

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

SIMONE EVELIN FLORENTINO DE SOUZA LUNA

**O SERVIÇO NACIONAL DE PESTE E O CONTROLE DA PESTE BUBÔNICA NO
NORDESTE BRASILEIRO (1941-1956)**

Rio de Janeiro
2021

SIMONE EVELIN FLORENTINO DE SOUZA LUNA

**O SERVIÇO NACIONAL DE PESTE E O CONTROLE DA PESTE BUBÔNICA NO
NORDESTE BRASILEIRO (1941-1956)**

Dissertação de mestrado apresentada ao 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 Mestra. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientadora: Prof^a. Dra. Tamara Rangel Vieira

Rio de Janeiro
2021

SIMONE EVELIN FLORENTINO DE SOUZA LUNA

**O SERVIÇO NACIONAL DE PESTE E O CONTROLE DA PESTE BUBÔNICA NO
NORDESTE BRASILEIRO (1941-1956)**

Dissertação de mestrado apresentada ao 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 Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Tamara Rangel Vieira (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde - Casa de Oswaldo Cruz / Fundação Oswaldo Cruz) – Orientadora

Prof. Dr. Gilberto Hochman (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde - Casa de Oswaldo Cruz / Fundação Oswaldo Cruz)

Prof. Dr. Rodrigo César da Silva Magalhães (Colégio Pedro II)

Suplentes:

Prof. Dr. Rômulo de Paula Andrade (Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde - Casa de Oswaldo Cruz / Fundação Oswaldo Cruz)

Prof^a. Dra Mariza Pinheiro Bezerra (Museu de Astronomia e Ciências Afins - MAST)

Rio de Janeiro
2021

Ficha Catalográfica

L961s Luna, Simone Evelin Florentino de Souza.

O Serviço Nacional de Peste e o controle da peste bubônica no nordeste brasileiro (1941-1956) / Simone Evelin Florentino de Souza Luna. – Rio de Janeiro : s.n., 2021.
281 f.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2021.
Bibliografia: 250-263 f.

1. Administração de Instituições de Saúde. 2. Controle de Doenças Transmissíveis. 3. Peste. 4. História do Século XX. 5. Brasil.

CDD 362.1

Catálogo na fonte - Marise Terra Lachini – CRB6-351

Dedico esta dissertação à todas as mulheres que vieram antes de mim, especialmente à minha mãe e à minha avó (*in memoriam*), que percorreram todo o caminho difícil para que eu chegasse até aqui.

“São centenas de primeiras vezes pelas quais sou grata, cenas que minha mãe e a mãe dela e a mãe dela não tiveram o privilégio de viver. É uma verdadeira honra [...] As avós devem estar gritando de tanto dar risada. Reunidas em volta de um fogão de barro lá do outro lado [...] elas devem achar uma loucura ver uma de suas mulheres vivendo de um jeito tão grandioso” (Rupi Kaur).

AGRADECIMENTOS

Voltar a estudar após oito anos da conclusão da graduação foi um tanto desafiador pela natural perda de ritmo. Assim que entrei no PPGHCS, voltei a ter uma rotina de estudos e iniciei uma rotina de pesquisa. O que deixou meus cabelos (mais) brancos! Ansiosa e insegura que sou, acreditei que não chegaria nesse momento do trabalho concluído. Mas cá estou e me sinto contente e satisfeita e com a sensação de trabalho cumprido. Foram dois anos intensos e desafiadores. A pandemia de Covid-19 veio para nos separar e também para nos alertar sobre as pegadas perigosas que os seres humanos deixam no planeta. Ela também afastou os alunos da COC em 2020 e passamos a nos reunir virtualmente. Entretanto, em retrospectiva, digo que, em 2019, o primeiro ano de mestrado, pude aproveitar os espaços da Fiocruz e me sentir orgulhosa por fazer parte da grandiosidade que é essa instituição.

Sentar no terraço do prédio da COC com vista para o pavilhão Mourisco e tentar tirar fotos que não saíam boas com ele ao fundo; passar em frente ao Castelo e sempre ficar admirada com sua imponência ao ir para o restaurante; esperar a reforma da Casa de Chá para inaugurar com o os amig@s (Adriana e Jefferson rs); assistir aos Encontros às Quintas no salão do 4º andar; lanchar na estação do trenzinho. São espaços que levo comigo no meu coração. Dito isso, gostaria de agradecer às pessoas que, durante esse período, viabilizaram a execução desse trabalho.

Agradeço à minha dedicada orientadora, Prof.^a Dra. Tamara Rangel Vieira, que me ajudou se mostrando sempre à disposição, avaliando meus escritos, sempre presente e mantendo encontros regulares. Muito paciente (e psicóloga rs) ouvia minhas queixas sobre insegurança e ansiedade. Agradeço e elogio a forma de conduzir a orientação e de se mostrar preocupada com o andamento dos trabalhos.

Sou grata aos funcionários da COC que sempre me atenderam em seus serviços, sejam administrativos ou relativos à pesquisa, com presteza. Ao Paulo Chagas e sua paciência com os infinitos e-mails enviados por mim e suas prontas respostas; às funcionárias do arquivo da COC, Bianca Carvalho e Nathacha Reggazine, sempre solícitas a tirarem minhas dúvidas, pelo tempo compartilhado na sala de consulta; às funcionárias da biblioteca da COC, que me ajudaram presencialmente e com o envio de material por e-mail.

Meus agradecimentos às professoras e aos professores do PPGHCS que fizeram parte desses dois anos e contribuíram para a minha reflexão sobre conteúdos e para a abertura de um mundo novo sobre saúde e ciência que eu não conhecia. Agradeço aos professores André Felipe Cândido da Silva e Rômulo de Paula Andrade e às professoras Tamara Rangel e Simone Kropf. Todos muito competentes e, certamente, exemplos e estímulos para continuarmos com o espírito investigativo e crítico.

Agradeço da mesma forma à banca examinadora que se mostrou disponível a analisar o meu trabalho. Espero que receba dela muitas contribuições. Refiro-me aos professores do programa Rômulo de Paula Andrade e Gilberto Hochman e ao professor Rodrigo César da Silva Magalhães, do Colégio Pedro II, e à professora Mariza Pinheiro Bezerra, do MAST.

E como não estar grata pelas pessoinhas maravilhosas que conheci na COC? Dona Adriana Cunha, sergipana das boas, trouxe um sotaque delicioso para o meu cotidiano. Super inteligente e capaz! E traz farinha autêntica de avó pra mim. E Seu Jefferson, então? Carioca que pega o trem horas antes para chegar na aula. Esforçado, inteligente, garoto bom, sabe fazer doce que é uma beleza! E futuro doutorando da Casa (parabéns!)? Nosso grupo TTF é eterno! Desejo todo o sucesso do mundo a vocês!

Devo agradecer às pessoas preciosas da minha vida sem as quais eu não poderia seguir. Se eu pude estar dois anos nesse mestrado foi porque tive apoio de muitas pessoas e porque minha trajetória é resultado de muitas mãos que de mim cuidaram. Agradeço, como está na dedicatória, à todas as mulheres que vieram antes de mim e carregaram fardos que eu não precisei suportar. À minha mãe, Sandra, e à minha avó, Odete (*in memoriam*), deusas da minha vida, que eu amo para sempre, mulheres fortes e batalhadoras, que fizeram de mim a mulher que eu sou. Ao meu pai, Paulo, dono de um coração gigante, que me criou, me deu todo amor, me deu seu sobrenome, me adotou como filha e sempre fez tudo por mim. Agradeço ao meu marido, companheiro de longa data, de muitas situações e que sempre me apoiou, me incentivou e me deu força para que eu seguisse em frente. Acompanhou minhas reclamações e frustrações e me acalmou com palavras amigas. Está sempre por perto e sei que posso contar com ele para qualquer coisa. Feliz aquele dia em que nos conhecemos no ônibus a caminho da Ilha do Governador! Eu te amo muito e para sempre!

