento necessário à salubridade, feito, apenas pela parte frontal e dos fundos, e advertiu que iria considerar esses aspectos na nova lei sanitária, assegurando que a higiene dos novos prédios iria melhorar sensivelmente (GODINHO, 1904, p.128). As características das edificações de São Luís, criticadas por Godinho, podem ser vistas na imagem a seguir, do fotógrafo Gaudêncio Cunha (1908). Ruas estreitas e sobrados imponentes, formando grandes corredores, são heranças do período colonial e imperial, calcado no comércio agroexportador e na mão de obra escrava. Esses fatores influenciaram uma arquitetura civil de influência portuguesa, porém adaptada ao clima da região, na área que viria a se tornar o centro urbano de São Luís:



**Fotografia 20. Rua 28 de Julho** (Legenda original)  
Fonte: CUNHA, 1908.

A falta de ventilação e luminosidade no interior das casas foi objeto do código, que estabelece:

Art.44. A garantia da ventilação e da maior soma de luz direta nas edificações deverá ser com todo o rigor observada nas aprovações das plantas ou projetos de construções pelos poderes competentes.

Art. 45. Todos os planos de construções apresentados ao poder competente poderão ser aprovados, desde que tenham rigor de estética e não ofendam os preceitos estéticos e sanitários deste código (MARANHÃO, 1904, p.183).

Nesta lógica, buscava-se restringir em uma residência o uso de pequenos compartimentos como moradia pela população de baixa renda, que alugava estes espaços por preços mais modestos. Este tipo de habitação era mais abundante nas proximidades das fábricas da capital, onde se concentrava a população operária.

Art. 39. São em absoluto proibidas as alcovas ou quaisquer outras dependências que não recebam ar e luz direta.

Art. 40. A menor superfície de qualquer cômodo, quarto ou dependência de uma casa não poderá ser menor de 5 metros quadrados, o que atenta a altura mínima de 4 metros, dá uma capacidade de 2 metros cúbicos, pelo menos (MARANHÃO, 1904, p.183).

A lei buscava também instituir regras higiênicas para a condução da vida na urbe, em amplas dimensões (moradia, nascimento, morte, alimentação, divertimentos, trabalho, etc.), como vimos na tabela. Demonstrando que algumas lições foram tiradas do episódio da peste bubônica em São Luís, percebo que a instauração desse código sanitário significava um aumento da responsabilidade do poder público do Estado perante a população que convivía na insalubridade. Todavia, esse interesse inicial das políticas locais não significou mudanças efetivas no tocante às condutas sanitárias posteriores, pois os anos seguintes não foram marcados pelas grandes reformas prescritas na nova legislação. O fim da aliança entre São Paulo e Maranhão estava próximo e foi provocado, justamente, porque as regras estabelecidas no novo código, especialmente aquelas relacionadas à proibição de habitações insalubres, não foram cumpridas.

### **3.7 A breve gestão do dr. Militão Pacheco**

Como disse, a lei n. 358 de 9 de junho de 1904 reorganizou o Serviço Sanitário do Maranhão e atribuiu ao médico Militão Pacheco o cargo de diretor do Serviço. A experiência

que tinha, além daquela desenvolvida em São Paulo, havia sido adquirida no policiamento sanitário de São Luís, no decorrer da epidemia de peste. Os inspetores sanitários nomeados para essa nova fase foram os médicos maranhenses Felicíssimo Fernandes – que retornou de seu período de licença médica - e Juvêncio Mattos. O governo também nomeou como inspetor Álvaro Souza Sanches, médico carioca recém-formado, que decidiu fixar residência na capital. Em 31 de junho daquele ano, Victor Godinho passou oficialmente a direção do Serviço a Militão Pacheco. Tal fato reforçava a rede sanitária entre São Paulo e um estado considerado distante das práticas mais modernas de saúde pública. Godinho embarcou em direção ao Amazonas na primeira semana de agosto de 1904. Nesta altura, Militão Pacheco já havia regressado de São Paulo onde fora buscar a esposa e filhos. A decisão do governo maranhense de manter um médico paulista no comando do Serviço Sanitário do estado foi noticiada pelo *Correio Paulistano*:

O orçamento do Estado do Maranhão triplicou a verba destinada a serviços de saúde pública, afim de ser organizado da melhor forma possível o serviço sanitário daquele Estado. Para esse trabalho foi, de acordo com o dr. Victor Godinho, contratado o dr. Augusto Militão Pacheco que conforme contrato assinado ontem deverá demorar-se naquele Estado pelo menos dois anos (NOTAS, 1904, p.2).

Existem poucos registros sobre a atuação de Militão Pacheco no Maranhão.<sup>128</sup> Wantuil (1969) destaca que o médico não teve suas solicitações atendidas quando dirigiu o Serviço Sanitário do Maranhão e isso teria motivado o seu regresso antecipado ao estado natal. Evidências apontam para a coerência dessa assertiva, pois encontrei divergências de interesses entre proprietários de imóveis (atingidos pelas medidas do dr. Pacheco), Serviço Sanitário e governo do Maranhão.

Após o período epidêmico as habitações da capital continuaram a ser alvos do serviço sanitário. Essa atenção redobrada estava respaldada pelo novo código que estabelecia severas regras higiênicas para os imóveis da capital. Militão Pacheco e os funcionários do Serviço expediram várias intimações para que os proprietários reformassem ou adequassem

---

<sup>128</sup> Tudo que encontrei provém dos textos de Godinho, do governador Collares Moreira e de poucas passagens no jornal *Pacotilha*. Até a sua atuação no SEHP carece de registros. No relatório elaborado por Godinho consta que este documento oficial estava acompanhado de vários anexos, entre os quais Militão Pacheco teria publicado suas ações em um relatório à parte. Nesse escrito constava, dentre outros assuntos, a relação de todas as casas visitadas pelos inspetores durante a epidemia, bem como o registro de todas as casas em que houve casos de peste. Porém, os anexos do relatório de Godinho nunca encontrei. Em todas edições que analisei, presentes nos acervos da Biblioteca Nacional, Biblioteca Pública Benedito Leite e Biblioteca da Faculdade de Medicina da USP, não há anexos nos exemplares da obra *A peste no Maranhão*.

seus imóveis, sob pena de interdição. Além disso, muitas intimações determinando a demolição de imóveis foram expedidas.

O *Pacotilha* noticiou um caso que retrata as divergências entre proprietários de imóveis e o Serviço Sanitário. O engenheiro civil Anísio Palhano, maranhense, publicou extenso texto no periódico acusando o dr. Pacheco de perseguir duas senhoras com baixo poder aquisitivo, suas parentas. Anísio Palhano contou que essas senhoras possuíam um pequeno imóvel na Rua Grande n.71, centro de São Luís, e costumavam alugá-lo por valores baixos. Notificadas pelo Serviço Sanitário, foi exigido delas a adequação do imóvel às normas do código vigente, sobretudo no que dizia respeito à luminosidade e ventilação.

A pedido das duas senhoras, o engenheiro foi até o dr. Pacheco, que inspecionou o prédio pessoalmente. Dias depois algumas melhorias começaram a ser feitas, mas não foram suficientes para que o Serviço Sanitário autorizasse a continuação da obra. Outra notificação foi expedida levando as duas senhoras a desistirem da empreita e a venderem o imóvel por preço abaixo do mercado. Indignado, seu porta-voz, Anísio Palhano denunciou ao *Pacotilha* que proprietários de imóveis abastados e com destaque na sociedade não eram incomodados pela nova lei. Aliás, segundo o engenheiro, Pacheco fazia exigências sem olhar para as deficiências da cidade e de seu próprio Serviço, pois o pátio do Hospital de Isolamento não possuía calçamento adequado, e a cocheira da Higiene era insalubre: “Sua senhoria é dos tais que enxerga o argueiro no olho do vizinho e não vê a trave no seu. Isto que se está fazendo aqui não é higiene, e sim meio de vencer pingues ordenados” (PALHANO,1904, p.2). Outro ponto ainda deve ser destacado na fala do engenheiro, que contestava a ideia de que o povo maranhense era “ordeiro e respeitador da autoridade”:

Sr. dr. Pacheco! Os maranhenses são por índole tolerantes e afáveis, mas livre-se da sanha do cordeiro, se chega este a zangar-se, porque o seu frágil arcabouço não chegará para receber as marradas; e estamos caminhando para esse resultado diante das arbitrariedades de seu sapientíssimo poder. Quando chegarem as coisas a este ponto fique sua senhoria sabendo que o defenderei por que sou contrário a tais violências e costume castigar aos que me ofendem não com pancadas, mas com generosidade (PALHANO,1904, p.2).

Aos poucos a força política de Pacheco, escorada no recente combate à peste, foi se enfraquecendo, algo que pode ter sido motivado, também, por outro fator: a circulação no *Pacotilha* de várias queixas sobre o despotismo sanitário de Godinho, o uso avultado de recursos para suas ações e ao fato deste médico ter apontado em seu relatório as deficiências do serviço sanitário local e a insalubridade da cidade. A situação tornou-se insustentável para Militão Pacheco em 31 de outubro de 1904, data em que o governador Collares Moreira acolheu

uma série de reivindicações de proprietários de imóveis atingidos pela nova lei sanitária. Tomando partido dos mesmos, recomendou ao Serviço Sanitário que suspendesse as intimações a esses donos de imóveis. Além disso, determinou que o Serviço concedesse prazo maior para que os imóveis se adequassem ao código em vigência. Esse episódio torna visível a força política que setores específicos na cidade, como os proprietários de imóveis, possuíam. Visando “conciliar os interesses dos reclamantes” com os do Serviço, o governador recomendava:

Suspender desde já os efeitos de todas as intimações expedidas para reformas e consertos de prédios de modo a poderes pessoalmente proceder a exame nos mesmos e facilitar tudo que, não sendo medida rigorosamente indispensável, possa ser permitido aos interessados máxime no que toca às obras a executar-se, as quais não estão especializadas nos mesmos códigos, que destarte as deixou ao vosso critério. Suspender e considerar desde já como não feita qualquer intimação para demolição de prédios, que não estejam em completo estado de ruína e no caso previsto pelo artigo 196 do referido código, devendo esta repartição, quando encontrar qualquer prédio que não esteja nessas condições, trazer o fato ao conhecimento do Governo para que este resolva a tal seu respeito nestes casos extremos, que naturalmente, serão raros: se verificar que o prédio tornou-se perigoso como foco de infecção, não por culpa exclusiva do proprietário ou seu procurador, a demolição será feita mediante indenização, observando-se todas as garantias da propriedade. Conceder aos proprietários de prédios que, porventura, incidam em qualquer disposição terminante do Código e que, por motivo de força maior, não possam de pronto obedecer a mesma disposição, prazo suficiente para esse fim (MARANHÃO, 1905, p.10-11).

Apenas medidas mais simples requeridas por Militão Pacheco foram atendidas pelo governador, como o aumento no número do quadro de funcionários da diretoria: 7 desinfetadores e 2 cocheiros. No entanto, isso não foi suficiente para manter o médico à frente do Serviço Sanitário do Maranhão. Após pedir exoneração, em 26 de dezembro de 1904, Militão Pacheco embarcou com destino a São Paulo, e o dr. Felicissimo Fernandes assumiu o cargo deixado (MARANHÃO, 1905, p.11). O *Pacotilha* anunciou que em 29 de dezembro seria realizado um leilão de móveis e utensílios, na casa de n.120, na Rua dos Afogados, onde Pacheco residira com a família (GRANDE, 1904, p.3). Para amenizar a situação, uma nova aliança começou a ser desenhada. Voltando-se ao Instituto Soroterápico Federal, ao qual recorrera inicialmente para combater a peste, o senador Benedicto Leite solicitou um médico para substituir Militão Pacheco na diretoria do Serviço Sanitário local. Ezequiel Caetano Dias foi então contratado para essa função que deveria desempenhar por dois anos.<sup>129</sup>

A inaplicabilidade do Código Sanitário de 1904 em relação às habitações e outros aspectos que ambicionava reformar serviu para demonstrar a falta de sintonia entre as políticas instituídas e a realidade local, sujeita a interesses particulares e setores poderosos, como os

<sup>129</sup> A efêmera gestão de Ezequiel Dias será objeto de estudo em capítulo subsequente.



proprietários de imóveis. Também compromete a eficiência dessas leis a ineficiente estrutura sanitária legada de um passado de falta de atenção com a higiene pública. Indica que o modelo ‘vindo de fora’ não encontrou terreno fértil, que deveria ser formado por um misto de condições que viabilizam leis sanitárias, como incentivo financeiro, contínuo apoio político, presença de uma sólida rede de profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares) que atuem na área de forma constante e não apenas emergencialmente, como a experiência paulista dava visibilidade. Desse modo, o que se percebe é uma ausência de prioridade com a questão da saúde e uma aposta descomedida nos discursos (e não nas práticas efetivas) voltados à higiene pública. Por isso, o historiador maranhense Raimundo Palhano (1988, p.242-243) reitera que o código não passou de mera “carta de intenções”.

#### **CAPÍTULO 4. DE VOLTA AOS “VELHOS TEMPOS”: TREZE ANOS DE INSTABILIDADE E PROMESSAS NÃO CUMPRIDAS NA HIGIENE PÚBLICA DO MARANHÃO (1905-1917)**

Com a rescisão de contrato solicitada pelo médico paulista Militão Pacheco, as autoridades políticas do Maranhão, Benedito Leite e Collares Moreira Junior, decidiram manter a política de trazer profissionais de fora para administrar a higiene pública do estado. O senador maranhense voltou-se, mais uma vez, ao Serviço Sanitário de São Paulo solicitando um médico para o cargo vago. Militão Pacheco e Emílio Ribas haviam sugerido a contratação de Carlos Meyer, do Instituto Bacteriológico de São Paulo e inspetor sanitário do estado. O médico havia trabalhado em 1903 nas ações de combate à peste bubônica em Pindamonhangaba, e se destacaria no combate à doença em São José dos Campos, em 1906, ambas cidades do interior de São Paulo. Após as primeiras negociações, Meyer, segundo o jornal *Diario do Maranhão*, rejeitou a oferta do político maranhense, pois requereu como vencimento um valor acima da tabela, um conto e quinhentos reis.<sup>130</sup> Outra condição imposta era que viajasse até a Europa para comprar material necessário para a montagem de um instituto bacteriológico no Maranhão, com todas as despesas pagas pelo governo local. No periódico consta que “o senador Leite entendeu que não convinha ao Estado essa solicitação” por terem sido altas as despesas com a epidemia de 1904 (NOTAS, 1905, p.2).

Com o fim da rede sanitária entre Maranhão e São Paulo Benedito Leite, voltou-se para o Instituto de Manguinhos afim de solicitar um profissional capaz de ocupar a vaga deixada por Militão Pacheco, e recusada por Carlos Meyer. Em documento oficial, o governador Collares Moreira afirma ter contratado o médico carioca Ezequiel Caetano Dias para ocupar a direção do Serviço Sanitário do Estado. Na primeira semana de janeiro de 1905 o médico viajou para o Maranhão. Enquanto não assumia o posto para o qual fora designado, foi nomeado interinamente diretor do Serviço Sanitário, em 2 de janeiro de 1905, o médico maranhense Felicissimo Fernandes, que havia deixado o posto quando foi montado o Serviço Extraordinário de Higiene (MARANHÃO, 1905, p.11).

No Maranhão, iniciava-se um período de instabilidade política que se refletia na condução das ações voltadas à saúde pública e no Serviço Sanitário – sobretudo, na ocupação

---

<sup>130</sup> De acordo com a lei n. 358 de 9 de junho de 1904, instituída após o fim da peste bubônica, o vencimento do diretor do Serviço Sanitário do estado ficou estabelecido em 1 conto por mês, passível de recebimento de gratificações (MARANHÃO, 1904, p.175).

do cargo de direção desta instituição. Observei a emergência de gestões curtas e descontínuas que dificultavam a adoção de medidas de mais longo prazo, reflexo de uma política concebida com cuidado. Em treze anos, nove médicos ocuparam o cargo de diretor do Serviço Sanitário local. Alguns exerceram a atividade mais de uma vez, não consecutiva, como foi o caso do médico Felicíssimo Fernandes, chamado, quase sempre, em caráter emergencial para administrar a saúde pública local. Além disso, verifiquei uma inércia por parte do poder público para viabilizar aquilo que foi instituído na Lei Sanitária de 1904, que propunha a remodelação do Serviço Sanitário do estado, que deveria instituir um Instituto Vacinogênico, leprosário, Hospital de Isolamento, dentre outras instituições e serviços em local apropriado. Melhorias voltadas à salubridade urbana, antiga reclamação de médicos inspetores e da imprensa local, também não foram viabilizadas. Essa inércia contrastava com o sentimento de esperança de dias melhores, vivenciado durante e ao término da epidemia de peste bubônica, quando a equipe de profissionais “de fora” estava na cidade.

A pouca expressividade do poder público após a peste de 1904, no campo da saúde pública, levava a crer que os “velhos tempos” retornavam, como acenei no título deste capítulo. No entanto, sabemos que a atuação do Serviço Extraordinário de Higiene Pública (SEHP) foi emergencial, localizada, portanto não se tratava de uma “nova era” na saúde pública maranhense. Além disso, o Código Sanitário, promessa de salubridade e reordenamento urbano para os anos posteriores, era um documento complexo para ser colocado em prática, pois esbarrava em condições político-sociais adversas e na precária infraestrutura da cidade. Nos anos seguintes medidas estruturais e contínuas, e serviços regulares não foram institucionalizados, apesar dos discursos pomposos produzidos pela administração pública. Iniciativas sustentadas por profissionais “vindos de fora”, do Serviço Sanitário paulista, davam a sensação de que algo mais concreto estava sendo feito e de que o Maranhão era enquadrado nas modernas discussões sobre a ciência dos micróbios, correntes no eixo Rio-São Paulo.

Início aqui uma análise sobre como foi conduzida a saúde pública no Maranhão após a epidemia de peste bubônica, até às vésperas da chegada do Serviço de Profilaxia Rural. Trata-se de um período praticamente desconhecido pela historiografia maranhense, fenômeno em parte explicado pela pouca disponibilidade de documentos que retratam esses anos.<sup>131</sup>

---

<sup>131</sup> O arquivo do Serviço Sanitário local, disponível no Arquivo Público do Estado do Maranhão (APEM), referente aos anos iniciais do século XX, só dispõe de documentação produzida entre os anos de 1906-1908. Constam ali ofícios diversos sobre as atividades mais corriqueiras da Repartição, como o movimento dos materiais destinados ao Desinfectório e a indicação das comissões de socorro pelo interior da ilha e do estado. Apesar de reduzido, esse acervo foi fundamental para demonstrar as atividades dos médicos Antônio Cardoso Fontes no Maranhão, já que a presença dos médicos provenientes do Instituto de Manguinhos, contratados para assumir a direção do Serviço Sanitário do estado nos anos 1905 e 1906, respectivamente, não foi registrada em outros acervos, como os da

Apresentarei os personagens envolvidos na higiene pública local à época, os projetos viabilizados ou não, e a rotatividade dos cargos de liderança no Serviço Sanitário local. Destacarei a articulação do governo local como o instituto de Manguinhos, aliança fortalecida através do envio de médicos do Instituto para cumprir missões sanitárias em São Luís. Analisarei duas graves epidemias que vieram à tona no período, varíola e peste bubônica, e as ações de enfrentamento postas em prática por médicos e autoridades políticas, tendo como base a microbiologia e soroterapia específica.

#### 4.1 A breve gestão do dr. Ezequiel Dias

A presença no Maranhão de Ezequiel Caetano Dias, médico proveniente do Instituto de Manguinhos, foi fruto, principalmente, da interferência de Benedito Leite junto à instituição. Não era a primeira vez que o senador fazia contato com ela. Em 1903 o dr. Henrique Marques Lisboa foi recrutado para combater a peste bubônica em São Luís, antes da presença de Victor Godinho. Apesar das críticas à atuação de Lisboa feitas por alguns setores locais, críticas que culminariam na contratação do médico paulista, isso não abalou as relações entre a administração pública do Maranhão e o Instituto chefiado por Oswaldo Cruz. Tanto que em fevereiro de 1905 Ezequiel Dias já atuava em São Luís.

Aliás, o fato de não ter havido dificuldades para a contratação do cunhado de Oswaldo Cruz reflete uma nova postura do Instituto Soroterápico de Manguinhos, cada vez mais influente, já que era o pilar técnico e científico das campanhas sanitárias em curso na capital federal, o que não impediu que seu diretor, Oswaldo Cruz, buscasse já ampliar o raio de ação do Instituto, levando seus profissionais a zonas interioranas do país para dar combate à malária e outras doenças que dificultavam o ‘progresso’ do Brasil. Naquela mesma conjuntura, a instituição passava por completa modificação na sua estrutura física e em seu modo de

---

Biblioteca de Manguinhos, Arquivo Histórico da COC e Biblioteca de História das Ciências e da Saúde. No geral, esses acervos mantêm documentos que retratam a produção intelectual destes médicos, mas não a passagem deles pelo Maranhão. A maior lacuna documental refere-se aos relatórios do Serviço Sanitário do Maranhão, geralmente anexados às *Mensagens* anuais dos governadores, registrando os trabalhos realizados pelo Serviço. Esse tipo de documentação foi essencial para escrever uma narrativa sobre a atuação dos médicos locais e da Inspeção de Higiene, no segundo capítulo da tese. Uma justificativa para a ausência desses relatórios é que a rotatividade do cargo de direção do Serviço impediu a produção de documentos mais completos sobre o andamento das ações de saúde pública. Para contrabalançar essa escassez documental voltei minha atenção, para os jornais *Pacotilha* e *Diário do Maranhão*, ciente das orientações político-partidárias destes veículos de informação. Além disso, relatei o material encontrado às informações do escritor Fran Paxeco no livro *Geografia do Maranhão* (1922), no relato do historiador Mario Meireles (1993;2015), dentre outros.

funcionamento, modificações que aconteceram em larga medida à revelia do governo e do Congresso. Usufruindo dos poderes concedidos pelo cargo de diretor do DGSP, e pelas eficientes campanhas sanitárias na capital federal, Oswaldo Cruz conseguiu reunir as condições técnicas, conceituais e materiais para que Manguinhos se transformasse em um instituto dedicado ao estudo de doenças infecciosas e tropicais, adotando como modelo o Instituto Pasteur de Paris (BENCHIMOL, 1990a, p.26-28; BENCHIMOL, 2001, p.54; BENCHIMOL, 2005, p.87).<sup>132</sup>

Em 1905 começava a ser edificado o conjunto arquitetônico do Instituto que receberia três anos depois o nome de Oswaldo Cruz. Novos aparelhos eram adquiridos, grande quantidade de animais para experiências eram levados aos novos biotérios da instituição, seu acervo bibliográfico era enriquecido por livros e revistas que traziam as mais recentes inovações no campo das ciências da vida. Manguinhos passava a ser considerado um importante ambiente de aprendizado para os acadêmicos de medicina, algo motivado, também, pela repercussão das campanhas sanitárias e as controvérsias que motivavam na capital federal. Assim, vários doutorandos filiaram-se às concepções ali desenvolvidas, atuando, tantas vezes, como voluntários até serem integrados ao quadro de funcionários. Após concluírem o curso de especialização oferecido pela instituição, com ênfase na microbiologia, parasitologia e em outras disciplinas descuradas pela Faculdade de Medicina, os jovens médicos formados ali estavam mais qualificados para exercer atividades como pesquisadores, no próprio quadro funcional da instituição, ou como sanitaristas no Rio de Janeiro ou em outras capitais estaduais. (BENCHIMOL, 1900a, p.26-27). A presença no Maranhão de Henrique Marques Lisboa, Ezequiel Dias e, posteriormente, Antonio Cardoso Fontes, todos egressos do curso de aplicação do Instituto Soroterápico de Manguinhos, Instituto Oswaldo Cruz a partir de 1908, reflete o ideal da jovem instituição de alargar suas próprias fronteiras e de ‘polinizar’ a medicina e saúde pública do país com os recursos humanos, técnicos e científicos que produzia. Olhando por este ângulo, ali eram gestadas as condições para a importante aliança que resultou na criação em 1919 de uma filial do Instituto Oswaldo Cruz no Maranhão.

Segundo o jornal *Diario do Maranhão*, o senador Benedito Leite entrou em contato com Oswaldo Cruz, à época diretor do DGSP e do Instituto de Manguinhos, e mostrou interesse na contratação de um médico indicado por ele, um especialista no campo da bacteriologia, para administrar o Serviço Sanitário maranhense. O senador oferecia remuneração de 2:500\$ contos

---

<sup>132</sup> É importante ter em perspectiva que não se tratava de uma mera assimilação das ideias pasteurianas em Manguinhos nesta nova fase. A prevalência de ideias que relacionavam os micróbios a doenças estava revestida de controvérsias que configuravam a moldura local da revolução pasteuriana (BENCHIMOL, 1999, p.12).

mensais, valor bem acima da tabela local que estipulava os vencimentos para aquele cargo em 1:00\$ conto, uma vez que aquele profissional iria desempenhar dupla função, a de administrador e a de bacteriologista. O fato do dr. Ezequiel Dias possuir boa reputação, fruto da ligação com Oswaldo Cruz, acelerou o processo de contratação (PARTIDO, 1905, p.2). Esses são os argumentos em defesa dela enunciados pelo *Diario do Maranhão*, periódico ligado ao partido governista.

Em 1907, quando Benedito Leite exercia o cargo de governador do Maranhão, ele justificou os gastos elevados com a higiene pública com o argumento de que a epidemia de peste bubônica em 1904 deixara lições importantes para a administração pública. Ao decretar o Serviço Extraordinário de Higiene o valor destinado ao Serviço Sanitário do Maranhão passou de 40 para 42 contos de réis, um aumento nem tanto expressivo. Após a extinção da epidemia e, visando atender a reorganização do SSM, estabelecida na lei Sanitária de 1904, a dotação orçamentária anual ficou estabelecida em 200 contos de réis. Segundo Benedito Leite (1907, p.28), essa quantia não chegou a ser destinada ao SSM, mas foi viabilizado um valor alto<sup>133</sup>, muito maior do que o gasto em 1904. Na ótica de Benedito Leite, a epidemia foi um marco importante para a construção de um novo ideário, nem sempre traduzido em ações concretas, como temos visto, sobre a higiene no estado:

Com a peste o serviço desenvolveu-se, novos trabalhos foram criados, os vencimentos dos profissionais elevaram-se muito e abriu-se uma nova fonte de despesa com os suprimentos, por conta do estado, do material necessário para as desinfecções que de então para cá passaram a fazer-se. Incontestavelmente há hoje sobre esse assunto em parte da população uma nova corrente de ideias. Antes dessa última reorganização, antes da epidemia de peste bubônica, já havia prestado a antiga Inspetoria de Higiene serviços apreciáveis em relação à varíola [...] porém, sem maiores recursos, não poderia ela ir além. Depois da epidemia de peste, com novos trabalhos que foram executados, com as precauções sanitárias que foram adotadas, com as novas prescrições sobre a higiene das habitações, enfim, com a nova organização que então recebeu este novo serviço, o qual vai pouco a pouco modificando as ideias sobre esse assunto, às vezes sem que o indivíduo disso se aperceba, temos incontestavelmente uma reforma operada, que precisa ser bem dirigida, com orientação firme, com tenacidade, porém com tolerância, com moderação e brandura, sem imposições e sem violências, e antes com o caráter de uma propaganda e de um ensinamento, afim de levar ao espírito de todos a convicção do benefício que o poder público lhes está fazendo. Extinta a peste em 1904, seria da parte do governo uma grave imprudência desfazer-se logo de todos os aparelhos que estavam montados para combatê-la. Reaparecesse ela e encontrasse desprevenida a administração depois de uma luta terrível em que grande número de vidas foi ceifado, e justas seriam, senhores, quaisquer censuras que contra semelhante descuido se levantasse. Daí a necessidade da continuação de despesas um tanto avultadas na repartição do Serviço Sanitário (MARANHÃO, 1907. p.27-28).

---

<sup>133</sup> Não especificado por Benedito Leite.

Desejando permanecer fiel à “nova ordem de ideias adotadas pelos médicos em geral”, isto é à medicina experimental e, em particular, à microbiologia, Benedito Leite precisava manter elevados os investimentos na higiene pública (MARANHÃO, 1907, p.29). Por isso, em 1905, requereu a contratação de um bacteriologista reconhecido indicado pelo diretor de Manguinhos. O *Pacotilha*, jornal oposicionista, não aprovou a iniciativa, ocupando-se, em algumas edições, a criticar os gastos do governo com a contratação de renome<sup>134</sup>, quando aspectos estruturais da cidade não eram modificados e o Código Sanitário não era viabilizado. Além disso, o jornal questionava a decisão de buscar um profissional de fora, pois compreendia que algum médico maranhense poderia liderar o Serviço Sanitário com a mesma competência. Essa hipótese não era totalmente descartada por Benedito Leite, que, posteriormente, reconheceu a necessidade de investir na formação de algum médico local:

O governo entende que será melhor, logo que for possível, auxiliar a estada na Europa de médico aqui residente para fazer lá o curso de bacteriologia, com a condição de prestar depois os seus serviços ao Estado, pelo prazo que for convencionado (MARANHÃO, 1907, p.29).<sup>135</sup>

Um dos argumentos mais repetidos pelos que defendiam a contratação de Ezequiel Dias era a confiança depositada no Instituto a que estava ligado. Por exemplo, o *Diario do Maranhão* rebateu as críticas veiculadas pelo jornal da oposição explicando que a função de diretor do SSM só poderia ser exercida por um médico maranhense caso este buscasse qualificação de dois ou três anos no Instituto de Manguinhos. A contratação de Ezequiel Dias para dirigir o Serviço Sanitário local foi tida como iniciativa relevante por atrair para a região mais um médico experiente, sintonizado com as modernas discussões sobre microbiologia e medicina experimental. Segundo o *Diario do Maranhão*, Dias era “prático no serviço de higiene pública e tinha um tirocínio de cinco anos no Instituto de Manguinhos ao lado de Oswaldo Cruz”. Qualidades como competência, dedicação, tino e auxílio de outros profissionais levariam à vitória a missão do médico fluminense, disse o jornal (PARTIDO, 1905, p.2).

O profissional que era o alvo daquelas discussões, Ezequiel Caetano Dias, era natural da cidade de Macaé, interior do Rio de Janeiro. Era farmacêutico e, em 1903, formou-se em medicina com tese ligada à hematologia. Ingressou no Instituto Soroterápico Federal

---

<sup>134</sup> Essas contratações eram de renome para a imprensa, população e autoridades políticas locais. Na verdade, os primeiros médicos cientistas de Manguinhos eram “ilustres desconhecidos”, jovens, recém diplomados, e estavam se firmando no campo da microbiologia e medicina experimental.

<sup>135</sup> Isso não aconteceu e o Maranhão acabou por ser inserido em um plano de salvação nacional, a partir do movimento pelo saneamento do Brasil rural, recebendo outros médicos da capital federal em 1918 e, mesmo, intervenção internacional, com a chegada da Fundação Rockefeller em 1923.

muito jovem, em 1902, na função de ajudante acadêmico de medicina. Quando Oswaldo Cruz assumiu a direção do Instituto, Ezequiel Dias foi escolhido para ser seu assistente. Esta ligação iria estreitar-se anos depois com o casamento de Ezequiel e Maria Cândida Fonseca, a “Miúça”, irmã da esposa de Oswaldo Cruz. Em 1904, já formado, o médico envolveu-se em estudos sobre o beribéri, doença causada pela má nutrição. O bom desempenho científico propiciou a Ezequiel o cargo de diretor de Higiene do Laboratório Bacteriológico, em 1905 (FUNDAÇÃO, S.d. p.1).

Sobre sua atuação no Maranhão os dados são escassos. Sua passagem por São Luís está descrita, principalmente, nos jornais locais e em registros feitos por Oswaldo Cruz que esteve na capital do estado em 1905. No que diz respeito à atuação de Ezequiel Dias em Belo Horizonte, sabe-se bem mais. Em 1907, já diagnosticado como tuberculoso, seria incumbido de instalar uma filial do IOC na capital mineira, instituição presente até os dias de hoje.<sup>136</sup> As informações mais completas sobre o dr. Dias estão em seu obituário publicado nas *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, em 1922. Na ocasião, dois artigos foram publicados contando sobre a vida do médico, em especial sua dedicação ao mestre Oswaldo Cruz. Um era assinado por Carlos Chagas, o outro, por Octávio Magalhães, colega de Ezequiel Dias na filial de Belo Horizonte. Chagas (1922, p. II) reforça a imagem do médico como exímio discípulo de Oswaldo Cruz, que em Manguinhos desenvolveu a “aprendizagem experimental” e sua “individualização moral”.

Em tom elogioso, como obituários costumam ser, Chagas (1922, p.II) descreve Ezequiel Dias como um dos melhores “experimentadores”, possuidor de uma “técnica irrepreensível” e “raciocínio atilado”. Através de seus trabalhos, reitera Carlos Chagas, enriqueceu a literatura médica nacional ao esclarecer relevantes problemas patológicos com suas pesquisas conclusivas em hematologia, como a derrocada da falsa anemia tropical. Outra característica reforçada nesses obituários refere-se à sua notável capacidade organizadora, sua competência na área administrativa. Isto teria sido demonstrado nas duas notáveis investidas extra-muros de Manguinhos - atuação no Maranhão em 1905 e a instalação da filial do IOC em Belo Horizonte dois anos depois. Dias teria sido assim protagonista importante do plano de expansão do raio de atividades do Instituto para regiões distantes do eixo Rio-São Paulo.

Chagas (1922, p.III) destacou que, em Belo Horizonte, o médico fluminense colocou em prática um árduo programa de aperfeiçoamento de técnicas junto à classe médica local, formando seus próprios discípulos. Foi responsável por executar diferentes medidas de combate ao ofidismo. Já no Maranhão, ainda de acordo com Chagas, Ezequiel Dias teria sido

---

<sup>136</sup> Sobre a formação da filial do IOC em Belo Horizonte ver capítulo subsequente, quando será abordada a instituição de uma filial do IOC no Maranhão em 1919.



responsável por instalar um completo laboratório de pesquisas e por orientar profissionais maranhenses para o serviço de higiene pública do estado, com base no ensino de medicina experimental. Esta informação sobre a passagem do dr. Dias pelo Maranhão, repetida em outras biografias institucionais sobre o médico, não está correta – é o que apontam as fontes.

No jornal *Pacotilha* encontrei a informação de que o dr. Dias não montou laboratório em São Luís e que limitou-se a utilizar os mesmos aparelhos trazidos pelo dr. Lisboa às pressas por ocasião da chegada da epidemia de peste em 1903. Além disso, o periódico questionou se o Serviço Sanitário estava, de fato, produzindo culturas bacteriológicas, uma vez que os resultados eram predominantemente negativos nas culturas feitas a partir de doentes tuberculosos e com disenteria “indubitavelmente acometidos de moléstia infecciosa cujo micróbio [era] conhecido” (REBATENDO, 1905, p.1). Para o jornal, a ausência de resultados positivos nem sempre significava ausência de doença pois o bacteriologista podia falhar em seus procedimentos laboratoriais. Sem contestar as qualificações do dr. Dias, a nota levantava a possibilidade de ter o médico falhado, já que as condições de trabalho eram adversas. Somente um ano depois que um modesto laboratório seria montado no Serviço Sanitário do Maranhão, que passou a funcionar em um prédio na rua da Palma.

Em 23 de junho daquele mesmo ano o *Diario do Maranhão* como já mencionei, favorável ao governo, admitia a precariedade do serviço laboratorial de São Luís destacando que “nunca estivemos aqui devidamente preparados para trabalhos completos dessa natureza”. Estariam porém sendo aguardada a chegada de aparelhos para a montagem de um laboratório, vindos da Europa, encomendados pelo dr. Dias (PARTIDO, 1905, p.2). Em toda a documentação que encontrei, este foi o único registro sobre o possível feito mais relevante da administração do médico fluminense no Maranhão.

Duas outras ações de Ezequiel Dias mereceram algum destaque. Foi dada a ele, como parte da função de diretor do Serviço Sanitário, a tarefa de emitir semanalmente um Boletim Hebdomadário da Estatística Demografo-sanitária do estado. Tratava-se de uma breve indicação sobre as doenças que imperavam entre a população (transmissíveis ou não) e o número de casos e óbitos ocasionados por estas doenças. O primeiro boletim foi publicado em 29 de abril de 1905 e dizia respeito aos acontecimentos ocorridos entre os dias 17 a 23 de abril daquele ano. Outros boletins foram publicados e referidos resumidamente nos periódicos, obedecendo a uma periodicidade semanal no mês de maio. Em junho os intervalos da publicação foram estendidos até deixarem de existir, por motivos não explicados, a partir do mês de julho de 1905.

Ezequiel Dias atuou, ainda que de forma efêmera, em um projeto pouco estudado pela historiografia local: a Universidade Popular Maranhense. Tratava-se de um movimento que reunia alguns intelectuais de São Luís e que consistia na promoção de palestras de caráter científico no salão da Biblioteca Pública tendo em mira o ensino das ciências cosmológicas, naturais, biológicas, sociais e morais. O fundador da “Universidade” foi o jornalista Antônio Lobo, “ateniense” da terceira geração, à época diretor da Biblioteca. A palestra de inauguração da Universidade teria sido proferida no dia 9 de outubro de 1905, por seu idealizador. Vários intelectuais filiaram-se ao projeto, comprometendo-se a ministrar alguma conferência em sua área de interesse. Estiveram na solenidade de abertura intelectuais de diversas áreas como Barbosa de Godois, Manoel Jansen Ferreira, Palmerio Cantanhede, Fran Paxeco, Godofredo Viana, dentre outros. Consta na lista de recém filiados nomes de médicos reconhecidos, como os já citados neste estudo, como Almir Nina, Oscar Galvão, Felicissimo Fernandes e o próprio Ezequiel Dias. Segundo o estatuto, todos aqueles que se filiavam eram considerados docentes da Universidade Popular e deveriam palestrar perante o público (UMA BOA INICIATIVA, 1905, p.1).

Os encontros às terças feiras, no salão da Biblioteca, ocorreram com certa regularidade até 1910, como demonstram periódicos publicados até este ano. Acredito que não há relação direta entre esta iniciativa e a instituição da Faculdade de Direito (1918), a Faculdade de Farmácia e Odontologia (1922) ou a Faculdade de Medicina (1926). Tratava-se de um esforço para incentivar leitores a frequentar o espaço de leitura institucionalizado, por isso, a “Universidade” buscava, através das conferências e dos debates subsequentes, demonstrar o passado glorioso de São Luís e, por meio dessa demonstração, incentivar a população a dedicar-se à literatura e ciência como meios de aperfeiçoamento da sociedade” (OLIVEIRA; CHIBENI, 2016, p.26).

Era visível, portanto, que o mito da Atenas Brasileira estava sendo vivificado naquela iniciativa. A experiência em São Luís pode ter tido como inspiração as “Conferências Populares da Glória”, ocorridas no Rio de Janeiro, tendo como período de maior expressão os anos 1873 a 1880. Em escolas públicas da Freguesia da Glória eram ministradas lições e realizados debates por intelectuais de várias áreas, que buscavam difundir conhecimentos científicos. A iniciativa nasceu intitulando-se popular, à medida que visava alcançar o povo, mas o público que frequentava as reuniões era seletivo e composto por membros da família imperial, aristocracia, profissionais liberais e acadêmicos (FONSECA, 1996, p. 135-137). O dr. Dias parece não ter ministrado qualquer conferência na “Universidade” do Maranhão. Seu nome não apareceu nas edições do *Pacotilha* que avisavam ao público quais docentes iriam

palestrar naquele espaço. Porém, a filiação do médico fluminense demonstra certa sintonia com a vida intelectual da capital do estado.

Encontrei informação valiosa no obituário de Ezequiel Dias, assinado por seu companheiro de trabalho, Octávio Magalhães, na filial do IOC em Belo Horizonte. Consta que o dr. Dias foi surpreendido pelo diagnóstico da tuberculose quando estava em comissão no Maranhão, algo não citado nos poucos documentos sobre a presença do médico no estado (MAGALHÃES, 1922, p. IV). Podemos lançar a hipótese de que a informação não foi ventilada porque não era interessante para as autoridades políticas locais associar a imagem do Maranhão a um lugar pernicioso para gente de fora. Lembro que o médico Henrique Marques Lisboa, outro profissional do quadro de Manguinhos, também adoeceu no Maranhão quando foi designado para combater a peste em 1903, tendo que acelerar seu retorno ao Rio de Janeiro. Ainda que o dr. Dias já estivesse com a tuberculose, não era conveniente anunciar que seu estado de saúde tinha se agravado no Maranhão ao ponto de levá-lo a rescindir o contrato com o governo, estabelecido para o período de dois anos. Restava-lhe a alternativa de sair discretamente, sem maiores esclarecimentos nos periódicos locais, como aconteceu.

Segundo Octávio Magalhães (1922, p. IV), este foi o motivo para Ezequiel Dias abandonar um “magnífico futuro” e ir residir em Minas Gerais, região de clima mais ameno para sua doença pulmonar.<sup>137</sup> Esta possivelmente é a principal razão da tímida e efêmera atuação do médico no Maranhão como diretor do Serviço Sanitário e mesmo como intelectual. Com a saúde comprometida por uma doença que o levaria a óbito em 22 de outubro de 1922, o médico fluminense antecipou seu regresso à capital federal, viajando em 15 de novembro de 1905, onze meses depois de aportar ao Maranhão, como foi anunciado no *Pacotilha*. Interinamente o cargo foi assumido pelo dr. Álvaro Sanchez, médico carioca que participara da comissão de combate à peste em 1904 e que decidira residir na capital ludovicense desde então (SEGUE HOJE, 1905, p.1). Antes de partir Ezequiel Dias ainda na função de diretor do Serviço Sanitário do Estado participou de um evento importante que causou certa euforia entre as autoridades políticas e sanitárias maranhenses: a visita de Oswaldo Cruz ao Maranhão.

---

<sup>137</sup> Nas primeiras décadas do século XX Belo Horizonte foi considerado um lugar benéfico/saudável para tuberculosos, atraindo vários médicos doentes, como Cícero Ferreira, Hugo Werneck, Borges da Costa, Octávio Magalhães e o próprio Ezequiel Dias. Além de contribuírem para o panorama das ciências médicas e biológicas no estado, esses personagens tiveram significativa participação no universo literário da região, fruto das inquietações causadas pela convivência com a doença e a morte. Ezequiel Dias, por exemplo, era reconhecido por ser possuidor de grande “desenvoltura no manejo do vernáculo”, uma vez que traduziu obras de Flaubert, Schiller, Rousseau, algumas obras científicas em alemão e mesmo, aramaico, aventurando-se até a escrever poesia (CARMO, 2002, p.45-46).

## 4.2 A passagem de Oswaldo Cruz por São Luís do Maranhão

Em 1905, após consolidar um imperioso programa de saneamento da capital federal, Oswaldo Cruz, diretor da DGSP, idealizou um projeto de modernização da defesa sanitária dos portos marítimos e fluviais do país. Para isso decidiu inspecionar pessoalmente os portos em operação de maneira a verificar em que condições atuavam seus dispositivos de defesa contra doenças infecciosas passíveis de serem importadas através de navios. Oswaldo Cruz e seu secretário João Pedroso de Albuquerque seguiram embarcados nesta expedição que ocorreu entre os meses de setembro de 1905 até fevereiro de 1906. A bordo do rebocador *República* a dupla alcançou, pelo litoral brasileiro, os que margeavam os rios Negro e Amazonas. Após passarem pela capital do Pará, singraram o rio Amazonas, detendo-se em Santarém, Óbidos e, por último, Manaus. Em janeiro de 1906, iniciaram a inspeção dos portos do Sul, chegando às capitais do Uruguai, Argentina e Paraguai - ao todo 23 portos. Sua intenção era reunir elementos para um plano de reorganização dos serviços de saúde que contemplaria, entre outras coisas, hospitais de isolamento e estações de desinfecção. Por motivos ainda não esclarecidos pela historiografia, o plano geral de saneamento dos portos não se concretizou e não se tem documentação que comprove a solução pelo governo federal dos problemas identificados (FUNDAÇÃO, 2002, p.113).

Nas localidades por que passou Oswaldo Cruz foi recebido com grande pompa pelas autoridades sanitárias e políticos locais. Quase sempre era homenageado com banquetes e discursos. No Maranhão não foi diferente. No jantar oferecido pelos médicos e autoridades locais ao “hóspede ilustre”, buscou-se causar a melhor impressão possível para solidificar a aliança entre o governo do Maranhão, a DGSP, médicos locais e o Instituto Soroterápico de Manguinhos. Aquela foi uma oportunidade de estreitar os contatos iniciados em 1903, com a vinda de Henrique Marques Lisboa, reafirmados em 1905 com Ezequiel Dias e reiterados no ano seguinte quando Cardoso Fontes viajou para o Maranhão. As articulações políticas que resultaram no envio de médicos do Instituto Oswaldo Cruz para o Maranhão teriam outro importante capítulo em 1919, com a instalação da filial do Instituto em São Luís, primeira capital do norte e nordeste a possuir uma unidade desta natureza, sob a liderança do dr. Cássio Miranda.<sup>138</sup>

---

<sup>138</sup> Tratarei deste evento no capítulo subsequente

Observando a iniciativa a partir de outro ângulo, a viagem de verificação dos portos do norte, feita por Oswaldo Cruz, pode ter sido uma tentativa de criar vínculos com outros estados e instituições, almejando “demarcar territórios”. No Maranhão, era uma espécie de reafirmação dos vínculos estabelecidos pelos médicos que lhe antecederam. Além disso, a viagem pode ter sido uma forma de auferir prestígio e consagração do “herói sanitário” do país, em um momento oportuno para fazer propaganda da gestão de Oswaldo Cruz que obteve a supressão da Revolta da Vacina, na capital federal, no ano anterior.

Em periódicos locais e do Rio de Janeiro é possível perceber a repercussão positiva da jornada. Afinal, era a primeira vez que um diretor de saúde pública empreendia viagem tão extensa pelo Brasil, país que tivera serviços de higiene centralizados que se tinham preocupado quase que exclusivamente com os problemas de saúde de sua cabeça urbana, o Rio de Janeiro.<sup>139</sup> Houve, também, quem criticasse a viagem qualificada como passeio sem finalidade concreta. Foi o caso do médico Bricio Filho<sup>140</sup>, ao questionar as condições favoráveis oferecidas a Oswaldo Cruz para que pudesse seguir embarcado:

Oswaldo Cruz vai viajar à maneira dos príncipes ou dos milionários americanos que em *yacht* atravessam o oceano. É que s. ex. além de general da brigada mata-mosquito, força de terra, é almirante da esquadilha sanitária, sendo, além disso, príncipe da ciência, soberano da bacteriologia (BRICIO FILHO, 1905, p.2. Grifo do autor).

Em tom irônico o deputado ainda disse que a “viagem vai custar um pouco cara, mas isso não fará mal, porque aí está a verba de socorros públicos ou será aberto um crédito especial” (BRICIO FILHO, 1905, p.2). Não acreditando nos benefícios advindos desta empresa, onerosa aos cofres públicos, o deputado destaca que as expectativas do povo em relação àquela viagem seriam frustradas:

a admiração do povo pelos benefícios que vão resultar dessa viagem será mais duradoura que as nuvens de fumo vomitadas no espaço pelo cano do “República” e a esteira de espuma deixada pela hélice desse navio sanitário (BRICIO FILHO, 1905, p.2)

Controvérsias à parte, a viagem se concretizou. Oswaldo Cruz e João Pedroso de Albuquerque embarcaram no dia 29 de setembro de 1905, saindo do Rio de Janeiro em direção ao norte do Brasil. Não há registro de qualquer relatório produzido pelos expedicionários sobre

<sup>139</sup> Centralizado em relação aos portos. Afinal, as principais ações sanitárias federais ainda ocorriam na capital federal a partir de 1900. Apenas a partir dos anos 1930 que as ações federais de saúde se expandem para além do Rio de Janeiro com a colaboração dos demais estados.

<sup>140</sup> Natural de Belém – PA, mas deputado pelo estado de Pernambuco à época.

os dados que coletaram para o projeto de reforma da organização sanitária dos portos do país, o qual tampouco foi materializado em documento oficial. Porém, existem algumas cartas que Oswaldo Cruz endereçou à esposa, Emilia Fonseca Cruz, no decorrer da viagem, totalizando 16 missivas escritas desde sua saída do Rio de Janeiro até chegar ao Maranhão. Sobre o que ocorreu ao visitar os demais portos até Manaus, bem como seu retorno até o Rio de Janeiro, nada sabemos, pois não há continuidade dos registros (LIMA, 1997, p.160).

Analisar essas cartas, testemunho mais informal, é verdade, mas cheio de representações, ainda é um trabalho a ser feito por outros pesquisadores da história das ciências. Por enquanto, busco entender, principalmente, os significados da passagem de Oswaldo Cruz pelo Maranhão, no tocante à acolhida feita pelos médicos locais em torno de sua presença. Na divisão de documentação da Casa de Oswaldo Cruz (Arquivo da COC) encontrei poucos registros desta viagem, em especial sobre a presença de Oswaldo Cruz no Maranhão, apesar de haver um dossiê chamado *Expedição aos portos marítimos e fluviais do Brasil pela DGSP*, disposto na série “correspondências” do médico em questão. Encontrei nesta seção um caderno de anotações específico desta viagem, pertencente a Oswaldo Cruz, mas estava incompleto e com raras informações. Neste documento, consta uma lista de autoridades médicas e políticas que o médico encontrou em passagem por São Luís. Diferente das outras listas produzidas por Oswaldo Cruz, ao passar por outros lugares da viagem, a relação de autoridades maranhenses era bem maior em relação às demais, contando com 27 nomes, enquanto a lista de autoridades paraenses, por exemplo, contou com apenas 1 nome e a lista de autoridades de Manaus, 16.<sup>141</sup>

Mesmo sendo uma significativa fonte documental, essas cartas são uma produção rasa em comparação àquilo que Oswaldo Cruz elaborou a partir de expedições que faria a partir de 1910, em um contexto de desbravamento e integração do território nacional, à época em que as elites médicas e políticas lançavam um novo olhar para os locais remotos do país entendidos como “sertões” (SCHWEICKARDT; LIMA, 2007, p.22). Nas cartas que escreveu à esposa, o médico registrou as condições de saneamento que dispunham as cidades visitadas, muitas vezes lamentando a incipiente estrutura encontrada. Tece comentários depreciativos sobre os costumes locais, tanto das elites como das pessoas mais simples, estranhando quase sempre os

---

<sup>141</sup> Sua passagem pelo Maranhão foi descrita, principalmente, nos periódicos locais. Analisei as notícias sobre o evento publicadas nos jornais *Diário do Maranhão* e *Pacotilha*, relacionando alguns fatos com as informações obtidas através das poucas cartas que o médico endereçou à esposa, referentes à sua passagem pelo Maranhão. Considero importante mencionar, sobre os periódicos consultados, que o *Diário do Maranhão* era de orientação governista e o *Pacotilha* era contrário às decisões do governo, criticando as recentes contratações onerosas do serviço sanitário local. Porém, essas divergências não vieram à tona ao longo da passagem de Oswaldo Cruz, dada a repercussão positiva de seus feitos nas campanhas de saneamento da capital federal. Além dessas fontes, utilizei um texto elogioso produzido pelo médico maranhense Justo Jansen veiculado na *Revista do Norte*.

hábitos do lugar. Sobressai em seus escritos, também, uma visão de superioridade, uma vez que o médico se vê como portador da ciência, considerando-se acima dos modos de vida que encontrou e da cultura das camadas populares, entendidas como vítimas das oligarquias locais. Nessas cartas, Oswaldo Cruz externa sua preocupação com as condições de saúde em que viajavam os migrantes nordestinos levados para os seringais da Amazônia, que estava no auge do ciclo da borracha.

Nas cartas que retrata São Luís Oswaldo Cruz apresenta algumas características do universo que conheceu, mas enfatiza o modo como viviam Ezequiel Dias e Maria Cândida, a “Miúça”, irmã de sua esposa, Emília da Fonseca Cruz (“Miloca”). Narra as impressões que teve das homenagens que lhe foram prestadas, não fornecendo à esposa detalhes mais técnicos sobre o serviço sanitário do estado e as instituições locais que visitou.

#### 4.2.1 “Vida maranhense” através das cartas de Oswaldo Cruz

Oswaldo Cruz estava sendo aguardado em terras maranhenses desde o dia 10 de outubro daquele ano, quando os jornais locais apresentaram os objetivos da jornada empreendida pela DGSP. Em gesto de boas-vindas o *Pacotilha* anunciou que no dia 31 de outubro, uma terça-feira, às 7:00, havia desembarcado no porto de São Luís o “ilustre Diretor de Saúde Pública da capital federal que se acha em viagem de inspeção aos portos do norte, cujos serviços sanitários estão a cargo desta repartição por s.s. superiormente dirigida” (DR. OSWALDO CRUZ, 1905, p.1). Naquele dia, segundo o *Diário do Maranhão*, o diretor de saúde pública e seu secretário foram recebidos pelo dr. Ferreira Nina e todo o pessoal da Secretaria da Saúde do porto (DR. OSWALDO CRUZ, 1905, p.2).

Depois de algumas visitas, Oswaldo Cruz se recolheu à casa de Ezequiel Dias, na Rua Grande. Foi aí que escreveu a primeira carta a “Miloca”, em 1 de novembro de 1905. Oswaldo Cruz limitou-se a descrever os eventos que tinham ocorrido em Fortaleza, sua última escala de viagem, e o mar revolto que a embarcação enfrentara ao se aproximar do porto do Camocim, no Ceará, e ao passar pelo delta do Parnaíba, no Piauí. Na segunda carta, datada de 2 de novembro, o médico narrou a chegada da embarcação à baía de São Marcos, próxima à capital do Maranhão, região tradicionalmente temida pelos ventos constantes, pelo mar revolto e a presença de tubarões que assustavam navegadores desde os tempos coloniais. Nesta missiva,

Oswaldo Cruz reclamou dos enjoos que tanto lhe incomodavam e mostrou certa indignação com aqueles que diziam que sua viagem era de passeio e fora de propósito (CRUZ, 1905b, p.2).

Ao aproximar-se o *República* do porto de São Luís, Oswaldo Cruz, de longe, avistou Ezequiel Dias a acenar com o chapéu. Ao desembarcar foi recebido pelo inspetor da Alfândega, o deputado José Euzébio e outras “pessoas grandes”. Em comitiva, seguiram até a residência do dr. Dias, lugar em que ficou hospedado. No mesmo dia foi convidado para almoçar na casa do governador do Maranhão, Collares Moreira, enfrentando lá uma situação embaraçosa que rendeu descrição cômica a Miloca. Oswaldo Cruz (1905c, p.1) disse à esposa que, naquele almoço, “nunca se viu diante de tantos apuros!” A razão disso foi o fato de o governador ter se mostrado uma figura impertinente que interrompia constantemente sua fala, de Ezequiel e de Albuquerque. Collares Moreira frequentemente se levantava durante a refeição impedindo que os interlocutores se observassem durante as conversas. Some-se a isso o fato do almoço ter sido servido com grandes dificuldades, pois a dona da casa, conforme descreveu Oswaldo Cruz, estava muito atrapalhada. A situação foi bem constrangedora, segundo o médico.

A terceira carta escrita a Miloca apresenta mais detalhes sobre a cidade de São Luís, os personagens com que Oswaldo Cruz teve contato e, principalmente, a “vida de casal maranhense” que levavam Ezequiel e a esposa, Miúça (CRUZ, 1905c, p.2). Esta, escreve o médico, “mudou para metros”, pois estava mais gorda e com aspecto mais saudável. Além disso, Oswaldo Cruz encontrou a cunhada na posição de “dona de casa”. Com espanto, constatou que assumira a árdua missão de dirigir, na sua casa, uma “freguesia impagável”, composta por negros que ali trabalhavam e por animais que o casal mantinha (CRUZ, 1905c, p.2).

Oswaldo Cruz descreve minuciosamente a residência em que o casal habitava, demonstrando sempre admiração e, frequentemente, uma visão superior perante os “hábitos do norte” que ali prevaleciam. Elogia a arquitetura da casa, seus cômodos, os móveis lá dispostos. Refere-se à residência como arejada, ampla e com uma “sacaria” (varanda) invejável, características típicas de sobrados de famílias abastadas do núcleo urbano de São Luís. Da varanda, Oswaldo Cruz foi homenageado, no dia em que chegou, por banda de música contratada pelo governador do Maranhão (CRUZ, 1905c, p.2-3). No entanto, em outros trechos da carta, a casa é retratada com aversão, como lugar barulhento, por vezes sujo e habitado por pessoas indesejadas, como os negros que ali trabalhavam. Segundo Oswaldo Cruz a casa de Ezequiel e Miúça era frequentada por uma “negraria interminável”, dando o médico destaque a um “moleque” chamado João, com a “cara lambuzada de gordura” (CRUZ 1905c, p.1).



Outro negro citado é um “velho desdentado”, Cícero, que aparecia no final da noite para beber vinho e apanhar comida sorrateiramente. A casa ainda abrigava um negro que sempre se escondia quando Oswaldo Cruz estava presente. Outros criados são citados na carta que refere ainda grande quantidade e variedade de pássaros e outros animais a provocar muita sujeira. No quintal, era comum a presença de “horripilantes e fedorentos urubus” que, por vezes, adentravam a cozinha para subtrair alimentos. “A casa está identificada com esta bicharia racional e irracional, negros e pássaros que livremente vivem no auge da maior felicidade” – escreve o médico (CRUZ, 1905c, p.2). Perceba que ao referir-se aos negros de forma pejorativa, incluindo-os no patamar de “bicharia”, Oswaldo Cruz traz à tona os valores das elites de época da qual pertencia. Mesmo sintonizado às ideias republicanas, nas quais o regime escravista era considerado desumano, atrasado e contrário ao fortalecimento da economia do país, o seu olhar perante aquela parcela da população recém-liberta era excludente e hierarquizador.

Durante a estadia em São Luís teve a oportunidade de andar pelo núcleo urbano da cidade, especialmente pela Praça João Lisboa, Praça Gonçalves Dias e Rua Grande. Por vezes estava sozinho a contemplar o “lunar do norte”, fazendo esses passeios para se afastar do barulhento ambiente da casa na qual estava hospedado. Reclama da falta de novidades nas ruas de São Luís e, entediado, diz a Miloca que encontrou “muitos pretos e mais nada” (CRUZ, 1905c, p.3). Pela ênfase que se observa em sua narrativa, parece que Oswaldo Cruz ficou espantado com a ostensiva população negra em São Luís, fruto da introdução de escravos africanos no estado desde 1661, provenientes da Guiné e Angola, para trabalhar nas lavouras, sobretudo no interior do estado. A mão-de-obra cativa tornou-se um dos alicerces do sucesso do sistema agroexportador vivenciado no final do século XVIII e primeira metade do século XIX, e ainda utilizado-explorado como mão de obra livre nos anos seguintes. Estima-se que no final do século XVIII os negros representassem em torno de 40% da população do estado, quando somados à população de mestiços. Às vésperas da abolição o Maranhão era uma das províncias do norte e nordeste com o maior contingente de negros escravizados, estimados em cerca de 30 mil cativos (SILVA, 2014, p.33).

A Oswaldo Cruz descortinava-se uma sociedade ainda marcada pelo sistema agroexportador que, apesar da desintegração e substituição gradativa pelo sistema fabril, deixou marcas no estado como o casario colonial do núcleo urbano da capital e a quantidade de negros e mestiços que aí circulavam. Estes, por vezes recém-chegados das fazendas falidas do interior do estado, passavam a desempenhar atividades braçais e, mesmo, serviços especializados em São Luís. As ruas e becos da cidade eram os espaços em que transcorriam predominantemente as experiências do trabalho, da sociabilidade, das desavenças, paixões e lazer de negros e

mestiços (PEREIRA, 2006, p.44). Outro espaço destinado aos negros naquela sociedade era o âmbito doméstico das classes abastadas, como percebeu Oswaldo Cruz ao deparar-se com a criadagem de Ezequiel e Miúça. Os negros que ali encontrou eram livres naquele contexto pós-abolicionista, mas sujeitavam-se aos serviços domésticos, que ofereciam moradia, por fazerem parte de um grande contingente de trabalhadores livres que não eram absorvidos pelo sistema fabril então dominante. A presença da “negraria interminável” na casa do cunhado era um indicador de distinção social das famílias abastadas, que mantinham grandes residências, símbolos de opulência, através do trabalho de vários criados.

Na passagem por São Luís, Oswaldo Cruz teve a oportunidade de participar de divertimentos frequentados pela alta sociedade maranhense, como uma *soirée*, classificada pejorativamente pelo médico como “*soirée selvagem*”. Também foi convidado a assistir a uma peça de teatro no Teatro São Luiz (atual Teatro Artur Azevedo). Oswaldo Cruz ficou admirado com a qualidade da peça teatral encenada e a imponência do lugar (CRUZ, 1905c, p.3).

Os destinos das visitas oficiais realizadas nos dois primeiros dias foram: Inspetoria da Saúde do Porto, Repartição de Higiene, Fábrica de Tecidos Rio Anil, Escola Modelo e Escola Normal. Oswaldo Cruz não relatou à esposa as impressões que teve dessas instituições. O *Diário do Maranhão* noticiou de forma sucinta a passagem do médico por lá, registrando que ele considerara “bem preparada” a repartição de saúde do porto (DR. OSWALDO CRUZ, 1905, p.2). Na carta a Miloca em 5 de novembro, Oswaldo Cruz narrou com detalhes o evento mais importante a que foi convidado: um banquete em sua homenagem oferecido pelos médicos locais.

#### 4.2.2 Saudações ao “hóspede ilustre”: jogo de interesses em perspectiva

O jantar oferecido a Oswaldo Cruz no Hotel Central foi o evento que ganhou maior repercussão na capital durante sua estadia. Já havia sido anunciado desde 31 de outubro pelo *Pacotilha*, e veio a se concretizar no dia 4 de novembro. Segundo declaração do médico maranhense Justo Jansen Ferreira à *Revista do Norte* (1905, p.44), a finalidade do banquete era mostrar o reconhecimento dos médicos locais “aos que trabalham pelo engrandecimento da classe, e manifestar o interesse que tomam pelo bom êxito da aplicação, na cidade do Rio de Janeiro, dos princípios da doutrina havanesa, com relação à profilaxia da febre amarela”.

O *Pacotilha* nos fornece detalhes importantes da laboriosa engenharia do evento. Faziam parte da comissão organizadora os médicos Justo Jansen, Luiz Netto Guterrez e Carlos Peixoto da Costa Rodrigues.<sup>142</sup> A comissão de recepção no hotel era formada pelos médicos Felicissimo Fernandes, Oscar Galvão (presidente da organização) e Luiz Serra de Moraes Rego. O brinde principal ficaria a cargo do dr. Almir Nina. O *menu* escolhido era estritamente francês e as bebidas servidas deveriam ser champanhe, licores e café (DR. OSWALDO CRUZ, 1905, p.1). Conforme descreveram o *Diario do Maranhão* e o *Pacotilha*, tudo ocorreu como previsto na noite de 6 de novembro. Às 19:00 horas, Oswaldo Cruz tomou o lugar de honra no salão de festas do Hotel Central, ao som de orquestra regida pelos irmãos Almir Nina e Ferreira Nina, os “irmãos Parga”. Além dos componentes das comissões organizadoras, de Oswaldo Cruz, João Pedroso de Albuquerque e Ezequiel Dias, estavam presentes no banquete os seguintes médicos locais: Aureliano Veiga, Paulo Carvalho, Arthur Silva, Sylvio Ribeiro e Alvaro Sanchez (este decidira fixar residência em São Luís após constituir matrimônio e ser inserido no quadro de funcionários do governo do Maranhão).<sup>143</sup>

O jantar contou com três momentos de destaque, cada um liderado por um médico maranhense ao oferecer um brinde com champanhe ao convidado. O primeiro a homenagear Oswaldo Cruz foi o dr. Almir Parga Nina, que demonstrou as intenções da classe médica local em estreitar relações com a DGSP e com o Instituto de Manguinhos. Em primeiro lugar, destacou que os médicos do Maranhão, “este recanto obscuro da província”, tinham consciência da trajetória profissional e científica de Oswaldo Cruz. Deu exemplos para mostrar que conhecia sua atuação no combate à peste em Santos e seu papel na criação do instituto de medicina experimental no Rio de Janeiro, “onde está surgindo uma falange brilhante de jovens trabalhadores, esperanças já bem fundadas de futuras glórias científicas” (NINA, 1905, p.1). Almir Nina externou a admiração dos médicos maranhenses pelos feitos de Oswaldo Cruz na direção dos serviços sanitários do país, em especial no combate à febre amarela que flagelava a população e comprometia as relações internacionais. Elogiou, ainda, a participação no Congresso Latino Americano de Buenos Aires. O discurso procurava demonstrar que os médicos maranhenses estavam a par dos acontecimentos no campo da higiene pública ocorridos no eixo Rio-São Paulo. O médico Justo Jansen Ferreira (1905, p.44) também demonstrara estar

---

<sup>142</sup> Sobre Netto Guterrez e Carlos Peixoto da Costa Rodrigues, médicos que viriam atuar no Serviço de Profilaxia Rural no Maranhão, ver capítulo subsequente.

<sup>143</sup> Não compareceram ao banquete, mas enviaram pedidos de desculpas os médicos Affonso Saulnier, Francisco Carvalho, Heraclito Mattos, Domingos Carvalho, Tiberio Bularmaque e Juvêncio Mattos, número significativo de faltosos.

ciente das iniciativas de Oswaldo Cruz no campo da higiene, na nota que publicou na *Revista do Norte* sobre a passagem do líder da DGSP pelo Maranhão:

Como médico e brasileiro, aqui venho render homenagem aos que empreenderam essa campanha contra semelhante moléstia [febre amarela], de cuja extinção resultará o engrandecimento da cidade do Rio de Janeiro, que dotada de todas condições e comodidades exigidas pelos higienistas e arquitetos, será, mais tarde, a primeira da América do Sul, de acordo com a posição do Brasil que nela sempre ocupou primeiro lugar. E então o colossal gigante de pedras, que guarnece o horizonte da baía de Guanabara, fitando os olhos no oceano e estendendo os braços para as arcas carregadas de imigrantes, que somente se encaminhavam para as terras argentinas, lhes dirá: vinde, sem receio, ancorar no porto do Rio de Janeiro, porque se eu há muito vos assegurava a riqueza, agora vos garanto a vida também.

O ponto mais importante do discurso de Almir Parga Nina, no primeiro brinde do jantar comemorativo, foi quando externou a expectativa de seus pares em relação à viagem empreendida pelo “ilustre hóspede”. Esperava que não fosse somente uma

viagem de estudo das necessidades urgentes e palpitantes da nossa reorganização sanitária, mas que, **pondo-o em contato com seus colegas dos Estados, em troca de ideias, despertando unidade de vistas, não só em relação a questões científicas, senão, também, sob o ponto ético, seja precursora de cometimentos idênticos, que concorram para estreitar cada vez mais os laços de solidariedade da grande família médica brasileira**, que os médicos maranhenses não querem ver retalhada em grupos pequeninos de um regionalismo estreito e estéril, mas sim forte e unida (NINA, 1905, p.1. Grifo meu).

“Visivelmente comovido”, lê-se em o *Pacotilha* Oswaldo Cruz agradeceu as palavras enaltecedoras e disse que iria guardar a feliz recordação daquele momento. Outras exaltações retóricas ocorreram ao longo da cerimônia. O dr. Ferreira Nina, inspetor da Saúde do Porto, brindou à união entre o serviço sanitário marítimo (representado por Oswaldo Cruz e Albuquerque) e o terrestre, liderado pelo dr. Ezequiel Dias. O dr. Luiz Serra de Moraes Rego elevou outro brinde e homenageou o dr. Marques Lisboa, lembrando sua atuação no combate à peste bubônica em 1903, bem como a fatalidade de haver contraído a doença que viera combater (DR. OSWALDO CRUZ, 1905, p.1).<sup>144</sup>

O dr. Henrique Lisboa foi, então, mais que um caridoso profissional – a palma do martírio lhe havia engrinaldado a frente; quase transpõe as raias do martírio científico. Pois bem. Ali estava diante do seu respeitável mestre e representado por um discípulo igualmente adiantado e querido, o dr. Ezequiel Dias, diretor da Saúde Pública entre nós, a imagem deslumbrante do seu estimável colega e amigo, que ele sabia respeitado de todos os colegas (REGO, 1905, p.1).

<sup>144</sup> Lembremos que além de ter contraído peste Marques Lisboa saiu do Maranhão com uma má fama construída por um jornal de oposição ao governo.

O dr. Luiz Moraes Rego, por sua vez, também expressou gratidão pelos feitos de Marques Lisboa na capital, lembrando que a estreita ligação entre o mestre e o discípulo na escola Manguinhos tinha sido uma antecipação daquele momento glorioso em que Oswaldo Cruz era recebido no Maranhão. O discurso de encerramento do banquete ficou a cargo de Ezequiel Dias, discípulo também de Oswaldo Cruz e “irmão em escola” de Lisboa. O diretor do Serviço Sanitário do estado manifestou em seguida gratidão aos médicos locais, “cuja colaboração tem encontrado facilidades para sua função de diretor do Serviço Sanitário e cuja fraternidade tem sentido nesta terra hospitaleira” (DR. OSWALDO CRUZ, 1905, p.1). Perceba que a missão paulista de combate à peste não foi lembrada e, naquele contexto, já não era considerada tão relevante entre alguns segmentos locais, como o *Pacotilha*, por exemplo, que se encarregou de criticar a atitude de Victor Godinho de falar das deficiências do estado em seu relatório de prestação de contas. Além disso, o jornal criticava as ações do paulista Militão Pacheco que aspirava cumprir os artigos do Código Sanitário instituído, mas que acabou por despertar a ira de proprietários de imóveis da capital.

Na carta a Miloca, Oswaldo Cruz contou que a festa fora muito animada, com boa alimentação, e havia sido preparada com muita distinção e carinho. O médico anexou à carta um recorte do *Pacotilha* com a matéria que descrevia o banquete e, também, uma cópia do *menu* servido. Na matéria constava a homenagem a Marques Lisboa e, por isso, inseriu uma observação na missiva destinada a Miloca: “Peço-te que depois de leres mandes levar essas tiras ao Henrique [Marques Lisboa], que, certamente ficará satisfeito de que, embora tarde, já começam a fazer-lhe justiça aqui” (CRUZ, 1905d, p.1).

Pelas homenagens eloquentes, em especial o discurso de Almir Nina, fica claro o desejo de unidade que os médicos locais da chamada “obscura terra” almejavam consolidar com o Rio de Janeiro. Aquela seria uma oportunidade para causar boa impressão no diretor da DGSP, demonstrando que, mesmo em um lugar distante das capitais que estavam na vanguarda da medicina experimental, existia um grupo de médicos atuantes, aparentemente unidos, e cientes dos trabalhos do dr. Cruz outrora realizados no Rio de Janeiro. Acredito que tratava-se de um artifício retórico, pois não existia um grupo de médicos locais, unidos, e em perfeita afinidades de ideias. Na imagem construída pelos jornais locais sobre a cerimônia, prevalecem a diplomacia e a retórica elogiosa usados para estreitar as relações entre as regiões do Brasil e o Distrito Federal ali representados. Mas em carta a Miloca, Oswaldo Cruz (1905c, p.3) narrou um fato que ameaçou o cerimonial, omitido pelos periódicos e que denota a falta de coesão naquele possível grupo de médicos locais. No decorrer do jantar, um médico maranhense, irmão da esposa do dr. Sanchez, adentrou o recinto bruscamente, encharcado pela forte chuva que caía

em São Luís, disposto a discursar para o público. Oswaldo Cruz notou que a sua presença não era bem-vinda e foi informado de que o “pobre médico” era louco. Segundo o homenageado, o mal estar foi grande e pareceu “que a festa iria acabar em grossa pancadaria” (CRUZ, 1905c, p.3). Aliás ela só não ocorreu porque o cerimonial foi abreviado, evitando-se maior vexame.

Acredito que o cerimonial era uma oportunidade para reafirmar as alianças que vinham se desenhando entre os médicos locais e os médicos de Manguinhos. Além de oferecer a oportunidade dos médicos maranhenses apagarem qualquer imagem de ingratidão no tocante aos trabalhos do dr. Lisboa, substituído pelo dr. Victor Godinho. As boas relações cultivadas, por exemplo, foram importantes para o envio de João Pedroso de Albuquerque a São Luís três anos depois, quando grassava uma epidemia de peste de bubônica. Apesar de não ter uma conexão direta como evento, como identificarei mais adiante, a aliança que os médicos locais desejavam manter encontrará seu auge em 1919 com a instalação de uma filial do Instituto Oswaldo Cruz no estado. A escolha do Maranhão para ser a sede do IOC no norte/nordeste muito se deve a foça política oligárquica em vigor naquela época encampada pelo senador Urbano Santos. Mas, provavelmente, contou o fato de ser uma região relativamente conhecida pelos cientistas de Manguinhos.

O jogo de interesses implícito na viagem e nas homenagens prestadas aos expedicionários também parece sugerir que a permanência de Oswaldo Cruz em São Luís, além de ter em mira as condições do porto da capital maranhense, pode ter servido para a demarcação do território que o Instituto de Medicina Experimental Manguinhos almejava ocupar, para além do Rio de Janeiro. A Instituição estava cada vez mais interessada em expandir seu raio de ação pelo país, projeto viabilizado por articulações com autoridades políticas e sanitárias de outros estados, como mostra aquelas encenadas pelos figurantes do presente capítulo (BENCHIMOL, 1990a, p.26-28).

No dia seguinte ao jantar, nova homenagem ao hóspede agitou as autoridades locais: a Oswaldo Cruz e a seu secretário, Albuquerque, foi oferecido um almoço na casa do governador Collares Moreira, conforme noticiou o *Diario do Maranhão*. Além da família do governador compareceram 21 autoridades políticas ou personalidades de destaque no estado. Afonso Pinho (Intendente Municipal), José Eusébio (Deputado Federal), Américo Reis (Presidente do Congresso), Domingos Barbosa (Secretário do Governo), Soares Filho (chefe de polícia), Braulino Lago (guarda mor da Alfândega), Palmerio Cantanhede (engenheiro do estado), Ezequiel Dias (diretor do Serviço Sanitário do estado), dentre outros, compareceram

ao almoço.<sup>145</sup> O governador ofereceu um brinde a Oswaldo Cruz e este retribuiu com outro ao povo maranhense, ali representado por Collares Moreira Junior e seus ilustres convidados. Domingos Barbosa, secretário do governo, levantou um brinde a Oswaldo Cruz em nome dos maranhenses. O governador encerrou aquela sessão de rapapés com um brinde em honra ao senador Benedito Leite, ausente na ocasião (DR. OSWALDO CRUZ, 1905, p.2).

Na segunda feira dia 6 de novembro Cruz e Albuquerque, acompanhados pelo inspetor de saúde do porto, Ferreira Nina, visitaram o Isolamento do Bonfim, mas não há registros sobre suas impressões do lugar. Localizado na Ponta do Bonfim, lugar precário e distante do centro da cidade, separado da capital pela foz dos rios Bacanga e Anil, o Isolamento servia à reclusão de alguns excluídos da sociedade.<sup>146</sup> Dia 8 de novembro de 1905 Oswaldo Cruz despediu-se de São Luís e embarcou rumo ao estado do Pará. O *Diario do Maranhão* noticiaria as datas e os locais em que o vapor *República* aportou até chegar, em 17 de novembro, a Manaus.

Como disse, Oswaldo Cruz não produziu um relatório sobre essa viagem de inspeção aos portos do norte, mas uma nota publicada no *Jornal do Comercio* e reproduzida no *Pacotilha* traz algumas impressões da viagem, com base em entrevista concedida por Oswaldo Cruz ao jornal. A nota apresenta alguns dados do cotidiano da expedição desde a saída em 29 de setembro de 1905 do porto do Rio de Janeiro, como a dificuldade de contornar o litoral do Rio Grande do Norte, devido à maré alta. Lista os 24 portos visitados pelos viajantes nos estados do Espírito Santo, Bahia, Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte, Ceará, Piauí, Maranhão, Pará e Amazonas, mencionando que Oswaldo Cruz planejava outra viagem, pelo sul do país. Segundo a nota, Oswaldo Cruz tinha encontrado inspetorias ou delegacias de saúde em 16 portos, mas algo semelhante a um serviço de higiene efetivo e bem organizado era “praticamente nulo”:

Nada existe que possa servir à desinfecção sanitária ou a alguma outra medida de defesa. O serviço de saúde limita-se única e exclusivamente a uma visita feita às embarcações pelo delegado ou inspetor de saúde, sem outras providências. O que diz respeito à administração é perfeito. Os encarregados do serviço, disse-nos o dr.

---

<sup>145</sup> Os demais convidados ao almoço, segundo o *Diario do Maranhão*, foram: Reis Lisboa (Presidente do Supremo Tribunal), João Gualberto Torreão da Costa (Desembargador), Cel. Nuno Pinho (escrivão do Registro Civil), Justo Jansen (médico, professor do Liceu e da Escola Normal), Hermenegildo Jansen (comerciante), Ten. Cel. Cantanhede Moreira (conferente da alfândega), Tasso Coelho (juiz de direito da capital), João Machado (inspetor da instrução pública e diretor do Liceu), Major Goiabeira (comandante do corpo de infantaria), José Gomes Murta Filho (encarregado da Estação telegráfica) e Mj. Moreira Nina (fiscal do imposto de consumo) (DR. OSWALDO CRUZ, 1905, p.2).

<sup>146</sup> Sobre o Isolamento do Bonfim ver capítulo 1. Item 1.3. C.f. p. 50. Atualmente chama-se Hospital Achilles Lisboa e está destinado ao tratamento de portadores do mal de Hansen.

Oswaldo Cruz, não podem fazer impossíveis nem dar o que não têm (SAÚDE PÚBLICA, 1905, p.1).

O chefe da DGSP anunciou que em Caravelas, Mossoró e Camocim seriam instaladas delegacias de saúde tendo em vista a importância desses portos e volume de transações comerciais que transcorriam lá. Providências significativas seriam tomadas nesses e nos demais portos: construção de estações de desinfecção para navios e desinfetórios para os passageiros e habitantes, hospitais de isolamento, fornecimento de barcos de desinfecção, com a nomeação de profissionais adequados a esses serviços. Tais ações de prevenção de doenças transmissíveis seriam iniciadas no ano de 1906, destinando-se a elas alguns milhares de contos (SAÚDE PÚBLICA, 1905, p.1). Há que se considerar que esse auspicioso plano geral de saneamento dos portos não veio a ser concretizado nos anos posteriores (FUNDAÇÃO, 2002, p.113).

Sete dias depois da partida de Oswaldo Cruz de São Luís, em 8 de novembro de 1905, foi a vez de Ezequiel Dias regressar à capital federal. Como disse, nenhuma explicação foi apresentada para que o médico fluminense fosse licenciado do cargo de diretor do serviço sanitário do Maranhão e substituído, interinamente, pelo dr. Alvaro Sanchez. Porém, na última carta endereçada à esposa, referente a São Luís, Oswaldo Cruz disse que examinou Ezequiel à pedido de sua esposa, Miúça. Notou que estava com faringite, muita tosse, pálido e magro. Aconselhou um regime alimentar mais completo e, em seguida, comunicou ao governador e ao senador Benedito Leite que o mesmo deveria ser afastado de suas funções e encaminhado ao Rio de Janeiro o mais rápido possível (CRUZ, 1905c, p.3). Ezequiel Dias não retornaria ao Maranhão e, como já mencionei, a hipótese mais provável é que tenha adquirido ou manifestado a tuberculose durante sua estadia no estado.

Passada a efêmera euforia causada pela presença dos médicos de fora, o Maranhão continuou imerso nos problemas crônicos relacionados à saúde pública e que tanta repercussão ganharam no período em que grassou a epidemia de peste bubônica na capital. Com a saída de Ezequiel Dias, voltou a reinar a instabilidade na direção do SSM. Isso, seguramente, comprometeria a execução de medidas mais eficazes e a longo prazo no tocante à saúde da população.

#### **4.3 Maranhão, lugar de promessas não cumpridas e a epidemia de varíola (1907-1908)**



A verdade, a dura verdade é que apesar do muito que o Estado depreende com a Higiene pública, nada temos ainda organizado nesse sentido. Continua tudo em programas e não passaram ainda do papel as grandes reformas projetadas. As condições gerais de salubridade da cidade são as mesmíssimas de 14 anos atrás. Falta-nos tudo, absolutamente tudo (REBATENDO, 1905, p.1).

Embora tenha sido produzida por um órgão de oposição declarada ao governo, a nota acima, veiculada no jornal *Pacotilha*, é uma coerente representação do cenário maranhense nos primeiros anos do século XX. Existiu frequente variação, como tenho destacado, nos cargos de liderança do serviço sanitário do estado. À época da nota, mais um médico designado para esse trabalho deixou o cargo (e a cidade). A crítica feita também diz respeito a investimentos direcionados pelo governo do Maranhão à contratação onerosa para a higiene pública, de profissionais mais experientes no campo da microbiologia na época, mas que não conseguiam ou não se dispunham a exercer atividades duradouras, seja porque o contrato era de natureza emergencial, como no caso de Victor Godinho, ou por falta de apoio político para consecução de seus projetos, como foi o caso de Militão Pacheco, ou ainda, por problemas de saúde, como ocorreu com Ezequiel Dias.

Denotando uma visão idealizada do problema, o *Pacotilha* lamentava que o senador Benedito Leite, autoridade que cuidava das articulações entre o governo do estado e os profissionais de fora, ainda não houvesse encontrado médicos capazes de servir à região aliando desinteresse financeiro e competência profissional. Por isso, o jornal questionava o direcionamento dos limitados recursos do estado para as últimas contratações sem que tivesse sido sequer iniciada alguma das obras prometidas na Lei Sanitária de 1904, ou atendida alguma das propostas que havia feito Victor Godinho em seu relatório, em particular a instalação de um adequado sistema de esgotos. Aliás, este era um problema antigo costumeiramente criticado nos periódicos locais desde o século XIX e pelos inspetores de higiene. Com a chegada da República esses discursos críticos ganharam nova potência retórica dando origem a estudos mais detalhados como aquele feito pelo engenheiro do estado Palmeiro Cantanhede, ou a denúncias feitas em relatórios de inspetores sanitários.<sup>147</sup>

Um das maiores reclamações veiculadas pelo jornal de oposição relaciona-se à estrutura do matadouro da capital. As informações apresentadas pelo periódico evidenciavam a elevada insalubridade do local, tanto nos setores em que os animais eram acomodados e em seguida abatidos até os meios de transporte da carne e dos dejetos resultantes do abate. Baseando-se nas críticas que Victor Godinho (1904, p.132-135) fez a matéria destacou que as

---

<sup>147</sup> Como vimos no segundo capítulo da tese.

autoridades estavam cientes do problema, tanto que o Intendente Municipal havia demonstrado interesse em melhorar a situação. Outro ponto abordado refere-se às péssimas condições de higiene do mercado público da capital, coberto por moscas, com água estagnada no inverno e poeira no verão. O sistema de distribuição de água também foi alvo de críticas. Aliás, foi utilizado como forma irônica de exemplificar a quantidade de projetos de saneamento não concretizados pelo governo. O jornal destaca a opinião de um médico de fora, mantido no anonimato, sobre os riscos do consumo de água contaminada:

Quanto à água nem é bom falar. Não há muito um ilustre médico, de passagem por esta capital, onde se demorara por alguns meses, dizia-nos em frente a mesa em que agora escrevemos, como seu habitual humor: Vocês do Maranhão não distribuem água potável propriamente. A que corre por esses canos é água para regar plantas e dar de beber aos animais. E isso mesmo pouca. Em verdade, entre nós é coisa ainda desconhecida a filtragem da água antes de ser distribuída à população. E os exames bacteriológicos, que fixaram nos boletins, cremos que ainda não baixaram a esse particular, aliás de primeira necessidade. Também este assunto está em estudos, está em projetos. O governo vai suprir convenientemente a cidade de água potável. Ou trará do límpido e caudaloso Rio Una, ou então... dos mananciais do Sacavém, o sr. Benedito Leite, que se fez acompanhar por médicos quando foi examinar esse manancial, conhece o resultado do exame bacteriológico da água ali recolhida? É natural que sim, por que s.s., com justiça, tem em grande conta os exames bacteriológicos. E, em relação às condições gerais de higiene, não conhecemos exame quando se tratam de escolher novos mananciais. Mas já se fez exame da água que nos dão para beber, e da dos outros mananciais que se pretendem aproveitar? **Projetos, projetos, tudo projetos! São projetos em chusma! Em verdade, porém, faltamos absolutamente todas as condições primárias de salubridade da cidade, que, infelizmente, os projetos do sr. Benedito Leite não suprem.** E ainda s.s. nos vem falar do nosso serviço de higiene! O que temos é uma burla, por que serviço regular de higiene, sem condições gerais de salubridade, é um impossível! E basta, por hoje! (REBATENDO, 1905, p.1. Grifo meu).

Não temos aqui somente um relato opositor ao governo do estado que magnifica aspectos negativos da cidade para nutrir o sentimento de rejeição à figura política de Benedito Leite. Trata-se de um período de estruturação do aparelho técnico, conceitual e material da higiene pública do Maranhão e neste processo estão alicerçados os problemas ligados à falta de saneamento não digo no Estado, mas em sua capital. Os discursos que analiso limitam-se aos problemas de saúde pública de São Luís, dando a ilusão de que valem para todo o Maranhão, como já apontei neste estudo. Os tipos de doenças que acometiam as populações do interior e os meios de enfrentamento destas permaneciam desconhecidos, negligenciados e mesmo ofuscados pelos acontecimentos da capital. E mesmo nessa esfera se verifica incompreensão por parte da administração pública estadual e municipal do que era da competência de cada uma no tocante aos problemas urbanos de São Luís.

Não são poucos os trabalhos na historiografia maranhense que destacam o cenário de insalubridade no período, sobretudo nesta cidade. Nos capítulos iniciais desse estudo apontei as deficiências do serviço de distribuição de água, captação de esgoto e remoção de lixo, bem como as alternativas que alguns intelectuais maranhenses lançaram para resolver o problema. A resposta das autoridades políticas para a falta de investimentos nesse setor era a situação financeira do estado, imprópria para grandes ações de higiene pública. No entanto, há que se considerar que existiu uma fase de relativa melhora orçamentária no estado, no início do século XX, mas que ainda estava longe de ser uma situação de prosperidade econômica. Fernandes (2003, p.51-52), ao analisar os anos iniciais da República no Maranhão, destacou as condições precárias das finanças do estado. A dívida crescente da Fazenda Pública com vários credores no estado, estimada em 4.000:000\$000 em 1908, era agravada pelos juros pagos com irregularidade. Esta situação atingia diretamente o funcionalismo público, que lutava para receber os vencimentos a que tinha direito, especialmente os professores atuantes no interior do estado. Não é difícil supor que esta situação possa ter afetado outras áreas do aparelho estatal, como o Serviço Sanitário. Em consequência disso, pairava um sentimento de “descrédito vergonhoso”, nas palavras de Fernandes (2003, p.52), em relação ao governo.

Em 1906 teve início o quadriênio administrativo do governador Benedito Leite, que deveria se estender até 1 de março de 1910, caso não tivesse falecido em março de 1909 (FERNANDES, 2003, p.55). Com a morte do político que fora a figura mais representativa nas ações de combate à peste bubônica, os problemas de saúde voltaram a ter pouca visibilidade, especialmente porque uma crise política passou a ser o centro das atenções das autoridades locais. Trata-se da situação de “dualidade” criada com a viagem de Benedito Leite à França, onde viria a falecer. Antes de partir, passou o governo para Arthur Quadros, vice-governador do Estado. Este, por sua vez, ao viajar para o sul do país, entregou provisoriamente a liderança do governo para o deputado Mariano Lisboa, Presidente do Congresso Estadual, em 25 de fevereiro de 1909, que se recusou a devolver o cargo quando Quadros retornou ao Maranhão. Estava criada a confusão política e administrativa: Mariano Lisboa governava do Palácio e Arthur Quadros de sua residência (MEIRELES, 1993, p.68; REIS, 2007, p.84). Nas palavras de Fernandes (2003, p.57): “A balbúrdia instalou-se em toda a vida do Estado”.

Ela começou a ser contornada ainda em 1909 quando o então presidente da República, Nilo Peçanha, exigiu a renúncia de ambos. Em 1910 foi eleito o Luís Antônio Domingues da Silva para o quadriênio governamental 1910 a 1914. O novo governador entrou em exercício com a promessa de dar mais atenção às obras de saneamento no estado e, para isso, fez um empréstimo com banco francês no valor de 2.000:000\$000. Com a eleição deste

antigo parlamentar maranhense, instaurou-se certa harmonia política, conseguindo ele apaziguar as dissensões partidárias. Além disso, o novo governador contaria com o apoio de Urbano Santos, senador maranhense e figura importante para viabilizar ações federais de combate às doenças no Maranhão, sobretudo as endemias rurais, nos anos seguintes (FERNANDES, 2003, p.57; MEIRELES 1993, p.68).<sup>148</sup>

Talvez tenha ficado mais claro para o leitor as razões pelas quais nos treze anos submetidos a estudo neste capítulo tenha sido tão inexpressiva a atuação do Serviço Sanitário do estado e tão transitórios seus cargos de liderança. Além dos motivos pessoais dos diretores, das divergências com o governo ou do caráter emergencial das gestões, a instabilidade política e a carência de recursos certamente dificultaram a manutenção de profissionais em períodos mais duradouros e profícuos. Para que o leitor tenha ideia da transitoriedade dos diretores do SSM, elaborei uma tabela com os nomes e as instituições de origem dos médicos que ocuparam este cargo desde a epidemia de peste bubônica em 1904 até a chegada do Serviço de Profilaxia Rural em 1918 no Maranhão, com base em diferentes documentos e no impreciso relato do jornalista Fran Paxeco (1922, p.700):<sup>149</sup>

**Tabela 2. Diretores do Serviço Sanitário do Maranhão entre os anos 1904-1918**

<b>Início da gestão</b>	<b>Término da gestão</b>	<b>Médico diretor do SSM</b>	<b>Procedência</b>
8/02/1904	31/06/ 1904	Victor Godinho	Serviço Sanitário de São Paulo
1/07/1904	26/12/1904	Augusto Militão Pacheco	Serviço Sanitário de São Paulo
02/01/1905	25/02/1905	Felicissimo Rodrigues Fernandes	Consultório particular em São Luís / SSM
25/02/1905	14/11/1905	Ezequiel Caetano Dias	Instituto de Manguinhos

<sup>148</sup> Sobre Urbano Santos, ver capítulo seguinte.

<sup>149</sup> Reconheço o valor da tentativa de sistematização realizada pelo jornalista Fran Paxeco (1922, p.700) ao indicar alguns dos principais médicos diretores do Serviço Sanitário do Maranhão no período destacado. Porém, a descrição é imprecisa, no que tange à delimitação da cronologia da atuação destes, o que deixa o relato confuso e passível de ser confrontado com outras fontes existentes, como os periódicos locais.

14/11/1905	3/02/1906	Alvaro Souza Sanchez	Hospital de Isolamento de Jurujuba / SSM
3/02/1906	17/05/1906	Antonio Cardoso Fontes	Instituto de Manguinhos
17/05/1906	15/09/1906	Alvaro Souza Sanchez	Hospital de Isolamento de Jurujuba / SSM
17/09/1906	8/11/1908	Felicissimo Rodrigues Fernandes	Consultório particular em São Luís / SSM
8/11/1908	1/12/1908	Juvêncio Mattos	Consultório particular em São Luís / SSM
1/12/1908	3/02/1909	João Pedroso de Albuquerque	DGSP
13/02/1909	Indeterminado	Oscar Galvão	Consultório particular em São Luís / SSM
Indeterminado	23/04/1914	Juvêncio Matos	Consultório particular em São Luís / SSM
23/04/1914	04/1916	Indeterminado	Indeterminado
04/1916	1918	Bento Urbano da Costa	Consultório particular em São Luís / SSM

Divergindo da análise de Palhano (1988), que acredita que existia uma rede de privilégios que determinava quem teria acesso aos serviços voltados à salubridade nesse período, Meireles (1993, p.65) dá ênfase ao fato de estarem as autoridades políticas ocupadas com a crise política local em vez de questões concretas como os investimentos em higiene pública. Isso explicaria a coexistência da insalubridade tão notória no período com a volumosa instituição de decretos e leis voltadas à saúde pública, as contratações onerosas de pessoas de renome e a constante retórica pomposa e mesmo pedante a emoldurar estudos e projetos que, na maioria das vezes, não saíam do papel.