Finalmente, agradeço à CAPES, que, com seu auxílio, possibilitou o andamento das pesquisas do mestrado me tranquilizando financeiramente e se mostrou uma agência de

fomento de pesquisas fundamental. Que o desmonte deliberado do governo federal na educação não tenha prosseguimento!

“E a tal ponto as organizações sanitarias são um elemento de progresso e de civilização da humanidade, que é por ellas tambem e em grande parte que a esta phase da duração do mundo que ora vivemos podemos chamar a era da Hygiene, como uma já foi a era da fundação de Roma e outra a era Christã. Isto é para nosso orgulho de sermos medicos, mas deve de ser tambem para o proposito firme de sermos dignos da profissão, pela cultura, pela efficiencia, pelo (sic) bondade” (Plácido Barbosa, 1930).

RESUMO

O objetivo geral da dissertação é acompanhar o processo de criação do Serviço Nacional de Peste (SNP) e sua atuação no Nordeste brasileiro, entre os anos de 1941 e 1956 na sua 1ª circunscrição, que abrangia os estados do Ceará, Paraíba, Pernambuco e Alagoas, proporcionando uma visão sobre a ocorrência da peste na região durante seu período de existência. A ênfase deste trabalho está em compreender as ações do SNP dentro de um contexto de políticas centralizadoras, intensificadas durante o primeiro governo de Getúlio Vargas, e como sua atuação nas áreas que o Serviço englobava refletia a interiorização do governo federal naquelas regiões. Busco salientar que o órgão foi um instrumento dentro da área da saúde pública que promoveu a presença federal em espaços distantes, reconhecidos como os sertões, sendo personificado na figura de seus médicos e guardas sanitários e materializado nos seus trabalhos de rotina. O SNP desenvolveu, durante a execução de seus trabalhos de rotina, atividades de pesquisa que contribuíram para os estudos dos roedores e pulgas e para o alargamento das pesquisas em peste no Brasil. Com sua organização administrativa centralizada e verticalizada, sua sistematização na execução de suas atribuições e sua atuação no interior do país junto às populações acometidas, o órgão obteve sucesso na diminuição de casos humanos da doença na década de 1950.

Palavras-chave: Peste Bubônica; Serviço Nacional de Peste; Nordeste; Saúde Pública.

ABSTRACT

The general objective of this dissertation is to follow the creation process of the National Plague Service (SNP) and its performance in the Northeast of Brazil, between 1941 and 1956, in its 1st circumscription which covered states of Ceará, Paraíba, Pernambuco e Alagoas, providing an insight into the occurrence of plague on the region during its period of existence. The emphasis of this work is on comprehending the SNP's actions within a political centralization context, intensified during the first government of Getulio Vargas, and to understand how its performance reflected the interiorization of the federal government in those regions. In other words, I try to emphasize that this institution was an instrument within the area of public health area that promoted the federal presence in distant spaces, recognized as the hinterlands, being personified in the figure of its doctors and health guards and materialized in their routine work. The SNP developed, during the performance of its routine work, research activities that contributed to the studies of rodents and fleas and to the expansion of research on plague in Brazil. With its centralized and verticalized administrative organization, its systematization in the execution of its duties and its performance in the interior of the country with the affected populations, the agency was successful in reducing human cases of the disease in the 1950s.

Keywords: Bubonic Plague; National Antiplague Service; Northeast; Public Health.

LISTA DE FOTOGRAFIAS

1 - Celso Arcoverde de Freitas e equipe de guardas sanitários do SNP em frente a sede da circunscrição no Recife, s/d.	175
2 - Hélio Paracampo, Valença Júnior, Atilio Macchiavello, Almir de Castro e Celso Arcoverde de Freitas em viagem pelas zonas pestosas do Nordeste, 1941.	194
3 - Passagem pelo rio Ipanema, 1941.	195
4 - João Moojen, Almir de Castro e Celso Freitas em Caruaru, em campo, durante o curso de peste, 1945.	221

LISTA DE FIGURAS

1 - Esquema para a hipótese de Macchiavello sobre o caminho da infecção pestosa. ...	122
2 - Mapa da divisão administrativa do SNP, 1943.	152
3 - Chave de classificação para casos de peste humana, 1950.	170
4 - Página do diário de Celso Arcoverde de Freitas, 1942.	177
5 - Diário do guarda-chefe Joaquim Vieira de Araújo, 1942.	178
6 - Esquema de Simon para as fases da peste, 1951.	228

LISTA DE TABELAS

1 – Divisão das áreas pestosas nas Delegacias Federais de Saúde.....	99
2 – Quantitativo dos trabalhos realizados pelas Delegacias Federais de Saúde (1937-1940)	108
3 – Número de casos e óbitos de peste bubônica 1934-1940.....	109
4 – Casos e óbitos entre 1941 e 1945.....	171
5 – Número de casos e óbitos de peste de 1941 a 1957.....	204
6 – Trabalhos realizados na 1ª circunscrição do SNP de 1941 a 1957.....	205-206

LISTA DE SIGLAS

BOSP – Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana
CNS – Conferência Nacional de Saúde
DDT – dicloro difenil tricloroetano
DFS – Delegacia Federal de Saúde
DGSP – Diretoria Geral de Saúde Pública
DNERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNS – Departamento Nacional de Saúde
DNSAMS – Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
DSP – Divisão de Saúde Pública
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IOC – Instituto Oswaldo Cruz
MES – Ministério da Educação e Saúde
MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública
MN – Museu Nacional
MTIC – Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio
OSP – Oficina Sanitária Pan-Americana
SEGE – Serviço de Estudos das Grandes Endemias
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SNFA – Serviço Nacional de Febre Amarela
SNM – Serviço Nacional de Malária
SNP – Serviço Nacional de Peste
SNs – Serviços Nacionais

SUMÁRIO

Introdução	18
Capítulo 1 – A peste Bubônica no Brasil e no Continente Americano	26
1.1 – Saúde, saneamento, sertão e as endemias rurais	27
1.2 – Histórico da peste bubônica no Brasil (1899-1935)	36
1.2.1 – A peste no Rio de Janeiro	38
1.2.2 – A peste no Sul	46
1.2.3 – A peste no Nordeste	51
1.2.3.1 – Um esboço sobre o Nordeste brasileiro	60
1.3 – A peste no continente Americano e a Oficina Sanitária Pan-Americana	70
Capítulo 2 – O governo federal toma para si a profilaxia da peste	82
2.1 – Os inquéritos de 1935	82
2.2 – O serviço de peste nas Delegacias Federais de Saúde	95
2.2.1 – A Oficina Sanitária Pan-Americana e a cooperação em peste	110
2.2.2 – A pesquisa de Atilio Macchiavello (1939-1941)	118
2.3 – A criação do Serviço Nacional de Peste	128
Capítulo 3 – O Serviço Nacional de Peste	145
3.1 – O anteprojeto de decreto-lei de 1942	145
3.2 – Estrutura, divisão e funcionamento	151
3.3 – A 1ª circunscrição do Serviço Nacional de Peste	174
3.3.1 – Rotinas de trabalho, viagens e inspeções	190
3.3.2 – Resistências, reclamações e telegramas	207
3.3.3 – O inquérito rodentológico e a cooperação entre o Serviço Nacional de Peste e o Museu Nacional	220

3.4 – Extinção e incorporação ao Departamento Nacional de Endemias Rurais....	230
Considerações finais	235
Referências	240
Anexos	265
Fotografias	266
Figuras	276
Lista de médicos que atuaram no SNP	281-282

Introdução

Presente no imaginário de muitas gerações, a peste bubônica ainda causa medo quando surge alguma notícia sobre casos humanos suspeitos. Embora de fácil tratamento, ela assusta sobretudo pelo seu histórico mórbido. O medo tem razão de ser em face da sua permanência em alguns países do globo e da possibilidade, sempre existente, de disseminação¹. Originária da Ásia, a doença protagonizou três grandes pandemias na história. No século VI, a chamada peste de Justiniano (541 d.C.-542 d.C.), a peste negra no século XIV, sem dúvida a mais conhecida e responsável pelas representações mais comuns sobre a doença, e a de fins do século XIX². Esta última acabou trazendo a peste bubônica ao continente americano.

Antes do século XIX e da identificação do bacilo responsável pela doença, as suas causas foram atribuídas a fatores diversos como à punição divina, aos fenômenos astrológicos, às condições meteorológicas específicas ou aos ares peçonhentos. A trama da obra de Boccaccio, *Decamerão*, cujo cenário é a cidade de Florença, se desenvolve em plena epidemia de peste, no século XIV, e detalha os presságios anunciadores da doença³. Um regimento contra a peste, impresso e traduzido em Portugal no século XV, englobava uma série de apontamentos sobre suas possíveis causas, seus tratamentos e a profilaxia a respeito do mal⁴. Contudo, no final do século XIX, a peste teria o seu agente etiológico reconhecido e, a partir daí, ganharia uma nova identidade respaldada pela confirmação do laboratório (CUNNINGHAM, 1992). Partindo desse entendimento podemos afirmar que a doença é

-
- 1 Peru, Madagascar e República Democrática do Congo são os países nos quais a peste é mais endêmica atualmente. Organização Mundial de Saúde. Peste. Disponível em: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/plague> . Acessado em: 10 de fev de 2021. Nas Américas, além do já citado Peru, há focos na Bolívia, no Brasil, no Equador e nos Estados Unidos. A Ásia, que acredita-se deter o reservatório original da peste, conserva a maioria dos focos (Rússia, China, Mongólia, Vietnã, Índia, Paquistão, Myanmar, Arábia Saudita, Irã, Armênia, Geórgia, Azerbaijão, Uzbequistão, Cazaquistão, Turcomenistão, Quirguistão, Tadjiquistão); a África também tem suas áreas de reservatório (Argélia, Líbia, Zâmbia, Zimbábue, Moçambique, Tanzânia, Quênia e África do Sul). Organização Mundial de Saúde. Global distribution of natural plague foci as of march 2016. Medbox. Disponível em: <https://www.medbox.org/document/global-distribution-of-natural-plague-foci-as-of-march-2016#GO> . Acessado em 10 de fev de 2021.
 - 2 Acredita-se que a peste presente no relato bíblico, no Livro I Samuel, a peste dos filisteus, também teria sido a bubônica, pois existem informações bem típicas que remetem à doença como os tumores inchados na virilha e a referência às mortes de ratos (ECHENBERG, 2002: 431).
 - 3 “na mui excelsa cidade de Florença [...] sobreveio a mortífera pestilência. Por iniciativa dos corpos superiores, ou em razão de nossas iniquidades, a peste, atirada sobre os homens por justa cólera divina” (BOCCACCIO, 1970: 13).
 - 4 “Da rayz supior veem e acontece a pestilência por virtude dos corpos de çima dos çeos”. Regimento proueytoso contra ha pestenença. Porto: Livraria Civilização (edição fac-similada), 1962.

causada pelo bacilo *Yersinia pestis*⁵, transmitido através das pulgas de roedores, seus hospedeiros preferidos⁶. Dividida em três formas clínicas⁷, a bubônica, a pneumônica e a septicêmica, seus principais sintomas são aqueles frequentes no primeiro tipo, responsável pelas imagens mais características da doença ao longo dos séculos. Além da lesão típica da infecção, o bubão⁸ (geralmente localizado na axila ou na virilha), se manifesta no corpo do doente prostração, dor de cabeça, vômito, pulso acelerado, febre alta e confusão mental. É importante dizer que o estabelecimento da epidemiologia da peste não foi algo pronto, mas fruto de décadas de estudos e discussões sobre as diversas variáveis observadas na dinâmica da doença desde sua identificação etiológica no fim do século XIX.

A terceira pandemia⁹, originou-se do seu reservatório natural do Himalaia, na fronteira entre a Índia e a China, a partir de 1855. A infecção atingiu Hong Kong em 1894 e se disseminou pelo mundo através do porto dessa cidade, possessão inglesa de onde saíam diversas embarcações com destino às outras partes do império britânico (ECHENBERG, 2002). A preocupação com a expansão da doença fez com que os governos da França e do Japão enviassem, respectivamente, Alexandre Yersin e Shibasuburo Kitasato para estudar a natureza do mal e as suas condições de propagação (YERSIN, 1894) e seu caráter bacteriológico (KITASATO, 1894)¹⁰. Uma vez identificado o causador da doença, o bacilo *Pasteurella pestis*, a peste passaria a ser necessariamente legitimada pelo laboratório, pois, graças ao desenvolvimento da microbiologia, podia-se atribuir às doenças sua gênese específica, afastando outros tipos de interpretação para diagnosticá-las.

5 A *Y. pestis* é dividida em três variedades que se referem às suas distribuições geográficas, cada uma referente a uma das pandemias conhecidas: *Antiqua*, *Mediaevalis* e *Orientalis*.

6 “Além dos roedores, outros mamíferos são suscetíveis à peste: primatas não humanos, alguns insetívoros (muscarinho, porco-espinho), predadores (raposas, gambás, castores, cães); camelos e gatos domésticos já foram implicados na infecção direta do homem, assim como os lagomorfos. As aves e outros vertebrados não tomam parte no ciclo natural da doença, embora as aves de rapina possam desempenhar papel importante ao transportar pulgas infectadas a outras populações de roedores e ao homem” (Manual de vigilância e controle da peste, 2008, p. 23).

7 Existem outras formas mais raras: cutânea primária, faríngea, meningia e endoftálmica (Manual de vigilância e controle da peste, 2008).

8 O bubão é uma inflamação de um gânglio linfático.

9 Para Echenberg, a terceira pandemia é de considerável importância histórica porque o seu impacto foi importante para a ascensão do nacionalismo na Índia, assim como para o aumento do preconceito contra asiáticos nos EUA e na Austrália, a ascensão do apartheid na África do Sul e do crescimento dos serviços de saúde pública no Brasil (ECHENBERG, 2002: 434).

10 A partir da identificação do bacilo, *Pasteurella pestis*, depois *Yersinia pestis*, as pesquisas sobre a peste bubônica tomaram fôlego e avançaram. Já em 1896, Waldemar Haffkine desenvolveria uma vacina antipestosa; em 1898 fora desenvolvido o soro antipestoso de Yersin e Paul-Louis Simond levantaria a hipótese da pulga infectada do rato como vetor.

Desse modo, quando a peste chegou ao Brasil, em 1899, seu método de identificação já estava claro e se podiam criar estratégias baseadas nos conhecimentos então adquiridos. Isso não significou uma simples assimilação do conhecimento sobre a peste vindo do exterior. Pelo contrário, o país somou-se aos esforços de pesquisas internacionais, participando da circulação de saberes e produção de conhecimento (SILVA, 2020)¹¹, alcançando a condição de protagonista nos estudos e na profilaxia contra a peste a partir da criação de dois institutos responsáveis pela produção de soro e vacina antipestosa¹²: o Instituto Butantan (1899) e o Instituto Soroterápico Federal (1900), posteriormente designado Instituto Oswaldo Cruz, hoje Fundação Oswaldo Cruz.

Entretanto, apesar da epidemiologia vir sendo construída ao longo das décadas seguintes, ela permanecia nebulosa em alguns pontos. Sua dinâmica precisava ser melhor estudada, pois muitos aspectos ainda eram incógnitas como a questão da sua permanência latente e silente e posterior reaparecimento, a situação da peste silvestre e os tipos de animais e parasitas participantes na circulação da infecção. A interiorização da doença, migrando para as áreas rurais, exigiria novas demandas como o acompanhamento da infecção nos roedores silvestres e uma maior consideração das influências do clima, da vegetação, da temperatura e da umidade do ambiente sobre sua disseminação. Nesse novo contexto, o Nordeste brasileiro concentrou as atenções, pois nessa região ocorriam a maioria dos casos de peste humana registrados no país. Assim, organizaram-se inquéritos para o estudo das condições da moléstia, pretendendo torná-la alvo de ações uniformes e centralizadas na década de 1930.