Além dos discursos carregados de emoção encontrados nos periódicos de época, uma forma de verificar a extensão e concretude dessas promessas é analisando-se as *Mensagens*

apresentadas pelos governadores ao Congresso Legislativo do Estado, espécie de relatórios escritos pelos governadores em exercício em que apresentavam as decisões tomadas por ele ao longo de um ano de gestão. Divididas em seções, estas mensagens trazem em anexo relatórios de órgãos públicos como o Serviço Sanitário do Estado, a Diretoria do Registro Civil e a Secretaria de “obras públicas”. Uma análise das mensagens produzidas entre 1907 e 1918 denota a escassez de obras ligadas ao saneamento de São Luís e ao interior do estado, demonstrando o descompasso entre as intenções da Lei sanitária de 1904, que inclui o Código Sanitário, e a efetivação dos artigos ali instituídos.

No ano de 1907, consta na seção de “obra públicas” que foram realizadas obras de reconstrução e reparos no Teatro, no prédio da Companhia de Bombeiros, na Escola Normal e no palácio do governo (MARANHÃO, 1907, p.24-26). Em 1913<sup>150</sup>, reformaram-se outros prédios públicos como o Palácio da Justiça, Palácio do Congresso, Penitenciária, Escola Normal e Imprensa Oficial. Obras foram realizadas no interior do estado como os reparos no Porto de Guimarães e Turiaçu, e na cadeia pública de Barra do Corda. Neste documento, consta também a construção da estrada de rodagem ligando São Luís a São José de Ribamar e o início da desobstrução do rio Mearim para facilitar o escoamento da produção local (MARANHÃO, 1913, p.22). Como se vê, quase nada tinha relação com o estabelecido na Lei Sanitária de 1904, com exceção dos reparos no teatro e penitenciária, locais de aglomeração de pessoas e de possível propagação de doenças.

Em 1914 pequena mudança no quadro das ações ligadas à saúde pública foi registrada. Iniciaram-se as obras de construção da rede de esgotos e de água na capital, mas naquele ano não entraram em funcionamento por não ter sido quitada a terceira prestação do contrato firmado com a empresa responsável pela construção. Outras obras foram realizadas no estado como a reconstrução do posto policial de São João, reparos na Chefatura de Polícia da capital, reconstrução do quartel do Corpo Militar do Estado, reparos na Escola Normal, Internato dos Educandos Artífices etc. Em 1916 foi iniciada a construção de usina Gasômetro, para fornecer energia para a iluminação a princípio do quartel e da penitenciária. Em seguida, abasteceria outros prédios públicos e alguns prédios comerciais. Naquele ano registrei reparos na biblioteca do estado, e teve início também a construção de barragens para contenção das cheias dos rios Mearim e Itapecuru, que causavam transtornos aos produtores agrícolas que margeavam esses rios.

---

<sup>150</sup> Não existem relatórios referentes aos anos 1908, 1909, 1910 e 1912. No ano de 1911 foi produzido relatório, mas ali consta que nenhuma obra foi realizada por ausência de verbas.

Nesse quadro de poucos investimentos em higiene pública a peste bubônica dava às caras sorrateiramente. A doença foi oficialmente declarada extinta em maio de 1904 através de termo assinado por Victor Godinho, em meio a muitas comemorações. Porém, a história da doença no Maranhão, posso adiantar, estava apenas começando. Oficialmente 3 epidemias de peste bubônica foram registradas. A primeira, como vimos no capítulo anterior, foi em 1904, restringindo-se à capital. A segunda, foi em 1908, também restrita à capital. A terceira, em 1921-1922, foi iniciada no interior do estado, na cidade de São Bento, estendeu-se até a capital, sobretudo na área periférica chamada Codozinho.

Desde a epidemia iniciada em 1903 casos de peste, em maior ou menor intensidade, foram registrados nos anos seguintes. Um relatório produzido pelo diretor do SSM, Felicissimo Fernandes, ao substituir o dr. Militão Pacheco no cargo, destacou que teria observado até o dia 13 de fevereiro de 1905, 12 casos de peste na capital, sendo estes encaminhados ao Isolamento. Não vieram a óbito, segundo o médico, que acreditava que eram erupções de focos antigos e não uma invasão epidêmica, através do porto de São Luís:

A mortandade de ratos e os casos de peste agora observados no homem, embora esporádicos, tem se dado em pontos da cidade tão afastados uns dos outros, que não se pode duvidar que não sejam novas erupções de focos antigos. Entre os casos de peste agora observados, notam-se 4 em casas de onde foram doentes removidos de peste na epidemia anterior; dentre os 8 restantes, 2 se deram em casas contíguas a focos primeiro da epidemia, 3 em casas separadas de focos por interposição de uma casa, e 3 em casas cujas vizinhanças devem ser consideradas limpas, porque não consta nesta repartição que nelas se tivessem dado casos de peste no homem. Nem se podia esperar outro resultado, porque, por mais cuidadoso que fosse um serviço de desinfecção, não é possível conseguir-se levar as soluções desinfetantes a todos os covis dos ratos que habitam um prédio (FERNANDES, 1905, p.1-2).

No geral, as campanhas de combate à peste, com base na eliminação de hospedeiros e vetores combinado ao isolamento e tratamento dos doentes, empreendidas a partir da epidemia em Santos, em 1899, conseguiram controlar razoavelmente a doença nos centros urbanos. Porém, isso não impediu a propagação da doença para o interior do país e em outras regiões litorâneas mais afastadas dos focos iniciais da doença. A partir de 1906 a peste alastrou-se até regiões mais remotas, através das vias férreas e estradas de rodagem que eram construídas. Além de Fortaleza, que teve casos de peste desde 1900<sup>151</sup>, focos dispersos da doença foram registrados pelo semiárido do Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba (Campina Grande

---

<sup>151</sup> Existem controvérsias sobre a presença de peste bubônica no Ceará. O médico Arthur Vianna (1975) diz que em 1900 os casos suspeitos não eram de peste a julgar pela verificação feita por uma equipe de médicos paraenses trazidos pelo governo do Ceará para avaliar a situação. Aragão et. al.(2007), de maneira diferente, estabelece que naquele ano houve grave epidemia de peste bubônica em Fortaleza, estabelecendo-se a doença lá de forma endêmica nos anos posteriores, até irromper novo e grave surto em 1906.

inclusive), Pernambuco, Alagoas, Bahia e sua capital, e mesmo em Minas Gerais. No Rio de Janeiro, a doença chegou a atingir a cidade de Campos, e em São Paulo verificou-se uma epidemia na cidade de São José dos Campos, em 1906 (ARAGÃO, et. al. p.716; MEYER, 1907, p.98-104).

Como disse, no Maranhão a peste não foi extinta e o relatório do médico Felicissimo Fernandes, produzido antes de passar o cargo a Ezequiel Dias, apontava casos reconhecidos da doença. Ao longo da administração efêmera do dr. Dias a peste não ganhou repercussão nos poucos documentos oficiais produzidos, mas isso não significa que não estivesse presente de forma latente. No final de 1905, os jornais *Pacotilha* e *Diário do Maranhão* denunciavam casos de peste recolhidos ao isolamento, além de publicarem cotidianamente números relativos a casos da doença em outros países e nos estados do Ceará e Bahia. Estes já possuíam casos oficialmente reconhecidos e ensaiavam ações de combate e tratamento à peste (ARAGÃO, et.al. p. 716-717).

Meses após a agitação causada pela contratação de um médico de fora - o dr. Dias, - e da passagem de Oswaldo Cruz pelo Maranhão, o governo do estado continuou com a prática de solicitar ajuda externa para resolver os problemas sanitários do Maranhão. Governava o estado Benedito Leite que voltando-se para o Instituto de Manguinhos, solicitou outro médico para exercer o cargo deixado por Dias e ocupado interinamente por Alvaro Sanchez. Argumentando que era necessário dispensar somas avultadas para a prevenção de uma nova epidemia de peste, o governador conseguiu contratar Antonio Cardoso Fontes para o cargo de diretor do SSM (MARANHÃO, 1907, p.28). À semelhança do que se verificou nas contratações anteriores, poucas fontes abordam as circunstâncias em que se deram a vinda desse médico da equipe de Oswaldo Cruz. Benchimol (1990a, p.42) e Löwy (2007, p.200) escrevem tão somente que em 1906 o Instituto enviou Cardoso Fontes para debelar uma epidemia de peste bubônica na capital e para organizar o serviço de saúde pública do estado.<sup>152</sup>

Tudo indica que Cardoso Fontes foi designado para aquela missão por ter realizado estudos sobre peste bubônica em sua tese de doutoramento, submetida em 1902 com o título *Vacinação e soroterapia antipestosas*. Exerceu atividades no Instituto de Manguinhos, à época de Marques Lisboa e Ezequiel Dias, sob a direção de Oswaldo Cruz. Em 1904 foi nomeado inspetor sanitário do Serviço de Profilaxia e Erradicação da Peste bubônica e, no ano seguinte, dirigiu o Serviço de Desinfecção de Águas Pluviais, ambas seções da DGSP. Seu trabalho

---

<sup>152</sup> Semelhantes informações encontram-se nos históricos do médico dispostos nos *sites* do IOC e da Academia Nacional de Medicina. Em *Ciência a Caminho da Roça*, também consta afirmação de que o médico fora enviado a São Luís para combater a peste (FUNDAÇÃO, 1991, p.7).



consistia principalmente na fiscalização, desratização e a extinção de larvas nas canalizações de águas servidas do Rio de Janeiro (ANM, sd.p.1; IOC, 2007, p.1; LACAZ, 1963, p.49).

Verifiquei que o nome de Cardoso Fontes já havia sido cogitado por Benedito Leite para a vaga de diretor do SSM, quando Militão Pacheco avisou que deixaria o cargo até o final do ano de 1904. O *Diario do Maranhão* ao realizar breve retrospecto das contratações de médicos de fora, informa que Benedito Leite após receber resposta negativa do médico paulista Carlos Meyer, teria então sondado Cardoso Fontes para saber se aceitaria ocupar o cargo deixado por Militão Pacheco.<sup>153</sup> Cardoso Fontes não se mostrou interessado por razões que o periódico não expõe, e Ezequiel Dias foi indicado ao cargo (PARTIDO, 1905, p.2). Ainda assim, um ano depois Fontes aceitaria se deslocar para São Luís, desembarcando na cidade no dia 5 de fevereiro de 1906.

Contratado para o cargo de diretor do SSM visando combater casos de peste em evidência, conforme apontaram as informações acima, o que mais chama atenção é que a doença não apareceu em nenhum registro que o médico produziu no estado. A presença do médico no Maranhão pode ser confirmada através dos ofícios que escreveu como diretor do SSM, produzidos entre 13 de fevereiro de 1906 e 9 de maio daquele ano, um total de 20 ofícios.<sup>154</sup> Nesses documentos Fontes registrou o cotidiano da Repartição, que envolvia a solicitação e recebimento de materiais para o desinfetório e o Isolamento do Bonfim, mas sem qualquer referência à peste. Solicitava reparos neste isolamento, e manutenção e compra de caixões para indigentes, além da solicitação de aviamento para medicamentos que seriam remetidos ao interior do estado. Destaco o ofício de 22 de março daquele ano que dava por encerrada a missão dos médicos Netto Guterrez e Basílio Franco de Sá, acompanhados por um enfermeiro e desinfetadores, na Vila do Rosário, região de influência política do governador Benedito Leite. Esses profissionais foram enviados até ali, pelo Serviço Sanitário, em missão de socorro para combater uma epidemia de disenteria (DIRECTORIA DO SERVIÇO SANITÁRIO, 1906).<sup>155</sup> Em outros ofícios refere-se a (modestas) providências para combater casos dessa doença em São Vicente Ferrer, Alcântara, Icatú e Tutóia. Identifiquei que os temas que prevalecem nos registros de Cardoso Fontes referem-se ao interior do estado e aos casos de desinteira que ali apareceram, seguindo ordens do governo do estado.

---

<sup>153</sup> Como disse no início deste capítulo, Carlos Meyer recusou o cargo, após o governo do estado negar suas solicitações. Talvez sua negativa tenha chegado aos ouvidos de Cardoso Fontes, e tenha influenciado sua decisão de não aceitar a função, em 1904.

<sup>154</sup> Ofícios manuscritos, assinados por Cardoso Fontes, constantes no arquivo do Serviço Sanitário, no Arquivo Público do Estado do Maranhão.

<sup>155</sup> Ofício n. 577.

Em ofício datado de 7 de maio de 1906 Cardoso Fontes foi solicitado pelo governador para realizar um estudo bacteriológico nas águas de abastecimento da capital, afim de verificar microrganismos patogênicos e visando esclarecer casos de disenteria. Em cumprimento ao solicitado, Fontes apresentou ao governador o estudo intitulado *Analyse bacteriologica das águas de abastecimento de São Luiz do Maranhão* (1906).<sup>156</sup> Trata-se de um estudo pioneiro em São Luís sobre o tema. Relato técnico e denso (apesar de possuir apenas 8 páginas) mostra as várias etapas da pesquisa realizada - que envolvia desde a coleta de material, passando pela análise microscópica e isolamento em culturas, até a indução em cobaias. Teria Cardoso Fontes utilizado uma pequena seção laboratorial do Serviço Sanitário, montada por ocasião da epidemia de peste bubônica em 1904, estando já defasada. Utilizou parques materiais e equipamentos ali dispostos e outros que trouxe consigo. Após testes e análises Cardoso Fontes mapeou os principais tipos de bacilos de disenteria encontrados (11 no total), as características de cada um e as reações em cobaias. Concluiu que a água do reservatório era considerada suspeita, pois estava com uma elevada quantidade de microrganismos patogênicos. Atribuía a origem desses germes à contaminação fecal, de origem humana, e por isso, pediu ao governador atenção para esses dados encontrados (FONTES, 1906).

Ao que consta o relatório de Cardoso Fontes não teve repercussão, pois não foi referido em documentos oficiais do governo. Apenas uma pequena nota elogiosa sobre o estudo foi veiculada pelo jornal *Pacotilha*. Em ofício do dia 9 de maio de 1906 o médico registra sua exoneração e devolve o cargo de diretor do SSM ao médico Alvaro Sanchez (DIRECTORIA DO SERVIÇO SANITÁRIO, 1906).<sup>157</sup> Menos de três meses depois de sua chegada, o *Diario do Maranhão* (9.05.1906) anunciou a partida de Cardoso Fontes de São Luís, tendo ele alegado motivos pessoais para a tomada desta decisão:

Por motivo de moléstia de sua exm<sup>a</sup> esposa, vê-se o sr. Dr. Antonio Cardoso Fontes, diretor do Serviço Sanitário, obrigado a retirar-se do estado, embarcando para o sul no Pacote Brasil, esperado do Norte, depois de amanhã. Por esse motivo deixa ele a direção da repartição, que é assumida pelo ajudante dr. Alvaro Sanchez.<sup>158</sup>

---

<sup>156</sup> Sob o título *Relatório sobre a análise de águas do Maranhão* (1906) Cardoso Fontes teria levado para a Biblioteca de Manguinhos uma cópia desse estudo realizado em São Luís, mas essa obra, apesar de estar registrada no catálogo geral de obras raras desta biblioteca, não foi localizada.

<sup>157</sup> Ofício n. 641.

<sup>158</sup> Esta nota e o último ofício produzido por Cardoso Fontes em São Luís contraria Lacaz (1967, p.49) que informa que o médico teria regressado ao Rio de Janeiro somente em 1907.

Mais um médico de fora e de certo renome deixava o Maranhão em curto prazo. A instabilidade na direção do SSM tornava-se a marca da administração da higiene pública na época. Mais complicado: ações de profilaxia da peste bubônica não foram tomadas. No entanto, os casos de peste ao longo da gestão do médico “deram uma trégua”. Analisei todas as edições dos jornais *Pacotilha* e *Diario do Maranhão* entre os meses de janeiro a dezembro de 1906, e nenhuma noticiou caso de peste, nem mesmo suspeito. Sabemos que a doença despertava atenção das autoridades sanitárias locais e federais, dada a gravidade que possuía e o medo de que se espalhasse pelo país, tanto que Cardoso Fontes foi enviado para cuidar da situação.<sup>159</sup> Ao longo de 1906, as notas sobre a doença nesses periódicos diziam respeito apenas à sua presença em Fortaleza, Bahia, Rio de Janeiro (cidade de Campos) ou em países como Uruguai e Portugal. Casos de peste continuam ausentes nos dois jornais maranhenses em 1907. Mas considere que a doença poderia estar latente e, também, ofuscada pelos casos de disenteria em ascensão. O médico Justo Jansen Ferreira (1909, p.9) afirmou que em 1906 a disenteria grassava na capital de forma epidêmica, tendo sido verificados 130 óbitos decorrentes. No ano seguinte, a doença enfraqueceu, registrando-se 30 óbitos.

Nesse quadro de casos esporádicos de peste, identificados no final de 1904-1905, e epidemia de disenteria ao longo de 1906, a situação ficaria grave no ano seguinte, e o motivo era outra doença. No quadro de poucos investimentos em higiene pública, e instabilidade na direção do Serviço Sanitário local, em agosto de 1907, irrompeu uma epidemia de varíola em São Luís. Segundo Nosôr Galvão (1909)<sup>160</sup> a epidemia era “terrível e aterradora” e se estendeu pelo interior do estado, até os municípios de Caxias, Codó, São Bento, Alcântara, Guimarães e Cururupu. Em um estudo sobre as condições de salubridade de São Luís, o médico Justo Jansen Ferreira (1909) conta que foi uma das epidemias mais severas do estado, pois só na capital, registraram-se 260 óbitos decorrentes da doença, verificados entre 1907 e 1908. Era diretor do Serviço Sanitário o médico Felicissimo Fernandes, que havia recebido o cargo das mãos de Alvaro Sanchez, em setembro de 1906. Este retornou ao Rio de Janeiro, alegando motivos familiares, e assim registrou-se mais uma baixa no SSM (DIRECTORIA DO SERVIÇO SANITÁRIO, 1906).<sup>161</sup> Oscar Galvão, que havia se afastado da higiene pública desde 1904, e Juvêncio Mattos, compunham o quadro de médicos auxiliares na repartição.

---

<sup>159</sup> Considere que o *Pacotilha* estava atento aos possíveis casos de peste, pois era opositor e o anúncio da doença seria uma forma eficiente de desmoralizar o governo e chamar atenção para o descaso da saúde pública.

<sup>160</sup> Nosôr Galvão, lembremos, era filho do médico Oscar Leal Galvão, como disse no início desse estudo. C.f. nota 20. p.28.

<sup>161</sup> Informação que consta no ofício n.683.

Foi montado um “hospital” provisório, próximo ao Convento das Mercês, mas que ficou lotado em pouco tempo. Nosôr Galvão (1909, p.17-18) dá ao médico Oscar Galvão o protagonismo no combate à epidemia de varíola em curso, assim como o jornal *Pacotilha*. Nosôr Galvão conta que o governador em exercício, Arthur Quadros,<sup>162</sup> solicitou na capital um médico para atuar no Isolamento das Mercês, popularmente conhecido como “pardieiro”<sup>163</sup>, mas recebeu resposta negativa dos médicos locais. O único que teria aceitado, em gesto de humanidade, foi Oscar Galvão, sendo por esse feito aclamado pela população, mas não pelo governo que não reconheceu o valor de seus feitos.

No início de 1908 os jornais registravam diariamente casos de varíola, suspeitos ou comprovados. A situação de emergência da doença levou o *Pacotilha* a criar uma ambiência pessimista para o Maranhão, por conta da conjunção com outros problemas como a instabilidade política, a julgar pelo cenário depressivo pintado por um autor que assina com o pseudônimo Grotius:

Domingo ao cair da tarde, na praça João Lisboa. A tarde está cinzenta, melancólica, sob as cores sombrias do crepúsculo, como se a própria melancolia andasse no ar, na luz, no brando cicizar do vento; a praça está quase deserta, sem movimentação, como se todos tivessem receio de sair de casa. Tão poucas são as garantias individuais que os desprestígios do governo oferece! A fanfarra da polícia executa uma coisa triste, quase fúnebre. Passa o carro da Higiene – esquife negro rolando sobre rodas, pesadamente. Dentro vai naturalmente um varioloso chorando. Vai para os colchões grudados de pus, para o jejum quaresmal do isolamento. Cai uma tristeza indefinível sobre as almas e as coisas. Cada um começa a pensar no seu destino, na insegurança da vida e da liberdade. A varíola insaciável nas casas colhendo vítimas, a polícia em desatinos, embriagada pelas ruas, espadeirando o povo. A fome no Estado com suas agonias. Quadro tétrico que os cronistas do futuro hão de pintar com as cores sombrias daquela tarde, ouvindo a suprema elegia das nossas desventuras (GROTIUS, 1908, p.1).

Durante a epidemia Oscar Galvão, apoiado pelo *Pacotilha*, liderou uma série de críticas ao governo, argumentando sobre a necessidade de construir um adequado Hospital de Isolamento, distante do perímetro urbano, e que não precisasse enfrentar travessias de barco para alcançá-lo, como as que eram realizadas até a Ponta do Bonfim. Lutava, também, para colocar fim ao “pardieiro”, foco de contaminação na cidade. Naquela quadra epidêmica o governo respondeu às críticas construindo modestas instalações para um Isolamento, em sítio no Lira, local que Victor Godinho (1904, p.123) citou como provável sede das instituições do novo Serviço Sanitário do estado - que não saíram do papel. O Isolamento do Lira era simples,

---

<sup>162</sup> Nessa época, Benedito Leite apresentava problemas de saúde, que lhe levariam a óbito em março de 1909. Arthur Quadros Collares Moreira, seu vice, estava à frente das decisões do estado.

<sup>163</sup> Prédio em precárias condições, arruinado.

dois barracões apenas, mas passou a acomodar os doentes vitimados pela epidemia em curso.<sup>164</sup> Além de Oscar Galvão ali passaram a atuar os médicos Netto Guterres e Domingos Carvalho. A seção de cultura vacínica animal foi reativada no SSM, facilitando a aquisição da vacina jeneriana e a produção do soro antivariólico (GALVÃO, 1909, p.18-19; FERREIRA, 1909, p.9; ALBUQUERQUE, 1909a).

A epidemia grassou ao longo de 1908, mas começou a enfraquecer no mês de outubro daquele ano. Dia 1 de dezembro os últimos doentes que estavam internados no Lira receberam alta e o espaço passaria por um serviço de desinfecção para receber outros doentes. Casos de peste bubônica começaram a aparecer desde agosto daquele ano e, em pouco tempo, a cidade já estava às voltas com outra epidemia de peste, doença que não trazia boas lembranças ao maranhenses (ALBUQUERQUE, 1909b). Os estragos causados pela varíola e a emergência de casos de peste despertaram a ira do *Pacotilha* que, em várias edições culpou o governo pelo caos sanitário e pelas sucessivas epidemias - disenteria, varíola e peste. Para o *Pacotilha* trazer médicos de fora, com custos elevados, não era garantia de melhora da saúde pública local.

O que mais admira é a calma arrogante com que o sr. Benedito Leite se exhibe em público, tendo consciência de que todos lhe atribuem a responsabilidade direta dos males que nos afligem. O sr. Benedito Leite não tendo mais dinheiro para esbanjar, nem a quem mais aviltar, aliou-se à peste para de uma vez e para sempre aniquilar a terra que teve a infelicidade de servir-lhe de berço (A SAÚDE PÚBLICA, 1908, p.1).

Discursos acalorados à parte, a peste deixou de ser especulação ou um evento pontual e passou a se manifestar na forma epidêmica levando, inclusive, o governo federal a tomar providências para evitar estragos maiores.

#### 4.4 A volta da peste bubônica (1908-1909)

As cousas aqui, mea gente,  
Vão feias, que até me espanto,  
A peste segue p'ra frente  
E a bexiga é por encanto.  
Chega me corre um arrepio!  
Disque um doutor veio do Rio  
P'ra dar sumiço na bicha  
Que tem pintado o caneco...  
Quando ela pega um marreco

<sup>164</sup> Só viria a passar por alguma melhoria nas instalações e a receber mais funcionários em 1919, através das ações do Serviço de Profilaxia Rural.

Não tem remédio, ele espicha!

Ah! Compadre da Minh' alma,  
 Que medo eu tenho da morte!  
 S'esta cousa não se acalma,  
 S'isto não muda de sorte,  
 Fico depressa perdido,  
 Pois já me sinto abatido  
 Pelo corpo que não hai!  
 A morte! O queixo amarrado!  
 Comigo mesmo não vai  
 Conversar com seu Furtado!  
 [...]  
 (TRANCOSO, 1908. p.1)

Nada animador o cenário descrito nos versos acima, escritos por Romão Trancoso, sobre a marcha da epidemia iniciada em 1908. O medo da morte, comum desde os tempos medievais, na época das grandes epidemias, ganha concretude aqui na representação do serviço de condução dos cadáveres vitimados por peste e varíola. Ao analisar diferentes discursos que tratam essas doenças no início do século XX, em São Luís, verifiquei que o temido “seu” Furtado, a quem o poeta se refere, foi uma figura constante. Um exemplo dessas representações é dado por Euzébia, personagem do conto de Astolfo Marques (1905, p.193), que expressou seu temor perante a epidemia que acelerava os enterramentos. Teria dito que o condutor do carro de remoções encontrou o corpo de uma menina falecida, já disposto em caixão para ser dado à sepultura, mas estava de bruços.

Quando os primeiros pestosos vieram à tona, em agosto de 1908, o SSM ainda estava às voltas com a epidemia de varíola. Estava à frente do Serviço Sanitário Felicissimo Fernandes, que contava com Oscar Galvão na direção do Isolamento do Lira. No entanto, Fernandes em breve deixaria o cargo para ocupar funções na capital federal, passando a direção do SSM a Juvêncio Mattos que assumiu interinamente. A primeira providência do governador em exercício, Arthur Quadros, diante dos casos de peste foi improvisar um isolamento específico em sítio alugado chamado “Cassange”, no bairro Madre Deus. Em agosto de 1908 entraram ali 4 pestosos, em setembro 18, em outubro 8, e em novembro um número preocupante de 46 pestosos (ALBUQUERQUE, 1909b, p.5). O governador voltou-se à União pedindo auxílio financeiro para debelar a peste, valendo-se da Constituição Federal que garantia recursos aos Estados flagelados por calamidades públicas. Foram liberados dois créditos, um de 30.000\$000 e outro no valor de 50.000\$000, que se mostraram insuficientes. Além dos créditos a União enviou um médico da DGSP para coordenar as ações de combate à doença,

acordando que seu vencimento ficasse a cargo do governo local, estabelecido no valor de 2 contos (MARANHÃO, 1909, p.12).

O escolhido pela DGSP, cujo diretor era Oswaldo Cruz, foi o médico João Pedroso de Barreto Albuquerque, provavelmente porque esteve em São Luís em 1905, como secretário de Cruz, por ocasião da vigem de inspeção aos portos do Norte do Brasil. Comissionado para combater a peste em São Luís Albuquerque desembarcou na cidade em 30 de novembro de 1908. Em relatório revelou que aceitou o convite mesmo sabendo que a doença não era sua especialidade no campo da higiene pública (ALBUQUERQUE, 1909b, p.1). A missão era uma das primeiras experiências do médico além dos limites da capital federal, e tratava-se de uma missão específica, que deveria apresentar resultados imediatos, em área restrita. Porém, nos anos seguintes, o médico viria a participar de três viagens exploratórias, mais demoradas e caracterizadas pela ênfase nas investigações científicas.

Nessas viagens Albuquerque percorreu extensas áreas do Brasil, pouco habitadas, fazendo parte da equipe de médicos do Instituto Oswaldo Cruz. Em 1910, Albuquerque integrou a comissão liderada por Cruz e Belizário Penna para avaliar as condições sanitárias do rio Madeira e suas margens, região na qual estava sendo construída a Estrada de Ferro Madeira-Mamoré. Ao regressar da região, Oswaldo Cruz foi convidado pelo governador do Pará a dirigir uma campanha contra a febre amarela na capital Belém de que participou também Albuquerque. Em 1912 integrou duas novas expedições: entre os meses de março a outubro foi comissionado pela Inspetoria de Obras Contra a Seca para, ao lado do médico José Gomes de Faria, avaliar as condições de saúde das populações de cidades do Ceará e norte do Piauí. Entre outubro de 1912 e março de 1913, o médico voltou à região amazônica, dessa vez comissionado pela Superintendência da Defesa da Borracha. Ao lado de Carlos Chagas e Pacheco Leão, Albuquerque trabalhou nas avaliações das condições sanitárias de boa parte da bacia amazônica até Manaus (FUNDAÇÃO, 1991, p.7; SCHEICKARDT; LIMA, 2007, p.22).

Identifiquei que chegada de Albuquerque no Maranhão não foi rodeada de expectativas, especialmente se compararmos à presença de Victor Godinho, alguns anos antes. Desde 1904, apesar do medo que despertava, a peste bubônica deixou de ser mera especulação e disso decorre certa familiaridade com discursos e, mesmo, ações de combate e tratamento da doença no estado. Some-se a isso o fato de que ‘mais um médico de fora’, em São Luís, já não era uma novidade tão grande para o cenário local; e Albuquerque não estava acompanhado de uma comissão de médicos e ajudantes, algo que teria dado mais impacto e pompa à intervenção do governo federal e à articulação do vice de Benedito Leite.

Apesar da curta estadia no Maranhão – de 30 de novembro de 1908 a 4 de fevereiro de 1909 - pouco mais de 2 meses, Albuquerque à frente do SSM produziu significativa documentação sobre a dinâmica da doença que tinha como alvo. Escreveu 17 ofícios, 2 relatórios oficiais – entregues ao vice governador do estado, e um folheto explicativo sobre a peste, publicado no *Pacotilha* e *Diario do Maranhão*. Os ofícios demonstram o cotidiano da repartição, que envolvia a administração dos materiais desinfetantes, a organização das equipes de desinfecção e as solicitações mais diversas. Os relatórios reúnem as informações desses ofícios, apresentam a marcha da epidemia, as práticas adotadas pela campanha, informações sobre o Isolamento do Lira, entre outras. Em relatório também prestou contas da verba estadual e federal usadas na campanha, e a partir de um trecho percebi que existiram críticas sobre o modo pelo qual utilizou os recursos. Explicou que a campanha custou 32.581\$105 contos, utilizados, principalmente, na compra de material desinfetante e prestação de serviços (os carros do desinfetório, por exemplo, precisavam de conserto imediato). No entanto, considerando as críticas já veiculadas na imprensa, sobre os custos com as contratações de renome para o SSM, acredito que a crítica que Albuquerque recebera também se deve ao seu salário, pago pelo governo local: 2 contos, o dobro do que tradicionalmente recebia um diretor do SSM.

Acredito que foi a minha gestão a mais econômica possível no período de dois meses e tanto que exerci o cargo de diretor do Serviço Sanitário do Estado, e isto consolame das contrariedades e dos dissabores sofridos, dos embaraços que me atrapalharam. Procurei agir de acordo com os recursos do Estado e com o minguado auxílio fornecido pelo Governo Federal e creio ter conseguido o meu *desideratum* (ALBUQUERQUE, 1909b, p.11).

Albuquerque (1909b, p.1-2) contou que os casos suspeitos de peste que apareceram em agosto de 1908 foram confirmados dia 31 daquele mês através de exame clínico e bacteriológico realizado pelo médico maranhense Domingos Carvalho. Este havia trabalhado na primeira epidemia, ao lado de Marques Lisboa.<sup>165</sup> Em outubro daquele ano novos casos ganharam notoriedade, inclusive em regiões mais periféricas, e uma grande epizootia de ratos foi registrada no núcleo mais urbano. A primeira providência que o médico tomou ao chegar em São Luís foi fechar o Isolamento do “Cassange”, no bairro Madre Deus, e alocar os pestosos no Lira, após as instalações passarem por desinfecção.

O médico dispensou parte de seu primeiro relatório para reclamar das dificuldades que encontrou ao pôr os pés no SSM: lamentou a ausência de registros do movimento epidêmico

---

<sup>165</sup> Inicialmente Domingos Carvalho trabalhou na Comissão de médicos locais para avaliar o “mal suspeito”. Com a chegada de Henrique Marques Lisboa, em novembro de 1903, passou a ajudá-lo na Repartição.



e a carência de dados sobre as despesas e materiais disponíveis, sem deixar de notar a rotatividade dos cargos na Repartição. Reclamou do Desinfectório, dizendo que sua estrutura corria o risco de desmoronar, e observou que os carros de desinfecção também estavam em situação precária, bem como as caldeiras, mas a estufa *Geneste e Hersher* estava em bom funcionamento (ALBUQUERQUE, 1909a, p.1-3). Em outro momento, o médico viria a reclamar do laboratório local, pequena seção do SSM. Disse que até estava bem aparelhado, mas seus materiais estavam defasados e mal conservados. Sugeriu que o microscópio que encontrou danificado fosse encaminhado para conserto na Europa (ALBUQUERQUE, 1909b, p.10).

No decorrer dos trabalhos verificou que a ausência de notificações da doença se devia ao fato dos pestosos se esconderem da Higiene pública, evitando, assim, a remoção para o Isolamento do “Cassange”. A prática era danosa, conforme afirmava, porque quando os médicos inspetores tomavam conhecimento do caso, na maioria das vezes, já era tarde para iniciar providências. Em consequência disso, Albuquerque foi aos jornais para explicar a importância do tratamento hospitalar e incentivou as denúncias de pestosos que se omitiam da Higiene. O resultado veio em poucos dias: “choveram” denúncias na repartição. Foram instituídas multas para pessoas que escondiam pestosos, variando elas de 20 a 500 mil réis. O autor da denúncia desses delitos seria beneficiado com a metade da recompensa (ALBUQUERQUE, 1909b, p.4).

Outra ação inicial do médico foi a elaboração de um folheto explicativo sobre a doença em curso, intitulado *Conselhos ao Povo*, que foi distribuído à população da capital registrando, assim, um esforço de educação sanitária. O *Pacotilha* e o *Diario do Maranhão* reproduziram o folheto na íntegra cumprindo papel importante na circulação do conhecimento científico sobre a peste.<sup>166</sup> A ação de Albuquerque era inspirada nas publicações de Oswaldo Cruz, também intituladas *Conselhos ao Povo*, que circulavam em folhetos e nos jornais cariocas, à época que esteve à frente da DGSP.<sup>167</sup> A campanha conduzida por Cruz tinha como objetivo o combate das três doenças que causavam muitos transtornos e mortes à época: a febre amarela, com base nas experiências desenvolvidas em Cuba (brigadas sanitárias que atuavam

---

<sup>166</sup> Ver seção de anexos.

<sup>167</sup> Victor Godinho (1904, p.44-50) também adotou esta estratégia pedagógica ao divulgar à população uma série de preceitos com o objetivo de evitar a propagação da peste bubônica e inculcar bons hábitos de higiene: “Logo após a minha chegada ao Maranhão tenho conhecido *per summa capita* o estado dos ânimos e as necessidades do serviço, julguei-me no dever de dirigir-me ao povo, indicando-lhe algumas medidas para evitar a peste, acentuando a necessidade de outras que já vinham sendo aplicadas. Era também uma oportunidade para fazer saber o meu modo de pensar sobre assuntos em ordem do dia nas conversações. Foi feita assim larga tiragem e distribuição das seguintes Instruções sanitárias contra a peste”.

na eliminação do mosquito vetor da doença); a varíola, através de campanhas de vacinação em massa; e a peste bubônica através do isolamento de doentes, desinfecções e eliminação dos ratos (BENCHIMOL, 1990a).

Mesmo não sendo consensual entre cientistas o papel dos ratos e suas pulgas na transmissão da doença, no início do século XX, Oswaldo Cruz colocaria o extermínio dos ratos na agenda sanitária das autoridades federais. Baseou-se em experiências estrangeiras, na campanha paulista e em aliados como Ismael da Rocha, editor do *Brazil Medico* para impor seu ponto de vista. No Rio de Janeiro a campanha de combate à peste teve particularidades. Manteve, por exemplo, a prática desenvolvida em São Paulo de recompensar a população que levasse até o Desinfetório ratos capturados, pagando-se 300 réis por cada roedor. No entanto, a DGSP contratou funcionários para circularem nas ruas comprando ratos da população, por preços mais modestos. Distorções do modelo de combate foram descobertos pela Diretoria, que verificou casos de pessoas que criavam ou importavam roedores com o intuito de vendê-los, fazendo disso uma fonte de renda. Esse fato nutria a imprensa de oposição que criticava as políticas empregadas por Cruz e as ideias científicas adotadas no saneamento da capital federal (SILVA, 2015a, p.118).

Trabalhando na DGSP, mantendo-se próximo às ideias defendidas por Oswaldo Cruz para o combate à peste bubônica, Albuquerque expressou no panfleto *Conselhos ao Povo* as orientações que julgava pertinente para combater a epidemia em São Luís. Explicou quais os principais sintomas da peste bubônica, mostrando os locais em que costumeiramente os bubões apareciam no corpo (virilha, axila e pescoço). Explicava os tipos de peste existentes diferenciando a pneumônica da septicêmica. Identificava a “peste ambulatória”, aquela que não apresentava gravidade nos sintomas e que não deixava debilitados os indivíduos acometidos. Esta modalidade de peste, segundo o médico, era muito perigosa, pois o doente, por conseguir realizar suas atividades cotidianas, facilitava a transmissão da doença para indivíduos saudáveis e suscetíveis. Explicava detalhadamente o modo pelo qual a doença era transmitida, dando destaque à importância da eliminação dos ratos e, por consequência, os vetores da doença, as pulgas. Ensinava a aplicar substâncias químicas nos roedores após serem mortos para se ter certeza de que as pulgas tinham sido totalmente eliminadas, além de criticar o hábito da população de esmagar as pulgas entre as unhas. Quanto à peste pneumônica, o médico prescrevia manter distância da saliva ou catarro dos doentes. Por fim, sintetizava os principais meios para evitar a peste: destruição dos ratos, isolamento de doentes, vacinação, asseio do corpo e da casa. Explicou que optava pela soro vacinação, pois em tempos epidêmicos a

aplicação da vacina com doses do soro imunizava de forma mais rápida (ALBUQUERQUE, 1908, p.3).

Notei que a publicação do médico era uma versão muito semelhante ao livreto intitulado *A Peste - Sua transmissão - Meios de evita-la*, produzida pela DGSP em 1903, com algumas informações adicionais sobre o serviço que seria empregado em São Luís (local de isolamento, profissionais envolvidos, etc.). Além das informações apresentadas por Albuquerque a publicação da DGSP dá ênfase no processo de vacinação e aplicação do soro curativo, e defende a soro vacinação como alternativa mais coerente em tempos epidêmicos. Este processo dava uma imunidade imediata, mas de pouca duração, sendo necessária a vacinação em seguida. A publicação não recomendava campanhas de vacinação em tempos epidêmicos, pois a imunidade só viria entre 10 – 12 dias depois (DIRETORIA GERAL DE SAÚDE PÚBLICA, 1903, p.21-22).

Em *Conselhos ao Povo* Albuquerque deu ênfase ao asseio do corpo e das casas como medida de proteção contra a peste, e isso é compreensível. Afinal, o “mundo” que o médico encontrou ao desembarcar em São Luís, em 30 de novembro de 1908, não era muito diferente do que havia encontrado Victor Godinho em 1904. O médico paulista elegera como fator preponderante para que a peste se espalhasse o fato de São Luís ser uma cidade industrial com precária infraestrutura sanitária e por isso muito afetada pelos problemas advindos da concentração urbana e da economia fabril. A maior parte da população que se aglomerava na capital era composta de ex-escravos recém-libertos e pobres em geral que fugiam das secas nordestinas em busca de melhores condições de vida. Esses indivíduos viviam aglomerados em cortiços ou em casas com pouco asseio e nenhum tipo de saneamento e, por isso, estavam mais expostos às epidemias. Em regra, os operários não eram beneficiados por qualquer medida do governo ou dos donos das fábricas para que pudessem dispor de habitações mais higiênicas.

Outra providência de Albuquerque na organização da campanha foi instituir a compra de ratos pelo SSM, mas o valor da recompensa era bem menor que o preço pago pelo Desinfetório do Rio de Janeiro e São Paulo. Em São Luís estipulou-se 100 réis para cada animal, que deveria ser apresentado com vestígios de ter sido queimado ou desinfetado (DIRETORIA DO SERVIÇO, 1908, p.2). Consultando os jornais locais identifiquei que esta prática ocorreu de 15 a 30 de dezembro de 1908, e que foram recolhidos um total de 162 ratos. Verifiquei os ofícios e relatórios produzidos por Albuquerque e neles inexitem informações adicionais sobre o andamento desse serviço, sobretudo a forma que encontrou para realizar o descarte desses animais; lembrando que Victor Godinho não considerou uma “caçada aos ratos” em sua campanha porque São Luís não dispunha de forno incinerador.

Seguindo na organização da campanha contra à peste, o serviço foi dividido entre os médicos disponíveis da seguinte forma: Domingos Carvalho ficou responsável pelo Hospital do Lira, contando com o apoio das irmãs de Santana: Corima, Mariana e Liberata. Netto Guterrez cuidou da verificação de óbitos, notificações e remoções; e Oscar Galvão foi designado para a vigilância médica. Albuquerque rendeu elogios a esses profissionais, pois conseguiram contornar a recente epidemia de varíola e viriam a desempenhar ótimo trabalho na campanha contra a peste.<sup>168</sup> Porém, o médico da DGSP se viu sobrecarregado, pois atuou na administração geral da campanha, no serviço de vacinação e nas desinfecções. Teria ficado frustrado ao saber que Juvêncio Mattos, de quem recebeu a direção do Serviço Sanitário e que iria atuar nas desinfecções, pediu licença alegando motivos de saúde (ALBUQUERQUE, 1909b, p.4). No decorrer da campanha, Albuquerque verificou que não teria muitas atividades no serviço de vacinação, pois a procura era muito baixa: entre 31 de agosto de 1908 e 31 de janeiro de 1909 apenas 312 pessoas foram vacinadas. A razão para esse número pouco expressivo, segundo narrou, devia-se ao receio que a população ainda mantinha do produto biológico, que havia causado transtornos na primeira epidemia, onde foram verificados abscessos cutâneos nos vacinados. O médico destacou que nenhum incidente foi registrado com a vacina utilizada por ocasião de sua campanha, que tinha procedência exclusiva de Manguinhos (ALBUQUERQUE, 1909b, p.8-9).

Albuquerque permaneceu à frente do SSM pouco mais de dois meses. Entregou o cargo em 4 de fevereiro de 1909 a Oscar Galvão nomeado diretor. Ao que consta o médico da DGSP deixou a cidade sem dar por encerrada a epidemia, pois no isolamento do Lira ainda permaneciam internados 52 pestosos, apesar de poucos casos terem dado entrada naquele mês. Estranhamente o fato de deixar o cargo (e a cidade) não pareceu um problema para os médicos locais e nem para o *Pacotilha* – que vinha lançando críticas aos médicos de renome que desenvolviam gestões efêmeras. Possivelmente, o contrato de Albuquerque estava firmado para durar dois meses, tempo que julgou necessário para organizar a campanha, obter resultados mais visíveis e deixar a situação encaminhada. Após sua saída do Maranhão verifiquei nas notícias relacionadas à peste, veiculadas no *Pacotilha*, que poucos casos deram entrada no Isolamento, e aqueles que resistiam, ganharam alta ou vieram a óbito. Oficialmente a peste foi

---

<sup>168</sup> Os elogios falam em “abnegação”, “dedicação” e “zelo” no desempenho de suas atividades. Albuquerque (1909b, p.13) também elogiou os funcionários subalternos do SSM e do desinfectório, retratados como solícitos e fiéis ao cumprimento dos deveres. Imagem bem diferente daquilo que Victor Godinho projetou para o “indolente” “zé povinho” do norte do Brasil.

declarada encerrada apenas em 13 de maio de 1909, através de declaração de Oscar Galvão, seguida de missa em ação de graças pelo livramento das epidemias de varíola e peste.

Outras informações importantes sobre a dinâmica da campanha e da doença em São Luís foram retratadas em relatório. Albuquerque (1909b, p.5-8) descreveu que a peste atingiu diferentes pontos da cidade, inclusive os mais distantes, como o final do Caminho Grande, mas não invadiu a ilha de São Luís e o interior do estado. Os casos se deram, principalmente, nas seguintes ruas: Machado, Egito, Caminho da Boiada, Grande e Portinho. O bairro dos Remédios, foco irradiador da primeira epidemia, desta vez foi menos alvejado. A peste teria atingido sobretudo as camadas populares, preferencialmente os negros e crianças. Entre setembro de 1908 e janeiro de 1909 foram desinfetadas 5.362 casas. Trata-se de um número expressivo de desinfecções, pois Godinho (1904, p.68) teria afirmado, alguns anos antes, que a cidade continha 6.884 casas, e destas desinfetou 4575.

Entre 31 de agosto de 1908 e 31 de janeiro de 1909 foram registrados 178 casos de peste, em que predominaram os casos de peste bubônica. Destes, 72 foram a óbito (ALBUQUERQUE, 1909b, p.5-6). Comparando o número de casos e óbitos dessa epidemia, com aquela enfrentada por Victor Godinho, conclui-se que não atingira grandes proporções. Em 1904 o médico do Serviço Sanitário paulista registrou 648 casos da doença e, destes, 195 foram a óbito (REVISTA DO NORTE, 1904, p.142).

No último relatório escrito por Albuquerque (1909b, p.14-18), constam, ainda, sugestões que o governo deveria acatar para melhorar o quadro sanitário da cidade e as recidivas de peste e varíola. Indicou como medida urgente a reforma no desinfetório, especialmente nos carros utilizados no serviço de desinfecções. Apontou, tal como tantos discursos outrora produzidos na cidade, para a necessidade de dotar a capital de um regular sistema de distribuição de água potável, e instituir um adequado sistema de captação de esgotos. Finalizou suas observações com uma longa descrição do problema domiciliário de São Luís, com moradias precárias, sujas, pequenas e sem ventilação, que acomodavam famílias inteiras. Reiterou a necessidade de resolver esse problema, para evitar a peste, explicando que essas habitações atraem os ratos – consequentemente, suas pulgas, vetores da doença.

Algumas ideias ainda merecem ser realçadas sobre a epidemia de peste de 1908-1909, no tocante a sua ligação com o primeiro surto. As informações a seguir sugerem que o modelo de análise de epidemias, proposto por Rosenberg (1992), não se aplica à investigação de epidemias de peste em São Luís, já que a última etapa (compreendida como o fim da doença), na epidemia de 1903-1904 não teria sido verificada plenamente. Parto do princípio de que cada epidemia, entendida como elevada concentração de casos de doenças infecciosas, é única.

Manifestações da doença que se seguiram podem vir a se tornar outras epidemias de peste (como ocorreu em São Luís), com suas particularidades no tempo e espaço; ou se limitarem a casos isolados.

Em maio de 1904 Godinho declarou que a peste estava extinta e, por isso, suspendeu o Serviço Extraordinário de Higiene. Porém, em dezembro daquele ano, casos de peste foram registrados pelo SSM, tornando-se esporádicos em 1905 e, provavelmente, em 1906. A situação, em tese, teria motivado a contratação de Cardoso Fontes para realizar uma campanha de combate à doença, algo que não veio a se concretizar. Em agosto de 1908, novos casos apareceram convergindo para a segunda epidemia, na qual Albuquerque atuou. A recidiva da doença, nos anos seguintes, está ligada às precárias condições sanitárias da cidade e da maior parte de seus domicílios, mantidas ou agravadas ao longo dos anos, com a expansão urbana.

Essas condições ofereciam uma conjuntura propícia à manutenção dos hospedeiros (ratos) e vetores (pulgas) da doença. Há mais, contudo. A peste é uma doença com ciclo de transmissão revestido de complexidades - que os cientistas estavam construindo à época. Uma delas é o fato de as pulgas permanecerem infectadas (conterem bacilos de peste em seus intestinos) por vários meses, até 396 dias. Outra, é o fato desses vetores, em condições de temperatura e umidade adequadas sobreviverem sem se alimentar por longos períodos, habitando locais protegidos de umidade, como depósitos de cereais, fardos de tecidos, roupas velhas, tapetes e porões de navios (LEWINSOHN, 2003, p.44). Some-se a esses fatores o fato de Yersin ter encontrado colônias do bacilo de peste no solo de Hong Kong, à época da epidemia de 1894, ocasião em que identificou a etiologia da doença (DEVILLE, 2017, p.104).

Evidentemente, essas informações levam a crer que a declaração do fim da epidemia não significa que a doença não estivesse presente. Aliás, nem a ausência de registro significa ausência de peste, tendo em vista o precário sistema de notificações à época e o fato dos doentes se omitirem da Higiene Pública. Quero dizer que a partir de 1903, quando a peste aportou em São Luís o problema se cronifica, desembocando em uma nova epidemia em 1908. Em várias capitais no Brasil o mesmo ocorreu. Em alguns estados a peste foi controlada nas regiões litorâneas e nos centros mais urbanos, mas a doença migrou para o interior, acompanhando a abertura de estradas e vias férreas. Assim, teria se alojado na população murina, em regiões de chapadas e serras no semiárido, como registrado em alguns estados do nordeste.

Um exemplo de como a peste se cronifica nos anos iniciais do século XX é narrado pelo médico Gonçalo Moniz, à época responsável pelo Gabinete de Análises e Pesquisas Bacteriológicas da Bahia. Em artigo publicado na *Revista Medica de S. Paulo* intitulado *A peste*

na *Bahia* (1908), Moniz identifica as epidemias da doença ocorridas entre 1904 - 1907, apresentando quais foram as mais duradouras e mortais naquele estado. Constatou que as epidemias apareciam anualmente e acreditava que cada surto estava intrinsecamente relacionado ao antecedente, e a razão para as recidivas estava na existência de peste crônica entre os ratos, além das precárias condições sanitárias da cidade. Perceba que anos após a chegada da peste no Brasil, em 1899, tendo a oportunidade de avaliar a dinâmica da doença ao longo de alguns anos, o médico traz à tona novas preocupações, já que alguns consensos em torno da doença haviam sido alcançados.

A partir da observação de que, entre 1904-1907, em surtos de maior ou menor intensidade, ou em casos esporádicos, Moniz (1908, p.448) disse que a peste estava configurando-se como endêmica em Salvador, algo difícil de admitir, como confessou. Essa ideia contrariava alguns setores da sociedade que acreditavam que doença era sempre importada de outra localidade, através de passageiros, tripulação e mercadorias contaminadas. Geralmente esse argumento mascara os problemas locais e imputa aos outros estados a culpa pela manutenção de doenças. Outras explicações para as epidemias baseavam-se em condições meteorológicas ou sazonais, algo que não deveria ser considerado, segundo o médico. Esse tipo de explicação também foi usado por Felicissimo Fernandes (1905, p.1-2) em São Luís, quando notou o aparecimento de pestosos no mesmo ano em que Godinho deu a peste por encerrada. Segundo Moniz, após a contaminação de uma cidade era muito difícil livrar-se da doença:

É coisa muito sabida dos que tem estudado a epidemiologia da peste, que este morbo, após invadir uma localidade e alastrar-se nela sob forma epidêmica e epizótica, atacando homens e os ratos, não a abandona com facilidade. Em regra geral, só desaparece depois de várias explosões epidêmicas, mais ou menos sérias, e separadas por fases mais ou menos longas, em que persiste em estado latente. É o que se tem notado em todos os tempos e lugares. Raras exceções podem citar-se a esse modo de parecer (MONIZ, 1908, p.449).

O médico acreditava que os períodos de “acalmias interepidêmicas” - os intervalos de tempo com poucos casos de peste, eram explicados através de falhas nos registros estatísticos, pois a doença permanecia latente. A explicação para isso, conforme acreditava, foi dada por alguns cientistas à época, especialmente aqueles que integravam a Comissão Inglesa para o estudo da Peste na Índia<sup>169</sup>, sobre a existência da peste crônica entre os ratos. Os cientistas estudaram a presença de peste em roedores na China, Egito e Índia, e verificaram a presença de

---

<sup>169</sup> Comissão de médicos ingleses enviada em 1904 para estudar as complexidades que envolviam a epizootia entre os ratos, e as condições em que se dava a transmissão da doença entre rato e humanos. Teria permanecido em missão até o ano de 1910.

focos naturais de peste e a permanência do bacilo entre roedores nos intervalos entre as epidemias. Moniz (1908, p.449-450) acreditava que o mesmo teria ocorrido em Salvador:

Houve na Bahia, por ocasião da primeira epidemia de peste, mortandade de ratos em vários focos do mal. Ora é bem possível e provável que alguns roedores sobreviventes, mas cronicamente afetados, guardassem assim o vírus para contaminar novas gerações da sua espécie, dotados de plena receptividade para infecção. Ter-se-ia produzido desta maneira nova epizootia murina de peste aguda, precedendo e acarretando, como sói acontecer, a epidemia de peste humana.

Ao que tudo indica a peste em São Luís enfraqueceu – ou deixou de ser notificada adequadamente, nos anos seguintes. Buscas em periódicos locais revelaram que foram raros os casos ao longo de 1909, após a epidemia ser declarada extinta. Em setembro de 1911 boatos sobre a presença de pestosos na Rua Grande mereceram algum destaque, mas nada foi confirmado. A peste só voltaria a São Luís na década seguinte e, conforme sugerem as fontes, teve seu foco irradiador no interior do estado, na região conhecida como Baixada Maranhense.

#### **4.5 Novos governos, novas promessas e perspectivas de mudanças (1910-1917)**

Após o período de dualidade governamental no Maranhão, foi eleito governador do estado Luís Antônio Domingues da Silva (1910-1914), jurista e parlamentar, ocupava o cargo de Deputado Federal pelo Maranhão, desde 1894, reelegendo-se sucessivas vezes. Na historiografia maranhense Luís Domingues, como era conhecido, ganhou relevo por colocar em prática uma série de medidas que visavam o saneamento da capital do Maranhão, no tocante à construção de uma rede de esgotos e de um sistema de distribuição de água (FERNANDES, 2003, p.71; MEIRELES, 1993, p.68; PALHANO, 1988, p.208).<sup>170</sup> A questão do saneamento da cidade era um antigo problema a ser resolvido em São Luís, que logrou estudos diversos, dos mais viáveis aos mais utópicos, e que não vieram a se concretizar. Como tenho dito desde o início desse estudo, que a escassez de água e a falta de escoamento adequado para as “águas servidas” geravam reclamações odiosas na imprensa diária, e queixas produzidas por médicos locais e “de fora” que levavam uma péssima imagem do Maranhão. Sem falar nas últimas ondas

---

<sup>170</sup> Conforme a análise documental aponta, a gestão de Luiz Domingues priorizou, no campo da higiene pública, a construção do esgotamento sanitário e distribuição de águas na capital, deixando em segundo plano as ações do SSM que pouco foram citadas em relatórios e falas do governante.



epidêmicas (disenteria, varíola e peste bubônica), associadas às precárias condições sanitárias em que viviam os habitantes da capital.

Ao tomar posse Luís Domingues anunciou que iria colocar em prática uma série de medidas voltadas à modernização do estado, incluindo o restabelecimento de suas finanças e a melhoria no aparato sanitário de sua capital. A imprensa local deu ampla repercussão para o evento, inclusive o jornal oposicionista, *Pacotilha*, que inicialmente se mostrou favorável às mudanças. Um dos motivos para a simpatia ao novo governo refere-se a uma possível neutralidade política do recém eleito, característica que projetou seu nome para a vaga, no cenário de tensões políticas que o Maranhão vivia nos últimos anos. Luís Domingues tentava seguir uma linha de fortalecimento próprio, não vinculando-se aos personagens que comandavam a política local após a morte de Benedito Leite - Urbano Santos e José Euzébio, ambos senadores pelo partido republicano, e que vinham construindo uma rede de influência importante a nível local e nacional. Essa neutralidade de Luís Domingues, na verdade, era uma tentativa de firmar-se como um novo chefe político regional, na lógica da oligarquia dominante. Viria a mudar de ideia no decorrer do mandato firmando-se como aliado de Urbano Santos, da mesma forma que seu sucessor, Herculano Parga, também firmou-se (REIS, 2007, p.89).

A aparente neutralidade lhe concedeu credibilidade junto às elites econômicas e políticas para a consecução de projetos importantes para a recuperação do Maranhão. Sua imagem positiva foi reforçada quando conseguiu um empréstimo junto a um banco francês, no valor de 20 milhões de francos, a ser pago ao longo de 25 anos. Parte desse dinheiro foi investida na contratação de um engenheiro civil, Luiz Betim Paes Leme, formado pela Escola de *Ponts et Choussés* de Paris. Paes Leme atuava como engenheiro-chefe da Comissão de Saneamento e Abastecimento de Água da capital de São Paulo. Para São Luís, firmou um contrato com o objetivo de construir, inicialmente, uma rede de esgoto com 3.000 instalações domiciliares e a ampliação do serviço de distribuição de água na cidade. O prazo para a entrega dos serviços era de dois anos (FERNANDES, 2003, p.70). Palmerio Cantanhede, falecido há cinco anos, foi lembrado algumas vezes pela imprensa diária do período, que lamentou que o engenheiro maranhense não estivesse presente para ver esse momento importante da capital. Sua obra clássica (e utópica), *Saneamento das cidades* teria sido considerada por Paes Leme na elaboração de seu projeto.

As obras começaram em 9 de novembro de 1911 com a chegada do engenheiro Belizário de Assis Fonseca, encarregado por Paes Leme de dar início às obras. Fonseca trouxe um grupo de ajudantes e os estudos preliminares fixaram o ponto de partida das obras na região da Fonte das Pedras, onde seria construída uma galeria de esgotos. A meta era que a rede de

esgotamento sanitário viesse a atender 5.500 casas, com a possibilidade de aumentar em mais da metade este número ao longo dos anos. No primeiro estágio das obras, 3.000 unidades domiciliares seriam conectadas à rede, o que correspondia a cerca da metade das casas existentes na capital à época.<sup>171</sup> A prioridade das obras da rede de esgoto, segundo o governador, era atender às residências mais expostas à insalubridade e cujos proprietários não tivessem meios para pagar pelo serviço: “É a assistência devida pelo poder público ao pobre, em razão não só da pobreza como do próprio interesse da comunhão” (MARANHÃO, 1910, p.57-59).

Luiz Betim Paes Leme chegou em São Luís em 22 de agosto de 1912, acompanhado do engenheiro Eugênio Honold, dando impulso às obras planejadas pelo governo. Em 1 de junho de 1913 Paes Leme declarou que as obras estavam na reta final, mas estava aguardando materiais encomendados no exterior para concluir os trabalhos. Até ali, duas parcelas do que havia sido contratado com o governo tinham sido quitadas. Para o término do serviço, faltava concluir somente alguns ramais da rede de esgotos domiciliares e para isso Paes Leme exigia a última parcela de seu pagamento, no valor de 1.500 contos. Um novo contrato foi firmado, renegociando valores entre contratante e contratado e estabelecendo novas cláusulas como aquelas que previam mais recursos para a finalização da obra (PALHANO, 1988, p.210).

Foi assim que essas obras de saneamento passaram a sofrer críticas do *Pacotilha*, principalmente, que até então saudava as iniciativas de Luís Domingues e Paes Leme visando a modernização da estrutura sanitária da capital do Maranhão. No dia 30 de setembro de 1912 o jornal divulgou ampla matéria sobre a inserção de cláusulas que julgava ilícitas no novo contrato - firmado sem concorrência entre Paes Leme e o governo – e que beneficiavam o engenheiro. O título da matéria era sugestivo: “O contrato dos esgotos – Monstro de duas cabeças – O sr. Domingues lesa o fisco federal e incorre em multa – O contrato é uma ignomia” (O CONTRATO, 1912, p.1).

Como se não bastasse a repercussão negativa, o jornal deu ampla cobertura a um acidente que ajudou a piorar a situação. Em 31 de outubro daquele ano morreram dois trabalhadores e três ficaram feridos em uma das obras. Foram soterrados durante a abertura de uma vala na rua Major Collares Moreira, na região central da cidade. Segundo o periódico, o governo dera “carta branca” para um intermediário fiscalizar os trabalhos dos operários, deixando-os agir sem perícia. Além disso, denunciava o jornal, a sociedade estabelecida pelos

---

<sup>171</sup> O censo de 1920 indicou que existiam 7.894 residências na capital do Maranhão (PALHANO, 1988, p.209).

engenheiros contratados e o governo deixava em desvantagem os operários que não recebiam quantia adequada ao serviço cansativo que desenvolviam.

As duas mortes e os ferimentos que ontem se deram numa das valas abertas, nesta cidade, para o assentamento dos esgotos, vieram chamar a atenção do público para o modo por que vai se fazendo esse serviço. [...] Em sucessivos artigos temos mostrado que isso que se está fazendo aqui, como o nome de serviço de esgotos, não passa de um cambalacho com que se explora um povo pobre e endividado, zombando, ao mesmo tempo, da sua paciência. Ninguém pode ter dúvida a esse respeito depois que o sr. Luiz Domingues, pondo de lado a concorrência pública, cuja abertura anunciara, chamou a esta cidade o sr. E. Honould e fez dele, inexplicavelmente, o intermediário entre o seu governo e o dr. Luiz Betim. Um serviço feito nessas condições, com o auxílio de um intermediário, que tinha carta branca para agir como melhor lhe parecesse e que poderia obrigar o contratante a rachar a importância do contrato, não poderia inspirar a menor confiança (O CONTRATO, 1912, p.1).

O governo foi forçado a constituir uma comissão para averiguar o real andamento das obras, concluindo ela que a ligação dos ramais de esgotos domiciliares, parte da obra que faltava, não havia sido iniciada, e nem os materiais necessários teriam sido encomendados. Além disso, serviços declarados como concluídos apresentavam falhas técnicas. Portanto, a rede esgoto prescrita em contrato estava inacabada e fora das dimensões exigidas pelo projeto. No tocante ao serviço de distribuição de água, a rede que ligaria os mananciais da região do Cutim aos reservatórios não fora construída e a bomba não havia sido instalada. Em agosto de 1913, época em que as obras deveriam estar concluídas, o serviço foi paralisado e Paes Leme alegou ausência de verbas para continuar. Em 16 de dezembro o engenheiro abandonou as obras e retirou-se de São Luís (PALHANO, 1988, p.212).

“Projetos, projetos, tudo projetos! São projetos em chusma!” (REBATENDO, 1905, p.1). A censura feita sete anos antes pelo jornal *Pacotilha* sobre a ausência de investimentos na área da higiene pública mostrava-se atual na administração de Luís Domingues. Por um lado, as iniciativas do governador ultrapassaram o campo da retórica e materializaram-se em parte, mas o produto final não foi alcançado – menos da metade da rede de esgotos entrou em funcionamento. O sistema de distribuição de água nem chegou a funcionar, pois não havia como bombear a água do manancial do Cutim para o centro urbano. Somente na administração do governador Urbano Santos, no ano de 1920, algumas dessas obras viriam a ser retomadas. Mananciais foram desapropriados e melhor aproveitados para o abastecimento da capital, e o contrato com Companhia de Águas de São Luís passaria por reformulações. Em 1926, na gestão de Godofredo Mendes Viana, foi estabelecido contrato com uma empresa norte-americana, *Ulen & Company*, para construir a rede de esgotos e distribuição de água na capital, e que viria utilizar a estrutura deixada por Paes Leme e sua equipe. A

empresa foi apresentada pelas elites políticas e econômicas à época como a ‘salvação’ para o problema que se arrastava há séculos, mas teve atuação pouco expressiva, especialmente no que diz respeito ao esgotamento sanitário da cidade. Além disso, deixou o estado mais endividado, uma vez que o governador para dar consecução às obras viria adquirir o segundo empréstimo em banco estrangeiro para o Maranhão, com o valor de 1. 500.000 dólares (MEIRELES, 2015, p. 245; PALHANO, 1988, p.336).

Em 1914 foi eleito governador do Maranhão Herculano Nina Parga, político que ficou conhecido por dar prioridade ao “saneamento financeiro” do estado e por abandonar as obras de saneamento iniciadas pelo seu antecessor. A historiografia maranhense tende a dar destaque à descontinuidade das obras de Paes Leme nesta administração, evidenciando o lado negativo de sua atuação, mas buscarei lançar luz sobre ações que demonstram alguma sintonia de Parga, apelidado de o “economizador”, com os problemas ligados à saúde pública do estado, ainda que sua prioridade não fosse as grandes obras de saneamento e suas ações estarem mais interessadas em manter uma saúde pública de aparências. Uma de suas primeiras ações foi a transferência do SSM do prédio da Rua do Egito (local que havia retornado, após o fim do SEHP) para um prédio mais amplo, na Rua da Palma, n.32.

De início, é importante ter em perspectiva o contexto em que transcorreu o governo Parga. Em 1914, quando eclodiu a I Guerra Mundial, o Maranhão ganhou destaque graças à exportação de seus gêneros alimentícios. Produtos sem tanta notoriedade no mercado estrangeiro, como mandioca e babaçu, passaram a ter muita procura e elevou a arrecadação tributária e deu certa prosperidade econômica ao estado. Além disso, a seca no nordeste brasileiro atraiu para o norte muitos trabalhadores, e aqueles que fixaram-se no Maranhão passaram a se dedicar às lavouras e à extração do babaçu (FERNANDES, 2003, p.82-83).<sup>172</sup> Além do fortalecimento da economia do estado, outro aspecto importante da conjuntura foi o fato de o senador maranhense Urbano Santos ter alcançado certo prestígio no cenário político nacional. Em 1917, chegou a ocupar o cargo de presidente interino da República

A partir de 1914, Urbano Santos passou a atrair para o Maranhão mais recursos da União criando instituições como a Escola de Agronomia e a Fazenda Modelo, além de acelerar a construção da Estrada de Ferro São Luís-Teresina e iniciar a construção de um telégrafo de maior potência (FERNANDES, 2003, p.83). As articulações políticas de Urbano Santos no

---

<sup>172</sup> Em 1916 entraram no Maranhão 5.105 cearenses, por via terrestre, através das fronteiras com o Piauí, segundo Bento Moreira Lima (1916, p.4), funcionário da Secretaria do Interior. Esses deslocamentos haviam sido percebidos por Oswaldo Cruz em 1905, quando visitou os portos de Fortaleza e São Luís. Ficou impressionado com a quantidade de nordestinos que seguiam trajeto semelhante ao dele, por via marítima, direcionados até o vale do Amazonas, em busca de inserção na economia da borracha (THIELEN; PENIDO, 2002).

cenário nacional foram fundamentais não só para os resultados econômicos da gestão de Herculano Parga como para a posterior criação do Serviço de Profilaxia Rural no Maranhão, em 1918. Neste ano, o político retornou ao estado para ocupar o cargo de governador, enquanto Parga se afastava para concorrer a uma vaga no Senado.

As principais ações da administração Parga no campo da higiene pública foram descritas num relatório produzido no final de 1917 pelo dr. Bento Urbano da Costa, à época diretor do Serviço Sanitário do Maranhão, e apresentado ao secretário do Interior, Demosthenes Macedo. Natural do Maranhão, Urbano da Costa formou-se na Faculdade de Medicina da Bahia em 1901, defendendo a tese intitulada *Etiologia da Chlorose*. Ao regressar ao estado natal lecionou no Liceu Maranhense as cadeiras de História Natural, Física e Química, ao lado de intelectuais consagrados no cenário local como Palmeiro Cantanhede e Justo Jansen Ferreira. Em 1902, Urbano da Costa trabalhou por curto tempo no Serviço Sanitário do Pará e fez uma rápida estadia em Manaus. Um dado importante: em 1903, quando a peste bubônica aportou em São Luís, ele já clinicava no interior do Maranhão, na cidade de Caxias. Foi ardente defensor da interrupção do fluxo comercial pelo rio Itapecuru, principal via de escoamento da produção do estado e de transporte de passageiros. O médico temia que, pelo rio, a peste chegasse a Caxias. A doença não alcançou o interior do estado e Caxias foi uma das poucas localidades que recebeu doses da vacina e soro antipestoso, pois, segundo Godinho (1904, p.99), tinha médico para aplicar o produto.

Nos anos de 1907-1909, o dr. Bento Urbano da Costa foi deputado estadual, reelegendo-se no pleito de 1910-1912. Em 1911, licenciou-se e viajou para Paris para fazer estudos de especialização em sífilis com o dr. Jean Alfred Fournier. Em 1912 clinicou em consultório particular em São Luís e passou a ocupar cargos públicos ligados à sua formação médica (BARROS NETO, 2016). Na gestão de Herculano Parga foi nomeado diretor do Serviço Sanitário do Maranhão e exerceu o cargo por três anos, período longo se compararmos aos de seus antecessores.

No final de 1917 Urbano da Costa apresentou o referido relatório ao secretário do Interior. Este é o trabalho sobre a saúde pública do Maranhão mais completo desde o relatório de Victor Godinho. Urbano da Costa lamentava não ter dados mais precisos sobre as condições sanitárias dos habitantes da capital e do interior, algo justificado pela ausência de registros oficiais nos arquivos da Diretoria. Lamentou que a pequena seção laboratorial do SSM estivesse inoperante e sem previsão para retorno de suas funções: o médico teria levantado preço de materiais e equipamentos na França para a montagem de um Gabinete Laboratorial em São Luís, mas sua proposta não havia sido aprovada devido os custos elevados (COSTA, 1918,

p.57). O ponto alto do documento era o serviço de desinfecções que teria sido aprimorado na sua gestão com incentivo do governador, provavelmente porque eram medidas de maior impacto entre a população e autoridades políticas.

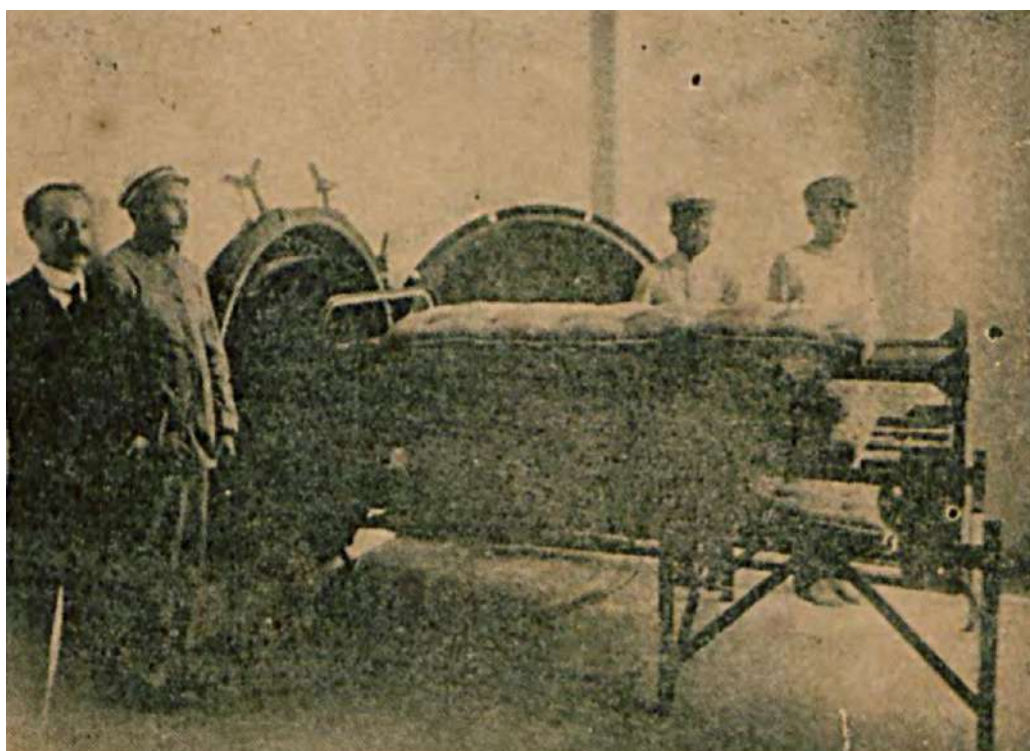
Tamanha a relevância atribuída ao serviço que foi apresentado em fotografias, que foram distribuídas ao longo do relatório, as quais nomeou como “medidas profiláticas em flagrante”. A maioria das imagens denota as ações de rotina de Serviços Sanitários, como algumas vistas em outras capitais do país à época, e mesmo, em anos anteriores. As ações não eram tão modernas assim como Urbano da Costa quis fazer parecer, nem mesmo para São Luís que possuía a sua estufa *Geneste Herscher*, por exemplo. Além disso, o próprio diretor reconhecia que as medidas adotadas, diante do quadro desolador de ausência de rede de esgotos e distribuição de água, serviam, tão somente, como “desencargo de consciência” – são palavras dele, e como cumprimento de um dever da Repartição. Para Urbano da Costa, a capital do Maranhão era uma cidade suja e as desinfecções constituíam um paliativo, quase sempre “insignificantes”, com a função de “impedir a transmissão fatal dos casos existentes, ou diminuir a possibilidade de serem infectados outros indivíduos que se achem sob ação das medidas de profilaxia de ataque que empregamos” (COSTA, 1918, p.35).

Acredito que o autor buscou construir uma imagem de um serviço de desinfecções atuante, com trânsito livre pelo interior dos domicílios e pelas ruas de São Luís. As imagens se assemelham àquelas referentes aos trabalhos das brigadas sanitárias lideradas por Oswaldo Cruz, no Serviço de Profilaxia da Febre Amarela (1903-1906), quando o Rio de Janeiro passava pelo caótico processo de saneamento e reordenamento urbano. Também se assemelham às práticas de desratização ali desenvolvidas que visavam extinguir a peste bubônica da capital federal: veiculação de gases e substâncias tóxicas nas galerias de esgotos visando o envenenamento de roedores e, também, a destruição de larvas dos mosquitos. Aliás, Urbano da Costa mostrou clara admiração pelos trabalhos desenvolvidos por Oswaldo Cruz e esperava iniciar algo parecido em São Luís nos anos seguintes.

Na gestão de Urbano da Costa o Desinfetório passou por uma reforma no seu aparelhamento. A estufa de marca *Geneste Hercher*, adquirida em 1901, passou por manutenções, especialmente em suas caldeiras, que não estavam em funcionamento. Segundo o médico, o serviço na estufa tinha como objetivo principal desinfetar materiais provenientes do Isolamento do Lira e do Instituto de Assistência à Infância, e o aparelho vinha sendo utilizado em menor ou maior intensidade nas gestões anteriores. No geral os diretores do SSM que antecederam Urbano da Costa elogiavam a aquisição do equipamento, mesmo apontando as inúmeras falhas do Desinfetório. Godinho (1904, p.80-82) era a exceção. Apoiando-se na

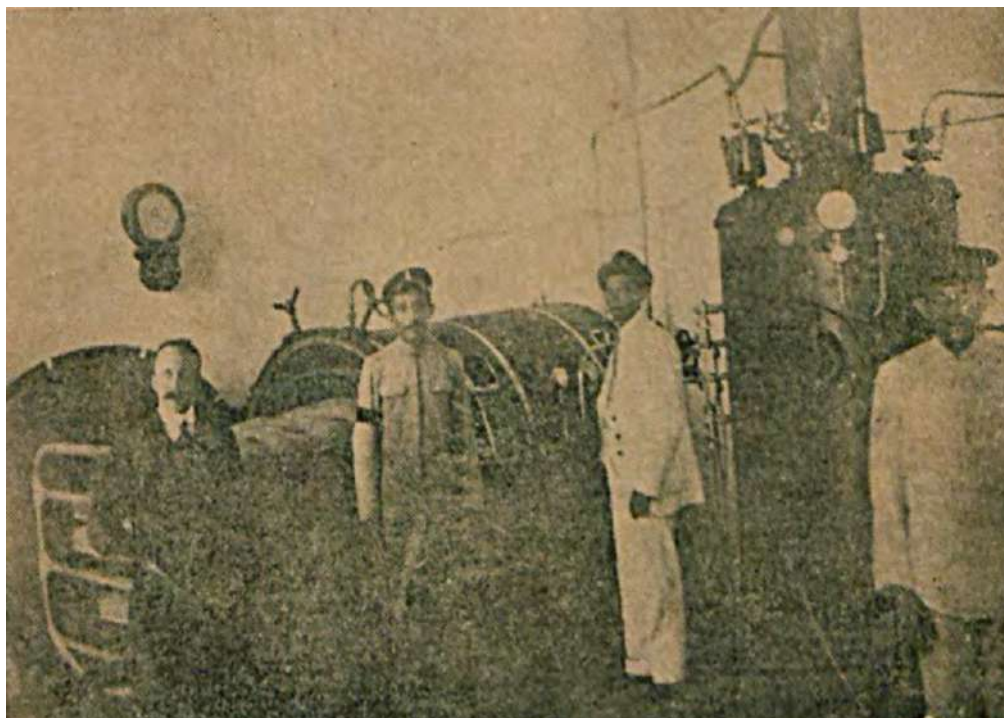
opinião de Lindenberg, acreditava que o equipamento era dispensável no SSM. Isso porque colchões e almofadas, objetos que a estufa limpava mais facilmente, não eram costumeiramente usados na localidade, pois os maranhenses frequentemente utilizavam a rede para dormir. A rede era, inclusive, facilmente encontrada entre os doentes nos Isolamentos que se teve notícia em São Luís, como afirmam relatos sobre o Genipapeiro, Bonfim, o “pardieiro” das Mercês, etc.<sup>173</sup>

As imagens a seguir mostram a estufa a vapor em operação. A primeira fotografia, destaca a entrada de colchões contaminados no aparelho. Na segunda, um inspetor (provavelmente) Urbano da Costa e funcionários, assistem a saída de colchões já desinfetados da estufa.



**Fotografia 21. Estufa de Geneste Herscher. Compartimento infectado** (Legenda original)  
Fonte: COSTA, 1918

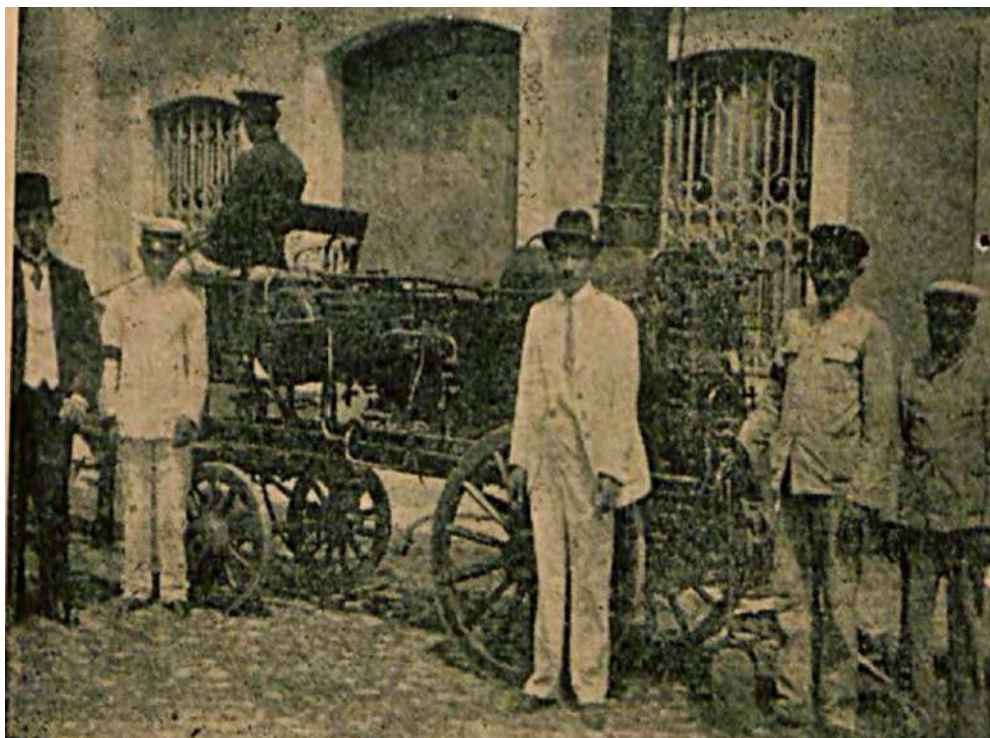
<sup>173</sup> Sobre o costume de usar redes, atribuído aos habitantes do norte do Brasil, Godinho e Lindenberg (1906, p.180) lançaram um olhar pejorativo, que revelava a crítica à ‘indolência’ dos nortistas. Em primeiro lugar, reconheceram o ponto positivo do uso das redes por vários segmentos sociais na cidade, pois era mais higiênico, em relação aos colchões que acumulavam secreções e poeiras. Em outro momento satirizavam dizendo que “caindo na rede o maranhense lembra o marreco caindo na água. Regala-se todo: se estava melancólico, entra a sorrir; estampa-se lhe na fisionomia a sensação do gozo, e voluptuosamente distendendo os membros, procura a posição diagonal, enquanto no vai e vem do movimento, a varanda finamente rendilhada vai varrendo o espaço...”



**Fotografia 22. Estufa de Geneste Herscher. Compartimento asséptico** (Legenda original)  
Fonte: COSTA, 1918

Da mesma marca *Geneste Herscher* era o pulverizador sob rodas adquirido, que podia ser deslocado pelas ruas até os prédios a desinfetar. Além disso, era usado para injetar substâncias químicas nas galerias subterrâneas da cidade para matar ratos e insetos. Sobre essas substâncias Bento Urbano (1917, p.27-36), neste ponto, é bem detalhista. O médico determina quais os agentes gasosos utilizados nos processos de desinfecção, explicando o valor desinfetante dos mesmos e em que situação escolhia as substâncias para uso. São eles: formaldeído, anidrido sulfuroso, ácido carbólico, creolina, formalina, sulfato de ferro e bicloreto de mercúrio (sublimado corrosivo). A cena a seguir foi fotografada por ocasião da desinfecção do Posto Policial São João, entre as ruas da Paz e do Sol.

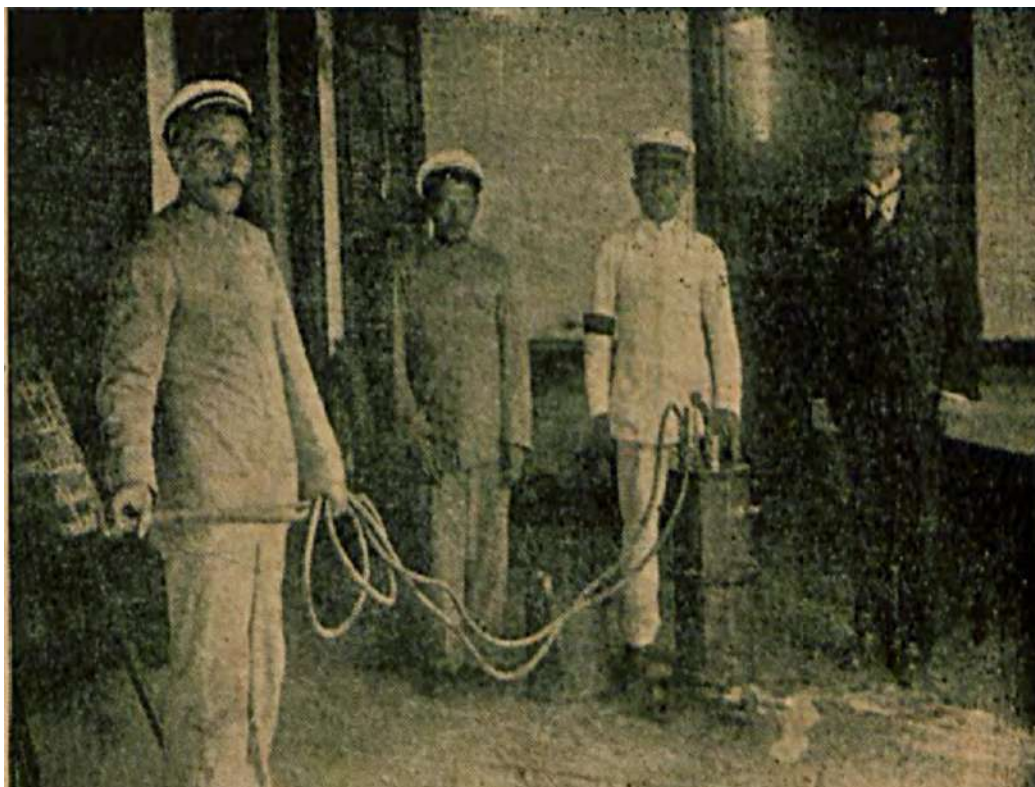




**Fotografia 23. Pulverizador a vapor Geneste Herscher**

Fonte: COSTA, 1918

Também foram adquiridas pelo SSM pulverizadores manuais, tecnologia já utilizada desde a campanha liderada por Victor Godinho. O uso deste aparelho evitava muitos transtornos com os proprietários dos imóveis, pois vaporizava soluções no ambiente ao invés de borrifar creolina e ácido fênico sobre móveis e outros objetos que podiam ser danificados. As antigas seringas pulverizadoras, por exemplo, manchavam os móveis, chão e paredes das casas ao expelir a substância antisséptica, além de causar mais reações alérgicas em pessoas que tinham contato com a substância. As imagens a seguir mostram funcionários do SSM prontamente ‘armados’ para a desinfecção em residência, e sempre supervisionados por um médico inspetor – não identificado.



**Fotografia 24. Turma de desinfetadores no interior de uma casa**  
Fonte: COSTA, 1918



**Fotografia 25. Um inspetor Sanitário assiste a desinfecção de uma sala de visitas** (Legenda original)  
Fonte: COSTA, 1918

Outro aparelho adquirido para as desinfecções foi o aparelho *Clayton*. Através de vapores de soluções antissépticas, expurgava materiais contaminados e vetores de doenças. Trata-se de uma tecnologia usada desde 1903 na capital federal, pela Diretoria Geral de Saúde Pública, nas campanhas de Oswaldo Cruz. O uso do aparelho, à época, fazia parte de um conjunto de técnicas da profilaxia moderna de doenças contagiosas, uma vez que poderia substituir as tradicionais quarentenas, tão nocivas ao comércio internacional. Nos desinfetórios marítimos o aparelho poderia ser acoplado a embarcações para ir ao encontro de navios impedidos de atracar no porto. Ao realizar a vaporização das substâncias no navio, em alto mar, o aparelho *Clayton* impedia o transporte de vetores ou germes de doenças para a terra firme (RABELO, 2010, p.166).

Em São Luís, o uso do aparelho *Clayton* foi rodeado de expectativas e virou espetáculo científico na cidade. Isso porque o SSM enviou convites aos jornais locais para assistirem ao funcionamento da máquina, e para que pudessem esclarecer eventuais dúvidas

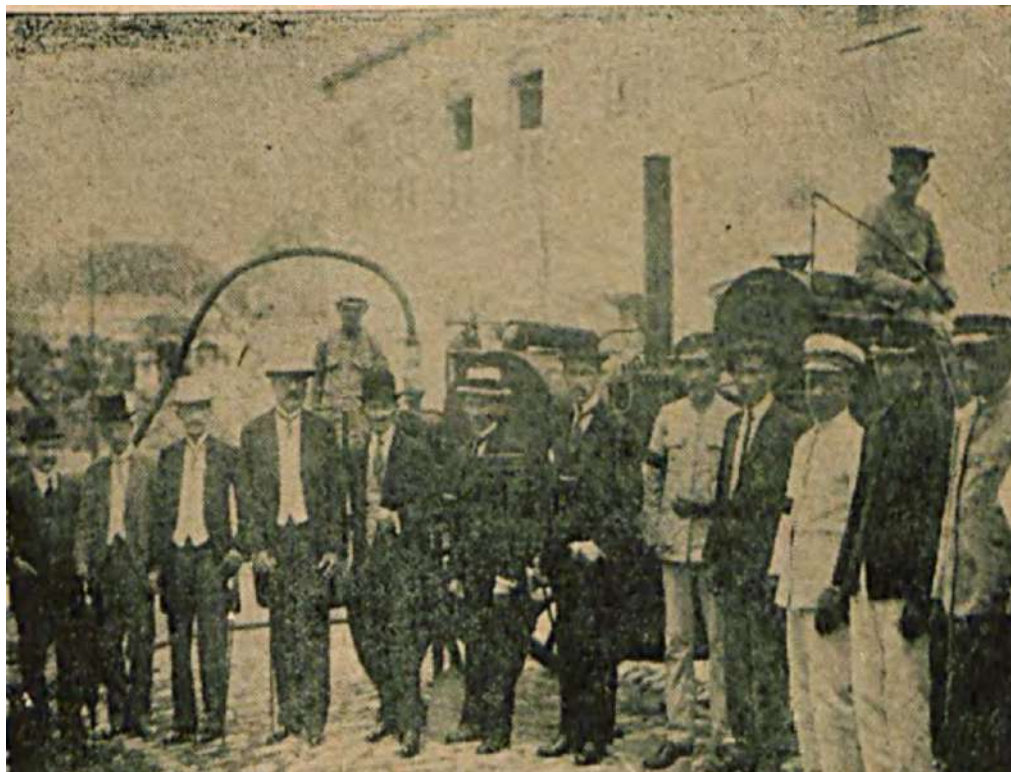
com o inspetor sanitário que cuidava da operação. Uma dessas exposições foi descrita pelo *Pacotilha* que, após ouvir o inspetor sanitário Carlos Nunes, informou que as desinfecções seriam realizadas de forma sistemática com 24 quilos de enxofre que produziam gás suficiente para 7 horas consecutivas de trabalho. Tais atividades fizeram despertar boatos não confirmados de que a peste bubônica estava de volta à capital, mas o serviço foi motivado pelo crescente número de casos identificados como impaludismo, que demandavam ações de eliminação do vetor da doença. Segundo a reportagem, bairros como Ribeirão, Galpão, Remédios, Baixinha<sup>174</sup> e Desterro apresentavam maior número de casos da doença (AS DESINFECÇÕES, 1916, p.1). Urbano da Costa (1918, p.36) também referiu-se aos casos denominados como impaludismo – em nenhum momento do relatório classificou como malária. Sem caracterizar a doença e seu ciclo de transmissão disse que os casos tornavam-se cada vez mais frequentes, apesar de não se ter registros oficiais. Teria o médico notado aumento no número de óbitos vitimados pela doença no bairro Codozinho e Gamboa, periferia de São Luís, regiões em que acumulavam-se águas pluviais, criadouros de mosquitos vetores da doença. No entanto, ao que apreço, nenhuma das ações de desinfecção foi direcionada a esses bairros de periferia. O mais longe que pude registrar ocorreu no bairro de São Pantaleão.

Outra ocasião em que a desinfecção realizada com o aparelho *Clayton* virou espetáculo foi documentada pelo SSM, no bairro do Ribeirão. O governador em exercício, Bricio de Araújo, e outras autoridades fizeram daquele evento uma propaganda em favor do governo. Herculano Parga, no último ano do mandato, não estava à frente do governo do Maranhão tendo em vista a campanha que desenvolveria para cargo de representação federal.

---

<sup>174</sup> Ribeirão compreendia a região próxima à Fonte do Ribeirão e Rua dos Afogados. Não foi possível determinar a região do bairro Galpão, mas estima-se que era próximo ao bairro dos Remédios. Este, compreendia a Praia do Genipapeiro, próximo à Igreja de Nossa Senhora dos Remédios, com acesso pela rua das Hortas. Atualmente, essa área abrange parte do bairro da Cambôa. A Baixinha era uma região que se confundia com os bairros Codozinho, Desterro e Madre de Deus. Trata-se de uma área pauperizada que, por volta de 1908-1910, passou a ser ocupada por pessoas muito humildes que construíram casebres com o barro e palha retirados das adjacências. Nesse período a região passou a ser mencionada em relatórios e periódicos, geralmente denunciando as precárias condições dos moradores dali, expostos à insalubridade. As autoridades sanitárias alegavam que a extração do barro da região originava várias depressões que, após as chuvas, tornavam-se reservatórios para desenvolvimento dos vetores do impaludismo. Trata-se de uma ‘nova cidade’ que se erguia, distante do perímetro urbano da cidade e que foi alvo das investidas do serviço de Profilaxia Rural nos anos seguintes.