Tal uniformização e centralização tiveram maior sucesso com a criação do Serviço Nacional de Peste (SNP) em 1941, na reforma do Departamento Nacional de Saúde (DNS). Nesse momento, a dinâmica da doença estava longe de ser consenso. Havia muito ainda a se fazer para erradicar a moléstia e muito a ser pesquisado. O SNP trouxe, com sua organização centralizada e verticalizada, um maior rigor e sistematização na execução de suas atribuições, desenvolvendo pesquisas e atuando no interior do país junto às populações acometidas.

11 A tese de Matheus Silva discorre sobre o assunto. Sua hipótese é a de que “la peste bubonique et la microbiologie, en engendrant une conjoncture globale, connectent des savants au Brésil, en France et en Inde et rendent possible la construction et la circulation de nouveaux savoirs” (SILVA, 2020: 37).

12 Importante destacar a análise de Silva (2018), na qual o autor aponta que o Instituto Soroterápico Federal não teve como mote suprir internamente a escassez de soro antipestoso no mercado internacional apenas, mas os trabalhos do Instituto se alinharam com os acontecimentos dos contextos nacional e internacional, “uma controvérsia local inserida em uma disputa internacional” pela cura da doença, na qual diversos tipos de soro e de vacina entraram na discussão e também era discutida a aplicação conjunta ou não entre os dois (2018: 653).

Sendo assim, o objetivo geral da dissertação é acompanhar o processo de criação do Serviço Nacional de Peste e sua atuação no Nordeste brasileiro, entre os anos de 1941 e 1956, com o foco na sua 1ª circunscrição, que abrangia os estados do Ceará, Paraíba, Pernambuco e Alagoas. A ênfase deste trabalho está em compreender as ações do SNP dentro de um contexto de políticas centralizadoras, intensificadas durante o primeiro governo de Getúlio Vargas, e em como sua atuação refletia o processo de interiorização do governo federal naquelas regiões. Ou seja, busco salientar que o órgão foi um instrumento dentro da área da saúde pública que promoveu a presença federal em espaços distantes, reconhecidos como os sertões, sendo personificado na figura de seus médicos e guardas sanitários e materializado nos seus trabalhos de rotina. Tal questão encaminha um segundo objetivo que é o de demonstrar a rotina de trabalho dos seus funcionários de modo a apontar como essa presença se dava nas suas práticas cotidianas.

O recorte temporal, 1941-1956, se refere aos anos de criação e extinção do órgão e o recorte espacial foi definido pelo fato da maioria dos casos de infectados se concentrar nos estados que compunham a 1ª circunscrição, denotando o grau de gravidade e de importância do tratamento da peste bubônica nessa região. O SNP ampliou as práticas de controle, organizou ciclos de trabalho sistemáticos, implementou ao longo da sua trajetória novas técnicas, insumos e métodos e realizou investigações epidemiológicas que contribuíram para o estudo da peste bubônica e dos roedores no país.

A criação do SNP foi precedida de outras experiências no combate à peste e de discussões sobre os rumos a serem seguidos na sua profilaxia. A doença permaneceu fazendo vítimas ao longo das décadas subsequentes a sua chegada, em 1899, e foi alvo das intenções centralizadoras por parte de médicos sanitaristas que entendiam que a melhor solução seria a uniformização das ações sob a administração de um único órgão. Isso porque esses profissionais constatavam que as diferentes medidas tomadas pelos estados (ou a falta delas) prejudicavam a solução do problema a nível nacional, o que adviria da noção da interdependência sanitária. Desse modo, o terceiro objetivo é reconstituir esses apelos e chamados à centralização dos serviços em peste que vinham ocorrendo de meados da década de 1930 ao início da seguinte.

Dando prosseguimento às propostas da dissertação, a presença da Oficina Sanitária Pan-Americana (OSP) desde 1936 no Brasil, cooperando com os serviços de peste, aparecerá

baseada em dois aspectos. Um deles será demonstrar a colaboração desse órgão com o governo brasileiro, nas décadas de 1930 e 1940, dentro de um contexto internacional que sugeria, a exemplo dos nossos sanitaristas, a centralização das ações de saúde. Isso explicaria a presença da OSP em território brasileiro, na medida em que a peste, enquanto doença quarentenável e com alto risco de irradiação para outras áreas, era uma preocupação real para o continente. O segundo aspecto se refere aos profissionais que representavam essa instituição internacional, seus representantes *viajeros*, médicos itinerantes que viajavam frequentemente aos países do continente para acompanhar e auxiliar os diversos governos das Américas em questões sanitárias. Outros objetivos são demonstrar os resultados do combate à peste bubônica após a criação do SNP e as resistências a sua atuação.

Desse modo, o primeiro capítulo conta com um breve histórico da peste bubônica no território brasileiro a partir de sua entrada oficial no país em 1935. Apresento um panorama da doença no Rio de Janeiro e trago estudos feitos sobre a peste em outras cidades fora do Sudeste para fornecer uma perspectiva mais ampla sobre a ocorrência dos surtos e de seus desdobramentos em cidades do Nordeste e do Sul. Destaco as primeiras medidas de combate levadas a efeito pelas autoridades responsáveis e o modo como a doença foi recepcionada em algumas localidades. Conflitos políticos, ameaças ao comércio e descaso com a doença foram fatores significativos para os modos de lidar com a ameaça da peste nas primeiras décadas do século XX em cidades como Campina Grande (PB) e Rio Grande (RS). Outras, como Santos e Rio de Janeiro, se comprometeram de maneira mais ativa no enfrentamento à infecção. As abordagens se concentram no período anterior à criação do SNP, caracterizado por uma crescente importância dada aos temas da higiene e da saúde, acentuada pela constatação, estabelecida após as viagens exploratórias ao interior do país, como as do Instituto Oswaldo Cruz, de que as populações mais pobres do interior do Brasil viviam em situação degradante.

Logo após explicitar os casos de cidades específicas, faço um esboço sobre o recorte espacial da dissertação, o Nordeste. A intenção é explorar alguns aspectos dessa região, que será reconhecida oficialmente como Nordeste na década de 1940, com o objetivo de fornecer uma visão sobre o lugar que a peste encontrou, o seu ambiente e o seu imaginário, permeado grandemente pela seca. Por fim, trago exemplos da atuação da OSP em outros países do continente americano e a sua experiência com a peste bubônica, no início do século XX. Desde fins da década de 1920, essa instituição para a saúde internacional colaborava com

Peru e Equador na tentativa de controlar a moléstia que frequentemente infectava a população. A experiência adquirida ao longo desses anos explica as solicitações feitas pelo governo brasileiro para auxílio nas tratativas relativas à doença. Os artigos publicados nos Boletins da OSP são utilizados como fonte para buscar informações a respeito da doença tanto no Brasil quanto em outros países do continente e sobre a atuação da OSP. Desse modo, evidencio brevemente a situação da peste no Peru e no Equador por terem sido os países mais acometidos pela doença e, por isso, receberam especial atenção da OSP e nos quais muitos representantes *viajeros* da OSP trabalharam e adquiriram experiências prévias que serviram de exemplo ao Brasil.

No segundo capítulo, abordo a preocupação do governo federal em solucionar o problema da peste na região Nordeste a partir de 1935, quando envia para lá comissões de inquiridos para investigação epidemiológica. Nesse momento, buscava-se organizar as ações antipestosas de modo mais uniforme e com diretrizes mais claras, o que aconteceu no ano seguinte, com a participação da OSP, através da consultoria de seus representantes. Após esse primeiro momento, as Delegacias Federais de Saúde entraram em cena, assumindo a profilaxia da peste em 1937. O seu manejo no combate à moléstia estará presente no capítulo, assim como a cooperação da OSP com o governo brasileiro até o início da década de 1940. É importante compreender a atuação desse órgão internacional, na medida em que a expertise de seus médicos legitimava suas orientações e determinações, a exemplo da atuação baseada nos resultados da pesquisa feita por um de seus funcionários, Atilio Macchiavello, que também será abordada. Por fim, buscarei reconstituir o processo de discussão para a criação de um serviço centralizado para cuidar do problema da peste bubônica no Brasil. Isso será feito por meio da análise das fontes constantes do Fundo Gustavo Capanema do CPDOC/FGV. Os documentos são formados por ofícios e pareceres, que sugerem que a peste deveria ser uma questão tratada de maneira centralizada pelo governo federal, e pela proposta do anteprojeto de lei de antiratização e desratização para o combate à peste. Será feito esse trajeto de reconstituição para buscar capturar os indícios que, a meu ver, culminaram na criação do SNP.