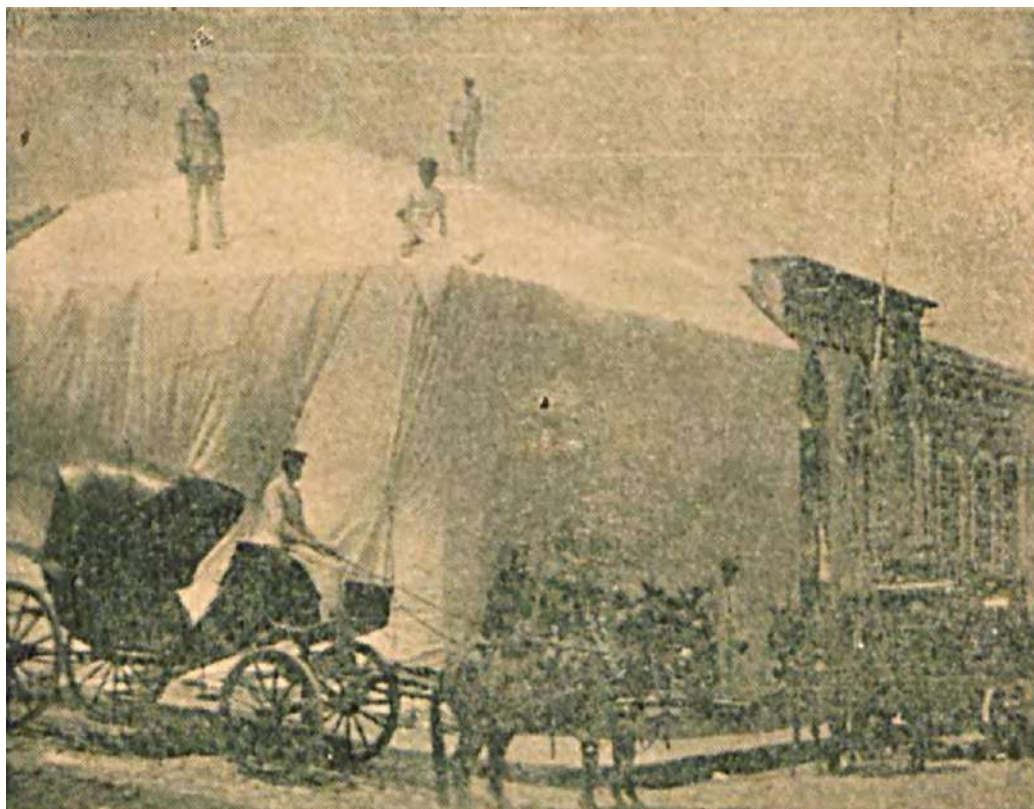




**Fotografia 26. Governador Bricio de Araújo e comitiva assistem o funcionamento do aparelho Clayton**  
 Fonte: COSTA, 1918

De forma experimental também foram realizados procedimentos de “oclusão de casas” algo que consiste no revestimento total de um imóvel, através de um pano de grandes proporções e, por baixo dele, vaporizar substâncias químicas desinfetantes - cenas tão características da campanha de Oswaldo Cruz contra o *Aedes aegypti* em sua forma alada. O objetivo era deixar confinado o ar nocivo, expelido por aparelho, que vitimava vetores de doenças no imóvel, procedendo-se, em seguida, a limpeza do local. Um outro objetivo, de cunho mais político, era a função espetacular dessas fumigações, que tinham maior representatividade e que viriam a fortalecer a imagem de um SSM atuante. E que, também, acalmaria os ânimos de políticos e da população incomodada com os mosquitos sugadores de sangue e com os ratos que proliferavam na sujeira da cidade – e adentravam às casas. Como era uma técnica experimental, de difícil realização<sup>175</sup>, inclusive, o médico explicou que a ação foi um ensaio, um tipo de preparação para caso a cidade fosse invadida por epidemia. A fotografia a seguir mostra a operação realizada em uma casa no bairro São Pantaleão:

<sup>175</sup> O médico explicou que era difícil conseguir no comércio local um pano de grandes proporções adequado ao serviço proposto. Além disso, o contexto de conflito mundial dificultava a importação deste tipo de material na quantidade e qualidade adequada ao serviço (URBANO, 1917, p.30).



**Fotografia 27. Casa embuçada** (Legenda original)  
Fonte: COSTA, 1918

Um dado importante apresentado no relatório de Urbano da Costa é que nos últimos anos reinava uma relativa ‘paz sanitária’ em São Luís, em termos de ameaças epidêmicas. Levantando dados do Isolamento do Lira o médico verificou as principais doenças contagiosas que prevaleciam na capital, apresentando resultados pouco expressivos. Sistematizei o número de casos registrados pelo médico na tabela a seguir, mas considere que muitos casos passavam despercebidos pela higiene pública, devido omissões, dificuldades para se estabelecer um diagnóstico adequado e precariedade na coleta dessas informações.

**Tabela 3. Doenças contagiosas registradas por Urbano da Costa (1913-1917)**

Ano \ Casos	Febre amarela	Variola	Sarampo	Total
1913	3	20	1	24
1914	1	4	15	20
1915	3	14	5	22
1916	-	3	20	23

1917	-	5	-	5
------	---	---	---	---

Nunca descartada, a possibilidade de invasão epidêmica sempre foi real em São Luís, cidade portuária, suja e que convivia com notícias frequentes de epidemias em estados vizinhos. Ficou registrado no relatório os contatos estabelecidos pelo diretor do SSM, Urbano da Costa, com outras autoridades de saúde do país, requerendo informações sobre doenças transmissíveis, como parte dos serviços de rotina da saúde dos portos. De início, o SSM voltou atenção para a peste bubônica, afinal, existiam rumores que a doença atacava a capital Recife. Apesar do diretor do Serviço Sanitário de Pernambuco, dr. Lyra, negar por correspondência a presença da doença, algumas medidas de profilaxia foram colocadas em prática em São Luís.<sup>176</sup> Assim, passageiros vindos do porto de Recife ficaram impedidos de desembarcar na capital maranhense. Aqueles que se destinavam a São Luís teriam de ser levados à sede do SSM para se submeterem a procedimentos de desinfecção. Mercadorias provenientes do porto suspeito só poderiam desembarcar mediante acompanhamento de autoridades sanitárias, que as encaminhavam até o Posto Sanitário na Ponta d'Areia. Além disso, naquele mês, foi renovado em caráter de urgência o estoque de soro antipestoso fornecido pelo IOC: 174 vidros foram remetidos para São Luís, acompanhado de 30 doses de vacina (COSTA, 1918, p.48-49).

Em maio daquele ano foram divulgadas notícias de que no estado do Pará grassava uma epidemia de raiva. Isso motivou o contato do SSM, via telégrafo, com as autoridades sanitárias daquele estado. Sem obter resposta, o SSM estabeleceu medidas de proteção do porto da capital, como o impedimento de passageiros vindos do Norte desembarcarem sem a fiscalização da higiene. Foram instituídas, também, apreensões de animais recém-chegados de Belém para observação. No mesmo período, notícias de uma epidemia de varíola no Rio de Janeiro ganhavam força. Contatando o dr. Carlos Seidl, diretor-geral de Saúde Pública, o dr. Bento Urbano Costa foi informado de que a varíola não oferecia risco de propagação epidêmica, estava controlada, ocorrendo apenas casos esporádicos. Ainda assim o SSM solicitou ao IOC prontamente 3.000 tubos de vacina antivariólica (COSTA, 1918, p.50-52).

Essas medidas eram comuns na iminência de epidemias, mas no relatório de Urbano da Costa parecem exclusivas à sua gestão, ou inovadoras. Ou ainda, concretizadas. O relatório apresenta, tão somente, um dos lados da questão sanitária em São Luís, que era aquele vinculado ao governo. Por exemplo, sabemos das dificuldades de fiscalização dos portos naquela época, sobretudo em conjunturas epidêmicas. As iniciativas estabelecidas não podem ser vistas como

<sup>176</sup> O dr. Lyra informou que a peste manifestava-se em casos esporádicos na capital de Pernambuco e, desde 1910, registraram-se casos pelo interior do estado, Alagoas e Bahia (COSTA, 1918, p.49).

plenamente verificadas, pois interesses ligados ao comércio marítimo e à circulação de passageiros faziam o possível para burlar as leis e os procedimentos sanitários. Ao que parece os escritos de Urbano da Costa tendem a passar a imagem do serviço mais eficiente e estável (já que o diretor passou três anos no cargo) que existiu no estado. Além de sugerir que a ‘paz sanitária’ em que viviam os moradores da capital naqueles anos tem relação com a eficiência do SSM.

Um ponto que deve ser destacado no relatório do dr. Urbano Costa é o estreito contato que o SSM mantinha com o IOC à época, ao ponto de não requerer do Instituto Vacínico de Pernambuco, produtos biológicos. A justificativa era que o IOC possuía soros e vacinas de melhor qualidade, pois não registravam incidentes após aplicação. Para o médico esse argumento superava, inclusive, as críticas que a prática recebia, referentes a possível corrupção dos produtos devido a longa viagem do Rio até São Luís. Em vários momentos o autor destaca a eficiência com que a instituição carioca atendia às solicitações do serviço maranhense:

Em 1917, além das remessas periódicas e espontaneamente feitas, muitas vezes nos dirigimos ao Instituto Vacinogênico Municipal do Rio de Janeiro, pedindo número avultados de tubos da sua preciosa linfa, verificando sempre com intensa alegria a louvável solicitude com que eram atendidas as solicitações de saúde pública do Maranhão (COSTA, 1918, p.21).

Esse estreito contato não era uma novidade, pois desde 1903 foram enviados médicos do Instituto de Manguinhos para o Maranhão, incentivando a circulação de conhecimento e reiterando o interesse do Instituto pela região. Na gestão aqui analisada não foram enviados médicos do IOC para o Maranhão, mas o Instituto forneceu vacinas, soros e tecnologias de enfrentamento de doenças, servindo como parâmetro de conduta sanitária:

Graças à solícita boa vontade de Carlos Chagas, conseguimos, com admirável urgência, informações científicas como as sabe dar o mestre, sobre as propriedades e aplicações da soroterapia, sobretudo na difteria. Também os nossos pedidos ao Instituto tiveram sempre por si a superior dedicação do glorioso substituto de Oswaldo Cruz (COSTA, 1918, p.26).

A boa relação com o IOC levou Urbano da Costa a questionar a necessidade de se criar um instituto vacinogênico no Maranhão, ideia defendida desde 1890 pelos médicos Almir Nina, Moraes Rego, Oscar Galvão, entre outros. Urbano da Costa julgou aquela despesa desnecessária alegando que o Maranhão possuía uma população pequena e que suas necessidades eram prontamente atendidas pela instituição carioca (COSTA, 1918, p.21).



No anos seguintes, este médico e outras autoridades políticas e sanitárias mudaram de opinião quanto à criação de um instituto dessa natureza no Maranhão, pois passariam a saudar as iniciativas de inserção do Maranhão no movimento pelo saneamento do Brasil rural. Na administração de Urbano Santos, que retornou ao Maranhão como governador eleito, foi instituído o decreto n. 81 de 22 de outubro de 1918 que autorizou o estado a contratar com o governo federal o Serviço de Profilaxia Rural e fundar uma filial do IOC no estado, com o objetivo de preparar soros e vacinas para a região e, mesmo, para os estados vizinhos. A estrutura que veio a ser desenvolvida, nos anos seguintes, teria como alvo o combate das endemias rurais e dos surtos epidêmicos prevalentes no Maranhão, que passou a ser concebido, à época, como “sertão”.

## CAPÍTULO 5. A INSTITUIÇÃO DO SERVIÇO DE PROFILAXIA RURAL EM SÃO LUÍS (1918-1919)

Estamos assistindo ao alvorecer de uma nova era que há de assinalar forçosamente com o soerguimento do nosso povo pela campanha em prol da saúde e revigoração dos filhos desta abençoada terra (MIRANDA, 1925, p.1).

No dia 3 de junho de 1919, às 9 horas, uma comitiva formada por cerca de 40 autoridades locais e representantes federais partia do centro de São Luís, capital do Maranhão, em direção a Vila do Anil, região distante cerca de 6 km do perímetro urbano da capital. Bondes e automóveis conduziram aqueles políticos, médicos, comerciantes, religiosos e educadores que julgavam testemunhar uma nova fase na saúde pública do Maranhão. O *Pacotilha* acompanhou o evento e, no dia seguinte, publicou detalhes do acontecimento.

Em clima festivo, aquela espécie de marcha para o interior da ilha de São Luís chegou às 10 horas ao Posto Profilático do Anil, o primeiro montado pela Comissão de Profilaxia Rural do estado. Raul Almeida Magalhães, bacteriologista que trabalhara no Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, era o chefe do Serviço de Profilaxia Rural do Maranhão (SPRMA), instituído em outubro do ano anterior. No Posto do Anil, Magalhães fez um discurso sobre a importância daquela iniciativa que visava combater as endemias que depauperavam as populações das áreas rurais. Em seguida, foi saudado com aplausos e a banda de música local executou composições de seu repertório (O POSTO, 1919, p.4).

Aquele espetáculo científico, encenado no interior da ilha foi motivo para comemoração e virou notícia de jornal, pois era uma das primeiras ações do movimento pelo saneamento rural do Brasil no Maranhão. Na ótica de médicos e autoridades políticas envolvidas na questão sanitária, denotava a inserção do estado considerado longínquo e negligenciado no rol das preocupações federais. O evento, adormecido em um jornal de época, está ligado a uma nova postura no modo de lidar com a saúde e a ciência médica no Maranhão, em um contexto específico. De fato, não foi de forma repentina que o estado “apareceu” para as autoridades políticas e federais. Vimos nos capítulos anteriores que desde 1903, com a chegada da peste bubônica na capital, médicos da DGSP, Serviço Sanitário de São Paulo e IOC foram enviados ao Maranhão em missões pontuais para combater àquela e outras doenças e organizar o Serviço Sanitário local. Depois de poucos meses esses profissionais voltavam aos estados de origem sem promover alterações significativas na higiene pública do estado. Ou seja,

o Maranhão não era um local tão esquecido e distante das ideias médicas e políticas de saúde como se poderia supor. Mas um longo caminho teria de ser percorrido para institucionalizar as ciências médicas e a saúde no estado e para torná-lo salubre.

A nova postura mencionada há pouco teve início em 1918 quando o Serviço de Profilaxia Rural do Maranhão (SPRMA) foi instituído com a promessa de ser um serviço mais duradouro e com maior alcance. A ideia era atingir não apenas a capital mas também o “sertão” do estado, desprezado pelas políticas de saúde. Para isso, foram criados postos médicos para atender a população rural, laboratórios, campanhas educativas, um Hospital Central para moléstias rurais, sendo os profissionais de saúde pela primeira vez enviados para áreas consideradas remotas, e até mais próximas do que imaginavam as elites da capital. Grande expectativa foi criada em torno do serviço, e os jornais locais, fontes importantes para analisar os acontecimentos, veicularam com otimismo um sentimento de “nova era” no Maranhão.<sup>177</sup>

Claro que o SPRMA não chegou de forma repentina, e o ofício historiográfico é um meio para problematizar o caminho que o projeto percorreu, as condições em que foi viabilizado e as mudanças que promoveu no modo de operacionalizar as ações de saúde. Antes de tudo, é importante considerar que o SPRMA está ligado a uma mudança no cenário nacional a partir de 1910 no tocante às políticas de saúde, fruto de um olhar mais atento ao interior do Brasil. Profissionais que atuavam na DGSP e em importantes institutos de medicina experimental foram enviados a regiões distantes do eixo Rio-São Paulo para estudar e/ou combater as endemias rurais. O fato de ter sido o Maranhão beneficiado com um Serviço de Profilaxia Rural não significa que fosse “especial”, “singular” ou até mesmo “anômalo”, pois outros estados foram objeto de medidas similares de inserção no programa do movimento pelo saneamento rural. O importante é saber como cada região vivenciou essas medidas, levando-se em consideração o contexto econômico, político e social das localidades e o histórico de suas doenças.

Tratava-se de uma ‘nova era’? Em parte sim. Afinal, o movimento pelo saneamento do Brasil rural teve uma duração significativa e revelou “um outro país”, propondo soluções em âmbito federal para problemas dos habitantes do interior que eram desconhecidos para a elite política e médica das regiões litorâneas. Porém, é importante ter em mente que o modelo adotado nos anos 1910-1920 não era uma panaceia; existiam no caminho de sua implementação

---

<sup>177</sup> Foi utilizado, principalmente, o jornal *Pacotilha*, que tinha maior circulação no estado, veículo oficial do SPRMA e ligado à política do então governador Urbano Santos. Utilizei, também, o periódico *Diário de S. Luiz*, com orientação oposicionista ao governo, pois era o espaço em que circulavam algumas críticas à empresa montada, como as produzidas pelo médico maranhense Achilles Lisboa.

dificuldades a serem vencidas, e os profissionais designados para as missões interioranas não tiveram o protagonismo que esperavam ter ou que se esperavam que tivessem. No Maranhão e em outros lugares, médicos e profissionais locais foram de grande relevância para a instituição do serviço. Além disso, o SPRMA contou com uma estrutura pré-existente, rudimentar, é verdade, mas que serviu de base para as ações então desenvolvidas. Contou também com apoio decisivo do governo local, que se empenhou para inserir o Maranhão na rota das preocupações federais.

Dito isso, analisarei neste e no próximo capítulo as ações do Serviço de Profilaxia Rural no Maranhão, na capital e no interior, dando destaque às tentativas de expansão do serviço federal pelo território, à participação de médicos maranhenses nesse empreendimento e às atividades da filial do Instituto Oswaldo Cruz criada então no estado. Para o capítulo que aqui se inicia darei ênfase aos primeiros anos de funcionamento do Serviço de Profilaxia, momento no qual estava sendo estruturado na capital. Os dados com que trabalhei provieram principalmente de documentos produzidos pelos diretores do Serviço montado, os médicos Raul de Almeida Magalhães e Cassio Miranda; de relatórios, livros e publicações em periódicos de autoria de personagens locais, sendo os relatos de médicos enviados ao interior do estado de grande importância para identificar as dificuldades que enfrentaram para implantar o serviço lá. Também analisei a legislação referente à instituição do Serviço de Profilaxia Rural (SPR) no Brasil e no Maranhão, e os discursos do maranhense Urbano Santos, político que ajudou a colocar o estado na agenda da política sanitária federal.

Para identificar as atividades iniciais do Serviço utilizei dois relatórios de Almeida Magalhães (1919; 1920) destinados ao ministro da Justiça e Negócios Interiores. São ricos em detalhes sobre os primeiros atendimentos médicos no núcleo mais urbano de São Luís e sobre as primeiras investidas pelos sertões do Maranhão após setembro de 1919. Utilizei também diferentes textos produzidos pelo médico Cassio Miranda, em especial três relatórios que descrevem as atividades do Serviço. O primeiro, publicado no *Diário Oficial do Estado do Maranhão*, em 1920, era dirigido ao diretor do IOC, Carlos Chagas, e dizia respeito à filial recém-instalada em São Luís. O segundo relatório de Miranda (1923a), destinado ao governador do Maranhão, Godofredo Mendes Vianna, era uma espécie de propaganda da filial em momento político não muito favorável a ela.<sup>178</sup> O documento descrevia as ações desenvolvidas em 1922, com foco nas dificuldades que a instituição enfrentava e na possibilidade de expansão das atividades a partir da construção de uma nova sede física em São Luís. Para isso, o

---

<sup>178</sup> Momento subsequente à morte de Urbano Santos, político comprometido com a manutenção e expansão da filial do IOC no estado.

documento/propaganda apresentava dez fotografias que retratavam as atividades cotidianas da filial.<sup>179</sup>

Também utilizei relatório produzido por Miranda (1925) no momento em que substituí o dr. Costa Rodrigues, como chefe do Serviço de Profilaxia Rural do Maranhão em 1923. Julgo ser o documento mais importante para a análise do SPRMA, pois apresenta o modelo de enfrentamento das endemias rurais calcado na instalação de postos de atendimento pelos sertões, além de trazer detalhada descrição da capital ludovicense, principalmente de região mais afastada do perímetro urbano. Trata-se de um documento denso, rico em detalhes e que contém um conjunto significativo de fotografias que retratam o surgimento, na periferia de São Luís, de “uma nova cidade”, na qual imperavam as habitações de palha, fruto da expansão demográfica do início do século XX. Além disso, registrava a forma pela qual o Serviço se expandia pelo interior do estado, indicando quais médicos tinham sido designados para cada região e o que vinha sendo feito nessas localidades.

Esse relatório de Miranda (1925) compilava artigos publicados por médicos locais que atuavam no Serviço, desmistificando, como irei demonstrar, o protagonismo dos atores “de fora” no enfrentamento dos problemas de saúde locais. Os artigos anexados ao relatório revelam 17 médicos maranhenses que atuavam no Serviço, em diligências emergenciais e em postos de atendimento médico na ilha de São Luís e no interior do estado, nos municípios de Caxias, Cururupu, Pedreiras, Vianna e em regiões do vale dos rios Mearim e Itapecuru.

Outro importante documento produzido por Cassio Miranda (1923b) é a comunicação publicada nos *Anais do Primeiro Congresso Brasileiro de Hygiene*, na qual expunha o modo como era instituída a nova organização sanitária no Maranhão. Miranda fazia propaganda do Serviço para os participantes daquele importante evento médico ocorrido em 15 de outubro de 1923 no Rio de Janeiro. O Maranhão foi representado por Cassio Miranda e pelo médico maranhense Filogônio Lisboa. No Congresso foram apresentados os seguintes estudos, posteriormente publicados nos seus *Anais: Estado actual da organização sanitária do*

---

<sup>179</sup> Até o momento trata-se do único registro fotográfico da filial do IOC no Maranhão. Consultei o Arquivo da COC, Biblioteca de Manguinhos (e Setor de Obras Raras) e nenhum registro dessa natureza foi encontrado. Aliás, nesses acervos são raros os registros sobre o SPRMA, filial do IOC no Maranhão e presença da Fundação Rockefeller no estado. Os poucos registros encontrados apenas tangenciam o tema da pesquisa ou limitam-se à formação intelectual dos médicos que lideraram o serviço. Manuel Fran Paxeco, cônsul de Portugal no Maranhão, escreveu diversos livros e artigos jornalísticos no período em que viveu no estado e também abordou o tema de forma genérica. Em uma obra densa, intitulada *Geografia do Maranhão. A Terra - Os produtos - As instituições* o escritor realizou uma história concisa, simplificada, sobre a medicina em São Luís desde o período colonial até a chegada do SPRMA. Ali relatou a importância da filial do IOC no estado, caracterizando a instituição com base nos relatórios até então produzidos por Cassio Miranda. No livro de Fran Paxeco encontram-se duas imagens constantes no relatório de Miranda (1923), e outras duas do Hospital Central de Moléstias Rurais, que foram utilizadas no estudo que aqui se apresenta.

*Maranhão*, de Cassio Miranda; *A remodelação de São Luís sob o ponto de vista domiciliar*, de Luiz Vianna; *Valor da assistência gratuita na profilaxia das doenças venéreas*, texto de Salvo Mendonça e *Organização do Serviço de Enfermeiras no Maranhão*, de autoria de Filogônio Lisboa.

A historiografia maranhense nunca deu muito destaque a esse importante período da história das políticas e ações de saúde no Maranhão. A instituição do SPRMA é por vezes referida de forma genérica, como nos trabalhos de Palhano (1988) e Meireles (1993), que não tinham o intuito de fazer análise mais detida do campo da saúde. Já na *História da Medicina em São Luís*, de autoria de Lacroix (2015), são identificados alguns personagens que trabalharam no Serviço aqui analisado, como os médicos Cassio Miranda, Ático Seabra, Djalma Marques e Luiz Vianna.

Um dado de realidade é que não é abundante a documentação sobre o período que pudesse motivar estudos mais aprofundados sobre o SPRMA e o IOC. É possível que maior quantidade de relatórios e ofícios tenha circulado entre Rio de Janeiro e Maranhão à época, mas são poucos os documentos remanescentes preservados nas instituições em ambas as regiões. A maior lacuna é referente aos anos finais da Primeira República, o que não me deixa outra alternativa senão concentrar a análise nos periódicos que continuaram a veicular notícias até por volta de 1930.<sup>180</sup> Mesmo assim, dos relatórios disponíveis é possível extrair uma narrativa coerente sobre como foi gestada e institucionalizada a primeira política federal voltada para as endemias rurais em terras maranhenses. Oferecerei assim aos leitores um quadro plausível sobre os problemas de saúde que acometiam os habitantes do estado no período 1918 a 1930, o que foi feito para alterar o quadro de “abandono e doença” nos sertões do estado, e os modelos de enfrentamento das doenças utilizados nessa iniciativa federal, que teve significativa presença de médicos locais.

## **5.1 A política federal de saúde para o Maranhão, parte dos sertões do norte do Brasil**

---

<sup>180</sup> Para saber o que aconteceu com o SPRMA e filial do IOC, após a instauração do governo Getúlio Vargas, foi necessário verificar a documentação ligada à saúde pública, produzida na gestão dos interventores estaduais nomeados.

O Maranhão é um dos estados brasileiros que compõem a região nordeste do país segundo a primeira divisão regional oficial adotada pelo IBGE em 1942.<sup>181</sup> Tal divisão se deu no contexto de consolidação do Estado Novo, como parte da política adotada pelos sucessivos governos de Getúlio Vargas tendo em mira dar maior força e complexidade à ação estatal enquanto o sistema oligárquico se desestruturava. Na nova conjuntura ganharam relevância as políticas territoriais que buscavam a coesão social no país em contraposição à tradicional segmentação do poder estabelecida pelas oligarquias regionais. Impôs-se a necessidade de conhecer de forma sistemática e ampla o território brasileiro, o litoral e o interior, os aspectos demográficos, tipos de produção, a organização social etc. O conhecimento adquirido deveria se traduzir em estatísticas mais coerentes e no ensino oficial de uma nova geografia do país (CONTEL, 2014, p.2).

Porém, nem sempre o Maranhão foi considerado como parte da região nordeste. Em divisões regionais anteriores à de 1942, como a de 1913, de autoria do geógrafo francês Carlos Miguel Delgado de Carvalho, o Maranhão pertencia à região “Norte Oriental” juntamente com os estados do Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas. O Pará, o Amazonas e o território do Acre formavam a região “Setentrional”.<sup>182</sup> Esse modelo dividia o território brasileiro com base no conceito de “região natural”, na qual elementos semelhantes como relevo, hidrografia, clima, vegetação etc. serviam de parâmetros para a demarcação de cada região (CONTEL, 2014, p.3). Em 1938, outra divisão foi elaborada para compor o *Anuário Estatístico do Brasil* com base em parâmetros fornecidos pelo Ministério da Agricultura.<sup>183</sup> Nesse modelo o Maranhão foi incluído em uma região muito ampla denominada “Norte do Brasil” formada também pelos estados do Piauí, Pará, Amazonas e pelo território do Acre (IBGE, 1938).

O fato é que o Maranhão foi por muito tempo concebido como parte de região genericamente designada como “norte” do Brasil, sendo este conceito utilizado principalmente pelos habitantes do “sul” do Brasil que assim se referiam a uma região que julgavam distante, exótica e inferior do ponto de vista civilizacional às capitais como Rio de Janeiro e São Paulo. Tal polarização do Brasil está presente, por exemplo, nos escritos dos médicos Victor Godinho

---

<sup>181</sup> Em 1942 o estado foi designado como pertencente à região chamada de nordeste ocidental. Somente em 1970, na configuração que prevalece até os dias atuais, o Maranhão passou a pertencer à região nordeste.

<sup>182</sup> Os estados de Sergipe, Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro (capital federal) e Minas Gerais formavam a região Oriental. O “Brasil” Meridional era composto por São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Goiás e Mato Grosso formavam a região Central do Brasil.

<sup>183</sup> Contel (2014, p.2) cita 16 divisões regionais para o Brasil, elaboradas desde meados do século XIX, como a idealizada por Karl Von Martius, por exemplo, até a divisão vigente.

e Adolpho Lindenberg (1906, p.7-8), já citados nesse estudo. Ao passarem pelo Maranhão afirmaram o desinteresse do Sul pelos estados do norte e do oeste do Brasil.<sup>184</sup>

Desconhecido pela historiografia maranhense cito, também, o engenheiro de minas e geólogo inglês Tom H. V. Bower, que esteve no Maranhão em 1910 para estudar as riquezas minerais do estado. Bower era empregado da *London South American Syndicate Limited*, empresa britânica que tinha interesse em explorar minérios em regiões como Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Maranhão. No livro intitulado *O Estado do Maranhão - Norte do Brazil*, o engenheiro também retratou o país sob a ótica bipolar, Norte e Sul, enfatizando o caráter isolado e intacto das terras maranhenses à época.<sup>185</sup> Aliás, este é um componente típico do imaginário associado à região amazônica desde as viagens feitas por naturalistas nos séculos XVIII e XIX.

Essa segmentação do Brasil foi tema de diversos discursos desde o final do século XIX, em que prevalecem critérios como raça e meio para diferenciar as regiões. O médico Nina Rodrigues, por exemplo, dava ênfase à predominância de um tipo no Norte do Brasil: o mestiço, indolente e inerte. O clima tropical dessa região e sua escassa civilização seriam os responsáveis pelo tipo mais comum da população. Na lógica do pensamento naturalista, por exemplo, calor e umidade geravam abatimento físico e intelectual, culminando em superficialidade e nervosismo, elementos de inferioridade psicológica dos habitantes do norte. Nessa visão bipolar, o Sul possuía clima mais ameno, viabilizando o desenvolvimento de indivíduos brancos, fortes e dominadores, psicológica e moralmente superiores. Albuquerque Jr (2011, p.70-71) chama atenção para a importância dada por intelectuais do final do século XIX à influência dessa divisão racial, psicológica e moral, regionalista e oligárquica, à organização política do país, determinando a formação de seu Estado Nacional.

O médico Victor Godinho (1904, p.29) tinha em mente tais ideias ao referir-se à indolência e falta de ambição do povo do Maranhão, algo que considerava típico do clima tropical do norte do Brasil, como vimos nos capítulos anteriores. A indolência foi uma característica ressaltada na correspondência de Oswaldo Cruz, ao passar pelo Maranhão, em

---

<sup>184</sup> C.f. p.26.

<sup>185</sup> Disse o engenheiro: “Este maravilhoso estado do Norte, não obstante sua riqueza mineral, pastoril e agrícola, ainda não atraiu um certo interesse da parte dos principais capitalistas europeus, porém agora que a situação nos estados do sul, desenvolve-se numa base, mais solidamente comercial, acima da especulação, um futuro mais próspero deve ser pois esperado nos estados do norte da República, aonde há, ao certo toda oportunidade para o desenvolvimento de capital. Pará e Amazonas tem gozado de prosperidade devido à sua vasta produção e exportação da borracha enquanto que o Maranhão, com seus depósitos naturais de borracha, tem se conservado intacto. É sabido que milhares de hectares estão desconhecidos e vastos territórios conservam-se inexplorados, sendo esta última causa motivada pela grande cifra de índios que ocupam essas densas florestas” (BOWER, 1913, p.3).



viagem de inspeção aos portos do Norte, em 1905, e nos escritos dos médicos Raul Almeida Magalhães e Cassio Miranda ao caracterizarem os habitantes das áreas rurais do estado. A diferença entre esses últimos médicos e o dr. Godinho está na atenção dada às doenças endêmicas da região como fator agravante das características “naturais” das populações do norte do país. O dr. Achilles Lisboa<sup>186</sup>, por exemplo, num texto escrito 14 anos depois da estadia de Victor Godinho no Maranhão, já no contexto do saneamento rural, atribuía a “indolência natural dos maranhenses” a uma “incapacidade funcional”, pois

o caráter letárgico do povo não era resultante apenas de condições étnicas e climáticas, agravada pela falta de cultura social. Entra nela, como fator importante a perda de energia, ocasionada por tais moléstias [malária e ancilostomose] anemiantes. Que se pode, na verdade, esperar do esforço de homens de vitalidade assim combatida, cujo sangue empobrecido não permite, por uma forma razoável, as mutações energéticas do organismo? (LISBOA, 1918, p.30-31).

Nas duas primeiras décadas do século XX, relatos de viagens à Amazônia, sobretudo aquelas empreendidas por Euclides da Cunha e Carlos Chagas, retrataram uma região de natureza monumental, enigmática, mas passível de ser decifrada pela ciência (SCHWEICKARDT; LIMA, 2010, p.400). Documentaram também uma região que padecia de graves problemas sociais, com uma população doente, corrompida pela malária. Aliás, o combate a essa doença foi uma das balizas da intervenção federal na região norte do Brasil nos anos seguintes, e foi um dos principais ingredientes das imagens depreciativas construídas sobre a região por habitantes da região Sul, que manifestavam assim constante receio de uma possível contaminação do país por males vindos do norte (BENCHIMOL, 1990a, p.54; HOCHMAN, 2012, p.100).<sup>187</sup>

---

<sup>186</sup> Achilles Lisboa foi um importante médico maranhense que se dedicou, entre outros temas, aos estudos sobre a lepra e, no campo das especialidades médicas disponíveis à época, intitulava-se leprólogo. No Maranhão foi o idealizador do Posto de Socorro Médico aos Ulcerados em 1917, ocupou cargos importantes como Delegado Geral de Recenseamento em 1920 e dedicou-se, também, à política local, chegando a ser prefeito de Cururupu, município maranhense, em 1925. Em 1935 foi eleito governador do Maranhão. No Rio de Janeiro trabalhou na Diretoria Geral de Agricultura, foi Diretor do Jardim Botânico no Rio de Janeiro e aposentou-se como naturalista no Museu Nacional (NUNES, 2000, p.302-331). No campo da leprologia participou de diversos congressos sobre o tema e teve várias publicações de destaque como: *A lepra sob o ponto de vista da hereditariedade mórbida* (1928); *Apreciação crítica dos postulados da leprologia moderna* (s.d.), *Pela Pátria, contra a lepra, o mais perigoso dos nossos inimigos* (1932), dentre outras. Voltarei a utilizar escritos desse médico ao longo deste capítulo, sobretudo quando manifestou-se contrário às investidas do SPRMA.

<sup>187</sup> Em passagem pelo Maranhão, em 1904, Godinho e Lindenberg (1906, p.204) alertaram para o perigo do impaludismo na região, destacando que a “capital da República estará sempre na iminência de novas contaminações provenientes do norte, onde é ele endêmico em todos os estados. A guerra que atualmente se está fazendo no Rio precisa ser seguida de uma campanha igual nos estados”, avisaram os médicos do Serviço Sanitário de São Paulo em 1904.

Nos anos 1910 emergiu um movimento pela reforma dos serviços de saúde de maneira a estender o seu alcance às zonas rurais. Foi consequência daquilo que Hochman (2012, p.28) chamou de formação de uma “consciência de interdependência” ou “consciência social”, ou ainda, um “senso de responsabilidade” no tocante à resolução dos problemas de saúde pública em contexto republicano. Este autor dá peso preponderante à formação de uma consciência de que eram interdependentes no tocante às doenças infecciosas aquelas unidades que desfrutavam de grande autonomia política na ordem constitucional instaurada em 1891, o que requeria a reformulação e ampliação dos serviços sanitários no país. A consciência da interdependência apoiava-se na ideia da transmissibilidade das doenças causadas por microrganismos e que eram reconhecidas pelo senso comum como doenças que se “pegam”. Envoltas numa ideologia nacionalista, esse senso de co-responsabilidade deu impulso à centralização das ações de saúde, viabilizando ações do poder federal em nível local, mas sem infringir a autonomia dos estados (HOCHMAN, 2012, p.41).<sup>188</sup>

Os historiadores que vem se dedicando ao estudo desse período puseram relevo nas viagens e expedições científicas e militares ao interior do Brasil que desnudaram características de regiões que estavam fora do alcance do poder público e dos projetos modernizadores adotados até então. Em 1912, por exemplo, Belisário Pena e Arthur Neiva, pesquisadores do IOC, partiram do Rio de Janeiro em uma expedição pela Bahia, Pernambuco, Goiás e Piauí que durou nove meses. Quatro anos depois publicaram relatório rico em observações médicas e sociológicas que desnudava as graves mazelas do interior do Brasil. As impressões dos cientistas tiveram grande repercussão entre as elites letradas do litoral e incentivaram medidas efetivas em prol do saneamento dos sertões do Brasil (FUNDAÇÃO, 1991, p.7).

Lima (2013, p.107), em importante estudo sobre a construção dessa ideia de sertão no início do século XX, destaca que as viagens científicas serviam também a objetivos estratégicos para a construção do Estado nacional como a construção de linhas telegráficas e vias ferroviárias. Visavam promover ações de profilaxia de doenças e saneamento no território

---

<sup>188</sup> A análise da interdependência requer o reconhecimento de personagens responsáveis por ações e estratégias adotadas em São Luís e em algumas regiões do interior do Maranhão, como irei demonstrar. Significa reconhecer os personagens que atuaram na questão sanitária, compostos por “círculos médicos, científicos e profissionais funcionários dos serviços sanitários e intelectuais em geral”. Tais atores foram atuantes em instituições e seguiam mobilizados por uma consciência social empenhada na resolução de problemas, e também direcionados por interesses concretos (HOCHMAN, 2012, p.24). Não somente personagens, mas também grupos sociais atuantes. No caso da elite letrada da capital ludovicense, é importante ter em perspectiva que apesar de possuir uma formação acadêmica na Europa, Bahia ou Rio de Janeiro, sua esfera de atuação era o Maranhão, junto aos problemas locais, revestidos por aquela cultura, o que me autoriza concebê-los com “atores locais”. O Maranhão, mesmo distanciado geograficamente da capital federal, não esteve alheio a essa consciência da interdependência, manifesta, principalmente, por ações que inseriam o estado no movimento pelo saneamento do Brasil rural nas três primeiras décadas do século XX, como irei demonstrar.

nacional com fronteiras pouco delimitadas conhecidas. Algo importante foi posto em evidência pelos protagonistas dessas viagens e expedições, capaz de estimular ações concretas: o interior do Brasil, em particular a região norte em que se achava meu objeto de estudo, passou a ser reconhecida como lugar habitado por pessoas que enfrentavam graves problemas sociais e sanitários, desmanchando a ideia reinante até então de que as zonas interioranas eram salubres em comparação às cidades portuárias do litoral brasileiro assoladas por doenças infecciosas como peste bubônica e febre amarela. Essa foi a conclusão mais notável dos relatórios dos médicos comissionados para fazer investigações nos estados de Minas Gerais, Mato Grosso, Goiás, Bahia, Maranhão, sudoeste de Pernambuco, Amazonas, Pará, interior de São Paulo e até mesmo na periferia da capital federal, o Rio de Janeiro, um pouco além das modernas avenidas recém-inauguradas aí.<sup>189</sup> Intelectuais e cientistas da Primeira República designavam essas regiões, genericamente, como “sertão”, embutindo nesse conceito a ideia de territórios longínquos, atrasados, onde imperavam a natureza e a barbárie por oposição às cidades do litoral, lugares de civilização.

Assim, os relatórios médico-científicos produzidos no início do século XX possibilitaram interpretações do Brasil com base nos contrastes entre territórios imaginados. A oposição “sertão” e “litoral” insuflou imagens de um “Brasil doente”, acometido por enfermidades que impediam a inserção de seus habitantes na lógica da produtividade e no projeto de integração nacional. Além disso, os habitantes desse “mundo rural”, inclusive os do intangível norte do Brasil, viviam em estado de completa pobreza, insalubridade, com frequência desconheciam até mesmo a moeda nacional. Entre as características alarmantes registradas pelos autores do relatos de viagens feitas à época sobressaía a escassa identificação com o Estado nacional e o apego a signos religiosos. Por esses motivos, a região passava a ser compreendida pelo binômio “abandono e doença”, subsumida no conceito “sertão” da qual tenho mencionado (LIMA; HOCHMAN, 2000).

O movimento de atenção ao interior do país, alavancado por organizações como a Liga Pró-Saneamento do Brasil, tornou-se elemento de reconstrução da identidade nacional, identificando a doença como algo intrínseco ao *ser* brasileiro. Na lógica de integração nacional

---

<sup>189</sup> Segundo discurso do médico Afrânio Peixoto os doentes nem sempre estavam “nos confins do Brasil”, mas poderiam estar mais próximos do que se imagina, em Guaratiba, Tijuca, Jacarepaguá, regiões periféricas do Rio de Janeiro, capital federal à época. Conforme cita, o sertão poderia começar “para os lados da Avenida” (PEIXOTO *apud* HOCHMAN, 2012, p.70). Trata-se de uma denúncia à proximidade desse lugar associado à doença e abandono que pode começar no final de uma avenida moderna, construída no seio de uma capital considerada na vanguarda da medicina experimental e vista como avançada na época, como a Avenida Central. Este logradouro, atual Avenida Rio Branco, pode ser considerada como um dos símbolos da reforma urbana idealizada pelo prefeito Pereira Passos no início do século XX.

vigente no período era necessário oferecer assistência médica e sanitária aos habitantes desse “outro Brasil” para que prevalecesse a unidade nacional. Os “sertões” do Brasil tornaram-se uma categoria relevante nos planos político e social, impulsionando políticas e a mobilização de recursos para reverter o quadro pintado por Arthur Neiva, Belisário Penna e outros (LIMA; HOCHMAN, 2000, p.314; HOCHMAN, 2012, p.69).

Fundada em 1918, a Liga Pró-Saneamento do Brasil reuniu diversos intelectuais e profissionais liberais como médicos, advogados, engenheiros, políticos, incluindo o presidente Wenceslau Brás. O argumento que balizava essa mobilização era que as doenças comprometiam a saúde física e a higidez moral dos indivíduos, impactando negativamente o corpo social do país. O movimento com sede na capital federal, mas com ramificações em outros estados da federação, lançou um periódico intitulado *Saúde* para propagar suas ideias e sensibilizar a opinião pública das grandes cidades. Três ideias principais eram propagadas pelo movimento: primeiro, a saúde como fator primordial para o progresso da nação; segundo, as desigualdades entre as nações deviam-se em larga medida à existência ou ausência de políticas sanitárias eficientes; terceiro, o atraso do Brasil era consequência sobretudo da ausência de saúde e educação. Perceba o leitor que ao qualificar a ausência de saúde como “problema vital” do país, passível de ser consertado, o movimento pelo saneamento rural deslocava o foco dos argumentos baseados no determinismo climático predominantes até então. A campanha movida pela Liga Pro-saneamento do Brasil teve grande repercussão nos meios intelectuais e entre as elites políticas, promovendo a intervenção estatal. Uma de suas mais importantes conquistas foi a criação do Serviço de Profilaxia Rural, em 1918, sob a direção do médico Belisário Pena. Aí estavam desenhadas as linhas gerais do plano de salvação que a Liga reivindicava para o Brasil (BRITTO, 1995, p.21-26).

Pouco tempo antes, em 1916, chegaram ao Brasil os médicos norte-americanos Bailey K. Ashford, Richard Pierce e John Ferrer, membros da *International Health Commission* (IHC) com o objetivo de apresentar ao governo brasileiro uma proposta de combate à ancilostomose, com base em ações desenvolvidas nas Antilhas, nas Filipinas, e no sul dos Estados Unidos. A proposta envolvia, também, a oferta de formação técnica “adequada” de médicos locais. A IHC era mantida pela Fundação Rockefeller, poderoso grupo econômico formado por uma das maiores corporações multinacionais ligadas à extração de petróleo, a *Standard Oil*, em associação com a Igreja Batista. O diretor da Comissão, Wickliffe Rose, já havia visitado o Brasil um ano antes, acompanhado dos médicos Willian Henry Welch e Lewis Wendell Hackett, coordenador dos primeiros trabalhos desenvolvidos no Rio de Janeiro e em outros estados. Esses médicos tinham estado principalmente em São Paulo e buscavam

identificar possíveis áreas para colocar em prática campanhas contra malária, ancilostomose e febre amarela. Esse foi o início da cooperação entre o governo brasileiro e a instituição ianque, e seria estendida ao Maranhão, como irei demonstrar. Inicialmente, o objetivo da aliança era o combate à ancilostomose, mas em seguida passou a abranger a malária e principalmente a febre amarela (BENCHIMOL; TEIXEIRA, 1993, p.98; FARIA, 1995, p.111; BENCHIMOL, 2001, p.115).

Segundo Benchimol (2001, p.112-114), a escolha da ancilostomose teve motivações econômicas, pois a enfermidade comprometia o rendimento da força de trabalho de empresas extrativas e agropecuárias norte-americanas. Além disso, o agente causal, fácil de ser visualizado sob as lentes do microscópio, era passível de ser combatido por meios relativamente seguros. O programa da agência filantrópica multinacional foi severamente criticado por autores que rotularam suas investidas como “fachada” para o fortalecimento do imperialismo norte-americano. Trata-se de uma visão simplista, de “mão única”, que desconsidera que os países onde atuaram os especialistas da Rockefeller também auferiam vantagens e não foram meros receptáculos passivos de suas ações.<sup>190</sup>

Considerando o quadro apresentado acima, em que eram propostas e implementadas novas ideias no campo da saúde, pergunto: qual foi o plano de salvação concebido para o Maranhão, para aquelas terras situadas no “norte” do país, reconhecidas pelas autoridades do sul-sudeste como partes de um vago “sertão”, terras também pouco conhecidas por boa parte dos habitantes da própria capital maranhense? Mostrarei como assistiram à progressiva revelação do subúrbio da ilha de São Luís e do interior do estado à medida em que era implementada a primeira política federal voltada para as endemias rurais do Maranhão, inicialmente a malária e a ancilostomose e logo a febre amarela também, como nos demais estados do norte do Brasil. As primeiras ações visaram a periferia de São Luís e o vale dos rios Mearim, Itapecuru e Pindaré. Depois espalharam-se até regiões mais afastadas do litoral.

Cabe registrar que não se trata de um plano de salvação imposto unilateralmente a esses estados pelo governo federal. Foi um processo de crescente consciência de que eram inviáveis soluções individualizadas para os males públicos, o que levou os estados a aderirem

---

<sup>190</sup> Faria (1995, p.110-112) compartilha dessa ideia e concebe a atuação da Fundação Rockefeller de forma dinâmica, pois considera simultaneamente os argumentos econômicos, filantrópicos e ideológicos como sustentáculos das ações da instituição. A autora cita o complexo caso brasileiro, na qual os cientistas norte-americanos tiveram que se adaptar ao contexto histórico, cultural e sanitário vigente, algo que fomentou um trabalho calcado em parcerias com os cientistas locais e em sintonia como o governo federal e governos estaduais. Some-se a isso, o fato desses cientistas terem desembarcado em um cenário de tradição de pesquisa experimental, representado pelo IOC e Butantan, e em um contexto marcado por ideologias nacionalistas e crescente centralização dos serviços de saúde pública. Nesse espaço, os cientistas da Fundação tiveram que realizar concessões aos interesses nacionais e não apenas verticalizar ações com base em seus interesses particulares.

a medidas que visavam combater doenças que comprometiam a produtividade do trabalho e o desenvolvimento do país. Esse processo foi lentamente modificando a Constituição de 1891, que, no tocante às questões de saúde pública, delegava aos estados a competência para lidar com esses problemas, deixando ao governo federal a possibilidade de intervir somente em casos extraordinários e na defesa sanitária dos portos. Mas considere que medidas unilaterais, por vezes despóticas e arbitrarias também foram utilizadas para efetivação das normas, aplicadas por autoridades político-sanitárias do período.

Aqueles estados que, por deficiência técnica e/ou penúria financeira, solicitavam ajuda e firmavam contratos com o governo federal abriam mão de certa autonomia no modo de lidar com as questões de saúde pública, explica Hochman (2012, p.158). Este autor mostra quais estados aderiram gradativamente às iniciativas federais de combate a doenças (HOCHMAN, 2012, p. 88-140). O primeiro foi o Pará, que, em outubro de 1910, recorreu ao governo federal para viabilizar a campanha contra a febre amarela liderada por Oswaldo Cruz. Este retornava de uma missão na região que viria a chamar-se Rondônia em prol da Estada de Ferro Madeira Mamoré, conhecida como a “ferrovia do diabo” porque consumia a vida de milhares de trabalhadores que trabalhavam na sua construção em meio à selva amazônica (BENCHIMOL, 1990a, p.52). Em 1913 foi a vez do governo do Amazonas requerer auxílio federal para ações de combate à febre amarela. Em 1912 e 1913, respectivamente, foi a vez dos estados do Rio Grande do Norte e Paraíba. A febre amarela constituía a principal base da interdependência entre os estados e motivadora de ações federais, inicialmente efêmeras e emergenciais, e depois mais sistemáticas, fora da capital federal. Por isso, a ampliação do poder federal nos estados foi proporcional à ameaça representada pela febre amarela se expandir para o Sudeste, colocando em risco os trabalhos de saneamento já realizados no Rio de Janeiro e em outras cidades (HOCHMAN, 2012, p.100).

Em 1916 foram instalados postos de Profilaxia Rural nos subúrbios do Distrito Federal e as ações aí desenvolvidas serviriam de modelo para os serviços federais nos outros estados a partir de 1918 (HOCHMAN, 2012, p.99). Em maio de 1917 foi fundado o primeiro posto para tratamento e profilaxia da ancilostomose em Rio Bonito, no estado do Rio de Janeiro, sob a gerência da Fundação Rockefeller. Nos anos seguintes, Minas Gerais e São Paulo também acolheram iniciativas dessa natureza. Para medidas mais abrangentes dos sanitaristas estrangeiros no Brasil foi necessário o apoio de personagens importantes como Carlos Chagas, Adolpho Lutz, Ezequiel Dias e Vital Brasil, que ignoraram críticas de alguns profissionais brasileiros que não viam com bons olhos a presença dos norte-americanos na saúde pública brasileira (FARIA, 1995, p.121-122). Entre os apoiadores dos especialistas da Rockefeller estão

os diretores do SPRMA, em especial o dr. Almeida Magalhães, que, em seus relatórios, destacou a influência positiva dos norte-americanos nos postos de combate às endemias rurais.

Mas não nos afastemos da pergunta que conduz nossa investigação: o que foi feito no Maranhão no transcurso do movimento pelo saneamento do Brasil rural? Em 1918, ano em que teve início o Serviço de Profilaxia Rural no Rio de Janeiro foi criado um Serviço similar no Maranhão juntamente com uma filial do Instituto Oswaldo Cruz; posteriormente foram instalados postos da Fundação Rockefeller no estado. É dessas três linhas de intervenção que o presente capítulo e o próximo vão tratar. A rápida inserção do Maranhão no movimento pelo saneamento rural indica, acredito, a importância estratégica que o estado tinha para as autoridades federais e deve-se também, como demonstrarei, à representatividade do senador e posterior ministro da Justiça e Negócios Interiores, o maranhense Urbano Santos da Costa Araújo.

Já citado nesse estudo, Urbano Santos foi deputado federal entre 1897 e 1905. Entre os anos de 1906 e 1914 foi senador pelo Maranhão, e de 1914 a 1918 ocupou o cargo de vice-presidente do Brasil, no governo de Wenceslau Brás. Chegou ocupar a presidência interinamente em 1917. No ano seguinte foi eleito governador do Maranhão, mas ficou afastado de 21.11.1918 a 3.3.1919, período em que ocupou o cargo de ministro da Justiça e Negócios Interiores a pedido do presidente Rodrigues Alves (MEIRELES, 1993, p.74).

Urbano Santos teve papel importante na implementação de medidas de saneamento rural no país e no Maranhão, dada a sua representatividade no cenário nacional e sua ligação com o governo Wenceslau Brás, adepto das ideias da Liga Pró-Saneamento. Sua adesão ao movimento transparece claramente em textos que produziu quando estava à frente do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, pasta à qual estavam subordinados os órgãos federais de saúde:

Esta obra [o saneamento do país] mais do que nunca não pode parar: - as necessidades do país impõe-na e a opinião pública bem esclarecida, reclama-a imperiosamente. Ela entende com o futuro de nossa raça, com a capacidade de trabalho do brasileiro e, portanto, encarando a questão com a amplitude que ela merece, da solução que lhe for dada depende o nosso desenvolvimento material, intelectual e moral. Agora, por sua vez, os governos dos nossos estados já se compenetraram bem da necessidade inadiável de a levar a efeito, deixando de parte melindres incompreensíveis e suscetibilidades mal entendidas. O entendimento que se fez entre eles e a União, para execução da profilaxia da febre amarela, torna bem patente que da parte das unidades competentes da Federação virá com certeza um concurso inteligente e eficaz para a obra do saneamento [...] Incontestavelmente nós temos grandes e graves problemas a resolver para fazer o engrandecimento da Pátria - explorações geográficas, estudos do nosso subsolo, transporte, povoamento, defesa nacional, moeda, crédito e tantos outros. Nenhum deles, porém, mede-se em importância com os dois problemas máximos: saneamento e instrução pública. Ambos, mais que nenhum outro, entendem com o aperfeiçoamento do homem, dando-lhe saúde, um meio habitável e cultivando-

lhe a inteligência. Somente assim os nossos patrícios se tornarão aptos para o trabalho fecundo que fará o nosso progresso (BRASIL, 1919, p. XXVI).

Urbano Santos foi um dos autores do decreto 13.538 de 9 de abril de 1919 que aperfeiçoou a lei que instituía o Serviço de Profilaxia Rural no Brasil. O Serviço de Profilaxia Rural foi uma das consequências do movimento pelo saneamento rural, propagado pela Liga Pró-Saneamento do Brasil e foi instituído através do decreto n.13.001, de 1º de maio de 1918. Nessa lei encontram-se as diretrizes mais gerais do serviço, como o papel do Ministro da Justiça e Negócios Interiores na organização das comissões médicas enviadas aos estados (art.1º). A lei estabelece, também, que a preferência para instalação dos serviços deve ser dada aos estados que puderem auxiliar o governo federal com os custos e estabelece que os médicos participantes do serviço deveriam ser provenientes da DGSP e/ou do IOC.<sup>191</sup> Dois meses depois foi instituído o primeiro adicto da lei, na qual foi especificado quais doenças o SPR iria combater (uncinariose, impaludismo e doença de Chagas) e determinado que outras doenças (endêmicas e epidêmicas) seriam consideradas, mas combatidas secundariamente.<sup>192</sup> Além disso, o decreto atribui ao governo federal o fornecimento de medicamentos oficiais como a quinina oficial, dentre outras especificações.

O decreto n.13.538 de 9 de abril de 1919, cuja autoria é de Urbano Santos, Delfim Moreira e Afrânio de Melo e Franco, corresponde a um documento mais amplo e melhor caracterizado em relação às determinações anteriores. O decreto organizou as leis anteriores, estabelecendo a possibilidade de combate à lepra, mas sob regulação especial. A lei direcionou ao governo Federal dois terços dos custos do serviço montado em cada estado que manifestar interesse nas ações de combate às endemias rurais. No geral, o decreto explica como deveria ser organizado o Serviço de Profilaxia em termos práticos (obrigatoriedade de redação de relatórios, fiscalização, distribuição de pessoal, etc.) especificando as vantagens que os funcionários em campanha iriam auferir ao desempenhar suas atividades. Além disso, especifica o papel dos laboratórios do IOC montados por ocasião da chegada do SPR (BRASIL, 1919).

Ao descrever suas atividades como ministro e citar decreto n.13.538 de 9 de abril de 1919, Urbano Santos menciona os estados que primeiro se beneficiaram com o Serviço de Profilaxia Rural. O Maranhão, o primeiro estado da região norte a manifestar interesse, ocupava o topo da lista:

---

<sup>191</sup> Art.2º e art. 4º respectivamente.

<sup>192</sup> Decreto n.13.055 de 6 de junho de 1918. (Art.1º e 4º).



O decreto n. 13.538 deixou ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores a organização, por meio de instruções do serviço de profilaxia Rural, à proporção que se reunissem as condições requeridas para a respectiva instalação. Em virtude dessa disposição foram expedidos os seguintes atos:

Instruções de 23 de abril, organizando o serviço de profilaxia rural no Maranhão;

Instruções de 15 de maio, organizando o serviço de profilaxia rural no território do Acre;

Instruções de 20 de maio, organizando o serviço de profilaxia rural no Estado de Minas Gerais; (BRASIL, 1919, p.VI).<sup>193</sup>

No cenário local era divulgada uma imagem positiva do político maranhense com ênfase em suas ações em prol do saneamento, como vemos na nota a seguir publicada no jornal *Pacotilha*:

E o sr. Ministro da Justiça está firmemente resolvido a expurgar da nossa cartografia o flagelo amarílico. Há mesmo trabalho muito adiantado no sentido de se obter dos governadores dos estados do norte a necessária autorização para se iniciar, por conta da União, a campanha contra a febre amarela. Porque o Brasil ainda figura como um dos grandes focos de infecção amarílica. Mas o governo da República, compreendendo o descrédito que nos acarreta esse fato resolveu eliminar o foco brasileiro de *typhus icteroides* (PELO SANEAMENTO, 1919, p.2. Grifo do autor).

Urbano Santos é citado diversas vezes nos relatórios dos médicos Almeida Magalhães e Cassio Miranda como uma espécie de mentor do saneamento no Maranhão. Miranda, em diferentes pronunciamentos, afirmou que a filial do IOC devia sua existência a esse político que teria prometido investimentos para transformá-la em um grande centro de pesquisa experimental na região norte do Brasil.<sup>194</sup> Apesar de passar a maior parte do tempo no Distrito Federal, Urbano Santos exerceu grande influência sobre a política local, mantendo forte ligação com os grupos oligárquicos que controlavam as estruturas de poder no Maranhão. Reis (2007) analisa esse processo no período de consolidação da República, e mostra que os cargos de liderança no estado eram preenchidos através de indicações, trocas de favores, redes de lealdade e fraudes, elementos que fortaleciam uma “pseudodemocracia” ou “pseudorrepública”.<sup>195</sup> Esses cargos ficavam concentrados em uma elite agrária e comercial

<sup>193</sup> Na verdade, esse poder conferido ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores foi estabelecido desde o decreto n.13.001 de 1º de maio de 1918, assinado por Wenceslau Brás, presidente da República. No texto de Urbano Santos pareceu-me um tipo de recurso retórico para valorizar o papel deste político dentro do movimento.

<sup>194</sup> O dr. Magalhães (1920, p.1), por exemplo, após receber sinalização rápida e positiva para construir um leprosário em São Luís referiu-se a Urbano Santos dessa forma: “O exmo. Sr. dr. Urbano Santos, - a quem o país na questão do saneamento deve serviços tão extraordinários, que o príncipe da medicina brasileira, o professor Miguel Couto, denominou-o o verdadeiro ‘Ministro da Saúde Pública’ – compreendendo bem que esse é o maior benefício que pode prestar à sua terra, recomendando o seu governo à benemerência dos corvos e as bênçãos dos vindouros, prometeu-me todo seu valioso apoio para que se torne uma realidade o leprosário”.

<sup>195</sup> Esses cargos de liderança formavam o núcleo da oligarquia no Maranhão. Para Reis (2007, p.96-97), esse núcleo era constituído por “atores qualificados no período imperial como responsáveis pela mediação entre governo central e a província, o círculo restrito dos que desenvolviam a carreira política, passando pelo aparelho burocrático, chegado à Câmara Geral e, muitas vezes, ao Senado. Com a República, esses atores conseguiram

(em geral formada na Escola de Direito de Recife), algo não muito diferente do que ocorria em outros estados no Brasil.

Reis (2007) cita os nomes de expoentes da oligarquia maranhense, em especial Benedito Leite, Luiz Domingues, das quais já citei em capítulos anteriores, e Urbano Santos. Este teve sua carreira projetada por Benedito Leite, e após a morte do líder do Partido Nacional no Maranhão, Santos conquistou o apoio daqueles que não queriam o “bloco dos Moreira” no poder.<sup>196</sup> Assim, fortaleceu sua carreira política através de uma rede de lealdade e de interesses, alcançando os cargos de grande prestígio indicados atrás. Enquanto isso, seus aliados revezavam-se no poder na capital maranhense e no interior do estado. Quando retornou ao Maranhão em 1918, tratou de viabilizar a candidatura do genro, o oficial da Marinha José Maria Magalhães de Almeida, a deputado federal em 1921, após neutralizar os aliados de Herculano Parga, principal candidato e antigo aliado. Também conseguiu ‘fazer’ o governador Godofredo Mendes Viana que por sua vez garantiria a eleição do sucessor, Magalhaes de Almeida, após o término de seu mandato (REIS, 2007, p.97).

O nome de Urbano Santos está ligado à uma série de obras públicas no Maranhão viabilizadas por recursos federais. Durante o governo de Luiz Domingues (1910-1914), seu aliado político, o senador Urbano Santos obteve a aprovação de várias medidas voltadas para o saneamento da capital ludovicense, nem todas levadas a cabo com êxito completo, como vimos no capítulo anterior.<sup>197</sup> Quando Urbano Santos tomou posse do cargo de governador, retornando ao estado em 1918, de imediato assinou dois importantes decretos que garantiam recursos do governo federal para uma obra grandiosa, o novo porto de São Luís, e para a instalação do serviço de profilaxia rural no Maranhão, incluindo uma filial do IOC (FERNANDES, 2003, p.94-95). O contrato prescrevia que o estado colaborasse com 150.000\$000 anuais para viabilizar o serviço, além de destinar um prédio para sediar um Hospital Central da Profilaxia Rural (MARANHÃO, 1920, p.16). Além dessas obras o nome de Urbano Santos está ligado à viabilização da Estrada de Ferro São Luís-Teresina - projeto defendido por Benedito Leite desde 1903, e ao contrato estabelecido com a Fundação Rockefeller para atuar no estado, e instalação de um Serviço de Abastecimento de água e esgoto na capital, obras que conferiam desenvolvimento econômico e material ao estado (FERNANDES, 2003, p.94-113).

---

maior estabilidade nas funções da representação, na medida em que terminou a rotatividade entre os grupos políticos, emergindo com maior nitidez a natureza oligárquica da organização política”.

<sup>196</sup> Ou “oligarquia dos Moreira”. C.f. p.127.

<sup>197</sup> Cf. p.235.

Se por um lado sua administração revelava-se de forma positiva, a base de seu governo era sustentada por violência, perseguições e desmandos. Reis (2007, p.97-99) destaca que Urbano Santos exercia poder no estado de forma autoritária e um dos exemplos disso foi a reforma por ele empreendida na qual mudou a designação do chefe do Executivo, o governador, para “presidente do Estado”. Além disso, suprimiu três vice-governadores, criando um cargo de vice-presidente. Excluiu, também, o processo eleitoral dos prefeitos do interior, nomeando-os como “intendentes municipais” e conferindo ao governador o poder de indicá-los. Articulou a ascensão do genro, Magalhães de Almeida, ao cargo de deputado federal em 1921, através de estratégias suspeitas no interior do estado. Mais grave: desenvolveu uma política de armar seus correligionários no interior do estado e se proteger com capangas na capital. Sua administração foi marcada por um clima de animosidade, desconfiança e medo que renovava a estrutura oligárquica no poder.

Importante também para que o Maranhão estivesse no topo da lista de estados beneficiados pelos recursos destinados ao saneamento rural foi a proximidade que Urbano Santos mantinha com Carlos Chagas, diretor do IOC desde o falecimento de Oswaldo Cruz em fevereiro de 1917. Em 1909 e nos anos seguintes Chagas apresentara à comunidade médica um novo parasito, *Trypanosoma Cruzi*, e seu ciclo evolutivo num vetor, o “barbeiro”, – em pequenos animais e em humanos, nos quais causava moléstia que ficara conhecida como doença de chagas ou tripanossomíase americana. A repercussão desse feito dera ao médico grande projeção nacional e internacional. Após ser consagrado herói pela imprensa no combate à gripe espanhola, Chagas foi indicado para chefiar o novo órgão responsável pela política federal de saúde, o Departamento Nacional de Saúde Pública, criado em 1920 (KROPF, 2009, p.211-214). Uma correspondência que solicitava proteção a um funcionário, enviada por Urbano Santos a Chagas, a quem tratava amistosamente, denota a rede de lealdade mantida entre os atores envolvidos na questão sanitária em nível local e federal:

Gabinete da Presidência do Estado do Maranhão, em 31 de Julho de 1921.

Ilustre amigo Dr. Carlos Chagas

Meus cordiais cumprimentos.

Esta carta ser-lhe-á entregue pelo sr. Mario Leite, funcionário do Instituto Oswaldo Cruz, que para aí segue a conselho do dr. Cassio Miranda, devido ao seu estado de saúde. **O sr. Mario Leite, que foi nomeado para o Instituto pelo prezado amigo, a meu pedido**, é um moço pobre, vivendo de seu ordenado, de maneira que lhe será penoso licenciar-se com perda de uma parte do que ganha, pois ficará em situação precária, maximé com as despesas que é forçado a fazer com seu tratamento. A vista disso, **peço-lhe que dispense ao meu recomendado a sua boa vontade e proteção, pelo que ficará muito grato.**

Com afeto e admiração.

Urbano Santos.

(ARAÚJO, 1921, p.1-2. Grifo meu).

Atendendo ao art. 4º do decreto n. 13.001, de 1º de maio de 1918, segundo o qual os médicos que viessem a chefiar comissões aos estados, sempre que possível, deveriam ser ligados ao DGSP e/ou ao IOC, o Ministro da Justiça e Negócios Interiores nomeou a liderança do SPRMA, com apoio de Carlos Chagas, que examinou o currículo dos médicos que seriam enviados ao Maranhão, um deles, Carlos Peixoto da Costa Rodrigues, maranhense. Foram indicados Raul de Almeida Magalhães e Costa Rodrigues, ambos funcionários do DGSP, e Cassio Miranda, pesquisador do IOC. Os dois primeiros chegaram a São Luís em fins de abril de 1919 (MAGALHÃES, 1919a, p.4), e Miranda, em 20 de maio do mesmo ano (MIRANDA, 1923a, p.40).

Apesar de figurar no topo da lista de contemplados com a instalação de serviços de Profilaxia Rural, o início dos trabalhos criados no Maranhão foi moroso. A *Gazeta de Notícias*, jornal do Rio de Janeiro estampou matéria em 14 de março intitulada “A prophylaxia rural no Maranhão; a comissão federal não sabe quando vai...”. Lê-se aí que a Fundação Rockefeller já atuava em outros estados e os serviços de profilaxia rural em Minas Gerais e no Paraná já alcançavam resultados, mas a comissão nomeada para o Maranhão “ainda não arredou o pé do Rio de Janeiro”. Em entrevista ao periódico, o doutor Costa Rodrigues não conseguiu justificar a demora. Limitou-se a explicar como iria atuar a comissão, a sua autonomia em relação à Fundação Rockefeller e a necessidade de implantação de postos de atendimento no Vale do Itapecuru, região produtora de grãos no Maranhão (A PROPHYLAXIA, 1919, p.2).<sup>198</sup>

De fato, Minas Gerais e Paraná já colhiam em 1918 os primeiros resultados no saneamento rural dos acordos firmados com o governo federal e a Fundação Rockefeller. O governador de Minas Gerais, Arthur Bernardes, explicou que ao longo daquele ano foi realizado amplo mapeamento das endemias rurais no estado, com ênfase na ancilostomose, tendo sido instalados postos de profilaxia nas cidades de Leopoldina, Pirapora e Santa Rita do Sapucaí. O médico Samuel Libâneo acumulava a direção do SPR com a chefia da Diretoria local. Em Leopoldina, o posto que estava sob os cuidados do médico comissionado pelo governo federal, Francisco Ottoni Abreu, por exemplo, em apenas 73 dias de funcionamento tinham sido atendidas 5.517 pessoas, tratadas 3.249 e consideradas curadas 2.007. Um Posto da Fundação Rockefeller estava prestes a entrar em funcionamento na mesma localidade (MINAS GERAIS, 1919, p.64-65). No Paraná foram instalados em 1918 quatro postos para o combate e a profilaxia

---

<sup>198</sup> Raul da Cunha Machado, governador em exercício no ano de 1918, na impossibilidade de Urbano Santos assumir o cargo, explicou que o SPRMA demorou para ser instalado, pois a verba inicial de 200 contos, destinada para os primeiros passos da iniciativa, foi utilizada na campanha estadual contra a gripe espanhola que grassava (MARANHÃO, 1919, p.57).

da ancilostomose e malária sob a direção dos médicos comissionados Gomes de Faria e Heraclides de Souza Araújo. No ano seguinte, sob a direção deste último, o estado contava com 9 postos e mais 2 dirigidos pela Fundação Rockefeller (PARANÁ, 1919, p.12).

Em São Luís, a instalação do SPRMA em 1919 foi um evento rodeado de expectativas e que incentivou discursos esperançosos de representantes da classe médica local. O *Pacotilha* reproduziu longa matéria publicada em *A Notícia*, jornal do Rio de Janeiro, sobre os trabalhos realizados por Raul de Almeida Magalhães quando dirigira o Posto Profilático na Penha, subúrbio da capital federal. Destacava a matéria a importância da distribuição de medicamentos que visavam curar a verminose e as conquistas auferidas em pouco tempo de serviço. O *Pacotilha* esperava ver o mesmo êxito no Maranhão (OS FRUTOS, 1919, p.4).

Dias após a chegada de Almeida Magalhães a São Luís, o jornal continuou a alimentar essa expectativa ao declarar que “a terra maranhense vai sentir, dentro de pouco tempo, os benefícios de uma séria campanha de profilaxia” (PELO SANEAMENTO, 1919, p.2). Seria ao mesmo tempo “defensiva e agressiva” a campanha de higiene “contra os males vários que flagelam, desde as enfermidades com caráter epidêmico, restrito ou pandêmico, até as moléstias que fazem parte das endemias no quadro nosológico daquela unidade da federação” (Op. Cit.).

Mas o que de fato motivava médicos da capital federal a se deslocarem para locais distantes do norte do Brasil com pouca ou quase nenhuma estrutura médica e sanitária? Sabemos das ideologias nacionalistas que balizavam à época as missões voltadas para o saneamento dos sertões do Brasil, almejando suprimir o binômio “abandono e doença”, mas não podemos ignorar algumas vantagens oferecidas pelo governo federal a esses médicos e aos profissionais que compunham o serviço.

O decreto n.13.538, de 9 de abril de 1919, lei que reorganizou o Serviço de Profilaxia Rural no Brasil, no art. 13, destaca que cada médico designado para missão deveria receber auxílio financeiro para se estabelecer no lugar designado, proporcional ao lugar de residência e aos custos na localidade. Estabelece ainda que, mesmo em missão, esses funcionários continuariam a receber os vencimentos das instituições de origem, DGSP e IOC. Receberiam, também, gratificações por desempenho e diárias fixadas pelo ministro da Justiça e Negócios Interiores. Caso o funcionário tivesse um desempenho considerado maior, o tempo de serviço cumprido por ele valeria de forma duplicada para sua instituição de origem, vantagem estendida àqueles que, por desempenho significativo, poderiam ser efetivados no quadro de funcionários. Devemos ainda aduzir o prestígio que uma missão daquela natureza poderia proporcionar ao médico ao retornar a seu lugar de origem.

Raul de Almeida Magalhães, por exemplo, não ficou muito tempo em São Luís. Em 1921 foi chamado por Carlos Chagas para ser seu assistente no DNSP e, em 1924, ocupou o cargo de Secretário Geral da Saúde Pública na instituição (O NOVO, 1924, p.3). Fato de significativa importância foi a indicação do dr. Magalhães, no ano de 1924, para representar o Brasil como delegado, ao lado do dr. Uiz do Nascimento Gurgel, na VII Conferência Sanitária Pan-Americana (LIMA, 2002, p. 49). Em 1927 foi nomeado Diretor de Saúde Pública de Minas Gerais desenvolvendo uma vida política e intelectual voltada para as ideias de higiene e saneamento (EM AÇÃO, 1927, p.1). Carlos Peixoto da Costa Rodrigues também foi chamado por Carlos Chagas para compor o quadro administrativo no DNSP. Cassio Miranda, estendeu sua estadia no Maranhão por anos e ao retornar ao Rio de Janeiro atuou no IOC como pesquisador, chegando a ocupar a presidência da instituição entre os anos de 1953-1954 (FUNDAÇÃO, 2018).

## **5.2 Organização do SPRMA e identificação das endemias do Maranhão rural**

Por determinação do Ministério da Justiça e Negócios Interiores o núcleo decisório do SPRMA ficou em mãos de Raul de Almeida Magalhães, chefe da comissão, Carlos Peixoto da Costa Rodrigues, chefe de serviço, e Cassio Miranda, diretor da filial do IOC no Maranhão. Convém conhecermos suas trajetórias como médicos no ambiente intelectual e social da época, marcado pela institucionalização das ciências biomédicas e por significativas transformações nas políticas de saúde em âmbito nacional.

Raul de Almeida Magalhães formou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Ainda estudante ingressou no Instituto Oswaldo Cruz, e entre 1904 e 1906 trabalhou com pesquisadores da instituição nos campos da bacteriologia e protozoologia (INSTITUTO, 2007, p.1). Em 1906 publicou estudos sobre a bactéria que causa a sífilis: *Caracteres do Treponema palidum e Notas sobre a presença de Treponema palidum em um feto syphilitico*. No ano seguinte, ingressou na DGSP, então dirigida por Oswaldo Cruz, e aos poucos aproximou-se do círculo médico liderado por Belisário Pena. Almeida Magalhães fez carreira na DGSP, ocupando sucessivamente os cargos de inspetor sanitário e de médico assistente, até ser indicado para dirigir o Posto de Profilaxia Rural na Penha, subúrbio do Rio de Janeiro, no

lugar deixado por Belisário Pena.<sup>199</sup> Os resultados positivos alcançados pelo posto, sobretudo durante a epidemia de gripe espanhola, projetaram Magalhães, levando-o à sua indicação como chefe do SPRMA.

Carlos Peixoto da Costa Rodrigues, designado para atuar junto a Magalhães, era maranhense, de família tradicional e ligada à política no estado natal. Filho de Manuel Bernardino da Costa Rodrigues, também médico, que à época era Senador pelo Maranhão e aliado de Urbano Santos na esfera local e federal. É possível que a indicação de Carlos Costa Rodrigues para compor o núcleo decisório do Serviço de Profilaxia tenha sido resultado de algum acordo pessoal entre os referidos senadores. Depois de se graduar na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1903 (FACULDADE, 1903, p.2),<sup>200</sup> Costa Rodrigues retornou a São Luís onde passou a atuar em clínica particular. Esteve na acolhida que os médicos maranhenses fizeram a Oswaldo Cruz, em 6 de novembro de 1905, mas não teve tanta expressividade na organização e participação no evento, ao que parece. Em 1910 o *Pacotilha* anunciou que o médico havia sido nomeado secretário da Escola de Agricultura e Medicina Veterinária no Rio de Janeiro e por isso estava deixando o estado (O NOSSO ESTIMADO, 1910, p.1). Em 1914 Rodrigues ingressou na DGSP como inspetor sanitário e passou a frequentar espaços de discussão do movimento pelo saneamento do Brasil rural, aproximando-se de Belisário Pena.<sup>201</sup> Em 1917 assumiu o cargo de professor da Cátedra de Higiene e Polícia Sanitária Animal e Plantas Tóxicas, na Escola Superior de Agricultura (DECRETOS, 1917, p.1), exercendo esta função até ser enviado para o Maranhão.

Cassio Miranda, paulista de Amparo, residia no Rio de Janeiro e aí cursou medicina. Dois anos depois de viajar para o Maranhão como diretor da filial do Instituto Oswaldo Cruz, passou a acumular esta função com a direção do SPRMA. Analisando sua trajetória acadêmica e profissional, é perceptível que o médico era o mais jovem da equipe, e isso não foi um entrave

---

<sup>199</sup> Belisário Pena demonstrou grande admiração pelos trabalhos do dr. Magalhães, reforçou os laços de amizade que construíram há anos e fez elogios à produção intelectual do médico em questão, em uma carta enviada no momento que o dr. Magalhães atuava na saúde pública de Minas Gerais (PENA, s.d., p.1-3). Isso demonstra a proximidade que mantinha com um dos líderes do movimento pelo saneamento do Brasil rural. Nos jornais de época, como no *Correio da Manhã*, o nome do dr. Magalhães aparece inserido em um círculo de médicos que se reunia em prol da questão sanitária após 1910, círculo na qual viera a conhecer seu parceiro de comissão, o maranhense Carlos Peixoto da Costa Rodrigues.

<sup>200</sup> São escassas as informações sobre o médico Carlos Peixoto da Costa Rodrigues. Além disso, seu nome é facilmente confundido com outros dois médicos, Manuel Bernardino da Costa Rodrigues – seu pai – que foi Deputado Federal pelo Maranhão (1906 – 1913) e senador (1915-1929); e Antonio Eusébio da Costa Rodrigues, prefeito de São Luís de 1948-1951.

<sup>201</sup> O dr. Costa Rodrigues, em missiva direcionada a Belisário Pena, demonstrou bastante proximidade ao diretor do SPR ao pedir que utilize seu poder decisório para interferir em seu favor, mostrando-se contrário a uma arbitrariedade, como julgava, de Urbano Santos (RODRIGUES, 1919, p.1-6). Retomarei essa questão mais à frente, quando tratar de questões relacionadas à fundação do Hospital de Profilaxia Rural no Maranhão.

para assumir a liderança das ações no Maranhão. Quando acadêmico foi interno efetivo da Clínica de Dermatologia e Sífilis da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde se formou com a tese *A auto-soroterapia em algumas dermatoses*, aprovada com distinção em 1916. Nesse trabalho, Cassio Miranda apresentava os resultados de estudos sobre a aplicação de soro autógeno para o tratamento de doenças de pele como vitiligo, psoríase, eczemas, entre outras. Encontram-se no trabalho diversas fotografias de pacientes no início do tratamento, geralmente com lesões críticas de pele, e imagens do término dos procedimentos realizados para demonstrar os sucessos obtidos no tratamento experimental realizado nas dependências do IOC (MIRANDA, 1916).

Aí ingressou ainda estudante, em 1914, e em sua tese rendeu elogios a Oswaldo Cruz por lhe permitir acesso ao ensino e ao laboratório de pesquisa da instituição. No IOC Cassio Miranda aproximou-se de Carlos Chagas ao frequentar as aulas do curso de protozoologia ministrado pelo descobridor da tripanossomíase americana (FUNDAÇÃO, 2018). Nos anos seguintes, foi médico assistente e fez importantes estudos sobre vermes intestinais que resultaram na publicação em 1916 de *Alguns nematódeos do gênero Alplectana Railit & Henry*.

Quando foi decidida a instalação de uma filial do IOC no Maranhão, Cassio Miranda foi indicado por Carlos Chagas para liderar a missão. Era o 5º médico pesquisador proveniente de Manguinhos a ser enviado ao Maranhão, em 15 anos. Foi antecedido por Marques Lisboa em 1903, Ezequiel Dias em 1905, Cardoso Fontes em 1906 e Almeida Magalhães que chegou dois meses antes, em 1919.<sup>202</sup>

A iniciativa de lançar Cassio Miranda ao Maranhão não tem ligação apenas com o movimento pelo saneamento rural. Expedir médicos do IOC aos rincões do país servia, também, à consolidação do Instituto como agência do poder central. Seus pesquisadores serão reconhecidos e se reconhecerão como agentes da construção e desenvolvimento da nação brasileira. Oswaldo Cruz, depois de assumir a direção do Instituto de Manguinhos e a liderança do saneamento da capital federal, dedicou-se à dilatação das fronteiras tanto da política sanitária como do instituto através de ações nos três campos em que este vinha se firmando: fabricação de produtos biológicos, pesquisa e ensino. Isso denotava uma visão não imediatista e mais ampla de ciência e saúde. A dilatação das fronteiras do instituto que viria a chamar-se “Oswaldo Cruz” em 1908 também tinha um sentido geográfico, pois seus cientistas engajaram-se em missões para combater doenças que entravavam o desenvolvimento econômico capitalista, à

---

<sup>202</sup> Não estou contando com a atuação de João Pedroso de Albuquerque, secretário de Oswaldo Cruz, médico da DGSP, que foi enviado a São Luís em 1908 para combater a peste bubônica.



semelhança do que faziam as instituições europeias em relação aos projetos colonialistas na África e Ásia (BENCHIMOL; TEIXEIRA, 1993, p.16-20).<sup>203</sup>

É importante situar o “mundo” em que desembarcaram os médicos recrutados para uma destas missões, a do Maranhão, após firmarem contrato com a DGSP. Cenário que pouco se alterou desde o início da República. O mapa a seguir, produzido em 1912, retrata o centro mais urbano de São Luís, entre os rios Bacanga e Anil, e voltado para a baía de São Marcos, no oceano Atlântico. Trata-se de uma versão mais detalhada do mapa desenhado por Victor Godinho em 1904 para situar os casos de peste bubônica registrados na cidade.<sup>204</sup>

Fiz algumas marcações no mapa para indicar ao leitor pontos importantes que serão citados ao longo deste e do próximo capítulo, muitos já citados nos capítulos iniciais da tese, como a área do Bairro da Praia Grande (ou Bairro do Comércio), identificada com o círculo rosa. Trata-se de uma região próxima ao porto da cidade onde eram armazenados produtos que chegavam na capital ou que eram reexportados por via marítima. Aí foram notificados os primeiros casos de peste bubônica em São Luís por ocasião da epidemia de 1921. O círculo branco identifica o prédio do SPRMA antes ocupado pela antiga Repartição da Higiene do estado, na Rua da Palma; e o círculo azul demarca o prédio em que foi instalada a filial do IOC, na rua Afonso Pena. Com amarelo circunscrevo o Hospital Militar, onde foi instalado o Hospital Central de Profilaxia Rural do Maranhão. Lembro que este foi o espaço usado pelo Serviço Extraordinário de Higiene Pública por ocasião da epidemia de peste bubônica de 1904. Os dois pontos com setas em lilás correspondem a áreas nos bairros Codozinho e Baixinha que surgiram em consequência da expansão demográfica e do agravamento da situação habitacional em São Luís nas primeiras décadas do século XX. Nessa área por trás do Cemitério Municipal, e que se estende até a baixada do Apicum, sujeita às marés do rio Bacanga, foram construídas centenas de habitações de barro e palha por gente humilde que em sua maioria trabalhava nas fábricas de São Luís. Primeiro lugar designado pelos “médicos de fora” como sertões do Maranhão, a região foi alvo de sucessivas intervenções do SPRMA.

Identifiquei com uma seta amarela a Fábrica de Fiação e Tecidos Gamboa, para sinalizar que a região à sua volta também era ocupada por habitações pobres feitas de palha e barro, portanto alvos do serviço federal. Por fim, destaquei com uma seta em azul a principal via terrestre de saída do núcleo urbano da capital. Aí ficava a estação da ferrovia São Luís – Cutim que levava passageiros e mercadorias até a Vila do Anil, onde foi instalado o segundo posto de profilaxia do serviço, em 1919.

---

<sup>203</sup> Retornarei a esse assunto quando tratar da filial do IOC no Maranhão, no tópico 5.4 deste capítulo.

<sup>204</sup> C.f. p.133.



alcance restrito; o Hospital de São José da Caridade, administrado pela Irmandade da Misericórdia; e o Hospital Regimental – Hospital Militar, do governo. Nenhuma dessas instituições oferecia serviços ambulatoriais à população.

Existia, também, um Posto de Socorro Médico aos Ulcerados, inaugurado em agosto de 1918 com recursos do governo e da filantropia. Essa iniciativa é apresentada em obra intitulada *Prodignitate Medicinae* de autoria de Achilles Lisboa (1938), idealizador do posto dirigido pelo médico Netto Gutterres, até a chegada do SPRMA. Tendo em mira proporcionar tratamento a pessoas que vagavam pela cidade com severas afecções de pele, úlceras expostas, Lisboa procurou apoio financeiro do governo do estado e ajuda profissional das enfermeiras da Cruz Vermelha, mas não teve sucesso. As enfermeiras, nas suas palavras, eram “distintas moças de família” e se recusaram a “curar feridas de negros e caboclos” (LISBOA, 1938, p.11). O primeiro a ajudar foi o prefeito Clodomir Cardoso, que cedeu um prédio da municipalidade para o empreendimento. Em campanha, Achilles Lisboa obteve recursos de casas comerciais e com a ajuda de personagens da elite política e social conseguiu material hospitalar básico para os serviços ambulatoriais. O posto criado para atender pacientes com úlceras passou a acolher várias outras doenças e contou com o serviço voluntário dos médicos Genésio Rego, Netto Gutterres, Herbert Jansen, Otto Galvão, além de seu fundador.<sup>206</sup>

Havia na capital maranhense por essa época cerca de 40 médicos, quase todos filiados à Sociedade de Medicina e Cirurgia do Estado. Levando-se em conta que São Luís possuía cerca de 60.000 habitantes, tinha-se a proporção de 1 médico para 1.500 pessoas,<sup>207</sup> proporção insuficiente, o que, em parte, explica os impactos negativos das epidemias nos anos iniciais do século XX em São Luís: os dois surtos de peste bubônica (1903-1904 e 1908-1909) e o surto de varíola (1907-1908) (MEIRELES, 1993, p.68). No relatório do dr. Urbano da Costa (1918, p.104-105), diretor do Serviço Sanitário um ano antes da instalação do SPRMA, consta número ainda menor de médicos: 25 legalmente cadastrados e atuantes em todo o estado; 13 farmacêuticos diplomados que trabalhavam na capital e apenas 6 residentes em municípios interioranos.

---

<sup>206</sup> Também contou com a ajuda de três enfermeiros não identificados, um dentista, Josias Cunha, e um farmacêutico, Antônio Pires da Fonseca. Após a inauguração da unidade, duas enfermeiras da Cruz Vermelha voltaram atrás e se ofereceram para prestar serviços. Essa estrutura ficou mantida até a chegada do “quartel general do serviço de saneamento”, como referiu-se o dr. Lisboa (1938, p.13), que incorporou o posto à rede de serviços federais ofertados à população da capital. A instituição também teve sua história contada no folheto / livro intitulado *O posto de socorro médico aos ulcerados* (1919) de autoria do dr. Lisboa, mas é uma obra não localizada nos acervos documentais.

<sup>207</sup> Segundo dados levantados por Scheffer (2018, p.44), atualmente, no Maranhão a proporção é de 1 médico para cada 1.148,33 pessoas.

Urbano da Costa (1918) apresentou a capital ludovicense de forma não muito diferente do relato produzido por Victor Godinho em 1904, o que denota a permanência de problemas relacionados à saúde pública e da precariedade de cuidados médicos disponíveis à população, ainda que 13 anos tenham se passado. Costa continuava a enfatizar os aspectos negativos das habitações populares, como os superlotados casarões antigos (os “baixo sobrados”) e cortiços. A novidade é a crítica ao povoamento das regiões conhecidas como Baixinha e Codozinho, na periferia de São Luís. Outro ponto levantado pelo relatório de Costa (1918, p.60-61) é a ausência de dados sobre os problemas sanitários do interior do Maranhão, problema também apontado por outros diretores do Serviço Sanitário Local, como Moraes Rego e Felicissimo Fernandes desde o final do século XX. Em caso de epidemias, quando a situação já era insustentável ou estava em vias de atingir a capital, o Serviço Sanitário limitava-se a enviar algumas “ambulâncias” ao interior para prestar socorros médicos.

Assim, o interior do estado e as zonas mais afastadas do perímetro urbano de São Luís eram quase desconhecidos pelas autoridades sanitárias. O SPRMA “revelou” essas regiões através de relatórios escritos pelos médicos designados para missões, com registros fotográficos. Puseram em evidência principalmente Codozinho, Baixinha, Gamboa e outras localidades mais distantes. Percebe-se nesses registros a preocupação com o lugar de propagação das doenças, a ênfase na pobreza e na incapacidade dos moradores; e o esforço em apresentar os resultados das intervenções nos ambientes considerados inapropriados para manutenção de hábitos higiênicos.

### **5.3 Os primeiros passos**

De início, é importante considerar que o SPRMA contou com significativa participação de médicos locais. Ouso dizer que esses médicos foram os principais responsáveis pelo andamento das atividades, pois a presença do SPRMA nas regiões mais distantes foi viabilizada por eles, ainda que o alcance das ações fosse reduzido face à magnitude dos problemas sanitários identificados. Graças a esses profissionais, regiões nunca citadas na documentação referente à saúde na Primeira República foram reveladas. Não há uma lista dos médicos maranhenses que efetivamente participaram do movimento pelo saneamento do Maranhão, mas é possível identificar alguns deles através da análise da documentação disponível sobre o tema.

Os médicos maranhenses Hamleto Godois, Djalma Marques e Francisco Carvalho, que mantinham consultórios particulares na capital, foram os primeiros contratados para atuar como médicos inspetores ao lado dos diretores do SPRMA. Outros médicos foram incorporados depois para trabalhar em postos no interior e/ou realizar estudos sobre as doenças prevalentes e os problemas sanitários de certas regiões. Aqueles que já atuavam no Posto de Socorro Médico aos Ulcerados, Genésio Rego, Netto Gutterres e Otto Galvão, foram aproveitados no novo Serviço, com exceção de Achilles Lisboa, à época comissionado para exercer a função de Delegado Geral do Recenseamento. Nos primeiros anos do Serviço houve consenso entre os médicos locais quanto à importância da interferência federal na saúde do Maranhão. Com o passar dos anos, quando ficou mais evidente que as ações do SPRMA eram insuficientes para debelar os problemas sanitários do estado, críticas ao serviço começaram a ser veiculadas e rebatidas pelos diretores do Serviço, como veremos.

Durante o tempo em que o SPR atuou no estado, os médicos maranhenses identificados ocuparam diferentes cargos e trabalharam em postos de profilaxia rural, em comissões ou diligências pelo interior do estado e na ilha de São Luís. Na tabela a seguir identifiquei os médicos participantes do SPRMA e reuni algumas informações sobre eles. A maioria havia chegado há pouco tempo em São Luís, pois eram recém-formados.

**Tabela 4. Médicos maranhenses que atuaram no SPRMA**

<b>Médico</b>	<b>Lugar de Formação</b>	<b>Atuação no SPRMA/IOC</b>	<b>Produção intelectual no período</b>
Carlos Peixoto da Costa Rodrigues	Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro	Chefe de Serviço do SPRMA	-
Luiz Lobato Vianna	Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro	Médico assistente na filial do IOC-MA	Estudo publicado em <i>Memórias do IOC: "Tentativa de catalogação das espécies brasileiras de trematódeos"</i> (1924);  <i>Indicações higienicas para a remodelação de São Luiz: o problema domiciliário</i> (1925)

Filogônio Lisboa <sup>208</sup>	Universidade de Genebra	Médico inspetor. Atuou no Serviço de Combate à Peste (1921-1922) e no Hospital Central da Profilaxia	Artigo: <i>Organização do serviço de enfermeiras no Maranhão</i> (1925);  Livro: <i>O surto de peste no Codozinho</i> (1922)
Sálvio Mendonça <sup>209</sup>	Faculdade de Medicina da Bahia	Médico inspetor do Serviço de Combate à Lepra e Doenças Venéreas	Artigo: <i>Prophylaxia das doenças venéreas no Maranhão</i> (1925);  <i>Relatório do Serviço de Lepra e Doenças Venéreas</i> (1925).
Cesário Veras	Faculdade de Medicina da Bahia	Médico no Serviço de Estatística	Artigo: <i>Estatística demógrafo-sanitária de São Luiz do Maranhão</i> (1925)
Hamleto Godóis	Faculdade de Medicina da Bahia	Médico inspetor / Diretor do Posto de São Luís	Relatório: <i>O Posto de São Luiz</i> (1925)
Olavo Rebelo	-	Médico inspetor / Diretor do Posto do Anil em 1919	-
Vieira de Azevedo	-	Médico inspetor no Posto de Alcântara	-
Carlos Fernandes	-	Médico inspetor / Diretor do Posto do Anil em 1922	Relatório: <i>O Posto do Anil</i> (1925)
Heitor Pinto	Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro	Médico adjunto de assistente na filial do IOCMA (1922) / Diretor do Posto de Caxias	Relatório: <i>O Posto de Caxias</i> (1925)

<sup>208</sup> Natural do Pará, mas radicado em São Luís onde atuou a maior parte da vida. Foi um dos profissionais mais atuantes no SPRMA, professor de química no Lyceu Maranhense, farmacêutico diplomado, professor do Curso de Enfermagem e Partos da Assistência à Infância, e especialista em radiologia. Ocupou diversas funções no serviço federal montado, conforme as demandas apresentadas do período.

<sup>209</sup> O médico Sálvio Mendonça diplomou-se em 1919, com uma tese sobre o beribéri e sua relação com a carência alimentar. No ano seguinte, de volta a São Luís, foi inserido no quadro de funcionários do SPRMA onde atuou em diversas atividades, especialmente durante a epidemia de peste bubônica no estado, até ocupar o cargo de Diretor do Serviço de Combate à Lepra e Doenças Venéreas no Maranhão.

Ático Seabra <sup>210</sup>	Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro	Médico comissionado pela Fundação Rockefeller Médico inspetor / Diretor do Posto de Cururupu	Relatório: <i>O Posto de Cururupu</i> (1925)
Ângelo Leite	-	Médico inspetor / Diretor do Posto de Viana (região do Rio Pindaré)	Relatório: <i>O Posto de Viana</i> (1925)
Djalma Marques	Faculdade de Medicina da Bahia	Diretor do Hospital Central de Profilaxia Rural	Relatório: <i>O Hospital de Isolamento e Prophylaxia rural do Maranhão</i> (1925)
Netto Guterres	Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro	Médico inspetor. Trabalhou no Isolamento do Lira	-
Clarindo Santiago	Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro	Médico inspetor – Diretor do Posto de profilaxia em Cururupu em 1920.	Livro: <i>As estradas maranhenses.</i>
Otto Lago Galvão <sup>211</sup>	Faculdade de Medicina da Bahia	Chefe do Serviço de Profilaxia da Estrada de Ferro São Luís – Caxias	Relatório sobre os trabalhos em Cantanhede.
José Maria de Castro Rocha	Faculdade de Medicina da Bahia	Médico inspetor – Diretor do Posto de Profilaxia de Pedreiras (1924-1926)	Artigos em <i>Diário de S. Luiz</i> intitulados <i>Penetrando o hinterland.</i>

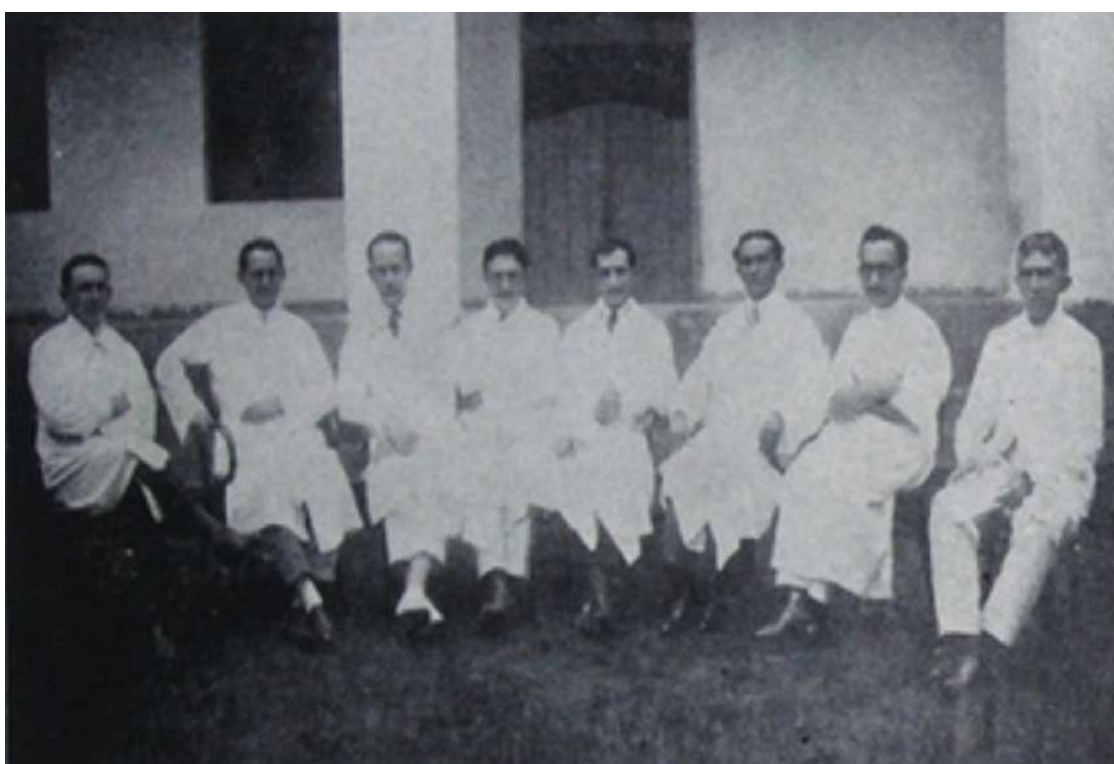
A única imagem que se tem notícia dos médicos do SPRMA consta no *Álbum Ilustrado do Maranhão* (1923), publicação que retratava aspectos positivos de viver no estado. O *Álbum* foi publicado no governo de Godofredo Mendes Viana, com apoio dos principais

<sup>210</sup> O médico Ático Pires Seabra foi muito atuante durante toda a trajetória do SPRMA. Diplomou-se em 1913 e no mesmo ano retornou a São Luís onde atuou no funcionalismo público, no Serviço Sanitário, mas também em consultório particular. Foi contratado pelo diretor da Fundação Rockefeller do Brasil, o dr. L. W. Hackett, durante sua passagem pelo Maranhão em 1919. Ao longo deste estudo registrei a atuação do dr. Seabra em vários lugares pelo interior do estado, como em Vianna, Cururupu, Turiaçu e, na reta final do SPRMA, atuou no posto itinerante, veículo que levou assistência médica à vários municípios e povoados do interior do Maranhão, quando o sistema de postos fixos estava em processo de falência.

<sup>211</sup> Filho de Oscar Lamagner Leal Galvão, nome conhecido da medicina maranhense, médico atuante entre fins do século XIX e início do século XX.



comerciantes do estado e como parte das comemorações do centenário da Independência do Brasil. A imagem a seguir não trazia a identificação dos médicos, mas comparando-a com outras raras imagens disponíveis desses médicos, acredito que estão aí presentes, da esquerda para a direita, Filogônio Lisboa, Cesário Veras, Cassio Miranda, Raul de Almeida Magalhães, Costa Rodrigues, Salvio Mendonça e Luiz Viana.<sup>212</sup> Acredito, também, que a imagem é mais antiga que a publicação do álbum e pode ter sido produzida por volta de 1920, quando o dr. Almeida Magalhães ainda dirigia o Serviço.



**Fotografia 28. Profilaxia Rural - Corpo Médico** (Legenda original)  
Fonte: ALBUM DO ESTADO DO MARANHÃO, 1923, p.69

Oficialmente o SPRMA iniciou suas atividades em maio de 1919. Sua sede localizava-se no mesmo prédio do Serviço Sanitário do Maranhão, na Rua da Palma n. 32. As primeiras medidas foram de recrutamento dos profissionais que iriam compor o Serviço, inauguração dos primeiros postos de atendimento, reconhecimento das doenças prevalentes no estado e a administração de medicamentos aos primeiros doentes matriculados. Um curso prático de microscopia clínica foi ministrado por Magalhães e Costa Rodrigues, para

---

<sup>212</sup> Não foi possível postular quem era o último funcionário, da esquerda para direita, da foto. É possível que não fosse médico, pois não estava com a roupa característica da profissão, que estendia-se até o meio da perna.



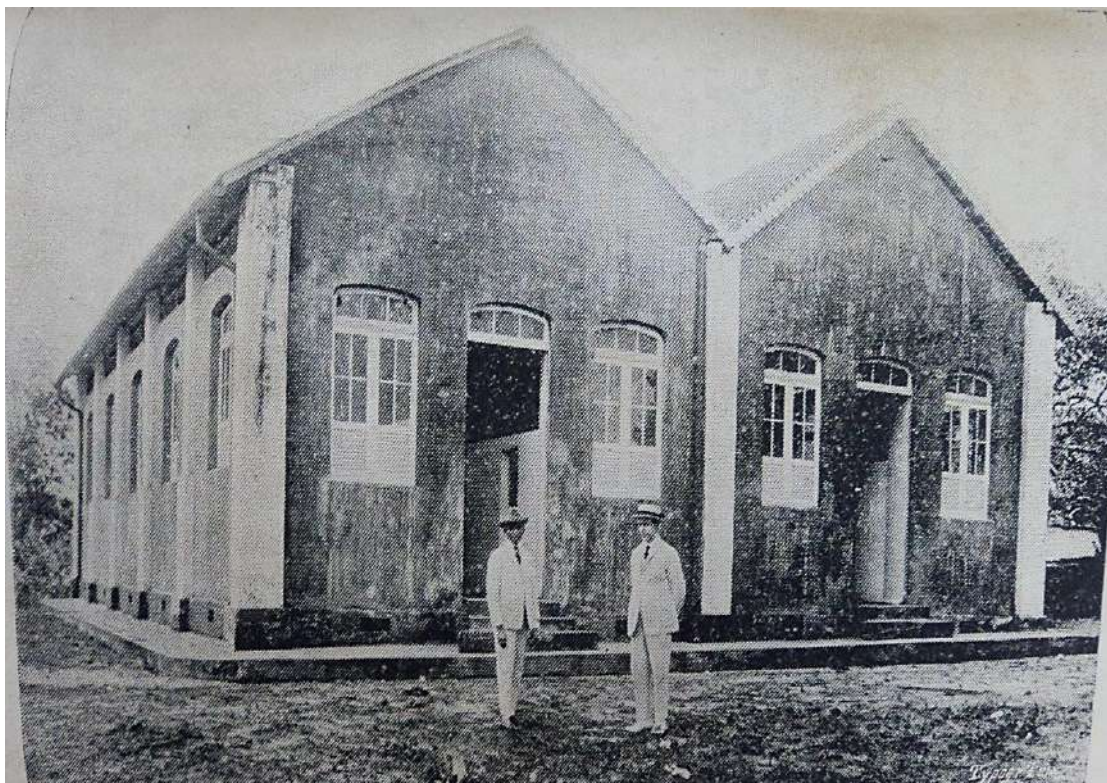
aperfeiçoar os profissionais que iam atuar no saneamento rural. Foram ministradas lições teóricas e práticas de investigação microscópica, sobre hematologia e coprologia visando o diagnóstico parasitológico sobre malária e helmintoses. Os alunos aprenderam a usar processos de coloração de amostras preparadas para exame microscópico. Após o treinamento, foi aberto concurso público para preenchimento de 12 vagas para microscopistas, portanto, os alunos não tinham a vaga garantida. Em maio daquele ano também chegaram os chefes de turmas de desinfecção provenientes da capital federal para atuar no serviço de profilaxia anticulicidiana, visando o combate à febre amarela (MAGALHÃES, 1919, p.1).

No primeiro mês os diretores do SPRMA ocuparam-se com a estrutura hospitalar disponível na cidade, constatando a urgência de criar um Hospital Central de Moléstias Rurais ou o Hospital da Profilaxia, como ficou conhecido, em cumprimento ao art. 9º do Decreto n. 13.538, de 9 abril de 1919. O governo do estado cedeu o Hospital Militar, o mesmo utilizado pelo Serviço Extraordinário de combate à peste no Maranhão, em 1904. Foi instaurada uma licitação para a contratação da reforma do prédio. O Isolamento do Lira, construído em região mais distante da cidade por ocasião da epidemia de varíola em 1907-1908, após campanha do médico Oscar Galvão, foi preparado para abrigar tuberculosos, doentes vitimados por úlceras e outras doenças transmissíveis. O Isolamento, ainda composto por antigos barracões precários, por vezes designado como ‘Hospital’ do Lira, estava sob a administração da irmandade da Misericórdia, e a com a chegada do SPRMA uma reforma no prédio foi iniciada. Em 1921 o novo Isolamento do Lira foi inaugurado e passou a servir como uma espécie de pavilhão para flagelados, pois receberia indivíduos doentes, a maioria retirantes do nordeste que procuravam trabalho no Maranhão, fugindo da seca (ACTA DA COLOCAÇÃO, 1921, p.4).<sup>213</sup>

Na imagem a seguir Cassio Miranda e outro funcionário não identificado estão à frente do Isolamento do Lira recém-inaugurado. O prédio passou a ser de alvenaria, tinha estrutura melhor que o anterior, mas ainda assim era um espaço pequeno e pouco adequado para ser um Hospital de Central.

---

<sup>213</sup> Mesmo após a reinauguração, com novas estruturas, é forçoso chamar aquele espaço de hospital. Era, tão somente, um abrigo pequeno e modesto para vitimados por doenças contagiosas.



**Fotografia 29. Hospital de Isolamento do Lira**

Fonte: Miranda, 1925

Enquanto eram reformados o Hospital Central da Profilaxia e o do Lira, duas iniciativas foram fundamentais para iniciar os atendimentos à população: a incorporação ao SPRMA do Posto de Socorro Médico aos Ulcerados, que se transformou em Posto de São Luís; e a inauguração do Posto do Anil. Eram policlínicas que ofereciam variada assistência médica e farmacêutica à população pobre de São Luís.

Para dimensionar a população a ser atendida e as ações a serem executadas, Magalhães (1919;1920) consultou relatórios de médicos inspetores que ocuparam a direção do SSMA e alguns médicos do interior, dos municípios de São Bento e Anajatuba. Magalhães foi a campo para fazer inspeções, sobretudo nos bairros Baixinha e Codozinho. Esses estudos lhe permitiram identificar as doenças mais graves que acometiam os moradores e os locais de maior incidência.

A primeira enfermidade identificada por Magalhães, sobretudo no Posto de São Luís, foi a “úlceras epidêmica”. Os doentes acometidos por ela apresentavam lesões cutâneas extensas, semelhantes a feridas expostas, em várias partes do corpo e com difícil cicatrização. Os médicos diretores da comissão federal ficaram em dúvida sobre a origem daquela afecção e sobre as razões pelas quais era tão recorrente. O exame de amostras histopatológicas e os exames clínicos levaram Magalhães, Costa Rodrigues e Cassio Miranda à conclusão de que

podia se tratar de úlcera fagedênica tropical causada por microrganismo fuso espiralar. As lesões observadas nos pés foram associadas à penetração de ancilóstomos nos pacientes por via cutânea. Por outro lado, aspectos morfológicos e a rápida disseminação das úlceras pelo corpo nos doentes davam elementos para supor que tivessem origem “luética” ou sífilítica, ainda que não tivessem meios para comprovar essa hipótese pelo exame específico, a reação de Wasserman. “Com efeito,” – escreve Magalhães, (1919, p.1) – “a sífilis nesta capital, como aliás em todas as cidades pequenas em que não se pratica a profilaxia adequada e bem orientada da moléstia apresenta-se com um coeficiente elevadíssimo, abrangendo indiferentemente todas as classes sociais”.

Nos jornais de época encontram-se matérias referentes a indivíduos que vagavam pela cidade com essas úlceras.

Encontra-se há dias, atrás do Gasômetro, entregue à sede e fome, um infeliz homem cujo corpo se acha todo encoberto de chagas. No lugar esconso que abriga, tem como leito as relvas. Os poderes públicos até agora nenhuma providência tomaram, afim de remover esse indigente para um lugar em que receba os cuidados da medicina e alimentos. Apelamos para a ação generosa do ilustre dr. Raul de Almeida Magalhães, afim de que o faça remover para o compartimento do Lira, que s. s. determinou para esse fim (OS ULCERADOS, 1919, p.1).

A elevada ocorrência dessa dermatose entre os matriculados no Serviço de Profilaxia Rural e a associação com outras enfermidades causou a princípio certo desânimo em Magalhães. As condições em que viviam eram deploráveis e ação medicamentosa seria comprometida se não tivessem repouso e boa alimentação:

Concorrendo e contribuindo para a constituição dessas úlceras, que se apresentam em todo Estado com uma frequência acabrunhadora, a miséria e a discrasia sanguínea decorrente da uncinariose constituem talvez os fatores principais desse grande flagelo a juntar-se aos outros que dizimam as populações do nosso *hinterland*. [...] Os ulcerados, em quase totalidade pertencentes às classes pobres, ou são obrigados a um trabalho exaustivo para manutenção de sua existência, ou entregam-se à mendicância, claudicando a esmolar, horas a fio, pelas ruas da cidade. Mal nutridos anemiados pelo estado discrásico do meio interno, andrajosos, seminus, estropiados e manquejantes, necessitam esses míseros ulcerados uma assistência alimentar e terapêutica que, evidentemente só poderão encontrar no hospital (MAGALHÃES, 1919, p.1. Grifo do autor).

O tratamento que considerava o mais eficaz eram injeções de novoarzenobenzol, repetidas em ordem crescente, mas o medicamento não pôde ser adotado no primeiro ano de funcionamento do SPRMA – só em 1920 começou a ser utilizado, em virtude dos custos de importação. A alternativa era aplicar injeções endovenosas de mercúrio e do composto 914 (*Arsphenamine*) para tratar as úlceras de origem sífilíticas ou de causa fuso espiralar. No

primeiro ano de funcionamento dos postos, foram aplicadas 3.669 injeções da primeira substância e 700 da segunda.

A malária foi outra doença identificada imediatamente nos postos de atendimento. Já se tinha informações sobre sua incidência no interior do estado: nas margens dos rios Turiaçu, Itapecuru, Pindaré, Mearim, Grajaú e Parnaíba, “paga a população sertaneja um grande e pesado tributo à malária, *maximè* na estação chuvosa” – escreve Magalhães (1919, p.1. Grifo do autor). Segundo este médico, a doença há tempos descrita pelos nomes de “febre paludosa”, “febre intermitente”, “impaludismo” ou “febre de mal caráter” (MARQUES, 1864; CANTANHEDE, 1902) era comum não somente entre os ribeirinhos no interior do estado mas também entre os moradores dos subúrbios de São Luís, onde não havia “uma só casa em que não se encontre pelo menos um doente de paludismo” (MAGALHÃES, 1919).<sup>214</sup> O médico atribuía isso ao fato de as residências, chácaras e pequenos sítios estarem próximas às matas onde proliferavam os vetores da doença, os mosquitos do gênero *Anopheles*. Encontravam-se aí muito malarientos em estado agudo ou crônico facilmente reconhecíveis pelos baços dilatados (esplenomegalia).

Os bairros em que se fizeram os primeiros trabalhos de profilaxia da doença foram Codozinho, Vila do Anil, Baixinha, Madre Deus, Lira, Gamboa, todos na periferia de São Luís, onde imperavam as habitações de barro e palha. Nesses bairros, os moradores escavavam o solo ocasionando depressões que inundavam na época das chuvas, formando um ambiente propício para a reprodução dos mosquitos transmissores da malária e da febre amarela (GODOIS, 1925, p.187).<sup>215</sup>

As imagens a seguir estão no relatório de Cassio Miranda (1925) que discorre aí longamente sobre a insalubridade das moradias populares construídas com barro e palha nos sertões da capital ludovicense. Percebam os leitores a proximidade com a vegetação das matas e a completa ausência de saneamento básico. As imagens são semelhantes àquelas estampadas em relatórios das expedições de cientistas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior no Brasil nos anos 1910, onde se denunciavam o isolamento geográfico e condições rudimentares de vida dos trabalhadores rurais pobres. Devo lembrar, porém, que a distância do bairro Codozinho, por

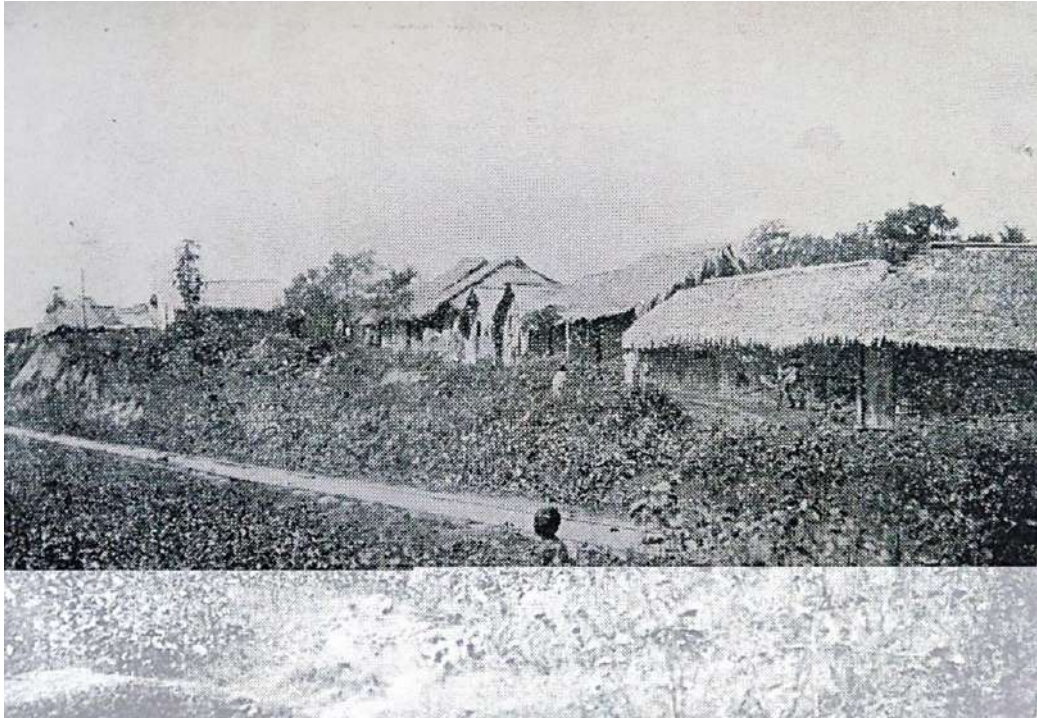
---

<sup>214</sup> Ainda que a ênfase do SPRMA fosse o subúrbio, como veremos, estudos iniciais realizados pela comissão apontaram para o centro da cidade, ocupado pela elite econômica e política do estado, ser um local endêmico da doença, reiterando a ideia de que a malária atinge indiscriminadamente todas as classes sociais: “No centro da cidade, em ruas onde residem pessoas em tratamento várias verificações microscópicas positivas têm documentado a existência de malária nas suas modalidades mais frequentes: a terçã benigna e a maligna. Para melhor demonstrar o grau de endemicidade da moléstia na capital, basta referir que no mês de julho, só em uma casa à Rua Oswaldo Cruz (a principal da cidade) tive ocasião de medicar oito doentes de paludismo, após verificação parasitológica em três enfermos da modalidade maligna da parasitose” (MAGALHÃES, 1919).

<sup>215</sup> Ver no mapa 2 a localização dos bairros do Codozinho e Gamboa, ambos na periferia de São Luís.



exemplo, até a Av. Pedro II, lugar de concentração do poder político do estado do Maranhão, era de apenas 2,5 km.



**Fotografia 30. Baixinha - Estrada do Matadouro** (Legenda original)  
Fonte: MIRANDA, 1925



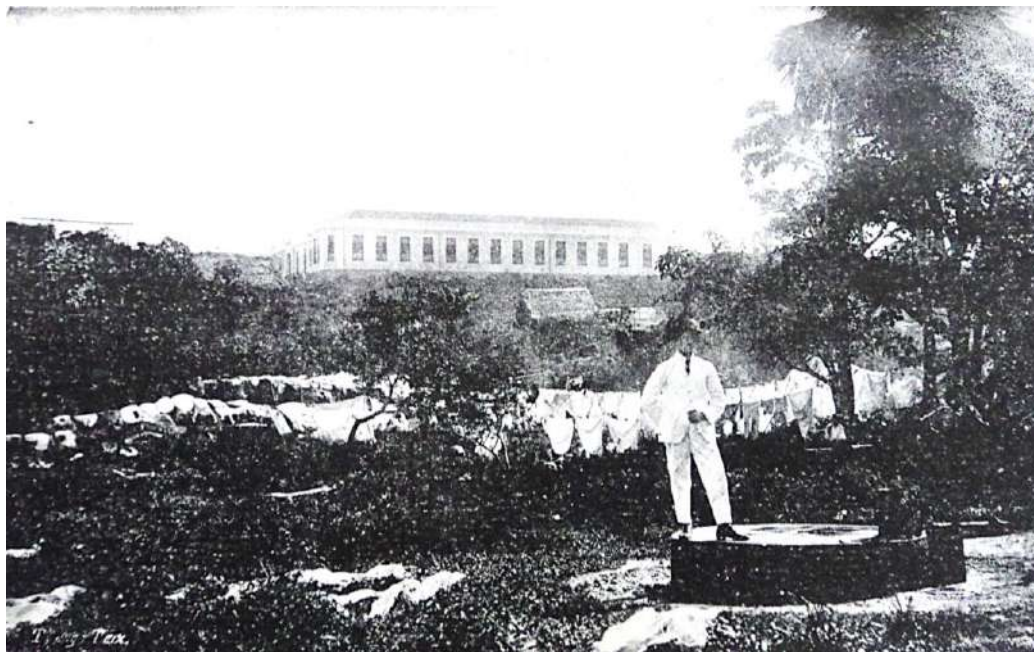
**Fotografia 31. Quinta Bellira** (Legenda original)  
Fonte: MIRANDA, 1925

São Luís à época oferecia condições propícias para o desenvolvimento dos mosquitos transmissores da malária e da febre amarela. Localizada em terreno em geral pouco acidentado, a capital possuía extensos pântanos formados pela água das chuvas, e nas margens desses terrenos eram construídas as palhoças habitadas pelos caboclos da periferia da cidade. Esses locais alagadiços não eram drenados porque se alegava que isso requeria obras de engenharia sanitária muito dispendiosas para os cofres públicos – esta é uma versão das elites econômicas que pouco se ocuparam do saneamento ao longo dos anos, especialmente das “invisíveis” regiões periféricas. Outro agravante da insalubridade era a ausência de um sistema regular de distribuição de água potável aos domicílios, o que obrigava a população a armazenar o líquido em reservatórios (potes, baldes, cisternas, poços, pequenos açudes) propícios à reprodução de mosquitos. Em consequência disso, casos de malária ocorriam não só na periferia da capital, mas também no núcleo urbano e em todo o Maranhão.

Depois que os médicos do SPRMA reconheceram as características socioambientais da região elaboraram um plano de combate aos vetores da malária e da febre amarela. Na verdade, foi instituída uma Comissão de Profilaxia da Febre Amarela, contra o mosquito *Aedes aegypti*. No tocante à malária, o plano tinha por base as ações desenvolvidas pelo médico do exército norte-americano, William C. Gorgas, em Havana e na zona onde foi construído o Canal do Panamá (BENCHIMOL, 2001, p.113; MAGALHÃES, 2016, p.70). A estratégia de ambas as campanhas era combater o *Aedes aegypti* e os *Anopheles* encontrados na região - *Cellia albimana* e *C. argyrotarsis* - principalmente em sua fase aquática. Era preciso localizar os reservatórios de água estagnada e aplicar substâncias capazes de extinguir as larvas dos mosquitos, como o petróleo, por exemplo, técnica que ficou conhecida como petrolagem. Nesse caso, o modelo distanciava-se das práticas “espetaculares” de fumigações e oclusões de casas, cujo modelo no Brasil foi dado por Oswaldo Cruz. Ações que foram experimentalmente testadas em São Luís pelo médico maranhense Bento Urbano da Costa, e não se tornaram práticas regulares.

Uma das primeiras medidas tomadas pelo SPRMA para combater os mosquitos em São Luís foi interditar centenas de poços e cisternas, mesmo quando larvas dos vetores das doenças não eram encontradas aí. Esta ação, muitas vezes inspecionada pessoalmente por Magalhães, encontrou forte resistência dos proprietários dos reservatórios que demoravam a adequar seus poços às normas impostas pelo SPRMA. Exigia-se que fossem colocadas tampas neles e que cuidassem de sua limpeza. Outro método empregado foi a introdução de peixes larvicidas nas águas de açudes e cisternas.

A imagem a seguir apresenta um funcionário do SPRMA, de ar imponente, sobre um poço tampado que abastecia a maioria dos habitantes do bairro do Codozinho. O poço localizava-se em região popularmente conhecida como “Baixada do Apicum”.



**Fotografia 32. Codozinho** (Legenda original)  
Fonte: VIANNA, 1925

Segundo relatório de Magalhães, na Baixinha foi encontrado um grande reservatório repleto de anofelinas, sendo ele o principal responsável pela malária no bairro. Outro foco de larvas igualmente petrolizado foi encontrado nas proximidades do Matadouro Modelo: tratava-se de uma barragem construída pelos moradores para impedir a invasão das águas na maré alta, e que armazenava águas pluviais. Paralelamente ao ataque aos mosquitos em sua forma larvar, eram feitas ações de limpeza, roçagem da vegetação e desmatamento, sendo priorizado o bairro do Codozinho por apresentar maior número de casos de malária no Posto de São Luís. Drenos foram instalados entre as casas do bairro para facilitar o escoamento das águas pluviais.

Após sete meses de campanha na capital, a Comissão de Combate à Febre Amarela foi desfeita tendo em vista a ausência de casos da doença no Maranhão. Alguns funcionários foram incorporados ao SPRMA, que continuou as ações contra o vetor da malária, mas em menor intensidade, pois as obras de engenharia sanitária necessárias para o controle da doença não eram executadas pela administração pública (MIRANDA, 1923b, p.116). O combate à



febre amarela seria retomado em São Luís em 1923 quando foi firmado o contrato entre o governo brasileiro e a Fundação Rockefeller para combater surtos epidêmicos no nordeste do Brasil.<sup>216</sup>

Ao constatar que as medidas de engenharia sanitária tão cedo não seriam feitas na capital (distribuição de água, aterramento do solo, desmatamento da vegetação etc.), o SPRMA concentrou as suas ações no tratamento de indivíduos infectados. Os relatórios do médico Magalhães apresentam esse desalento, mas não fazem críticas mordazes a esta grave contradição do sistema. Urbano Santos havia prometido retomar as obras de engenharia sanitária iniciadas no governo Luís Domingues, algumas melhorias foram registradas a partir de 1921, principalmente no sistema de distribuição de água na capital, mas os resultados eram inexpressivos.

Adiante que, ao longo do ano de 1919 em atuação na capital, nos postos de São Luís e da Vila do Anil, foram medicados 1.331 doentes de malária, mas o número de casos devia ser maior porque outros médicos cuidavam particularmente de pacientes que tinham condições para pagar. No bairro Codozinho ocorreram as primeiras ações do serviço sistemático domiciliário, com foco no indivíduo doente, inspirado na experiência de Magalhães e Belisário Pena nos postos do subúrbio do Rio de Janeiro (Vigário Geral, Cordovil e Penha) (MAGALHÃES, 1920). São Luís foi dividida em zonas para facilitar o deslocamento organizado dos funcionários que iam inspecionar doentes e ministrar os primeiros cuidados. As ruas e casas do bairro do Codozinho foram nomeadas e numeradas de maneira a facilitar a supervisão e registro das visitas domiciliares em busca de pessoas que apresentassem a tríade clássica de sintomas da malária: calafrios, febre intensa e suor excessivo (diaforese). O sangue desses indivíduos era coletado para análise microscópica nos postos de atendimento.

Magalhães reconhecia que os diagnósticos microscópicos podiam ser falhos já que o parasito da malária, o plasmódio, era difícil de identificar por microscopistas menos experientes. Por isso era preciso contar sobretudo com o exame clínico bem feito, calcado na observação do aumento do volume do baço (esplenomegalia). Esse tipo de observação só podia ser feita por médicos com o olhar treinado, mas que nem sempre acompanhavam a ronda dos guardas sanitários pelos domicílios. Um complicador era o fato de que a dilatação abdominal poderia ser facilmente confundida com aquela provocada por verminoses. Com o tempo os médicos do SPRMA, atuando nos postos da capital, no interior do estado e no Hospital Central da Profilaxia foram percebendo que os doentes que procuravam ajuda geralmente apresentavam

---

<sup>216</sup> Voltarei a esta questão quando tratar da chegada da comissão Rockefeller no Maranhão em 1923, no item 6.6 do próximo capítulo.



uma “tríade nosológica”, formada por malária, ancilostomose e sífilis, gerando um quadro complexo difícil de combater (MARQUES, 1925, p.223).

Mesmo assim, caso fosse positivo para malária o exame clínico e laboratorial doses altas de quinino eram administradas, especialmente em casos de recidivas. A dose padrão consistia em 2 gramas ao longo de 24h, mantendo-se assim nos próximos 3 a 4 dias. Com a remissão da febre, o medicamento era progressivamente diminuído até que a dose fosse de 1 grama diária, nos próximos 5 a 6 dias. Ao longo de 2 a 3 meses a dose diária era reduzida ainda mais, e ficava estabelecida em 50 centigramas. Os guardas sanitários faziam a distribuição do remédio administrado por via oral (pílulas) ou intravenosa (injeções), e forneciam orientações aos doentes. Esse procedimento padrão foi estendido aos postos no interior do estado, tendo Magalhães (1920) relatado que viu malarientos despertarem de “coma palustre” às primeiras administrações de quinino. Porém, diversas vezes observou a resistência da doença, o que exigia a administração de doses do medicamento que beiravam intoxicações.

Os relatórios de Magalhães e os periódicos locais não fazem qualquer referência a ações de resistência popular frente aos tratamentos determinados pelo SPRMA. No geral, as práticas de intervenção no espaço privado em São Luís (desinfecção e remoção de doentes, por exemplo) foram descritas por Victor Godinho e João Pedroso de Albuquerque, à época das epidemias de peste bubônica, de forma relativamente pacífica. No geral, esses médicos acentuavam uma imagem de povo respeitador das leis; Godinho falou até em “bondade natural” das camadas populares de São Luís. Nos anos seguintes, em 1922, o médico Filogônio Lisboa, do Serviço de Combate à Peste instaurado no Codozinho, viria a dizer que a ação de desinfecção no bairro foi conseguida sem maiores resistências. A vacinação exigia um pouco mais de negociação, mas no geral os guardas sanitários conseguiam executar os trabalhos sem recorrer a penalidades ou força.

Nem sempre o processo de quininação era pacífico em outras experiências Brasil afora. Outras localidades e em determinados contextos mostram que a imposição deste tratamento gerou atritos e tensões protagonizados por pessoas que se recusavam a ingerir a pílula de quinino. Benchimol e Silva (2008, p.733-737) mostraram as tensões existentes na campanha contra malária realizada na Baixada Fluminense, entre 1907-1906, direcionada aos trabalhadores recrutados pela Inspetoria Geral de Obras, na canalização dos rios Xerém e Mantiqueira, visando o abastecimento de água na capital. Chagas, Neiva e Gomes de Faria, pesquisadores do IOC, trabalharam nesta campanha e relataram as dificuldades de estabelecer medidas profiláticas para além da quininação (uso de roupas protetoras, telas metálicas nos alojamentos, etc.). Ali a administração das pílulas de quinino foi estabelecida à força e esbarrou

em resistência e hostilidade, pois existiam graves punições e descontos nos salários dos trabalhadores. Registrou-se tensões, animosidade e até a morte de trabalhador rebelado, ocasionada por um agente quininizador.

As imagens a seguir mostram habitações no Bairro Codozinho após limpeza das ruas recém-batizadas pelo SPRMA. À frente das casas encontram-se guardas sanitários prontos a entrar nelas. A assistência domiciliar implicava forte intromissão da medicina oficial nos espaços da vida privada da população, sob o argumento de que essas pessoas mais pobres e mais expostas a doenças eram incapazes de cuidar de seus corpos e eram assim potencialmente uma ameaça à população mais abastada e mais infensa às doenças infecciosas.



**Fotografia 33. Codozinho. Vista da parte elevada sobre a baixada, trecho da rua por nós chamada Creme, terminando na Rua Azul (Legenda original)**

Fonte: MIRANDA, 1925



**Fotografia 34. Codozinho. Vista de um trecho da passagem da parte acidentada para a da baixada em que se vê dois empregados da prophylaxia rural distribuindo pílulas de quinino e chenopódio aos moradores (Legenda original)**

Fonte: MIRANDA, 1925

A ênfase dada ao subúrbio pelos médicos Magalhães, Cassio Miranda, Luiz Vianna e Filogônio Lisboa levou-os a fazer descrições mais atentas do fenômeno da expansão urbana e demográfica da capital ludovicense no período, e das consequências sociais e ambientais que tal expansão acarretava. Essa região era praticamente desconhecida, pois até então fora ignorada pelas autoridades políticas e sanitárias.<sup>217</sup> Ou fora idealizada como no livro de memórias dos médicos Victor Godinho e Adolpho Lindenberg (1906, p.189-194).

Estes médicos narram, por exemplo, uma visita ao interior da ilha de São Luís que durou alguns dias. Estiveram em Anil, Jordôa e Maioba, descreveram a vegetação exuberante desses lugares, a beleza dos sítios e chácaras que havia lá, as vantagens de se viver próximo aos rios da região, o modo de vida provinciano de seus habitantes, os caboclos descendentes de indígenas que se dedicavam ao trabalho agrícola. Os médicos do SPRMA estiveram na mesma região quinze anos depois, e os cenários descritos eram bem diferentes. A natureza exuberante é vista como um problema, pois matas são ambientes propícios a mosquitos vetores de doenças.

<sup>217</sup> À exceção do médico Bento Urbano da Costa (1918, p.36) que demonstrou conhecimento sobre a região ao dizer que, após verificar pessoalmente a região do Codozinho, lá existiam grandes depósitos de água estagnada que transformavam-se em viveiros de larvas de mosquitos transmissores da malária.



Foi posto em evidência o fato de que os moradores não dispunham de fossas sépticas, o que contaminava o solo, incentivava o ciclo de vermes como o ancilóstomo em ruas lamacentas. O caboclos que trabalhavam na roça eram descritos como corrompidos pela uncinariose (ancilostomose). Temos assim médicos de duas gerações diferentes, com visões diferentes sobre um mesmo lugar, separados por um intervalo de tempo de quinze anos em que muita coisa havia mudado tanto na política de saúde local como nas ciências biomédicas, o que nos leva de novo à ideia de que a constituição das doenças não é tão somente um processo natural. As motivações para o estudo e o combate de enfermidades estão relacionadas à conjuntura política e social que as define ou não como prioridades.

Outro exemplo: o álbum *Maranhão Ilustrado*, datado de 1899, na seção intitulada “costumes”, apresenta imagens de moradores dos sertões da ilha de São Luís. O texto que acompanha essas imagens caracteriza-os como seres que “vivem felizes na simplicidade de seus hábitos”. Foi escolhido para compor a cena um “tipo peculiar” ao Maranhão, resultante da mestiçagem de negro com índio, que o texto identifica como o “mais forte”, a seguir caminho até a cidade para vender frutas e verduras:



**Fotografia 35. Costumes** (Legenda original)  
Fonte: MARANHÃO ILUSTRADO, 1899

Esse “sertanejo” provavelmente seguia pela trilha que margeava a estrada de Ferro Caminho Grande – Cutim, que ligava a área urbana de São Luís às proximidades da Vila do Anil. Claramente o discurso idealizado sobre o homem não condiz com sua aparência real. A magreza, a falta de robustez e os pés descalços seriam alvos de críticas mordazes caso a mesma imagem fosse analisada por médicos que defendessem o saneamento rural. O SPRMA trouxe à tona “um outro Maranhão” e declarou com veemência a necessidade de estender os serviços públicos às áreas rurais. Lançando um olhar diferente para essas localidades e seus habitantes, identificou as doenças que os depauperavam com o objetivo de integrá-los, via normatividade e restabelecimento da saúde, ao projeto modernizador da nação, como veremos ao longo deste e do próximo capítulo.

Uma doença comumente identificada entre a população descrita nos relatórios de Magalhães era a ancilostomose. Causada pelo *Necator americanus*, verme nematódeo da família *Ancylostomatidae*, afetava indistintamente brancos e negros. A doença é adquirida através do contato da pele (geralmente pessoas descalças) com as larvas do verme que são eliminadas juntamente com as fezes de indivíduos infectados diretamente nos solos. Após o contágio, o verme se aloja no intestino, provocando anemia e inflamações na pele (BRASIL, 2017, p.537-538). A ancilostomose ou uncinariose era um dos símbolos do movimento pelo saneamento do Brasil rural, e foi durante muito tempo apontada como responsável pela letargia do trabalhador brasileiro. Isso porque um dos sintomas mais evidentes da verminose era a fadiga consequente à anemia provocada pela ação do parasito no organismo. Por isso, na Costa Rica (e às vezes também no Brasil) a doença era denominada *cansacio* (cansaço) (PALMER, 2004, p.219). No início do século XX, época que ganhou maior visibilidade como alvo de campanhas massivas, a doença era endêmica em muitas partes do mundo tropical e subtropical. Era popularmente conhecida no Brasil pelo nome de “amarelão”, em virtude da palidez que causava, ou “opilação”, devido à expansão do abdome do infectado.

A imagem a seguir, extraída do relatório de Cassio Miranda (1925), apresenta uma rua do bairro Diamante, distante cerca de 2 km do perímetro urbano de São Luís, na qual foram identificados vários casos de ancilostomose. Perceba o leitor que a imagem reúne os elementos apontados como responsáveis pelas doenças endêmicas combatidas pelo SPRMA: a pobreza, ruas de terra, moradores descalços. O elemento central da imagem é a criança com abdome dilatado em consequência da verminose ou da malária, que tinham como sintoma mais notável a esplenomegalia (dilatação do volume do baço). Essa é uma das poucas imagens produzidas pelo Serviço em que os moradores sobressaem. A maioria das imagens dá destaque ao ambiente insalubre que produz as doenças, e não aos doentes.



**Fotografia 36. Sítio Diamante. Rua Preciosa** (Legenda original)  
 Fonte: MIRANDA, 1925

Com forte incidência nas representações de médicos e leigos da época, a ancilostomose ganhou muita visibilidade através do Jeca Tatu, personagem símbolo dos pobres do mundo rural criado por Monteiro Lobato. O Jeca Tatu era uma representação caricata do caipira, personagem indolente, preguiçoso, anêmico, doente mas passível de ser regenerado através da campanha pelo saneamento rural (LIMA, 2002, p.40; LIMA; HOCHMAN, 2000, p.321-329). Impregnado por essa convicção, Cassio Miranda (1923b, p.120) refere-se à periferia da capital com as seguintes palavras: “conta São Luís com 1.166 palhoças do tipo mais rudimentar, construídas pelo Jeca”.

Na capital, o combate à ancilostomose foi iniciado no Posto de São Luís, com a “obrigatoriedade de os doentes trazerem fezes para exame”, nas palavras de Magalhães, mas não há como saber se essa medida coercitiva era cumprida. Havia preocupação com outras verminoses, uma vez que foram identificados casos de ascaridíase, tricocefalose, teníase (*Taenia solium* e *T. saginata*) e entorobíase (*Enterobius vermiculares*). Com a positivação do diagnóstico laboratorial, um funcionário do posto administrava vermífugo (adiante direi quais) e fornecia um purgativo a ser ingerido duas horas depois, em domicílio. Ocorre que essa não era a melhor forma de combater a doença, pois nada garantia de que o purgativo seria de fato ingerido quando o paciente estivesse longe do funcionário. Adotou-se então o método intensivo

ou domiciliário, que consistia na identificação e acompanhamento dos doentes em suas casas, depois da inauguração do Posto do Anil, em junho de 1919.

Ao final de julho de 1919, após os funcionários do Serviço terem percorrido a Vila do Anil, verificou-se que o índice endêmico das verminoses ascendia a 98% da população. Especificamente em relação à uncinariose, o índice firmou-se em 81%. Segundo o médico Almeida Magalhães (1919), esses números foram obtidos através da observação direta de material fecal colhido, sem auxílio de centrifugador. Supunha que um exame mais cuidadoso revelaria a totalidade da população com verminoses, mas isso não significava que todos estivessem doentes. Portadores de helmintos nem sempre apresentavam sintomas, mas eram capazes de disseminar parasitos pelas fezes, que se espalhavam pela localidade, pois não havia fossas sépticas na maioria dos domicílios. Os ovos de helmintos espalhados no solo contaminavam principalmente indivíduos que andavam sem proteção nos pés, renovando o ciclo da doença. A ausência de lei estadual que obrigasse a construção de fossas fixas nas casas era assim um sério entrave do Serviço de Profilaxia Rural. A lei foi instituída sete meses depois, mas mesmo assim a efetividade da norma era questionável, pois os proprietários das casas quase sempre alegavam não ter recursos para realizar a obra, além de a considerarem supérflua diante das dificuldades da vida que enfrentavam. O problema se agravava no interior do estado onde os recursos ainda eram mais escassos. Houve um projeto do SPRMA para que, além da medicação e ações educativas contra as verminoses arcasse com parte dos custos das construções, sobretudo fornecendo as tampas de madeira para a vedação das fossas, mas a ideia não saiu do papel.

Os vermífugos administrados pelo SPRMA eram o timol e o óleo de quenopódio, este último preferencialmente. O timol, como medicamento para o combate à ancilostomose, foi utilizado largamente nas campanhas em diversos países até por volta de 1917, quando começou a ser utilizado o óleo de quenopódio. A partir de 1922 foi utilizado o tetracloreto de carbono e, em 1925, foi descoberto o tetracloretileno, substância utilizada até o advento dos anti-helmínticos modernos de eficiência maior (REY, 2001, p.62). Magalhães tinha certa preocupação com as intoxicações que esses medicamentos poderiam causar.<sup>218</sup> Tivera alguns casos quando atuara no posto de profilaxia rural no subúrbio do Rio de Janeiro. Segundo este médico, a intolerância aos medicamentos era relativa, pois vira uma criança de oito anos

---

<sup>218</sup> Inclusive os casos de óbitos causados por essas intoxicações. Essas ocorrências não ganharam repercussão na imprensa na época, mas entre os sanitaristas foi motivo de amplos debates. Para maiores detalhes conferir Palmer (2015) que aborda esse tema no período proposto colocando em perspectiva a conduta de médicos no Brasil e Colômbia onde a administração do óleo de quenopódio, como era compreensível para a época, não seguia parâmetros de ética experimental no tratamento da ancilostomose.

suportar dose muito elevada do óleo administrada por engano. No entanto, no Posto do Anil, verificou severa intolerância ao timol em uma criança que ingeriu dose muito inferior à estabelecida. Apesar de ter presenciado muitos acidentes graves Magalhães considerou que aquela prática deveria ser mantida, pois “se quisesse empregar um vermífugo isento de qualquer toxidez ter-se-ia de cruzar os braços e não administrar-se vermífugo algum, deixando que a anemia hipoêmica continuasse a invalidar milhões de brasileiros” (MAGALHÃES, 1919, p.1).

É importante considerar que, apesar de existirem medicamentos relativamente eficazes para combater a doença, trata-se de um período em que os médicos do SPR ainda estavam em um terreno instável, os processos de adoecimento e cura das endemias rurais ainda não estavam bem delineados. Daí a conduta médica à base de tentativas e erros, de experimentações por vezes abusivas, ignorar parâmetros éticos que só mais tarde viriam a se tornar norma no campo médico.

Após um ano de funcionamento do Serviço, foram tratados 12.208 indivíduos com ancilóstomos e/ou outros vermes e construídas 549 fossas sépticas, mediante intimações. Esses números ainda eram insuficiente para o diretor-geral do Serviço. O cumprimento de uma meta ideal era dificultado pelo fato de os postos não serem exclusivos para doenças rurais. Alegavam os médicos do Serviço que não havia como comparar seu desempenho ao da Fundação Rockefeller, pois nas regiões onde atuava se ocupava principalmente do combate a verminoses. Enquanto isso, os postos do SPR eram sobrecarregados pela necessidade de direcionar seu pequeno orçamento ao tratamento de diferentes doenças e procedimentos, pois por orientação de Belisário Pena os postos deviam oferecer tratamento gratuito aos pobres cotidianamente, fosse qual fosse o problema que os afligisse. Os postos da capital e do interior funcionavam, assim, como policlínicas (MAGALHÃES, 1920). Ao longo deste estudo veremos que, na prática, essas policlínicas ficaram limitadas à capital, e com ressalvas. Devido à falta de recursos, os médicos que atuavam nos postos do interior restringiram suas atividades à identificação das doenças locais, realização de curativos, recenseamento de leprosos, administração de quinino, quenopódio e injeções antissifilíticas.

Almeida Magalhães menciona três casos de leishmaniose no primeiro ano de funcionamento dos postos. Administrou a solução de tártaro emético, constatando a cicatrização das lesões cutâneas em apenas um dos pacientes. Vale lembrar que esse medicamento foi fruto de pesquisas feitas pelo médico Gaspar Viana no Instituto e Manguinhos (BENCHIMOL, 1990a, p.44), e que os sintomas mais evidentes da leishmaniose, as úlceras, poderiam ser facilmente confundidas com aquelas consideradas de origem sífilítica ou verminótica.



Nenhuma das doenças identificadas, nem mesmo a ancilostomose, principal alvo do saneamento rural nos estados, chamou tanta atenção dos diretores do SPRMA como a lepra. Magalhães ficou muito impressionado ao contabilizar 15 casos da doença na capital ludovicense, em apenas 3 meses de funcionamento do Serviço, em indivíduos que sequer tinham lesões aparentes. Em um ano foram identificados 40 casos, estimando-se que esse número poderia ser bem maior. A lepra geralmente era diagnosticada quando os pacientes procuravam os postos de atendimento com queixas de outras enfermidades. Comparando essa situação com a experiência que tivera no Posto da Penha, subúrbio do Rio de Janeiro, Magalhães (1919) considerou desanimador o quadro do Maranhão. Lá nenhum caso de lepra fora registrado em um ano de trabalho com 8.000 pessoas cadastradas.

Nos primeiros meses de instalação do Serviço no Maranhão, estimou-se que a situação no interior do estado poderia ser pior, a julgar por informações fornecidas por médicos dos municípios de Anajatuba e São Bento. O diretor do Serviço chegou a cogitar que cerca de 40% da população desses locais pudesse ser portadora de lepra. Munido desses dados e suposições, Magalhães solicitou a Urbano Santos, ministro da Justiça e Negócios Interiores, que fosse construído um leprosário na outra margem do rio Bacanga, em local que já havia sido utilizado para esse fim há anos, o Isolamento do Bonfim. Ao receber sinalização positiva do ministro, com parte da verba destinada ao SPRMA, deu início a obras preliminares em um sítio cedido na Ponta do Bonfim (MAGALHÃES, 1920). A obra polêmica, onerosa, só foi entregue à população 17 anos depois.

Apesar da importância dada à realização de exames laboratoriais para embasar o diagnóstico clínico das enfermidades mencionadas e para orientar as condutas adequadas a cada uma, o SPR no Maranhão, como em outras regiões do interior do Brasil, não era provido de um laboratório de análises bem aparelhado. Os funcionários realizavam exames microscópicos simples ou diagnosticavam com base nos sintomas apresentados pelos pacientes. A anamnese era importante, porque o lugar em que morava o paciente geralmente tinha um histórico relacionado à doença suspeitada. Ainda que os médicos dos postos de atendimento fossem profissionais experientes, não havia como eliminar as ambiguidades e incertezas dos diagnósticos (muito comuns, por exemplo, em doenças de pele) através de exame laboratorial adequado.<sup>219</sup> Para sanar esse problema, cogitou-se em suplementar as ações do SPRMA com um laboratório ligado ao IOC. É sobre a instalação dessa filial da instituição carioca que tratarei a seguir.

---

<sup>219</sup> Na prática, a medicina de laboratório nem sempre eliminou ambiguidades, uma vez que diagnósticos diferenciais, indeterminados ou mesmo equivocados, são passíveis de ocorrer mesmo em análises bem criteriosas.

#### 5.4 Uma filial do Instituto Oswaldo Cruz no Maranhão

“O Maranhão anteriormente à fundação da filial do Instituto Oswaldo Cruz, vivia na maior obscuridade sobre as questões bacteriológicas e de laboratório”. Essas palavras foram utilizadas por Cassio Miranda (1923a, p.25) em documento endereçado ao governador do Maranhão, Godofredo Mendes Vianna, sucessor de Urbano Santos, visando expor as atividades executadas em missão no ano de 1922. Tratava-se de um relatório detalhado, com material fotográfico e com foco nas dificuldades de implantação do Serviço. Com as palavras citadas, o médico dava a entender que uma filial do IOC colocaria fim ao “período de trevas” que reinava no estado, já que não possuía laboratórios de análises químicas e bacteriológicas, fragilizando as ações contra doenças endêmicas e epidêmicas. Um laboratório e um Instituto Vacinogênico eram antigas reivindicações de médicos do Serviço Sanitário local, desde o final do século XIX. Almir Nina, Claudio Moraes Rego, Oscar Galvão e Felicissimo Fernandes sempre trouxeram esses temas em seus relatórios, que eram encaminhados aos governadores em exercício.

Em 1903, por ocasião da epidemia de peste bubônica, foi montada uma seção muito rudimentar de análises bacteriológicas. Nos anos seguintes, documentos oficiais indicam a obsolescência dos aparelhos e a extinção da seção. Como mencionei no capítulo anterior, Ezequiel Dias, ao chegar ao Maranhão em 1905, encontrou a estrutura laboratorial precária que havia sido utilizada dois anos antes pelo seu antecessor, Henrique Marques Lisboa. A seção também apareceu nos registros dos médicos Cardoso Fontes, João Pedroso de Albuquerque e Urbano da Costa, que descreveram a pouca expressividade da seção.

Voltando ao comentário de Cassio Miranda (1923a, p.25) com que iniciei esta seção, percebo que seu discurso, no contexto em que foi utilizado, possui dupla função: por um lado expõe a deficiência de uma política de saúde sem base laboratorial frequente e regular, por outro, vangloria os trabalhos da missão de que fazia parte em território bem distante do Instituto então chefiado por Carlos Chagas. A fala do dr. Miranda também coloca em questão uma visão superficial perante a atuação médica local que encontrou ao chegar no Maranhão. De fato, não havia um laboratório montado, mas não há uma “obscuridade sobre as questões bacteriológicas” como acentuou. Existiam vários médicos, concentrados, é verdade, na capital, que mantinham um bom repertório no campo da bacteriologia. A Junta Médica local, incumbida de diagnosticar o “mal suspeito” em 1904 destacava que se tratava de peste bubônica na capital, mas foi suprimida pela ação do governo que se interessava em não criar alarme entre a população. Além disso, nos anos seguintes cultivou-se entre as autoridades políticas uma necessidade de trazer

médicos de fora para dirigir o Serviço Sanitário local. Percebe-se que os médicos maranhenses desempenharam suas ações ao longo da primeira república com os meios disponíveis à época, encontrando possíveis soluções para os problemas encontrados com base no repertório da microbiologia, que tiveram contato quando estudaram nas faculdades de medicina. Um deles é o médico Achilles Lisboa, que fundou o Posto de Socorro Médico aos Ulcerados na capital e trabalhou, na ocasião, ao lado dos médicos Genésio Rego, Netto Gutterres, Herbert Jansen, Otto Galvão. Além de outros mais antigos que lhe antecederam, como Almir Nina, Moraes Rego, Oscar Galvão, Felicissimo Fernandes, entre outros.

Além de ser fruto de uma necessidade real do estado, a decisão de instalar uma filial do Instituto Oswaldo Cruz no Maranhão cumpria uma determinação do decreto n. 13.538, de 9 de abril de 1919, que reorganizava o SPR nos estados. Especificamente o art. 9º estabelecia que os Serviços montados nos estados deveriam contar com laboratórios do IOC, mantido com recursos da União. A criação de filiais do IOC pelo país afora é reiterada no art. 5º do decreto n. 13.527, de 26 de maio de 1919. Esta lei determinou que nas filiais seriam desenvolvidos trabalhos relacionados à higiene e patologias regionais, sobretudo ao saneamento rural. Também seriam contemplados assuntos relativos à veterinária e química, desde que visassem o desenvolvimento econômico da região. As endemias rurais, colocadas em evidência à época, deram impulso a essa regulamentação.

Na verdade, a prática de disseminar filiais do IOC era mais antiga. Data de 3 de agosto de 1907 a fundação da primeira extensão do Instituto, em Belo Horizonte, capital de Minas Gerais inaugurada dez anos antes. A expansão da medicina experimental praticada no Instituto chefiado por Oswaldo Cruz foi dinamizada após a adoção de seu novo arcabouço institucional. Com o decreto n. 1.812, de 19 de março de 1908, o ministro da Justiça, Tavares Lyra, aprovou novas leis para o Instituto, conferindo-lhe inteira e franca autonomia nas investigações científicas e permitindo-lhe expandir suas atividades para novos domínios cognitivos e geográficos. As atribuições da instituição, que passava a se chamar Instituto Oswaldo Cruz, diziam respeito ao estudo das doenças infecciosas e parasitárias de animais e plantas, ao preparo de vacinas, soros terapêuticos e outros produtos biológicos e a atividades pedagógicas nas áreas de bacteriologia e parasitologia, gratuitas para pessoal da área médica. Além disso, estudos desenvolvidos na instituição seriam publicados nas *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. O novo regulamento conferiu-lhe prerrogativas muito importantes para seu futuro, como a possibilidade de vender produtos biológicos de uso veterinário ou humano, a preços tabelados, exceto em caso de epidemias, quando seriam fornecidos gratuitamente. Esse direito permitiu ao Instituto a sobrevivência às restrições de verbas da União em períodos

subsequentes, e foi uma conduta adotada também pelas filiais implantadas em outras partes do Brasil (BENCHIMOL, 1990a, p.37-38).<sup>220</sup>

Ao estabelecer a prestação de serviços científicos ou profiláticos a órgãos públicos ou privados, a nova lei validou a expansão do instituto para além de suas fronteiras, o IOC, cuja ação estava concentrada na capital federal, volta-se para um programa de pesquisas e serviços mais audaz, enredando novos clientes – governamentais e particulares, investigando doenças que grassavam em regiões interioranas. De 1906 em diante, a experiência adquirida pelos pesquisadores da instituição em campanhas sanitárias no Rio de Janeiro habilita-os para missões pelos sertões do país para estudar doenças que obstruíam o desenvolvimento do capitalismo, em especial a malária. O Instituto Oswaldo Cruz passa a desempenhar papel semelhante ao de centros europeus de pesquisa que usavam seu *know-how* para viabilizar projetos coloniais na África e Ásia. Essa parte da história do Instituto, protagonizada por Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Belisário Pena, Artur Neiva e outros médicos-cientistas foi apresentada quando tratei do advento do movimento pelo saneamento do Brasil rural nos anos 1910. Os relatos desses cientistas alavancaram medidas e planos de salvação nacional como o SPR nos estados. O Instituto Oswaldo Cruz participaria ativamente do Serviço fornecendo mão-de-obra qualificada, medicamentos e produtos biológicos.

Para dar cabo das novas atribuições, o IOC precisou ampliar o quadro de funcionários (remunerados ou voluntários) que atuavam na pesquisa, ensino e fabricação de produtos biológicos. Médicos ou estudantes de medicina formados nos cursos ministrados no Instituto ocupariam cargos na própria instituição, na Diretoria Geral de Saúde Pública, no órgão que a sucedeu, o Departamento Nacional de Saúde Pública, e nos órgãos de saúde criados em diversos estados da federação (BENCHIMOL, 1990a, p.38-39).

A filial de Minas Gerais foi criada quando eram desenvolvidas pesquisas sobre uma epizootia, a peste da manqueira, a pedido do governo daquele estado. O médico Ezequiel Dias no início de 1906 já encontrava-se no Rio de Janeiro, após retornar do Maranhão, e estava se recuperando do agravamento de seu estado de saúde vitimado por tuberculose. Foi então escolhido para dirigir a primeira filial do IOC, não somente por suas qualificações técnicas e pelos laços de parentesco com Oswaldo Cruz, mas também por ser Belo Horizonte uma cidade com condições climáticas muito valorizadas para o tratamento de doenças pulmonares.

---

<sup>220</sup> Vale lembrar que as ações da instituição até o novo regulamento (1903-1906) relacionavam-se às demandas da cidade do Rio de Janeiro e a agenda da DGSP a qual Oswaldo Cruz era diretor. Lembrando, também, que a criação do instituto pelo Estado foi uma iniciativa de caráter mais pontual e estava ligada a uma crise sanitária localizada: a chegada da peste bubônica no Brasil (BENCHIMOL, 1990a, p.28;46).

Diferentemente do que aconteceu no Maranhão, a presença de Ezequiel Dias em Minas Gerais é bem documentada. Carlos Chagas (1922, p.II) e Otávio Magalhães (1922, p.V), seu colega de trabalho na filial, destacam o papel de Dias na formação de um centro de pesquisa nos moldes do Instituto de Manguinhos. Estabeleceu o ensino da bacteriologia na capital mineira, destacou-se no combate ao ofidismo através de acordo firmado com Vital Brazil, diretor do Instituto Butantan. O escorpionismo, problema sério em Belo Horizonte, foi outra área explorada na filial. Identifiquei inclusive contatos entre os médicos Urbano da Costa e Ezequiel Dias, solicitando estes escorpiões capturados no Maranhão para as pesquisas feitas na capital mineira (COSTA, 1918, p.116). Seguindo as diretrizes da matriz, a filial atuou também na preparação de terapêuticos e em pesquisas diversas (BENCHIMOL, 1990a, p.41-42).

Vê-se assim que a instalação da filial do IOC no Maranhão não foi um fato isolado. E, como vimos no capítulo anterior, o terreno maranhense fora já amanhado por alguns pesquisadores do IOC e da DGSP. O estado possuía ademais uma posição vantajosa para uma filial do Instituto Oswaldo Cruz por estar situado entre as regiões norte e nordeste. Some-se a isso o fato de estar o maranhense Urbano Santos, ministro da Justiça e Negócios Interiores, à frente das decisões federais concernentes à saúde em geral, e ao saneamento rural, em particular, tendo assim papel decisivo na decisão de instalar o SPR e uma filial do IOC no Maranhão, justamente em 1918, o ano em que retornou à política local.<sup>221</sup>

O médico indicado para dirigir a filial maranhense foi o bacteriologista Cassio Miranda. Ele desembarcou em São Luís em 20 de maio de 1919, quase dois meses depois de seus companheiros de jornada, os doutores Magalhães e Costa Rodrigues. Sua primeira iniciativa como diretor da filial foi contratar um médico local como adjunto de assistente, o dr. Luiz Vianna. Isso aconteceu no dia 26, após Miranda familiarizar-se com o meio médico de São Luís.<sup>222</sup> No dia 31 de maio, Miranda foi autorizado pelo governo do Maranhão a instalar a

---

<sup>221</sup> No Maranhão o Serviço de Profilaxia Rural e, conseqüentemente, a instalação de uma filial do IOC no estado foram instituídos através do decreto n.81 de 22 de outubro de 1918, pelo ex-senador, governador eleito Urbano Santos, que logo em seguida, se afastou para ocupar o cargo de Ministro da Justiça.

<sup>222</sup> Luiz Lobato Vianna havia chegado em São Luís há pouco tempo, vindo do Rio de Janeiro, onde se diplomou em medicina. Antes disso, atuou por muitos anos como educador na capital. Escolhido pelo dr. Miranda para atuar na filial recém instalada foi indicado para frequentar o curso de Microbiologia e Higiene no IOC, no Rio de Janeiro. Trabalhou na filial durante toda a existência da instituição e eventualmente participou de atividades mais específicas no SPRMA, no Hospital Central da Profilaxia. Elaborou estudo importante sobre as habitações populares de São Luís, nocivas à saúde dos moradores - a grande maioria operários do parque fabril da capital. Encaminhou esse estudo ao governador Godofredo Mendes Viana, de quem ouviu promessas de melhorias para a situação. O dr. Vianna foi o "braço direito" do dr. Miranda no Maranhão, auxiliando-o em várias seções do IOC e nas atividades decorrentes do Serviço de Combate à Peste. Identifiquei em documentação gratificações por desempenho destinadas ao médico, especialmente no primeiro ano de funcionamento da filial. Quando o dr. Miranda deixou a direção da filial, em 1930, Luiz Vianna assumiu a administração da instituição que, naquele contexto, tornava-se responsabilidade do governo estadual, dividindo atenção com suas atividades na Escola de Farmácia e Odontologia onde era professor.

filial na rua Afonso Pena, nos prédios de número 28 e 30. Um terceiro prédio foi concedido como anexo meses depois. Miranda recebeu verba federal no valor de 50.000\$000 para adaptar os prédios para as atividades que passariam a abrigar e para dar início a essas atividades. Para manutenção do estabelecimento seria destinada pela União a quantia de 30.000\$000 ao longo daquele ano (MARANHÃO, 1920, p.17).

Relatórios produzidos por Miranda nos informam que a filial do IOC tinha como objetivo atender às demandas da comissão federal instalada no Maranhão de diagnósticos laboratoriais e fornecimento de medicamentos oficiais e também desenvolver com mais autonomia pesquisas sobre problemas de saúde regionais e a comercialização de produtos terapêuticos e serviços laboratoriais. Nos prédios cedidos seriam instalados uma seção de bacteriologia, um instituto vacinogênico, uma seção do instituto Pasteur e um posto antiofídico. As duas primeiras eram consideradas prioritárias, mas somente no final de 1919 a seção de bacteriologia entrou em funcionamento e de forma muito rudimentar. Isso porque a filial recebeu uma desagradável herança que a impediu de alçar vôos mais ousados no domínio da bacteriologia: os aparelhos do antigo laboratório do SSMA, que serviram só para remediar a situação enquanto não eram adquiridos novos equipamentos e materiais (MIRANDA, 1920, p.3). A seção de bacteriologia só foi inaugurada em 5 de novembro de 1919, enquanto transcorriam as obras de adaptação dos prédios recebidos.

Além do descontentamento com os equipamentos obsoletos, Miranda mostrou-se bem insatisfeito com a estrutura antiga dos prédios que lhe foram destinados, e essa reclamação seria recorrente nos relatórios produzidos em anos posteriores. O próprio Urbano Santos reconheceu que os prédios não eram adequados e, em Mensagem ao Congresso, admitiu que a filial “ficou mal colocada onde está” (MARANHÃO, 1920, p.17). Na ocasião, o governador prometeu a construção de novo prédio para instituição, em Nova Olinda, na região do Lira, distante do perímetro urbano da capital, fato que ganhou significativa repercussão, mas que nunca veio a se concretizar.



**Fotografia 37. Fachada dos dois prédios que sediavam a filial do Instituto Oswaldo Cruz no Maranhão**  
 Fonte: MIRANDA, 1923a, p.1

O jornal *Pacotilha* publicou extensa matéria à época da inauguração da seção de bacteriologia destacando o mérito de Cassio Miranda, “um jovem cientista” que enfrentava com “discrição e modéstia” as dificuldades iniciais do serviço, retratadas de forma depreciativa para os maranhenses: “Numa terra de obra lerda, atrasada e de curto rendimento, de materiais caríssimos e de difícil procura, de operários inteiramente alheios aos serviços que ali tinham de efetuar, compreende-se bem o sem número de dificuldades com que lutaram o diretor do serviço e os engenheiros que o empreitaram” (A FILIAL, 1919, p.1). Os melhoramentos nos prédios, em especial na sua parte interna, os tinham transformado bastante.

O ano de 1919 terminou com a filial instalada de forma muito simples e com um quadro de funcionários restrito a apenas três pessoas: o médico diretor, o médico adjunto de assistente e um servente. Aliás, essa simplicidade chamou a atenção do padre Rogerio Dubois, que visitou a instituição em abril de 1922. A prática de convidar o público para conhecer a filial foi uma importante medida adotada por Cassio Miranda para divulgar a medicina experimental que praticavam. E uma consulta aos periódicos locais, *Pacotilha* e *Diario de São Luiz*, mostra que estudantes do Liceu Maranhense, jornalistas, políticos, religiosos e principalmente médicos foram recebidos pessoalmente por Miranda nas dependências da instituição.

O religioso citado foi bem recebido, como disse, numa agradável manhã, e ficou impressionado com a falta de aparelhos e a pequenez do lugar, sobretudo na seção de bacteriologia. A mobília era “pobre e escassa”, o que levou o padre a comentar que “a opulência não brilha neste local, aliás provisório. O que há em abundância é o asseio” (DUBOIS, 1922, p.2). No artigo que publicou lembrou o comentário do arcebispo do estado, D. Helvécio Gomes: depois de visitar a filial ter-lhe-ia dito que a pobreza da instituição lhe agradara muito, pois nessas circunstâncias os jovens cientistas davam bom exemplo de desprendimento e trabalho. Para aquela rotunda e abastada autoridade eclesiástica, a medicina se afigurava como uma espécie de sacerdócio franciscano.

Na verdade, ao longo de 1919, Cassio Miranda não agiu de forma tão discreta quanto afirmou o *Pacotilha* (A FILIAL, 1919, p.1). Em várias edições de periódicos locais é possível identificá-lo a participar de reuniões culturais promovidas pela elite médica e política da cidade, comportamento bem diferente do dr. Almeida Magalhães, cujo nome só aparece ligado às atividades nos postos de atendimento. Ao que parece Miranda tinha intenção de permanecer mais tempo no Maranhão, o que de fato aconteceu: nos anos seguintes, acumulou funções no SPRMA e Serviço sanitário, ocupou a presidência da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Maranhão por vários mandatos, casou com uma maranhense de família tradicional e ligada à política local, Raimunda Lisboa Miranda.<sup>223</sup> Cassio Miranda viveu por 16 anos no estado e, posso adiantar que, mesmo após o fim do SPRMA e da filial do IOC em 1930, o médico ocupou cargos no funcionalismo público até 1935 e chegou a se aventurar na política local.

Em 1919 Miranda cuidou da reforma dos prédios cedidos e as obras do Hospital Rural, realizou algumas atividades no SPRMA, como a emissão de pareceres relacionados às úlceras diagnosticadas no Posto da Capital sem que a filial tivesse sido formalmente inaugurada. Quando tiveram início os trabalhos da seção de bacteriologia, em 5 de novembro, suas atividades puderam ficar mais concentradas no IOC maranhense. Nos anos seguintes, expandiram-se as atividades da instituição com o estabelecimento das demais seções, nessa ordem: Instituto Vacinogênico em 1920, Posto Antiofídico e Instituto Pasteur em 1921.

#### 5.4.1 Seção de bacteriologia

---

<sup>223</sup> Filha do Coronel Mariano Martins Lisboa, já citado neste estudo quando expus as desavenças políticas geradas com o afastamento de Benedito Leite do governo, em 1906. C.f. p.216.



Os primeiros meses de funcionamento do laboratório de bacteriologia foram marcados por certo marasmo atribuído por Miranda (1920, p.3) ao pouco hábito que tinham os maranhenses de recorrer a exames dessa natureza, “tão necessários ao auxílio do diagnóstico clínico, como o oxigênio à vida”. Essa relativa inatividade era preocupante, pois em diligências pessoais Miranda teria observado, desde julho de 1919, a ocorrência de sinais clínicos de febre tifoide em habitantes do núcleo urbano da cidade. Esforçou-se para convencê-los a realizar exames laboratoriais, mas muitos se recusavam e, quando o faziam, já era tarde.

A análise de uma tabela referente aos primeiros exames realizados na instituição, entre janeiro e março de 1920, permite dizer que as requisições advinham, em sua maioria, de médicos do SPRMA, como Djalma Marques, Heitor Pinto e o próprio Cassio Miranda, e, por esse motivo, eram atendidas gratuitamente. Médicos com consultórios particulares também solicitaram exames, como Tarquínio Lopes Filho e Justo Jansen Ferreira. Nesses 18 exames foram identificados casos de verminoses e tuberculose, principalmente (MIRANDA, 1920, p.4).<sup>224</sup> Foi estabelecida uma tabela com os valores dos serviços da filial, prática determinada pela matriz de maneira a garantir certa autonomia à instituição em relação aos recursos estaduais e federais. Dos serviços listados apenas a reação de Wasserman, utilizada para detecção da sífilis, não estava disponível nos primeiros meses de existência da filial.

---

<sup>224</sup> Ao longo do tempo a seção de bacteriologia da filial passou a diagnosticar maior quantidade de doenças, especializando-se conforme as demandas que foram aparecendo, sobretudo, aquelas geridas pelo SPRMA. Do mesmo modo, o Instituto vacinogênico iniciou suas atividades de forma bem limitada, mas irá expandindo e diversificando seus estoques conforme o contexto sanitário da época, como veremos posteriormente.

Exame microscopico de urina . . . . .	20\$000
Hemoculturas . . . . .	30\$000
Exame de escarro (bacterioscopico) . . . . .	20\$000
Exame de escarro (bactereologico) . . . . .	30\$000
Reacção de Wassermann . . . . .	50\$000
Exame de sangue (impalludismo) . . . . .	10\$000
Soro-agglutinação . . . . .	20\$000
Exame de frotis (leishmania) . . . . .	20\$000
Exame de pús . . . . .	20\$000
Exame de membrana diphterica . . . . .	40\$000
Exames histo-pathologicos . . . . .	50\$000
Exames de fezes (vermes) . . . . .	10\$000
Vaccinas poly-valentes (estaphylo, estrepto e gonococcus) . . . . .	20\$000
Vaccina autogenea (estaphylococcus) . . . . .	30\$000
Vaccina autogenea (estreptococcus) . . . . .	40\$000
Vaccina autogenea (gonococcus) . . . . .	40\$000
Vaccina autogenea (ezena) . . . . .	40\$000
Etc., etc.	

Fotografia 38. Tabela de preços para exames feitos na filial do Instituto Oswaldo Cruz no Maranhão  
(Legenda original)

Fonte: MIRANDA, 1920, p.3

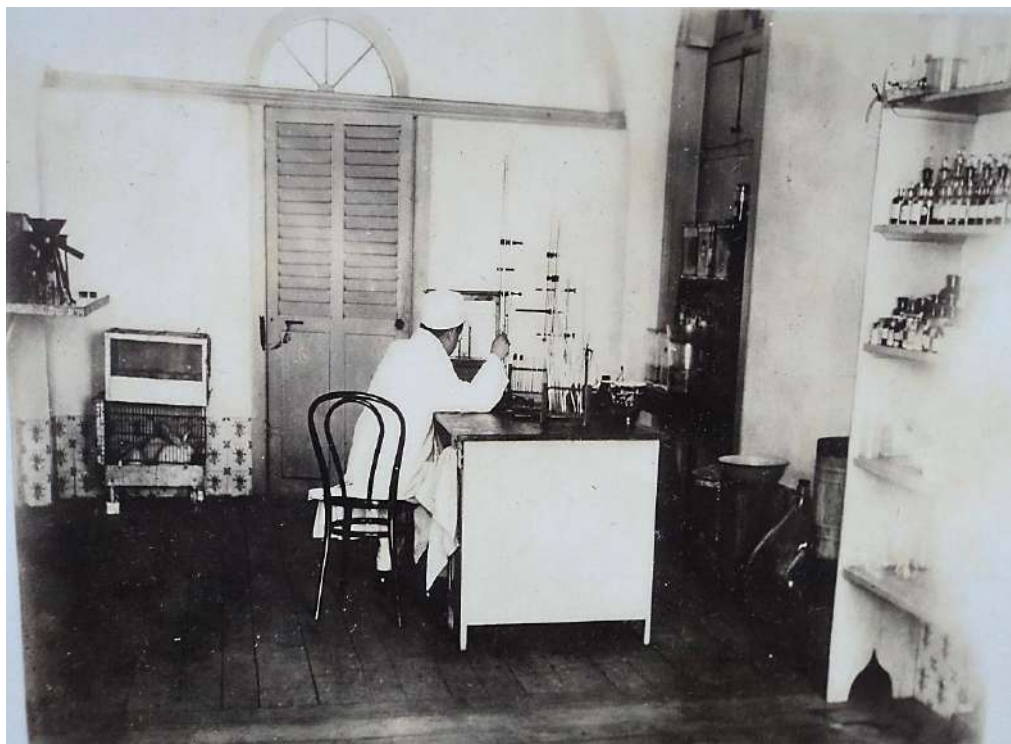
Relatório produzido por Miranda (1923a) traz algumas imagens da seção de bacteriologia. A primeira que retrata o laboratório é a mais representativa do conjunto estampado no relatório. Cassio Miranda está à frente de sua mesa, com um olhar contemplativo, tendo à sua frente o retrato do consagrado herói da saúde pública, Oswaldo Cruz. O diretor da filial aparece soberano nessa imagem pela posição em primeiro plano em relação ao seu subordinado, provavelmente o escriturário ou servente.<sup>225</sup> Identifica-se na cena montada um microscópio próximo à janela, porque ali existe mais claridade para as observações.

<sup>225</sup> Postulei se tratar de um servente, pois o funcionário aparece em outra imagem, atuando no espaço destinado à acomodação dos animais utilizados para a cultura vacínica contra a varíola.



**Fotografia 39. Cassio Miranda no laboratório de Bacteriologia da filial do IOC**  
Fonte: MIRANDA, 1923a, p.31

Em outra imagem vê-se o médico Luiz Vianna em atividade no laboratório. Revela bem a simplicidade da seção notada anteriormente pelos religiosos que a visitaram em 1922.



**Fotografia 40. Laboratório de Bacteriologia** (Legenda original)  
Fonte: MIRANDA, 1923a, p.33

#### **5.4.2 Instituto Vacinogênico**

Inaugurada em 5 de fevereiro de 1920, esta seção tinha por objetivo principal produzir a vacina contra a varíola e, posteriormente, diversificar a produção de soros e vacinas para outras doenças, em conformidade com as demandas da região. Até então o fornecimento desses produtos biológicos fora realizado pelo IOC por solicitação do governo local, numa relação que o diretor do SSMA, dr. Bento Urbano Costa (1918, p.19-26), elogiou muito dado o zelo da instituição carioca. Os estoques de vacinas eram constantemente renovados pelo IOC, e o serviço de vacinação antivariólica em São Luís era mantido através de um posto na sede do SSMA e por eventuais diligências junto à população. Porém, Costa reconhecia que a importação da vacina oferecia desvantagens, pois a longa viagem do Rio de Janeiro ao Maranhão expunha o produto a altas temperaturas que comprometiam o seu efeito imunizador. A criação de um laboratório vacinogênico no estado evitaria esse transtorno e os estoques poderiam eventualmente socorrer estados vizinhos, como de fato ocorreu nos anos seguintes. No primeiro relatório da filial do IOC, Cassio Miranda faz cálculos sobre os possíveis lucros que poderiam

advir da venda de soros e vacinas, enxergando como potencial cliente o estado do Pará, que comprava esses produtos por preços elevados na Suíça.<sup>226</sup>

Seguindo a prática adotada pela matriz desde 1908, Miranda (1920, p.3) fez uma série de cálculos sobre os lucros que a filial poderia obter com a comercialização dos produtos por ela fabricados. Nos três primeiros meses de 1920 produziu 1.350 tubos de vacina antivariólica que rendiam 4.050 doses (três doses por tubo). Caso cada dose fosse vendida por 300 reis, a instituição auferiria 1.215\$000. Caso o a filial mantivesse a produção de 800 tubos de vacina por mês, as vendas renderiam 2.800\$000 para os seus cofres. Em um ano teria 34.560\$000, resultado bastante promissor.

Abatendo as despesas com alimentação dos bezerros usados na fabricação da antivariólica, o ordenado dos médicos, a compra de materiais diversos, Miranda chegou a 26.560\$000, valor quase equivalente ao da verba que a União destinava à manutenção anual da filial (30.000\$000). Esse era o lucro de apenas uma seção da filial, recém montada. Para Miranda, tratava-se de um negócio vantajoso a ser desenvolvido, em um mercado sem concorrentes. Em 1922, a filial já abastecia de vacina antivariólica além do Maranhão, o Serviço de Profilaxia Rural do Pará, o Piauí, o Rio Grande do Norte e o Ceará, mas no relatório de Miranda (1923a), apesar de todas as suas conjecturas sobre a comercialização de produtos biológicos, consta a informação de que o fornecimento foi gratuito.<sup>227</sup> Os cálculos de Miranda refletem a influência de uma conjuntura em que as rotinas laboratoriais em diversas partes do Brasil tornavam-se mais comuns e os produtos biológicos passavam a ser fabricados em escala industrial, em instituições como o IOC, Butantan e, posteriormente, Instituto Vital Brasil, sem falar na disseminação de laboratórios privados que passaram a disputar esse mercado. Trata-se de uma época marcada pela mercantilização da ciência, como mostram Benchimol & Teixeira (1993) e Cavalcanti (2013).

As imagens a seguir mostram a simplicidade do lugar de produção das vacinas, incluindo o espaço para a acomodação dos animais utilizados para produção do vírus vacínico. A austeridade dos ambientes contrasta com as pretensões financeiras de Miranda.

---

<sup>226</sup> De posse dessa informação, descrita, inclusive, no relatório do dr. Urbano da Costa (1918), na qual o dr. Miranda deve ter tido acesso, o bacteriologista pensou em oferecer os produtos da filial ao governo paraense.

<sup>227</sup> Fato importante a ser mencionado é que a seção foi responsável pela produção da vacina antipestosa em 1921, ano em que irrompeu uma epidemia de peste bubônica na cidade de São Bento, interior do Maranhão, e que chegou a atingir a capital, sobretudo, o bairro periférico Codozinho. Voltarei a este tema no próximo capítulo, no item 6.2.





**Fotografia 41. Laboratório de preparo de linfa**  
Fonte: MIRANDA, 1923a, p.7



**Fotografia 42. Baias (Legenda original)**  
Fonte: MIRANDA, 1923a, p.8

Com dois postos de profilaxia rural, um na capital e outro na Vila do Anil, o SPRMA deu os primeiros e mais importantes passos para fixar alicerces no estado. Ao entrar em funcionamento em 1919, a filial do IOC daria importante suporte às ações do Serviço federal que, depois disso, obteria outras conquistas, como a inauguração do novo Pavilhão de Isolamento no Lira (ainda em 1919) e do Hospital Central da Profilaxia Rural (1921), conquistas pequenas em relação à magnitude dos problemas sanitários do estado. Ainda assim, o Serviço expandiu-se, alcançando regiões antes nunca citadas em documentos ligados à saúde. Apesar disso, os médicos que atuavam nessas frentes começaram a perceber que a realidade era muito mais complexa, pois existiam doenças difíceis de combater com os meios técnicos disponíveis à época e sem o devido apoio político-financeiro.

## CAPÍTULO 6. PELO SANEAMENTO DO MARANHÃO: A EXPANSÃO DO SERVIÇO DE PROFILAXIA RURAL PELOS SERTÕES DO ESTADO (1920-1930)

O Maranhão, infelizmente não é como costumamos dizer, simplesmente, a Atenas Brasileira. É mais alguma coisa para a desgraça do país e estigma para nossos governantes: é sala mais dolorosa do que se convencionou chamar “vasto hospital” e onde erram, em promiscuidade, leprosos empestados, vítimas de tifo e da sífilis, do impaludismo e do beribéri, da ancilostomose e da necatoríose (NÃO HAVERÁ, 1921, p.1)

O trecho acima, retirado do jornal carioca *A Noite*, é o preâmbulo de uma extensa entrevista dada pelo médico maranhense Achilles Lisboa, fundador do Posto de Socorro Médico aos Ulcerados e que estava na capital federal para fazer estudos sobre a lepra. Há poucos meses havia encerrado suas atividades pelo interior do Maranhão, na função de Delegado Geral do Recenseamento do estado, e vira de perto a propagação da peste bubônica em algumas cidades do interior e na capital, além das doenças costumeiras. Sua entrevista foi uma ação para dar maior visibilidade a seu estado natal, ressaltando suas reais condições sanitárias em contraposição a visões idealizadas sobre símbolo forjado pelas elites locais para o Maranhão, a suposta “Atenas brasileira”.

Ganhavam então visibilidade, em nível nacional, regiões mais afastadas do perímetro urbano da capital federal, regiões que ousou chamar de “sertão do sertão”<sup>228</sup>, em completo estado de abandono e de proliferação de doenças. Tal visibilidade deveu-se a iniciativas de médicos e engenheiros comissionados para atuar no interior do estado, e que de lá trouxeram impressões nada lisonjeiras para o recém-instalado Serviço de Profilaxia Rural do Maranhão (SPRMA).

Passada a fase de instalação, o Serviço federal entrou em uma nova etapa caracterizada pela instalação de postos pelo interior do estado e pela consolidação de sua estrutura na capital, onde foi equipado um Hospital Central. Houve concomitantemente uma mudança na administração do SPRMA: em 1920 seu diretor, dr. Almeida Magalhães, foi chamado por Carlos Chagas para trabalhar no recém-criado Departamento Nacional de Saúde

---

<sup>228</sup> Levando em consideração que regiões são construções sociais e não são definidas, tão somente, pelos seus aspectos naturais, o interior do Maranhão era sertão para os ludovicenses, assim como o estado como um todo era um sertão para a elite médica e política do sudeste do país, que também olhava para o estado como pertencente ao longínquo norte do Brasil. Do mesmo modo regiões mais afastadas do perímetro urbano de São Luís também poderiam ser reconhecidas como sertão, sob o signo das ideias de abandono e doença.



Pública (DNSP).<sup>229</sup> A chefia do SPRMA passou então ao dr. Costa Rodrigues que, em janeiro de 1921, também foi chamado para compor o quadro de funcionários do DNSP. Cassio Miranda assumiu então, interinamente, a direção do SPRMA em 10 de janeiro de 1921, acumulando esta função com a de diretor da filial do IOC. Porém, por força da imprevista notificação de peste bubônica no estado, naquele mesmo mês, Miranda devolveu o cargo a Costa Rodrigues, que solicitou a Carlos Chagas seu retorno ao Maranhão para liderar além do SPRMA e o Serviço Sanitário do Maranhão, o recém instituído Serviço Federal de Combate à peste no estado.

### **6.1 Da capital para o sertão**

A primeira incursão do SPRMA para além da Ilha de São Luís ocorreu em setembro de 1919. A direção da Estrada de Ferro São Luís-Caxias,<sup>230</sup> via Ministério da Viação, solicitou ao Serviço assistência médica para os trabalhadores da via férrea em construção, em sua maioria indivíduos refugiados das secas do nordeste, em ampla disponibilidade na região. Os repetidos casos de malária atrapalhavam o andamento das obras. Os médicos Costa Rodrigues e Olavo Rebelo foram à cidade de Cantanhede, a cerca de 150 km de São Luís, e distante 22km da “ponta” da linha férrea que estava sendo prolongada. Consternado, Almeida Magalhães (1920) narrou as imensas dificuldades enfrentadas por eles no posto de atendimento que montaram, como a ausência de conforto e exposição a doenças durante o mês em que residiram numa estação de trem ainda não inaugurada. Aliás, o tom pesaroso e a narrativa de dificuldades ao adentrar os sertões do Maranhão caracteriza os relatos de todos os médicos que participaram dessa empreitada. Há que se considerar que essas constantes reclamações sobre o Maranhão e a centralidade dos discursos nas práticas executadas pelos médicos revelam uma falta de empatia com o outro - a população desassistida, além do estranhamento do novo ambiente de trabalho desses profissionais, acostumados com as facilidades da vida nas cidades. As

---

<sup>229</sup> O departamento foi instituído através do decreto n. 14.354, de 15 de agosto de 1920 e era um dos resultados das sucessivas intervenções federais nos estados, após o início do movimento pelo saneamento rural, além de ser uma solução para maior centralização das ações sanitárias em andamento no país. O DNSP trazia para o centro do debate as ações de combate às doenças venéreas, a lepra e a tuberculose, especificando aparatos de controle mais amplos para a saúde pública. O departamento almejava se fazer presente nos estados, por exemplo, através das ações do serviço de profilaxia rural com iniciativas voltadas ao combate das principais endemias rurais como a ancilostomose e a malária (BRASIL, 1919). O primeiro diretor do DNSP foi Carlos Chagas e, em 1921, o dr. Almeida Magalhães foi indicado para o cargo de Secretário Geral da Saúde Pública.

<sup>230</sup> Por não estar com o trecho completo inaugurado, a Estrada de Ferro São Luís -Teresina (EFSLT), nessa época era conhecida como Estrada de Ferro São Luís – Caxias.

dificuldades para atuarem nos sertões, certamente, é utilizada para valorizar ainda mais a atuação ‘humanitária’ desses médicos.

Quem melhor descreve as dificuldades enfrentadas em Cantanhede – localidade mais próxima da “ponta” de linha, e nos dá um quadro mais consistente sobre a região é o médico maranhense Otto Galvão (1920), que foi nomeado chefe do Serviço de Profilaxia da Estrada de Ferro São Luís-Caxias, assumindo ele a direção do posto lá estabelecido em 13 de outubro daquele ano. Em relatório ao diretor do SPRMA, descreveu as dificuldades enfrentadas por funcionários “mal alimentados e mal pagos” para atender os trabalhadores da via férrea. Eram só um médico (ele próprio), um farmacêutico que atuava como microscopista e um escriturário para registrar centenas de atendimentos, deslocando-se, a maior parte das vezes, do posto de Cantanhede até o local onde eram assentados os trilhos da via férrea.

Segundo Otto Galvão (1920), Cantanhede possuía condições sanitárias razoáveis apesar de ter encontrado lá alguns casos de malária, sífilis e blenorragia. Porém, o povoado de Lagem Grande causou-lhe enorme espanto, pois a totalidade dos moradores padecia de malária, sífilis, blenorragia, alcoolismo e outras doenças. Foi iniciado o tratamento dos infectados por malária através da quininação em combinação com uma campanha de combate à “ignorância pessoal” para explicar os meios profiláticos para evitar as doenças lá reinantes. Um esforço que parece não ter dado muitos resultados devido à constante renovação dos trabalhadores expostos às doenças.

Galvão (1920) refere-se às condições aviltantes em que viviam os trabalhadores da via férrea alojados em palhoças às margens da via em construção. Debilitados pela malária, por verminoses e pela má nutrição, trabalhavam sob sol ou chuva. Mas a principal queixa de Galvão era ter ele e seus auxiliares de prestarem assistência àquela população também sob sol ou chuva, deslocando-se de madrugada até a “ponta de linha” cada vez mais afastada do posto de Cantanhede à medida que as obras avançavam rumo a Caxias. Em paralelo aos trabalhos do SPRMA em Cantanhede foi montado outro posto de atendimento sob a direção de Galvão na cidade de Rosário, por onde passava também a linha férrea. Esse posto possuía enfermaria para doentes necessitados de cuidados diários e que não tinham familiares em condições de provê-los.

Esse tipo de demanda do Ministério da Viação, para otimizar o trabalho na ferrovia em construção, corresponde às motivações já assinaladas no capítulo anterior, na qual foi citado que médicos e cientistas nos anos 1910 viajaram para o interior para desempenhar papéis visando a integração nacional (LIMA, 2013, p.107). Participando de projetos mais ou menos audaciosos, deram suporte médico e científico a ferrovias, linhas telegráficas e hidrelétricas e

obras que assentavam a infraestrutura da expansão da economia do capitalismo e da expansão política do Estado nacional. Guardadas as devidas proporções, os registros de Otto Galvão lembram a atuação de Oswaldo Cruz e Belisário Pena na Estrada de Ferro Madeira-Mamoré ou a de Carlos Chagas no prolongamento dos trilhos da Estrada de Ferro Central do Brasil (BENCHIMOL, 1990a, p.52; FUNDAÇÃO, 1991, p.113-115).

A Estrada de Ferro São Luís-Teresina (EFSLT) era almejada desde a última década do século XIX mas só em março de 1921 foi aberto um trajeto mais completo, faltando o trecho sobre uma ponte que ligaria o continente à ilha de São Luís, atravessando o Estreito dos Mosquitos (FERNANDES, 2003, p.103). A ferrovia ligava São Luís ao vale do rio Itapecuru, passava por Rosário e Cantanhede e alcançava as cidades de Caxias, Codó, Timon e adjacências, na fronteira com o vizinho estado do Piauí. A região servida pela ferrovia, genericamente conhecida como “sertão maranhense”, viera sendo povoada desde o século XVIII e só era acessível pelo rio Itapecuru; de seus portos adentrava-se o sertão à cavalo, por longas distâncias. A ferrovia foi fruto da necessidade de escoar a produção agrícola da região até o porto de São Luís, mas só veio a se concretizar após a “época de ouro” do sistema agroexportador maranhense, caracterizado pelo cultivo do arroz e algodão. Nas primeiras décadas do século XX cumpriu importante papel no transporte do babaçu para o mercado externo, e do algodão para o mercado ludovicense que requeria matéria-prima para suas indústrias têxteis. Estas por sua vez remetiam sua produção para o interior através da estrada de ferro. Além disso, ela permitiu a circulação de passageiros entre os principais polos urbanos do Maranhão: São Luís e Caxias<sup>231</sup> (FERREIRA, 1927; NEVES, 2012).

Passageiros foram também os médicos do SPRMA e da filial do IOC. Encontram-se pedidos de livre acesso aos trens dessa ferrovia, sobretudo para Cassio Miranda e seus pertences (material laboratorial, animais e bagagens) após 1921, pedidos enviados por Carlos Chagas ao ministro da Justiça e Negócios Interiores. Isso não significa que o curso do rio Itapecuru, principal ligação da capital com o sertão, fosse desprezado por essas expedições. O acesso a determinadas localidades ainda era pelo rio e seus afluentes até pequenos portos, continuando-se a viagem a partir daí em montarias. O médico Heitor Pinto, diretor do Posto do Serviço de Profilaxia Rural de Caxias, descreveu em 1923 diversas expedições penosas que fez à cavalo a vilas e povoados da região. O médico Otto Galvão nem se beneficiou da ferrovia, ainda em construção, quando foi comissionado até Cantanhede.

---

<sup>231</sup> Até 1970 Caxias era reconhecida por ser a mais populosa e importante economicamente cidade do Maranhão, quando perdeu para a cidade de Imperatriz, que desenvolvia a cultura da soja.

Data de 9 de outubro de 1919 outra investida do SPRMA para além da Ilha de São Luís. Nesta data foi inaugurado o posto de Profilaxia Rural na cidade de Alcântara, distante cerca de 20 km atravessando-se a Baía de São Marcos. Segundo o *Pacotilha*, o posto foi alojado num sobrado da praça Luís Domingues n.2, e teve como diretor o médico Vieira Azevedo, e sob ordens atuavam um microscopista, dois guardas e um escriturário. Além de oferecer tratamento para malária e uncinariose (ancilostomose), o posto iniciou um trabalho de recenseamento de leprosos e de combate às úlceras que comprometiam a saúde de homens e mulheres que “bons serviços poderiam prestar, não só à lavoura, mas em outros ramos da vida, uma vez curados” (A PROFILAXIA, 1919, p.4).<sup>232</sup> Outro alvo do SPRMA foi a cidade de Guimarães, distante cerca de 200 km de São Luís pela via mais curta, a travessia da Baía de São Marcos. Desde dezembro de 1919 estava prevista a instalação de um posto lá, mas a falta de mobiliários e as dificuldades de condução até a cidade atrasaram o início das atividades até meados de janeiro de 1920 (MAGALHÃES, 1920).