Finalmente, analisarei o SNP no último capítulo, procurando demonstrar o cotidiano dos seus trabalhos, sua estrutura, os equipamentos, os insumos e os instrumentos utilizados, marcando quais foram as inovações e continuidades em relação aos modelos de combate anteriores. Para tal, inicio esmiuçando o anteprojeto de decreto-lei de 1942, que esboçava o

modelo de combate à doença no país. Através dessa legislação é possível alcançar muito das ações e da autoridade atribuída ao SNP para garantir sua atuação nas localidades afetadas. Em seguida, para reforçar o papel da saúde como instrumento de fortalecimento da autoridade estatal na década de 1940, apontarei para as características intrínsecas ao SNP como sua estrutura e funcionamento, adentrando especificamente na sua 1ª circunscrição.

A partir daí demonstro de maneira mais explícita a história desse órgão, abordando suas rotinas de trabalho, o papel das viagens de inspeção, as resistências da população e as pesquisas empreendidas. Focarei nos trabalhos de controle e monitoramento realizados pelo SNP e, conseqüentemente, nas investigações epidemiológicas. Aqui trarei a pesquisa realizada conjuntamente entre o SNP e o Museu Nacional, de 1951 a 1955, sobre os roedores da região e algumas pesquisas realizadas pelo SNP, com o intuito de reforçar o trabalho implementado pelo órgão no esforço de investigar a doença, seus vetores e os parasitas que poderiam transmitir o bacilo pestoso. Utilizo nesse capítulo os diários do médico Celso Arcoverde de Freitas, chefe da 1ª circunscrição do SNP, que se encontram no arquivo da Casa de Oswaldo Cruz, nos quais podemos encontrar diversas informações a respeito da rotina de serviço e do trabalho de Freitas no órgão. Os documentos englobam os relatos semanais das atividades de Freitas desde 1941 a 1956, nos quais podemos encontrar diversas informações a respeito da rotina de serviço e do trabalho desse médico no órgão. Além dos seus diários, outra fonte da qual lanço mão são as entrevistas, cedidas pelo médico à Casa de Oswaldo Cruz, compostas de relatos riquíssimos acerca da sua trajetória pela saúde pública brasileira e seus anos de trabalho no SNP. Para tratar das resistências aos representantes do Serviço, lanço mão de alguns telegramas guardados no Arquivo Nacional, no Fundo do Gabinete civil da presidência da República. Neles, é possível identificar as reclamações de moradores das localidades visitadas pelo SNP sobre as exigências do órgão e as justificativas para seu não cumprimento. Termino discorrendo acerca da extinção desse Serviço Nacional e da sua incorporação pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais no governo de Juscelino Kubitschek, procurando apontar os contextos que possibilitaram esse desfecho. Por fim, recorri ao Diário de Pernambuco para acompanhar notícias acerca dos acontecimentos envolvendo a doença como a movimentação de médicos, entrevistas de médicos e autoridades sanitárias, críticas e apelos para solucionar a questão da presença da peste.

O que pretendi, com este trabalho, foi compor uma história do SNP, uma instituição que tratou da peste bubônica no país, durante as décadas de 1930 e 1940 e evidenciar como foi o combate à peste nestas décadas em que pouco se fala dela, o que é recorrente também para outras datas¹³. Embora a doença seja citada com mais frequência quando se refere ao momento de sua chegada aos portos brasileiros ou para indicar a criação dos institutos soroterápicos, ela é um tanto esquecida se compararmos com doenças como a febre amarela e a malária, significativamente mais estudadas.

A peste bubônica atualmente é considerada uma doença emergente¹⁴, assim como outras doenças, sendo digna de atenção e de vigilância para que novos surtos sejam evitados. Embora facilmente tratável, a doença, pelo seu histórico e pelos seus reservatórios animais espalhados pelo mundo (a maioria deles estabelecidos durante a última pandemia), ainda desperta a devida preocupação internacional.

13 Trabalhos que aprofundam a questão da peste no país, para além de apontar sua chegada, são recentes. Pode-se citar os de Silva (2013, 2015, 2018, 2020), Nascimento e Silva (2013 a, 2013 b, 2013 c), Nascimento (2011), Bezerra (2019), Da Silva (2009), Soares Júnior (2001), Schwartzmann (2017), Sá e Canesqui (2001).

14 As doenças consideradas emergentes são doenças novas que afetam uma determinada população pela primeira vez ou que já existem, mas se espalham rapidamente em número e geograficamente. Também são assim definidas doenças antigas, já conhecidas, que afetaram determinadas áreas no passado e que foram controladas, mas que tem o potencial de reaparecer e se espalhar novamente. Quando estas aparecem sob nova forma clínica são consideradas re-emergentes. Muitas delas são de origem zoonótica (75%) e suas origens são variadas. Entretanto, as causas desse fenômeno estão ligadas às ações humanas de destruição ambiental como urbanização desenfreada, desmatamento, mudança climática e de ecossistemas, mutação genética microbiana, mudanças nas populações de hospedeiros animais reservatórios de infecções (WHO. A brief guide to emerging infectious diseases and zoonoses, 2014).

Capítulo 1 – A peste Bubônica no Brasil e no Continente Americano

Questões sanitárias estiveram no bojo das discussões políticas republicanas que envolviam temas como civilização, progresso e desenvolvimento. Às doenças epidêmicas que grassavam desde o Império, como a febre amarela e o cólera, somou-se a peste bubônica, cuja entrada no Brasil se deu em 1899. Como resultado, foram empreendidas campanhas de combate nas cidades e portos infectados num momento em que os veículos principais de propagação das moléstias infecciosas pelo mundo eram as embarcações.

Em momento posterior, as atenções se voltariam para áreas mais distantes das localidades urbanas, coincidindo com o movimento das investigações das condições sanitárias do interior do país, realizadas por integrantes de comissões científicas encomendadas por órgãos estatais de desenvolvimento na década de 1910. A “descoberta” desse interior, dos sertões, engendrou um movimento de defesa da nação que se revestiu de uma forte correlação entre saúde e civilização, saúde e progresso.

O teor epidêmico de doenças como a peste bubônica, a febre amarela e o cólera também preocupava as diversas autoridades nacionais de outros países do continente americano que, igualmente, receberam em seus portos a peste, pela primeira vez, em fins do século XIX e início do XX. A questão comercial e os prejuízos decorrentes da presença de tais moléstias e das consequentes quarentenas fizeram emergir a necessidade de se criar uma organização internacional que gerisse os conflitos, prevenisse a contaminação entre os países e estabelecesse regras para lidar com a situação. A criação da Oficina Sanitária Pan-Americana (OSP) seria o resultado dessas discussões, surgindo desse órgão internacional diversas atividades de cooperação técnico-científica no continente.

Sendo assim, neste capítulo, se abordará a importância das endemias rurais e dos sertões para a retórica política que associava as condições sanitárias das populações ao progresso do país. Em seguida, será mostrado um histórico da peste bubônica em algumas cidades do Brasil, a partir de alguns estudos de caso, esboçando a recepção e as estratégias de combate à doença. Por fim, farei uma breve explanação sobre a peste bubônica em alguns países do continente americano e o auxílio que obtiveram da OSP.