Além de criar postos, o SPRMA passou a atender às solicitações de médicos ou prefeitos do interior para inspecionar locais ou doentes suspeitos. Em outubro de 1920 uma comissão formada pelos médicos Costa Rodrigues, recém-chegado de Cantanhede, e Olavo Rebelo, foi investigar casos de gripe e malária em Cajapió. Um mês depois Magalhães e o dr. Costa Rodrigues deslocaram-se até a cidade de São Bento, a cerca de 150 km de São Luís para verificar casos suspeitos de peste bubônica. Essa notícia provocou certa agitação em São Luís, apesar de os diretores do SPRMA descartarem a presença da temida doença naquela localidade.<sup>233</sup>

Em dezembro daquele ano, atendendo a uma solicitação do governador Urbano Santos, uma comissão formada pelos médicos Otto Galvão e Frederico Machado foi enviada a Tutóia, cidade situada a 322 km de São Luís, por via náutica. Foi o lugar mais remoto atingido pelo SPRMA e lá foram investigados casos de “febres de mau caráter” denunciados pelo prefeito. Descartando a presença da peste, os dois médicos atenderam indivíduos que sofriam de malária, identificada como terçã benigna, nos distritos de Almas e Bom Gosto e em suas adjacências (MAGALHÃES, 1920).

Ao final do ano de 1919, o SPRMA já atuava em pontos afastados do perímetro urbano de São Luís, como o Codozinho e Baixinha.<sup>234</sup> E em lugares mais distantes como a Vila

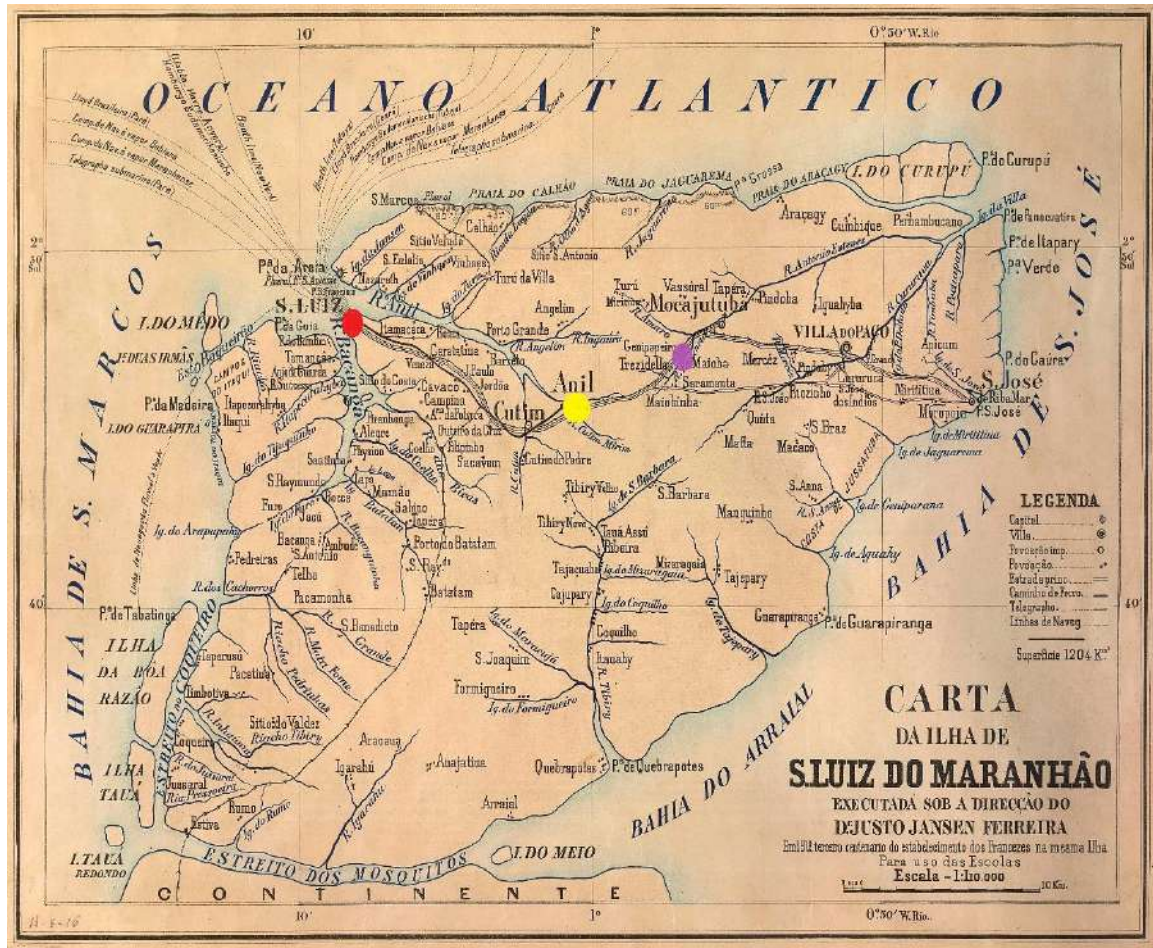
---

<sup>232</sup> Almeida Magalhães (1920) refere-se a inauguração desse posto, mas que não deu maiores detalhes sobre seu funcionamento, duração, número de atendimentos, etc.

<sup>233</sup> Retornarei a este assunto, no item 6.2, pois a peste será alvo de várias investidas do SPRMA, na capital e interior do Maranhão ao longo do ano de 1921.

<sup>234</sup> Ver localização desses bairros no Mapa 2. C.f. p.279.

do Anil<sup>235</sup> e suas adjacências, onde, como dissemos, foi instalado um posto de profilaxia rural. No mapa a seguir indico a localização da Vila do Anil (ponto amarelo) em relação ao centro urbano de São Luís e identifico, com um ponto lilás, a localização do primeiro posto da Fundação Rockefeller no Maranhão, instalado em julho de 1920.<sup>236</sup>



Mapa 3. Carta da Ilha de São Luís do Maranhão (Legenda original)

Fonte: FERREIRA, 1912b.

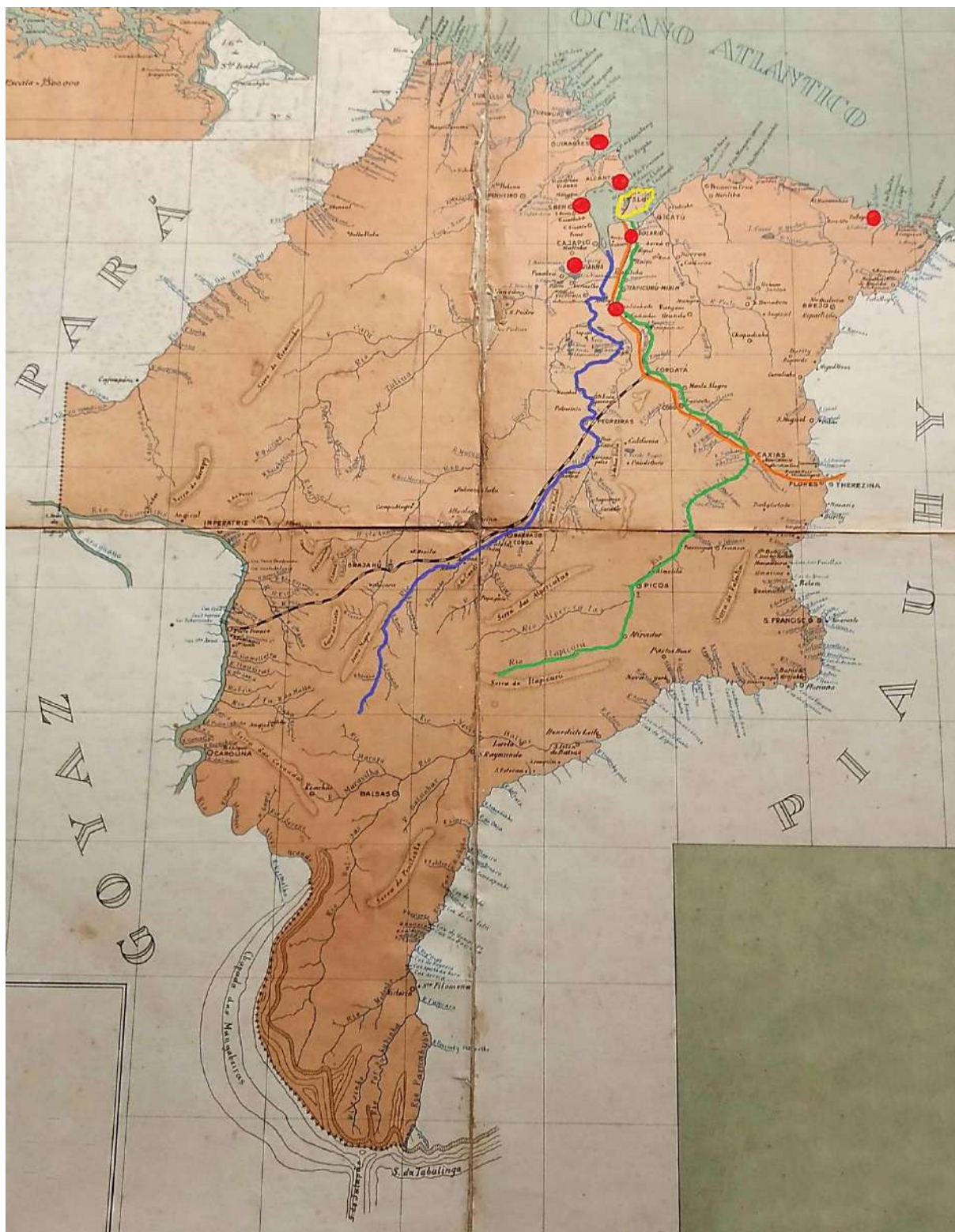
Enquanto se dava a instalação dos serviços de profilaxia nos sertões da capital, localidades do interior do estado, como disse, eram tocadas pelo serviço através de postos de atendimento ou por diligências médicas exploratórias. As viagens ocorriam pelos principais rios da região, especialmente o Mearim e o Itapecuru. Eram viagens demoradas, caras, em barcos a vapor, sob os caprichos da natureza, seguindo cursos de rios quase intrafegáveis e assoreados em determinadas épocas do ano (DIAS, 1922, p.50). Muitas vezes a cidade alvo era

<sup>235</sup> Ponto destacado em amarelo no Mapa 2.

<sup>236</sup> Sobre a presença da Fundação Rockefeller no estado ver item 6.6.

próxima às margens do rio e os médicos e guardas sanitários tinham que realizar parte da viagem em cavalos ou em carros de tração animal. No mapa a seguir, de autoria do engenheiro da Secretaria de Estado do Interior, José Abranches Moura, inseri pontos vermelhos para demonstrar os locais tocados pelo SPRMA nessa fase inicial. A ilha de São Luís foi assinalada com a cor amarela. Perceba o leitor que as atividades do Serviço ainda estão próximas à capital. Demarquei os cursos dos rios Mearim e Itapecuru em azul e verde, respectivamente, para que tenha ideia da extensão dessas vias principais de comunicação do centro e o sul do Maranhão com a ilha de São Luís. Marquei com a cor laranja a extensão da EFSLT acompanhando o curso do rio Itapecuru em muitos trechos. Com o passar dos anos, postos foram fundados em lugares cada vez mais distantes da capital, fazendo-se incursões médicas nas redondezas desses postos. As expedições já seriam feitas muitas vezes em automóveis, e chegaria a ser implementado um modelo de assistência chamado “posto itinerante”, na fase final do Serviço no Maranhão.





**Mapa 4. Estado do Maranhão – Carta organizada na Secretaria de Estado do Interior (Legenda original)**  
 Fonte: MOURA, 1925.

Aos poucos o interior do Maranhão estava sendo “revelado”. Uma importante investida exploratória pelo interior do estado ocorreu em 1920, a pedido do governador Urbano Santos, via Secretaria de Interior do Estado. Foi criada uma comissão de estudos do sertão

composta por Raimundo Lopes da Cunha, professor de história e geografia do Liceu Maranhense, por Filogônio Lisboa, médico do SPRMA, e por um engenheiro químico, Antônio Dias, chefe da comissão. Saíram de São Luís em 7 de agosto de 1920 e retornaram em 27 de janeiro de 1921. Visitaram diversas cidades: Pedreiras, Coroatá, Barra do Corda, Grajaú, Imperatriz, Loreto, Pastos Bons, Porto Franco, Picos e vários povoados rurais no entorno dessas localidades. A comissão percorreu o chamado “alto sertão”, assim chamado pela distância da capital, enviando relatos ao jornal *Pacotilha*, que publicou também algumas fotos, dando assim inédita visibilidade a territórios desabitados e esquecidos pelas autoridades desde épocas remotas. A viagem resultou na publicação em 1922 de um livro/relatório dedicado ao governador Urbano Santos, com o título *O Sertão Maranhense, esboço geológico, physiographico e social*, assinado pelo engenheiro chefe da expedição. Na seção intitulada “geografia humana” encontram-se importantes informações sobre os moradores do sertão maranhense e sobre as doenças de que padeciam:

O homem ribeirinho dos vales dos grandes rios maranhenses é um palúdico, raquítico e avesso ao progresso. As palhoças que, desde o Arari até Barra do Corda beiram as margens do Mearim estão ali intactas, como há mais de 65 anos encontrou o Visconde de St. Amaud. Raro um pequeno núcleo ativo. No geral, são casebres esparsos de nomes toscos, em ruínas, pequenas roças mal amanhadas. O casco em que navega o caboclo, amarrado a uma árvore no porto, é a miséria (DIAS, 1922, p.50).

O chefe da expedição, Antônio Dias, descreve o sertão como um caos sanitário, e o homem sertanejo, como “incapaz” de gerir sua própria vida e por isso carente da tutela do Estado:

Ao contemplar um desses tipos depara-se nos um degenerado, um incapaz, um cúmulo de taras, raça que se degrada na luta tremenda contra o impaludismo [...] Pesa-lhes a incapacidade orgânica, junto à miséria endêmica e, entretanto, seria fácil dar-se-lhes nova vida, criando pequenos núcleos agrícolas, associando essa população espalhada lutando impotente contra a natureza bruta que a domina [...]. Falta-lhe sobretudo uma diretriz, uma fiscalização diretiva do poder central. Entregues aos seus próprios esforços, nada farão e continuarão ainda durante largos anos nessa luta inglória e nessa decomposição lenta. Sem comunicação, sem instrução, tendo apenas uma vaga noção do progresso vivem ao Deus dará. Não possuindo riquezas minerais, não atrairão de chofre a imigração. Região pobre de grandes tratos estéreis, que só permite a criação de gado, o sertão vegetará, se novo sopro de vida não será inculido. Os grandes rios navegáveis tornam-se imprestáveis graças à incúria, à incapacidade de direção. O sertão não é o El Dourado, é um vasto campo de luta que o homem tem de dominar adaptando-se (DIAS, 1922, p.50-51;59).

Seguindo em direção ao sul do estado, mais distante do litoral e da “civilização”, portanto, a situação era ainda mais desanimadora e o engenheiro não hesitou em atribuir o atraso social à “indolência natural” dos habitantes:



Prosseguindo-se de Grajaú para Imperatriz o sertão se revela. É uma região de população disseminada em extremo de miséria acabrunhadora. Uma falta de tudo. A indolência sob todas as suas formas e modalidades. Não tendo como o cearense de lutar contra a natureza rebelde e avassaladora, ao contrário, vivendo numa região pródiga, possuindo o campo, a chapada e o mato que lhe fornecem uma alimentação abundante, entrega-se o sertanejo [o maranhense] à indolência. Não há necessidade de trabalhar, pois não tem ambição, nem foi educado para tal fim (DIAS, 1922, p.53).

Nos anos seguintes, com apoio de Urbano Santos, o SPRMA prossegue a expansão pelo interior do Maranhão, mas os trabalhos que se mostrou capaz de realizar parecerão uma gota d'água num oceano de problemas sanitários. Mesmo assim, houve por certo tempo otimismo com relação às perspectivas do Serviço, como mostra essa proclamação retórica do médico Justo Jansen Ferreira (1921, p.4):

O serviço de saneamento do Maranhão instalado nesta capital, estenderá a sua influência benéfica até os mais longitudinais pontos por meio de postos médicos. Assim como o magistrado conduz a lei aos mais remotos lugares, o sacerdote, a religião; o professor, o ensino; ao médico compete ir de cidade e cidade, de vila em vila, e de povoado em povoado espalhando a educação higiênica, fazendo alvorecer no espírito de cada habitante a certeza de que poderá prolongar a vida, emancipar-se das causas que a deprimem mediante os preceitos da moderna profilaxia e terapia. Só assim o Brasil terá um povo apto ao trabalho. Livre dos germens que lhe destroem o organismo deixará o sertanejo em evidenciar, com toda a exuberância, a robustez física e com esta o soerguimento das qualidades morais e intelectuais.

Porém, uma contingência freou a marcha dos serviços em direção ao sertão; uma das mais antigas doenças da história da humanidade reapareceu no estado em 1921, depois de ter sido alvo de intervenções federais nos anos de 1903-1904 e 1908-1909. Porém, sua marcha agora foi diferente porque ao invés de desembarcar no porto da capital, chegou a ela vindo do interior.

## **6.2 Peste bubônica no Maranhão: do sertão para a capital (1921-1922)**

Após os médicos Almeida Magalhães e Costa Rodrigues desmentirem publicamente os boatos de peste bubônica em São Bento, as notícias a esse respeito diminuíram sensivelmente ao longo do ano de 1920.<sup>237</sup> Mas no cenário nacional, especialmente no nordeste,

---

<sup>237</sup> Almeida Magalhães publicou uma ampla nota no jornal *Pacotilha* sobre sua atuação e de Costa Rodrigues na cidade de São Bento e como chegaram à conclusão da inexistência da peste por lá. Descreveu detalhadamente os sintomas clínicos de quatro casos suspeitos e a submissão destes aos exames microscópicos, não verificando a presença de bacilos de *Yersin* nos esfregaços coletados, e as cobaias inoculadas com material ganglionar dos

em agosto desse ano, foi oficialmente decretada a presença da peste em Pernambuco e no Ceará, e os periódicos maranhenses começaram a relatar casos suspeitos também no Rio Grande do Norte e Alagoas. Em 22 de agosto foram organizadas comissões do Serviço Federal de Combate à Peste nesses estados. Dois anos depois, por não retroceder a doença na região, persistindo os surtos isolados, a Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural passou a desenvolver trabalhos específicos de combate à peste em uma área que abrangia Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco e Alagoas, tornando fato consumado a responsabilidade federal pelo combate às epidemias (HOCHMAN, 2012, p.175).

Decio Parreiras, à época diretor de Saúde Pública em Pernambuco e Chefe do Serviço de Febre Amarela do Departamento de Saúde Pública do Rio de Janeiro realizou em 1928 importante estudo sobre a peste bubônica no nordeste. Publicaria dois artigos sobre o tema: *Notas e estudos sobre a peste no nordeste do Brasil, problema nacional* (1935) e *A peste no nordeste brasileiro* (1936). Parreiras analisou a epidemiologia da peste no nordeste identificou as regiões que mais sofreram com a doença na primeira metade do século XX, denunciando o fato de que não ganhou visibilidade proporcional aos estragos que causou aí por ter se manifestado em áreas pobres, negligenciadas, predominantemente rurais e distantes do eixo político decisório do país à época.

Segundo o médico fluminense, a peste no nordeste do Brasil remontava ao ano de 1879, quando teriam sido observados casos em Fortaleza.<sup>238</sup> A doença ter-se-ia tornado então endêmica num território de cerca de 1.280.000 km<sup>2</sup>, abrangendo Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e norte da Bahia (PARREIRAS, 1936, p.70-71). Afinado com as bandeiras do movimento pelo saneamento rural, Parreiras considerava a peste bubônica um problema secular que demandava soluções conjuntas, uniformemente dirigidas e de âmbito federal, pois a endemicidade da doença ameaçava as capitais estaduais e mesmo o Distrito Federal, manifestando em forma de surtos isolados e difíceis de controlar.

Quando foi declarada oficialmente a presença peste no interior do Maranhão, em 1921, já havia casos confirmados no Ceará, em localidades como Lavras, Aurora, Iquatiá e Cedro. Em 1924 a cidade de Jardim, no interior daquele estado, registrou assustadores 80 casos.

---

doentes não apresentaram sintomas da doença. Até relatou, anedoticamente, que uma mulher dita enferma recebeu-os sorridente à beira de sua choupana e estava admirada por sua moléstia estar à “boca do mundo”. Fez, também, considerações sobre como teria chegado àquelas terras a doença descartada, e argumentou que não seria possível a peste aportar em São Bento porque não existiam comercializações diretas da localidade com o porto de Fortaleza, via rio Mearim, que havia registrando casos suspeitos da doença (A PESTE, 1919, p.1). Estranhamente Almeida Magalhães não cogitou que a peste poderia acompanhar pessoas que chegavam por via terrestre, nas levas de refugiados das secas do nordeste.

<sup>238</sup> Muito antes, portanto, da entrada oficial da doença pelo porto de Santos em 1899. C.f. nota 95, p.115.

Drama semelhante irrompeu em Pernambuco, em 1922, nas cidades de Bonito, Flores, Ouricuri, Brodocó e na capital, Recife (PARREIRAS, 1936, p.430-431). Entre os anos de 1921 e 1922 houve surtos de peste no interior da Bahia, especialmente no municípios de Serrinha, Feira de Santana, Camisão e Castro Alves, exigindo o envio de comissões médicas federais e estaduais para socorrer as vítimas e impedir a propagação da doença. A relevância do combate aí se devia ao fato de a região estar ligada à capital do estado por ferrovia e de ser um importante polo comercial (CASTRO SANTOS, 2004, p.281).

No início de 1921 começaram a circular nos periódicos do Maranhão fortes boatos sobre a presença de pestosos na cidade de São Bento. Atendendo à solicitação do médico do posto de Profilaxia de Viana, dr. Vieira Azevedo, Cassio Miranda, então chefe interino do SPRMA, seguiu para aquele município munido de alguns equipamentos laboratoriais e lá permaneceu por 18 dias. Os exames clínicos e bacteriológicos que fez comprovou a existência de cinco casos de peste, sendo um fatal, na localidade Santa Eulália.

No povoado de Oiteiro de Maria Justina, mais próximo do município vizinho, São Vicente Ferrer, Cassio Miranda confirmou 7 casos, dos quais 5 foram a óbito.<sup>239</sup> Em São Bento, o médico determinou a queima das casas dos pestosos e ordenou que pessoas, embarcações e gêneros provenientes das localidades infeccionadas, quando aportassem na capital, fossem submetidos à vistoria da higiene. Dias depois foi enviada a São Bento uma equipe para combater a doença por meio de desinfecções e do uso da vacina e soro antipestosos produzidos na filial do IOC do Maranhão. A equipe era composta por um médico (não identificado), enfermeiros e desinfetadores (A BUBÔNICA, 1921, p.1).

Como a peste chegou ao município de São Bento? Essa pergunta foi motivo de amplo debate nos jornais locais. Segundo o *Diário de S. Luiz*, um de seus funcionários, em licença, esteve naquelas bandas e testemunhou a agitação causada pela confirmação dos casos. Ao jornal essa testemunha teria afirmado que “um homem que a São Bento chegou, via sertão, trouxe a peste. E daí [surgiram] outros casos” (A BUBÔNICA, 1921, p.4). O *Pacotilha* usou esse dado acrescentando que o tal pestoso viera do sertão da Bahia, que a esta altura apresentava considerável número de casos, apesar de outras fontes afirmarem que a doença proviera do vizinho estado do Pará (A BUBÔNICA, 1921, p.4).

Na verdade, a real origem daquela epidemia nunca foi comprovada, mas nos periódicos e documentos oficiais sedimentou-se a ideia de que a peste viajou com os refugiados

---

<sup>239</sup> Miranda registrou os casos, apesar de não ter ido verificar pessoalmente por ausência de transporte até a localidade, e por avaliar que seu retorno à capital era a melhor decisão para estabelecer a logística de enfrentamento da peste

das secas do nordeste, que procuravam as regiões férteis do rios Mearim e Itapecuru para tentarem vida nova. Essa versão foi sustentada, inclusive, pelo dr. Filogônio Lisboa, médico do Serviço de Combate à Peste, que responsabilizava as condições higiênicas do interior do estado por agravarem a situação.<sup>240</sup> Mas afirmar que a peste veio por terra, via sertão, tira o foco das fragilidades da vigilância no porto de São Luís, local por onde tradicionalmente desembarcavam passageiros, mercadorias, ratos e pulgas infectados. Além disso, punha a culpa em um “outro”, no “vizinho”, o flagelado recém-chegado.

Em São Bento foi montado um hospital de isolamento e iniciando-se a desinfecção das casas. Na capital, diligências foram feitas para identificar os donos de embarcações que navegavam para São Bento e estendeu-se a vigilância a pessoas e mercadorias vindas de Cajapió, Alcântara e Viana. Mesmo com os procedimentos adotados em São Bento (desinfecções e vacinação), surgiram novos casos no povoado Oiteiro e duas mortes foram confirmadas. Enquanto isso, um clima de insegurança pairava em São Luís, sobretudo no bairro Comercial onde eram estocados e negociados gêneros provenientes dos vales do rios Mearim e Itapecuru. No *Pacotilha* ecoaram clamores para que Miranda, diretor interino do SPRMA, não se descuidasse do problema:

Dr. Cassio Miranda,  
Diretor do “Oswaldo Cruz”,  
Vê como aquilo anda,  
- Dr. Cassio Miranda, -  
Pelas Chagas de Jesus!

A moléstia é bem terrível,  
Pois consome tantos cobres  
Num só mês... (Parece incrível!)  
Ai que moléstia terrível,  
A moléstia desses pobres...  
(GUERRA JUNIOR, 1921, p.4)

O *Pacotilha* alimentou o clima de tensão ao noticiar que o tempo de incubação do bacilo de *Yersin* era muito curto, portanto não chegaria vivo, via sertão, a São Bento (PRATO, 1921, p.1). Em tom tétrico assegurou que a peste, personificação da morte, tinha desembarcado

---

<sup>240</sup> O médico Filogônio Lisboa produziu dois documentos importantes sobre a presença da peste no Maranhão à época. O primeiro foi um longo relato publicado no jornal *Pacotilha* (1.10.1921) intitulado *A peste: sua importação e propagação. Os focos de epizootia em São Luís. Os casos de peste no homem aqui observados. A opinião de um médico e um jornal [...]* e o livro intitulado *O Surto de Peste no Codozinho* (1922), que chegou a ser publicado na íntegra no periódico. Ao meu ver são registros relevantes, pois apresentam dados sobre a doença através da visão de um médico local, ciente das dificuldades de se combater a enfermidade na região, apesar de contar com um Serviço de Profilaxia Rural montado e de ser um contexto em que a identidade da doença já era bem estabelecida no meio médico. Na verdade, os escritos de Filogônio Lisboa denotam a sintonia de suas ideias à literatura médica em voga e, postura semelhante, também foi observada no médico Achilles Lisboa, seu contemporâneo, que ministrou palestras sobre a peste durante a epidemia em São Luís.

na capital ludovicense e transitado tranquilamente por suas ruas em portadores sem sintomas aparentes. “O traço da sinistra ficou e apenas nos é desconhecido!” – lê-se na matéria, que também enfatizava a abundância de ratos nas ruas do bairro Comercial, nas proximidades da Praça do Comércio, na Rampa de desembarque e do Tesouro Público, alertando, ainda, que a cidade não deveria esquecer que já estivera às voltas com duas severas epidemias alguns anos antes.

Casos suspeitos na cidade de Penalva, na segunda quinzena de fevereiro de 1921, motivaram a ida para lá do médico Djalma Marques, comissionado pelo SPRMA. No dia 16 ele desmentiu os boatos, mas dias depois confirmou a existência de pestosos em Penalva. Djalma Marques foi enviado em seguida para Viana para verificar 4 casos suspeitos. Enquanto isso, Cassio Miranda despachava os doutores Francisco Carvalho e Hamleto Godois para São Bento, pois novos casos tinham irrompido lá. Peste bubônica, sertão, boatos e médicos viajantes rendiam constantes notícias de primeira página nos jornais locais.

Quando os primeiros casos de peste foram confirmados em São Bento, foi solicitada ajuda ao DNSP que liberou um crédito de 20.000\$000 para os primeiros procedimentos. Costa Rodrigues, que estava no Rio de Janeiro, pediu a Carlos Chagas para voltar para o Maranhão. Solicitou, também, uma intervenção federal de combate à peste, subsidiado pelo art. 1.104, 2º parágrafo, do Regulamento do DNSP. Em abril de 1921 Costa Rodrigues assumiu a chefia do SPRMA, acumulando as funções de diretor do Serviço Sanitário e chefe do Serviço de Combate à Peste (MIRANDA, 1923b, p.117). Com isso, Cassio Miranda pôde se dedicar com mais afinco às atividades da filial do IOC, que produzia doses de soro e vacina para a campanha. Seu nome também aparece ligado a diligências em regiões distantes de São Luís, como na viagem que fez com Costa Rodrigues até São José de Ribamar, localidade que distava 35 km do centro urbano da capital, onde febres suspeitas foram noticiadas em setembro de 1921.

Durante os meses de maio e junho circularam notícias de que a peste estava em São Luís por causa da mortandade de ratos no bairro Comercial. Um rato autopsiado na filial do IOC acusou, de fato, o bacilo de *Yersin*, mas o primeiro caso humano só foi confirmado em 1 de julho daquele ano. Dias depois, mais dois casos foram diagnosticados através de exames laboratoriais (MIRANDA, 1923a, p.26). Todos eram de pessoas que residiam no bairro Comercial. Foi então iniciada uma campanha de vacinação lá, com severa vigilância da Higiene. Fizeram-se desinfecções com anozol, ácido fênico e o uso do aparelho *Clayton* nas áreas próximas ao armazém do Tesouro Público, naquele mesmo bairro.

Tais procedimentos enfrentaram muito mau humor dos negociantes, que dificultavam o acesso dos guardas sanitários ao interior de seus estabelecimentos e depósitos,

mesmo com denúncias sobre a sujeira desses espaços, transformados em viveiros de ratos (LISBOA, 1922, p.3). Segundo o dr. Parreiras (1936, p.70), a produção algodoeira no nordeste foi um fator importante para o desenvolvimento da população de *Murinae*. Grandes depósitos para estocagem, como os que existiam no bairro Comercial, e para beneficiamento do caroço do algodão eram moradias muito propícias a roedores. Fardos do produto em transporte levavam escondidos ratos e pulgas infectados por longas distâncias através de vias fluviais e ferroviárias. Essas circunstâncias formam uma explicação plausível para a infecção da capital ludovicense via interior do estado.

A defesa insistente do combate aos ratos, hospedeiros das pulgas, feita por Filogônio Lisboa, em seus escritos, e por Achilles Lisboa, em palestras, tem a ver com o processo já descrito neste estudo de construção da identidade da peste bubônica.<sup>241</sup> O conhecimento sobre a doença produzido por determinados atores sociais levava à adoção de mecanismos de controle da enfermidade que originavam novos arranjos sociais (SILVA, 2015). Em 1921, os processos ligados à transmissão da peste bubônica a humanos já eram relativamente bem conhecidos entre os médicos, mas era necessário explicar isso para o público leigo de forma didática, para conquistar sua adesão às medidas implementadas. Era necessário, também, convencer as autoridades políticas a viabilizar medidas de engenharia sanitária que impedisse a proliferação de ratos.

Em meio às desavenças entre as turmas de desinfecção e os proprietários de armazéns, às diligências dos médicos a regiões afastadas na Ilha de São Luís e aos boatos veiculados nos jornais, Achilles Lisboa preparou uma palestra sobre a peste bubônica com a finalidade de atingir os médicos e as elites da capital e principalmente o povo que teve acesso liberado ao salão do Casino Maranhense, local escolhido para a exposição sobre a doença, realizada em 9 de julho de 1921, às 20:00h (UMA PALESTRA, 1921a, p.1; DR. ACHILLES, 1921, p.3).

Explicou Achilles Lisboa que as medidas de combate instituídas pelo serviço federal não eram suficientes. Os moradores tinham de tomar providências profiláticas dentro de suas casas. Segundo o jornal *Pacotilha*, muitos habitantes de São Luís pareciam ignorar a gravidade da situação, apesar de terem sobrevivido às epidemias de 1904 e 1908, e ao clima de pânico que causara a fuga em massa de parte da população do núcleo urbano de São Luís na primeira epidemia. Outros não conheciam estes fatos, pois não residiam na capital à época. Em sua palestra Lisboa abordou aspectos históricos e mitológicos da peste, o papel dos precursores

---

<sup>241</sup> C.f. capítulo 3.

da bacteriologia, Yersin e Kitasato, os modos de transmissão da doença, as ações que os indivíduos e as coletividades deviam tomar. O foco da palestra era o papel dos ratos e pulgas no ciclo de transmissão ao homem. Para ser mais didático, Achilles Lisboa recorreu a um projetor para exibir ao público desenhos de roedores e pulgas (UMA PALESTRA, 1921b, p.1)

Infelizmente não há registro sobre a repercussão daquela iniciativa inédita. Mas sabe-se que, a pedido do bispo D. Helvécio, nova palestra foi apresentada pelo médico a senhoras no salão do Colégio Santa Tereza, na rua do Egito. As palestras ministradas por Lisboa marcam uma diferença em relação às formas de comunicação adotadas nas conjunturas epidêmicas anteriores. Godinho (1904, p.43-54) mandou distribuir folhetos com instruções contra a peste e Albuquerque (1908, p.3) veiculou pela imprensa seus *Conselhos ao Povo*. Achilles Lisboa buscou sensibilizar de forma mais pessoal e didática o público, agindo como educador sanitário, em consonância com a filosofia do movimento pelo saneamento rural. Suas recomendações contra à peste foram publicadas em outras edições de *Pacotilha* e *Diario de S. Luiz* e essa forma de comunicação com o público foi repetida em palestras sobre a malária e ancilostomose feitas no interior do Maranhão.

Ao investigar as iniciativas do dr. Achilles Lisboa, ao longo da epidemia de peste, percebo que suas motivações eram pessoais e não estavam subsidiadas pelo SPRMA ou alguma instituição. Isso não significa que estavam assentadas em um altruísmo, algo que questiono ao destacar as diferentes atuações de médicos ao longo dessa pesquisa. No caso do dr. Lisboa há que se considerar que, nos anos seguintes, o médico enveredou pela carreira política, fato observado por Nunes (2000) ao analisar como a carreira médica tornou-se, por volta da década de 30 do século XX, no Maranhão, uma “condição de possibilidade” para a ascensão até importantes cargos políticos. Achilles Lisboa talvez buscasse mais apoio para futura candidatura e é comum ver nos jornais de época, oposicionistas partidários do médico acusando-o de fazer propaganda pelo interior do Maranhão, medicando os pobres, inclusive, quando estava em missão como Delegado Geral do Recenseamento. Outro fato importante a ser mencionado é que, no final de 1922, Achilles Lisboa assumirá uma postura radical em relação ao SPRMA. Às suas denúncias sobre as péssimas condições de salubridade do estado serão somadas acusações sobre irregularidades do Serviço federal instituído.<sup>242</sup>

---

<sup>242</sup> Um guerra discursiva foi travada entre o médico e o dr. Clarindo Santiago, funcionário do SPRMA, em periódicos locais, fato considerado por este último como ressentimento do dr. Achilles Lisboa que almejava ocupar a vaga deixada por Costa Rodrigues na direção do serviço de profilaxia. O relato do dr. Achilles Lisboa é importante neste estudo, pois caracteriza os problemas internos do sistema, ainda que questões pessoais motivassem a guerra declarada. Voltarei a este assunto quando falar do desfecho da “era do Saneamento” do Maranhão, no item 6.7.

Os casos de peste continuavam aparecendo no bairro Comercial e adjacências, mas em número relativamente pequeno nesse início de epidemia (no final desta seção apresentarei dados mais completos a esse respeito). Quero chamar atenção para acontecimentos em curso no “sertão” da Ilha de São Luís, na região por trás do Cemitério Público e no limite com a baixada do Apicum, popularmente conhecida como Codozinho. A região, como vimos, foi “desbravada” pelo dr. Almeida Magalhães e sua equipe nos primórdios do SPRMA, em 1919, sobretudo com ações ligadas ao combate à ancilostomose e malária.

Quando surgiram os primeiros casos de peste no bairro Comercial, circularam boatos de que ratos mortos estavam aparecendo no bairro Codozinho. Ao reassumir o posto de chefe do SPRMA, Costa Rodrigues despachou uma equipe de desinfetadores para lá e assim os guardas sanitários encontraram os primeiros doentes. Não bastava o Codozinho ser considerado o “pior fosso de paludismo da capital”, nas palavras do dr. Almeida Magalhães (1920), estava agora às voltas com uma doença ainda mais grave que irrompia num lugar sob todos os aspectos carente. Chamou a atenção dos médicos o fato de ser o bairro relativamente isolado da região comercial, e distante das regiões interioranas que apresentavam casos de peste.

O registro mais detalhado sobre a peste no Codozinho foi produzido por Filogônio Lisboa, um dos médicos contratados pelo Serviço de Combate à Peste montado pelo SPRMA, a partir da solicitação de ajuda ao DNSP. Ao término da epidemia, em 1922, Lisboa publicou livro intitulado *O surto de peste no Codozinho*, na qual expunha as atividades lá desenvolvidas “sem divagações eruditas ou descritivas”.<sup>243</sup>

Aquele conjunto de 195 “casinholas” (habitações de palha) com chão de terra batida era suficientemente isolado para servir de experimento para ações de combate à peste em ambientes rurais. O Codozinho ficava em uma área sem atrativos comerciais e com uma população negligenciada, mas que se tornou relevante quando o SCP encontrou ali condições ideais para testar sua logística. A visão de Lisboa sobre os moradores reiterava o ponto de vista já exposto de Almeida Magalhães: era gente incapaz de gerenciar suas vidas e, por isso, necessitavam da tutela do estado.

Após a confirmação de casos de peste o futuro do bairro foi alvo de acaloradas discussões entre os médicos que estavam à frente das ações de saúde. Costa Rodrigues, Filogônio Lisboa e Sálvio Mendonça, responsáveis pelo SCP, cogitaram em queimar as casas e destruir o bairro. Da Sociedade Maranhense de Medicina adveio a sugestão de isolar a região, via cordão sanitário, impedindo a circulação dos moradores. As duas alternativas foram

---

<sup>243</sup> Este livro não foi localizado nos acervos de documentação consultados. Porém, foi publicado integralmente no jornal *Pacotilha* (LISBOA, 1922, p.3).



descartadas, pois a primeira agravaria a escassez de moradias populares que já era grave em São Luís, e a segunda tornaria impossível ao governo ou à União assegurar o abastecimento de víveres aos moradores confinados. A alternativa mais viável era extinguir o foco através de desinfecções sistemáticas e da vacinação em massa (LISBOA, 1922, p.3).

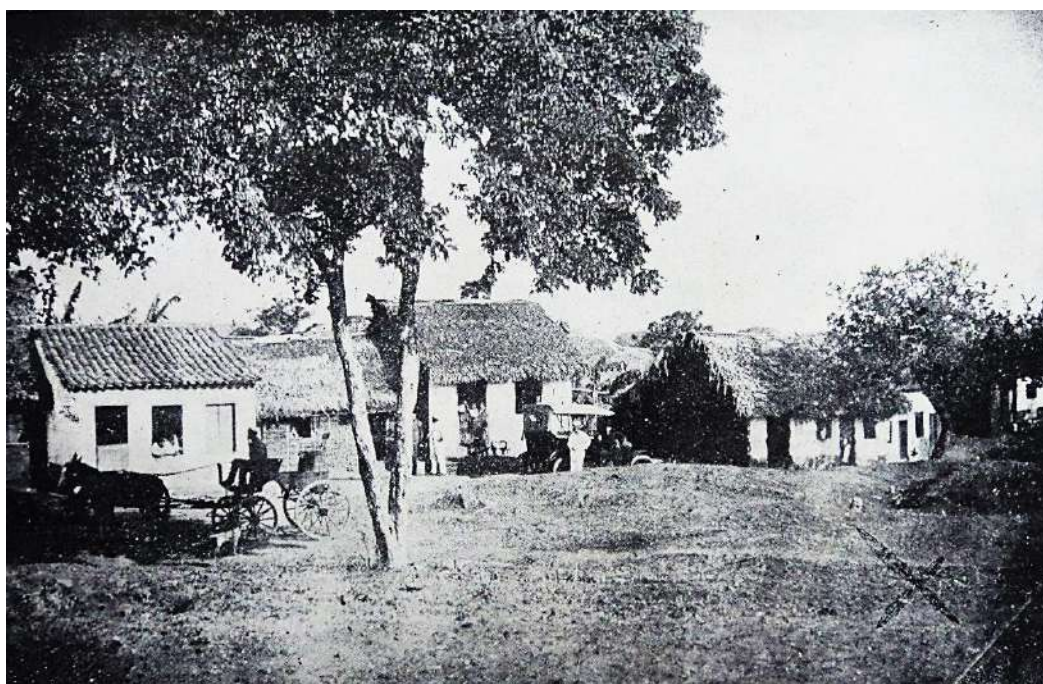
Sob a direção de Costa Rodrigues, a campanha contra à peste no Codozinho ficou à cargo dos médicos Filogônio Lisboa, responsável pelos serviços externos de verificação de casos e profilaxia, e Sálvio Mendonça, responsável pelo isolamento hospitalar. Quando se deram os primeiros casos na capital, os doentes foram encaminhados para o Isolamento do Lira, reformado pelo SPRMA, e que abrigava leprosos e ulcerados. A partir de junho de 1921, os pestosos foram isolados no Hospital Central de Moléstias Rurais, recém-inaugurado.

Na campanha contra peste no Codozinho foi realizado um recenseamento dos moradores depois de serem batizadas as ruas e numeradas as casas. Foram identificados 850 moradores, entre os quais, os que possuíam uma profissão, trabalhavam nas fábricas de fiação e tecelagem da capital. No geral, esses moradores não se opuseram às desinfecções e, quando raras resistências vinham à tona, a simples presença de médicos junto às turmas de desinfecção viabilizava o serviço, sem necessidade de se recorrer à polícia e a penalidades. A vacinação era realizada durante as visitas domiciliares e, num dia, eram imunizadas cerca de 30 a 60 pessoas, número relativamente pequeno. Aliás, as vacinações requeriam muita negociação e acabava prevalecendo o interesse do morador de adquirir o atestado sanitário. Pejorativamente Lisboa qualificou esse comportamento como “questão de novidade” ou “fetichismo”, ou ainda “simples desejo de possuir tão somente” o documento oficial. O médico ignorava que, para muitos, aquele atestado era o único documento que teriam por toda a vida, única ligação com o Estado, e que muitos precisavam do atestado para trabalhar nas fábricas de tecelagem da capital (LISBOA, 1922, p.3).

Paralelamente, com apoio da prefeitura era executado um amplo programa de limpeza de terrenos e ruas, sendo o lixo retirado dos quintais incinerado em áreas próximas, medida importante para a eliminação dos ratos.



**Fotografia 43. Codozinho. Aspecto do arrabalde durante a limpeza** (Legenda original)  
 Fonte: O SURTO, 1922, p.3



**Fotografia 44. Codozinho. Outro aspecto do arrabalde depois de limpo** (Legenda original)  
 FONTE: O SURTO, 1922, p.3<sup>244</sup>

<sup>244</sup> Escolhi esta imagem, entre outras disponíveis, por apresentar características das moradias da localidade, algo já acenado em outras fotografias constantes neste capítulo, e o resultado da limpeza dos arredores da localidade. Mas também por sugerir a presença de um automóvel disponível para a condução dos funcionários do SPRMA até as localidades mais distantes, além de demonstrar a presença de cães soltos, tão criticados pelo médico Filogônio Lisboa. As imagens 43 e 44 estamparam matéria intitulada “O Surto de peste no Codozinho”, de autoria de

Foram impermeabilizados os pisos de duas vendas de secos e molhados e reorganizados os seus estoques de modo a evitar o contato dos produtos com o chão. Não foi possível espalhar veneno para ratos pelos quintais tendo em vista a quantidade de crianças e animais (patos e galinhas) que transitavam pelos terrenos. Observando a localização das duas vendas e sua proximidade com os primeiros casos de peste, Lisboa (1922, p.3) formulou a seguinte hipótese para explicar a chegada da doença ali: ratos contaminados, ou somente pulgas contaminadas, provenientes do bairro Comercial, teriam sido transportados até a localidade junto com as mercadorias das duas vendas. Fato parcialmente comprovado quando se descobriu que um dos primeiros casos confirmados, um condutor de carroça, dormia no interior de um dos estabelecimentos.

Com certo desalento, admitiu o médico que seria impossível extinguir as pulgas naquela região devido à quantidade de cães que circulavam livremente nas ruas e casas. Uma medida sugerida pela comissão a alguns moradores foi o extermínio dos animais, o que provocou grande antipatia de parte da população pelos funcionários do SCP. A ideia logo foi abandonada, e o mesmo ocorreu quando os funcionários do serviço cogitaram lavar todos os cães com creolina, algo eu se mostrou impraticável. Argumentaram os moradores que havia entre os animais os chamados “cães rateiros”, que não desenvolviam a doença. Além disso, maus tratos aos cães era punido por São Lázaro com a lepra. Lisboa (1922, p.3) ficou estarrecido com o que ouviu e, do alto de sua superioridade científica, declarou que a “crendice assentou de cal e pedra naquela localidade!”. Aquele “sentimentalismo inconcebível”, aliado à ignorância, comprometiam medidas importantes para o combate à peste e também à hidrofobia.<sup>245</sup>

De modo geral, a campanha contra a peste no Codozinho seguiu as seguintes diretrizes: desinfecção sistemática das ruas e casas, vacinação, limpeza da região e vigilância sanitária. Segundo Lisboa, a experiência desenvolvida ali e a que estava em curso na área urbana da capital foram marcadas pela agilidade nos serviços, desde a notificação até o isolamento do doente. No Codozinho testaram-se práticas de combate à peste em pequena proporção e em ambiente distinto do meio urbano, onde costumeiramente a peste se propagava

---

Filogônio Lisboa no jornal *Pacotilha* – reprodução na íntegra do livro com o mesmo nome, que tratou das intervenções no bairro Codozinho (O SURTO, 1922, p.3), e também consta, no relatório do dr. Miranda (1925).

<sup>245</sup> A questão dos cães vadios nocivos por estarem mais expostos à raiva (hidrofobia) foi um assunto recorrente nos escritos do dr. Lisboa (1922) e nos escritos do dr. Miranda (1923a; 1923b; 1925). No relatório do dr. Urbano da Costa (1917, p.50-51) consta que foram tomadas medidas de prevenção à doença em sua gestão, pois grassava epidemia de raiva no Pará. O dr. Godinho (1904) também fez amplas considerações sobre o tema, impressionado pela população canina que vagava pelas ruas de São Luís. Retomarei a este assunto ao tratar da inauguração da seção do Instituto Pasteur, na filial do IOC no Maranhão, como alternativa para combater a doença.

mais rapidamente, tendo em vista o maior número de pessoas aglomeradas e a multiplicação dos contatos com pulgas provenientes de ratos infectados.

Mas o Codozinho era um lugar difícil de sanear e, sob muitos aspectos, assemelhava-se às localidades do interior do Maranhão, como São Bento, onde a peste fez as primeiras vítimas. Era semelhante, inclusive, a regiões do interior do nordeste onde prevaleciam ruas sem pavimentação e casas de barro e taipa espalhadas em meio à caatinga. Nesse tipo de região o trabalho de desinfecção era extremamente difícil, pois o solo e o piso de terra das casas absorviam rapidamente as substâncias químicas empregadas. E a matança de ratos e outros roedores era praticamente impossível em campos abertos. Esses elementos favoreciam a crescente interiorização da doença no nordeste do Brasil (PARREIRAS, 1936, p.72).

Com as ações de combate à peste no Codozinho Lisboa (1922, p.3) buscou demonstrar que o uso de técnicas consideradas obsoletas eram desnecessárias e comprometiam a atividade econômica e social da cidade. Cordões sanitários, impedimento de aglomerações de pessoas, despovoamento da cidade eram dispensáveis, pelo menos em epidemias de baixa intensidade, tendo em vista que se conhecia melhor a etiologia e os mecanismos de transmissão da peste.

O surto no Codozinho durou de 12 de outubro a 21 de novembro de 1921, portanto, 43 dias. Foram notificados 11 casos, 10 chegaram a ser isolados e 1 foi a óbito antes da notificação. Dos 10 doentes isolados, 8 foram curados e 2 faleceram. Lisboa considerou a missão vitoriosa e atribuiu o sucesso ao dr. Costa Rodrigues, que dirigiu os trabalhos depois de retornar ao Maranhão; ao dr. Sálvio Mendonça, que tratou os pestosos no Isolamento, e ao dr. Cassio Miranda, responsável pela presteza nos diagnósticos e pela a produção do soro e da vacina antipestosos. Lisboa (1922, p.3) agradeceu aos chefes das turmas de desinfecção e, principalmente, à massa anônima de desinfetadores, que arriscaram a vida para cumprir suas atividades, recebendo remuneração baixa e com atrasos constantes.

Foram realizados na filial do IOC os serviços laboratoriais, enquanto grassou a peste bubônica no estado, desde os primeiros casos em São Bento, incluindo as autopsias de ratos com suspeita de infecção até o exame do material coletado nos casos humanos identificados no bairro Comercial e no Codozinho.

Para confirmar a doença em cadáveres suspeitos, sem expor os médicos ao risco de contraí-la, Miranda realizou punções no fígado, técnica caracterizada pela introdução de uma seringa com uma agulha para retirar o “suco” daquele órgão. Com esse material preparavam-se esfregaços e culturas, revelando a quase totalidade das lâminas e placas de Petri assim produzidas a presença de bacilos de Yersin (MIRANDA, 1923a, p.26). Trata-se de um tipo de

autópsia parcial, que remonta ao processo de identificação laboratorial da febre amarela, à época com etiologia obscura e passível de interpretações clínicas, que poderiam ser enganosas e controversas. Desde o século XIX patologistas identificavam alterações gordurosas e icterícia nos fígados de cadáveres vitimados pela doença, dando início a estudos que buscavam lesões peculiares à febre amarela, como os idealizados por M. T. Councilman, da Johns Hopkins, e Azevedo Sodré, em conjunto com Miguel Couto, no Brasil. Os dois médicos brasileiros caracterizaram a degeneração do fígado como lesão patogênica da febre amarela e Henrique Rocha Lima, pesquisador de IOC, em 1912, desenvolveu essas ideias de modo a torná-las critério confiável para o diagnóstico necroscópico (BENCHIMOL, 2001, p.136-137). O dr. Cassio Miranda deve ter tido contato com esses procedimentos em Manguinhos, estendendo-os para fins de observação de bacilos de peste no fígado de cadáveres, além de se manter sintonizado à literatura médica da época sobre os meios de se auferir material orgânico de qualidade, não corrompido, portanto, para trabalhar nos diagnósticos de doenças.<sup>246</sup>

Durante a epidemia, a filial do IOC forneceu gratuitamente soros e vacinas ao Serviço de Combate à Peste. Em relatório a Carlos Chagas, Miranda (1922, p.26) informou que foram produzidas 25.000 doses da vacina durante toda a campanha, mas não quantificou as doses do soro antipestoso preparadas. Ao mesmo tempo, o laboratório da filial do IOC atendia à demanda crescente de exames para detectar vermes, filaria, protozoários, em especial os do paludismo, o bacilo de Hansen e outras bactérias patogênicas. Tal demanda levou Miranda a organizar um anexo à seção bacteriológica, dividindo-o em “seção de exames histopatológicos” e seção de “análises químicas” (MIRANDA, 1923a, p.25). As rotinas do laboratório mobilizavam saberes especializados no campo da patologia para identificar não só parasitos mas também lesões e estruturas anômalas nos tecidos entregues para investigação. O laboratório químico cuidou de um outro tipo de demanda, o fornecimento do chamado líquido Darkin

---

<sup>246</sup> Em 1928 a técnica estava bem mais aperfeiçoada, mas era restrita, pois era utilizada no meio médico, e precisava passar por adaptações para ser empregada no Serviço de Combate à Febre Amarela a partir de 1931. O médico D. Parreiras e W. Genofre projetaram um aparelho que permitia a intrusão de um “fuso” cortante no fígado do cadáver, pelo meio externo, e que permitia a coleta de uma amostra, que seria submetida à análise laboratorial. Porém, o aparelho que começou a ser utilizado amplamente no Serviço foi “viscerótomo”, idealizado à mesma época pelo dr. R. Rickard diretor do Serviço de Combate à Febre Amarela em Pernambuco. Registrou-se, com isso, uma série de disputas em torno da patente do instrumento que ficou em nome do dr. Parreiras, e à Fundação Rockefeller o mérito pelo uso eficiente (BENCHIMOL, 2001, p.138; LÖWY, 2006, p.221-230). Segundo Tavares (2007, p.31) a viscerotomia, vista como um tipo de profanação do cadáver, revestida de superstições, acarretou a ausência de notificações dos casos de peste no nordeste brasileiro, incentivando, inclusive, cemitérios clandestinos. Essas práticas acabaram por criar uma subestimação do real problema que é a peste em ambientes rurais, paupérrimos e aermo. Benchimol (2001, p.140) narrou diversos casos de resistências ao uso dessa prática pelo nordeste no Serviço de Combate à Febre Amarela. Casos extremos culminaram no assassinato de médicos responsáveis pelo procedimento.

(usado, principalmente, na assepsia de ferimentos e úlceras na pele) para abastecer o Hospital de Moléstias Rurais.

O Serviço de Combate à Peste atuou no estado até 30 de agosto de 1922 e foi extinto devido à escassez de verba do DNSP. O último caso de peste foi registrado no dia 16 de outubro, 46 dias após o encerramento do Serviço, algo preocupante que motivou ações localizadas do SPRMA para que a doença não se espalhasse. A peste durou 1 ano e oito meses e foram registrados 191 casos no estado, sendo 67 no interior. As taxas de mortalidade foram de 42,5% na capital e 61% no interior. A letalidade mais alta no sertão foi justificada pela ocorrência de casos de peste pneumônica, além das impróprias condições higiênicas das localidades e de seus moradores já descritas neste estudo (MIRANDA, 1923b, p.117;119).

Ao que tudo indica a peste foi controlada. Circularam boatos sobre possíveis casos em 1926, mencionados inclusive em *Mensagem* do governador do estado, Magalhães de Almeida, mas as suspeitas foram descartadas pelo SPRMA depois de exames laboratoriais feitos pela filial do IOC. Enquanto muitos estados do nordeste ainda registravam surtos de peste bubônica após os anos 1930, o Maranhão permaneceu sem notificação de casos desde a campanha na qual o SPRMA teve papel preponderante (PARREIRAS, 1936, p.71). Em 1936 o combate à peste passou a ser responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde, e em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Peste, tendo início estudos epidemiológicos que identificaram a endemicidade da doença até os dias de hoje, no nordeste oriental do Brasil principalmente.

### **6.3 O Hospital Central do Serviço de Profilaxia Rural**

Períodos epidêmicos exigem a criação de serviços específicos de combate à doença, além de mobilizar diferentes esforços e atenção para esse enfrentamento. Isso foi registrado no Maranhão durante a epidemia de peste bubônica, como vimos. Mas, concomitante à epidemia, outros importantes serviços ligados à questão sanitária no estado foram consolidados na capital, de modo que pudessem atender um público proveniente do interior do estado. Foi nesse período que o Hospital Central de Moléstias Rurais e as novas especialidades da filial do IOC foram inaugurados. Esses investimentos não tiveram relação direta com o surgimento da peste, afinal o Hospital Central estava nos planos do SPRMA desde início, e o mesmo ocorreu com as novas especialidades da filial do IOC que estavam previstas desde a idealização da filial do IOC maranhense.

O decreto n. 13.538, de 9 de abril de 1919, lei que reorganizava o Serviço de Profilaxia Rural no Brasil, no art. 9º, estabeleceu que fossem criados hospitais centrais especializados no tratamento de doenças endêmicas rurais, além dos postos de atendimento médico que deveriam ser distribuídos conforme a necessidade do estado. Quando chegou no Maranhão o Serviço de Profilaxia recebeu do governo do estado o prédio do Hospital Militar, no bairro Madre Deus, o mesmo ocupado pelo Serviço Extraordinário de Higiene para oferecer tratamento aos vitimados pela peste bubônica, em 1904. Após esta epidemia o prédio voltou a ter uso militar, pois ali eram oferecidos tratamentos aos soldados do exército, da polícia e presos da justiça (FERREIRA, 1921, p.4).

Por ocasião da chegada do SPRMA no estado o governo decidiu instalar o novo nosocômio neste prédio antigo, evento realizado após licitação, readequação de suas instalações e aparelhamento, fato que ocorreu cerca de dois anos depois da chegada do serviço (MARANHÃO, 1921, p.38). A inauguração ocorreu no dia 21 de junho de 1921 e desde o início desse mês vinha recebendo autoridades para visitas, que foram noticiadas na imprensa local. Um dos visitantes ilustres foi o médico nomeado diretor do SPR no estado do Pará, Heráclides Souza Araújo, que teria ficado muito impressionado com a estrutura moderna do lugar (A PROFILAXIA, 1921, p.1). A propósito, os adjetivos utilizados pelos periódicos locais para qualificar o novo hospital alternavam entre: “magnífico”, “moderníssimo”, “comparável aos da Europa”, “estabelecimento de primeira ordem”, dentre outros.

A direção do hospital ficou à cargo do médico maranhense Djalma Caldas Marques, que atuava no SPRMA desde sua instalação, mas seu nome não era cotado para ocupar o importante cargo de diretor do Hospital Central. Uma carta enviada por Costa Rodrigues ao diretor do SPR, Belisário Pena, colocou em evidência acontecimentos que ocorriam nos bastidores, como a arbitrariedade de Urbano Santos na escolha dos profissionais designados para a missão. Este, recorrendo à sua rede de lealdade, teria escolhido um médico para o cargo sem consultar os diretores do SPRMA. Costa Rodrigues não concordou e recorreu por missiva aos vínculos que mantinha na direção do SPR, apoiado por Almeida Magalhães. Voltou-se a Belisário Pena e pediu que intervisse em seu favor. Explicou-lhe que Urbano Santos queria presentear o médico (e amigo) Oscar Galvão, antigo conhecido da medicina maranhense, com a direção do hospital, cargo com vencimento de 1.500 contos (RODRIGUES, 1919, p.1-6).

Inicialmente Costa Rodrigues telegrafou para Urbano Santos expondo argumentos para que o fato não se concretizasse, explicando que a direção de um hospital de mais de 150 leitos exigia jovialidade, algo que Oscar Galvão não tinha. Costa Rodrigues explicou que Galvão possuía mais de 70 anos à época, era adepto de uma medicina cercada de



tradicionalismos, se mostrava resistente aos progressos na área e, por isso, não estava à altura de merecer o cargo. Costa Rodrigues se ofereceu para desenvolver a função pela metade do vencimento estabelecido e comprometeu-se, ao mesmo tempo, em cumprir todas as atividades de incursão pelo interior do Maranhão previstas por Urbano Santos, mas o político não cedeu. Uma situação embaraçosa foi criada entre esses personagens. Dias depois, o então Ministro da Justiça e Negócios Interiores voltou atrás (talvez Belisário Pena tenha interferido na questão ou o pai de Costa Rodrigues, aliado de Urbano Santos) e cancelou o compromisso com o médico (e amigo) Oscar Galvão que, contrariado, teria espalhado boatos sobre Costa Rodrigues querer premiar o médico Francisco Carvalho com a direção do Hospital. Nessa contenda prevaleceu o voto de Costa Rodrigues que remeteu a Belisário Pena, o currículo do médico maranhense Djalma Marques, com 34 anos à época, e que tinha experiência em saneamento rural, pois atuava no Posto de Socorro aos Ulcerados antes mesmo da chegada do SPRMA (RODRIGUES, 1919, p.1-6).

Nessa intriga vemos que a institucionalização dos serviços de saúde também é formada por interesses pessoais, que determinam as decisões tomadas pelos personagens que conduzem o processo, conforme a força política, rede de lealdade e representatividade que possuem. Interesse, inclusive, do próprio Costa Rodrigues que chegou a argumentar com Belisário Pena, tentando comovê-lo para obter privilégios, que após a inauguração do Hospital Central, o Posto de Socorro aos Ulcerados, local em que trabalhava, tenderia a ser desativado e com isso o médico só teria duas opções: o inconveniente de trabalhar ao lado de Oscar Galvão no novo hospital ou, como disse, “andar peregrinando pelo interior, expondo minha saúde, enquanto outros mais felizes e protegidos ficam na capital em melhor lugar. Refiro-me naturalmente ao Oscar Galvão” (RODRIGUES, 1919, p.4).<sup>247</sup>

O fato é que em 21 de junho de 1921 Djalma Marques assumiu a direção do Hospital e este médico produziu o relato mais importante sobre a atuação desse nosocômio, disposto em relatório do dr. Miranda (1925). Formado pela Faculdade de Medicina da Bahia, Djalma Marques retornou ao Maranhão em 1914 já especializado em psiquiatria. Mas foi exercendo a função de sanitarista, que o médico projetou a carreira no estado, atuando, como já indiquei em outros trechos deste capítulo, em incursões pelo interior do estado e da capital até alcançar a

---

<sup>247</sup> Dois anos após a inauguração do Hospital o dr. Oscar Galvão faleceu, mas antes disso direcionou críticas ao SPRMA, através dos jornais locais, conforme ainda veremos. Não posso determinar se esse desentendimento motivou palavras ressentidas escritas na lápide de sua sepultura, preservada na Capela Bom Jesus dos Navegantes em São Luís, pois há um contexto maior que envolve o evento – como a falta de valorização do médico durante a epidemia de varíola em 1908, episódio alegado por ele próprio. O fato é que nesse espaço de memória desperta atenção as inscrições de seu jazigo: “nem um goivo, uma rosa, uma saudade, nem singela coroa de amizade depôs o Maranhão, loba que o leite transformara em fel que abraçando Caim, despreza Abel, foco de ingratidão”.



direção do Hospital Central da Profilaxia. Além do seu relato temos uma descrição atenta de um representante do jornal *Pacotilha*, não identificado, e um texto do médico maranhense Justo Jansen Ferreira. Este, elaborou um discurso propaganda sobre o SPRMA, descrevendo a estrutura e aparelhamento do nosocômio, publicado nos jornais locais e no *Jornal do Comércio*. O médico esperava que seu escrito chegasse em:

todas as cidades, vilas e povoações do Maranhão afim de que, ainda nos mais longínquos lugares, os perseguidos pelas endemias curáveis saibam que em São Luís e nos postos médicos, já funcionando em várias cidades, encontrarão os meios seguros de cura rápida. Adquirida esta, regressando ao lar contarão aos da família, aos vizinhos, aos do lugar, o fortalecimento físico e moral que recobram livrando-se de tais moléstias (FERREIRA, 1921, p.4).

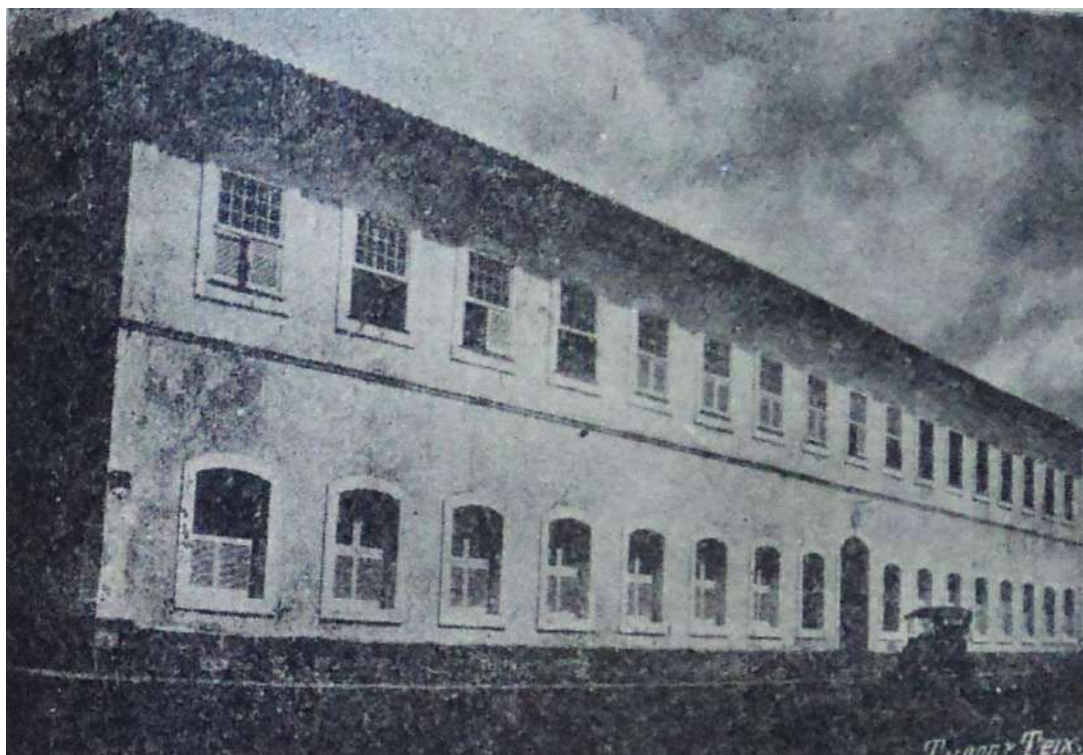
O Hospital Central nascia com a função de receber os pacientes que vinham do interior do estado e de regiões distantes da ilha de São Luís, prestando-lhes atendimento adequado, internando-os quando fosse necessário. Algo que ocorria, na maioria das vezes, pois os procedimentos dermatológicos, direcionados às úlceras dos pacientes, deveriam ser realizados por vários dias e essas afecções levam tempo para cicatrização. Anterior à presença do hospital, o ulcerado sífilítico em estado grave, por exemplo, chegava até São Luís vindo do interior, em busca de atendimento, e diante da impossibilidade de internação ficava à mercê da própria sorte, vagando pela cidade. Ou entregava-se à caridade e ao isolamento do Lira, exposto a novas doenças em um lugar tenebroso.<sup>248</sup> Poderia, é claro, receber atendimento no Posto de São Luís, o antigo Posto dos Ulcerados, mas a internação, que garantia o repouso necessário para a cicatrização das feridas e o tratamento das doenças associadas, não era assegurado.

Observando a movimentação nos postos médicos da capital e na Vila do Anil, e os primeiros atendimentos realizados no Hospital Central, Djalma Marques (1925, p.223) identificou que o perfil do indivíduo que procurava atendimento era formado pela tríade nosológica: sífilis, malária e verminose. Em muitos casos, o doente estava em estado gravíssimo, com úlceras que atingiam até a camada óssea e que só procurava um leito para morrer. O edifício na qual foi instalado o hospital tinha o formato de um equilátero e possuía dois pavimentos. Pelo que dizem os registros sobre a reforma e adaptação ali desenvolvidas, da antiga estrutura só restou as paredes e parte do telhado. Na cena a seguir, percebe-se que é a mesma estrutura frontal do nosocômio utilizado no SEHP, em 1904, sob a liderança do dr. Godinho. A

---

<sup>248</sup> O isolamento no Lira passou por uma reforma por ocasião da chegada do SPRMA, em 1919, e teve como administrador o médico Netto Gutterres. Virou uma espécie de pavilhão, dividido em apenas duas seções, na qual eram dispostas pessoas com doenças contagiosas. Após a inauguração do Hospital Central os doentes foram progressivamente transferidos para ali.

diferença é que, nesta imagem, o carro de tração animal foi substituído por um símbolo mais moderno, o automóvel do SPRMA.<sup>249</sup>



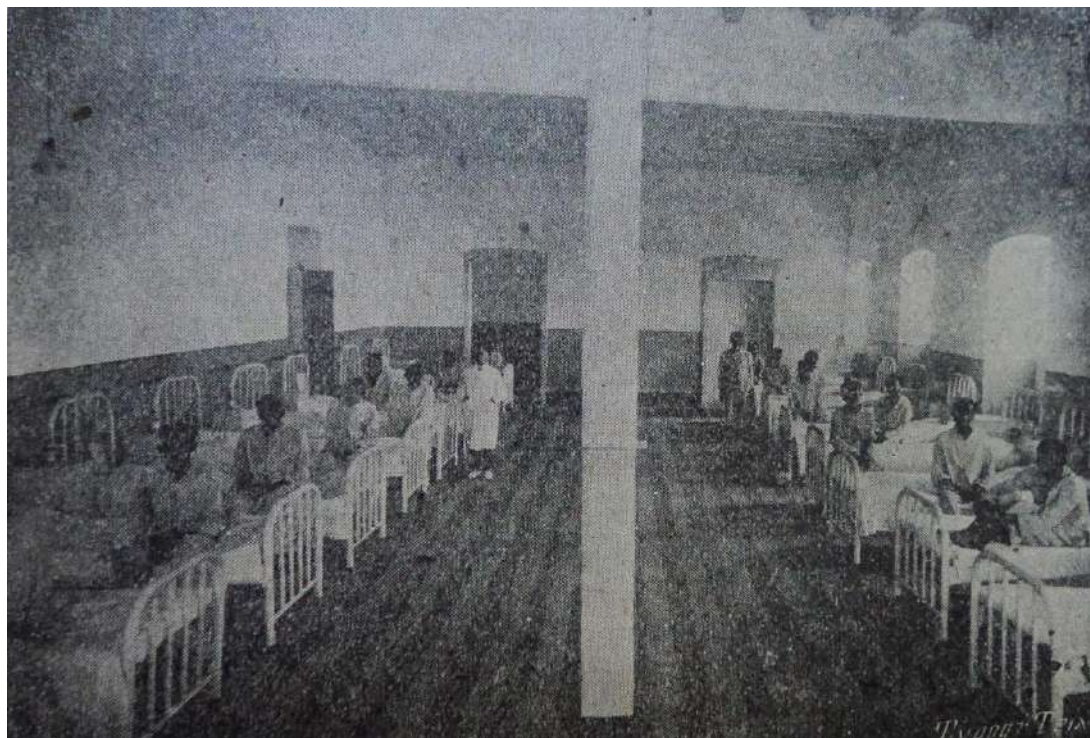
**Fotografia 45. São Luiz – Hospital de Moléstias Rurais** (Legenda original)

Fonte: PAXECO, 1922, p.697

Foram instaladas telas metálicas em todas as janelas para impedir a entrada de insetos, coibindo as reinfestações. No andar térreo encontrava-se a portaria, uma sala de espera e um amplo consultório, devidamente aparelhado com mesa para exame de doentes, mesa para receituário e instrumentos de metal e vidro. Ali poderiam ser realizados procedimentos cirúrgicos. No térreo também estavam o laboratório para exames bacteriológicos e uma farmácia. Este andar estava revestido com cimento mármore e mosaico branco. Caminhando para os fundos existia uma enfermaria para os ulcerados, com 22 leitos, em área bastante arejada e ventilada, como nas demais dependências. Os ulcerados contavam com uma seção para curativos, refeitório específico e uma área destinada aos primeiros procedimentos ao chegarem ao hospital (banho, assepsia nos ferimentos, retirada das escabioses, etc.) e só então poderiam adentrar ao recinto (A PROFILAXIA, 1921, p.1). Na cena a seguir, quase todos os pacientes estão sentados, passando uma imagem de restabelecimento da saúde, e não a prostração causada pela enfermidade:

---

<sup>249</sup> C.f. p.49.



**Fotografia 46. S. Luiz – Enfermaria do Hospital de Moléstias Rurais (Legenda original)**

Fonte: PAXECO, 1922, p.701

No térreo continha, também, uma sala para esterilização, outra para cloroformização e uma seção disponível para o aparelho de Raio-X que aguardava a instalação de eletricidade no prédio para ser montado, algo realizado somente em 1924. No pavimento superior encontrava-se uma ampla enfermaria para doentes vitimados por malária, além de duas modernas salas de cirurgia, sendo uma para uso obstétrico. Ao lado estava uma sala para pacientes repousarem após os procedimentos cirúrgicos. Para que o hospital ficasse completo, faltavam o necrotério, uma seção para estudos de anatomia patológica e lavanderia (FERREIRA, 1921, p.4; MARQUES, 1925, p.223).

As seções de cirurgia do hospital foram muito elogiadas em todas as descrições sobre o nosocômio. Continha modernos instrumentos para as intervenções, mesa de metal e cristal, ferros para procedimentos e aparelhos para esterilização de compressas e roupas. Até então, procedimentos cirúrgicos eram realizados na Santa Casa de Misericórdia, na sala dr. Afonso Saulnier, assim batizada em homenagem a um importante cirurgião francês, radicado no Maranhão em meados do século XIX. Esse espaço foi inaugurado em 1913 e dois médicos que lá atuavam se destacaram no campo da cirurgia no Maranhão, Tarquínio Lopes Filho (popularmente conhecido como “bisturi de ouro”) e Carlos dos Reis Gomes Macieira. Esses profissionais foram responsáveis pela introdução de métodos da assepsia, como o uso de luvas de borracha e esterilização, em procedimentos cirúrgicos no estado (MEIRELES, 1993, p.68-

69). Cirurgias de alta complexidade para época foram realizadas na sala dr. Afonso Saulnier pelo médico Tarquínio Lopes Filho, auxiliado por Carlos Macieira, Lino Machado e Artur Silva. Salgado (2015, p.165-172) analisou as intervenções cirúrgicas mais difíceis realizadas pelo médico da Santa Casa, entre os anos 1920-1930, em uma época de pouca potência dos anestésicos e antibióticos.<sup>250</sup>

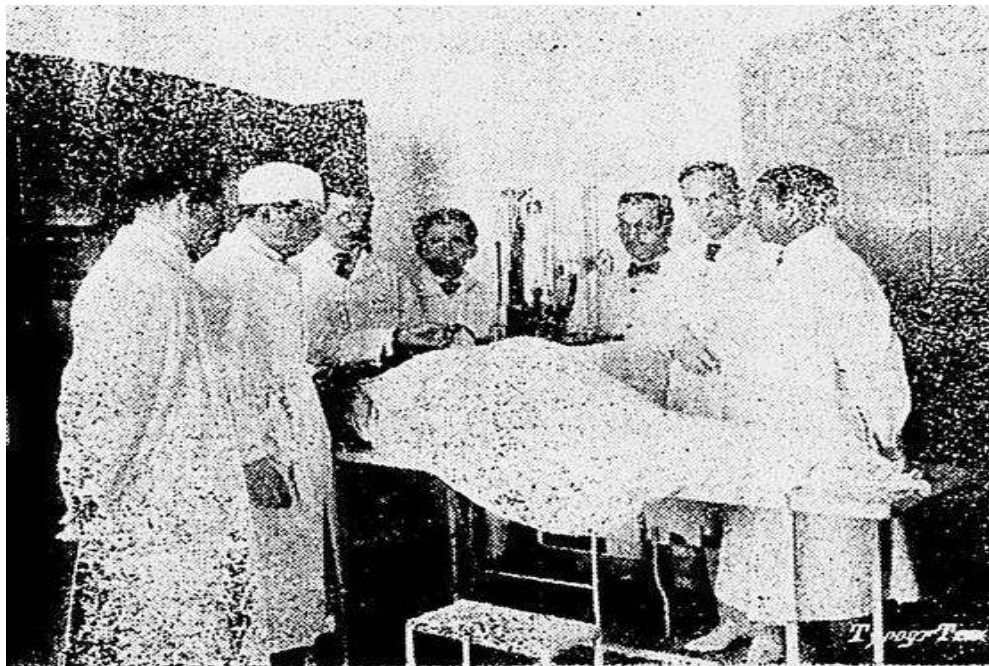
Com a inauguração da seção de cirurgia do Hospital de Profilaxia, Tarquínio Lopes Filho também passou a desempenhar atividades ali, concomitante às suas atividades na Santa Casa, alegando se tratar da melhor estrutura cirúrgica do estado. Inclusive, levou vários pacientes particulares para instituição em acordo com a direção do Hospital de Profilaxia. Mas o cirurgião oficial do SPRMA foi o português, radicado no Maranhão desde 1901, Aníbal de Pádua Pereira de Andrade, que disponibilizou seus equipamentos de diatermia e eletrocoagulação, usados na extirpação de cancroides e epitelomas de pacientes frequentemente acometidos de doenças venéreas (MARQUES, 1925, p.235).<sup>251</sup>

Nos anos seguintes, o Hospital Central da Profilaxia Rural já realizava procedimentos importantes e pioneiros no estado no campo clínico e cirúrgico. Acontecimento importante à época foi a realização da primeira cirurgia pneumotórax no Maranhão, operação “largamente utilizada nos centros adiantados”, disse o periódico *Pacotilha*, que estampou o evento em primeira página do jornal (O PNEUMOTORAX, 1925, p.1). O responsável pela intervenção cirúrgica foi o médico do SPRMA, Clarindo Santiago, que insuflou ar (poderia ser gás inerte) na cavidade pleural de uma paciente, com a finalidade de estabilizar um dos pulmões para que o mesmo pudesse realizar as trocas respiratórias normalmente. Esse processo acelera a cicatrização das lesões deixadas pelo bacilo de Koch em tuberculosos. O sucesso do procedimento contou com o apoio técnico de outros médicos do SPRMA e ao fato do hospital dispor radiografias torácicas da paciente para a equipe médica, sob a inspeção do médico Filogônio Lisboa.

---

<sup>250</sup> Neste período, Tarquínio Lopes Filho realizou uma intervenção crânio encefálica, na qual o paciente teve parte dos ossos do crânio quebrados para a intervenção no cérebro, realizou, também, a primeira cesariana no Maranhão, e executou uma delicada laparotomia, em uma mulher, de onde extraiu um quisto dermóide, espécie de fibroma raro, que pesava 14 quilos. Mas o caso que deu maior projeção ao médico foi o “espantoso feto mumificado”, assim descrito pelos jornais com circulação local e nacional. Em 1927, durante uma viagem pela cidade de Parnaíba, no Piauí, o médico realizou uma cirurgia para retirada de um feto que estava há sete anos no ventre de uma mulher. Tratava-se de uma gravidez extra-uterina, de alta complexidade, caso raro na medicina. O feto foi levado para São Luís e ficou em exibição na Santa Casa de Misericórdia até ser enviado para o Instituto Oswaldo Cruz para estudo. Em 1928, em passagem pelo IOC, no Rio de Janeiro, Tarquínio Lopes Filho foi até lá para receber o feto mumificado, na instituição que mantinha boas relações. O jornal *Folha do Povo* estampou fotografia dessa visita, na qual o médico aparece ao lado de Antônio Cardoso Fontes e Leocádio Chaves (O DR. TARQUINIO, 1928, p.1).

<sup>251</sup> Aníbal de Pádua trabalhava no Hospital Português, em São Luís, em sala de cirurgia inaugurada em 1919.



**Fotografia 47. O dr. Clarindo Santiago ao terminar uma das intervenções de pneumotórax.** Rodeiam-no os seus colegas. Da esquerda para direita: drs. Cesário Veras, Cassio Miranda, chefe de Saneamento, Filogônio Lisboa, Luiz Vianna, Djalma Marques e Sálvio Mendonça. A doente pertencia à clínica particular do dr. Djalma Marques. Foto Pantoja. (Legenda original).  
Fonte: (O PNEUMOTORAX, 1925, p.1)

Há pouco citei que a Santa Casa de Misericórdia possuía uma seção de cirurgia montada e relativamente adequada para realizar procedimentos complexos, com médicos bem preparados para a função, para que o leitor perceba que o SPRMA não foi montado em um “vazio médico-hospitalar” na capital. Na verdade, o serviço optou pela integração dos médicos locais na empresa instalada. A diferença está no alcance das atividades, pois o SPRMA visava a expansão dos atendimentos através de postos médicos pelos sertões e apostava na especialização das ações com foco nas endemias específicas desses ambientes. O SPRMA, por exemplo, requereu de médicos cirurgiões que também fossem capazes de realizar extirpação de cancros em de pacientes com doenças venéreas, cauterizações ginecológicas, reparações dermatológicas, extirpações de adenites e condilomas, tudo isso em pacientes gravemente debilitados, vitimados pela tríade nosológica da qual o dr. Marques (1925, p.223) citava. Boa parte da demanda dessas cirurgias, na capital, era fruto da criação do Dispensário da Lepra e doenças venéreas, seção instituída a partir do regulamento do DNSP, através do decreto 14.354 de 15 de setembro de 1920, que depois foi implementada em outros pontos da capital e interior do estado.

Com base no novo tipo de profissional que o contexto exigia, o médico Filogônio Lisboa (1925, p.143), analisou o processo de formação de enfermeiras que passaram a atuar no novo hospital. O médico argumentou que era necessário contar com profissionais que pudessem



lidar com “feridas de mendigos” sem desaparecerem horrorizadas, como muitas faziam, e que não fossem “meras assistidoras de partos”.<sup>252</sup> Sendo assim, um acordo foi firmado entre o curso de Enfermagem e Partos, mantido pela Assistência à Infância desde 1919, na qual Filogônio Lisboa lecionava, e o Hospital Central, com o objetivo de que os médicos do SPRMA coordenassem a prática de enfermeiras internas. O Hospital Central seria um importante campo para especialização dessas profissionais que aprenderiam a lidar com pacientes com a tríade nosológica do Maranhão-Sertão: malária, ancilostomose e sífilis. Após o período de prática, essas profissionais poderiam ser contratadas pelo nosocômio ou pelos Dispensários de Lepra e Doenças Venéreas que estavam sendo montados em outras localidades do estado. E era o que geralmente ocorria. Só assim iria desaparecer um tipo de cuidadora muito comum nos hospitais de São Luís, as serventes não qualificadas, que atendiam os ulcerados com os pés descalços e sem qualquer iniciação técnica e higiênica na área, frequentemente recorrendo a práticas pejorativamente identificadas como superstições e bruxarias (LISBOA, 1925, p.141-146).

O Hospital Central atuava em conjunto com o Isolamento do Lira e o Posto de São Luís (o antigo Posto dos Ulcerados). Na impossibilidade de serem atendidos nesses pontos, devido à gravidade do caso, os pacientes devidamente matriculados no serviço eram encaminhados para o Hospital. Do mesmo modo, pacientes vindos do Posto do Anil e vindos de outras regiões da ilha de São Luís eram encaminhados ou procuravam o hospital diretamente.<sup>253</sup> A partir de junho de 1922 os bondes de tração animal, que circulavam pelo centro urbano em direção ao bairro de São Pantaleão, próximo ao Hospital Central, passaram a oferecer viagens com intervalos de 30 minutos, para facilitar o trânsito de pacientes para o nosocômio.

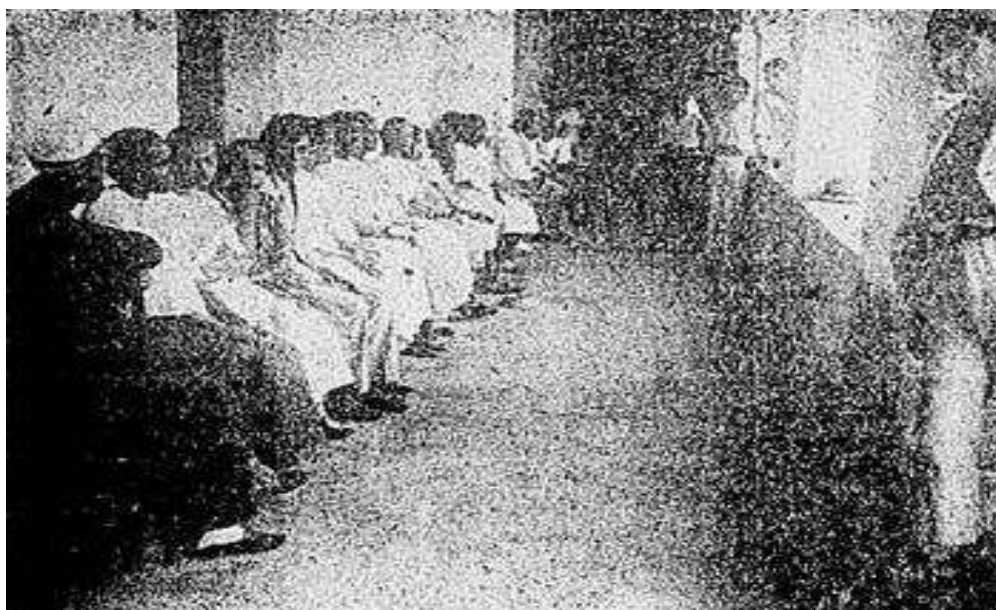
A maioria imperiosa das pessoas que procuravam atendimento era proveniente do interior do estado, que convergiam para o hospital em verdadeiro “êxodo”, e que, em tese, voltariam para o interior depois de um longo tempo de internação, especialmente ao se restabelecerem das graves afecções na pele (MARQUES, 1925, p.229). O diretor do Posto da Capital em 1923, Hamleto Godois (1925, p. 184-185), chegou a identificar a presença de doentes com malária vindos do extremo Norte do país em busca de tratamento no Maranhão. Notou, também, um aumento expressivo de ulcerados no posto como resultado da inauguração

---

<sup>252</sup> O médico Filogônio Lisboa referia-se ao episódio vivido por Achilles Lisboa, ao receber resposta negativa das enfermeiras da Cruz Vermelha para trabalharem no Posto de Socorro aos Ulcerados. C.f.p.280.

<sup>253</sup> Segundo o médico Carlos Fernandes (1925), diretor do Posto do Anil nesta época, a unidade atendia uma grande área com aproximadamente 30 mil pessoas, atingindo duas sedes de municípios da Ilha de São Luís, São José de Ribamar e Vila do Paço do Lumiar. Citou alguns núcleos de habitações que o posto atendia, como Roma, Roma Nova, Rominha, Roma Velha, Caminho Grande, Guarapiranga, Cutim do Padre, Andiroba, Tibiri, Aprendizado Agrícola, Maiobinha, Maioba, Turú, Vinhais, Olho d'Água, Iguaíba e Bacanga.

da Estrada de Ferro São Luís – Teresina que trouxe os doentes do vale do Itapecuru e de outros estados até a capital ludovicense. Casos graves eram encaminhados ao Hospital, como citei há pouco, que já sentia os reflexos negativos dessa procura expressiva por atendimento, pois os ulcerados eram pacientes que oneravam as economias da instituição, já que o tratamento era realizado durante vários dias, exigindo vários curativos e, com isso, gastando-se muito material hospitalar. Esses doentes respondiam a mais da metade das hospitalizações (54, 35%) comprometendo a oferta de leitos para novos pacientes (MARQUES, 1925, p.229).



**Fotografia 48. São Luís – Sala de espera do Hospital do Serviço de Profilaxia Rural**  
(Legenda original)  
Fonte: Sala (1922, p.7)<sup>254</sup>

Segundo Djalma Marques (1925, p.223) o número de hospitalizações no ano de 1920 no Isolamento do Lira foi de 202 pacientes. Em 1921 no Lira e no Hospital Central foram internadas 387 pessoas. Em 1922, com o fechamento do Lira receberam-se 449 pacientes no Hospital Central. No ano seguinte, 403. Segundo dados apresentados nos relatórios do governador Magalhães de Almeida, em 1924, foram hospitalizadas 442 pessoas. Em 1925 houve um decréscimo, 284. De julho a dezembro de 1926 o hospital ficou fechado e o Isolamento do Lira foi reaberto, pois os profissionais do Hospital Central foram direcionados

<sup>254</sup> Nesta data a edição do Jornal *Pacotilha* circulou apresentando 6 fotografias, mostrando, a sala de cirurgia, as enfermarias, os cuidados dispensados aos ulcerados, dentre outros. Não continha textos sobre o nosocômio, apenas imagens, todas com qualidade inferior. Escolhi esta, pois demonstra a quantidade de pessoas mais humildes que aguardavam o atendimento, e o homem à direita, em pé, com a região abdominal estendida. Provavelmente pela ocorrência de verminoses ou malária (baço dilatado) ou ainda, a associação entre as duas doenças.

para o Lira devido um surto de varíola que acometeu a cidade. Em 1929 registraram-se 417 hospitalizações com a volta dos serviços do Hospital Central.<sup>255</sup>

Não muito diferente do que ocorria nos postos de atendimento na capital, já citados quando tratei das primeiras ações do SPRMA, o tratamento destinado aos pacientes com malária consistia na administração de quinino, arsênico, azul de metileno e adrenalina. Para as verminoses eram empregadas as pílulas de quenopódio. O problema era a combinação da “tríade nosológica” (malária, ancilostomose e sífilis) perante o sintoma mais evidente, algo que confundia os médicos no processo que levava até o diagnóstico, calcado em exames clínicos e laboratoriais. Descobria-se, por exemplo, exceções à regra como um caso de um paciente com elevado número de uncinárias, mas que não demonstrava um quadro de anemia gravíssimo, como era comum. Isso dificultou a escolha do tratamento adequado, retardando o seu processo de restabelecimento.

Os pacientes com úlceras, a quase totalidade de origem sífilítica, eram submetidos a um tratamento difícil, oneroso, como citei, tentando reconstituir o tecido epitelial. Realizavam-se curetagens, cauterizações e várias aplicações de líquido Dakin em procedimentos improfícuos e operações autoplásticas quase inúteis. Isso tudo porque os procedimentos eram empregados em pessoas com o organismo profundamente combalido pela associação das doenças citadas, que geralmente procuravam um leito para morrer, após um diagnóstico de “caquexia sífilítica”, por exemplo. Casos graves de leishmaniose foram registrados (4 ao longo de 1923) e, em um paciente, a doença provocou a destruição completa do septo nasal. Isto sem falar nas intercorrências (casos de gripe e beribéri) e nos partos ou mutilações físicas que mereciam atenção para o restabelecimento completo do indivíduo. Alguns pacientes internados com o diagnóstico de malária, por exemplo, tiveram que passar por cirurgias para retirada de projéteis ou amputação de membros. Com isso, a internação se estendia cada vez mais (MARQUES, 1925, p.225-230).

O médico Cassio Miranda, diretor do SPRMA a partir de abril de 1923, em substituição ao dr. Costa Rodrigues, que foi chamado pelo DNSP, elaborou o regimento interno do Hospital. Naquele ano a instituição contava com 22 funcionários, sendo 1 diretor, 1 cirurgião contratado, 1 radiologista, 1 enfermeira de 1ª classe, 1 enfermeira de 2ª classe, 3 enfermeiras de 3ª classe, 1 zelador – porteiro, 1 cozinheiro, 1 costureira, 1 lavadeira, 1 ajudante de lavadeira e 7 serventes (MARQUES, 1925, p.237).

---

<sup>255</sup> Relatórios referente aos anos de 1925,1926,1927,1928 e1929.



## **6.4 As novas especialidades da filial do IOC no Maranhão**

Enquanto ações mais evidentes do SPRMA ocorriam na capital e no interior o que acontecia na filial do IOC do Maranhão? Podemos citar que ali estavam sendo produzidas vacinas antipestosas e antivariólicas, foram realizados inúmeros exames laboratoriais, inclusive reações de Wassermann, que passaram a ser produzidas em 1921, e algumas visitas nas dependências da filial foram realizadas, visando o fortalecimento da imagem da instituição. O nome do diretor da filial, o dr. Cassio Miranda, frequentemente apareceu ligado à direção interina do SPRMA, no início de 1921, à Campanha Contra Peste e a algumas diligências pelo sertão da ilha de São Luís e do estado, como vimos no capítulo anterior. Paralelo a esses eventos, duas novas linhas de atuação da filial ganharam forma: um Posto Antiofídico, com a finalidade de produzir soros contra o veneno de serpentes, e uma seção denominada Instituto Pasteur, para elaboração da vacina antirrábica. Tratava-se de mais um meio do SPRMA se fortalecer na capital, mas sem esquecer que seus serviços estavam voltados, também, para o interior do Maranhão.

### **6.4.1 O Posto Antiofídico**

O Posto Antiofídico instituído na filial do IOC foi oficialmente inaugurado no dia 1 de novembro de 1921 e sabemos de sua presença através do dr. Cassio Miranda, que veio ao Maranhão já com planos de construir uma seção dedicada à fabricação de soros antiofídicos e ao estudo das serpentes da região, como citou em seus primeiros relatórios e na imprensa local. Após a instalação do laboratório da filial e do Instituto Vacinogênico o dr. Miranda embarcou em maio de 1920 para o Rio de Janeiro e depois foi até São Paulo, só retomando suas atividades na filial maranhense em agosto daquele ano. O motivo da viagem foi para adquirir material para a filial que dirigia e realizar visitas no Instituto Vacinogênico, Instituto Vital Brazil (IVB), Instituto Butantan e Instituto Pasteur (MIRANDA, 1923a, p.40).

Com a instalação do Posto Antiofídico no Maranhão a ideia era oferecer serviços semelhantes àqueles prestados pela filial do IOC em Minas Gerais, sob a administração do dr.

Ezequiel Dias.<sup>256</sup> Ali estavam em curso pesquisas na área do escorpionismo, ofidismo e aracnologia. Data de 1918 a criação de um serpentário naquela filial, em semelhança ao existente no Butantan. Em acordo com a instituição de São Paulo, a filial do IOC mineira se comprometeu a enviar para ali venenos de serpentes, colhidos em troca de soros produzidos, que seriam utilizados por agricultores mineiros. Existia, assim, uma aproximação da filial com o Instituto que consagrava-se como referência nacional e internacional no campo do ofidismo, em que pese a troca de favores e ideias sobre o tema (BENCHIMOL; TEIXEIRA, 1993, p.123). Na filial do IOC em Minas Gerais desenvolveram-se estudos importantes sobre as serpentes brasileiras e sua distribuição geográfica através dos médicos pesquisadores Oswaldo Melo e Octávio Magalhães.

Algo diferente se estabeleceu com o Posto Antiofídico do Maranhão, em 1921, instalado nas dependências da filial do IOC. Afinal, a concretude da empresa montada relacionava-se ao médico Vital Brazil, que à época atuava em seu instituto, montado em Niterói (RJ) e denominado Instituto de Higiene, Soroterapia e Veterinária. O apoio logístico e financeiro viabilizado pelo médico foi o “pontapé” inicial para a instalação da terceira seção da filial do IOC no Maranhão algo que, até então, não tinha saído da retórica do dr. Miranda. Mas quem foi Vital Brazil e a que contexto sua participação no Maranhão responde?

Médico dedicado ao campo do ofidismo desde fins do século XIX, Vital Brazil desenvolveu estudos importantes, inicialmente como médico assistente no Instituto Bacteriológico, em 1897, com apoio do diretor da instituição Adolfo Lutz. Ali adquiriu conhecimentos no campo da bacteriologia, algo importante para a seara que almejava se dedicar: a soroterapia contra o envenenamento causado por serpentes. No Instituto Bacteriológico reuniu recursos técnicos e intelectuais para confrontar as ideias de Albert Calmette, médico do Instituto Pasteur. No campo da imunologia, em 1896, este médico elaborou um soro antiofídico caracterizado por sua possível eficácia indiscriminada, uma vez que prometia combater qualquer tipo de peçonha. Após controvérsias no meio científico e depois de alguns anos, verificou-se que o produto só combatia a ação tóxica do veneno da cobra *Naja naja*, e o responsável pelo enfraquecimento da teoria de Calmette foi Vital Brazil que, progressivamente, desenvolvia diferentes técnicas de capturas de serpentes, extração de veneno de peçonhas e estudo dos efeitos do veneno em organismos no Instituto Bacteriológico.

---

<sup>256</sup> Este, havia demonstrado interesse em animais peçonhentos do Maranhão, pois no relatório do dr. Urbano da Costa (1917, p.116;123) constam solicitações de escorpiões que foram remetidos para a filial mineira, com a finalidade de extrair o soro antiescorpiônico. Não há registros de permutas entre exemplares de escorpiões e o envio de soros para o Maranhão, estratégia comum entre as instituições que lideravam esta seara (Butantan e Instituto Vital Brazil) para manter seus estoques de animais peçonhentos, matéria prima para extração do soro.

Analizou detalhadamente os sintomas e lesões de cobaias vitimadas por mordeduras de diferentes espécies de serpentes e verificou que sintomas e lesões ocasionados pelo envenenamento de um tipo de cobra, como a jararaca, por exemplo, eram diferentes dos sintomas e lesões ocasionados por outras espécies de serpentes, como a cascavel. Fato comprovado através de testes de imunização diferenciada entre cobaias e que garantiu a base para a teoria da especificidades de soros de peçonhas, cuja autoria é de Vital Brazil (BENCHIMOL; TEIXEIRA, 1923, p.78-79; BRAZIL, 1941, p.105-106).

A chegada da peste no porto de Santos, em 1899, mobilizou a construção de um laboratório para a fabricação do soro antipestoso empregado no combate à epidemia que principiava. Vital Brazil foi alocado no novo instituto, na fazenda Butantan, onde iniciou um trabalho de propaganda no meio agrícola para aquisição de serpentes. Com os meios disponíveis e o apoio de Adolfo Lutz iniciou atividades no campo da profilaxia, terapêutica e pesquisa acadêmica no campo do ofidismo, algo que conferiu identidade e a marca de originalidade do Instituto, garantindo, também, produção significativa de soros específicos para o veneno de jararaca (soro antibotrópico), de cascavel (anticrotálico) e o soro misto (composto por quantidade igual dos dois soros). Porém, um longo caminho deveria ser percorrido por Vital Brazil e pelo novo instituto, pois faltava o reconhecimento da relevância do ofidismo no Brasil, algo que deveria ser superado através do comprometimento entre todos aqueles que tinham ligação direta e indireta com os problemas causados pelos envenenamentos. Na direção do Instituto Butantan, o médico empenhou-se em séria campanha para explicar a necessidade de métodos científicos para o enfrentamento do problema, sobretudo, no meio rural lugar onde ocorriam a maioria dos acidentes.<sup>257</sup> Firmou vínculos com proprietários rurais garantindo soros para aqueles que remetessem exemplares de serpentes ao Instituto, obtendo, nessa prática, estoques de matéria prima para o produto biológico (BENCHIMOL; TEIXEIRA, 1923, p.78-82; BRAZIL, 1941, p.106-107; MOTT, et. al. 2011).

Mesmo com a projeção relevante do Instituto, cuja direção estava nas mãos de Vital Brazil, e a identificação de um problema significativo no ambiente rural, com propostas viáveis para resolução, o fato é que o Butantan continuava com espaço restrito de atuação se comparado

---

<sup>257</sup> Vital Brazil elaborou ensaios estatísticos, mapeou áreas de incidência de acidentes, calculou número de mortes por envenenamento, fez campanhas pessoalmente, buscou desmascarar as práticas de cura arraigadas no imaginário popular, tudo isso para reunir dados para convencer autoridades políticas e rurais de que o problema do ofidismo merecia maior atenção, pois os acidentes comprometiam o trabalho rural, em um país eminentemente agrícola (BRAZIL, 1941). O livro *A defesa contra o ofidismo*, de sua autoria, tornou-se bibliografia básica para estudos da área, sobretudo, para quem buscava identificar os tipos de serpentes existentes e aplicação do soro antiofídico. Em 1910, o Ministério dos Negócios da Agricultura adquiriu 5 mil exemplares da obra (MOTT, et. al. 2011, p.89). Por ocasião da instalação do posto antiofídico no Maranhão foram remetidos para o estado 25 exemplares (MIRANDA, 1923a, p.15).

ao Instituto Oswaldo Cruz. Arthur Neiva, à frente do Serviço Sanitário de São Paulo em 1916, foi responsável por evidenciar essa questão exigindo da União tratamento igualitário para as duas instituições. Arthur Neiva questionou as regalias que o IOC desfrutava, como a isenção de impostos sobre produtos comercializados. Uma guerra declarada entre Carlos Chagas, diretor do IOC, e Artur Neiva, ambos ex-discípulos de Oswaldo Cruz, ficou estabelecida a partir dessas acusações, motivando, além de desacordos pessoais, estratégias de competição ostensiva por mercados para produtos biológicos, com a prática de inauguração de filiais. O Butantan conseguiu implantar cinco filiais nesse período, mas somente uma vingou, em Pelotas (RS). Enquanto isso, a filial de Maguinhos em Minas Gerais dava resultados significativos e a segunda filial, estabelecida no Maranhão, ensaiava seus primeiros passos. No meio disso tudo, faltavam recursos e apoio federal para concretizar a política ostensiva idealizada pelo dr. Neiva para o Butantan (expansão do Instituto e comercialização de produtos biológicos em igualdade ao IOC), com base no projeto de reforma sanitária do estado de São Paulo. Progressivamente sua política começou a render resultados, recursos foram autorizados e em 1919, em novas instalações, o Butantan comercializava mais de 100 produtos (BENCHIMOL; TEIXEIRA, op. cit.).<sup>258</sup>

Porém, em 1919, alegando que precisava cuidar da saúde, o médico que deu ao Butantan a marca do ofidismo, Vital Brazil, decidiu deixar a instituição e levou consigo a maior parte dos funcionários que trabalhavam na instituição. No mesmo ano fundou um instituto soroterápico no Rio de Janeiro, no município de Niterói, com incentivo do governo federal. Em uma perspectiva mais coerente ao contexto histórico-social da época, Benchimol e Teixeira (1993, p. 117-118), viram nesse fato uma forma encontrada por Vital Brazil para auferir lucros provenientes da comercialização de produtos biológicos, com maior autonomia, seguindo uma linha de expansão pelo país, e distante do perfil autoritário de Arthur Neiva. Afinal, a atitude do médico insere-se em uma época de “mercantilização da ciência”, que generalizou o comércio de produtos biológicos em escala industrial (Butantan, Maguinhos e laboratórios privados estavam em constante disputa por mercado) e que promoveu, ousado dizer, a “dessacralização”, das rotinas laboratoriais.

---

<sup>258</sup> Para entender como o ofidismo transformou-se na espinha dorsal do Instituto Butantan, instituição científica com reconhecimento nacional e internacional, algo que contrastava com precária estrutura física de suas instalações e o engavetamento de seus planos de atuação nos anos iniciais, ver estudo detalhado de Benchimol & Teixeira (1993). Trata-se de uma obra importante sobre os processos históricos que marcavam a diferença entre o Instituto Butantan e o Instituto de Manguinhos, criados à mesma época e com a mesma finalidade, mas que auferiam recursos e apoio político de forma diferenciada.

É compreensível eleger o argumento financeiro como justificativa para a saída de Vital Brazil do Butantan. Tenho em perspectiva os diferentes pretextos, nada idealizados, que motivam a atuação dos médicos, como aqueles que tenho retratado até aqui. Quero lembrar, inclusive, a dedicação de Cassio Miranda ao realizar cálculos sobre os futuros lucros proporcionados pela comercialização das doses da vacina antiofídica, produzidas no primeiro ano de funcionamento da filial do Maranhão, com base nas orientações da matriz que previa a autonomia do Instituto e suas filiais.<sup>259</sup>

O instituto que levou o nome de Vital Brazil responde a esse contexto. Acredito que a ligação deste pesquisador com o Maranhão também. Ao que parece não estava nos planos de Vital Brazil inaugurar um posto antiofídico no estado, mas ao saber que o Serviço de Profilaxia Rural estava sendo montado ali, aproveitou a “carona”. Nessa época, o médico vinha desenvolvendo uma política de expansão das atividades do jovem instituto com a fundação de postos antiofídicos pelo Brasil. O primeiro montado foi em Goiás, na localidade de Catalão, em 1920, e o segundo na Paraíba, no município de Campina Grande, em 1921. Existiam planos para instalação de um posto no Mato Grosso.

Ao saber que o Maranhão teria um Serviço de Profilaxia Rural Vital Brazil entrou em contato com Carlos Chagas, diretor do DNSP, para saber se existia a possibilidade de montar um posto antiofídico ali, sob a administração do SPRMA. Chagas consentiu e informou-lhe que o dr. Miranda estava com esse propósito, contava com um número significativo de serpentes reunidas e que poderia dirigir o posto nas dependências da filial do IOC ali montada.<sup>260</sup> Belisário Pena também foi consultado por Vital Brazil que aprovou a iniciativa. Por ocasião da viagem de Cassio Miranda até o Rio de Janeiro, em maio de 1920, foram esboçadas as linhas gerais do posto entre esses personagens, mas por falta de recursos imediatos a ideia não foi para frente (MIRANDA, 1923a, p.14).

Tais negociações foram detalhadas em carta de Vital Brazil (1923, p. 15-17) endereçada ao dr. Costa Rodrigues, diretor do SPRMA em 1921, na qual explicava de que forma estava contribuindo para a montagem do posto. Em primeiro lugar, o médico citou que sua proposta iria se harmonizar aos objetivos do SPRMA, pois deveria atender as populações dos ambientes rurais, maiores vítimas dos acidentes ofídicos. Em segundo, indicou que conseguiu a verba de 5 contos, junto ao governo federal, para a instalação do posto e mais 1 conto para

---

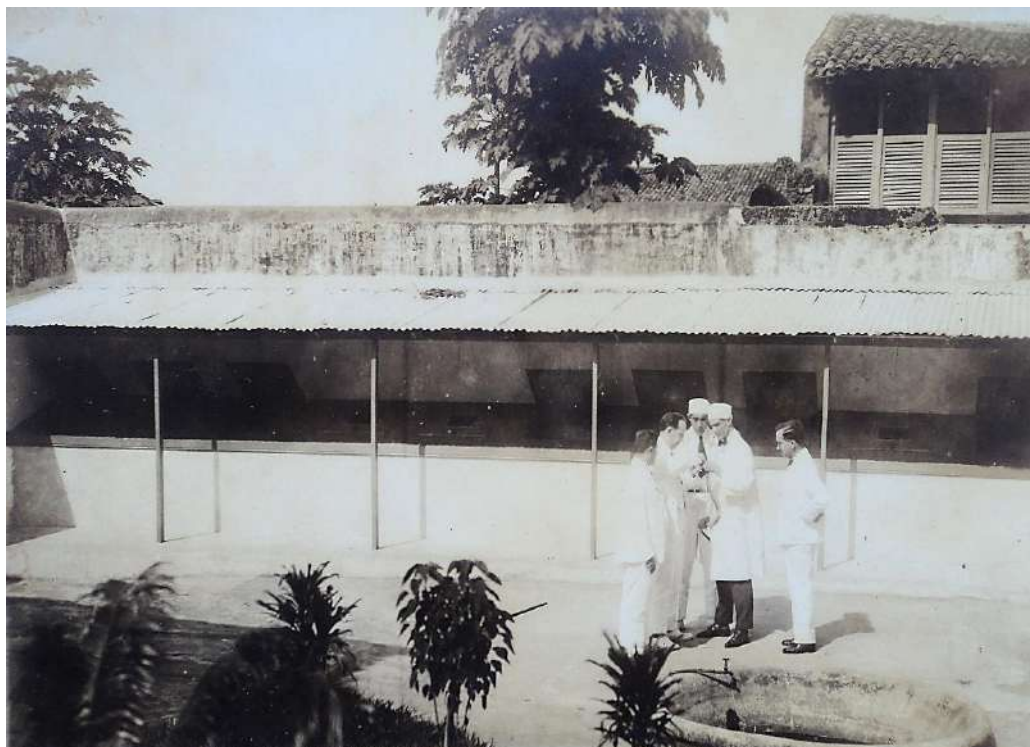
<sup>259</sup> C.f. p.314.

<sup>260</sup> É possível postular que a aproximação do Instituto Vital Brazil, perante a filial do IOC no Maranhão, viabilizada por Carlos Chagas, pode ter, inclusive, motivações pessoais para ter se concretizado. Afinal, era um contexto de ressentimentos recíprocos entre Chagas, do IOC, e Arthur Neiva, do Serviço Sanitário de São Paulo, enfraquecendo as possibilidades de aliança entre a referida filial e o Butantan.

manutenção mensal dele. Vital Brazil, inclusive, ficava responsável pelo repasse da verba ao diretor do SPRMA ou ao diretor da filial. Em terceiro lugar, comprometeu-se a enviar o material necessário para a instalação do posto (caixas para transporte de serpentes, impressos, livros de registros, laços para captura, folhetos para propaganda, soros para permutas, seringas, etc.) e o *croquis* para servir de modelo para construção do serpentário. Um compromisso de relevância também foi firmado: Vital Brazil iria enviar um funcionário, devidamente treinado em seu instituto, para auxiliar nas atividades do posto no tempo em que fosse necessário. Para a missão foi nomeado o técnico Benedicto Laurindo de Moraes, ex-funcionário do Instituto Butantan, que estava dirigindo o posto antiofídico do Instituto Vital Brazil no município de Campina Grande, na Paraíba.

Vital Brazil (1923, p.16) elaborou os termos do contrato firmado entre IVB, SPRMA e filial do IOC, e encaminhou uma tabela com as especificações técnicas sobre a dosagem dos materiais biológicos trocados. No geral, o documento determinava que através de um sistema de permuta o posto comprometia-se a remeter serpentes ao IVB em troca de soros antipeçonhentos ou dinheiro (seguindo preço tabelado para serpentes e veneno). Além disso, determinava que a coleta de peçonhas deveria seguir as normas ditadas pelo IVB visando o máximo de qualidade do produto biológico, dentre outras cláusulas.

Com sinalização positiva do dr. Costa Rodrigues e dr. Cassio Miranda, a verba foi liberada e iniciaram-se as obras de construção do serpentário, com base no modelo enviado por Vital Brazil, mas adaptado à estrutura do prédio da filial maranhense na rua Afonso Pena. O serpentário era um espaço coberto, semelhante a uma série de células de cimento armado, relativamente profundas e com tampos de madeira e tela para facilitar a respiração. Na única imagem desta seção da filial do IOC percebe-se que o instituto estava mal alocado, pois o serpentário ficava ao lado de residências, separado, apenas por um muro:



**Fotografia 49. O Serpentário. Extração de veneno** (Legenda original)  
 Fonte: MIRANDA, 1923a, p.24

Em outubro daquele ano chegaram os materiais remetidos pelo Instituto Vital Brazil, como ferramentas, caixas para transporte de serpentes, laços de captura, seringas, folhetos de instruções e, mais importante: as primeiras ampolas com soros antiofídicos. Um total de 25 ampolas para o veneno de jararaca (soro antibotrópico), 20 para cascavel (anticrotálico) e 24 de soro misto. Em um passo seguinte, foi obtida autorização da Estrada de Ferro São Luís – Teresina e das empresas de navegação fluvial *Lloyd Maranhense* e *Companhia Fluvial Maranhense* para o transporte deste tipo de carga no trem e nas embarcações. Em 1 de novembro o posto foi oficialmente inaugurado (MIRANDA, 1923a, p.18).

No dia 21 de novembro de 1921 chegou em São Luís o funcionário do IVB, Benedicto Laurindo, responsável pela instalação dos postos antiofídicos do norte do Brasil (MIRANDA, 1923a, p.41). De imediato seguiu-se um plano de divulgação das atividades do posto pelo interior do estado, sobretudo, nas regiões banhadas pelos rios Mearim, Pindaré e Itapecuru. O técnico ‘mal chegou’ em São Luís e, em 5 de dezembro, já foi encaminhado à sua primeira missão: percorrer localidades às margens da Estrada de Ferro São Luís-Teresina, para realizar demonstrações de captura e reconhecimento de serpentes, e uma propaganda detalhada

sobre a importância do soro antiofídico, as vantagens de usar essa técnica, formas de aplicações, condições de permuta com o posto, etc.<sup>261</sup>

Acredito que essa divulgação científica foi uma exposição mais pessoal sobre os conceitos reunidos no livro do médico Vital Brazil, intitulado *A defesa contra o ofidismo*. Nas viagens realizadas por Benedicto Laurindo foram apresentados, em especial, os tipos de terapêutica existentes para o ofidismo: tratamentos supersticiosos e empíricos, químicos-psicológicos, e o único com eficácia comprovada, o específico soroterápico. Na ocasião, o funcionário buscava romper, principalmente, com um sistema de crenças populares em torno da questão, que apregoavam diferentes técnicas ineficazes (rezas, ervas, bebidas alcoólicas, sucções, etc.) para tratar o envenenamento motivado por picada de cobra (BRAZIL, 1911, p.88-104).<sup>262</sup> Sem perder de vista, é claro, que o contato tinha a finalidade de coletar o maior número de espécies para os estoques e os possíveis lucros advindos com o sistema de permuta consolidado. O público, a quem se reportava, era formado por prefeitos locais e os principais agricultores da região, e as cidades percorridas foram: Estiva (região do Estreito dos Mosquitos)<sup>263</sup>, Rosário, Coroatá, Monte Alegre, Codó, Caxias e Flores<sup>264</sup>, tendo o técnico retornado a São Luís no dia 31 de dezembro daquele ano (MIRANDA, 1923, p.19).

No dia 11 de março de 1922 iniciou-se a segunda fase das expedições de propaganda do posto antiofídico. Benedicto Laurindo foi encaminhado para a região denominada “Baixada Maranhense”, área de confluência dos rios Pindaré, Mearim e Grajaú, e que sofria interferência das marés do Golfão Maranhense. A sudeste da Ilha de São Luís, atravessando a Baía de São Marcos, essa região é caracterizada pelo relevo plano e por terrenos rebaixados que formam campos extensos, com vegetação rasteira, propício para a pastagem de

<sup>261</sup> Não existem registros elaborados por Benedicto Laurindo sobre essas viagens. O que sabemos advém de um relatório produzido por Cassio Miranda (1923a).

<sup>262</sup> Até o ano de 1920, em periódicos locais, foram citados muitos anúncios de substâncias (como a loção “Dermol”) que prometiam o tratamento para envenenamentos ocasionados por mordedura de cobra. Concorrer com o uso dessas substâncias era um dos grandes desafios para consolidação do ofidismo como um problema a ser resolvido pela ciência. Por exemplo, em teor de propaganda científica uma reportagem no periódico *Pacotilha*, solicitada pelo dr. Miranda, explicou o papel da filial do IOC no combate ao ofidismo e as linhas gerais da permuta entre serpentes e soros: “[...] num país como o nosso, tão infestado de cobras venenosas esse estabelecimento [filial do IOC maranhense] não tem um papel de mera curiosidade científica, antes preenche uma necessidade iniludível [...]. À benzedura inútil, supersticiosa do curandeiro, aos velhos processos atrasados e até perigosos de sucção e remédios vários, sucedeu o processo do soro, seguro meio de salvar os picados pelos venenos dos répteis. Mas para obter esse resultado, é preciso prover de cobras o serpentário, é preciso que este não tenha deficiência de animais para o estudo e para a extração do veneno, necessário para a reparação do remédio. É, pois, urgente que os habitantes do interior, que são justamente os interessados em se preservarem dos ofídios, auxiliem o Instituto enviando cobras que apanhem, em troca das quais o mesmo Instituto lhes dará o soro antivenenoso. Essa permuta, único meio prático e que só a iniciativa particular pode conseguir é essencial, como se vê, ao combate ao ofidismo” (O SERPENTÁRIO, 1921, p.1).

<sup>263</sup> Canal que separa a Ilha de São Luís do continente.

<sup>264</sup> Atual município de Timon.



gado. Na época de chuvas, de dezembro a junho, o excedente hídrico forma uma grande bacia lacustre que, através do uso de canoas, é possível a conexão com principais lagos da região (FEITOSA, 2006, p.8-9).

Trata-se do melhor período para captura de serpentes, pois com a cheia nos lagos e interferência do curso dos rios os animais procuram abrigo nas elevações, nos “tesos”, incluso as serpentes, que permaneciam expostas em galhos da vegetação. Situação diferente se mostrava no período das secas em que os ofídios ficam mais dispersos e escondidos. Por ocasião da viagem do funcionário do posto antiofídico e sem empregar grandes esforços foram capturadas inúmeras serpentes, que foram levadas para a filial do IOC, para que alguns exemplares fossem remetidos ao IVB. Benedito Laurindo retornou da viagem em 8 de abril de 1922, após percorrer as cidades de Cajapió, São Bento, Pinheiro, São Vicente Ferrer, Viana e Penalva (MIRANDA, 1923a, p.19).<sup>265</sup>

Até o mês de junho de 1922 deram entrada no serpentário 1.226 cobras peçonhentas e não peçonhentas. Destas, 997 eram *Lachesis atrox* (surucucu), 94 *Crotalus terrificus* (cascavel), 5 *Elaps lemniscatus* (cobra coral) e 137 serpentes não venenosas. De todas as surucucus, 864 foram compradas pelo preço de 2\$000 cada, e todas as outras serpentes foram recebidas pelo sistema de permuta, em vias de consolidação com os fornecedores (MIRANDA, 1923a, p.21). Trata-se de um cenário bem diferente das semanas posteriores à inauguração do Posto antiofídico, quando a pouca variedade de serpentes, sobretudo, as venenosas era uma constante (O SERPENTÁRIO, 1921, p.1).

Uma das poucas descrições do Posto Antiofídico foi dada pelo Pe. Rogerio Dubois que foi convidado a visitar as instalações da filial do IOC em abril de 1922:

O Instituto possui uns 130 répteis e cada dia os caçadores aumentam a coleção. Se do Pará quisessem mandar uma sucuri ou surucucu creiam que a oferta será aceita de bom grado [...]. Cascavéis, jararacas, jararacuços, papa ovos, jiboias, caninanas, cobras verdes e pretas, todas vivem ali enrodilhadas sobre o cimento, agrupadas por famílias, sem promiscuidade de mau gosto [...]. O que menos me agrada é de ver o doutor pescar os répteis com um gancho e atirá-los sobre as lajes do quintal, onde rastejam assustadoramente e tomam ares de quem sabe armar botes. Alguns ofídios são jogados em um tanque em que nadam admiravelmente, e sorvem com delícia goles de água [...]. Arrancadas ao ergástulo<sup>266</sup> com um gancho as cobras são, entre o polegar e o indicador, agarradas pelo doutor que, apertando-as atrás da cabeça força-as a escancararem a boca, o que permite esgravatar-lhes as glândulas, que deixam pingar num recipiente o veneno. Devidamente preparado, este tóxico servirá à confecção dos soros antiofídicos. Imóveis e enroscados os répteis não dão sinais de vida, com

<sup>265</sup> Benedito Laurindo embarcou para Cajapió no dia 11 de março de 1922, mas regressou para São Luís dois dias depois. No dia 22 de março daquele ano viajou para São Bento e de lá percorreu as cidades citadas da Baixada Maranhense, ficando em missão até o dia 8 de abril quando retornou a São Luís.

<sup>266</sup> Cárcere, prisão.

exceção das cascavéis que raivosamente fazem tinar o seu chocalho, num matraquear rápido e sem fim [...] (DUBOIS, 1922, p.4).

Temos até aqui descrições que denotam a harmonia do serviço montado, afinal predomina a visão do dr. Miranda (1923a), em relatório oficial, interessado em dar ênfase nos aspectos positivos da empresa. Na prática, os meses iniciais do serviço foram marcados por problemas graves, como a morte de um funcionário do posto, o farmacêutico José Martins. O caso foi narrado no jornal *Pacotilha* que explicou que o funcionário foi mordido por uma jararaca de pequeno porte, no ato de extração do veneno e que, por pouco, não teria envenenado o dr. Miranda também. Apesar da rapidez na administração dos cuidados, com aplicações de soros específicos, José Martins veio a óbito. O dr. Miranda se posicionou afirmando que o farmacêutico tinha um problema cardíaco que complicou o caso de envenenamento e o evento nem foi descrito em relatórios posteriores (NECROLOGIA, 1922, p.4). Essa causa da morte foi a versão oficial mostrada no periódico, que não questionou a possível ineficácia dos soros produzidos (ou recebidos) na filial e nem a falta de pessoal treinado para a manipulação de animais perigosos.<sup>267</sup>

Cerca de um mês depois, novo incidente colocava o posto antiofídico na página do jornal *Pacotilha*. Uma cobra teria fugido do serpentário e foi encontrada na rua Afonso Pena, nas proximidades da filial do IOC. A reportagem afirmou que a cobra não era venenosa mas, mesmo assim foi morta por um homem que passava na ocasião (AS COBRAS, 1922, p.1). Nas edições seguintes do periódico o dr. Miranda não se posicionou sobre o caso. Mas um dado de realidade é que a filial estava mal alocada, pois encontrava-se próxima a residências, no centro urbano de São Luís.<sup>268</sup> Desde a montagem da filial o dr. Cassio Miranda reclamava sobre a necessidade de novas instalações para o instituto, em sede própria e devidamente planejada para os fins a que se destinava. No ano de 1922, por intermédio de Urbano Santos, a verba para a construção da nova filial foi liberada, um amplo terreno em região distante do perímetro urbano de São Luís foi cedido, e até cerimônia de lançamento da pedra fundamental do edifício foi feita, mas tudo não passou de retórica, imagens fotográficas e letra morta.<sup>269</sup>

<sup>267</sup> Tratava-se, realmente, de um serviço elevado de risco. O próprio Benedicto Laurindo, funcionário treinado há mais tempo no manejo de ofídios, foi mordido por uma serpente jararaca na filial do IOC. Na ocasião, foi socorrido pelos médicos Cassio Miranda e Luiz Vianna com o soro antibotrópico e se recuperou (UM ACIDENTE, 1925, p.1).

<sup>268</sup> A fotografia 20 demonstra a extração do veneno de cobra no serpentário da filial maranhense e dá uma ideia disso. Presumo que o local de armazenamento das serpentes estava próximo a uma residência (caracterizada por uma espécie de mirante ao lado, em local mais alto) separada apenas por um muro.

<sup>269</sup> Retornarei a esse tema no item 6.7 na qual será tratado o desfecho da “era do saneamento” no Maranhão.

Um ponto importante a ser mencionado, neste contexto de identificação de problemas na filial, é que o instituto até contava com número maior de funcionários em relação aos meses iniciais de funcionamento. Aos dois médicos (Cassio Miranda e Luiz Vianna) e ao servente, constantes no quadro de funcionários de 1919, somaram-se um médico (Heitor Pinto), um técnico especializado (Benedito Laurindo), dois serventes, um escriturário e um motorista.<sup>270</sup> Porém, os médicos contratados nem sempre estavam disponíveis para a filial. No final de 1920, por exemplo, o dr. Luiz Vianna foi encaminhado ao IOC para participar de curso de especialização em Microbiologia e Higiene e só retornou a São Luís no início de 1922. Nos primeiros meses desse ano, o médico Heitor Pinto ficou afastado do cargo na filial, pois solicitou licença para cuidar da saúde no Rio de Janeiro. Lá ficou à disposição do DNSP e atuou na Diretoria do Serviço de Profilaxia Rural do Distrito Federal. Retornou às atividades na filial maranhense em abril de 1922, mas em outubro do mesmo ano foi comissionado pelo SPRMA para dirigir o Posto de Profilaxia na cidade de Caxias, no interior do Maranhão. Por essas razões em vários registros em periódicos, que retratam os trabalhos do dr. Cassio Miranda, dão ênfase ao aspecto solitário de suas atividades, diante de tantas questões para resolver.<sup>271</sup>

Com esses fatos quero evidenciar que o número de funcionários da filial era reduzido para o projeto ambicioso que o dr. Miranda buscava consolidar na capital, através de quatro frentes de atuação: serviços laboratoriais (análise química e histopatológica), produção de vacinas, posto antiofídico e seção de vacina antirrábica, visando atender a população da capital, interior e outros estados. Além disso, sabemos que os anos de 1921 e 1922 foram marcados pela presença da peste bubônica na capital e em algumas cidades do interior do Maranhão, algo que mobilizou ações do SPRMA como um todo para atender as demandas. Mas ao que parece a peste não interferiu significativamente no projeto em curso liderado pelo dr. Miranda, afinal, quase dois meses depois do posto antiofídico outro segmento da filial foi inaugurado: a seção para o combate à raiva - a hidrofobia.

#### 6.4.2 A seção “Instituto Pasteur”

---

<sup>270</sup> Um requerimento emitido em 21 de julho de 1920, em nome da direção do IOC, e destinado à empresa de navegação Lloyd Brasileira solicitou que Cassio Miranda embarcasse com destino a São Luís portando bagagens e um automóvel (INSTITUTO, 1921).

<sup>271</sup> Por exemplo, o médico Achilles Lisboa (1921, p.1), maior crítico das ações do SPRMA, destacou que na filial do IOC do Maranhão “[...] este funcionário [dr. Miranda] está, para assim dizer, sozinho. Faltam-lhe auxiliares que o ajudem não só nos trabalhos comuns de laboratório, como também nas pesquisas, muito interessantes à ciência que o meio ali proporciona tentar”.

Em 20 de dezembro de 1921 foram iniciados os trabalhos na seção denominada “Instituto Pasteur”, e no dia 5 de abril foi disponibilizado o serviço de tratamento para raiva no primeiro paciente que procurou a filial.<sup>272</sup> Era primeira vez que no Maranhão um serviço dessa natureza era apresentado. Até então, o único meio para conter a doença era a eliminação dos cães de rua, através da distribuição de bolas de sebo envenenadas<sup>273</sup> ou um escasso serviço de recolhimento desses animais, realizado por fiscais da prefeitura que encaminhavam os cães para um matadouro. Em consequência da ineficácia de controle, em fins do século XIX, médicos inspetores reclamavam em relatórios endereçados ao governador e na imprensa local sobre a superpopulação de cães nas ruas de São Luís, e em algumas cidades do interior, como Caxias, Alcântara e Carolina, municípios em que foram registradas vítimas letais de cães hidrofóbicos.

Em 1901, após a morte de dois garotos que contraíram a doença de um cão errante, na capital, o inspetor sanitário Felicíssimo Fernandes (1902, p.12-13) cobrou do governador Colares Moreira providências para a questão, exigindo o sacrifício da população canina que circulava pela cidade, requisitando, também, que a única lei sobre essa questão fosse ampliada para o âmbito estadual. O inspetor referia-se ao Código de Posturas Municipais de 1893, sobretudo o artigo 192, cap. XXIII, título III, que proibia o trânsito de bois, cavalos, suínos, cães e outros animais considerados “daninhos” pelas ruas da cidade. Sobre os cães, a lei determinava que ao serem encontrados sem coleiras ou guias deveriam ser encaminhados ao matadouro. Na prática, a lei não funcionava.

O médico Victor Godinho (1904, p.136-137), por exemplo, quando esteve em São Luís ficou impressionado com a quantidade de cães soltos nas ruas e colocou esse problema em seu relatório, que foi encaminhado ao governador Collares Moreira, destacando a necessidade de superar as crenças populares que dificultavam a eliminação dos cães. Sobre essas ideias, consideradas por médicos como um entrave para a ciência, o leitor deve lembrar da antipatia que os moradores do Codozinho destinaram ao dr. Filogônio Lisboa (1922, p.3), bem como os argumentos empregados na absolvição dos cães, quando o médico sugeriu a matança desses animais do bairro, com vistas à profilaxia da peste bubônica e hidrofobia.<sup>274</sup>

---

<sup>272</sup> O serviço demorou a ser inaugurado devido a indisponibilidade de cobaias (coelhos) necessárias para o desenvolvimento do soro imunizador da raiva. Por duas vezes o IOC remeteu 16 casais de coelhos do Rio de Janeiro para São Luís com o objetivo de fazer uma pequena criação na filial maranhense, mas com a ausência de um local adequado para manutenção dos animais (biotério) registrou-se a morte dos coelhos, criados de forma improvisada, na varanda do prédio. Em novembro de 1921 Cassio Miranda viajou até a cidade de Caxias onde firmou contrato com um criador que passou a remeter 4 coelhos a cada mês para a filial. Além disso, compras avulsas pela capital foram realizadas após a propaganda do serviço (MIRANDA, 1923, p.9).

<sup>273</sup> Geralmente usava-se a estricnina, um produto tóxico utilizado como pesticida.

<sup>274</sup> C.f. p.336.

Apesar do alarde sobre a população canina a doença não era tão comum – ou não era tão notificada no Maranhão. Há registros esporádicos sobre mortes ocasionadas por hidrofobia, em documentos oficiais, nos primeiros anos do século XX. O médico Cassio Miranda (1923a, p.11) chegou a dizer que a raiva era uma doença rara na capital ludovicense ao observar somente 4 casos nos três primeiros anos em que residia no estado. Nos primeiros meses de funcionamento da seção antirrábica da filial registrou que a maioria dos atendimentos foi destinado a pacientes vindos do vizinho estado do Piauí que convivia com a doença. Inclusive, destacou que a Estrada de Ferro São Luís – Teresina poderia facilitar a entrada da doença no estado, daí a necessidade de eliminar os cães errantes.

Depois de um ano de funcionamento da seção, o dr. Miranda (1925, p.69-70) mudou de ideia, pois identificou que a maioria dos atendimentos foi destinada aos moradores de São Luís e do interior do estado, e registrou um quadro mais complexo para a situação da doença no Maranhão. Na verdade, por desconhecimento e ausência de notificações oficiais, produzidos em fins do século XIX e início do século XX, o dr. Miranda caiu em um erro muito comum entre as autoridades políticas e sanitárias da época: sugerir que o problema era sempre com o outro, o estado vizinho. Afinal, reconhecer formalmente uma doença, era assinar uma carta de confissão de um foco original e isso tinha sérias implicações sociais e econômicas para o estado (HOCHMAN, 2012, p.147-148). Frequente, ou não, no Maranhão daquela época, o fato é que a raiva era uma doença assustadora, milenar, constante no imaginário das populações e o alarde em relação à ela (e aos cães, maiores veiculadores da doença) era proporcional à gravidade do quadro sintomático que as vítimas apresentavam.

A raiva é uma doença infecciosa provocada por um vírus que se desenvolve no sistema nervoso central, atingindo as glândulas salivares. O vírus geralmente é mantido em um hospedeiro principal (cão, gato, homem, carnívoros selvagens ou morcegos) e a transmissão ocorre através da penetração de saliva infectada na vítima de mordedura. Os humanos acometidos pela doença, em estágio avançado, passam por grave sofrimento que só termina com a morte – daí o alarde perante a doença, mesmo com baixo índice de casos. A raiva produz grande excitação, dores de cabeça e estagnação dos músculos da respiração e deglutição (em consequência disso há produção de saliva em excesso)<sup>275</sup>, seguido de paralisia no corpo todo. Nos animais a doença pode se manifestar de forma violenta, imperando os sintomas de excitação e produção de saliva em excesso, mas também na modalidade contida, com sintomas

---

<sup>275</sup> Prevalece a dificuldade de engolir líquidos, algo que cunhou a doença como “hidrofobia”.

silenciosos, prevalecendo a paralisia dos maxilares (PARANHOS, 1907, p.283; BABBONI, MODOLO, 2011, p.350; TEIXEIRA, 1995, p.16).

A Louis Pasteur atribui-se a elaboração de um imunizante antirrábico que viabilizou o tratamento da doença. O feito, somado a outras conquistas do cientista e às pesquisas sobre a tuberculose do alemão Robert Koch, consagrou a microbiologia como paradigma na medicina, na organização institucional da saúde pública e em outras tantas áreas da vida humana. O método de “profilaxia da doença pós-mordida”, em 1885, incentivou a Academia de Paris a criar um estabelecimento vacinal contra a doença, algo que veio a se concretizar dois anos depois. A instituição tornou-se, em pouco tempo, um sólido centro de pesquisas biomédicas estendendo seu raio de atuação por várias localidades do mundo. Nesse contexto, no Brasil, surgiram vários “Institutos Pasteur” que trabalhavam disponibilizando o tratamento antirrábico. Experiências dessa natureza foram registradas no Rio de Janeiro, Pernambuco, Juiz de Fora, Porto Alegre, Santa Catarina e São Paulo. Porém, essas iniciativas não tinham qualquer ligação com o instituto parisiense e, com exceção do Instituto Pasteur de São Paulo, seriam, tão somente, institutos reprodutores da técnica delineada por Pasteur. Diga-se de passagem, o procedimento era relativamente simples, não utilizava materiais de custo elevado e nem instalações sofisticadas. Isso facilitou a criação de institutos e seções antirrábicas pelo Brasil desde o final do século XIX (TEIXEIRA, 1995, 21;23).

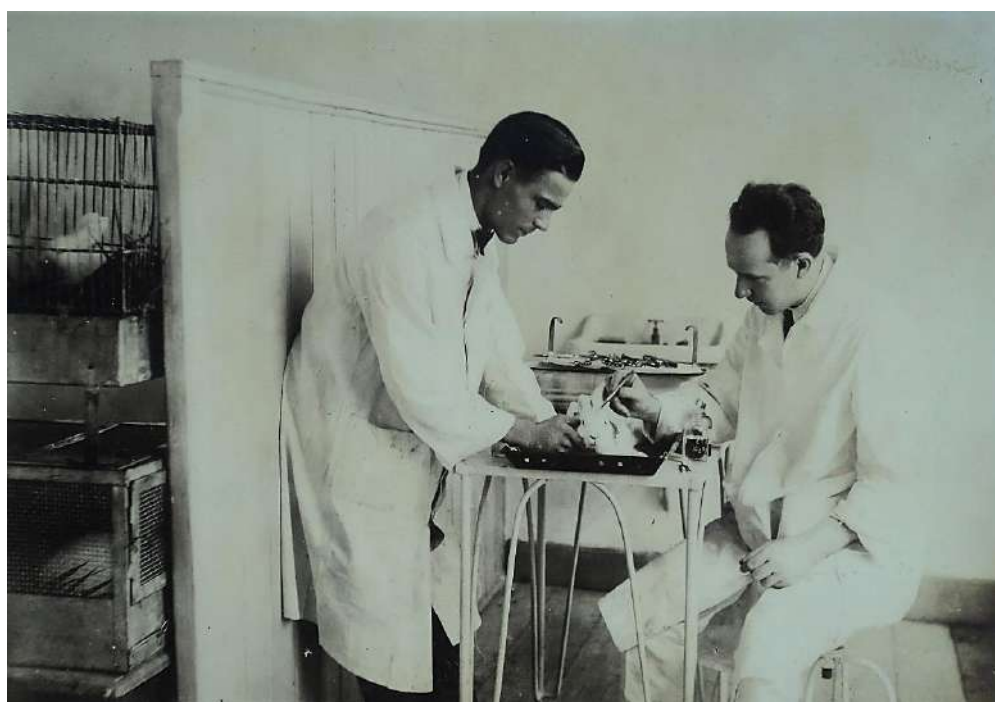
A experiência no Maranhão, sob a alçada do IOC, seguia a técnica desenvolvida por Pasteur, com algumas variações. O processo de imunização antirrábica elaborado por Pasteur, em linhas gerais, consistia na constante inoculação do vírus rábico em cérebros em coelhos, algo que gerava a mesma doença de forma aguda, mas com período de incubação menor (6-8 dias). Assim era obtido um “vírus fixo”. Em seguida, era extraída a medula dos coelhos inoculados e expostas em local seco para obtenção de um “vírus atenuado”. Com esse vírus era possível fabricar um produto biológico não contagioso que, ao ser injetado no organismo produzia anticorpos em velocidade maior que a ação do “vírus das ruas”<sup>276</sup>, proveniente do animal errante (PARANHOS, 1907, p.283-284; TEIXEIRA, 1995, p.19-20).

Algumas modificações na técnica, já realizadas por outros médicos na época, foram empregadas na filial do IOC do Maranhão. O primeiro coelho foi inoculado em 20 de dezembro de 1921, com um vírus fixo procedente do Instituto Pasteur de São Paulo. À técnica de Pasteur foi acrescentada a extração de medula pelo “processo japonês” (método Puscarriu), seguido de

---

<sup>276</sup> O “vírus das ruas”, proveniente do ataque de um cão raivoso, por exemplo, desenvolvia-se no organismo de um indivíduo em cerca de duas semanas.

dissecção da medula e conservação desta em glicerina (método Calmette).<sup>277</sup> No segundo coelho ainda foi utilizado o vírus fixo de São Paulo, mas do terceiro em diante foi utilizado um vírus fixo obtido nas dependências da filial do IOC (MIRANDA, 1923a, p.9). O método Puscariu foi desenvolvido pelo dr. Oshida em Tóquio e consistia na injeção de medula sob a dura mater dos coelhos, com agulha curta e incisiva e, em seguida, fazia-se a atenuação da medula infectada através do calor de 80° e 40°. O passo posterior era dissecção da medula e conservação em glicerina líquida (PARANHOS, 1907, p.285-286).<sup>278</sup> As medulas infectadas, que tinham período de incubação de 3-4 dias, eram utilizadas em pacientes em tratamento ordinário (com lesões em tronco e membros). As medulas com períodos de incubação de dois dias eram empregadas nos tratamentos intensivos (lesões no crânio e face, mais próximas do sistema nervoso central, portanto). A imagem a seguir mostra o dr. Cassio Miranda inoculando um coelho, sendo auxiliado, provavelmente, pelo médico Heitor Pinto:



**Fotografia 50. Processo de inoculação de coelho na seção Instituto Pasteur**

Fonte: MIRANDA (1923a, p.13)

<sup>277</sup> Segundo o médico do Instituto Pasteur de São Paulo, Ulysses Paranhos (1907, p.285), o método Calmette de conservação por glicerina era muito vantajoso, pois proporcionava a proteção do vírus por até 10 meses.

<sup>278</sup> Segundo o dr. Paranhos (1907, p.286), o método Puscariu era perigoso, pois devido a variação do calor poderia gerar inconstâncias no material obtido, culminando em acidentes. Além desse método, o dr. Paranhos cita que existia o método Hogyes, utilizado na Hungria, que consistia na diluição crescente de 1/10.000 e 1/100 de cérebros rábicos emulsionados em soro artificial.

Como disse anteriormente, após um ano de funcionamento da seção antirrábica o dr. Miranda (1925, p.67-69) apresentou um quadro mais grave sobre o problema da raiva no Maranhão. Em relatório, o médico apresentou dados sobre o ano de 1923 que registrou a presença de 78 pessoas em tratamento na filial do IOC. De forma didática isso significa que, naquele ano, essas pessoas foram submetidas a aplicações sistemáticas (injeções) do soro antirrábico, conforme a gravidade da situação e local de lesão, para desenvolverem anticorpos que combateriam o “vírus da rua” contido no organismo. Dessas 78 pessoas, 21 abandonaram o tratamento ao longo do ano. Foi notificado o óbito de uma pessoa em tratamento e o dr. Miranda identificou o ocorrido como “caso raro na ciência”, pois a vítima apresentou prazo mínimo de incubação da doença (15-16 dias). O tratamento era realizado, geralmente, em um prazo de 30 dias, e o óbito em questão veio após a 16ª aplicação de soro, sendo que a primeira injeção foi aplicada um dia após a mordida do cão hidrofóbico.<sup>279</sup> Das 78 pessoas em tratamento, 67 eram do Maranhão: 49 de São Luís, 6 de Brejo, 4 de Codó, 3 de Caxias - os municípios de Viana, Coroatá, São Bento, São José dos Matões e Barão de Grajaú registraram 1 caso em cada localidade. Do Piauí 11 pessoas estavam em tratamento (7 de Floriano, 3 de Teresina e 1 de Parnaíba).

Verifiquei que a propaganda do SPRMA estava chegando cada vez mais longe no estado. A cidade de Barão de Grajaú, de onde vinha um caso em tratamento na filial, fica a 652 km do centro de São Luís e, naquela época, o acesso era penoso, via estrada carroçável ou pelo rio Parnaíba até Caxias. De lá pegava-se um trem até São Luís. Dificultava a ausência de uma ponte férrea sobre o Estreito dos Mosquitos, canal que separa a Ilha de São Luís do continente, que só foi concluída em 1928. Quando os passageiros, vindos do sertão do estado, desembarcavam na Estiva, povoado próximo ao canal, teriam que pegar uma embarcação que seguia pela foz do rio Mearim, pelo Golfão Maranhense, até o porto de São Luís. Manifestar hidrofobia, bem como outras doenças graves, naquela época, era praticamente uma sentença de morte para os maranhenses. Isso sem falar nos outros tantos que morriam lentamente, vítimas das doenças endêmicas, sobretudo a malária e a ancilostomose.

Predominantemente os cães eram os animais que mais causavam acidentes rábicos no Maranhão. Utilizando os dados levantados na filial, o dr. Miranda encaminhou um projeto severo de regulamentação da população canina para a Prefeitura Municipal de São Luís. Neste,

---

<sup>279</sup> O médico fez questão de declarar que isso não era classificado como “insucesso real”, pois registros de fracasso só podem ser assim declarados após 15 dias do tratamento completo. O médico chama atenção para a gravidade das lesões da vítima (14 no total) distribuídas pelo corpo, incluso uma escoriação no pescoço que deve ter contribuído para o agravamento da doença em curso (MIRANDA, 1925, p.69).



continha dados técnicos, justificativas apoiadas na ciência médica e normas que, no geral, estabeleciam o registro obrigatório de todos os cães da capital na prefeitura, além do requerimento de aplicação de um imposto anual de 20 mil réis para cada animal cadastrado e a proibição de passeio de cães sem coleiras e guias. Em caso de descumprimento dessas normas, os cães errantes deveriam ser apreendidos e encaminhados ao extermínio urgente pelos fiscais da prefeitura. A justificativa para o imposto elevado, dada pelo dr. Miranda (1925, p.73), era que somente através do critério econômico dos proprietários de cães que poderia ser selecionado os animais úteis à sociedade. O extermínio rápido justificava-se como um meio para evitar a elevada taxa de reprodução desses animais. O projeto do dr. Miranda era extremamente detalhado, apesar de conter apenas 5 artigos e nele foram anexados modelos de ficha de registros, tipos de coleiras e guias, especificações de placas de identificação, etc. O projeto foi apresentado na 8ª sessão da Câmara Municipal, no dia 22 de junho de 1923 e tramitou sem morosidade até chegar ao vereador Gonçalves Pereira, que encaminhou para aprovação um regulamento substituto – bem diferente da proposta do dr. Miranda, aprovado sob a lei n. 334 de 26 de julho de 1923, norma que regularizou a situação dos cães na capital.

A nova lei estabelecia um imposto anual de 7 mil réis por cada cão, valor bem abaixo do prescrito pelo médico e, mais grave: determinava que o cão errante apreendido não deveria ser imediatamente exterminado e, sim, removido para um espaço onde aguardaria 24h por seu possível dono. Na prática, isso se tornaria mais um problema para a prefeitura resolver, pois não existia um lugar apropriado para a guarda desses animais. Quero chamar atenção para o fato de que as resistências aos preceitos sanitários, na questão dos cães, por exemplo, não ficaram restritas às camadas populares, taxadas pelos médicos da época como sentimentais, supersticiosas e ligadas às crenças que atrapalham o serviço da ciência. A resistência aqui se deu no campo da política e era apenas o primeiro embate entre o dr. Miranda e a Câmara Municipal.

Uma nova batalha judicial foi iniciada meses depois. Reivindicando a autoridade de diretor do SPRMA (que abrangia o Serviço Sanitário local), o dr. Miranda exigiu a participação de um “camarista”, indicado por ele, para representá-lo nas sessões da Câmara. Através do vereador Augusto Almeida a recém instituída lei n. 334 de 26 de julho de 1923 foi revista e encaminhada ao prefeito que decretou, em sua substituição, a lei n. 337 de 31 de agosto de 1923. No geral, a nova lei conferia responsabilidade ao SPRMA perante a veiculação das medidas para o controle da população canina de São Luís (MIRANDA, 1925, p.76-77). De fato, foi uma vitória para o diretor do SPRMA, algo que denotava seu poder político-decisório nas questões sanitárias da cidade. Mas não deixava de ser mais um problema para a alçada do

serviço federal, em um universo de questões cada vez mais complexo no estado. Na prática, a população canina que circulava nas ruas de São Luís não sofreu restrições, pois o alcance das ações do SPRMA e SSMA nesta seara e nos anos seguintes continuou limitado. Registre a ausência de funcionários específicos para a coleta e extermínio de cães e, sobretudo, problemas mais urgentes para resolver no campo da saúde pública, como a possibilidade de febre amarela na capital em 1923 e a expansão dos postos de atendimento pelo interior do estado.

### **6.5 A segunda expansão pelos sertões do Maranhão**

A epidemia de peste bubônica no Maranhão interrompeu a prática de expansão do SPRMA pelo interior do estado, que seguia um projeto de inauguração de postos de atendimento, e comprometeu o funcionamento daqueles que existiam. Por outro lado, a peste colocou em maior evidência a situação sanitária do sertão maranhense, escancarando a vulnerabilidade das regiões do interior, frente às doenças endêmicas e epidêmicas, além de dar visibilidade à ausência de serviços ligados à saúde pública e à medicina, quanto maior fosse a distância em relação ao litoral. Mas se no interior o serviço estava enfraquecendo, na capital o Serviço de Profilaxia Rural se consolidava a partir da estruturação física da empresa montada, registrando feitos importantes como a inauguração do Hospital Central da Profilaxia Rural e das novas especialidades da filial do IOC.

Em fins de 1922 estavam funcionando, apenas, os postos de São Luís, da Vila do Anil e Caxias. Os demais, situados nos municípios de Alcântara, Guimarães, Rosário, Cururupu e Viana estavam inoperantes, não continham médicos e medicamentos, pois os serviços de profilaxia foram direcionados para São Bento, Penalva, São Vicente Ferrer e a capital ludovicense, localidades vitimadas pela bubônica. Com o fim da peste o serviço de expansão para o interior entrou em nova fase, retomando de onde “parou” os trabalhos de estruturação dos atendimentos, com a proposta de realizar incursões médicas em povoados ao redor de cada posto inaugurado. Além disso, subpostos foram instaurados e, a partir de 1925, postos itinerantes começaram a circular por algumas estradas de rodagem no Maranhão (MIRANDA, 1925, p.180).

Nesse ínterim, o dr. Carlos Costa Rodrigues deixou a direção do SPRMA para atender ao chamado do dr. Carlos Chagas no DNSP, e saiu do Maranhão muito elogiado pelo êxito na campanha federal contra a peste bubônica. Seu cargo foi entregue ao dr. Miranda que

acumulou a atividade recebida à direção da filial do IOC e ao comando do SSMA, e seguiu à frente do SPRMA até o fim das atividades desta iniciativa federal no estado. Há que se considerar que alterações no quadro político do Maranhão também foram registradas nesse período, gerando instabilidades no serviço e o comprometimento do andamento de algumas atividades, como consequência, sobretudo, da morte do governador Urbano Santos em 1922. Apesar do político ter deixado encaminhada a situação administrativa do estado, com seus sucessores, o apoio político-financeiro ao SPRMA e, principalmente, à filial do IOC não se concretizou nos anos seguintes.<sup>280</sup>

A primeira providência da nova administração do SPRMA, relatada em relatório, foi o restabelecimento dos atendimentos no interior do estado. Apesar do otimismo do dr. Miranda (1925, p.179-180), registrei que alguns postos não voltaram a funcionar, pois foram reinaugurados, apenas, os postos de Caxias, Cururupu e Viana. A única inauguração, de fato, foi o posto no município de Pedreiras, em 1924. Além disso, o retorno das atividades nos postos foi marcado pela morosidade, justificada pelas distâncias que deveriam percorrer os funcionários do serviço para equipar a unidade com um mínimo de estrutura. Para o posto de Caxias, que deveria abranger regiões margeadas pela EFSLT e regiões ribeirinhas do rio Parnaíba, foi designado o médico Heitor Pinto. Para o posto de Viana, que tinha a finalidade de atender a região do vale do rio Pindaré, foi designado o médico Ângelo Leite. Para Cururupu, região norte maranhense, cujo raio de atuação se estenderia até a região do Turiaçu, no oeste do estado, foi direcionado o médico Ático Seabra, e para Pedreiras o médico eleito para ser diretor da unidade foi dr. Castro Rocha.

O posto de Caxias foi reaberto em outubro de 1922. O médico Heitor Pinto, que trabalhava na filial do IOC, foi comissionado para este posto que incluía a implantação de um Dispensário de Combate à Lepra e Doenças Venéreas, em anexo à unidade. Ao relatar os eventos ocorridos no ano de 1923 para o dr. Miranda, o dr. Heitor Pinto produziu um dos relatos mais sinceros sobre a ineficiência do serviço montado:

Imbuía-me o espírito a crença firme de que, pela dedicação e pelo esforço, pela obstinação e pela pertinência, trilhando sendas iguais àquelas que o êxito guiaram saneadores de nomeada, eu chegaria também a um fim auspicioso, contribuindo um pouco, como obreiro obscuro, para a vitória sobre os grandes males que anemiam a Nação transformando-a em um “vasto hospital”. Durante um ano de trabalho foi sempre aquele o meu credo e, até agora, ainda não esmoreci para não desmerecer. Mas, apesar de copiar aqueles métodos, procurando suprir com a força da fé e a energia da vontade a escassez de talento, **confesso constrangido que foi diminuto o resultado por mim colhido no combate às verminoses** (PINTO, 1925, p.197. Grifo meu).

<sup>280</sup> Retomarei esse assunto no tópico intitulado “O desfecho da ‘Era do Saneamento’ maranhense”, no item 6.7.

Seu desalento se dava pelo pouco alcance das medidas de combate à ancilostomose na região, limitadas à administração de pílulas de quenopódio em pessoas que, muitas vezes, não cumpriam o tratamento completo.<sup>281</sup> Além disso, o médico não conseguia colocar em prática determinações relacionadas à proteção do homem contra a doença e a proteção do solo contra os dejetos humanos. Afinal, convencer os habitantes do ambiente rural a construir fossas sépticas não era tarefa fácil, tendo em vista a escassez de recursos na região. Segundo o médico, a continuidade de seus serviços se dava, tão somente, pelo cumprimento sem questionamentos do regulamento do DNSP, no tocante ao SPR nos estados, e não uma confiança no sucesso da empresa.

Em setembro de 1923 o médico realizou a primeira incursão científica e de socorro pelos arredores de Caxias. Aliás, essa era uma determinação que se estendia aos demais postos, fruto das decisões da nova direção do SPRMA e como forma de ampliar o raio de atuação do serviço. Era um paliativo, pois temos que reconhecer que os médicos diretores de postos limitavam-se a fazer um estudo genérico sobre as condições do lugar, faziam um recenseamento dos leprosos, ministravam medicamentos contra malária e verminoses e fixavam seus atendimentos somente na unidade. Acredito que a determinação de explorar regiões vizinhas foi uma resposta a críticas direcionadas ao SPRMA que começaram a ser veiculadas nos periódicos locais sobre o pouco alcance do serviço no interior.<sup>282</sup> Na primeira excursão do dr. Heitor Pinto foram percorridos 472 km, montado a cavalo e em companhia de um guarda sanitário pela região norte do município de Caxias. As regiões denominadas Bebedouro e Caieiras, à margem da EFSLT, e regiões ribeirinhas do rio Parnaíba, como Barra do Riachão e Porto da Mata, foram identificadas como as mais carentes de serviços de saúde. Em consequência disso, com anuência de Cassio Miranda e auxílio financeiro do município de Caxias, foi inaugurado um subposto nas proximidades, no povoado chamado Usina Engenho d'Água (PINTO, 1925, p.203-202).

Os trabalhos no posto de Cururupu foram iniciados em janeiro de 1923 e o médico Ático Seabra foi comissionado para dirigir a unidade. Na verdade, o posto estava sendo reinaugurado, pois datava de 1921 sua instituição, seguida de várias interrupções no serviço. Teve como diretor o médico Clarindo Santiago, mas esse cargo alternou bastante até o fechamento do posto por ocasião da epidemia de peste bubônica no mesmo ano de sua inauguração. Os trabalhos do dr. Santiago foram severamente criticados pelo médico Achilles

---

<sup>281</sup> A ancilostomose era a maior preocupação do médico, mas foram verificados casos de malária, filariose e leishmaniose na região, além das doenças corriqueiras, como bronquites, gripes e escabiose.

<sup>282</sup> No item 6.7 citarei algumas dessas críticas, a maioria delas elaboradas pelo médico Achilles Lisboa.

Lisboa que encaminhou carta a Belisário Pena, expondo-a no jornal *Diario de S. Luiz*, com graves denúncias sobre a inoperância dos postos pelo interior do Maranhão, usando como exemplo, dentre outros, o posto de Cururupu.<sup>283</sup>

O fato era que, em 1923, o posto foi reaberto com nova direção. O município, pertencente ao litoral ocidental do estado contém um território de difícil acesso, chamado de “Reentrâncias Maranhenses”, formado por ilhas, baías e enseadas voltadas para o Oceano Atlântico. O dr. Seabra reconheceu que até 1924 ainda não havia conseguido alcançar essas reentrâncias e por isso concentrou suas atividades na parte mais continental da localidade. Não muito diferente daquilo que outros médicos encontravam pelo sertão do Maranhão identificou indivíduos com ancilostomose (a maioria dos casos), malária e úlceras (predominavam as de origem sífilítica). De início foi realizada uma divisão geográfica do município em 5 regiões, cada uma dirigida por um guarda sanitário, responsável por realizar o censo da localidade, distribuir material para exame de fezes e assistir o doente durante a ingestão do medicamento. Para os doentes identificados com sífilis foram administradas injeções de neosalvarsan e injeções mercuriais (SEABRA, 1925, p.209-211).

No ano de 1923 o dr. Seabra fez a primeira incursão pelos arredores de Cururupu e foi até o município de Turiaçu, pois vinha sistematicamente recebendo doentes no posto provenientes de lá. Trata-se de uma região distante de Cururupu, cerca de 400km<sup>284</sup> calculando-se a ida e a volta, e o médico ali permaneceu por 1 mês e 20 dias, no local onde fixou um posto temporário. Em Turiaçu recebeu muitos doentes vindos de um povoado chamado Morro, diagnosticando a grande maioria com malária, através de exame clínico somente, observando casos de esplenomegalia. Nos doentes com úlceras expostas, de origem sífilítica ou não, verificou que a gravidade dos casos se dava pela anemia dos organismos vitimados, também, por uncinariose, algo que dificultava a cicatrização das afecções de pele quando realizava-se o tratamento específico (SEABRA, 1925, p.215).

Em 30 de setembro daquele ano o dr. Seabra recebeu um telegrama do dr. Cassio Miranda solicitando uma nova missão, dessa vez no povoado “Redondo”<sup>285</sup>, nos limites do município de Turiaçu e próximo à foz do rio Maracaçumé. Região pertencente ao oeste maranhense a localidade possuía uma população de cerca de 1.500 pessoas, que ocupava-se da

---

<sup>283</sup> Voltarei a esta questão no item 4.6, ao tratar do desfecho da “era do saneamento” do Maranhão.

<sup>284</sup> Um trajeto menor deve ter sido realizado pelo médico, via povoado de Serrano do Maranhão, e de lá deve ter seguido embarcado pelo rio Turiaçu. Mas não é possível identificar qual caminho percorreu, algo comum quando analisamos algumas viagens realizadas pelos médicos da época. Afinal, vários núcleos habitados percorridos atualmente mudaram de nome, vias alternativas foram abertas, em especial as estradas de rodagem.

<sup>285</sup> Atual município de Cândido Mendes.

lavoura e da extração de ouro. No dia 1 de novembro daquele ano o dr. Seabra montou um posto temporário, mas só pode ministrar tratamentos um mês depois, com a chegada dos medicamentos remetidos pelo SPRMA da capital. Novamente, apenas exames clínicos diagnosticaram a quase predominância de casos de malária e no tocante às úlceras encontradas em doentes, a anemia causada pelas verminoses comprometia o tratamento dos indivíduos (SEABRA, 1925, p.216).

Uma das solicitações do dr. Miranda, na função de diretor do SPRMA, foi o levantamento do número de leprosos das localidades na qual os postos tinham abrangência. O dr. Seabra fez averiguações pela região percorrendo núcleos habitados como Colônia Amélia, Santo Antônio, Diamantina, Colônia Aberladina, Boa Vista, Jamary e Redondo. Além disso, buscou informações com moradores e concluiu que não existiam muitos casos da doença por aquelas plagas. Identificou 12 leprosos, todos com estágio da doença avançado, dispensando diagnóstico microscópico. Alguns foram medicados com óleo chalmogra e chegaram a demonstrar alguma melhora nas lesões, sobretudo, as faciais. Depois que a notícia da presença do médico pela região se espalhou, dois leprosos, denominados assim pela comunidade, se evadiram (SEABRA, 1925, p.217-218).

Sem dúvida o posto do município de Viana, na região chamada “Baixada Maranhense”, é o que menos informações existem disponíveis. O que se sabe é que em 1921 ali existiu um posto para atender a região do vale do Rio Pindaré, raramente citado nos periódicos locais. O governador Urbano Santos Costa citou a existência de um posto, especialmente voltado para o combate à ancilostomose, que atendia a região ribeirinha no ano de 1921, sob a direção da Fundação Rockefeller (MARANHÃO, 1922, p.35). O médico Cassio Miranda (1925, p.180) ao referir-se à política de restabelecimentos dos postos disse que a unidade de Vianna havia sido extinta e era necessário retomar suas atividades. Em outubro de 1923 o posto foi reinaugurado, sob a direção do médico Angelo Leite e os dados disponíveis referem-se, a apenas 3 meses de funcionamento, conforme relatório encaminhado pelo diretor da unidade ao dr. Miranda. Nesse período, além das atividades de atendimento a doentes (acometidos por malária, verminoses e sífilis) e alguns serviços ambulatoriais realizados (curativos), o médico percorreu os povoados de Tamancão, Livramento, Barreirinha, Muquiço, Praia Grande, Vinagre e Colheireira, mas não especificou as atividades ali desenvolvidas e nem um censo sobre os doentes (LEITE, 1925, p.219-220).

Um ano depois, em 1924, o município do interior eleito para sediar um posto do SPRMA foi Pedreiras, na parte central do estado, especificamente, na região atualmente compreendida como Médio Mearim. Comparando às experiências anteriores acredito que esta

foi a investida mais ousada do serviço federal no interior do estado por três razões: primeiro, porque em relação à capital foi o lugar mais distante em que foi instalado um posto fixo (280 km). Em segundo lugar, ali prevalecia uma dificuldade de acesso (somente por navegação pelo rio Mearim) e por fim, porque pretendia-se realizar além dos atendimentos comuns aos postos de profilaxia, a reorganização completa do serviço sanitário do município.

Para dirigir o posto de Pedreiras foi nomeado médico inspetor o maranhense José Maria de Castro Rocha, formado pela Faculdade de Medicina da Bahia e que há cerca de três anos havia voltado para terra natal. Anterior ao SPRMA o dr. Castro Rocha atuou na Santa Casa de Misericórdia e em consultórios particulares. Escreveu vários e densos artigos para o jornal *Diário de S. Luiz* relatando sua experiência em Pedreiras, intitulando-os de “Penetrando o *Hinterland*”.

No dia 6 de outubro daquele ano uma comitiva formada por Castro Rocha, Cassio Miranda, um microscopista, um escriturário, dois guardas, dois enfermeiros e um servente partiram para Pedreiras, com o intuito de inaugurar um posto de atendimento de doenças rurais e um Dispensário de Lepra e Doenças Venéreas, algo que se concretizou no dia 12 daquele mês. Segundo o jornal *Pacotilha* Cassio Miranda acompanhou pessoalmente a comitiva para ter uma ideia mais aproximada das dificuldades existentes para acessar regiões mais distantes pelo rio Mearim, em direção ao centro e ao sul do estado. Viagem demorada, penosa, em trechos assoreados, que complicavam o trânsito de passageiros e o escoamento de mercadorias da região há séculos. Esses fatores contribuíam para o isolamento de várias regiões do estado, acessadas exclusivamente pelos rios, algo que se agravava com o descaso dos dirigentes políticos, com olhos voltados para o litoral, que não colocavam como prioridade a manutenção dos canais de navegação fluvial do estado (O SANEAMENTO, 1924, p.1).

O dr. Castro Rocha relatou no *Jornal Diario de S. Luiz* sobre esse “esquecimento” político, que culminaria na falência desse rio e da população que o margeava:

O Mearim, se algum dia foi lembrado, esse recuado pelo tempo, não mais apresenta vestígios. Observa-se ali, o entulho que mortifica aos poucos e, em breve, paralisará a navegação dos grandes barcos; uma avalanche que desce a perturbar o curso natural da grande via; e, assim, obstruído, apenas servirá de adereço à nossa carta nosográfica, porque falece o transporte que há facilitado, perde seu valor econômico, extingue-se de vez depois de tantos sacrifícios, preso da própria utilidade que é o destino fatal das coisas injuriosas (ROCHA, 1925a, p.1).

Segundo Cassio Miranda (1925, p.4), em discurso de inauguração do posto, a unidade ali se justificava devido a necessidade de combate às endemias rurais na parte mais central do estado. Almejava-se atingir os ribeirinhos do médio Mearim, afetados por doenças

que comprometiam o desenvolvimento de uma região produtiva e povoada como aquela. Além disso, o município estava próximo a São Luiz Gonzaga e Bacabal, localidades que constavam na lista de interesses para montagem de subpostos nos anos seguintes. Foi firmado com a prefeitura de Pedreiras um acordo para que o dr. Castro Rocha dirigisse o serviço de higiene da localidade, além do posto de combate às doenças rurais. Com isso uma ampla gama de serviços deveria ser colocado em funcionamento, como a secularização dos cemitérios, a revisão das posturas municipais relacionadas à higiene, o combate à hidrofobia com a captura de cães errantes, a organização do boletim sanitário e uma infinidade de outras atribuições (MIRANDA 1925, p.4).

Nem precisamos de muito esforço para lembrar das dificuldades que médicos diretores, em outros postos pelo interior do Maranhão, tiveram ao penetrar o *hinterland* maranhense para prestar assistência a doentes acometidos por malária, verminoses e úlceras, ou as três doenças juntas, como era comum. Imagine tendo uma responsabilidade maior, com restrito número de funcionários, como foi caso da experiência em Pedreiras? Em relatório encaminhado ao dr. Miranda, exposto no *Diario de S. Luiz* em várias edições do mês de abril e maio de 1925, o dr. Castro Rocha contou que as atividades de combate às endemias rurais foram realizadas com muita dificuldade e, do mesmo modo, seguiu o serviço de higiene do município. Fora isso, nos primeiros meses de sua função o médico ‘caiu’ doente motivando a ida do dr. Clarindo Santiago até Pedreiras, no mês de dezembro de 1924, para socorrê-lo. No mês de março o dr. Rocha ainda estava se recuperando e foi até São Luís para cuidar da saúde ainda combalida.

Apesar das dificuldades, e até um otimismo em seus escritos sobre a continuidade do serviço naquelas plagas, uma das poucas atividades realizadas foi um censo dos habitantes que concluiu que ali existiam 2.118 pessoas, em 529 habitações. Além disso, doentes de malária, verminoses e sífilis foram tratados, e leprosos foram recenseados. Entre os empecilhos que impediam a viabilidade de ações de saúde pública (como a construção de fossas sépticas nas residências, por exemplo) que contava com o apoio da prefeitura, e dificuldades para atender uma demanda crescente de doentes de malária vindos das mais distantes regiões banhadas pelo rio Mearim, o posto e o dispensário ali montados sobreviveram até o ano de 1926.<sup>286</sup> No ano de 1927 essas unidades do SPRMA já não constavam na lista de postos

---

<sup>286</sup> Após os registros do médico Castro Rocha, publicados no ano de 1925 no jornal *Diario de S. Luiz*, não há mais notícias das atividades desenvolvidas no Posto de Pedreiras. Em 1927 o médico aparece atendendo em consultório particular em São Luís, prestando eventuais atividades no SPRMA e participando de bancas de seleção na Faculdade de Farmácia e Odontologia, ao lado de Cassio Miranda e Djalma Marques.



atuantes, incorporada ao discurso do atual governador Magalhães de Almeida (MARANHÃO, 1927, p.19). Na verdade, pouquíssimos postos sobreviveram nos anos seguintes.

Quero chamar atenção para um ponto importante que marca uma diferença entre ideias do dr. Castro Rocha e os demais médicos que filiaram-se ao movimento pelo saneamento rural no Maranhão. Apesar de aderir ao SPRMA, sendo comissionado para executar atividades longe da capital do estado, sendo impactado pelas dificuldades prevalentes em uma região com poucos recursos, o sertão e os sertanejos não foram compreendidos pelo médico somente a partir do binômio “abandono e doença”, como muitos retrataram desde a chegada da iniciativa federal em 1918. Usando argumentos elitistas, que enaltecem a ideia de civilização e de tutela dos mais pobres, mas sem recair em idealizações sobre o lugar, reconhecendo, como tenho dito, as dificuldades ali existentes, o dr. Rocha identificou no sertão uma sociedade culta, afeta às gentilezas e apegada ao território distante do litoral. Destacou que é um erro afirmar que o interior do estado é integralmente formado por analfabetos:

Devemos separar o joio do trigo. Em verdade, a população pobre não tem e nem pode ter atavios de gente civilizada. Nem por isso temos o direito de incluir na força maior, a pequena corrente dos lúcidos, porque de fato os há em qualquer meio, pequeno ou grande, facilitando de alguma sorte o levantamento da terra. Pedreiras está nesse caso. Do contrário, quem nos ajudaria a empresa? O sertanejo, desconfiado e analfabeto dificilmente havia de nos conceder entrada em seu lar não fosse o exemplo do mais civilizado, ainda que para ganhar confiança empregássemos os mais diferentes usos de convicção (ROCHA, 1925b, p.3).

Trata-se de evidenciar outro aspecto do interior do Maranhão, à época local onde habitavam, também, letrados como o geógrafo e historiador Parsondas de Carvalho e a professora e escritora Carlota Carvalho, por exemplo, que produziram importantes estudos políticos, geográficos e socioculturais sobre a região, e que ganharam certa projeção no estado e na capital federal. Por isso, as análises do historiador Pacheco Filho (2011; 2014) referem-se às regiões do centro e sul do Maranhão, cortadas por rios que desaguam no Golfão Maranhense, como “um sertão de águas e letras”, e não apenas um repositório de “abandono e doença” como viam os médicos que trabalhavam no saneamento rural do estado. Nessa lógica, os registros produzidos pelos profissionais do SPRMA deram início àquilo que o jornal *Pacotilha* chamou de “nova fase do conhecimento científico do nosso sertão” (SERTÃO, 1922, p.1).

Devido todas as dificuldades enfrentadas para manutenção de postos e dispensários, frutos da segunda expansão do SPR pelo interior do estado, registrou-se a falência dessas unidades nos anos seguintes. Em 1926, como citei, o posto de Pedreiras fechou as portas, e as unidades de Caxias, Vianna e Cururupu resistiram até fevereiro de 1928, conforme apontou o

governador Magalhães de Almeida (MARANHÃO, 1929, p.19). Na capital, em 1924, o posto da Vila do Anil, que mantinha um raio de atuação por regiões longínquas da Ilha de São Luís encerrou suas atividades, deixando como opção para o tratamento de moléstias rurais apenas o Posto de São Luís, o Hospital Central da Profilaxia e alguns Dispensários de Lepra e doenças venéreas, com atividades bem restritas.

Estava em vigência a administração do governador Magalhães de Almeida que aplicou sucessivos cortes no orçamento no SPRMA e que, contraditoriamente, anunciava em suas *Mensagens ao Congresso do Estado* a necessidade de manter o serviço e a importância das atividades de saúde no interior e na capital Maranhão, visando o fortalecimento do Brasil, via restabelecimento da saúde de seus habitantes. Após a extinção dos postos pelo interior, nos meses seguintes, entre os meses de fevereiro a novembro de 1928, nada foi feito para oferecer algum tipo de assistência aos doentes de moléstias rurais nos sertões do estado.

Em dezembro daquele ano uma nova prática foi adotada: foi criado um posto itinerante que, ao longo do ano de 1929, deveria percorrer estimados 1.903km. O posto itinerante era um caminhão na qual viajavam um médico, um enfermeiro e um motorista que permaneciam temporariamente em uma cidade do interior. No ano de 1929 o médico Filogônio Lisboa atuou como médico/diretor do posto móvel, ministrando consultas, administrando medicamentos, vacinações e matriculava os atendidos no serviço federal. No ano de 1930 o médico comissionado para atuar no posto itinerante foi o ex-diretor do Posto de Cururupu, o dr. Ático Seabra (MARANHÃO, 1929, p.19-20).

Também neste ano três subpostos foram inaugurados, um no município de Flores (atual cidade de Timon), um em São José dos Matões e outro em Carolina. No ano de 1929 o caminhão percorreu os municípios de Coroatá, Pedreiras, Barra do Corda, Carolina, Riachão, Balsas, Loreto, Mirador, Picos, Codó, Guimarães, Turiaçu, Dom Pedro, Pastos Bons, São João dos Patos e inúmeros povoados, como “Redondo”, “Enjeitado” e Nova York. Medidas emergenciais também foram adotadas, como a ida do caminhão para São Bento, Cajapió, Imperatriz, Grajaú, por solicitação de prefeitos locais que teriam observado casos de “febres”. Durante o ano de 1929 foram matriculados no serviço 14.317 pessoas, 188.061 consultas foram ministradas e 6.336 pesquisas de laboratório foram realizadas no posto móvel. Além de levar tratamento para doentes acometidos pelas moléstias rurais, outra função desta iniciativa era a realização de campanhas educativas, como a entrega de panfletos com preceitos da higiene, atingindo o máximo de localidades possíveis, distribuindo atendimentos para pessoas que nunca se beneficiaram de um serviço médico (MARANHÃO, 1930, p.20-21).

Apesar de atingir um número maior de municípios é evidente que a iniciativa era um “arremedo” de serviço de saúde, de um sistema que estava em processo de falência. Era um paliativo improfícuo, pois endemias rurais necessitam de tratamento sistemático e não esporádico, com a verificação da ingestão adequada de medicamentos pelos pacientes, cuidados ambulatoriais, orientações higiênicas e assistência constante dos profissionais da área médica, em localidades de difícil acesso em que a informação sobre a presença de um posto móvel de atendimento médico na cidade nem sempre chegava em tempo hábil.

O registro cartográfico a seguir, datado de 1929, apresenta a abertura de vias terrestres do estado e foi assinado pelo engenheiro José Abranches Moura, da Secretaria de Estado do Interior. Com pontos amarelos destaquei no mapa as localidades atingidas pelo SPRMA através da reinauguração de postos (fixos), na segunda fase de expansão pelo interior do estado. Os pontos em azul referem-se aos subpostos inaugurados. Em comparação ao mapa 4 percebe-se que nessa segunda fase a iniciativa federal alcançou pontos cada vez mais distantes do interior do estado:



alto sertão do Maranhão, ao lado do então governador do estado, Magalhães de Almeida e fez anotações importantes sobre a geografia do lugar e os costumes da região, algo que foi publicado em livro/relatório. Foi uma viagem épica, ousado dizer, pelo interior, que durou (apenas) cinco dias, e que tinha por objetivo avaliar as condições das estradas do estado, observar aquelas que haviam sido inauguradas recentemente, visando propor alternativas para superação do isolamento geográfico de regiões do interior. Além disso, não deixava de ser um tipo de propaganda política do então governador.

À bordo de dois automóveis Clarindo Santiago, Magalhães de Almeida, seu irmão Arthur Magalhães de Almeida, e dois motoristas saíram de São Luís com destino à cidade de Balsas, através das chamadas “estradas de rodagem”, que eram caminhos de chão de terra batida, que levavam ao sul do Maranhão e demais regiões do estado.<sup>287</sup> Em discursos oficiais datados da época que foi governador, Magalhães de Almeida destacou a importância da abertura dessas estradas para a circulação dos postos de profilaxia rural itinerantes, proposta emergencial para minimizar a situação diante da falência de vários postos fixos, a partir de 1924, como foi dito aqui.

## 6.6 Fundação Rockefeller no Maranhão

No capítulo anterior indiquei que o “plano de salvação nacional” delineado para o Maranhão, na lógica do movimento pelo saneamento do Brasil rural, se dava através de três frentes: do SPRMA, da filial do IOC e, de forma menos intensa, da Fundação Rockefeller. Situei, também, as características gerais desta instituição e seu interesse em promover ações de saúde em países considerados periféricos. No Brasil, os médicos da *International Health Board* (IHB) chegaram em 1915 focados no combate à ancilostomose, mas a partir de 1920, seguindo uma reorientação de objetivos, passaram a se envolver, mais decisivamente, com o combate à febre amarela. Segundo Benchimol (2001, p.113) a mudança de objetivo da iniciativa norte-

---

<sup>287</sup> Passaram pelas cidade de São Luiz Gonzaga, Curador, Coroatá, contornaram o rio Corda, passaram por Carolina em direção a Riachão até chegarem em Balsas, cerca de 1.000km percorridos, presume-se. De lá, Sul do Maranhão, seguiram mais 600 km até Codó, leste do estado, onde pegaram o trem com destino à São Luís. Em narrativa, o médico conta os percalços da viagem, como o cansaço dos viajantes que motivava o revezamento da direção entre todos os passageiros, inclusive, o governador. Narrou os problemas mecânicos com um dos automóveis, evento que atrasou a viagem que lhes obrigou a trafegarem durante a madrugada, e a tensão por andarem em territórios indígenas, algo que exigia que andassem com espingardas (SANTIAGO, 1929).

americana tem a ver com as resistências de alguns sanitaristas brasileiros que, à época, desenvolviam dinâmicas próprias de combate às verminoses e outras endemias rurais.

Após a consolidação do SPRMA em São Luís e sua expansão pelo interior do estado a Fundação Rockefeller passou a atuar no Maranhão de forma mais intensiva, como parte de uma campanha nacional voltada para o combate à febre amarela no ano de 1923, resultado de um acordo entre o DNSP e a Fundação que abrangia regiões do norte e nordeste do país. Apesar dessa campanha ter iniciado naquele ano documentos oficiais indicam que desde 1918 foi firmado contrato entre o governo do Maranhão e a Fundação, após a solicitação do Ministro da Justiça e Negócios Interiores, Urbano Santos (MARANHÃO, 1920; FERNANDES, 2003, p.94-113). Após meses de atraso, em dezembro de 1919, o contrato começou a sair do papel, pois naquele mês desembarcou em São Luís o médico norte-americano Lewis W. Hackett, coordenador dos primeiros trabalhos da Fundação Rockefeller no Brasil, desde setembro de 1916 (PARTIDAS, 1919, p.4). O dr. Hackett, em anos anteriores, já havia acumulado experiências positivas no combate a endemias rurais, trabalhando para Fundação Rockefeller no combate à ancilostomose e malária no Panamá, na Guatemala e em Honduras (FARIA, 1995, p.116).<sup>288</sup>

Em São Luís o dr. Hackett contratou o médico maranhense Ático Seabra para ser o representante da Fundação no estado e para atuar no primeiro posto, na localidade chamada Maioba, interior da ilha de São Luís.<sup>289</sup> O posto foi inaugurado no sítio chamado Veneza, em julho de 1920, e funcionou de forma autônoma em relação ao SPRMA, desenvolvendo ações voltadas para o combate à ancilostomose e à malária. Antes da unidade ser inaugurada o dr. Ático Seabra, realizou várias incursões médicas pelo interior do estado, financiado pela Rockefeller. Percorreu localidades margeadas pelos rios Itapecuru, Pindaré e Mearim estudando a intensidade das endemias rurais nas populações, as condições de vida destas e chegou a medicar cerca de 500 pessoas (A SAÚDE, 1920, p.4).

---

<sup>288</sup> Julgo importante pontuar que são escassos os registros sobre a atuação da Fundação Rockefeller no Maranhão, sobretudo, no tocante à fase inicial dos serviços entre 1918-1921. O que se sabe é que o governador Urbano Santos firmou contrato com a instituição em 1918. Porém, são inexpressivos os registros sobre essa presença norte-americana no campo da saúde do estado em periódicos locais e documentos oficiais do governo. Raramente foram divulgadas notícias sobre a atuação do dr. Ático Seabra, representante da filantrópica instituição, como era referida a Fundação Rockefeller, no Maranhão. No *Rockefeller Archive Center* constam simplificadas informações sobre essa presença no estado. Eventualmente esses documentos apontam investimentos gerais destinados à região nordeste. As maiores informações sobre a Rockefeller no Maranhão constam em relatório produzido pelo dr. Cassio Miranda (1925, p.79-93) que retrata os aspectos iniciais da campanha contra a febre amarela de 1923, apresentando os termos que regulavam o contrato entre o DNSP e a Fundação, a Ata de Inauguração do serviço no estado e as características gerais da campanha de 1923-1925.

<sup>289</sup> Ver mapa 3.

Ao que tudo indica, o posto da Maioba não durou muito tempo, pois sumiu dos registros no final daquele ano. Em 1921 o dr. Ático Seabra foi nomeado diretor de um novo posto da Fundação Rockefeller, dessa vez no município de Vianna, que tinha por finalidade atender ribeirinhos do rio Pindaré (MARANHÃO, 1922, p.35). A iniciativa durou apenas aquele ano, pois segundo Cassio Miranda (1925, p.180), o posto foi extinto por ocasião da peste bubônica que grassou em São Bento e adjacências entre os anos 1921-1922, e só foi reaberto em 1923, sob a administração do SPRMA na segunda expansão pelo interior do estado. Após perder o vínculo com a Fundação o dr. Ático Seabra foi absorvido pelo quadro de funcionários do SPRMA e participou mais decisivamente da segunda fase de expansão do serviço federal pelo interior do estado, sendo nomeado para dirigir um posto no município de Cururupu, da qual já tratei.

Essas informações sobre a Fundação Rockefeller referem-se a uma fase efêmera e incipiente, sem grandes investimentos, de tentativa de estabelecimento da instituição no estado, que reflete uma prática comum da instituição nos seus primeiros anos no Brasil: deixar em segundo plano os estados mais necessitados de serviços médicos para dar atenção especial a regiões do Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo que registraram avanços mais significativos. Tais estados, através de acordos de cooperação, ofereceram maior ajuda técnica e financeira para viabilizar as ações de combate às endemias rurais financiadas pela Rockefeller (MAGALHÃES, 2016, p.66). A maioria dos estados pobres, como os do nordeste brasileiro, não conseguia usufruir do apoio científico e financeiro da fundação até por volta de 1920, quando o DNSP começou a cooperar com parte dos custos da atuação dos norte-americanos no país.

Além disso, era necessário que existissem determinadas condições para a instalação da Fundação em uma cidade, como o pacto político das oligarquias reinantes para obter aprovação dos programas a serem desenvolvidos, além de um sistema de saúde relativamente organizado. Faria (1995, p.127) destaca que, paradoxalmente, o “atraso” da região nordeste do Brasil deixava os seus estados em uma “lista de espera” da ajuda norte-americana. Um exemplo disso pode ser observado através da verba inicial da Fundação Rockefeller destinada aos trabalhos no Maranhão, registrada para o ano de 1918, que foi de US\$ 2.500,82. Trata-se de um valor bem abaixo em relação àquele direcionado para os trabalhos em São Paulo, à mesma época estipulado em US\$ 32.624,72. A quantia só não era menor que aquela direcionada ao estado da Bahia, nomeada como “pequeno auxílio”, no valor de US\$ 463,01.<sup>290</sup>

---

<sup>290</sup> Rockefeller Archive Center, Série 305, Brasil, Lewis Hackett. Informação constante em carta de Chase Andrews à Lewis Hackett indicando os gastos da IHB entre os anos 1918 e 1919 (ARQUIVO ROCKEFELLER,

Após ter sido extinto o posto da Fundação Rockefeller no município de Viana, provavelmente em 1921, a iniciativa norte-americana só voltou ao estado em dezembro de 1923, sob novas orientações. Daí em diante, a Fundação marcou presença no Maranhão através de quatro campanhas até 1929.

Em 1923 surtos de febre amarela eclodiram pelo nordeste brasileiro, sobretudo na Bahia, Alagoas e Ceará. Os demais estados da região nordeste passavam a ser vistos como potenciais vítimas da doença, algo que deu maior força à ideia de sanear definitivamente toda a região (MIRANDA, 1925, p.92). Em consequência disso, o governo federal passou a formalizar os acordos que já vinha mantendo com a Fundação Rockefeller no campo da saúde e do ensino da medicina. Foi assinado um tratado de cooperação entre o Brasil e a instituição norte-americana, o decreto n.16.000, de 31 de dezembro de 1923, que delegou à Junta Internacional e ao DNSP a responsabilidade conjunta relativa à execução dos serviços de profilaxia da febre amarela nos estados do norte e nordeste do Brasil. Liderada pelo médico norte americano A. W. Walcott a campanha viabilizou postos de atendimento em uma região que começava em Manaus e se estendia pelo litoral nordestino até Salvador (BENCHIMOL, 2001, p.119). Antes disso, termos e instruções já haviam sido elaborados e submetidos à apreciação de ambas instituições até chegarem ao acordo que entregava à inteligência da Rockefeller as ações de profilaxia, mas sem isentar o DNSP do plano de ação (MIRANDA, 1925, p.80-83).

Um ponto importante a ser mencionado é que o plano de combate à febre amarela desenvolvido no Brasil já estava sendo delineado desde 1914 quando Wycliffe Rose, primeiro diretor da *International Health Board*, convencido por Willian C. Gorgas, idealizou a Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela nas Américas, algo que posteriormente deveria ser aplicado na África e no Brasil. Oficialmente a campanha somente começou a ser implementada em 1918, pois os conflitos ocasionados pela Primeira Guerra Mundial adiaram os planos e ocuparam o médico do exército W. Gorgas (MAGALHÃES, 2016, p.57).

No Maranhão a campanha chegou em 14 de dezembro de 1923, como parte das ações voltadas para o norte e nordeste do Brasil. O estado não apresentava casos da doença

---

1996). É importante ter em perspectiva a singularidade do caso da Bahia na lógica do movimento pelo saneamento do Brasil rural. Apesar da relevância política, econômica, cultural, médica-científica do estado ao longo da primeira república, uma reforma sanitária eficiente aos moldes da experiência desenvolvida em São Paulo não foi estabelecida. Segundo Castro Santos (2004, p.265-266) a ideia da reforma, difundida por alguns higienistas baianos, esbarrava nas resistências de médicos conservadores. Além disso, planos mais concretos não eram efetivados, pois existia um ambiente político e intelectual hostil ou alheio às ações de saúde pública. O cenário melhorou a partir de 1920 com o movimento reformista na Bahia na qual a força federal e as ações da Fundação Rockefeller foram viabilizadas no estado.



desde 1915, ano em que foi registrado o óbito de 3 pessoas vitimadas pela febre amarela. Mesmo com a doença desaparecida do quadro nosológico do estado a campanha foi aplicada no Maranhão devido à sua localização prevalente na região norte / nordeste, e pelo fato das ações visarem a erradicação completa do mosquito, algo que requeria a aplicação de medidas científicas simultâneas em todos os estados da região (MIRANDA, 1925, p.91; 93).<sup>291</sup>

As ações desenvolvidas pela Rockefeller no Maranhão tinha como encarregado dos serviços o médico José Figuerôa, que iniciou as primeiras atividades com base nas orientações do trato firmado. No geral, o acordo estabelecia que a base da campanha era a extinção do inseto vetor da febre amarela em fase larvária, sem ignorar as ações de isolamento e vigilância dos doentes. Estabelecia, também, as funções que cada profissional envolvido deveria exercer, a quantidade de casas a serem inspecionadas, proporcionalmente relacionadas ao número de guardas sanitários em serviço, a importância do SPR local para o apoio e fiscalização das atividades, a ênfase na burocracia do serviço e na racionalização dos trabalhos visando maior produtividade, dentre outros elementos (DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, 1923, p.82-83).

A campanha estava alicerçada na teoria centros/focos-chave na qual entendia-se que a doença era prevalente nas cidades, principalmente em regiões litorâneas, e que o mosquito desenvolvia-se próximo às habitações. Em tese, para inviabilizar a doença bastava eliminar os locais de procriação do mosquito *Aedes aegypti*, à época considerado único vetor da doença. A teoria prescrevia a redução da densidade do vetor, baixando o índice de infestação da febre amarela em torno de 5%, número estabelecido para considerar a doença controlada. O mesmo era válido para cidades focos-chave, responsabilizadas pela disseminação da doença para outras localidades nas Américas. No decorrer das atividades os cientistas da Rockefeller começaram a perceber que a teoria era inadequada, sobretudo porque novas descobertas sobre o ciclo evolutivo da doença começaram a se estabelecer no meio médico (BENCHIMOL, 2001, p.113-114; MAGALHÃES, 2016, p.46).

Essa teoria, com base nas ações do médico W. Gorgas, também alicerçou as comissões sanitárias federais de combate à doença empreendidas pelo SPR nos estados, a partir de 1919, como a que ocorreu no Maranhão sob o comando do médico Raul de Almeida

---

<sup>291</sup> Isso não significa que a doença não existia no estado. É importante lembrar que à época existiam diversas dificuldades para realizar um adequado serviço de notificações oficiais da doença e registro de óbitos. Além disso, estabelecer um diagnóstico laboratorial sobre a febre amarela ainda era uma tarefa complicada, pois o vírus permanecia invisível através de microscópios existentes à época e era passível a diferentes variáveis. Some-se a isso as dificuldades para realizar um diagnóstico com base nos sinais clínicos da doença, facilmente confundida com a malária, por exemplo (BENCHIMOL, 2001, p.136).