1.1 – Saúde, saneamento, sertão e as endemias rurais

Muito importante para a história da saúde no Brasil é a história das chamadas endemias rurais e as estratégias elaboradas e adotadas no seu enfrentamento. Mais ainda, as ligações estabelecidas entre o saneamento e os processos políticos de construção nacional e o fortalecimento do poder estatal a partir da Primeira República, relação que seguiria em governos posteriores (HOCHMAN, 2006; FONSECA, 2007; CASTRO SANTOS, 1985). Nesse sentido, um elemento discursivo, retórico e impactante utilizado pelos promotores do saneamento seria a imagem dos “sertões”, trazida à tona através de viagens exploratórias ao interior do país¹⁵.

“Descoberto” nestas viagens, o sertão brasileiro era identificado, muitas das vezes, como um espaço distante geograficamente das cidades mais desenvolvidas, mas era sempre considerado distante civilizacionalmente¹⁶. O termo não identificava os aspectos climáticos e faunísticos necessariamente, mas sim uma ideia antitética em relação ao “litoral”, espaço esse entendido não somente como a faixa próxima ao mar, mas associado à modernidade, ao progresso. Sendo assim, pensar o sertão remetia às ideias de “incorporação, progresso, civilização e conquista” e era sinônimo de atraso, de barbárie e de lugar dominado pela natureza (LIMA, 2008: 142). É certo que as comparações e conclusões acerca das comunidades que habitavam estas localidades do interior originavam-se de observadores que tomavam como referencial seu próprio modelo de civilização. Apesar disso, o que cabe colocar é que, dentro do contexto daquela República recente (fundada em 1889), havia a

15 Essas viagens exploratórias seguiram o itinerário estabelecido por órgãos de desenvolvimento e seus projetos modernizadores como a Inspetoria de Obras Contra as Secas. Exemplos dessas viagens foram a de Cândido Rondon, para a instalação de linhas telegráficas, do Mato Grosso ao Amazonas (1892-1925), a de Louis Cruls ao planalto Central para pesquisar localidades aptas a abrigar um nova capital (1892) e as expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz. Estas últimas com a tarefa de desenvolver trabalhos profiláticos associados aos empreendimentos de construção de ferrovias ou a exploração da borracha. Podemos citar as viagens de Carlos Chagas e Belisário Penna ao norte de Minas, onde Chagas identificou a doença que teria seu nome (1908), a de Oswaldo Cruz na região da ferrovia Madeira-Mamoré (1909), a de Astrogildo Machado ao norte de Goiás para ampliação da malha ferroviária. Podemos nos referir, ainda, em 1912, às viagens de Pacheco Leão, Carlos Chagas e João Pedroso pelos centros de produção de borracha no Norte do país, às de Astrogildo Machado e Adolfo Lutz pelo vale do rio São Francisco, à de José Gomes de Faria e João Pedro Albuquerque aos estados do Ceará e Piauí e a de Penna e Artur Neiva pelo Nordeste e Goiás (LIMA, 1999).

16 Segundo Nísia Trindade Lima, houve vários significados para a palavra sertão. No Século XIX designaria tanto as áreas despovoadas do interior, o clima semi-árido do Nordeste e as práticas econômico-sociais desta região, ou da “Civilização do Couro” como a chamou Capistrano de Abreu (2008: 141).

necessidade de se construir uma identidade nacional condizente com aqueles novos tempos. E, para tal, era preciso erguer um Brasil moderno, renovado, cuja população contribuísse para o seu crescimento.

Entretanto, ao alcançar tais regiões, a constatação foi a de que os brasileiros dos sertões estavam doentes e mal amparados. Como seria possível construir-se uma nação com corpos malnutridos, molestiados, chagados, que mal sobreviviam às intempéries e às doenças?

Eis uma das questões fundamentais. É nesse ínterim que os discursos médico-científicos despontam ao trazerem para si, através da abordagem da doença como impeditiva do progresso, a legitimidade de proporem soluções para os problemas de ordem sanitária e, conseqüentemente, os da nação. “As viagens científicas vão re-inventar o Brasil pelo prisma da ciência moderna, encontrando na doença a explicação para a condição de atraso que o interior mostrava” (SCHWEICKARDT; LIMA, 2007: 21), ou seja, a partir desse momento se elaborava uma ideia de que os problemas do interior do país, e dos sertões nem tão distantes assim¹⁷, poderiam ser solucionados pela via médica, até porque muitas das endemias eram problemas facilmente evitáveis.

Dentre as viagens reveladoras da situação do interior do país, a que teve maior repercussão foi a de Belisário Penna e Artur Neiva realizada em 1912 a pedido da Inspetoria de Obras Contra as Secas, tendo percorrido áreas na Bahia, Pernambuco, Piauí e Goiás. Nela os médicos se depararam com um país desconhecido pelos habitantes do litoral. Um país que parara no tempo, doente, abandonado pelo Estado, à mercê de latifundiários exploradores e de epidemias, um Brasil que encarnava o oposto do ideal republicano de modernidade, civilidade e progresso¹⁸. Através do seu relatório, os médicos apontaram muitas das situações que identificavam o atraso do sertanejo. Seja a precariedade das comunicações, a falta de registro civil de dados, água não canalizada. Para além disso, havia a própria situação de pobreza, de trabalho árduo, de baixos salários e preços altos, de insuficiência alimentar, de péssimas condições da água consumida e da escassez de hábitos de higiene.

17 É clássica a frase de Afrânio Peixoto, sempre lembrada pela historiografia, na qual dá a entender que o sertão, na verdade, por ser uma metáfora, também estava próximo dos centros políticos e decisórios: “O sertão no Brasil começa onde termina a Avenida Central” (LIMA, 2008:142), referindo-se à atual Avenida Rio Branco no centro da cidade do Rio de Janeiro, então capital da República.

18 O relatório, de caráter bem abrangente, para além dos registros meramente médicos e científicos, registrou também os costumes da população, suas práticas religiosas, seu jeito de falar e seus sistemas de medidas arcaicos, tudo sendo um indicador do isolamento que teria impedido o desenvolvimento da região. Atuavam esses médicos como verdadeiros etnógrafos ao “partirem de posições que oscilam entre distância física e social e proximidade e envolvimento” a partir de uma observação participante (LIMA, 2013: 121).

De observadores/testemunhas, os médicos passaram a denunciá-los, tornando-se intérpretes daquele quadro trágico para o público em geral. As condições sociais e econômicas daquelas populações, agindo como fator determinante para a recorrência de doenças, estava fortemente presente nos relatos. As pessoas não possuíam condições mínimas de sobrevivência, o que as fazia viver em situação de risco permanente de contrair as mais variadas moléstias.

Como sugestão, era necessário “que o Governo se interesse mais pela inditosa região sêca [...] de tal modo vivem isolados e estão distantes dos restantes dos patrícios, os desventurados sertanejos do nordeste” (PENNA; NEIVA, 1999: 182). Nesse sentido, houve uma reinterpretação dos fatores condicionantes da situação sanitária dessas populações, cujas condições sociais seriam vistas como determinantes e não mais questões acerca da natureza ou da raça (HOCHMAN, 2006: 63). E um dos resultados, decorrentes das discussões levantadas neste contexto, foi a criação da Liga Pró-Saneamento em 1918¹⁹, que exortava o poder público a abraçar a causa da saúde e, por extensão, consolidar as aspirações republicanas para a nação. Como explicam Lima e Britto,

Evidencia-se nessa campanha [do saneamento] uma concepção que atribui ao Estado o papel chave tanto na melhoria das condições de saúde como no processo educacional mais amplo, pilar da construção da nacionalidade. O conteúdo da ação estatal deveria se constituir com base no conhecimento científico, mais precisamente da higiene, capaz de oferecer os meios necessários para a ordenação da sociedade (1999: 3).

A Liga levantou uma questão importante que vinha se desenhando na década de 1910 e que adentraria a seguinte: a da centralização das ações públicas em saúde. Tais ideias encontravam eco na situação política vigente, marcada por uma República com o federalismo e a autonomia dos estados muito acentuados, assegurados pela Constituição de 1891. A interferência federal era prevista em casos específicos e muito pontuais, impedindo a possibilidade de ação efetiva da União nos estados.