Magalhães. Mas é importante lembrar que nos anos anteriores o combate à febre amarela no Brasil, com as ações de Oswaldo Cruz no Distrito Federal e cidades do norte do país, estava assentado em outras bases, como a ênfase no combate aos mosquitos em fase adulta. Para isso, os guardas sanitários, os “mata-mosquitos”, utilizavam as tradicionais fumigações e oclusões de casas, borrifando substâncias tóxicas que matavam os insetos.

A campanha gerou saldo positivo nos primeiros anos do século XX, em um contexto de reformulação urbana e sanitária da capital federal. Em aspectos gerais, o êxito das atividades foi obtido através da firmeza das ações empregadas, o apoio político recebido, o autoritarismo diante da população, a disciplina dos funcionários e uma menor densidade demográfica na região urbana da capital, se comparada às décadas posteriores na qual os funcionários da Rockefeller atuaram. Ao extinguir a febre amarela da capital federal o médico Oswaldo Cruz, coroado “herói do saneamento”, legaria aos cientistas brasileiros um reconhecimento ímpar no campo da profilaxia da doença, argumento que ganharia feições nacionalistas entre médicos que consideravam a presença dos cientistas norte-americanos no país, a partir de 1915, como parte de um projeto imperialista de subjugação da ciência brasileira (BENCHIMOL, 2001, p.119-120; BENCHIMOL, 2004, p.76-78; BRITTO, 1995, p.88-103; MAGALHÃES, 2016, p.65).

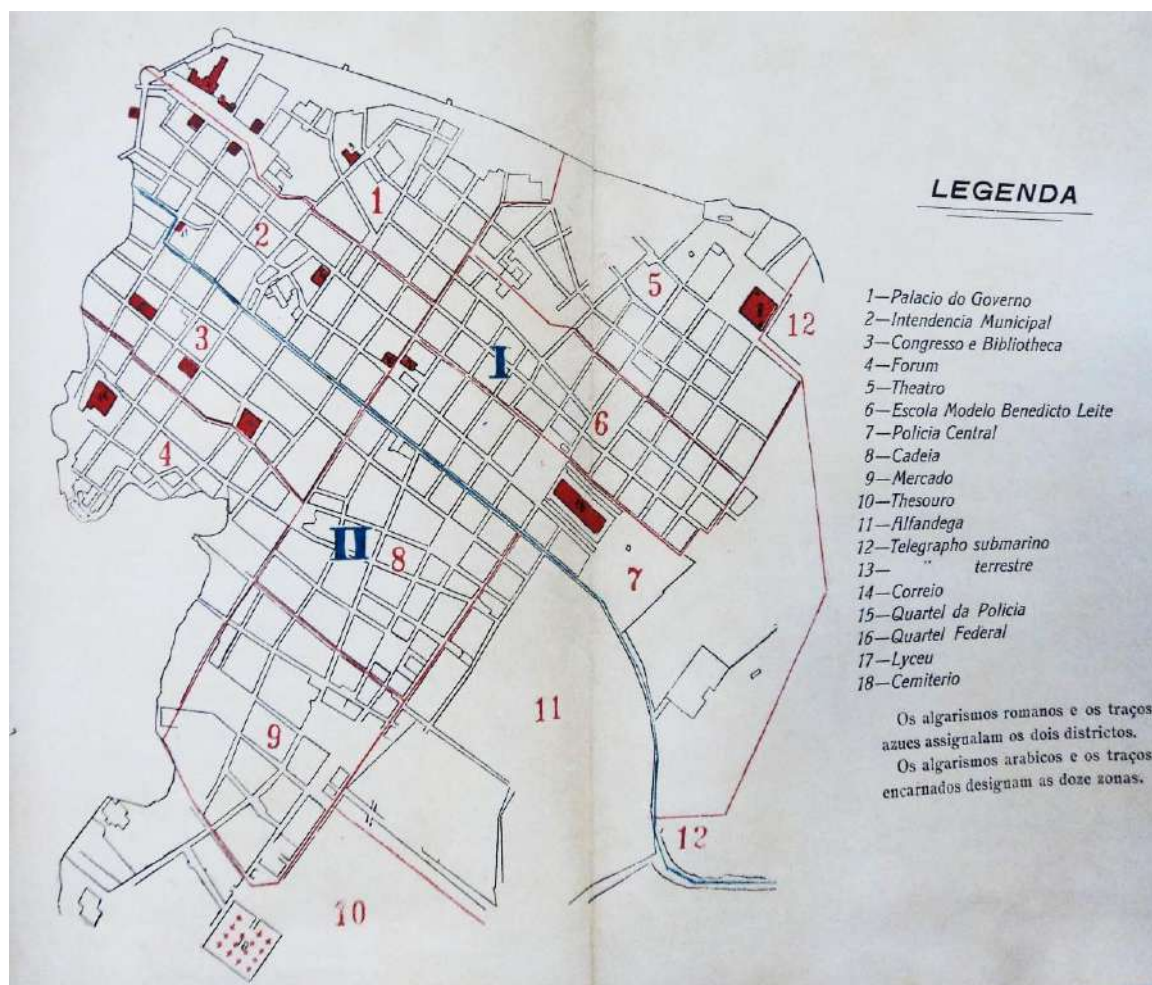
Alvo de críticas por parte dos cientistas da Rockefeller, os métodos de combate à doença empregados pelos médicos brasileiros, eram considerados caros e dispendiosos de força de trabalho. Além disso, as fumigações eram rotuladas como medidas de “espetacularização” do serviço, pois tinha um impacto visual e social significativo, capaz de mobilizar apoio político importante para o programa (BENCHIMOL, 2001, p.115-116). Essas divergências servem para pontuar que os cientistas da Rockefeller adentravam uma seara tradicionalmente ligada à ciência brasileira, que não seria aberta aos estrangeiros sem oposições, inflexões ou concessões. Por isso, o acordo firmado entre os norte-americanos e brasileiros não eximia a participação destes no andamento do serviço.

A primeira medida do dr. Figuerôa ao chegar em São Luís foi a instalação da sede da campanha, no prédio n.38 da rua Cunha Machado, na região central. Em seguida contratou funcionários (guardas sanitários, pescadores, pessoal do escritório) e ministrou treinamentos até o dia 29 de dezembro de 1923, data em que os trabalhos foram iniciados. Em 7 de janeiro de 1924 uma cerimônia de inauguração foi realizada na sede dos serviços, contando com a presença de 32 autoridades, entre elas políticos, religiosos, médicos do SPRMA e comerciantes locais (MIRANDA, 1925, p.84;89).

Nessa fase inicial, foi realizado um mapeamento do centro urbano de São Luís, *locus* de atuação do serviço, que dividiu a cidade em dois grandes distritos. Cada distrito era composto por seis zonas, cada uma formada por cerca de quinhentas casas. O mapeamento geral apontou que a cidade continha 7.639 moradias e 243 quarteirões. Não muito diferente das ações de combate à febre amarela já apontadas nesse estudo, quando houve a campanha federal contra a doença em 1919, a ênfase continuava sendo o combate ao mosquito em sua forma larvária. Desse modo, buscava-se combater o acúmulo de água parada, possíveis criadouros do mosquito *Aedes*. Nesses viveiros eram despejados peixes larvicidas ou substâncias químicas (como o petróleo, por exemplo) capazes de impedir a reprodução dos insetos. Além disso, foi determinado por lei o fechamento de inúmeros poços e cisternas, bem como o aterramento de escavações que acumulavam águas pluviais.

Autores como Benchimol (2001; 2004), Löwy (2006), Fonseca (2000) e tantos outros destacam a capacidade de organização meticulosa e a racionalização dos trabalhos exercidos pelos funcionários da Rockefeller, sempre submetidos à fiscalização por superiores em escala hierárquica. Em São Luís, cada zona era percorrida por um guarda sanitário ao longo de uma semana, que seguia inspecionando sistematicamente os domicílios e extinguindo os focos de larvas de mosquitos. O recomeço do ciclo de trabalho e inspeções era realizado toda segunda-feira pelos guardas, quando o percurso era iniciado novamente para novas averiguações (MIRANDA, 1925, p.85).

O mapa a seguir, produzido pelo Serviço de Combate à Febre Amarela da Rockefeller, constante em relatório do dr. Miranda (1925), apresenta a divisão da cidade em distritos e zonas, locais por onde percorreram os funcionários da instituição na primeira campanha realizada em São Luís. Perceba que o serviço abrange o núcleo mais urbano da capital, bairro do Comércio, estendendo-se às regiões mais periféricas, como Baixinha e Codozinho, localizados no II distrito, na zona 11. Ficava fora do plano de atuação o interior da ilha de São Luís, acessado pela estrada de Ferro Caminho Grande-Cutim, em direção à Vila do Anil.



**Mapa 6. Planta da cidade de São Luís elaborada pela Comissão Rockefeller**

Fonte: MIRANDA, 1925

A campanha se estendeu até janeiro de 1925 e assinalou saldo positivo, pois até então nenhum caso da doença foi registrado no Maranhão. Seguindo a tendência dos demais estados da região nordeste que receberam ajuda internacional e que declaravam o êxito da campanha, o serviço de combate à febre amarela no estado foi extinto e os funcionários foram dispensados ou aproveitados no quadro do SPRMA. Ocorre que, após 1923, sucessivas vezes o serviço foi encerrado para retomar meses depois, seguindo os surtos de epidemias que eclodiam no nordeste do país.

Quatro meses depois de encerrar a campanha no estado, em 1925, as ações da Rockefeller em São Luís tiveram que ser retomadas às pressas. O vizinho estado do Piauí registrou em 14 de maio daquele ano um caso fatal da doença, no município de Parnaíba. O governador do Maranhão, Godofredo Mendes Vianna, teria facilitado o retorno da Campanha por entender a vulnerabilidade do estado, até então isento de casos da doença, mas que naquele momento encontrava-se ameaçado, pois parte da região leste maranhense estava separada do

citado foco de febre amarela, apenas, pelo rio Parnaíba (MARANHÃO, 1926, p.30). A campanha durou até janeiro de 1926 e, apesar do registro da doença ficar no interior do estado, as ações desenvolvidas continuavam voltadas à proteção da área urbana de São Luís, de onde partiam as exportações da cidade.

Não demorou muito e a campanha novamente foi retomada às pressas. Em maio de 1926 foi registrado o primeiro caso de febre amarela no Maranhão, pioneiro em 11 anos de ausência nos registros oficiais. O caso se deu no interior do estado, no município de Caxias, vizinho ao estado do Piauí. Ali o médico do Posto de Profilaxia Rural, o dr. Heitor Pinto, registrou um caso fatal da doença, tendo por base os sinais clínicos do indivíduo vitimado, um sírio recém-chegado na localidade. Isso motivou o direcionamento para São Luís de um médico do *staff* da Rockefeller, Lucian Smith, diretor regional do Serviço de Combate à Febre Amarela no nordeste, que recebeu as amostras da autópsia do cadáver suspeito. Com sinalização positiva para a doença a campanha no Maranhão foi retomada, logo após a chegada do dr. Figuerôa, em junho daquele ano, que foi designado para dirigir novamente os serviços (MARANHÃO, 1927, p.28-29). Foi o único registro da doença ao longo de 1926 e o cenário se manteve inalterado até 16 de maio de 1927, quando os serviços da Rockefeller foram totalmente suspensos no Maranhão.

Com o encerramento das atividades um grande leilão foi realizado para dar destino ao mobiliário e aos instrumentos dispostos no prédio sede do serviço em São Luís, pois os norte-americanos acreditavam que não precisariam retornar ao estado (LEILÃO, 1927, p.4). Essa ação refletia o entusiasmo dos médicos diretores da Rockefeller em relação à erradicação da doença no Maranhão e, na verdade, referia-se ao otimismo em relação ao fim da doença em todo o país, pois em 1927 completaram-se 11 meses sem nenhum registro de febre amarela no Brasil. O fim da missão internacional parecia tão evidente que o médico Michael Connor, representante da Fundação no Brasil, ao substituir Joseph White em novembro de 1926, postulava que em 1928 seria oficialmente declarada extinta a doença no Brasil, caso o cenário permanecesse inalterado (LÖWY, 2004, p.159; MAGALHÃES, 1926, p.74).

Porém, naquele contexto, o pilar teórico do serviço da Rockefeller voltado para o combate à febre amarela estava dando sinais de que era inadequado. Médicos brasileiros, como Waldemar Antunes e Sebastião Barroso, que atuavam em Pernambuco e Bahia, respectivamente, questionavam a validade da teoria dos centros/focos-chave ao afirmarem categoricamente que existiam casos da doença disseminados pelo interior dos estados do nordeste, algo coerente com o que ocorreu no Maranhão, onde a doença eclodiu no interior do estado, em Caxias. Observações dessa natureza geraram embates divergentes e desgastantes

entre cientistas brasileiros e norte-americanos, até que foi admitida a inaplicabilidade da teoria pelos cientistas da Rockefeller, com base em novas descobertas sobre a doença e a eclosão de uma epidemia na capital federal, em 1928 (BENCHIMOL, 2001, p.119-120).

Neste ano casos esporádicos de febre amarela no Rio de Janeiro evoluíram para uma grave epidemia que resultou em um acordo do DNSP com a Rockefeller, mesmo sob os protestos dos médicos nacionalistas. Enquanto concessões eram realizadas entre ambos os lados a febre amarela atingia 43 localidades do estado, comprometendo a imagem da ciência médica brasileira, o poder das oligarquias gestarem as políticas de saúde e o comércio internacional. Enfim, foi requerida a redução da autoridade da instituição norte-americana ao longo das ações e a reutilização de algumas práticas utilizadas por Oswaldo Cruz durante a campanha contra a doença em 1903. Um batalhão de 10 mil guardas sanitários e diversos setores da sociedade foram mobilizados em prol do combate aos mosquitos na capital federal, enredando aquilo que Benchimol (2001, p.124) chamou de “Cruzada de Cooperação na Extinção da Febre Amarela”. Nesse ínterim, nova campanha foi iniciada no Maranhão, em 3 de setembro de 1928, estendendo-se até dezembro de 1929. Segundo o governador do estado, Magalhães de Almeida, foi o período de maior eficiência da comissão internacional no Maranhão, pois o índice larvário das casas, estabelecido em 17,90%, foi baixado para número ainda menor, 2,59%, de onde concluiu ser impossível a propagação da doença pelo estado e para outras regiões do norte e nordeste (MARANHÃO, 1929, p.23).

Cabe aqui realizar alguma reflexão sobre os impactos das ações da Rockefeller no cotidiano da população de São Luís, postura importante que afasta este estudo de uma história institucional da Fundação ou de uma abordagem meramente geopolítica desta intervenção e ou dos Estados Unidos na América Latina (PALMER, 2004, p.220). Os documentos oficiais não retratam como a população reagiu às ações da Rockefeller e do SPRMA no decorrer das campanhas contra a febre amarela. No geral, os jornais locais, onde poderia aparecer alguma nota sobre possíveis atos de resistência, se limitam ao tom elogioso à Rockefeller, retratando-a como “instituição humanitária” e “prova de solidariedade e amor à ciência”. Entretanto, em um jornal menos conhecido a tônica foi diferente: *Folha do Povo* veiculou uma matéria intitulada “A epidemia do malefício da Prophylaxia”, na qual tece várias críticas às arbitrariedades dos funcionários da Rockefeller e do SPRMA, e a ausência de campanhas educativas da população. O periódico havia entrado em circulação há pouco tempo e o proprietário era o médico Tarquínio Lopes Filho, provavelmente o autor da matéria que estava anônima. Ali consta que os funcionários “mata-mosquitos” invadiam os lares da população urbana pobre exigindo que quebrassem os potes e filtros, ação irrelevante para o autor da matéria que explicava que a água

ali depositada era constantemente renovada, pois o consumo era muito rápido e não dava tempo para criar larvas de mosquitos. Esses funcionários, “verdadeiros vândalos” que cumpriam “ordens de intangíveis autocratas”, como caracterizava a nota, eram reflexos da política do governador Magalhães de Almeida, que vinha se construindo nos mesmos moldes do oligarca Urbano Santos, seu sogro. O texto acusava o governador de perseguições ao funcionalismo público, violência, corrupção visando enriquecimento pessoal (construção de casas de veraneio) e se omitir diante de desvios de dinheiro por parte dos inspetores sanitários (A EPIDEMIA, 1928, p.1). Se por um lado as campanhas reduziram o índice larvário a um nível em que seria impossível a propagação da doença no Maranhão, como disse Magalhaes de Almeida no parágrafo anterior, há que se considerar que essa conquista se deu através de muitos incômodos e arbitrariedades perante a população mais exposta e vulnerável politicamente.

No ano de 1929 o contrato entre DNSP e Rockefeller foi renovado de modo que ficasse a cargo dos norte-americanos realizar campanhas pela região norte e nordeste do país, do vale do Amazonas até a Bahia e por mais que aparecessem provas de que a teria focos-chave era inválida as habilidades organizacionais dos norte-americanos não eram questionadas. Enquanto isso, pesquisas realizadas por médicos norte-americanos na África Ocidental, a partir da contaminação de macacos *Rhesus* comprovaram a existência de duas modalidades de febre amarela, a urbana e a silvestre. De modo geral, isso significava que o combate aos mosquitos nas regiões urbanas poderia ser uma medida insuficiente tendo em vista um grande depósito natural da doença no meio silvestre e rural, frequentemente acessado por ciclos migratórios que se deslocavam com frequência do interior para a capital, comprometendo populações não imunes. Somado a isso, em 1932, pesquisadores da Rockefeller descobriram no interior do Espírito Santo outros tipos de mosquitos vetores para a doença. Essas pesquisas se deram em uma nova fase da Fundação Rockefeller no Brasil, sob a liderança do médico Fred L. Soper, diretor do serviço de combate à febre amarela da Divisão Internacional de Saúde na América do Sul. Com isso, uma completa reorganização do serviço foi instaurada, com base em novas técnicas laboratoriais de detecção da doença, apoiada por um favorável quadro político e institucional dos anos 1930 (BENCHIMOL, 2001, p.125-126; BENCHIMOL, 2004, 84-85).

A partir de 1931 até 1939 o contrato com a Rockefeller no Brasil foi renovado sucessivas vezes e as ações da instituição ganharam um formato “taylorista” ao combater os mosquitos no meio urbano e rural, nas localidades em que foi estabelecido. Além disso, diferentes estudos foram viabilizados sobre a especificidade da doença no país, além de ter sido feito um amplo diagnóstico sobre as condições médicas, geográficas e socioculturais das localidades que receberam as ações da instituição norte-americana. O novo governo, sob o

comando de Getúlio Vargas, progressivamente assumiu os custos das operações e concedeu liberdade para que os cientistas da Rockefeller administrassem as operações de forma verticalizada e rigorosa, além de lhes conceder o aumento da jurisdição territorial pelo país (BENCHIMOL, 2001, p.126). Após as ações do ano de 1929, a campanha da Rockefeller só retornou ao Maranhão entre os anos 1936-1938, completamente reformulada e capaz de atingir a capital e regiões do interior do estado como São João dos Patos e Pastos Bons, localidades do Leste Maranhense, que registraram suspeitas e casos confirmados de febre amarela silvestre (FUNDAÇÃO, 1936;1938).

### **6.7 O desfecho da “Era do Saneamento” maranhense**

Após a morte de Urbano Santos o cenário político no Maranhão ficou instável, pois o estadista, via poder oligárquico, mantinha o situacionismo político local. Seguindo a lógica da renovação interna da oligarquia, com base nas indicações de cargos públicos de relevância para a administração do estado, atritos internos tornaram-se mais evidentes e motivaram o surgimento de novas siglas partidárias, pressionando a ascensão de novos grupos ao poder. Os novos governantes do Maranhão, Raul da Cunha Machado (1922), Godofredo Mendes Vianna (1923-1926) e Magalhães de Almeida (1927-1930), frutos de manobras políticas de Urbano Santos, tiveram que lidar com dissidências oligárquicas que defendiam uma “moralização administrativa” do estado, em um momento em que a questão social no Brasil ganhava corpo e preparava o terreno para modificações nas bases sociais do país após 1930 (REIS, 2007, p.100-101).

Uma das características desse período refere-se à gênese de certa “insatisfação urbana” no estado, em especial na capital São Luís, propalada por setores de oposição ao governo, e que impulsionava a fragilidade do cenário político. O médico Achilles Lisboa era um desses opositores e constantemente lançava críticas aos serviços do governo em periódicos locais. Isso porque a capital ludovicense apresentava sérios problemas estruturais à época, a maior parte relacionados às condições de vida das camadas populares, como a falta de habitações, a escassez de alimentos e a deficiência de serviços básicos. Some-se a isso o fato de, apesar de ter avançado no campo da saúde pública, com a presença de um Serviço de Profilaxia Rural, ainda apresentava-se como uma cidade suja, mal iluminada e sujeita a ondas epidêmicas (REIS, 2007, p.105-106).



O abastecimento de água, a iluminação a gás e o transporte coletivo estavam sob a alçada da municipalidade desde o século XIX e, somente em 1921, o governo começou a chamar a responsabilidade para si, quando a administração de Urbano Santos adquiriu os mananciais do Sacavém e ali iniciou a construção de um sistema de abastecimento de água para a população, que logo se mostrou incipiente. Pressionado, em 1923, o governador Godofredo Vianna iniciou as negociações com a empresa norte americana Ulen & Company para a expansão dos serviços de abastecimento de água e esgoto, além de outros serviços urbanos. O acordo firmado anos depois gerou vários empréstimos e crescentes dívidas do governo com bancos estrangeiros e o mais complicado: a empresa norte americana não cumpriu o prometido. Em 1927, quatro anos depois do início dos serviços, o abastecimento de água nas residências cadastradas alcançava apenas 35%, e a captação de esgotos um número vergonhoso de 1% (PALHANO, 1988, p. 310-341). Particularmente, a ausência dessas obras de engenharia sanitária comprometia os anseios do SPRMA, restando como alternativa concentrar suas ações nos indivíduos doentes, e não nas causas das doenças vindas do ambiente.

No entanto, uma situação mais complexa se desenvolvia no cenário maranhense e veio atingir mais decisivamente o SPRMA, bem como outros serviços públicos que dependiam de verbas orçamentárias. A administração de Godofredo Mendes Vianna, foi marcada por uma grave crise econômica, iniciada no interior do Maranhão. Em 1924 o período chuvoso foi atípico e provocou grandes enchentes nos principais rios do estado, como o Itapecuru, Mearim e Parnaíba. Com isso, lavouras foram perdidas e a criação de animais foi severamente prejudicada pelos constantes deslocamentos. A ligação entre o interior e a capital também foi comprometida, pois os barcos que realizavam viagens pelos rios do estado tinham dificuldades para vencer grandes correntezas, além do fato da EFSLT, às margens do rio Itapecuru, ficar interditada em vários trechos devido o avanço das águas pela linha férrea. Após perderem tudo populações inteiras atingidas pela miséria e doenças tiveram que abandonar suas propriedades e migrar para outras regiões. A receita do Estado foi severamente prejudicada com a queda da produção, especialmente com a interrupção da coleta do coco babaçu, produto visado pelo mercado estrangeiro em função da extração do óleo da amêndoa. A queda na produção motivou a suspensão de impostos em vários municípios do interior, deixando o estado de arrecadar importantes somas para os cofres públicos. Além disso, socorros foram enviados para ajudar os municípios atingidos, incidindo em novos gastos (MARANHÃO, 1926, p.8-9).

Fernandes (2003, p.124) indica outro agravante para a crise econômica instaurada: os reflexos do tenentismo no Maranhão. O movimento iniciado desde o início da década de 20 atingiu diversas partes do interior do Brasil e através de levantes questionava os grupos

oligárquicos no poder decisório do país e nos estados, defendendo a necessidade de intervenção armada como forma de alcançar a centralização política. O fim da gestão de Godofredo Mendes Vianna coincidiu com a passagem dos ditos “revoltosos” por cidades importantes como Barra do Corda e Santo Antônio de Balsas, paralisando as atividades econômicas no alto sertão. Novamente a arrecadação de impostos foi comprometida e o governo ainda registrou gastos significativos com o deslocamento de forças policiais para suprimir o levante.

Os reflexos da crise foram sentidos nos anos seguintes e ocasionou cortes no funcionalismo público, inclusive no orçamento do SPRMA. A prática ficou mais acentuada no governo posterior, liderado por Magalhães de Almeida, ex-senador do Maranhão e genro de Urbano Santos. Mais de 300 funcionários do serviço público foram dispensados e várias repartições e serviços sofreram com redução de verbas, remanejamentos ou extinção. Isso ocorreu, por exemplo, com a Repartição de Estatística que perdeu autonomia, passou para alçada da 2ª Diretoria da Secretaria Geral e sofreu redução no seu já escasso quadro de funcionários (MARANHÃO, 1927, p.11-12).

No tocante ao SPRMA, quando a iniciativa federal foi instituída em 1918 a verba estadual destinada era de 200.000 contos, fora os auxílios da União. A partir de então seguiu-se uma fase de grandes investimentos, apoiada pela política de Urbano Santos. Em 1923 em uma lista de 17 estados que executavam os serviços de profilaxia rural, o Maranhão chegou a ocupar o 7º lugar, registrando 120.686 atendimentos desde a sua chegada no estado (fora os atendimentos no Hospital Central da Profilaxia), colocando-se entre os poucos estados que apresentavam movimento superior a cem mil doentes atendidos, entre eles Minas Gerais, Rio de Janeiro e Amazonas (MIRANDA, 1925, p.181). Em 1927 contava com 125.000 contos e encontrava-se com gastos maiores devido à reestruturação do sistema pós epidemia de peste bubônica, a segunda expansão do serviço pelo interior e a manutenção integral do Hospital Central da Profilaxia (MARANHÃO, 1928, p.18). A redução de verbas também se fez presente no Serviço de Combate à Lepra e Doenças Venéreas (SCLDV) no Maranhão, iniciativa do DNSP, aplicada pelo Serviço de Profilaxia Rural nos estados. Em 1925 o médico Sálvio Mendonça, encarregado do serviço que montou dispensários anexos aos postos de profilaxia na capital e interior do Maranhão, redigiu um relatório expondo as razões para a falência desse sistema no Maranhão.

Instituído desde 1920, com base em determinações do recém criado DNSP, o serviço tinha como alvo o combate à lepra e doenças venéreas através do fornecimento de atendimento médico, campanhas educativas e o encaminhamento de doentes ao Hospital Central da Profilaxia, de acordo com a gravidade da situação. Naquele ano o único dispensário

em funcionamento era o Central, anexo ao Hospital da Profilaxia. Os demais, inaugurados nas cidades de Viana, Caxias e Pedreiras, funcionaram até 1925, registrando atrasos no pagamento dos funcionários e ausência de medicamentos. Na capital, os dispensários da Santa Casa, Polícia Militar e do Exército também foram fechados naquele ano. A razão para o “desmoronamento irreparável das iniciativas e dos feitos, em hecatombe arrasante de um serviço aniquilado”, nas palavras emotivas do dr. Mendonça (1925b, p.1), estava nos cortes do orçamento estadual.

A verba da União destinada ao Serviço de Combate à Lepra e Doenças Venéreas no estado também foi reduzida, mas o agravante foi o fato do governo estadual não contribuir de forma alguma, restando como alternativa a manutenção de todo o serviço com 130.000 contos oferecidos pelo governo federal. Com isso, os serviços básicos dos dispensários foram interrompidos (recenseamento de leprosos, administração de medicamentos, serviço ambulatorial, orientações educativas sobre as doenças venéreas, cadastramento das meretrizes, etc.). As obras do leprosário, antiga reivindicação do dr. Almeida Magalhães, na gestão de Urbano Santos, foram paralisadas sem perspectivas para retorno (MENDONÇA, 1925b, p.2). Nesse quadro, o SPRMA tornava-se oneroso aos cofres públicos e, temos que reconhecer: para além de estatísticas que afirmavam números elevados de atendimento de doentes, os efeitos do SPRMA nem sempre eram significativos, pois o alcance das atividades era sempre limitado devido a amplitude do território do estado, a ausência de consideráveis obras de engenharia sanitária e o reduzido número de profissionais empregados na missão.

Se por um lado a verba destinada aos serviços era pequena diante dos problemas sanitários do estado e das questões de saúde da população, é importante pensar um outro lado da questão, que diz respeito ao uso adequado dos investimentos, como fez o dr. Achilles Lisboa, maior crítico do SPRMA. O médico maranhense, já referido neste estudo, teria direcionado uma carta ao diretor do Saneamento Rural do DNSP, Belisário Pena, fazendo inúmeras denúncias sobre irregularidades no serviço montado no Maranhão (LISBOA, 1922a, p.1). A missiva parece que não encontrou eco junto ao DNSP, pois o dr. Pena havia pedido exoneração do cargo àquela época. No entanto, pelo teor das denúncias e repercussão no estado identifiquei que as críticas incentivaram novas práticas do serviço no Maranhão, como aquelas relacionadas às incursões pelos arredores dos postos, reinaugurados no interior do estado, em 1923. Isso porque a carta ganhou certa projeção ao ser integralmente exposta pelo dr. Lisboa ao longo de cinco edições do jornal *Diário de S. Luiz*, escancarando um outro lado do SPRMA, acusado de uso indevido da verba estadual e federal destinada, dentre outras censuras.

As críticas iniciais foram direcionadas aos médicos diretores e guardas sanitários que atuavam nos postos de profilaxia, considerados pelo dr. Lisboa (1922c, p.1) como

“instituições de vadiagem remunerada”. O médico trabalhou na função de Delegado Geral do Recenseamento e por isso percorreu muitos municípios e povoados do interior do estado na época da primeira expansão do SPRMA. Com riqueza de detalhes, e afirmando possuir testemunhas, o médico cita casos em que encontrou nos postos de Guimarães, Rosário e Cururupu funcionários que não cumpriam jornadas de trabalho adequadas, dormiam durante o expediente e se limitavam a atuar apenas no posto e não em povoados mais distantes. Acusava os funcionários de não cumprirem as atividades de educação sanitária, algo que tinha como consequência a manutenção de antigos e perniciosos hábitos de higiene da população, que voltava a adoecer após ter sido medicada. Aqui residia uma crítica importante: gastava-se muito com medicamentos e honorários dos profissionais que atendiam pessoas que constantemente voltavam a adoecer.

Além disso, o dr. Lisboa (1922c, p.1) afirmava que esses funcionários eram descompromissados com a missão, o “sacerdócio”, que exerciam, pois eram incapazes de realizar estudos sobre as condições regionais das doenças, como o levantamento de dados biológicos sobre os mosquitos da região e suas relações com as endemias locais. Provavelmente desconfiando da teoria focos-chave, pilar do combate à febre amarela à época, o médico acreditava que era necessário investigar outros tipos de mosquitos transmissores de doenças no interior do estado, para identificar hospedeiros intermediários ainda não conhecidos. O médico afirmava que o trabalho não poderia ficar restrito às capitais e regiões litorâneas, uma vez que, frequentemente, observava doentes com sintomas de febres em regiões remotas do estado. Por não desenvolverem uma “atitude científica” os médicos dos postos foram chamados pelo dr. Lisboa de “curandeiros”, que atuavam em um serviço limitado de administração de quinino para maláricos e quenopódio para opilados. Esse sistema era movido por uma lógica cruel em que a observação médica e o diagnóstico adequado formavam um tipo de “luxo que não cabia no interior”, são palavras do dr. Lisboa (1922c, p.1-2).

Para agravar a situação o médico afirmava que consultas remotas eram realizadas nos postos do interior a partir do relato de terceiros, e não dos doentes. Algo semelhante ocorria com o recenseamento dos leprosos, frequentemente realizado a partir de informações coletadas na comunidade e não com a verificação pessoal do doente. Isso sem falar na denúncia de que um médico do quadro de funcionários do SPRMA constava na folha de pagamento, mas sequer estava no Maranhão – era uma crítica ao dr. Clarindo Santiago, nomeado diretor do Posto de Cururupu, mas em licença de suas funções em 1921. Foram tantas irregularidades levantadas que o dr. Lisboa clamava pela presença de Belisário Pena no Maranhão, algo que, segundo ele,

foi uma promessa feita em um de seus encontros, no Rio de Janeiro, com o diretor geral do SPR (LISBOA, 1922e, p.1-2).<sup>292</sup>

Claro que denúncias dessa natureza contrastam com informações retiradas de relatórios oficiais, na qual evidenciavam as dificuldades que os médicos e profissionais do SPRMA enfrentavam nos sertões do estado, mas que simultaneamente evidenciavam o empenho desses médicos em concretizar suas atividades, apesar das circunstâncias. Nesses escritos é supervalorizado o destemor que os profissionais sentiam diante da grandiosa missão e, especialmente, ali é visto o modo pelo qual se consideravam: “heróis incompreendidos e solitários, quase personas trágicas”, como observou Olinto (2012, p.108). O trabalho de inserção das populações sob a tutela do Estado, salvando-as das doenças e da ociosidade, era visto como um esforço hercúleo, pois era uma gota d’água em um oceano de problemas sanitários, como já disse em outro momento nesse estudo. Assim, dificuldades de toda ordem formavam a justificativa para o pouco alcance do SPRMA, mas nunca era citada a ausência de trabalho, negligência dos profissionais envolvidos ou irregularidades na aplicação das verbas.

O segundo alvo das críticas do dr. Lisboa (1922d) foi o Hospital Central da Profilaxia, inaugurado em junho de 1921, considerado moderno e bem equipado para atender doentes vitimados por doenças rurais, como vimos neste estudo. Porém, é necessário ter em perspectiva o alcance limitado desse nosocômio, quando se observa a distância deste em relação à maioria das localidades do interior do Maranhão. Além da distância considere a dificuldade de acesso, pois a capital ludovicense encontra-se em uma ilha e por mais que os doentes conseguissem cumprir viagens demoradas e desgastantes através dos principais rios da região rumo à capital, ainda deveriam fazer um novo embarque em uma localidade chamada Estiva, para atravessar o canal Estreito dos Mosquitos, e enfim chegarem à rampa de desembarque no centro urbano de São Luís. O mesmo ocorria com passageiros da EFSLT que desembarcavam do trem nesta região para seguirem em embarcações, continuando a viagem até o centro de São Luís.<sup>293</sup> Por esses motivos ter uma doença grave naquela época era praticamente uma sentença de morte para os habitantes do interior do estado, mesmo para aqueles que se aventuravam a buscar tratamento na capital.

---

<sup>292</sup> Nem o posto do Anil, o mais próximo do perímetro urbano da capital, escapou às críticas do médico. Ali o diretor do posto atendia a população apenas por duas horas, intervalo de tempo entre as duas viagens matutinas realizadas pela companhia de bondes que atendia a região. Apesar da unidade em 1922 registrar um número considerado de matriculados (cerca de 11.000), argumento sempre utilizado pelo SPRMA em defesa da regularidade das atividades e bom desempenho de seus profissionais, a falta de disseminação de instruções higiênicas, conferências ou palestras que deveriam ser ministradas pelo médico do posto culminava em um trabalho inútil de curar pessoas em um ciclo eterno de adoecimento (LISBOA, 1922d).

<sup>293</sup> Considere que a ponte férrea que ligava o continente à ilha de São Luís, utilizada pela EFSLT, só foi inaugurada em 1928 (NEVES, 2012, p.8).

Não por acaso o dr. Lisboa (1922d, p.1) concebia o Hospital da Profilaxia como contraditório, em suas palavras, um “elefante branco”, pois destinava-se ao tratamento de doenças rurais, mas era incapaz de atender as populações do interior do estado. Para o médico os gastos exorbitantes que envolveram a construção deste hospital deveriam ter sido empregados na construção de hospitais regionais, mais modestos (e até provisórios), mas em maior número, e espalhados pelo estado. Como sugestão, indicava o devido aparelhamento da Santa Casa de Misericórdia em São Luís, incumbindo-a do tratamento de endemias rurais a partir do encaminhamento de pacientes recebidos nos postos de São Luís e Vila do Anil.

Ao passo que essas críticas foram fomentadas, o dr. Cassio Miranda, nomeado diretor SPRMA em 1923, cuidava para veicular no jornal *Pacotilha* o andamento das atividades do serviço, apresentando notícias sobre o envio de medicamentos para o interior, a boa aplicação dos recursos e sempre culpando a epidemia de peste bubônica por comprometer a política expansionista do serviço pelos sertões. O diretor do Hospital da Profilaxia, o dr. Djalma Marques, publicou um relatório apontando uma visão bem diferente do dr. Lisboa, dizendo que a maioria imperiosa dos pacientes internos no nosocômio vinha do interior do estado. Cassio Miranda ao citar o movimento de pessoas que procuravam a seção antirrábica da filial do IOC, em busca de tratamento, também indicava que os suspeitos ou afetados pela hidrofobia vinham do interior do estado e de regiões remotas. De alguma forma esses pacientes estavam tendo acesso à informação e se aventuravam a uma viagem desgastante do sertão para o litoral, mas temos que reconhecer que ainda era um número pequeno diante da imensidão de território habitado pelos sertanejos.

O dr. Clarindo Santiago, a quem o dr. Lisboa acusava de recebimento de salário sem trabalhar no serviço, ficou longo tempo sem se manifestar sobre as críticas, pois passou a maior parte do ano de 1922, na capital federal. Quando retornou a São Luís, para assumir funções no SPRMA defendeu-se contando a rotina de trabalho que cumpria no Posto de Cururupu. Mas o principal “argumento de defesa” do médico era a acusação de que Achilles Lisboa estava amargurado, pois Urbano Santos, seu amigo pessoal, mesmo com tanta influência política à época, não conseguiu garantir que a direção do SPRMA fosse confiada ao dr. Lisboa, após a saída do dr. Costa Rodrigues da direção do serviço.<sup>294</sup>

Some-se a isso um possível ressentimento de Achilles Lisboa por nunca ter conseguido levar um posto médico para sua terra natal, Cururupu, mesmo sendo um médico-

---

<sup>294</sup> Com o retorno de Costa Rodrigues à capital federal, Cassio Miranda foi indicado ao cargo de direção SPRMA e passou a acumular várias funções médicas e administrativas no estado, com anuência de Carlos Chagas e do novo governador Godofredo Mendes Vianna.

cientista influente e relativamente reconhecido no cenário nacional à época. A ideia só conseguiu sair do papel com a chegada do SPR no Maranhão, a quem o dr. Lisboa deveria reconhecer o mérito (SANTIAGO, 1923, p.3). A troca de “farpas” entre o dr. Lisboa e o dr. Santiago se estendeu por várias edições dos jornais *Diario de S. Luiz e Pacotilha* e o cerne da questão aos poucos deixava de ser os resultados e utilização de recursos financeiros do SPRMA para se concentrar em questões pessoais entre os médicos, ao ponto de amigos em comum interferirem para o apaziguamento da situação. No meio desse clima, o dr. Lisboa (1922b, p.1) afirmava categoricamente que apesar de saber as intenções de Urbano Santos (colocá-lo no cargo de diretor do SPRMA) não aceitaria essa função, pois seria incoerente atuar ao lado de profissionais que criticava desde longa data.

Para que o leitor não pense que Achilles Lisboa era o único crítico (ou amargurado) com o SPRMA, ao longo deste estudo identifiquei outros médicos locais que questionavam o serviço federal montado. Isso denota que os médicos maranhenses não formavam uma unanimidade em relação ao SPRMA, como poderíamos pensar, e nem se agrupavam em uma classe homogênea, que compartilhava as mesmas ideias e práticas. O médico Oscar Galvão (1921, p.1), por exemplo, também foi ao jornal *Diário de S. Luiz* reclamar do SPRMA, alegando que os postos montados na capital eram ineficientes, onerosos e que o interior permanecia em completo estado de abandono em termos de serviços médicos e ambulatoriais. Dizia, também, que o governo deveria comissionar médicos cientistas “treinados e de envergadura firmada”, como Achilles Lisboa, Juvêncio Mattos e Genésio Rego para estudar as endemias rurais em contexto local. Ao recorrer a esses nomes, mais conhecidos e antigos no cenário médico maranhense, Oscar Galvão estava criticando os médicos mais jovens, recém formados, que, ao retornarem a São Luís, foram incorporados rapidamente ao SPRMA. Além disso, a crítica traz à tona uma insatisfação do dr. Galvão com os “médicos de fora”, considerados alheios aos problemas locais. A censura é coerente, mas é necessário lembrar que motivos pessoais (ressentimentos), possivelmente nutriam essas críticas. Afinal, o dr. Galvão não conseguiu a esperada vaga de diretor do Hospital Central da Profilaxia, mesmo com indicação de Urbano Santos.<sup>295</sup>

---

<sup>295</sup> O fato não se concretizou porque o jovem médico Djalma Marques foi indicado ao cargo após pressão dos diretores do serviço federal no estado (dr. Almeida Magalhães e dr. Costa Rodrigues), que alegavam que a presença de Oscar Galvão no cargo pretendido era uma iniciativa retrógrada, tendo em vista sua idade avançada. Analisando os periódicos locais também identifiquei outras críticas lançadas ao SPRMA, em número pequeno, é verdade, mas que questionavam ações autoritárias do serviço, como o abandono dos pacientes do Hospital de Isolamento no Lira, quando a instituição foi fechada, e a perseguição da população urbana pobre que, sem recursos, armazenava água em potes considerados insalubres. À frente dessas críticas estavam os médicos Netto Gutterres e Tarquínio Lopes Filho, respectivamente.

De fato, as críticas levantadas por Achilles Lisboa eram coerentes e conforme identifiquei em relatórios do serviço chegaram a registrar algum eco na administração do dr. Cassio Miranda. Afinal, a nova gestão se empenhou em reinaugurar postos no interior e a desenvolver incursões médicas pelos arredores dos municípios, como aquelas realizadas pelos médicos Ático Seabra e Heitor Pinto em regiões remotas de Cururupu e Caxias, respectivamente, em 1923. Mas essas incursões estavam longe de ser missões científicas, em que se buscava estudar as causas e circunstâncias dos adoecimentos. Eram viagens de socorro médico para opilados, maláricos e sífilíticos, e no máximo, realizava-se um (questionável) recenseamento de leprosos.

Apesar das melhorias implementadas pela gestão do dr. Cassio Miranda o serviço passava por cortes de verbas, como citei no início, e em 1925 foi ameaçado de fechamento completo. A notícia foi veiculada no jornal *Pacotilha* na qual o dr. Miranda explicou que o governo estava impossibilitado de direcionar ao serviço uma verba igual à fornecida pela União, firmada em 275.000 contos para o custeio dos postos e do Hospital Central da Profilaxia. Em consequência disso, o diretor do SPRMA e os médicos Djalma Marques e Clarindo Santiago mobilizaram-se para interceder junto a Carlos Chagas, pedindo a continuidade do serviço, mesmo com restrições de verbas. O pedido foi aceito, mas a partir de então o sistema passou por cortes maiores no orçamento e seguiu esfacelando-se (O SANEAMENTO, 1925, p.1).

O principal ponto a ser considerado é que Raul da Cunha Machado, Godofredo Mendes Viana e Magalhães de Almeida ao ocuparem sucessivamente o governo do estado, após a morte de Urbano Santos, não cumpriram as promessas que o mentor político do SPRMA fez aos diretores do serviço no estado, como o direcionamento de verbas maiores para a manutenção das atividades do saneamento rural, a construção de um leprosário e as novas instalações da filial do IOC no estado. A falta de apoio financeiro e político acelerou o fim da “era do saneamento” no estado, dentro de uma conjuntura política que permitiu a sua compressão, pois os serviços de saúde também passariam por reformulações para adequarem-se ao novo modelo político que se desenharia após 1930. O caso mais emblemático relaciona-se ao fim da filial do IOC no Maranhão, mesmo com seu diretor, Cassio Miranda, à frente de cargos importantes no campo da saúde do estado.

Após a inauguração de todas as seções da filial o dr. Miranda aguardava o início das obras das novas instalações do IOC maranhense, algo prometido por Urbano Santos desde 1919, ano da chegada do médico em São Luís. Na ocasião também foi prometida uma verba (não estipulada) para manter o novo instituto em sua fase inicial. O novo prédio deveria ser instalado em terreno doado pelo governo, no sítio “Nova Olinda”, região do bairro Lira, distante



do perímetro urbano da capital e próximo à margem direita do rio Bacanga (MARANHÃO, 1920, p.17).

Novas instalações para a filial tornavam-se necessárias, pois armazenar animais peçonhentos e manipular agentes nocivos (microrganismos, agentes químicos) em um prédio localizado em meio a residências, na rua Afonso Pena, não era uma prática adequada e segura, apesar de não haver fiscalização que impedisse. Some-se a isso, o desperdício de cobaias provocado pela ausência de um biotério e o pequeno espaço destinado ao abrigo dos vitelos e caprinos, necessários à produção de vacinas. Esses elementos prejudicavam a rotina de trabalho da filial do IOC e, por consequência, alimentavam o engajamento de Cassio Miranda na conquista de uma estrutura de trabalho melhor, visando a expansão dos serviços.

Em 1922 uma verba de 200.000 contos para a construção da nova filial foi autorizada, após a pressão de Urbano Santos no Congresso Federal. Em 1 de abril de 1922 foi realizada uma cerimônia de lançamento de pedra fundamental da obra, com significativa repercussão na imprensa local, contando com a presença de várias autoridades políticas, sanitárias, além de médicos e religiosos (MIRANDA, 1923a, p.33). Na ocasião foi realizada uma homenagem ao político Urbano Santos, mentor do SPRMA, e que estava às vésperas de sua viagem para o Rio de Janeiro, após ser indicado ao cargo de vice-presidente na candidatura de Arthur Bernardes.<sup>296</sup>

---

<sup>296</sup> Fato conhecido na historiografia local sabe-se que o político estava muito enfermo e sua ida para a capital federal também era uma tentativa de buscar melhores recursos para sua saúde. Porém, Urbano Santos não resistiu e faleceu nesta viagem (FERNANDES, 2003, p.111; REIS, 2007, p.99).

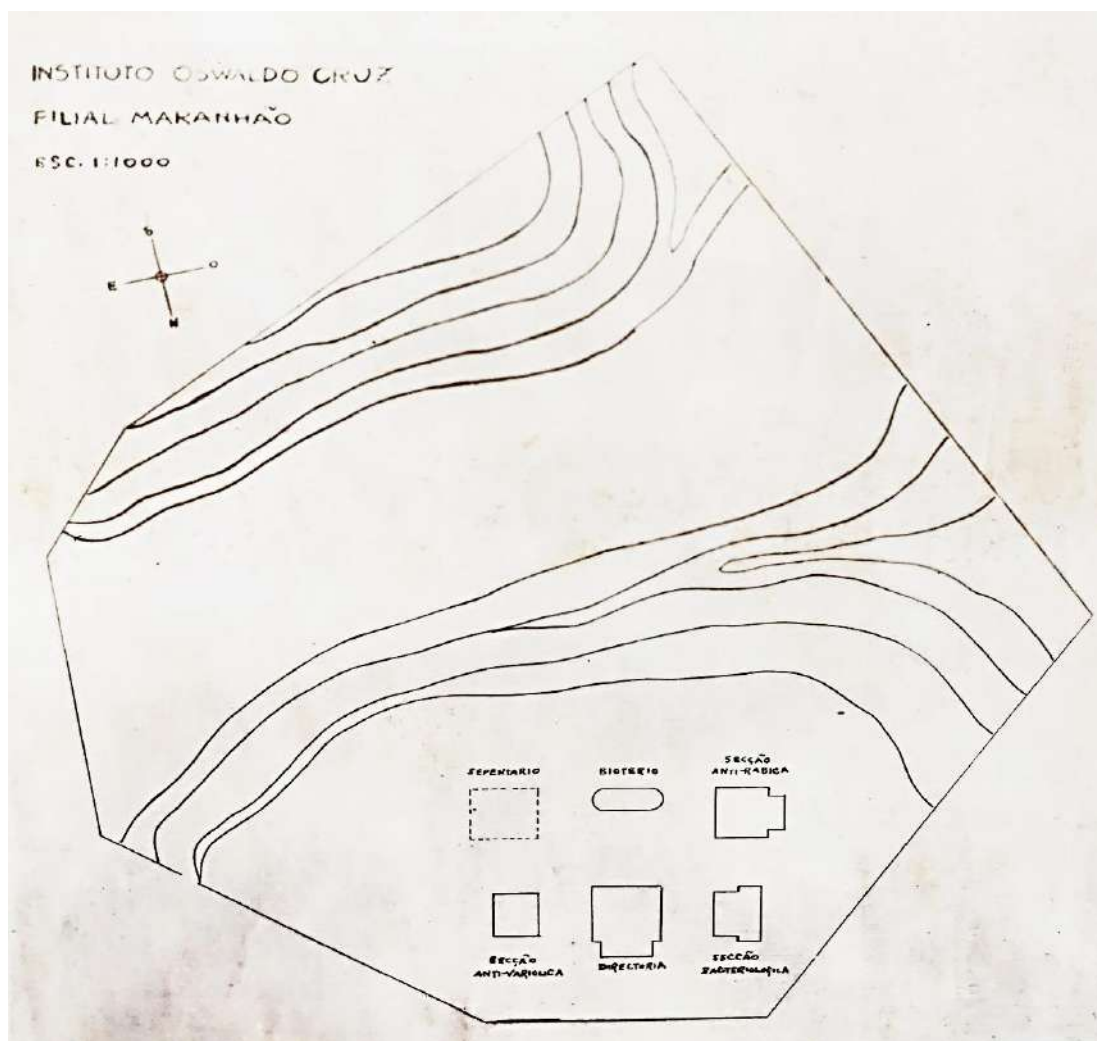


**Fotografia 51. Benção da pedra fundamental das novas instalações da filial** (Legenda original)  
 Fonte: MIRANDA (1923a, p.35)

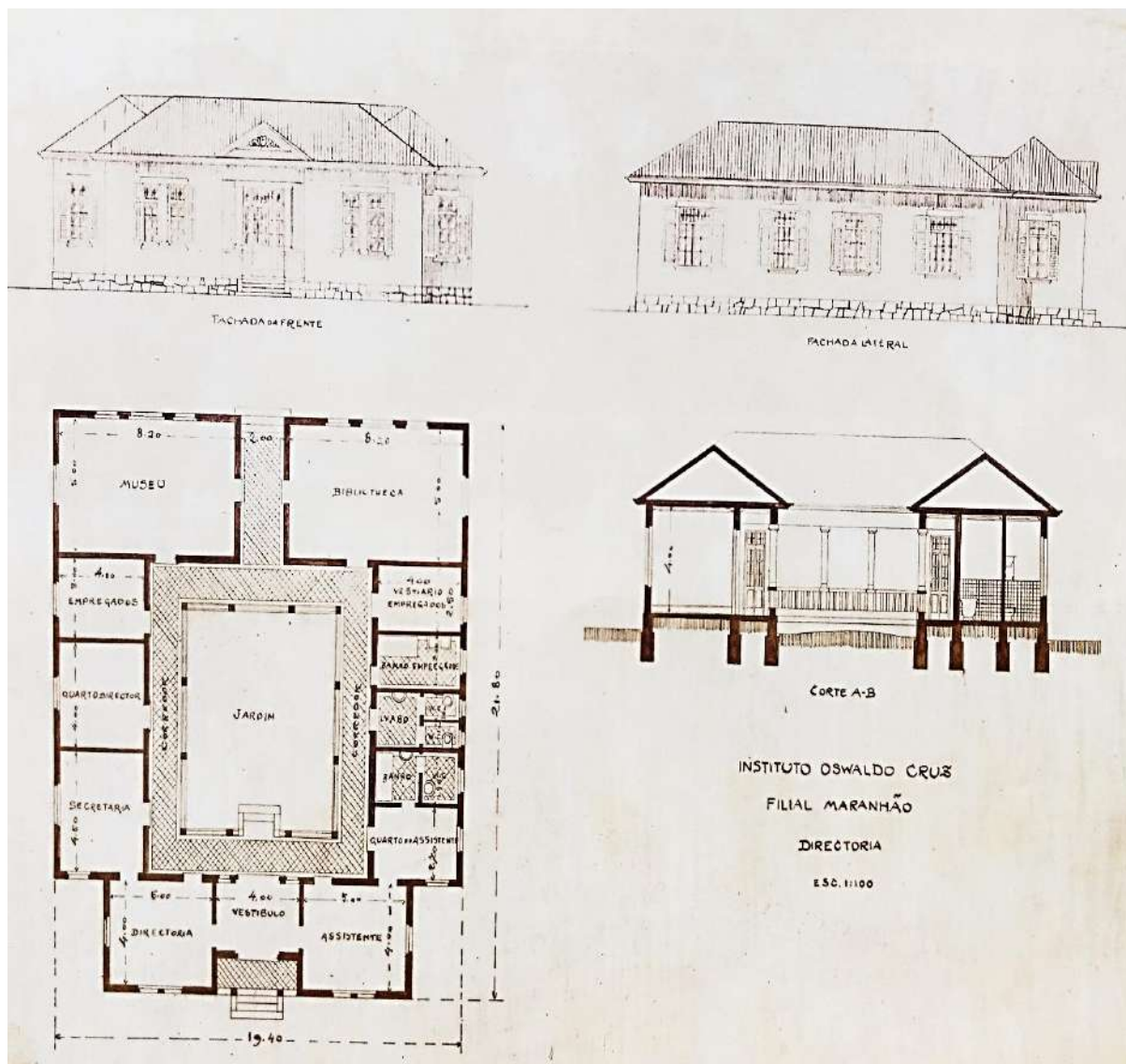
O dr. Miranda já tinha em mãos o projeto arquitetônico das futuras instalações da filial, elaborado por Luiz Morais Junior, engenheiro que trabalhou na DGSP, com intermédio de Oswaldo Cruz, e que desenvolveu importantes projetos na área da saúde pública, com ênfase no campo da arquitetura médico-hospitalar e sanitária. Com seus trabalhos em estilo eclético e seguindo a chamada “arquitetura pavilhonar”, o engenheiro é tradicionalmente reconhecido por ser o idealizador do conjunto arquitetônico de Manguinhos, incluso o Pavilhão Mourisco – na qual contém o Castelo, símbolo da instituição até os dias de hoje (BENCHIMOL, 1990a, p.171-228).

A planta idealizada por Luiz Morais Junior apresenta as novas instalações da futura filial do IOC no Maranhão dividida em: quatro pavilhões (administrativo, Instituto Pasteur, Instituto Vacinogênico, Laboratório), um serpentário (com base no modelo fornecido pelo Instituto Butantan) e um biotério. Seguindo informações fornecidas pelo dr. Miranda, o engenheiro elaborou as plantas (a geral e as de cada seção) respeitando critérios como funcionalidade, racionalização dos espaços, dispersão de possíveis doenças e a ventilação dos setores. A filial ainda contaria com um museu e uma biblioteca no pavilhão administrativo, espaços de preservação da memória e usados também em reuniões científicas. Uma análise

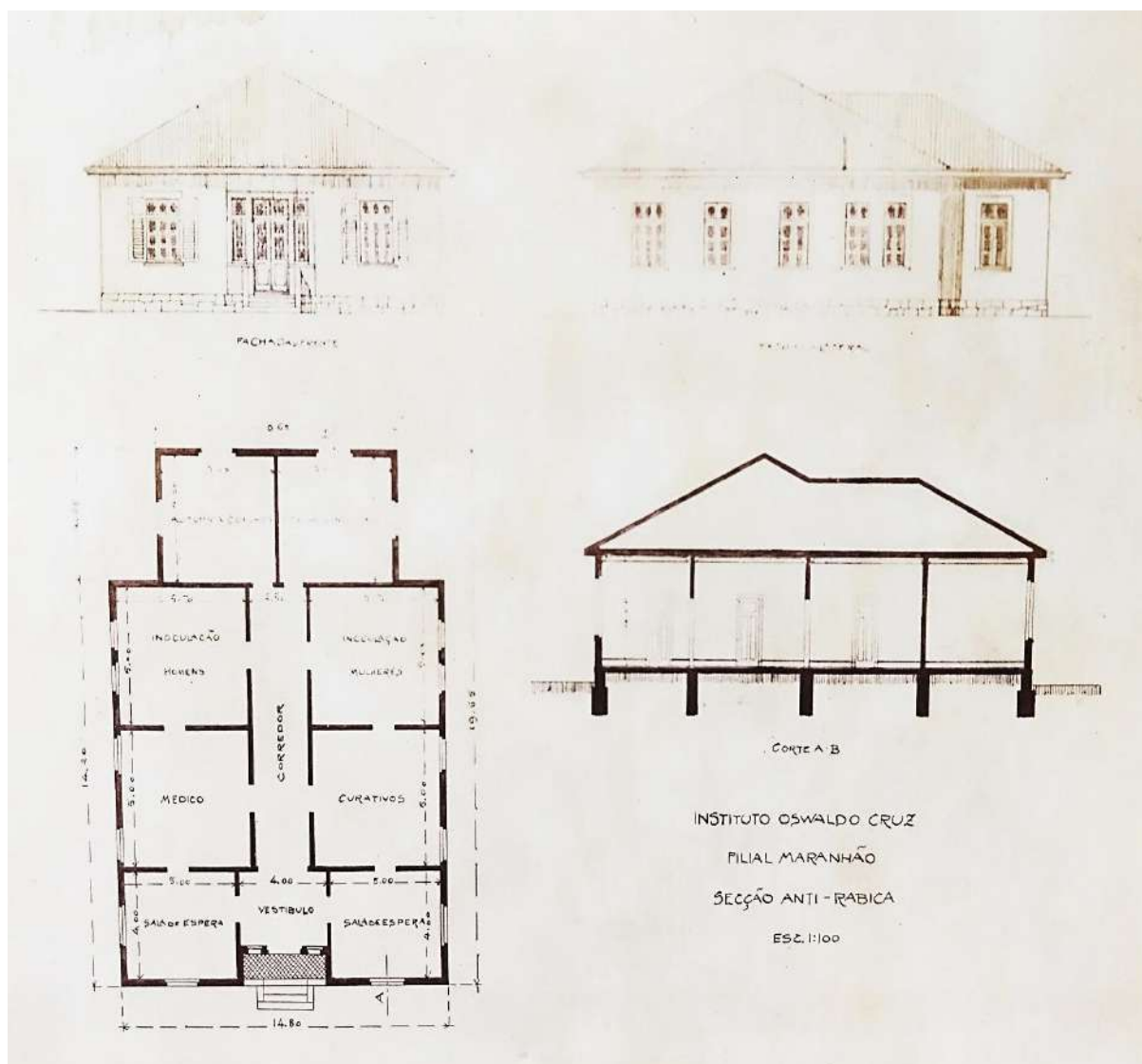
geral do projeto arquitetônico permite ver uma instituição simples, mas com referências aos institutos de medicina experimental conhecidos à época, como o IOC, Butantan e Instituto Ezequiel Dias (primeira filial do IOC), que priorizavam a estrutura pavilhonar em suas dependências.



Fotografia 52. Planta geral do IOC filial no Maranhão elaborada pelo engenheiro Luiz de Moraes Junior  
Fonte: MIRANDA (1923a, p.37)



Fotografia 53. Planta da Diretoria (Pavilhão de Administração) elaborada pelo engenheiro Luiz de Moraes  
Fonte: MIRANDA (1923a, p.37)



**Fotografia 54. Planta da Seção Antirrábica (Instituto Pasteur) elaborada pelo engenheiro Luiz de Moraes**  
Fonte: MIRANDA (1923a, p.38)

A verba de 200.000 contos prometida pela União para construção das novas dependências deveria ser utilizada prioritariamente na construção da diretoria e do Pavilhão do Instituto Pasteur, e estimava-se que mais 300.000 contos deveriam ser aplicados para concluir a obra. Porém, nenhuma das verbas foi oficialmente liberada para a construção da nova filial. Segundo o dr. Miranda (1923a, p. 34), o recurso foi erroneamente vetado na administração do presidente Epitácio Pessoa, que teria prometido resolver o engano, mas o fato é que a verba nunca chegou ao seu destino, apesar das constantes reclamações do diretor da filial maranhense. O sonho de construir um Instituto de Medicina Tropical no norte do Brasil, algo idealizado por Carlos Chagas e Urbano Santos, com ativa participação do dr. Miranda, foi severamente interrompido. Faltou apoio político, semelhante ao que havia no início das atividades em 1919,



além de recursos para viabilizar a obra das futuras instalações que garantiria a expansão dos serviços para o interior e outros estados do norte e nordeste, como era a intenção inicial.

A análise de relatórios dos governadores do estado e do próprio Cassio Miranda, além de periódicos locais permite inferir que, a partir de 1925, a filial no IOC diminuiu sua atuação progressivamente. Inicialmente, o posto antiofídico parou de funcionar, pois o contrato com Instituto Vital Brazil naquele ano não foi renovado. O serviço do posto antiofídico passou por interrupções e as viagens de coleta de serpentes pelo interior do estado não foram mais realizadas. Contrariando o previsto, o funcionário do instituto de Niterói, encarregado nesta seção, Benedicto Laurindo, não retornou ao Rio de Janeiro e nem ao posto antiofídico de Campina Grande onde trabalhava e, sim, assumiu funções de técnico laboratorial e farmacêutico na filial do IOC do Maranhão, pois fixou residência no estado, após constituir matrimônio. É possível que os acidentes com serpentes colocaram em evidência a falta de estrutura da filial para a finalidade destinada e acelerou a interrupção do serviço. O diretor Cassio Miranda mantinha esperança de retomar as atividades do posto com a inauguração das novas instalações da filial, previsto para ser inaugurado com um moderno serpentário aos moldes do Instituto Butantan, cuja planta estava nas mãos do dr. Miranda.

Entre os anos 1926 -1930 as atividades da filial ficaram concentradas na seção de preparo de vacinas, em especial a antivariólica que combateu um surto epidêmico que irrompeu em 1928 na capital e algumas localidades do interior. A seção do Instituto Pasteur passou por várias interrupções no serviço, devido à escassez de cobaias, problema que voltava a se manifestar devido a dependência do instituto de criadouros particulares de coelhos. O laboratório continuou funcionando regularmente e em 1928 chegou a prestar importantes serviços que atestavam a qualidade da água do recém inaugurado serviço de abastecimento de água da capital (MARANHÃO, 1928, p.21-22). No entanto, os serviços da filial ficavam cada vez mais circunscritos à capital, atingindo eventualmente o vizinho estado do Piauí com o fornecimento de vacinas antivariólicas.

Enquanto isso, a primeira filial do IOC, em Belo Horizonte, construía uma história bem diferente: investimentos do governo de Minas (interessado no controle de doenças pastoris – a peste da Manqueira), da União e a renda própria formavam um instituto de medicina experimental mais forte, dedicado à preparação de terapêuticos, pesquisas em diversos campos e publicações científicas de relevância. Além disso, atuava com um número maior de profissionais especializados e contava com uma estrutura relativamente melhor que a filial maranhense, até porque o instituto havia sido inaugurado cerca de dez anos antes (BENCHIMOL, 1990a, p.41). A renda da primeira filial permitiu, inclusive, sua sobrevivência

diante de instabilidades políticas e cortes no orçamento estadual, algo que não ocorreu na filial maranhense.

A diminuição das atividades da filial do IOC do Maranhão coincidiu com o enfraquecimento das ações do SPRMA que já indiquei. Nos anos finais da década de 20 o serviço federal caminhava para sua compressão e a filial do IOC preparava-se para um novo destino. O interessante é que isso não significou o fim da história de Cassio Miranda no cenário maranhense. O diretor do serviço e da filial, que também acumulava a função de diretor do Serviço Sanitário do estado, conseguiu manter-se no Maranhão diante da falência dos serviços que liderava. Inclusive, conservando seu prestígio no ambiente médico local e no meio político, mesmo com os cortes de verbas e não cumprimento de promessas políticas para a expansão das suas atividades. Naquele período, o médico era apresentado pelos periódicos locais como uma figura pública de grande importância para o estado, digno de receber homenagens em repartições públicas e elogios declarados.

À época, faziam cerca de 10 anos que o Cassio Miranda estava no Maranhão. Ali o médico constituiu família e relações importantes no estado, especialmente porque mantinha-se ligado ao situacionismo político construído por Urbano Santos. Ao longo de sua trajetória no Maranhão observei que mantinha uma postura mais conservadora, bem como uma imagem ligada ao catolicismo, e raras as vezes seu nome esteve envolvido em polêmicas. Nem mesmo Achilles Lisboa dirigiu ataques à sua reputação ou atuação médica - administrativa.

De maneira geral, os periódicos enfatizavam o fato do dr. Miranda ser um cientista que abriu mão de viver no sul do país para radicar-se em um estado pobre e distante, com a difícil missão de saneá-lo. Diferente dos discursos elogiosos enunciados por ocasião de sua chegada no estado, naquele momento, destacava-se as atividades concretizadas ao longo de quase uma década no estado, atuando no combate às moléstias rurais e na inserção do estado em uma “era laboratorial”. Essa imagem positiva foi essencial para os inesperados eventos que sucederam sua trajetória nos anos seguintes.

Em 1930 desenhava-se um capítulo importante na historiografia brasileira, pois a Primeira República ou República Velha foi suprimida após um movimento complexo que resultou na deposição do presidente Washington Luís, na interdição da posse do presidente eleito Júlio Prestes e, através de um golpe de Estado, conduziu Getúlio Vargas à presidência da República. O novo governo teve como características gerais a aliança com a alta hierarquia militar, a centralização do Estado – com destaque na intervenção na economia, a ênfase na figura do presidente, a industrialização, uma sintonia ideológica entre o presidente e os governadores – interventores nos estados, e práticas que fomentavam a burocracia federal e

proteção estatal dos cidadãos, dentre outros elementos. No Maranhão, o movimento culminou na deposição do governador eleito após o mandato de Magalhães de Almeida, José Pires Sexto, e a instauração de sucessivas interventorias, até o processo eleitoral na qual o médico Achilles Lisboa chegou ao governo, em 1935. Os primeiros interventores no estado foram Major Luso Torres, Padre Astolfo Serra, Capitão Lourival Seroa da Mota e Capitão Antônio Martins de Almeida. Em 1935, após ter sido eleito para o governo do estado, o dr. Lisboa passou por um processo de *impeachment* e foi substituído por Paulo Souza Ramos, a princípio governador, mas em seguida nomeado interventor por Getúlio Vargas (MEIRELES, 1993, p.77; REIS, 2007, p.08-109; SOUSA, 1996, p.37; SOUSA, 2005, p.96).

Antes do primeiro interventor assumir, uma Junta Governativa foi formada para dirigir o estado, que tratou de dispensar funcionários ligados ao antigo regime federal e passou a acomodar seus aliados no aparato administrativo estatal, prática acentuada nos anos seguintes. Cassio Miranda, funcionário público federal, foi dispensado de suas funções no SPRMA e na filial do IOC, no dia 31 de outubro de 1930 (DIÁRIO OFFICIAL, 1930, p.1). Nesse quadro, o SPRMA foi formalmente extinto e a filial do IOC passou a ser um órgão público de responsabilidade do governo, pois foi transformado em um laboratório estatal, mantendo o nome “Oswaldo Cruz” como referência e homenagem à instituição outrora ligada, mas sem vínculos com Manguinhos.

Claro que o rumo tomado pela filial no Maranhão também está ligado às transformações que o IOC sofreu após a mudança de governo a nível federal, como sua passagem para jurisdição do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) e uma severa crise financeira, que teve impactos profundos na produção científica de qualidade e na impossibilidade de manter suas filiais. Os “tempos de turbulência” foram agravados na gestão de Cardoso Fontes (1934-1941) momento em que Instituto perdeu sua autonomia financeira e administrativa, e um patrimônio importante com transferência da filial de Belo Horizonte para alçada do governo de Minas Gerais, sem comunicação prévia oficial (BENCHIMOL, 1990a, p.68-70; BENCHIMOL, 2014, p.47-50).<sup>297</sup> Nessa lógica, a filial do IOC no Maranhão representou uma primeira perda de propriedade e expressão simbólica do Instituto, mantida além de suas fronteiras, após o golpe de 1930, ainda que sua atuação não fosse tão expressiva em comparação à filial mineira. Após a transformação da filial do IOC no Maranhão em

---

<sup>297</sup> Para mais informações sobre as transformações que o Instituto Oswaldo Cruz passou durante o período que Getúlio Vargas permaneceu na presidência, em especial a crise financeira subsequente à Revolução de 30 e a nova tentativa de expansão rumo ao norte do país, com a criação do Instituto de Patologia Experimental, em Belém, ver Benchimol (1990a; 2014).



laboratório do governo, Luiz Vianna, funcionário da casa desde 1919, assumiu inicialmente a direção do instituto, mas nos anos seguintes a administração foi entregue ao médico maranhense Salomão Fiquene.

Ao contrário do que se poderia pensar após perder seus cargos de liderança no Maranhão, Cassio Miranda não retornou imediatamente ao Rio de Janeiro para ocupar funções no recém criado MESP ou no IOC, locais onde certamente encontraria espaço para atuar, após tantos anos em missão. A demissão do dr. Miranda pouco abalou o prestígio que o médico mantinha na sociedade maranhense da época tanto que, em pouco tempo, conseguiu ocupar cargos públicos de relevância, ligados à área da saúde que estava se institucionalizando na nova configuração política nacional e estadual. Inicialmente o dr. Miranda atuou como médico na Diretoria de Saúde Pública e Saneamento Rural, órgão do governo que substituiu o SPRMA (CALDEIRA, 1999, p.27).

Na interventoria do Capitão Seroa da Mota, em 1932, a questão da saúde no estado passou por uma reformulação administrativa e burocrática, seguindo tendência nacional, embora com características regionais, a partir do Decreto n.246 de 11 de janeiro de 1932. Com esta lei a Diretoria de Saúde Pública e Saneamento Rural foi substituída pelo Departamento de Saúde e Assistência, cuja direção foi confiada a Cassio Miranda. O Regulamento do Departamento de Saúde e Assistência, no título I, art. 3, estabeleceu que as atividades desse órgão ficariam à cargo de uma Diretoria Geral e duas Diretorias (Higiene e Saúde Pública e Assistência Pública) e uma Procuradoria dos Feitos da Saúde Pública e Assistência Judiciária. À Diretoria de Higiene e Saúde Pública competia a administração do Instituto Oswaldo Cruz, o serviço de demografia, educação, propaganda sanitária, fiscalização do exercício da medicina, higiene infantil, higiene das habitações, profilaxia das doenças transmissíveis, os postos regionais de saúde (itinerantes), etc. À Diretoria de Assistência Pública competia a administração do Hospital Geral (antigo Hospital da Profilaxia), o serviço contra lepra, serviço contra tuberculose, os hospitais regionais, dentre outros serviços de assistência.

À época, segundo Sousa (1996, p.37; 2005, p.96), as questões sociais emergentes no cenário nacional incentivaram a formalização dos aparatos institucionais de teor higienista, com feições semelhantes ao que vinha se desenvolvendo em gestão anterior - inclusive nos estados, que assumem diretrizes sanitaristas, assistencialistas, médicas e morais ao mesmo tempo, para atendimento individual e curativo dos cidadãos. No Maranhão, em função das grandes epidemias registradas e pela presença de vários anos de Serviço de Profilaxia no estado, o eixo higienização ainda ficou bem marcado nas ações institucionais após 1930. Acrescento o fato de que uma gama de profissionais envolvidos no SPRMA, com suas concepções e práticas

fortemente arraigadas no saneamento rural, foram aproveitados no funcionalismo público em anos posteriores, como foi o caso dos médicos Cassio Miranda, Filogônio Lisboa, Luiz Vianna, Heitor Pinto, Ático Seabra, Clarindo Santiago, Cesário Veras, dentre outros que identifiquei em documentos oficiais pós 1930.

Sobre o médico Cassio Miranda nessa nova conjuntura, constatei que após assumir o cargo de diretor do Departamento de Saúde e Assistência, aproveitou um clima de formação de partidos políticos, a maioria dissidências do situacionismo instaurado na capital, e filiou-se à Ação Integralista Brasileira (AIB).<sup>298</sup> Trata-se de um movimento inspirado no fascismo italiano, para o qual Benito Mussolini era o líder político, que conseguiu adeptos após o jornalista Plínio Salgado trazer essas ideias para o Brasil em 1932. Em 1933 Cassio Miranda fundou o núcleo maranhense da AIB tornando-se chefe provincial. Com propostas pouco definidas e sem uma sede própria para o partido, Cassio Miranda foi apoiado, em geral, por profissionais liberais e pessoas das camadas médias de São Luís, além de um padre com pouca expressividade na hierarquia regional, Carlos Bacelar. Mesmo assim Cassio Miranda conseguiu levar adiante sua candidatura ao cargo de Deputado Federal, em 1934, na qual não obteve sucesso (CALDEIRA, 1999, p.29).

Em maio de 1935, o dr. Miranda deixou o campo da administração da saúde após ser convidado pelo interventor Capitão Martins de Almeida para ser o diretor da Fazenda do Estado. Nessa época, o médico já vinha formando alianças com partidos políticos locais, entre eles, o PSD, na qual Magalhães de Almeida era o líder, o PSB e a Liga Eleitoral Católica. Isso sem falar no apoio político (sobretudo, a amizade) com o médico Genésio Rego, do partido URM (CALDEIRA, 1999, p.29; REIS, 2007, p.113). O apoio dos representantes do catolicismo em favor do dr. Miranda foi consequência de sua boa reputação ao longo dos anos no estado, uma vez que o médico sempre esteve envolvido em atividades religiosas e filantrópicas elaboradas pelas igrejas católicas de São Luís, algo que percebi em textos jornalísticos. Lembrando que Cassio Miranda, em suas práticas como cientista fazia questão de receber líderes católicos na filial do IOC, nos anos iniciais de sua atuação.

Com apoio desses segmentos, em 5 de maio de 1935, um passo mais ousado foi dado pelo dr. Miranda: foi lançada sua candidatura ao governo do Maranhão. Propagandas em torno desse evento qualificavam o médico como um “laureado cientista”, “saneador do

---

<sup>298</sup> À frente desses partidos, por exemplo, estavam antigos correligionários, como Magalhães de Almeida, Godofredo Vianna e Genésio Rego, personagens da antiga política dominante que formaram núcleos de oposição forçando eleições para Assembleia Constituinte em 1933, e conquistaram a simpatia da população urbana e de políticos no interior do estado que não viam com bons olhos os políticos identificados com a Revolução de 30 (CALDEIRA, 1999, p.29; REIS, 2007, p.107).

Maranhão”, “há quinze anos prestador de serviços no estado”, dentre outros adjetivos. Principalmente, esses discursos destacavam o dr. Miranda como o “cristão católico”, apto a disputar o cargo com o candidato qualificado como “ateu”, e declarado neutro em relação às disputas políticas do estado: o médico Achilles Lisboa, conhecido no cenário local e nacional (POLÍTICA, 1935, p.1). A eleição ocorreu em 21 de junho daquele ano e o “cristão” Cassio Miranda perdeu para o “cientista ateu” Achilles Lisboa por uma diferença de 3 votos na Assembleia Constituinte do Maranhão. No dia 6 de julho de 1935 o dr. Miranda deixou o Maranhão, mas antes escreveu uma nota de adeus no jornal *Pacotilha*, na qual agradeceu ao povo do estado pela acolhida e disse que ao retornar para o Rio de Janeiro, onde assumiria funções no IOC, poderiam sempre contar com sua amizade (DESPEDIDAS, 1935, p.4). Foi o fim de uma intensa trajetória no campo da saúde no Maranhão, ao longo de 16 anos, e o fim de sua breve passagem pela política regional.

O que mais chamou atenção nessa reta final da presença do dr. Miranda no estado foi seu desprendimento em relação à filial do IOC, transformada em laboratório estadual. Não há registros de que o dr. Miranda tenha tentado reverter a situação – compreensível porque a conjuntura que levou ao fim da filial era complexa por envolver políticas federais e pelo fato de que a instituição não conseguiu expandir seu raio de ação, previsto com a inauguração de novas instalações. Na verdade, essa possível indiferença pode ser reflexo de um esmorecimento diante da impossibilidade de fazer da filial maranhense um grande Instituto de pesquisa, no norte do país, rentável economicamente. Somado a isso, de sua parte, houve uma migração (ou encanto) para a política local, redirecionando sua prioridade no estado.

O governador eleito, Achilles Lisboa, sofreu um processo de *impeachment*, por razões complexas ligadas a não adesão às ideias dos demais partidos que compunham o núcleo da Constituinte no Maranhão. O novo governador, indicado por Getúlio Vargas, Paulo Souza Ramos, assumiu em 1936 permanecendo ao longo do período ditatorial do governo federal, e ficou conhecido na historiografia maranhense pela importância dada ao âmbito da saúde no estado, após colocar a Diretoria de Assistência e Saúde Pública, na qual o diretor indicado foi o médico Tarquínio Lopes Filho, em consonância aos parâmetros de estruturas nacionais centrais (MESP e Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social). Além disso, investiu na construção de aparatos físicos no campo da saúde, reestruturando outros existentes, como o antigo Hospital da Profilaxia, à época defasado, que passou a se chamar Hospital Geral (MEIRELES, 1993, p.77-78; SOUSA, 2005, p.106).

Mapeando os desdobramentos da antiga filial após a Revolução de 30 identifiquei que a instituição passou por um processo de defasagem de sua estrutura física e material,

frequentemente apresentado em periódicos da época. Além disso, laboratórios particulares foram instalados na capital, aumentando a concorrência entre os serviços laboratoriais, diminuindo o raio de ação da antiga filial do IOC.<sup>299</sup> Na gestão de Paulo Ramos a defasagem da instituição foi amenizada, pois foram destinados recursos para a compra de equipamentos, materiais e para a reforma das instalações do então Laboratório Oswaldo Cruz, que mantinha estrutura física inalterada desde a adaptação de seus prédios em 1919. Essas ações impediram a falência imediata do laboratório.<sup>300</sup>

O processo de modernização dos serviços de saúde no Maranhão na gestão de Paulo Ramos ganhou mais força com o Decreto n. 30 de 25 de janeiro de 1938, legislação ampla que organizou as atividades dos serviços de saúde do estado, incluindo os novos órgãos. No tocante ao laboratório Oswaldo Cruz fixou as atividades em pesquisas experimentais e industriais relacionadas ao diagnóstico de doenças transmissíveis e análise de gêneros alimentícios. Em relação às análises industriais, para o qual tinha uma longa lista de produtos a serem examinados, teve como foco as pesquisas sobre o leite, que contou com um funcionário específico para o controle de seus derivados.

A lei fixou como atividades secundárias a produção das vacinas antivariólica e antirrábica, restringindo-as ao abastecimento do estado. Com essa legislação, ao laboratório também foi confiado o serviço de inspeção da saúde de funcionários públicos, determinando-os aptos ou não ao trabalho, com base no fornecimento de laudos. Por essas razões o laboratório em questão, apesar de ser inspirado em uma “era bacteriológica”, fruto de uma política que inseriu o Maranhão em uma “era do saneamento”, e do processo de expansão das fronteiras do IOC, tornou-se bem diferente de sua proposta inicial. Ao permanecer no mesmo prédio, na rua Afonso Pena, sobrevivendo até a década de 50, passou a ser marcado pela restrição de suas atividades e modéstia nos serviços, princípios distintos da ideologia formadora de filiais para o IOC.

---

<sup>299</sup> À época, médicos como Filogônio Lisboa e Tarquínio Lopes Filho fundaram laboratórios particulares em São Luís.

<sup>300</sup> No quadro de conquistas na área da saúde, realizadas na gestão do interventor Paulo Ramos, destaca-se a inauguração do Leprosário na Ponta do Bonfim, em 1937. Já citado neste estudo, o leprosário era um projeto antigo, idealizado na política de Urbano Santos desde 1919, quando o SPRMA dava seus passos iniciais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história da saúde pública no Maranhão na primeira república é marcada por tentativas de institucionalização de medidas de combate às doenças epidêmicas (peste bubônica e varíola), em um primeiro momento; e endêmicas (ancilostomose, febre amarela e malária) a partir da inserção do estado no Movimento pelo Saneamento do Brasil rural. As doenças grassavam porque a cidade de São Luís vivia um caos de insalubridade, formando um cenário propício para a proliferação de doenças não muito diferente do que ocorria em outras capitais da república, impactadas pelas transformações econômicas, políticas e sociais da época. No interior do estado, ou nos ‘arrabaldes’ do centro urbano de São Luís, as doenças também grassavam, mas eram negligenciadas pelo poder público que concentrava suas atenções no centro urbano de São Luís, onde habitavam as elites políticas e econômicas do estado.

As tentativas de institucionalização da época foram profundamente marcadas pelo advento da microbiologia em contexto local, cujas ideias progressivamente modificaram as concepções e práticas de médicos locais e autoridades políticas, marcadas por teorias miasmáticas. Nessa conjuntura, médicos locais elaboraram planos de intervenção no caos de insalubridade e realizaram ações concretas com base na etiologia das doenças, desinfecções, soroterapia específica e diagnóstico laboratorial. No entanto, esses médicos deparavam-se com uma realidade complexa e com limitações estruturais para colocar seus planos em prática: ausência de aparelhamento laboratorial, poucos investimentos em engenharia sanitária e, mesmo, ausência de prioridade política e financeira com essas questões.

Os anos iniciais da República no Maranhão foram marcados por instabilidade política e muita retórica em prol da saúde, ciência e saneamento. Apesar da instituição de farta legislação sanitária promulgada os agentes locais pouco fizeram de concreto, pois estavam preocupados em firmar-se administrativamente e reformular repartições. Essa retórica dava a sensação de que algo estava sendo feito no campo da saúde pública e saneamento da capital, mas os velhos problemas de higiene eram frequentemente criticados em periódicos locais, e sua veiculação colocava em risco a imagem da “Athenas Brasileira”. Essa imagem forjada em nada lembrava os aspectos reais de uma cidade que continha uma maioria imperiosa de iletrados e excluídos politicamente. Intitular-se ateniense e identificar os ‘grandes homens do passado’ era uma forma de autorrepresentação dos ludovicenses das camadas mais elevadas que passavam a ser atingidos cada vez mais pela “doença que pega”.

A epidemia de peste bubônica na capital, em 1903-1904, escancarou os problemas de insalubridade enfrentados pelos ludovicenses, sobretudo os mais expostos às doenças. Além disso, a peste motivou atitudes inéditas no campo da saúde e saneamento na capital como a contratação de médicos de capitais que estavam na vanguarda da medicina experimental e ações institucionais em saúde pública para combater a doença que, em São Luís, foi considerada grave e mortífera. Tais ações foram viabilizadas pelo senador Benedito Leite, um ‘entusiasta da modernidade’, que se mostrou um interlocutor eficaz na articulação de uma rede sanitária a ligar o Maranhão e São Paulo. Ao Serviço Sanitário de São Paulo foi atribuída a extinção da peste, e ao diretor da missão, Victor Godinho, foi dado papel de destaque: ‘herói civilizador’, revestido de virtudes pessoais que explicariam o sucesso da empresa. Trata-se de uma visão despolitizada do ofício médico, algo que busquei criticar ao longo da pesquisa, analisando as ações de médicos do período. Além disso, a missão contou com a participação de personagens locais, do Rio de Janeiro e São Paulo, e quando medidas mais eficientes foram colocadas em prática, como a transferência dos pestosos para o Hospital de Isolamento, por exemplo, a epidemia já estava em franco declínio.

Certamente a epidemia foi um evento importante para saúde pública de São Luís, pois apresentou um modo de fazer ciência médica com apoio político e financeiro. No entanto, as lições aprendidas com a experiência da peste não tiveram continuidade – os projetos idealizados pelo senador Benedito Leite, na qual o Serviço Sanitário do Maranhão seria dirigido em novas instalações e pelo médico paulista Militão Pacheco, sucessor de Godinho, não vieram a se concretizar. Especificidades locais, como aliança entre políticos e proprietários de imóveis barraram as pretensões de Militão Pacheco e seu sonhado “bota abaixo”.

A peste bubônica também foi relevante para o campo da saúde pública no Maranhão porque inaugurou uma nova mentalidade na política local. Com ela iniciou-se uma fase de tentativas de trazer médicos ‘de fora’ para São Luís, iniciados na microbiologia, para dirigir o Serviço Sanitário. Ao que parece os médicos locais saudaram a iniciativa de comissionar Godinho, mas é possível que não tenha existido unanimidade. Oscar Galvão e Felicissimo Fernandes pediram licença do Serviço com a chegada de Godinho e só retornaram ao funcionalismo público após o fim do Serviço Extraordinário de Higiene. Ao longo da narrativa é possível ver que os médicos locais não formavam um grupo coeso. De certo houve uma tentativa de demonstrar coesão com a passagem de Oswaldo Cruz por São Luís, mas pareceu uma unidade de ‘fachada’ visando reforçar alianças construídas com Manguinhos e apagar qualquer mágoa em relação à sabotagem da campanha de Marques Lisboa, médico carioca que antecedeu Godinho no combate à peste. A falta de unanimidade entre os médicos locais é

melhor expressa com a instituição do Serviço de Profilaxia Rural no estado, pois no início o Serviço federal foi saudado pela maioria dos médicos, mas quando problemas ficaram evidentes os médicos locais começaram a lançar críticas às ações do serviço. Vale lembrar que essas críticas também estavam relacionadas a motivos pessoais desses profissionais que não se inseriram da forma que desejavam na intervenção federal.

Na pesquisa dei ênfase à epidemia de peste bubônica de 1903-1904 por entendê-la como importante meio para compreender os impactos sociais que causou e as mudanças de mentalidade no modo de fazer ciência médica à época. No entanto, as demais que ocorreram também são significativas, pois através delas verificamos como a construção da identidade da doença altera a forma de seu combate, agilizando os meios empregados para dissipá-la. A história da segunda epidemia (1908-1909) evidenciou como a peste poderia tornar-se endêmica, mantida em focos dispersos, sujeitos a eclodir em novas epidemias; a terceira epidemia (1921-1922), por sua vez, nos apresenta uma outra face da doença no Brasil à época, dispersa pelo interior do país e acompanhando os grupos migratórios pela região nordeste, em núcleos rurais e de pobreza, e passível de se expandir através de vagões de trens e porões de navios que transportavam algodão.

Com este estudo busquei compreender em que condições se fez saúde e ciência no Maranhão na Primeira República. Apresentei argumentos ao longo da tese que reforçam que a microbiologia não foi instituída como um processo harmônico e independente das condições políticas e sociais que lhes dão moldura no contexto local. Devo lembrar as resistências que Marques Lisboa, médico de Manguinhos enviado para combater a peste em 1903, encontrou para estabelecer o diagnóstico da doença na cidade. Mesmo realizando todos os procedimentos recomendados seu diagnóstico não foi aceito de imediato sendo alvo de vários questionamentos pela política local. O Serviço de Profilaxia Rural também esbarrava em várias limitações, pois um dos grandes desafios foi a instalação de postos de profilaxia no interior do estado, em regiões que sequer foram citadas em épocas anteriores pelas políticas de saúde. Os postos eram paliativos e, geralmente, não cumpriam a função de educação sanitária e estudo das doenças locais.

Destaco outro ponto neste momento de avaliação da narrativa: aqui busquei desenvolver uma grande sistematização dos eventos no campo da saúde pública, ocorridos na primeira república, levando em consideração a extensa temporalidade, as mudanças de personagens e as transformações nas políticas de saúde a nível local e federal. Este tipo de ‘mapeamento’ não isentou-me de assumir uma postura crítica perante a variedade de fatos encontrados e nem deixar de responder a pergunta que norteou este estudo: é possível fazer

ciência e saúde no Maranhão na primeira república? A resposta é afirmativa e levou-me a outra questão: em que circunstâncias se fez ciência e saúde? As circunstâncias, como vimos ao longo do texto, foram as mais diversas, mas no geral envolveram a necessidade de combater as epidemias e endemias em uma sociedade profundamente marcada pelo coronelismo nas relações sociais e políticas; uma sociedade que experimentava o seu processo de modernização – que incluía a apropriação de concepções e práticas mais avançadas no campo da saúde pública, que nem sempre se efetivavam.

Através da pesquisa foi identificado um grande acervo iconográfico sobre o período e uma parte dele foi apresentado no decorrer da narrativa. Certamente esse acervo não se esgota nesta pesquisa, pois ainda há uma material rico a ser explorado. Encomendado pelo médico Cassio Miranda as fotografias apresentadas em seu relatório do Serviço de Profilaxia Rural retratam o ‘sertão do sertão’, os arrabaldes do centro urbano de São Luís que contrastavam com aquilo que políticos locais apresentavam em álbuns oficiais. Também existem outras imagens da campanha liderada por Victor Godinho, além de um significativo acervo de gráficos e plantas que ele elaborou que poderão frutificar investigações várias.

A trajetória de alguns médicos no estado chamou minha atenção em particular e ainda poderão frutificar novos estudos. O maranhense Oscar Galvão foi um médico longevo e viu de perto todas as transformações na saúde pública no período. Sua participação no combate à epidemia de varíola em 1908, seu papel na construção do Isolamento do Lira, sua querela com o SPRMA - por não ter conseguido o cargo de direção no Hospital da Profilaxia, são eventos que ainda merecem ser investigados. Os dizeres inscritos em sua lápide dizem muito sobre suas mágoas, provavelmente, com a política local. Do mesmo modo, acredito que a trajetória de Cassio Miranda no Maranhão deve ser mais investigada, dentro do contexto de desfecho da “era do saneamento” maranhense e chegada de um novo regime político. Na sua reta final no estado o sonho de fazer da filial do IOC um grande Instituto de Medicina Tropical foi deixado em segundo plano e o médico enveredou na política local, ramo incerto e instável ainda mais para um personagem de ‘fora’.

Dada a natureza do meu trabalho, voltado às ações institucionais de saúde pública, e a escassez de fontes que realçam o outro lado das ações institucionais, senti falta de saber mais sobre a visão que os doentes tinham perante o contexto e suas experiências de adoecimento. O doente, por vezes, aparece nos escritos de médicos e autoridades políticas como mero alvo das ações de saúde ou como ‘caso’, ou ainda como ignorante quando não se submetia ao tratamento.



A historiografia tradicional no Maranhão tende a dar destaque ao governador / interventor Paulo de Souza Ramos na consecução de grande obras voltadas à saúde assim que chegou ao poder, em 1937, indicado por Getúlio Vargas. Geralmente compara-se suas ações com aquilo que foi feito por Urbano Santos à época. Paulo Ramos é louvado por ter instituído nos primeiros anos de mandato um Centro de Saúde que levou seu nome, a organização da Diretoria Geral da Saúde Pública, um Pronto Socorro, uma reforma no Hospital da Profilaxia (que passou a chamar-se Hospital Geral), inaugurou o Leprosário do Bonfim (o antigo Isolamento do Bonfim), entre outras ações. Nesses discursos, frequentemente as ações desenvolvidas antes de sua gestão são vistas como pouco eficientes, muitas delas são omitidas, ou sequer conhecidas. Elas sucumbem diante das ações do grande tecnocrata que era Ramos, apoiado pela política financeira de Vargas. Acredito que é necessário lançar olhares para aquilo que foi desenvolvido em épocas anteriores, em termos de conhecimento e práticas de saúde, que viriam a formar as bases da política de saúde de Ramos. Aqui reside uma futura investigação, para além das ideias de “fracasso” e “êxito” nas ações de saúde, que considera a primeira república no Maranhão como importante período de tentativas de institucionalizar a saúde neste estado do Norte, que viria a tornar-se ‘sertão’.

## REFERÊNCIAS

### Arquivos Institucionais consultados

Arquivo Público do Estado do Maranhão.

Biblioteca Astolfo Marques (Academia Maranhense de Letras).

Biblioteca Assis Chateaubriand (Museu Histórico e Artístico do Maranhão).

Biblioteca da Faculdade de Medicina da USP.

Biblioteca de História das Ciências e da Saúde – COC/FIOCRUZ.

Biblioteca de Manguinhos – Obras Raras – Pavilhão Mourisco.

Biblioteca de Manguinhos – Pavilhão Haity Moussatché.

Biblioteca Pública Benedito Leite (Maranhão).

Casa de Cultura Josué Montello (Maranhão).

*Center for Research Libraries - Digital Delivery System.*

Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz (Rio de Janeiro).

Fundação Biblioteca Nacional (Rio de Janeiro).

Museu da Saúde Pública Emílio Ribas (São Paulo).

Museu Histórico e Artístico do Maranhão – Setor de Museologia.

### Documentos

### Publicações em periódicos

A BUBÔNICA. *Pacotilha*. n. 24. São Luís, 29 jan. 1921, p.4.

A BUBÔNICA em São Bento. *Diario de S. Luiz*. n.22. São Luís, 27 jan. 1921, p.4.

A COMISSÃO SANITÁRIA. *Correio Paulistano*. n. 14.547. São Paulo, 13 fev. 1904, p.2.

A EPIDEMIA. *Pacotilha*. n. 86. São Luís, 12 abr. 1904, p.1.