19 Criada em 1918 por Belisário Penna, a Liga pretendia discutir e planejar o saneamento, sobretudo dos sertões, associando higiene e patriotismo. “Sendo assim, o lema proclamado enfaticamente pela liga era: “Sanear o Brasil é povoá-lo, é enriquecê-lo, é moralizá-lo”. Entretanto, o objetivo principal da liga era a criação de uma agência pública de âmbito federal que uniformizasse o serviço de saúde em todo o território nacional para que então fosse possível superar os limites e restrições que a Constituição de 1891 impunha à atuação da União no âmbito da saúde pública”. Verbete LIGA PRÓ-SANEAMENTO DO BRASIL disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/LIGA%20PR%C3%93-SANEAMENTO%20DO%20BRASIL.pdf>. Acessado em: 18 de dez de 2020.

A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, concretizou em certa medida as propostas de centralização sanitária da classe médica. Os estados, cada vez mais, percebiam sua ineficiência ao lidar com os seus próprios problemas de saúde, uma vez que seus serviços eram precariamente constituídos por conta de dificuldades econômicas. Além disso, percebeu-se que os problemas sanitários de um estado não poderiam estar alheios aos problemas de saúde dos outros, em virtude da interdependência sanitária (HOCHMAN, 2006). Segundo Hochman, a centralização da saúde pelo governo federal se iniciou ainda na Primeira República com o DNSP.

O trabalho de Hochman tem por objetivo compreender como a saúde se tornou um bem público através da análise do processo nos quais as ideias se associaram aos interesses, isto é, o “ponto de encontro entre a consciência e o interesse” das elites ao perceberem que os problemas sanitários da população mais pobre também poderiam alcançá-las devido ao que o autor define como “elos de interdependência humana”. Algumas das questões orientadoras da sua obra são: quando a saúde teria se tornado objeto de interesse público e político; quais as condições que possibilitaram transferir a responsabilidade para o Estado; e qual a relação entre a nacionalização da saúde e processo de construção do Estado. Tudo isso tendo como pano de fundo as doenças infecciosas, ou endemias rurais, muito em evidência e em debate após a descoberta dos “sertões”. Seguindo o raciocínio de Hochman, o processo de nacionalização da saúde teria se iniciado porque a situação de interdependência ficou evidente e emergiu entre a elite a consciência desta interdependência. Tal situação exemplificava-se muito por conta dos episódios de surtos epidêmicos. Como explica o autor “A epidemia pode ser vista como ‘paradigma da interdependência’, ou seja, ilustra os efeitos externos das adversidades individuais, que alcançam toda a sociedade, e da incerteza quanto à eficácia de qualquer solução individual e localizada” (2006: 28).

A consciência por parte das elites apareceu como o resultado da interdependência humana e da noção da transmissibilidade das doenças. E o modo de evitá-las seria administrar suas externalidades²⁰ com medidas coletivas e compulsórias e não individuais ou voluntárias (Idem: 52). A saída verificada foi o estabelecimento de convênios entre os estados e o governo federal para mitigação de danos sem viabilizar, contudo, a centralização das ações, visto que

20 Externalidades são “as consequências indiretas das deficiências e adversidades de uns indivíduos sobre os outros, que são imediatamente atingidos, apesar de não sofrerem dos mesmos problemas” (HOCHMAN, 2006: 25).

vigorava a Constituição de 1891. Entretanto, os convênios possibilitariam ao governo central iniciar e se aproximar, aos poucos, da competência nos assuntos de saúde ao se propor a administrar as externalidades.

Para Luiz Antônio Castro Santos, houve um movimento pendular entre centralização/descentralização, que, gradualmente, se direcionou a favor da primeira, sendo os anos 1920 o período no qual a intervenção do Estado na política e na economia teriam ganhado impulso. O movimento sanitaria atuava na mesma direção, no sentido da centralização, já que era “marcadamente intervencionista, ‘estatista’” e sua força estava no atrelamento da saúde pública à a questão premente da nacionalidade (1985: 10). No entanto, o autor aponta que o sanitarismo teria perdido seu vigor no pós-1930 devido à burocratização do Estado e devido à substituição do sertão pela fronteira como *locus* de interesse²¹.

Castro Santos concluiu, também, sobre esse período, que nele “se tratavam de surtos epidêmicos; não se combatiam as doenças, como a malária, que grassavam em caráter endêmico em extensas áreas do interior do país” (1985: 17). Porém o autor não mencionou órgãos surgidos posteriormente como os Serviços Nacionais que atuariam no interior do Nordeste combatendo de maneira permanente determinadas endemias, como a peste bubônica, através da atuação de médicos sanitaristas e guardas sanitários, promovendo pesquisas e mostrando-se como representantes do Estado naquelas localidades. E, ao mencionar o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)²², associou-o ao “critério econômico de combate às endemias”, característica que teria marcado a política sanitária do governo Vargas (1985: 16), não apontando outras formas de administrar a saúde como os próprios SNs já citados. Atualmente vigora uma interpretação de que tanto os SNs quanto o SESP foram

21 Ao discorrer sobre fronteira e sertão o autor escreve “O oeste da ideologia varguista simbolizava a fronteira política em expansão, as áreas de defesa do território nacional. Nas áreas de antiga dominação coronelista, Vargas praticou uma política de acomodação, de concessões e barganhas. Essa política, em última análise, impediu o avanço do movimento sanitaria nas terras sob domínio oligárquico. Paralelamente, o Estado varguista deslocou o centro de atuação das políticas públicas para as grandes cidades, onde a “militância sindical”, em expansão desde os anos 1915-20, desafiava os interesses das classes empresariais” (1985: 18), expressando sua interpretação de que o governo Vargas teria se centrado na saúde previdenciária daqueles segurados através do trabalho formal.

22 Criado em 1942 por meio de acordo entre o Brasil e os EUA no contexto da Segunda Guerra Mundial para levar saneamento à Amazônia, área de interesse por conta da extração da borracha, necessária para o esforço de guerra. Embora programada para ser temporária, a agência se reorientou ao logo dos anos, adotando uma estrutura horizontalizada (CAMPOS, 2007).

instrumentos importante, embora com estruturas e modelos de organização diferentes, para o fortalecimento da autoridade estatal no período Vargas (CAMPOS, 2005)²³.

Ao contrário do exposto por Castro Santos em relação ao movimento do saneamento, teremos uma nova geração de médicos sanitaristas, liderada por João de Barros Barreto, formados em fins da década de 1920 e inícios da de 1930, que manteriam viva a ideologia do saneamento, embora em um novo contexto, onde o que estava na ordem do dia era a integração nacional. A saúde atuaria aí como instrumento e meio para tal empreitada. A interiorização e a conquista dos sertões se intensificaria na chamada Era Vargas, sobretudo a partir do Estado Novo.

Retomando a campanha pelo saneamento do início do século XX, seus participantes criticavam a negligência do poder público em relação às questões sanitárias e demandavam uma outra organização administrativa para a solução de tais problemas, qual seja, a centralização das ações para combater as endemias e promover a saúde. Desse modo, a doença reorganizava a ordem política derivada do pacto federativo, aparecendo como “solução evidente” a ampliação da autoridade federal (HOCHMAN: 84). As propostas de criação de um Ministério da Saúde demonstravam que tentativas de organização federalizada da saúde estavam em discussão, no entanto, a sua concretização viria apenas em 1930, embora em uma pasta compartilhada com o setor da educação²⁴.

O movimento surgiu alinhado com as ideias de salvação nacional e o nacionalismo (HOCHMAN: 63), latentes no contexto da Primeira Guerra Mundial. Reconhecer os brasileiros e as brasileiras como vítimas da doença pelo descaso do poder público significava, simultaneamente, uma oportunidade de reerguer a nação e valorizar a população negligenciada. Por isso, era urgente sanear a população, sobretudo os indivíduos dos sertões, e, conseqüentemente, sanear o corpo social. O sanitarismo, portanto, se imbuía de uma “força simbólica” e incorporava uma “ideologia de *construção nacional*” (CASTRO SANTOS, 1985: 1, grifo do autor).