- A EPIDEMIA DO MALEFÍCIO da Prophylaxia. *Folha do Povo*. n.266. São Luís, 12 set. 1928, p.1.
- A EXM. SRA. *Pacotilha*. n.333. São Luís, 24 de dez. 1887, p.3.
- A FILIAL do Instituto Oswaldo Cruz. *Pacotilha*. n.96. São Luís, 29 abr. 1920.
- A HIGIENE E O ESTADO do Maranhão. *Pacotilha*. n.45. São Luís, 18 de fev.1990, p.2.
- A PESTE. *A Campanha*. n. 237. São Luís, 27 out. 1903, p.1.
- A PESTE. *A Campanha*. n. 244. São Luís, 4 nov. 1903, p.1.
- A PESTE no Maranhão. *Pacotilha*. n. 184. São Luís, 4 ago. 1904, p.1.
- A PESTE em S. Bento. *Pacotilha*. n.273. São Luís, 4 de jun. 1921, p.1.
- A POLÍCIA SANITÁRIA. *Pacotilha*. n. 96. São Luís, 23 abr. 1904, p.2.
- A PROFILAXIA Rural em Alcântara. *Pacotilha*. n.245. São Luís, 17 out. 1919, p.4
- A PROPHYLAXIA Rural no Maranhão - A comissão federal não sabe quando vai... *Gazeta de Notícias*. n.72. Rio de Janeiro, 14 mar. 1919, p.2.
- A PROFILAXIA Rural no Maranhão. *Pacotilha*. n.130. São Luís, 4 jun. 1921, p.1.
- A REVISTA DO NORTE, a. III. N. 59. São Luís: Typ. Teixeira, 1.02.1904.
- \_\_\_\_. a. III. N. 61. São Luís: Typ. Teixeira, 1.03. 1904.
- \_\_\_\_. a. III. N. 66. São Luís: Typ. Teixeira, 16.05.1904.
- A SAÚDE pública. *Pacotilha*. n. 156. São Luís, 5 jul. 1920, p.4.
- A SAÚDE PÚBLICA. *Pacotilha*. n. 259. São Luís, 31 out. 1903, p.1.
- A SAÚDE PÚBLICA. *Pacotilha*. n.267. São Luís, 10 nov. 1903, p.1.
- A SAUDE PÚBLICA. *Pacotilha*. n.109. São Luís, 8 mai. 1908, p.1.
- ACHA-SE ENTRE. *Pacotilha*. n. 103. São Luís, 2 de mai. 1887, p.3.
- ACTA DA COLOCAÇÃO de pedra fundamental do pavilhão dos flagelados. *Pacotilha*. n.217. São Luís, 15 set. 1921, p.4
- ALBUQUERQUE, J. P. B. de. Conselhos ao Povo. *Diario do Maranhão*. n.10623. São Luís, 9 dez 1908, p.3.
- APESAR DO APARATO. *Pacotilha*. n. 165. São Luís, 8 de nov. 1899, p.3.

- AS DESINFECÇÕES e a peste. *Pacotilha*. n. 253. São Luís, 26 out. 1916.
- AS COBRAS. *Pacotilha*. n.117. São Luís, 20 mai. 1922, p.1
- AVISOS. *Gazeta de Notícias*. n. 83. Rio de Janeiro, 24 mar. 1890, p.2.
- AVULSOS. *Pacotilha*. n. 264. São Luís, 7 de nov. 1908, p.1.
- BRICIO FILHO, J. Notícias. *Diario do Maranhão*. n.9667. São Luís, 25 out. 1905, p.1.
- CARMO, Sidney José do. Passantes da Agonia. *Revista Mineira de Saúde Pública*. N.1. 2002. pp.44-47.
- CHEGARAM À BARRA. *Diario do Maranhão*. n. 8.193. São Luís, 19 de dez. 1900, p.3.
- COMARCA DA CAPITAL. *Pacotilha*. n. 162. São Luís, 11 de jul. 1892, p.2.
- COMPANHIA DE FIAÇÃO. *Pacotilha*. n. 46. São Luís, 17 de fev. 1891, p.3.
- CONSULTÓRIO DO DR. ALMIR NINA. *A Revista do Norte*. a. V. n. 9. 1906.
- CAUSA DO MAL suspeito. *Pacotilha*. n.256. São Luís, 28 out. 1903, p.2.
- DECRETOS da pasta da Agricultura. *Correio da Manhã*. n.16. Rio de Janeiro, 01 mar. 1919, p.1.
- DESPEDIDAS. *Pacotilha*. n.266. São Luís, 30 jun. 1935, p.4.
- DIARIO OFFICIAL do Estado do Maranhão. Maranhão: Imprensa Official, 2.11.1930, p.1.
- DIRETORIA DO SERVIÇO SANITARIO. *Pacotilha*. n. 302. São Luís, 22 dez. 1908, p.2.
- DO LARGO do Quartel. *Pacotilha*. n.131. São Luís, 14 de mai. 1883, p.3.
- DR. ACHILLES Lisboa. *Diario de S. Luiz*. n.158. São Luís, 7 jul. 1921, p.3.
- DR. ALMIR Parga Nina. *Pacotilha*. n.44. São Luís, 21 de fev. 1908, p.1-3.
- DR. HENRIQUE LISBOA. *Pacotilha*. n. 9. São Luís, 12 jan. 1904, p.1.
- DR. OSCAR GALVÃO. *Pacotilha*. n. 267. São Luís, 12 de nov. 1923, p.1.
- DR. OSWALDO CRUZ. *Pacotilha*. n. 259. São Luís, 31 out. 1905, p.1.
- DR. OSWALDO CRUZ. *Diario do Maranhão*. n.9674. São Luís, 3 nov. 1905.
- DR. OSWALDO CRUZ. *Pacotilha*. n.262. São Luís, 3 nov. 1905.
- DR. VICTOR GODINHO. *Pacotilha*. n. 32. São Luís, 8 fev. 1904, p.1.

- DUBOIS, Rogério. Entre Cobras. *Pacotilha*. n. 96. São Luís, 26 abr. 1922, p.4.
- EM AÇÃO de Graças. *Correio da Manhã*. n. 9.827. Rio de Janeiro, 30 jan. 1927, p.8.
- ENGENHO CENTRAL de São Pedro. *Diario do Maranhão*. n.3871. São Luís, 22 de jul. 1886, p.2.
- ESCOLA DE MEDICINA. *Correio Paulistano*. n. 13.312. São Paulo, 15 set. 1900, p.1.
- ESTÃO NOTADOS. *Diario do Maranhão*. n. 8.005. São Luís, 8 de mai. 1900, p.2.
- EXPLORAÇÃO. *A Campanha*. n. 255. São Luís, 17 nov. 1903, p.2.
- FACULDADE de Medicina. *Correio da Manhã*. n.900. Rio de Janeiro, 28 nov. 1903, p.2.
- FERREIRA, Justo Jansen. A passagem do dr. Oswaldo Cruz pelo Maranhão. *Revista do Norte*. a.4. n.3. 1905.
- \_\_\_\_\_. O saneamento no Maranhão. *Jornal do Commercio*. n.289. Rio de Janeiro, 18 out. 1921, p.4.
- \_\_\_\_\_. Almir Nina... *Pacotilha*. n.44. São Luís, 21 de fev. 1908, p.1.
- FOI ONTEM. *Pacotilha*. n. 9. São Luís, 12 jan. 1904, p.1.
- GALVÃO, Oscar. Palavras ao vento: Prophylaxia Rural. *Diario de S. Luiz*. n. 130. São Luís, 3 jun. 1921, p.1.
- GALVÃO, Otto do Lago. [Resumo dos serviços realizados pela Comissão de Saneamento da Estrada de Ferro de São Luís a Caxias]. *Pacotilha*. n.128. São Luís, 1 de jun. 1920, p.1.
- GODINHO, Victor. Febre Typho-malárica pseudo hysterica. *Brazil Medico*. Revista semanal de medicina e cirurgia. 1906. A. 10. N.41. p. 362-364.
- \_\_\_\_\_. Contribuição para o estudo da peste bubônica. *Brazil Medico Revista semanal de medicina e cirurgia*. 1900. A. XIV. N.28.
- GRANDE e notável leilão. *Pacotilha*. n. 303. São Luís, 26 dez. 1904, p.3.
- GROTIUS, D. Cotas. *Pacotilha*. n. 165. São Luís, 14 jul. 1908, p.1
- GUERRA JUNIOR, J. De leve. *Diario de S. Luiz*. n.25. São Luís, 31 jan. 1921, p.4.
- LEILÃO de finos e modernos móveis e utensílios pertencentes à Missão Rockefeller. *Pacotilha*. n.120. São Luís, 24 mai. 1927, p.4.
- LISBOA, Achilles. Não haverá milagre para nossos lázaros? A Lepra domina a capital do Maranhão. [Entrevista]. *A Noite*. n.3.529. Rio de Janeiro, 4 out. 1921, p.1.

\_\_\_\_. O Saneamento Rural do Maranhão 1. *Diario de S. Luiz*. n.275. São Luís, 23 nov. 1922a, p.1.

\_\_\_\_. O Saneamento Rural do Maranhão 2. *Diario de S. Luiz*. n.276. São Luís, 24 nov. 1922b, p.1.

\_\_\_\_. O Saneamento Rural do Maranhão 3. *Diario de S. Luiz*. n.277. São Luís, 25 nov. 1922c, p.1-2.

\_\_\_\_. O Saneamento Rural do Maranhão 4. *Diario de S. Luiz*. n.278. São Luís, 26 nov. 1922d, p.1-2.

\_\_\_\_. O Saneamento Rural do Maranhão 5. *Diario de S. Luiz*. n.279. São Luís, 28 nov. 1922e, p.1-3.

LISBOA, Filogônio. A peste: sua importação e propagação - Os focos de epizootia em São Luís - Os casos de peste no homem aqui observados - A opinião de um médico e um jornal - As medidas empregadas na defesa - Como combater eficazmente o mal. *Pacotilha*. n.231. São Luís, 1 out. 1921, p.1.

\_\_\_\_. O surto de peste no Codozinho. *Pacotilha*. n.188. São Luís, 12 ago. 1922, p.3.

LISBOA, Henrique. Marques. O Diario julgando o dr. Lisboa. *A Campanha*. n.291. São Luís, 30 dez. 1903, p.1.

LUTO. *Pacotilha*. n. 19. São Luís, 24 de jan. 1927, p.1.

MAGALHÃES, Octavio. Ezequiel Dias. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. v. 15. n.1. 1922.

\_\_\_\_. Contribuição para o estudo dos ofídios brasileiros. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. Tomo XVIII. 1925.

MAGALHÃES, Raul de Almeida. A Prophylaxia Rural [Relatório]. *Pacotilha*. n.248. São Luís, 21 out. 1919, p.4.

\_\_\_\_. Relatório apresentado pelo dr. Raul Magalhães ao sr. Ministro da Justiça. *Pacotilha*. n.124. São Luís, 27 mai. 1920, p.1.

MIRANDA, Cassio. Alguns nematódeos do gênero *Aplectana Railit & Henry* (1916). *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. [Tomo XVII]. Rio de Janeiro: IOC, 1924.

\_\_\_\_. A instalação do Posto de Pedreiras. *Diario de S. Luiz*. n.399. São Luís, 29 abr. 1925, p.4.

\_\_\_\_. No Hospital Rural. *Pacotilha*. n.190. São Luís, 15 set. 1925, p.2.

MEYER, Carlos. A peste em São José dos Campos em 1906. *Revista Médica de S. Paulo*. n.5 a. X. Março 1907.

MONIZ, Gonçalo. A peste na Bahia. *Revista Médica de S. Paulo*. n.20. a. XI. Setembro 1908.

MOSTRARAM-NOS. *Pacotilha*. n. 9. São Luís, 12 jan. 1904, p.1. *A Campanha*. n.255. São Luís, 17 nov. 1903, p.1.

NÃO HAVERÁ milagre para nossos lázaros? A Lepra domina a capital do Maranhão. *A Noite*. n.3.529. Rio de Janeiro, 4 out. 1921, p.1.

NECROLOGIA. *Pacotilha*. n.97. São Luís, 27 abr. 1922, p. 4.

NINA, Almir. Um caso de Diphteria. Injecção do serum anti-diphterico. Cura. *O Brazil Médico*, n. 39, p. 317-319, 1895.

\_\_\_\_. Dr. Oswaldo Cruz. *Pacotilha*. n.263. São Luís, 6 nov. 1905, p.1.

NOTAS. *Correio Paulistano*. n. 14.756. São Paulo. 10 set. 1904.

NOTAS. *Correio Paulistano*. n. 14.649. São Paulo, 26 mai. 1904, p.2.

O CONTRATO dos esgotos. *Pacotilha*. n.233. São Luís, 1 out. 1912, p.1.

O DR. PALMERIO. *Diario do Maranhão*. n.1731. São Luís, 16 de mai. 1879, p.2.

O DR. TARQUÍNIO Filho no Instituto de Manguinhos. *Folha do Povo*. n.298. São Luís, 11 set. 1928, p.1.

O HOSPITAL Militar do Andarahy. *Gazeta de Notícias*. n. 161. Rio de Janeiro, 10 jun. 1895, p.2.

O NOSSO ESTIMADO. *Pacotilha*. n.290. São Luís, 7 dez. 1910, p.1.

O NOVO Secretário de Saúde Pública. *Correio da Manhã*. n.9.163. Rio de Janeiro, 3 abr. 1924, p.4.

O PNEUMOTORAX artificial na luta anti-tuberculosa. *Pacotilha*. n.192. São Luís, 10 out. 1925, p.1.

O POSTO Profilático do Anil. *Pacotilha*. n.130. São Luís, 4 jun. 1919, p.4.

O SANEAMENTO andou em crise: pensou-se em fechar o Hospital e os postos do interior. *Pacotilha*. n. 121. São Luís, 30 mai. 1925, p.1.

O SANEAMENTO Rural. *Pacotilha*. n. 237. São Luís, 6 out. 1924, p.1.

O SERPENTÁRIO um apelo à população do interior. *Pacotilha*. n. 262. São Luís, 8 nov. 1921, p.1.

O SERTÃO. *Pacotilha*. n.184. São Luís, 8 ago. 1922, p.1.

O SURTO de peste no Codozinho. *Pacotilha*. n.188. São Luís, 12 ago. 1922, p.3.

O SR. DR. OSCAR GALVÃO. *Diario do Maranhão*. n. 5.017. São Luís, 31 de mai. 1890, p.3.

- OLIGARCHIA MARANHENSE. *Pacotilha*. n. 69. São Luís, 22 mar. 1904, p.1.
- OS FRUTOS de uma grande obra, um ano de campanha sanitária – O impaludismo e anquilostomose nos subúrbios. *Pacotilha*. n.96. São Luís, 25 abr. 1919, p.4.
- OS ULCERADOS. *Pacotilha*. n.161. São Luís, 11 jul. 1919, p.1.
- PALHANO, Anísio. Hygiene. *Pacotilha*. n. 243. São Luís, 12 out. 1904, p. 2.
- PARANHOS, Ulysses. Da Raiva. *Brazil Médico*. n.29. a.XXI. p.281-286. 1907.
- PARTIDAS e chegadas – Dr. L. W. Hackett. *Pacotilha*. n. 308. São Luís, 31 dez. 1919, p.4.
- PARTIDO Republicano. *Diario do Maranhão*. n.9565. São Luís, 23 jun. 1905. p.2.
- PELO SANEAMENTO do Brazil. *Pacotilha*. n. 105. São Luís, 6 mai. 1919, p.2.
- POLÍTICA do Estado. *Pacotilha*. n.218. São Luís, 5 mai. 1935, p.1.
- PRATO do dia. *Pacotilha*. n.26. São Luís, 1 fev. 1921, p.1.
- PRECES. *A Campanha*. n. 7. São Luís, 11 jan. 1904, p.2.
- REBATENDO. *Pacotilha*. n.155. São Luís, 1 jul. 1905, p.1.
- REBATENDO. *Pacotilha*. n.157. São Luís, 4 jul. 1905. p.1.
- REGISTROU o lugar de presidente. *Gazeta de Notícias*. n.187. Rio de Janeiro, 8 jul. 1893, p.2.
- REGO, Luiz. Oswaldo Cruz. *Pacotilha*. n.263. São Luís, 6 nov. 1905, p.1
- ROCHA, Ismael. Notícias. *Revista Medica do Estado de São Paulo*. a.VII. n.20. 1904.
- ROCHA, José M. de Castro. Penetrando o Hinterland. *Diario de S. Luiz*. n.388. São Luís, 16 abr. 1925, p.1.
- \_\_\_\_\_. Penetrando o Hinterland: os habitantes. *Diario de S. Luiz*. n.401. São Luís, 4 mai. 1925, p.3.
- SALA de espera do Hospital do Serviço de Profilaxia Rural. *Pacotilha*. n.210. São Luís, 7 set. 1922, p.7.
- SANTIAGO, Clarindo. Achilles Lisboa. *Pacotilha*. n. 96. São Luís, 25 abr. 1923, p.4.
- SAUDE PUBLICA. *Pacotilha*. n. 308. São Luís, 28 dez 1905, p.1.
- SEGUE HOJE. *Pacotilha*. n.271. São Luís, 15 nov. 1905, p.1.
- SOCIEDADE PORTUGUESA DE QUÍMICA E FÍSICA. [Relatório]. *Revista de Química Pura e Aplicada*. a. III. n.4. 1928. p.232-245.



TRANCOSO, Romão. Cartas sem pretensão. *Pacotilha*. n.284. São Luís, 1 dez 1909, p.1.

UM ACIDENTE ofídico na Filial do I.O.C. *Pacotilha*. n.50. São Luís, 2 mar. 1925.

UMA BOA INICIATIVA. *Pacotilha*. n.240. São Luís, 9 out. 1905, p.1.

UMA PALESTRA. *Pacotilha*. n. 158. São Luís, 8 jul. 1921a, p.1.

UMA PALESTRA. *Pacotilha*. n. 159. São Luís, 9 jul.1921b, p.1.

VAZ, José Vianna. Rendendo justa homenagem... *Pacotilha*. n.44. São Luís, 21 de fev. 1908, p.1.

VIANNA, Luiz. Tentativa de catalogação das espécies brasileiras de trematódeos. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 17: 95-227, 1924.

### **Livros, relatórios e teses**

ALBUQUERQUE, J. P. B. de. *Relatório sobre os serviços prestados para a Diretoria do Serviço Sanitário do Estado do Maranhão em 1908-1909*. [Anexo ao ofício n. 887 – APEM]. 1909a.

\_\_\_\_\_. *Relatório apresentado ao Exm. Sr. Dr. Vice-governador do Estado pelo João Pedroso de Albuquerque ao deixar a direção do Serviço Sanitário do mesmo Estado no dia 4 de fevereiro de 1909*. 1909b. [APEM].

AMARAL, José Ribeiro do. *O Maranhão no Centenário da Independência – 1822-1922*. [s.d.][s.n.], 1922.

AZEVEDO, Aluísio. *O mulato*. (1881). São Paulo: Editora Moderna, 1994.

BOWER, Tom. *O Estado do Maranhão do Norte do Brasil pelo engenheiro de Minas e geólogo inglês Tom Bower*. Maranhão: Imprensa Oficial, 1913.

BRASIL. Ministério da Justiça e Negócios Interiores. [Ministro Urbano Santos da Costa Araújo]. *Relatório apresentado ao Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil pelo Ministro da Justiça e Negócios Interiores Dr. Urbano Santos da Costa Araújo* [1918-1919]. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. 1919. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1911/000002.html>. Acesso: 23.08.2018.

BRAZIL, Vital. Peste Bubônica em Santos (1899). *Cadernos de História da Ciência/Laboratório Especial de História da Ciência*. Instituto Butantã. v.1, n.1. São Paulo: Laboratório Especial de História da Ciência, 2005.

\_\_\_\_\_. *A defesa contra o ofidismo*. São Paulo: [s.n.], 1911.

\_\_\_\_\_. *Memória Histórica do Instituto Butantan*. São Paulo: Elvino Pocai, 1941.

BOCCACCIO, Giovanni. *Decamerão*. São Paulo: Abril Cultural. 1971.

CANTANHEDE, Palmerio de Carvalho. *A comissão hydraulica do Maranhão e o engenheiro Palmerio Cantanhede*. São Luís: Typografia à vapor Pacotilha, 1885.

\_\_\_\_\_. *Relatorio apresentado ao Exm. Sr. Dr. João Gualberto Torreão da Costa, Governador do Estado, pelo Engenheiro Palmerio de Carvalho Cantanhede fiscal junto a companhia das águas*. S. Luiz. 1899. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/169#?c=0&m=133&s=0&cv=42&r=0&xywh=-1015%2C-1%2C3804%2C2684>. Acesso: 13.11.2018.

\_\_\_\_\_. *Saneamento das cidades e sua aplicação a capital do Maranhão*. São Luís: Typogravura Frias, 1902.

CASTRO, Raymundo J. P. de. *Inspetoria de Saúde Pública em Maranhão*. 1884. [Anexo B]. *Falla que o exm. Snr. Ovidio João Paulo de Andrade, dirigente da Assembleia Legislativa Provincial do Maranhão na 1ª sessão da 25ª Legislatura*. Maranhão: Typ. à vapor Pacotilha, 1884. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/169#?c=0&m=108&s=0&cv=90&r=0&xywh=-1054%2C-1%2C3787%2C2672>. Acesso: 13.11.2018.

COSTA, Bento Urbano da. *Relatório apresentado ao dr. Demosthenes Macedo, secretário do Interior, produzido em 1917 pelo dr. Bento Urbano da Costa, Diretor do Serviço Sanitário do Maranhão*. Maranhão: J. Pires & C, 1918.

DIAS, Antonio. *O Sertão Maranhense*. Esboço geológico, physiographico e social. Maranhão: Imprensa Official, 1922.

DIRETORIA GERAL DE SAUDE PUBLICA. *A peste – Sua transmissão – Meios de Evita-la*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1903.

FERNANDES, Carlos. O Posto do Anil. MIRANDA, Cassio. *Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural do Maranhão*. Relatorio apresentado pelo Dr. Cassio Miranda, Chefe interino do Serviço, no ano de 1923, à Directoria do Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural. São Luís, Typogravura Teixeira, 1925.

FERNANDES, Felicissimo Rodrigues. *Acção physiologica do salycilato de soda e suas applicações nas pyrexias e nas afecções rheumaticas*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1881.

\_\_\_\_\_. *Inspetoria de Hygiene do Estado do Maranhão*. [Relatório anexo]. *Mensagem Apresentada ao Congresso do Estado em 13 de fevereiro de 1901 pelo Exm. Sr. João Gualberto Torreão da Costa, governador*. Maranhão: [s.n.], 1901. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/169#?c=0&m=135&s=0&cv=105&r=0&xywh=066%2C0%2C4115%2C2903>. Acesso: 13.11.2018.

\_\_\_\_\_. *Inspetoria de Hygiene do Estado do Maranhão*. [Relatório anexo]. *Mensagem Apresentada ao Congresso do Estado em 10 de Fevereiro de 1902 pelo Exm. Sr. João Gualberto Torreão da Costa, governador*. Maranhão: [s.n.], 1902. Disponível em:

<http://ddsnext.crl.edu/titles/169#?c=0&m=136&s=0&cv=80&r=0&xywh=-1012%2C-1%2C3942%2C2781>. Acesso: 13.11.2018.

\_\_\_\_. Inspeção de Higiene do Estado do Maranhão. [Relatório anexo]. *Mensagem Apresentada ao Congresso do Estado em 11 de fevereiro de 1903 pelo exm. sr. cel. Alexandre Collares Moreira Junior – 1º vice governador*. Maranhão: [s.n.], 1903. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/169#?c=0&m=137&s=0&cv=66&r=0&xywh=-1118%2C0%2C4283%2C3021>. Acesso: 13.11.2018.

\_\_\_\_. Directoria do Serviço Sanitário do Maranhão. [Relatório anexo]. *Mensagem Apresentada ao Congresso do Estado em 16 de fevereiro de 1905 pelo exm. sr. cel. Alexandre Collares Moreira Junior – 1º vice governador*. Maranhão: Typ. Frias, 1905. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/169#?c=0&m=139&s=0&cv=163&r=0&xywh=-1120%2C0%2C4191%2C2956>. Acesso: Acesso: 13.11.2018.

\_\_\_\_. *Ciências Naturais e Físicas – Curso elementar*. [1895]. 28ª ed. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves. 1939.

FERREIRA, Justo Jansen. *Geographia médica e Climatologia do estado do Maranhão. Memória apresentada ao IV Congresso Médico Latino Americano*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. 1909.

\_\_\_\_. *A viação férrea e o Maranhão*. São Luís: Typogravura Teixeira, 1927.

FONTES, A. C. *Analyse bacteriologica das águas de abastecimento de São Luiz do Maranhão – Pesquisa de Germe Patogênico*. 1906 [Manuscrito – APEM].

GALVÃO, Oscar Lamagnère Leal. *Tuberculose pulmonar*. Da absorção e eliminação. [s.d.] [s.n.], 1877.

GALVÃO, Oscar L. Relatório dos Trabalhos da Inspeção de Higiene no Estado do Maranhão - 1900. [Anexo]. *Mensagem Apresentada ao Congresso do Estado em 15 de Fevereiro de 1900 pelo Exm. Sr. João Gualberto Torreão da Costa, governador*. Maranhão: [s.n.], 1900.

GALVÃO, Nosôr do Lago. *Geographia médica e climatologia do Estado do Maranhão. Memória apresentada ao IV Congresso Médico Latino Americano, no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Typ. Moraes, 1909.

GODINHO, Victor. *Estudo clinico das endocardites ulcerosas*. [Tese]. Rio de Janeiro: Typ. Travessa do Ouvidor, 1888.

\_\_\_\_. *A Febre Amarela no Estado de São Paulo: pathogenia, transmissibilidade, tratamento racional*. São Paulo: Typographya Salesiana. 1897.

\_\_\_\_. *A propagação da peste bubônica*. São Paulo: Escola Typographica Salesiana, 1899.

\_\_\_\_. *Sanatórios e Tuberculose*. São Paulo: Tipografia do Diário Oficial. 1902.

\_\_\_\_. *A Peste no Maranhão*. Relatório apresentado ao Exmo. Snr. Coronel Alexandre Collares Moreira Junior, Governador do Estado pelo Dr. Victor Godinho chefe do Serviço Extraordinario de Hygiene. São Luís, Typogravura Teixeira. 1904.

GODINHO, Victor. LINDENBERG, Adolpho. *Norte do Brazil através do Amazonas, do Pará e do Maranhão*. 1906. São Paulo; Rio de Janeiro: Laemmert & Comp. 217p.

GODOIS, Hamleto. O posto de São Luiz. MIRANDA, Cassio. *Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural do Maranhão*. Relatório apresentado pelo Dr. Cassio Miranda, Chefe interino do Serviço, no ano de 1923, à Directoria do Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural. São Luís, Typogravura Teixeira, 1925.

LEITE, Ângelo. O Posto de Vianna. MIRANDA, Cassio. *Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural do Maranhão*. Relatório apresentado pelo Dr. Cassio Miranda, Chefe interino do Serviço, no ano de 1923, à Directoria do Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural. São Luís, Typograura Teixeira, 1925.

LISBOA, Achilles. *Discursos pronunciados por ocasião da instalação da Sociedade Maranhense de Agricultura*. Maranhão: Imprensa Oficial, 1918.

\_\_\_\_. *Prodignitate Medicinae*. São Luís: [s.n], 1938.

LISBOA, Filogônio. Organização do serviço de enfermeiras no Maranhão. MIRANDA, Cassio. *Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural do Maranhão*. Relatório apresentado pelo Dr. Cassio Miranda, Chefe interino do Serviço, no ano de 1923, à Directoria do Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural. São Luís, Typogravura Teixeira, 1925.

MANSON, Sir Patrick. *A peste bubonica*. São Paulo: Escola Typographica Salesiana, 1899. 59p.

\_\_\_\_. Sir Patrick, 1844-1922. *Doenças tropicais, manual das doenças dos climas quentes*. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1943: [s.n.]. v. illus.

MARQUES, Astôlfo. *A Vida Maranhense*. São Luís: Typografia Teixeira, 1905.

MARQUES, Cezar Augusto. *Apontamentos para o dicionário histórico, geográfico, topográfico e estatístico da Província do Maranhão*. Maranhão: Maranhão: José Maria de Frias Edictor. 1864.

MAGALHÃES, Raul de Almeida. *Caracteres do Treponema pallidum*. Inst. Manguinhos, v.1, n.1, p.10, 1 set. 1906a.

\_\_\_\_. *Notas sobre a presença de Treponema palidum em um feto syphilitico*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1906b.

MARQUES, Djalma. O Hospital de Saneamento e Prophylaxia Rural do Maranhão. MIRANDA, Cassio. *Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural do Maranhão*. Relatório apresentado pelo Dr. Cassio Miranda, Chefe interino do Serviço, no ano de 1923, à Directoria do Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural. São Luís, Typogravura Teixeira, 1925.

MENDONÇA, Salvio. Prophylaxia das doenças venéreas no Maranhão. MIRANDA, Cassio. *Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural do Maranhão*. Relatório apresentado pelo Dr. Cassio Miranda, Chefe interino do Serviço, no ano de 1923, à Directoria do Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural. São Luís, Typogravura Teixeira, 1925a.

\_\_\_\_\_. *Relatório do Serviço de Lepra e Doenças Venéreas pelo Dr. Sálvio Mendonça, inspetor encarregado do serviço*. Maranhão: [s.n.], 1925b.

MIRANDA, Cassio. *A auto-sôrotherapia em algumas dermatoses*. [Tese]. Rio de Janeiro: [s.n.], 1916.

\_\_\_\_\_. Relatório da Filial do Instituto Oswaldo Cruz no Maranhão. *Diário Oficial do Estado do Maranhão*, n.127, a.XV. 1920.

\_\_\_\_\_. *Relatório do Instituto Oswaldo Cruz referente o primeiro semestre do ano de 1922*. 1923a.

\_\_\_\_\_. Estado actual da organização sanitária no Maranhão. *Annaes do Primeiro Congresso Brasileiro de Hygiene*. 1923b.

\_\_\_\_\_. *Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural do Maranhão*. Relatório apresentado pelo Dr. Cassio Miranda, Chefe interino do Serviço, no ano de 1923, à Directoria do Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural. São Luís, Typogravura Teixeira, 1925.

NINA, Almir Parga. *Indicações e contra-indicações da pereirina e seus sais nas manifestações agudas na malária*. Rio de Janeiro: Typ. De G. Lenzinger & Filhos. 1883.

\_\_\_\_\_. *Programa para o estudo do saneamento da cidade de São Luiz*. Maranhão: Typ. à vapor Frias & Filho. 1890.

PARREIRAS, Decio. Notas e estudos sobre a peste no nordeste do Brasil, problema nacional. *Archivos de Hygiene* - Directoria Nacional de Saúde e Assistência Medico-Social, Rio de Janeiro: [s.n.], 1935.

\_\_\_\_\_. A peste no nordeste brasileiro. *Jornal de Medicina de Pernambuco*. a.32. n.6. Recife, jun. 1936. pp.69-72.

PAXECO, Fran. *Geografia do Maranhão. A terra, os produtos e as instituições*. São Luís: Typogravura Teixeira, 1922.

PINTO, Heitor. O posto de Caxias. MIRANDA, Cassio. *Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural do Maranhão*. Relatório apresentado pelo Dr. Cassio Miranda, Chefe interino do Serviço, no ano de 1923, à Directoria do Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural. São Luís, Typogravura Teixeira, 1925.

REGO, Claudio Serra de Moraes. Relatório sobre os trabalhos da Inspetoria de Hygiene do Maranhão durante o ano de 1896, apresentado ao Exm. Sr. Governador do Estado do pelo dr. Caludio Serra de Moraes Rego, Inspetor de Hygiene. *Mensagem que o Exm. Manoel Ignacio Belfort Vieira apresentou ao Congresso do estado em 18 de fevereiro de 1897*. Maranhão: [s.n.], 1897.

Disponível

em:

<http://ddsnext.crl.edu/titles/169#?c=0&m=131&s=0&cv=10&r=0&xywh=-963%2C1%2C3813%2C2690>. Acesso: Acesso: 13.11.2018.

\_\_\_\_. Relatório sobre os trabalhos da Inspetoria de Hygiene do Maranhão durante o ano de 1898, apresentado ao Exm. Sr. Governador do Estado pelo dr. Claudio Serra de Moraes Rego, Inspetor de Hygiene. *Mensagem apresentada ao Congresso do Estado em 15 de fevereiro de 1899 pelo Exm. Sr. Dr. João Gualberto Torreão da Costa, governador*. Maranhão: [s.n.], 1899. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/169#?c=0&m=133&s=0&cv=166&r=0&xywh=-1033%2C0%2C3889%2C2743>. Acesso: Acesso: 13.11.2018.

SANTIAGO, Clarindo. *Estradas Maranhenses - A excursão do presidente Magalhães de Almeida em 1928 para a inauguração das novas rodovias sertanejas*. Maranhão: Typogravura Teixeira, 1929.

SEABRA, Ático. O posto de Cururupu. MIRANDA, Cassio. *Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural do Maranhão*. Relatório apresentado pelo Dr. Cassio Miranda, Chefe interino do Serviço, no ano de 1923, à Directoria do Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural. São Luís, Typogravura Teixeira, 1925.

SPIX, Joan Baptist Von; MARTIUS, Karl F. P. Von. *Viagem pelo Brasil*. Vol. II. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1938.

VERAS, Cesário. Estatística demógrafo-sanitária de São Luiz do Maranhão. MIRANDA, Cassio. *Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural do Maranhão*. Relatório apresentado pelo Dr. Cassio Miranda, Chefe interino do Serviço, no ano de 1923, à Directoria do Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural. São Luís, Typogravura Teixeira, 1925.

VIANNA, Arthur. *As epidemias no Pará*. (1906). Belém: UFPA, 1975.

VIANNA, Luiz. Indicações hygienicas para a remodelação de São Luiz: o problema domiciliário. MIRANDA, Cassio. *Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural do Maranhão*. Relatório apresentado pelo Dr. Cassio Miranda, Chefe interino do Serviço, no ano de 1923, à Directoria do Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural. São Luís, Typogravura Teixeira, 1925.

### **Leis, decretos, regulamentos, instruções**

BRASIL. Decreto n.8.634 de 5 de agosto de 1882. Concede privilegio aos Drs. Domingos José Freire e Felicissimo Rodrigues Fernandes para o processo de sua invenção destinado a conservar o leite. *Coleção de Leis do Império do Brasil*. 1882. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-8634-5-agosto-1882-545813-publicacaooriginal-59238-pe.html>. Acesso:21.09.2018.

\_\_\_\_. Decreto n. 497 de 16 de agosto de 1898. Autoriza o Poder Executivo a conceder um anno de licença com ordenado ao dr. Felicissimo Rodrigues Fernandes. *Actos do Poder Legislativo*. 1898. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-497-16-agosto-1898-540040-publicacaooriginal-39821-pl.html>. Acesso: 13.11.2018.

BRASIL. Decreto n.13.001 de 1º de maio de 1918. Dispõe sobre organização das comissões de médicos e auxiliares para o serviço de prophylaxia rural. *Diário Oficial da União*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1918.

\_\_\_\_. Decreto n.13.055 de 6 de junho de 1918. Addita providências nos decretos ns. 18.000 e 13.001, de 1 de maio de 1918. *Diário Oficial da União*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1918.

\_\_\_\_. Decreto n.13.538 de 9 de abril de 1919. Reorganiza o Serviço de Prophylaxia Rural. *Diário Oficial da União*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1919.

\_\_\_\_. Decreto n. 13.527 de 26 de maio de 1919. Reorganiza o Instituto Oswaldo Cruz. *Diário Oficial da União*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1919.

\_\_\_\_. Decreto n. 14.354, de 15 de agosto de 1920. Aprova o regulamento para o Departamento Nacional de Saúde Pública, em substituição do que acompanhou o decreto n. 14.189, de 26 de maio de 1920. *Diário Oficial da União*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1919.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Instruções aprovadas pelo Sr. Ministro da Justiça e Negócios Interiores e expedidas pelo DNSP, relativas à execução dos serviços de Prophylaxia da Febre Amarela. 1923. MIRANDA, Cassio. *Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural do Maranhão*. Relatório apresentado pelo Dr. Cassio Miranda, Chefe interino do Serviço, no ano de 1923, à Directoria do Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural. São Luís, Typogravura Teixeira, 1925.

MARANHÃO. Lei n. 9554 de 3 de fevereiro de 1886. Autoriza reforma no prédio da Hygiene Pública e estabelece a Saúde do Porto. *Coleção de leis, decretos e resoluções da província do Maranhão*. São Luís: Typografia do Frias, 1886.

\_\_\_\_. *Regulamento Sanitário do Estado do Maranhão*. Expedido pelo Governo em 26 de fevereiro de 1898 e aprovado pelo Congresso em 16 de abril do mesmo ano. São Luís: [s.n.], 1898.

\_\_\_\_. Código de Posturas Municipais de 1893. *Colleção de Leis e Resoluções Municipais de 1892 a 1909 organizada por Augusto Porto Oficial da Secretaria da Câmara Municipal*. Maranhão: Typografia do Diario do Maranhão, 1910.

\_\_\_\_. Decreto n. 159 de 16 de maio de 1896. Cria uma Inspeção de Hygiene no Estado. *Colleção de Leis e Resoluções Municipais de 1892 a 1909 organizada por Augusto Porto Oficial da Secretaria da Câmara Municipal*. Maranhão: Typografia do Diario do Maranhão, 1910.

\_\_\_\_. Lei n.255 de 24 de março de 1900. Regulariza repartições do governo do Estado do Maranhão. *Colleção de Leis e Resoluções Municipais de 1892 a 1909 organizada por Augusto Porto Oficial da Secretaria da Câmara Municipal*. Maranhão: Typografia do Diario do Maranhão, 1910.

\_\_\_\_. Lei n. 301 de 14 de janeiro de 1901. Regulariza o serviço de Hygiene do Estado. *Colleção de Leis e Resoluções Municipais de 1892 a 1909 organizada por Augusto Porto Oficial da Secretaria da Câmara Municipal*. Maranhão: Typografia do Diario do Maranhão, 1910.

\_\_\_\_. Lei n.358 de 9 de junho de 1904. Organiza o Serviço Sanitário do Estado. 1ª Parte: Serviço Sanitário. *Colleção de Leis e Resoluções Municipais de 1892 a 1909 organizada por Augusto Porto Oficial da Secretaria da Câmara Municipal*. Maranhão: Typografia do Diario do Maranhão, 1910.

\_\_\_\_. Lei n.358 de 9 de junho de 1904. Organiza o Serviço Sanitário do Estado. 2ª Parte: Código Sanitário. *Colleção de Leis e Resoluções Municipais de 1892 a 1909 organizada por Augusto Porto Oficial da Secretaria da Câmara Municipal*. Maranhão: Typografia do Diario do Maranhão, 1910.

\_\_\_\_. Decreto n.33 de 8 de fevereiro de 1904. Cria um Serviço Extraordinário de Higiene Pública. *Mensagem Apresentada ao Congresso do Estado em 28 de Fevereiro de 1904 pelo Exm. Sr. Coronel Alexandre Collares Moreira Junior 1º Vice-Governador do Estado*. 1904. Maranhão: Typografia Frias, 1904. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/169#?c=0&m=138&s=0&cv=2&r=0&xywh=-1269%2C0%2C4456%2C3143>. Acesso: 08.12.2018.

\_\_\_\_. Decreto n.81 de 22 de outubro de 1918. Estabelece o contrato com o Governo federal para instituir o Serviço de Profilaxia Rural no Maranhão e com o Instituto Oswaldo Cruz um laboratório filial para o estado. MACHADO, Raul. *Mensagem Apresentada ao Congresso Legislativo do Maranhão*. Maranhão: Imprensa Oficial, 1919.

\_\_\_\_. Decreto n. 246 de 11 de janeiro de 1932. Extingue a atual Diretoria da Saúde Pública e Saneamento Rural e cria o Departamento de Saúde e Assistência. *Regulamento dos Serviços de Saúde e Assistência*. Maranhão: Imprensa Oficial, 1932.

\_\_\_\_. Decreto n. 30 de 25 de janeiro de 1938. Dá nova organização aos serviços da Diretoria de Saúde e Assistência. *Regulamento da Diretoria da Saúde e Assistência*. Maranhão: Imprensa Oficial, 1938.

SÃO PAULO. Decreto n.233 de 2 de março de 1894. Estabelece o código sanitário. *Diario Oficial do Estado de São Paulo*. a. 3. n. 815. São Paulo: [s.n.] p.9606-9615.

### **Mensagens de governadores**

MARANHÃO. Congresso Legislativo do Maranhão. [Governador Alfredo da Cunha Martins]. *Mensagem Dirigida pelo Exm. Sr. Vice-Governador doutor Alfredo da Cunha Martins ao Congresso do Estado do Maranhão, em sua segunda reunião ordinária a 22 de fevereiro de 1893*. Maranhão: Typ. Frias, 1893. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u415/000024.html>. Acesso: 22.08.2018.

\_\_\_\_. Congresso Legislativo do Maranhão. [Governador Manuel Ignácio Belford Vieira]. *Mensagem que o exm. Sr. governador Manuel Ignácio Belford Vieira apresentou ao Congresso do Estado em 18 de fevereiro de 1897*. Maranhão: [s.n.], 1897. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/169#?c=0&m=131&s=0&cv=0&r=0&xywh=-1312%2C0%2C4406%2C3108>. Acesso: 12.11.2018.



\_\_\_\_. Congresso Legislativo do Maranhão. [Governador João Gualberto Torreão da Costa]. *Mensagem apresentada ao Congresso do Estado em 15 de fevereiro de 1900 pelo Exm. Sr. Dr. João Gualberto Torreão da Costa. Governado*. Maranhão: [s.n.], 1900. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/169#c=0&m=134&s=0&cv=0&r=0&xywh=824%2C345%2C3431%2C2420>. Acesso: 12.11.2018.

\_\_\_\_. Congresso Legislativo do Maranhão. [Governador João Gualberto Torreão da Costa]. *Mensagem apresentada ao Congresso do Estado pelo Exm. Sr. Governador Dr. João Gualberto Torreão da Costa em 13 de fevereiro de 1901*. Maranhão: [s.n.], 1901. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/169#c=0&m=135&s=0&cv=0&r=0&xywh=-470%2C595%2C2725%2C1922>. Acesso: 12.11.2018.

\_\_\_\_. Congresso Legislativo do Maranhão. [Governador Alexandre Collares Moreira Junior]. *Mensagem Apresentada ao Congresso do Estado em 28 de Fevereiro de 1904 pelo Exm. Sr. Coronel Alexandre Collares Moreira Junior 1º Vice-Governador do Estado. 1904*. Maranhão: Typografia Frias, 1904. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/169#c=0&m=138&s=0&cv=2&r=0&xywh=1269%2C0%2C4456%2C3143>. Acesso: 08.12.2018.

\_\_\_\_. Congresso Legislativo do Maranhão. [Governador Alexandre Collares Moreira Junior]. *Mensagem Apresentada ao Congresso do Estado em 16 de Fevereiro de 1905 pelo Exm. Sr. Coronel Alexandre Collares Moreira Junior 1º Vice-Governador do Estado. 1905*. Maranhão: Typografia Frias, 1905. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/169#c=0&m=139&s=0&cv=5&r=0&xywh=1200%2C0%2C4446%2C3136>. Acesso: 08.12.2018.

\_\_\_\_. Congresso Legislativo do Maranhão. [Governador Benedicto Pereira Leite]. *Mensagem Apresentada ao Congresso Legislativo do Estado do Maranhão em 7 de fevereiro de 1907 pelo Exm. Sr. Dr. Benedicto Pereira Leite Governador do Estado*. Maranhão: Imprensa Oficial, 1907. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/169#c=0&m=140&s=0&cv=26&r=0&xywh=1315%2C0%2C4709%2C3321>. Acesso: 23.08.2018.

\_\_\_\_. Congresso Legislativo do Maranhão. [2º Vice-Governador Arthur Quadros Collares Moreira]. *Mensagem Apresentada ao Congresso Legislativo do Estado do Maranhão em 11 de fevereiro de 1909 pelo Exm. Sr. Dr. Arthur Quadros Collares Moreira 2º Vice-Governador do Estado*. Maranhão: Imprensa Oficial, 1909. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/169#c=0&m=142&s=0&cv=11&r=0&xywh=-1042%2C0%2C4035%2C2846>. Acesso: 23.08.2018.

\_\_\_\_. Congresso Legislativo do Maranhão. [Governador Luiz Antônio Domingues da Silva]. *Dois anos de governo*. Maranhão: Imprensa Oficial, 1910. Disponível em: <http://ddsnext.crl.edu/titles/169#c=0&m=144&s=0&cv=58&r=0&xywh=-1300%2C0%2C4439%2C3131>. Acesso: 20.12.2018.

\_\_\_\_. Congresso Legislativo do Maranhão. [Governador Luiz Antonio Domingues da Silva]. *Mensagem Apresentada ao Congresso Legislativo do Maranhão na 1ª sessão da 8ª Legislatura em 5 de novembro de 1913 pelo Exm. Sr. Dr. Luiz Antonio Domingues da Silva, Governador do Estado*. Maranhão: Imprensa Oficial, 1913. Disponível em:

<http://ddsnext.crl.edu/titles/169#?c=0&m=147&s=0&cv=1&r=0&xywh=-67%2C1278%2C2671%2C1884>. Acesso: 23.08.2018.

\_\_\_\_. Congresso Legislativo do Maranhão. [Governador Raul da Cunha Machado]. *Mensagem Apresentada ao Congresso Legislativo do Maranhão, na 1ª sessão da 10ª Legislatura, em 5 de Fevereiro de 1919, pelo exm. Sr. Dr. Raul da Cunha Machado, Governador do Estado*. Maranhão: Imprensa Oficial, 1919. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u397/000002.html>. Acesso: 23.08.2018.

\_\_\_\_. Congresso Legislativo do Maranhão. [Governador Urbano Santos da Costa Araújo]. *Mensagem apresentada ao Congresso do Estado do Maranhão, na 2ª sessão da 10ª Legislatura, em 5 de Fevereiro de 1920, pelo Exm. Sr. Dr. Urbano Santos da Costa Araújo, Presidente do Estado*. Maranhão: Imprensa Oficial, 1920. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u398/000002.html>. Acesso: 23.08.2018.

\_\_\_\_. Congresso Legislativo do Maranhão. [Governador Urbano Santos da Costa Araújo]. *Mensagem apresentada ao Congresso do Estado do Maranhão, na 3ª sessão da 10ª Legislatura, em 5 de Fevereiro de 1921, pelo Exm. Sr. Dr. Urbano Santos da Costa Araújo, Presidente do Estado*. Maranhão: Imprensa Oficial, 1921. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u399/000002.html>. Acesso: 23.08.2018.

\_\_\_\_. Congresso Legislativo do Maranhão. [Governador Urbano Santos da Costa Araújo]. *Mensagem apresentada ao Congresso do Estado do Maranhão, na 1ª sessão da 11ª Legislatura, em 5 de Fevereiro de 1922, pelo Exm. Sr. Dr. Urbano Santos da Costa Araújo, Presidente do Estado*. Maranhão: Imprensa Oficial, 1922. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u400/000002.html>. Acesso: 23.08.2018.

\_\_\_\_. Congresso Legislativo do Maranhão. [Governador Godofredo Mendes Vianna]. *Mensagem apresentada ao Congresso, pelo Exm. Sr. Dr. Godofredo Mendes Vianna, Presidente do Estado, em sessão de 5 de Fevereiro de 1926*. Maranhão: Imprensa Oficial, 1926. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u407/000010.html>. Acesso: 23.08.2018.

\_\_\_\_. Congresso Legislativo do Maranhão. [Governador José Maria Magalhães de Almeida]. *Mensagem ao Congresso do Estado lida na abertura da sua 1ª sessão ordinária da 1ª legislatura*. Maranhão: Imprensa Oficial, 1927. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u408/000005.html>. Acesso: 23.08.2018.

\_\_\_\_. Congresso Legislativo do Maranhão. [Governador José Maria Magalhães de Almeida]. *Mensagem ao Congresso do Estado lida na abertura da sua 1ª reunião ordinária da 13ª legislatura*. Maranhão: Imprensa Oficial, 1928. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u409/000005.html>. Acesso: 23.08.2018.

\_\_\_\_. Congresso Legislativo do Maranhão. [Governador José Maria Magalhães de Almeida]. *Mensagem ao Congresso do Estado lida na abertura da sua 2ª reunião ordinária da 13ª legislatura*. Maranhão: Imprensa Oficial, 1929. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u410/000005.html>. Acesso: 23.08.2018.

\_\_\_\_. Congresso Legislativo do Maranhão. [Governador José Maria Magalhães de Almeida]. *Mensagem ao Congresso do Estado lida na abertura da sua 3ª reunião ordinária da 13ª*

*legislatura*. Maranhão: Imprensa Oficial, 1930. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u411/000004.html>. Acesso: 23.08.2018.

MINAS GERAIS. Congresso Legislativo de Minas Gerais. [Governador Arthur da Silva Bernardes]. *Mensagem dirigida pelo presidente do Estado, dr. Arthur da Silva Bernardes, ao Congresso Mineiro, em sua 1ª sessão ordinária da Suprema Legislatura no ano de 1919*. Minas Gerais: [s.n], 1919. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u303/000002.html>. Acesso: 23.08.2018.

PARANÁ. Congresso Legislativo do Paraná. [Governador Affonso Alves de Camargo]. *Mensagem Dirigida ao Congresso Legislativo do Estado do Paraná pelo dr. Affonso Alves de Camargo, Presidente do Estado do Paraná, ao instalar-se a Segunda Sessão da 14ª Legislatura em 1º de Fevereiro de 1919*. Curitiba: Typ. Da República, 1919. Disponível em: <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u618/000003.html>. Acesso: 23.08.2018.

### **Ofícios, correspondências, requerimentos, álbuns, outros**

ALBUM DO ESTADO DO MARANHÃO. São Luís: [s.n], 1923.

ARAÚJO, Urbano Santos. [Carta de recomendação a Carlos Chagas]. *Arquivo Carlos Chagas*. [Administração Institucional]. Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz, 1921.

ARQUIVO ROCKEFELLER. *Banco de Dados*. Universidade Estadual do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social, 1996.

BRAZIL, Vital. [1923]. [Correspondência a Cassio Miranda]. *Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural do Maranhão*. Relatório apresentado pelo Dr. Cassio Miranda, Chefe interino do Serviço, no ano de 1923, à Directoria do Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural. São Luís, Typogravura Teixeira, 1925.

CUNHA, Gaudêncio. *Album do Maranhão em 1908 no governo de Sua Excia o Snr. Dr. Benedicto Pereira Leite*. São Luís: Photographia União. 1908.

DIRETORIA DO SERVIÇO SANITÁRIO. Ofício n.577 escrito pelo dr. Antônio Cardoso Fontes solicitando passagens para médicos da Repartição para retornarem a São Luís vindo da Villa do Rosário. 22 de março 1906 [Manuscrito - APEM].

\_\_\_\_. Ofício n. 641 escrito pelo dr. Antônio Cardoso Fontes na qual registra sua exoneração do SSM e entrega o cargo de diretor a Alvaro Sanchez. 9 de Maio 1906. [Manuscrito - APEM].

\_\_\_\_. Ofício n. 683 escrito pelo dr. Alvaro de Sousa Sanchez na qual registra sua exoneração do cargo de diretor do SSM. 15 setembro 1907. [Manuscrito – APEM].

FERREIRA, Justo Jansen. *Planta da Cidade de São Luiz: capital do estado do Maranhão*. [Cartográfico]. São Luís: [s.n], 1912a. Disponível em: [http://objdigital.bn.br/objdigital2/acervo\\_digital/div\\_cartografia/cart536687/cart536687.jpg](http://objdigital.bn.br/objdigital2/acervo_digital/div_cartografia/cart536687/cart536687.jpg). Acesso: 22.08.2018.

\_\_\_\_. *Carta da Ilha de São Luíz do Maranhão*. [Cartográfico]. São Luís: [s.n], 1912b. Disponível em: [http://objdigital.bn.br/objdigital2/acervo\\_digital/div\\_cartografia/cart536683/cart536683.jpg](http://objdigital.bn.br/objdigital2/acervo_digital/div_cartografia/cart536683/cart536683.jpg). Acesso: 22.08.2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. CASA DE OSWALDO CRUZ. Maranhão. Casa de Luiz Gonzaga Aires, 1º caso de F.A. positivado pelo laboratório. *Fundação Rockefeller* [Fundo]. Serviço de Febre Amarela. Dossiê 07. 1936.

\_\_\_\_. Maranhão. Necrotério e Cemitério. *Fundação Rockefeller* [Fundo]. Serviço de Febre Amarela. Dossiê 07. 1938.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ. [Requerimento ao diretor da Empresa de Navegação da Empresa Lloyd Brasileira]. *Arquivo Carlos Chagas*. Administração Institucional. Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz, 1921.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. CONSELHO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Anuário Estatístico do Brasil*. a.IV. 1938. [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb\\_1938.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/20/aeb_1938.pdf). Acesso: 12.04.2018.

MARANHÃO ILUSTRADO. [Álbum]. 1.vol. São Luís: Typografia Alfaiataria Teixeira, 1899.

MOURA, José Abranches de. *Estado do Maranhão – Carta organizada na Secretaria de Estado do Interior*. São Luís: [s.n], 1925.

PENA, Belisário. [Correspondência a Raul de Almeida Magalhães]. *Arquivo Belisário Pena*. Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz, [1920?].

RODRIGUES, Carlos Peixoto da Costa. [Correspondência a Belisário Pena]. *Arquivo Carlos Chagas*. Gestão de Ciência e Saúde Pública – Administração Institucional. Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz, 1919.

THE STORY of Louis Pasteur. Direção: Willian Dieteler. Warner Bros, 1936.

## **Bibliografia**

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. *Antônio Cardoso Fontes*. [s.d.] Disponível em: [http://www.anm.org.br/conteudo\\_view.asp?id=174](http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=174). Acesso: 02.06.2017.

ACKERKNECHT, Erwin H. Anticontagionism between 1821 and 1867. *The Bulletin of the History of Medicine*, v.22, p. 562-593, 1948.

ALBUQUERQUE JR, Durval Muniz de. *A invenção do nordeste e outras artes*. São Paulo: Cortez, 2011.

ALMEIDA, A. M. P.; LEAL-BALBINO, T. C.; TAVARES, C. Peste. COURA, J. R.(ed.) *Dinâmica das Doenças Infecciosas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ALMEIDA, Alfredo Wagner Berno de. *A ideologia da decadência: leitura antropológica a uma história de agricultura do maranhão*. Rio de Janeiro: Editora Casa 8 / Fundação Universidade do Amazonas, 2008.

ALMEIDA, Marta de. *República dos Invisíveis: Emílio Ribas, Microbiologia e Saúde Pública em São Paulo (1898-1917)*. São Paulo: Editora Universitária São Francisco. 2003.

\_\_\_\_\_. *São Paulo na virada do século XX: um laboratório de saúde pública para o Brasil*. Tempo. nº 19. Rio de Janeiro, 2005. p. 77-89.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. *Medicina, leis e moral: pensamento médico e comportamento no Brasil (1870-1930)*. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1999.

ARAGÃO, A.; PONTES, R.; SEOANE, NASCIMENTO, O.; TAVARES, C. ALMEIDA, A. Tendência secular de peste no Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2007. p.715-724. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/29.pdf>. Acesso: 30.03.2017.

ASSUNÇÃO, Matthias Röhrig. *Exportação, mercado interno e crises de subsistência numa província brasileira: o caso do Maranhão, 1800-1860*. Revista Estudos Sociedade e Agricultura, abril 2000, n. 14.

BABBONI, Selene Daniela; MODOLO, José Rafael. Raiva: Origem, Importância e Aspectos Históricos. *UNOPAR Científica, Ciências Biológicas e Saúde*, 2011. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/140925/ISSN1517-2570-2011-13-349-356.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso: 20.07.2017.

BARROS NETO, Eziqio. *Doutor Bento Urbano da Costa*. 2016. Disponível em: <https://eziqio.wordpress.com/2016/09/05/doutor-bento-urbano-da-costa/>. Acesso: 30.10.2017.

BENCHIMOL, Jaime Larry. *Manguinhos do sonho à vida – A Ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: COC, 1990a.

\_\_\_\_\_. *Pereira Passos: um Haussmann Tropical. A renovação urbana do Rio de Janeiro no início do século XX*. Secretaria Municipal de Cultura, 1990b.

\_\_\_\_\_. *Dos micróbios aos mosquitos. Febre amarela e Revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora da Universidade Federal Fluminense/Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

\_\_\_\_\_. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2000, vol.5, n.2, pp.265-292.

\_\_\_\_\_. *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

\_\_\_\_\_. Febre Amarela e a Instituição da Microbiologia no Brasil. HOCHMAN, Gilberto (org.). *Cuidar, Controlar, Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

\_\_\_\_. Pasteur, a saúde pública e a pesquisa biomédica no Brasil. LIMA, Nísia Trindade; MARCHAND, Marie-Hélène. *Louis Pasteur e Oswaldo Cruz: inovação e tradição em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

\_\_\_\_. O legado de Oswaldo Cruz aos olhos de um historiador. CRUZ, Anna Oswaldo. *Manguinhos: retratos e histórias do campus da Fundação Oswaldo Cruz*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

BENCHIMOL, Jaime Larry; Teixeira, Luiz Antonio. *Cobras lagartos e outros bichos*. Uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Fiocruz - Casa de Oswaldo Cruz, 1993.

BENCHIMOL, Jaime Larry; SILVA, André Felipe Cândido da. Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.719-762, jul.-set. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v15n3/en\\_09.pdf](http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v15n3/en_09.pdf). Acesso: 24.12.2018.

BERTOLLI FILHO, Claudio. *História Social da Tuberculose e do Tuberculoso: 1900-1950*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2001.

BEZERRA, Mariza P. *O Tanatopoder e as Epidemias: discurso civilizador e saúde pública no centro urbano de São Luís no início do século XX*. 2012. 172 f. Dissertação. (Mestrado em Cultura e Sociedade) - Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2012.

BORRALHO, José Henrique de Paula. *Uma Athenas Equinocial: a literatura e a fundação de um Maranhão no Império Brasileiro*. São Luís: EDFUNC, 2010.

\_\_\_\_. *Terra e Céu de Nostalgia: Tradição e identidade em São Luís do Maranhão*. São Luís: Café e Lápis; FAPEMA, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. *Guia de Vigilância em Saúde*. Volume único. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRITTO, Nara. *Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

CALDEIRA, João Ricardo de Castro. *Integralismo e política regional: a ação integralista no Maranhão*. São Paulo: Annablume, 1999.

CARVALHO, Heitor Ferreira de. *Urbanização em São Luís: entre o institucional e o repressivo*. 2005. 177f. Dissertação. (Mestrado em Ciências Sociais). Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2005.

CARVALHO, José Murilo de. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. Poder ideologias e Saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. HOCHMAN, Gilberto (org.). *Cuidar, Controlar,*

*Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

CAVALCANTI, Juliana Manzoni. *A trajetória científica de Rudolf Kraus (1894-1932) entre Europa e América do Sul: a elaboração, produção e circulação de produtos biológicos*. 2013. 284f. Tese. (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2013.

CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte Imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

COE, Agostinho Júnior Holanda. “*Nós, os ossos que aqui estamos, pelos vossos esperamos*”: a higiene e o fim dos sepultamentos eclesiásticos em São Luís (1828-1855). 2008. Dissertação (Mestrado em História Social) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2008.

CONTEL, Fabio Betioli. As divisões regionais do IBGE no século XX (1942, 1970 e 1990). *Terra Brasilis*. 2014. Disponível em: <https://journals.openedition.org/terrabrasilis/990>. Acesso: 19.02.2018.

CORBIN, Alain. *Saberes e odores: o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

CORRÊA, Rossini. *Formação social do Maranhão: o presente de uma arqueologia*. São Luís: SIOGE, 1993.

CORREIA, Maria da Glória Guimarães. *Nos Fios da Trama: quem é essa mulher? Cotidiano e Trabalho do Operariado Feminino em São Luís na Virada do Século XIX*. São Luís: Edufma, 2006.

CROSBY, Alfred W. *Imperialismo ecológico: a expansão biológica da Europa 900-1900*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

CUKIERMAN, Henrique Luiz. Viagem (ns) a Santos. *História, Ciência e Saúde, Manguinhos*. Rio de Janeiro, vol. 5, n. 1. P. 35-56, 1998.

CUNINGHAM, Andrew; Transforming plague - The laboratory and the identity of infectious disease. CUNINGHAM, Andrew; WILLIAMS, Perry (eds.). *The Laboratory Revolution in Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

DARMON, Pierre. A cruzada antivariólica. LE GOFF, Jacques (Org.). *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1997. p. 305-321.

DELAPORTE, F. História da febre amarela: a análise das diferenças, as transformações. *Cadernos de História e Saúde: Casa de Oswaldo Cruz*. a.2. pp. 37-41, 1992.

DELORT, Robert. Que a peste seja do rato! LE GOFF, Jacques (org.). *As doenças têm história*. Terramar, 1997.

DELUMEAU, Jean. *História do medo no ocidente 1300-1800: uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

DEVILLE, Patrick. *Peste e cólera*. São Paulo: Editora 34, 2017.

EDLER, Flavio. *Medicina Tropical: uma ciência entre a Nação e o Império*. HEIZER, Alda; VIDEIRA, Antônio Augusto Passos. (Org.) *Ciência, Civilização e República nos Trópicos*. Rio de Janeiro: Mauad X: Faperj, 2010. p. 339-356.

FARREL, Jeanette. *A assustadora história das pestes e epidemias*. São Paulo: Ediouro, 2003.

FARIA, L. Os primeiros anos da reforma sanitária no Brasil e a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1930). *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, 5(1): 109-130, 1995.

FAUSTO, Boris. *História concisa do Brasil*. São Paulo: Edusp, 2006.

FEITOSA, Antonio Cordeiro. *Relevo do estado do Maranhão: uma nova proposta de classificação topomorfológica*. 2006. Disponível em: <http://lsie.unb.br/ugb/sinageo/6/11/476.pdf> . Acesso: 13.03.2018.

FERNANDES, Henrique Costa. *Administrações maranhenses: 1822-1929*. São Luís: Instituto Geia, 2003.

FERNANDES, Tania Maria. *Vacina antivariolosa: ciência, técnica e o poder dos homens*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

FLECK, Ludwik. *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico: introdução à doutrina do estilo de pensamento e do coletivo de pensamento*. Belo Horizonte, Fabrefactum, 2010.

FONSECA, Cristina Maria Oliveira. *Trabalhando em saúde pública pelo interior do Brasil: lembranças de uma geração de sanitaristas (1930-1970)*. *Ciência & Saúde Coletiva*. 5(2). 2000. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csc/v5n2/7103.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v5n2/7103.pdf). Acesso: 02. 05.2017.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Antônio Cardoso Fontes*. 2007. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=143&sid=76>. Acesso: 30.09.2017.

\_\_\_\_\_. *Ezequiel Caetano Dias*. 2007. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=154&sid=76>. Acesso: 30.09.2017.

\_\_\_\_\_. *Galeria de Presidentes*. [s.d.]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/galeria-de-presidentes>. Acesso: 15.08.2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. CASA DE OSWALDO CRUZ. *A ciência a caminho da roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Casa de Oswaldo Cruz, 2002.

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: o nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes. 1987.



GRADMANN, Cristoph. Laboratories take central: Robert Koch and tubercle bacillus. MEDICALF, Alexander. et.al. *Tuberculosis: a short history*. University of York/Oriente BlackSwan, 2013.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2012.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ. *Raul de Almeida Magalhães*. 2007. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inford=213&sid=77&tpl=printerview>. Acesso: 11.03.2017.

JESUS, Mateus Gato de. *Negro, porém Republicano: investigações sobre a trajetória intelectual de Raul Astolfo Marques (1876-1918)*. 2010. 131f. Dissertação. (Mestrado em Sociologia). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010.

KAPIL, Raj. Beyond Postcolonialism... and Postpositivism: Circulation and the Global History of Science. *Isis*. v.104. 2013.

KODAMA, Kaori. Modernização e medicina ocidental no Japão. BENCHIMOL, J; SÁ, M; KODAMA, K. *Cerejeiras e cafezais: as relações médico-científicas entre Brasil e Japão e a saga de Hydeo Noguchi*. Rio de Janeiro: Bom Texto: Instituto de Tecnologia em Imunobiológicos Bio-Manguinhos, 2009.

KOSSOY, Boris. *Fotografia & História*. São Paulo: Ateliê Editorial, 2001.

KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

LACAZ, Carlos da Silva. *Vultos da medicina brasileira*. São Paulo: Helian, 1963.

LACROIX, Maria de Lourdes Lauande. *A fundação francesa de São Luís e seus mitos*. São Luís, Lithograf. 2002.

\_\_\_\_\_. *A campanha pela produção*. São Luís: [s.n], 2004.

\_\_\_\_\_. *História da Medicina em São Luís: médicos, enfermidades e instituições*. São Luís: [s.n], 2015.

LAPA, José Roberto do Amaral. *A cidade: os cantos e os antros*. Campinas (1850-1900). São Paulo: DEUSP, 1996.

LEVI, Guido Carlos; KÁLLAS, Esper Georges. Varíola, sua prevenção vacinal e ameaça como agente de bioterrorismo. *Revista da Associação Médica Brasileira*, n. 48, p. 357-362, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v48n4/14209.pdf>>. Acesso em: 3. 03. 2016.

LEWINSOHN, Rachel. *Três Epidemias: lições do passado*. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003.

LIMA, Ana Luce Girão Soares de. A bordo do República: diário pessoal da expedição de Oswaldo Cruz aos portos marítimos e fluviais do Brasil. *História, Ciências, Saúde* –

*Manguinhos*. Fontes. p.159-167. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n1/v4n1a07.pdf>. Acesso: 04.08.2017.

LIMA, Carlos de. *Caminhos de São Luís: ruas, logradouros e prédios históricos*. São Paulo: Editora Siciliano. 2002.

LIMA, Olavo Correia. *Panteão Médico Maranhense*. São Luís: COSURP/EDUFMA, 1993.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. FINKELMAN, Jacobo (org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

\_\_\_\_\_. *Um Sertão Chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2013.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto, “Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são...” Discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, nº 2, 2000, pp. 313-332. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7098.pdf>. Acesso: 21.10.2017.

LÖWY, Ilana. *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MARTINS, Manoel Barros. *Operários da saudade: os Novos Atenienses e a invenção do Maranhão*. São Luís: Edufma, 2006.

MATOS, Marcos Fábio Belo. *E o cinema invadiu a Athenas: a história do cinema ambulante em São Luís (1898-1909)*. São Luís: Livraria e Editoras UNISÃO LUÍS, 2002.

MEDEIROS, Carlos Henrique Guimarães. *Peste bubônica em São Luís: epidemia e perspectiva de reordenamento urbano*. 2007. 130 f. Dissertação. (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 2007.

MEIRELES, Mario. *Panorama da Literatura Maranhense*. São Luís: Imprensa Oficial, [1949?].

\_\_\_\_\_. *O Maranhão e a República*. São Luís: SIOGE, 1990.

\_\_\_\_\_. *Apontamentos para a História da Medicina no Maranhão*. São Luís: SIOGE. 1993.

\_\_\_\_\_. *História do Maranhão*. São Paulo: Siciliano, 2001.

\_\_\_\_\_. *História de São Luís*. São Luís: Edições AML, 2015.

MEIRELLES, Nevolanda Sampaio. et. al. Teses Doutorais de Titulados pela Faculdade de Medicina da Bahia, de 1840 a 1928. *Gazeta Médica da Bahia*. 2004; 74(1):Jan-Jun:9-101. Disponível em: [http://www.gmbahia.ufba.br/adm/arquivos/art\\_rev\\_20041.pdf](http://www.gmbahia.ufba.br/adm/arquivos/art_rev_20041.pdf). Acesso: 12.11.2017.

MAGALHÃES, Rodrigo César da Silva. *A Erradicação do Aedes aegypti: febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

MOTT, Maria Lucia et al. A defesa contra o ofidismo de Vital Brazil e a sua contribuição à Saúde Pública brasileira. *Caderno de História da Ciência – Instituto Butantan*. vol.7, n.2. 2011. Disponível em: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/chci/v7n2/v7n2a06.pdf>. Acesso: 07.06.2018.

NASCIMENTO, Dilene R. do. La chegada de la peste al Estado de São Paulo em 1899. *Dynamis, Granada*, v.31, n.1, p.65-83. 2011. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/dyn/v31n1/04.pdf>. Acesso: 8.10.2018.

NAVA, Pedro. *Chão de Ferro*. São Paulo: Companhia das Letras. 2012.

NEVES, Diogo Gualhardo. *Ferrovias São Luís - Teresina: história e cultura*. 2012. Disponível em: [http://portal.iphan.gov.br/uploads/ckfinder/arquivos/VI\\_coloquio\\_t6\\_ferrovias\\_sao\\_luis\\_teresina.pdf](http://portal.iphan.gov.br/uploads/ckfinder/arquivos/VI_coloquio_t6_ferrovias_sao_luis_teresina.pdf). Acesso: 12.05.2018.

NUNES, Patrícia Portela. *Medicina, poder e produção intelectual: uma análise sociológica da medicina no Maranhão*. São Luís: Edições UFMA; PROIN, 2000.

OLINTO, Beatriz Anselmo. Sem ilustração: a incapacidade das populações rurais na profilaxia rural do Paraná (1916-1921). *Revista Mundos do Trabalho*. vol. 4, n. 8. 2012. p. 102-123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5007/1984-9222.2012v4n8p102>. Acesso: 03.02.1918.

OLIVEIRA, Lucia Lippi. Nação, região e geografia. HEIZER, Alda; VIDEIRA, Antônio Augusto Passos. (Org.) *Ciência, Civilização e República nos Trópicos*. Rio de Janeiro: Mauad X: Faperj, 2010. p. 45-56.

OLIVEIRA, Paulino. *A imprensa em Juiz de Fora antes de 1930*. Revista do Instituto Histórico e Geográfico de Juiz de Fora. a.2. n.2 1966.

OLIVEIRA, Antônio José Silva. CHIBENI, Silvio Sena. Movimento Cientificismo no Estado do Maranhão no final do Século XIX e início do Século XX: Universidade Popular, Escola de Ensaio e Revista Maranhense. *Prisma*. n.30. 2016. pp.21-37. Disponível em: <http://ojs.letras.up.pt/index.php/prismacom/article/view/1820/1656>. Acesso: 15.08.2017.

PACHECO FILHO, Alan Kardec. *Varando Mundos: navegação no vale do rio Grajaú*. 2011. 264 f. Tese (Doutorado em História). Universidade Federal Fluminense. Rio de Janeiro, 2011.

\_\_\_\_\_. Um sertão de águas e de letras. *Outros Tempos*. vol. 11, n.17, 2014. Disponível em: [http://www.outrostempos.uema.br/OJS/index.php/outros\\_tempos\\_uema/article/view/327](http://www.outrostempos.uema.br/OJS/index.php/outros_tempos_uema/article/view/327). Acesso: 30.01.2018.

PALHANO, Raimundo Nonato Silva. *A produção da coisa pública: serviços e cidadania na primeira república: republica ludovicense*. São Luís: IPES, 1988.

PALMER, Steve. Saúde imperial e educação popular: a Fundação Rockefeller na Costa Rica em uma perspectiva centro-americana, 1914-1921. HOCHMAN, Gilberto (org.). *Cuidar*,

*Controlar, Curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

\_\_\_\_\_. *Gênese da Saúde Global: a Fundação Rockefeller no Caribe e na América Latina.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

PEREIRA, Josenildo de Jesus. *As representações da escravatura na imprensa jornalística do Maranhão na década de 1880.* 2006. 206f. Tese. (Doutorado em História Social) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

PESSOA, Jordânia Maria. *Entre a tradição e a modernidade: a belle époque caxiense.* Imperatriz: Ética, 2009.

PROENÇA, Nelson Guimarães. *Adolpho Carlos Lindenberg.* S.l. Disponível em: <http://www.academiamedicinasaopaulo.org.br/biografias/4/BIOGRAFIA-ADOLPHO-CARLOS-LINDENBERG.pdf>. Acesso: 27.03.2017.

RABELO, Fernanda. *A travessia: imigração, saúde e profilaxia internacional (1890-1926).* 2010. 298f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz - Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2010.

REIS, Flávio M. *Grupos políticos e estrutura oligárquica no Maranhão.* São Luís: Unigraf, 2007.

REY, Luís. Um século de experiência no controle da ancilostomíase. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.* 34(1):61-67, jan-fev, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n1/4320.pdf>. Acesso: 20.07.2018.

RIBEIRO, Maria A. R. *História sem Fim...* Inventário da Saúde Pública. São Paulo – 1880-1930. São Paulo: Editora da Universidade Paulista, 1993.

RODRIGUES, Zulimar Márita Ribeiro. Percussores do movimento ambientalista maranhense: as críticas do médico Felicissimo Rodrigues Fernandes. *Anais do IV Encontro Nacional da Anppas.* 2008. Disponível em: <http://www.anppas.org.br/encontro4/cd/ARQUIVOS/GT5-288-467-20080511232144.pdf>. Acesso: 12.09.2018.

ROSEN, George. *Uma História da Saúde Pública.* São Paulo: UNESP / HUCITEC / ABRASCO, 1994.

ROSENBERG, Charles. Framing disease: Illness, society and history. ROSENBERG, Charles. (Ed.). *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine.* Cambridge: Cambridge University Press, 1992a.

\_\_\_\_\_. What is epidemic? AIDS in historical perspective. ROSENBERG, Charles. (Ed.). *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine.* Cambridge: Cambridge University Press, 1992b.

SALGADO FILHO, Salgado. *Tarquínio Lopes Filho.* Médico, político, jornalista, administrador que virou mito. São Luís: EDUFMA, 2015.

SCHWEICKARDT, J. C. & LIMA, N. T. Do “inferno florido” à esperança do saneamento: ciência, natureza e saúde no estado do Amazonas durante a Primeira República (1890-1930). *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas*. Belém, v. 5, n. 2. 2010.

SCHEFFER, M. et al. *Demografia Médica no Brasil 2018*. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018.

SECORD, James A. Knowledge in transit. *Isis*. v. 95. 2004.

SILVA, Matheus Duarte. “*O baile dos ratos*”: a construção sociotécnica da peste bubônica no Rio de Janeiro. 2015. 154f. Dissertação. (Mestrado em História Social) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015a.

\_\_\_\_\_. Soro ou vacina: controvérsia no controle da peste bubônica no Rio de Janeiro (1899-1901). *Oficina do Historiador*. v.8. n.2. 2015b. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15448/2178-3748.2015.2.21725>. Acesso: 8.10.2018.

SILVA, Régia Agostinho da. Escravidão e resistência no Maranhão: anúncios e fugas escravas no século XIX. *Revista de História UEG*. Anápolis, v.3, n.2, p. 30-51, jul./dez. 2014. Disponível em: <http://www.revista.ueg.br/index.php/revistahistoria/article/viewFile/2143/2053>. Acesso: 11.08.2017.

SILVA FILHO, José Oliveira da. *Tramas do olhar: a arte de inventar a cidade de São Luís do Maranhão pela lente do fotógrafo Gaudêncio Cunha*. 2009. 146 f. Dissertação. (Mestrado em História e Culturas) - Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2009.

SOUSA, Salviana de Maria Pastor Santos. *A reforma sanitária no Maranhão: mudança e conservação no processo de organização e de gerenciamento dos serviços de saúde*. 1996. 188f. Dissertação. (Mestrado em Políticas Públicas) Universidade Federal do Maranhão. São Luís, 1996.

\_\_\_\_\_. O processo de organização dos Serviços de Saúde no Maranhão: passos iniciais. *Revista de Políticas Públicas*. v. 9, n. 2, p.95-116, jul./dez. 2005. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/viewFile/3788/1882>. Acesso: 04.09.2017.

TAVARES, Celso. *Análise do contexto, estrutura e processos que caracterizaram o Plano Piloto de Peste em Exu e sua contribuição ao controle da peste no Brasil*. 231f. Tese. (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Ageu Magalhães – Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

TEIXEIRA, Luiz Antonio. *Ciência e Saúde na terra dos bandeirantes: a trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período 1903 - 1916*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho. *Poder e Saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Editora da Universidade Paulista, 1996.

THIELEN, Eduardo; PENIDO, Stella. *Oswaldo Cruz na Amazônia*. Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=Pz2worK\\_\\_Ls](https://www.youtube.com/watch?v=Pz2worK__Ls). 2002. Acesso: 02.05.2017.

TRIBUZZI, Bandeira. *Formação econômica do Maranhão: uma proposta de desenvolvimento*. 2 ed. São Luís: Conselho Regional de Economia do Maranhão, 2011.

VASCONCELLOS, Francisco de. Porciúncula, Governador do Maranhão. *Instituto Histórico de Petrópolis*. 2001. Disponível em: [http://ihp.org.br/26072015/lib\\_ihp/docs/fjrv20010916t.htm](http://ihp.org.br/26072015/lib_ihp/docs/fjrv20010916t.htm). Acesso: 13.09.2018.

VIVEIROS, Jerônimo de. *História do comércio do Maranhão: 1612-1895*. 2.v. São Luís: Associação Comercial do Maranhão, 1954.

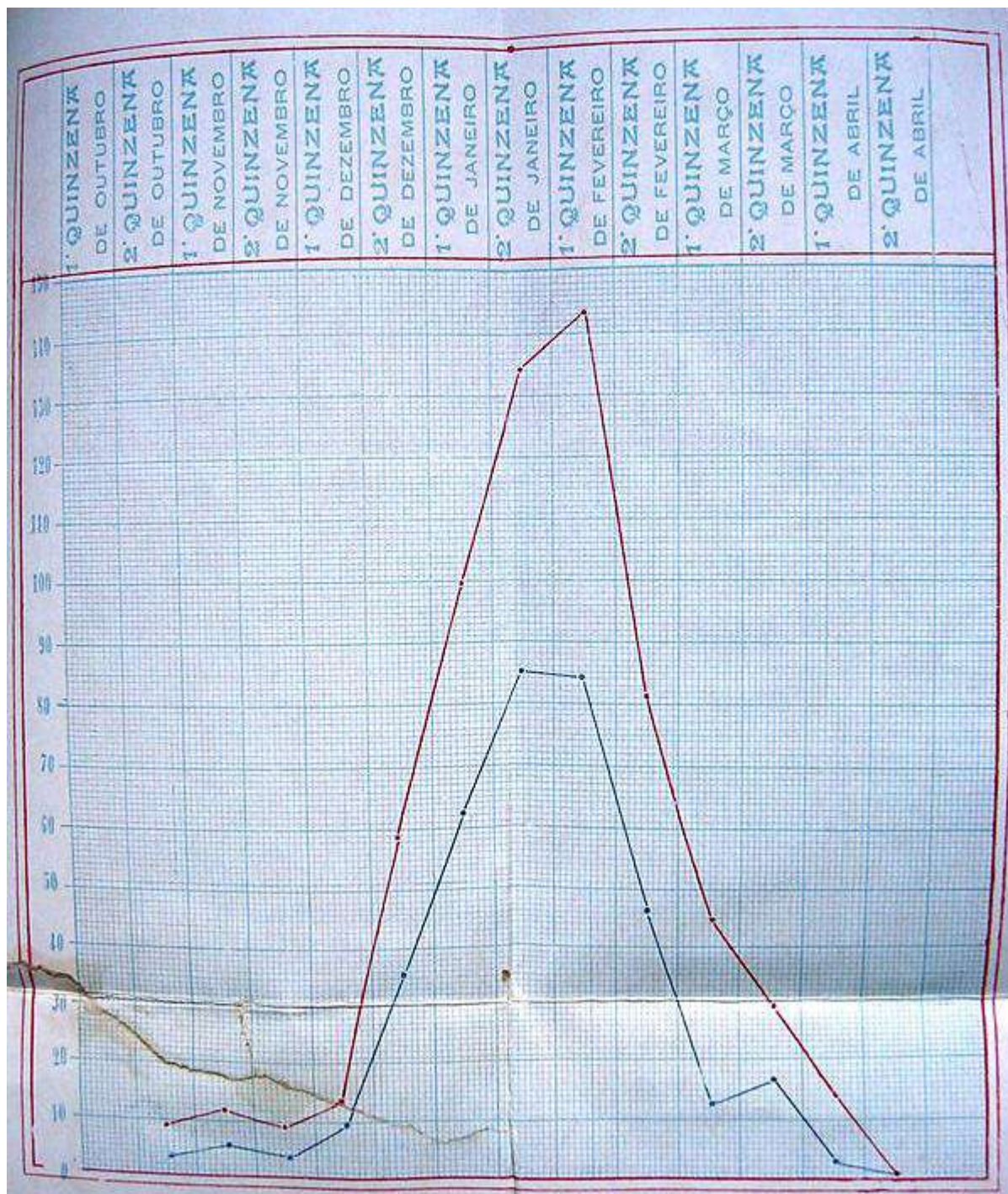
VIVEIROS, Jeronimo. *Benedito Leite: um verdadeiro republicano*. [s.d.]: DASP, 1960.

WANTUIL, Zêus. *Grandes Espíritas do Brasil: 53 Biografias*. Brasília: Federação Espírita Brasileira. 1969.

WORBOYS, Michael. Germs, Malária and the Invention of Mansonian Tropical Medicine: from “disease in the tropics” to “tropical diseases”. ARNOLD, David. (org.). *Warm Climates and Western Medicine: the emergence of tropical medicine, 1500-1900*. Amsterdã/Atlanta, Rodopi, 1996.

**ANEXOS**





**Movimento de doentes e óbitos por quinzena**<sup>301</sup> (legenda original)  
 Fonte: GODINHO, 1904

<sup>301</sup> A linha vermelha do gráfico representa o número de enfermos e a linha azul o número de óbitos.



EMPREGOS	Vencimentos	TOTAL
<i>Directoria do Serviço Sanitario</i>		
a) — Director . . . . .	12.000\$	
5 Inspectores Sanitarios a . . . . . 8.400\$. . . . .	42.000\$	
1 Secretario . . . . .	4.800\$	
1 Amanuense. . . . .	1.800\$	
1 Porteiro. . . . .	1.800\$	
2 Serventes a 1.200\$. . . . .	2.400\$	64.800\$000
<i>Instituto Bacteriologico e Vaccinogenico</i>		
Director. . . . .	12.000\$	
Gratíf. a um ajudante (Inspector Sanitario) . . . . .	2.400\$	
1 Zelador. . . . .	1.800\$	
1 Veterinario. . . . .	1.800\$	
2 Serventes a 1.200\$. . . . .	2.400\$	20.400\$000
<i>Desinfectorio e Almozarifado</i>		
Administrador servindo de almoxarife . . . . .	3.600\$	
1 Machinista . . . . .	3.000\$	
6 Desinfectadores a 1.200\$. . . . .	7.200\$	
2 Cocheiros a 1.200\$. . . . .	2.400\$	16.200\$000
<i>Secção de Analyses e Fiscalisação de Pharmacias</i>		
Gratificação ao Director (Inspector Sanitario) . . . . .	2.400\$	
1 Pharmaceutico. . . . .	4.800\$	
1 Servente . . . . .	1.200\$	8.400\$000
Somma. . . . .		109.800\$000

Tabela Orçamentaria do Serviço Sanitário do Maranhão (Legenda original)  
 Fonte: GODINHO, 1904, p. 121

Transporte . . . . .		109.800\$000
<i>Hospitales de Isolamento</i>		
Gratificação ao Director (Director do Serviço Sanitário, Director do Instituto Bacteriologico ou um Inspector Sanitário). . . . .	2.400\$	
2 Enfermeiras a 3.600\$00. . . . .	7.200\$	
1 Porteiro e almoxarife . . . . .	2.400\$	
1 Cosinheiro . . . . .	1.200\$	
4 Serventes a 1.200\$000. . . . .	4.800\$	18.000\$000
<i>Secção de Estatística-Demographo-Sanitaria</i>		
Gratificação ao Director (Director do Serviço Sanitário ou um Inspector Sanitário) . . . . .	2.400\$	
1 Official . . . . .	3.600\$	
1 Escripturnario e cartographo . . . . .	2.400\$	8.400\$000
		136.200\$00
b) — Expediente, medicamentos, desinfectantes, material e outras despesas. . . . .		63.800\$000
		200.000\$000

Continuação da tabela Orçamentaria do Serviço Sanitário do Maranhão

Fonte: GODINHO, 1904, p. 122



# Conselhos ao Povo

## A Peste

A forma mais commum pela qual a peste se manifesta é a forma bubonica.

Nesta forma os symptomas principaes são: calafrios, dor de cabeça, dores fortes pelo corpo, vomitos, febre elevada, delirio, etc. Na pelle apparecem manchas, erupções de toda especie, pustulas, etc. Quasi sempre no fim de 24 horas do apparecimento da molestia ou, e mais tardar, no fim de 5 dias, o bubão se manifesta.

O mais das vezes o bubão se localiza na virilha ou é muito doloroso: basta local-o com a mão para que o doente grite e encolha a perna. Outras vezes elle apparece debaixo do braço; algumas vezes no queixo ou no peilo.

Nas creanças o bubão se localiza frequentemente no pescoço e debaixo do queixo.

Na outra forma da peste, mais rara esta, a forma pneumonica, os symptomas geraes são os mesmos da forma bubonica, mas os caracteristicos principaes desta forma são os symptomas pulmonares, que se parecem muito com os da influenza, da pneumonia, da tuberculose, etc. Os escarros nos casos mais graves são sanguineos.

Esta forma de peste transmite-se muito de uma pessoa a outra.

A outra forma de peste, muito rara aliás, é a forma *septicemica*; os symptomas desta forma parecem os de um verdadeiro envenenamento muito grave: delirio violento, hemorragias e grande prostração. Nesta forma a peste é *fulminante* as vezes; mata em 24 horas.

Ha tambem os casos de *peste ambulatória*: os doentes têm symptomas tão benignos que nem vão á cama e continuam a trabalhar e os bubões resolvem-se por si; a febre é pouca. Em todo o caso ás vezes o doente morre subitamente.

Esta forma de peste, que quasi sempre passa despercebida, favorece muito a propagação da molestia.

### TRANSMISSÃO DA PESTE

Está mais que provado hoje que são os ratos e camundongos os propagadores da peste e todos aqui hão de ter notado que antes de se dar um caso da molestia apparecem na casa ou na vizinhança ratos mortos atacados de peste.

Depois dos notaveis trabalhos, das experiencias concludentes feitas nos ultimos tempos pela Commissão Inglesa que estuda a peste nas Indias, ficou completamente firmada a opinião de que a peste se transmite do rato ao homem por intermedio da pulga principalmente.

O rato atacado de peste está sempre cheio de pulgas que sólle abandonam o corpo algum tempo depois que elle morre. Estas pulgas picando uma pessoa transmitem-lhe a peste.

E é por este motivo que não se deve tocar nos cadáveres dos ratos em occasião de peste.

Deve-se ter o cuidado de derramar sobre elles um pouco de kerozene ou espirito de vinho e tocar fogo; ou então agua fervendo, uma solução forte de creolina, ou qualquer meio que possa determinar a morte immediata das pulgas.

As pulgas podem transmitir ainda a molestia quando são pizadas no chão ou mortas esmagadas pelas

unhas e nestes casos o germen da molestia penetra por qualquer fenda da pelle.

Os ratos pesteados podem tambem infeccionar o chão, as roupas, os objectos, a comida, etc. e assim transmitem tambem a molestia.

Na forma pneumonica a transmissão da peste faz-se pela aspiração de pequenas gotas de saliva (perdigotos) ou de catarrho, expellidos pelos doentes.

A peste ainda se pôde transmitir pela comida que esteja contaminada.

### MEIOS QUE SE TEM PARA EVITAR A PESTE

Os meios principaes para evitar a peste são os seguintes:

Destruição dos ratos.

Isolamento dos doentes.

Asseio do corpo.

Asseio da casa.

Vaccinação contra a peste.

**Destruição dos ratos.**—Para acabar com os ratos, os maiores propagadores da molestia, um bom processo é apanhar-os por meio de ratoeiras e malal-os com agua fervendo. Os gatos tambem prestam bons serviços, mas é preciso cautela com elles porque podem tambem contrahir a molestia.

Os ratos tambem podem ser destruidos pelos venenos: a massa phosphorada posta em fatia de pão ou queijo presta bons serviços. Mas é preciso ter grande cautela para que as creanças não a comam.

O *gesso* bem fino e bem secco (se tiver apanhado humidade não presta) misturado com um pouco de queijo ralado postos nos logares frequentados pelos ratos e proximos a uma vasilha com agua tambem presta bom serviço, porque o rato comendo essa mistura bebe logo agua e morre suffocado porque o gesso incha-lhe no bucho.

**Isolamento.**—Não se pode deixar de fazer o isolamento rigoroso do doente porque elle é uma fonte de contagio.

O isolamento dos doentes faz-se agora no Hospital do Lyra, especialmente preparado para esse fim. O tratamento ali é o melhor possivel; nada falla aos doentes.

O serviço medico está a cargo do Dr. Domingos de Carvalho que com toda a dedicacão e proficiencia o tem prestado.

A parte hospitalar (administrativa) está á cargo das irmãs de Sant'Anna que com toda abnegacão prestam os seus serviços.

E' permitido que as creanças sejam acompanhadas por sua mãe ou outro qualquer parente.

A estatistica hospitalar, que opportunamente será publicada, ha de provar que a proporção da mortalidade é relativamente a melhor possivel.

A roupa dos doentes deve ser removida para o Desinfectorio.

Quando apparecer algum doente suspeito deve-se logo separar-o das outras pessoas e avizar o serviço de Hygiene. Os vomitos, os escarros, as urinas, as dejeções devem ser recebidos em um vaso onde esteja uma solução de acido phenico, na proporção de 5 partes deste para 100 partes de agua. O chão deve ser molhado tambem com a mesma solução pheni-

cada ou com a solução de sublimado a 1 para 1.000

Não se deve conservar com o rosto junto ao doente, principalmente se a peste for de forma pulmonar.

**Asseio do corpo.**—A peste persegue de preferencia as pessoas que vivem com pouco asseio. E' preciso pois um rigoroso asseio com o corpo e com as roupas.

Qualquer ferida, arranhadura, picada de insecto, esfoladura, etc, deve ser desinfectada e curada.

O collodio, o steresol, etc, servem muito para esses casos.

Não se deve andar descalço.

As mãos e a bocca devem ser lavadas frequentemente, sobretudo antes da comida.

Os alimentos devem ser cuidadosamente guardados afim de não serem contaminados pelos ratos.

**Asseio das casas.**—A peste dá mais vezes nos logares sujos, nas casas immundas, escuras, em que mora muita gente, onde ha restos de comida e cisco pelo chão, e por consequencia onde se concentram ratos e pulgas.

Assim torna-se em tempo de peste necessario um asseio rigoroso. Os quartos precisam ser arejados e calados de vez em quando. O chão deve ser lavado com agua fervendo e poltassa, ou creolina, ou acido phenico, ou então com a solução de sublimado a 1 para 1.000.

Não se deve conservar lixo acumulado em qualquer dependencia da casa nem objectos velhos e inserviveis, como já tive occasião de observar, é a regra aqui em S. Luiz. Esses objectos velhos, (caixões, caixas, moveis estragados, etc) devem ser queimados.

**Vaccinação.**—A vaccina anti-pestosa, conserva a pessoa immune por seis mezes mais ou menos. Osóro tambem immuniza, por pouco tempo, porem.

No tempo de epidemia deve-se fazer a sóro-vaccinação que immuniza logo. A vaccinação, sendo feita com cautela, não produz incommodo grave.

Os serviços da Repartição de Hygiene estão assim distribuidos:

Hospital de Isolamento, a cargo do dr. Domingos de Carvalho.

—Serviço de notificacões, remoções de doentes e verificacão de obitos, dr. Netto Guterres.

—Vigilancia medica e vaccinações contra a peste, d. Oscar Galvão.

—Desinfectões, dr. Juvenico de Mattos.

A notificacão quando é feita logo no começo da molestia traz grande vantagem de permittir que se faça logo o tratamento pelo sóro e todos os doentes tratados desde o começo da molestia pelas injectões de sóro tem escapado.

As notificacões de casos podem ser dirigidas á Repartição de Hygiene ou directamente ao dr. Netto Guterres.

Um caso occulto pode produzir graves danos.

As pessoas que tiverem conhecimento de algum caso de peste, devem immediatamente notificar-o, sob pena de multa que va de 20 a 500 mil réis, conforme a responsabilidade da pena e o denunciador receberá a metade da importancia da multa.