23 Segundo Campos “Ambos modelos – el vertical [referente aos Serviços Nacionais] y el horizontal permanente [caso do SESP] – son complementarios de este proceso, puesto que ambos contribuyeron con la institucionalización de la salud pública en Brasil. Ambos fueron instrumentos utilizados por el Estado para afirmar su jurisdicción y defender su legitimidad. Ambos fueron herramientas de expansión del poder público en Brasil” (2007: 253).

24 Houve propostas em 1918 e 1919 (Ver HOCHMAN, 2006).

Foram eleitas, então, três moléstias, opilação, impaludismo e doença de Chagas, como inimigas da produtividade do trabalhador e, portanto, prioritárias (BRITTO, LIMA, 1999: 3; HOCHMAN, 2006: 74). Sendo frequente a incidência de tais doenças no interior, estava nessa área, definitivamente, o interesse das ações de saúde. Simone Kropf escreveu que

Apontando o saneamento rural como caminho para dar continuidade à missão ‘redentora’ da medicina nacional, Chagas afirmou que, se Oswaldo Cruz havia ‘reabilitado’ o país mediante o saneamento da capital, o desafio, naquele momento, era o combate aos problemas sanitários do interior, “onde nem sempre tem sido possível chegar os benefícios de uma ação bem dirigida” (KROPF, 2009: 212; CHAGAS, 1912 *apud* KROPF, op. cit: 212).

Segundo a autora, a descoberta da tripanossomíase americana, em 1909, teria sido fator precursor do movimento sanitário, alçando-a a doença do Brasil, aquela que incorporaria a identidade nacional

em vários sentidos além do geográfico. Tornou-se símbolo de um ‘país doente’, cuja ‘civilização’ inviabilizava-se por conta das endemias que prejudicavam a produtividade dos seus trabalhadores rurais, e, simultaneamente, emblema da ciência que descobria esse Brasil desconhecido e apontava os meios para sua incorporação na marcha do progresso nacional (KROPF: 206).

A doença de Chagas, assim, foi um elemento mobilizador a favor da atuação do Estado em matéria sanitária nas áreas do interior. Como escreveu o cientista

Poder-se-há, na higiene pública, encontrar meios eficazes de atenuação do mal? Acreditamos que sim, se tal problema, seguramente problema de Estado e de humanidade, se tornar preocupação de um estadista cientificamente bem orientado” (CHAGAS, 1910b: 447 *apud* KROPF, 2009: 210)

Se o lado científico deve merecer a atenção dos pesquisadores, o lado prático constitui o mais alto problema de Estado que se impõe à atenção dos governantes de nossa terra” (CHAGAS, 1911a: 355 *apud* KROPF, 2009: 210).

Como visto, foi através do DNSP que se passou a fazer acordos com os diferentes estados da federação em questões sanitárias. Acordos cujos arranjos foram possíveis graças à flexibilidade daqueles entes federativos em relação a sua autonomia, percebendo que as vantagens advindas do acordo superavam as concessões a serem feitas (HOCHMAN, 2006).

Afinal, a falta de verbas e de investimento e a precariedade da infraestrutura sanitária colocava os estados numa situação na qual não poderiam descartar tal auxílio. Esse tipo de problema adentraria o período político seguinte, o governo Vargas.

Intensificaram-se nesse novo momento político as tentativas centralizadoras e o alcance da esfera da saúde em relação ao público. Como demonstrou Cristina Fonseca (2007), a saúde teve uma característica dual. Ao tratar da trajetória do Ministério da Educação e Saúde (MES²⁵) na Era Vargas, a autora afirma que a saúde também estava sob responsabilidade do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC). A diferença entre eles estava no seu alcance e no seu público-alvo: enquanto o MTIC tinha como competência os assuntos relativos à saúde previdenciária, o MES tinha como de sua alçada a saúde pública, cuja abrangência pretendia-se estender ao restante da população. A autora aborda essa ampliação do público-alvo a ser beneficiado como uma política de saúde de características universalizantes.

Com essa interpretação, Fonseca se opõe a outros autores²⁶ que valorizaram a saúde previdenciária em detrimento das ações do MES. A contribuição da autora está na valorização do MES enquanto instituição e na demonstração da importância desse órgão para o desenvolvimento da saúde no período, isto é, a tentativa de combater as doenças que acometiam a população mais pobre não ficaram de fora das políticas governamentais. Sua perspectiva de “dualidade institucional” da saúde como um bem público, é importante para esclarecer sobre o percurso da universalização e o alcance dos serviços a todos os brasileiros, um processo que faz parte de um contexto maior de burocratização do Estado e da construção do Estado Nacional. Ou seja, o governo Vargas fez investimentos justamente na intenção de promover seu projeto de centralização política e interiorização. A atuação nessas duas frentes, MES e MTIC, permitiram que se contemplassem e apaziguassem conflitos dos trabalhadores urbanos por meio deste e se atendessem às populações não seguradas pela previdência através daquele.

25 Criado em 1930 sob a designação de Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). Em 1937 retirou-se o adjetivo “pública” da sua nomenclatura.

26 Fonseca discorda de parte das abordagens de Sônia Draibe e Castro Santos que apontaram que o insucesso das políticas públicas em saúde se devia à ausência de grupos de interesse articulados para os possíveis beneficiários nessa área. Draibe até reconhece uma política de saúde pública a partir do governo Vargas, mas concluiu que não havia articulação entre os programas nacionais até o fim dos anos 1950. Para o segundo autor, houve, na verdade, uma retração, a partir de 1930, das ideias do movimento sanitário e das ações sanitárias no interior do país (*apud* 2007: 28-30).

Na verdade, a partir de 1930, longe de esmorecer, o ideário sanitário “foi incorporado e reelaborado no projeto político-ideológico do governo [...] [e] atendeu ao governo federal em **seu interesse de garantir presença no interior do país**” (FONSECA, 2007: 29, grifo meu). Assim como já percebido pelos sanitários, o modelo federativo da Primeira República foi criticado, também, pela intelectualidade de viés autoritário, apoiadora do governo Vargas, de onde vinha “uma forte crítica ao liberalismo e ao sistema político que vigorara” até então (FONSECA: 15), exercendo sua defesa por um modelo mais intervencionista e que combatesse as oligarquias que impediam o desenvolvimento do interior. A base da política de saúde do MES teve como foco a coletividade, em contraste com a assistência previdenciária do MTIC (FONSECA: 47). Isso contribuía para uma ampliação das áreas geográficas de atuação da União. Um trecho, de autoria de Gustavo Capanema, que exemplifica essa ideia é citado por Fonseca:

À saúde pública não interessa o caso individual, seja um caso de doença, seja qualquer outra situação especial relativa à saúde ou ao corpo. O caso individual só interessa à saúde pública se puder afetar a coletividade, se for capaz de pôr a coletividade em perigo. Fora disso, dele não se ocupará a saúde pública (Ibidem).

Esse excerto nos remete às ideias de Hochman ao explicitar que os efeitos da doença, sentidos pela coletividade, é que devem ser o objeto da saúde pública, ou que os efeitos advindos das externalidades deveriam ser gerenciados pelo Estado. Desse modo, com o fito de ampliar sua influência e poder nos estados, o governo pós-1930 instrumentalizou a esfera da saúde de modo a demarcar áreas de atuação e sua interiorização territorial. Como explica Fonseca, houve uma nova configuração das políticas de saúde no processo de *state building* em relação ao período anterior, tendo elas passado a fazer parte do aparelho burocrático estatal (2007: 56). O Estado tomaria para si a responsabilidade de “prestador de serviços de saúde à toda a população” (FONSECA, 2007: 56).

Com a reforma da saúde de 1941, em pleno Estado Novo, haveria a possibilidade de se concretizar as ambições centralizadoras com a criação dos Serviços Nacionais, órgãos com a função de cuidar de doenças específicas. Um deles foi o Serviço Nacional de Peste (SNP). O desenvolvimento das atividades do SNP teve respaldo no fortalecimento progressivo do MES,

que ampliou seu raio de ação e, através da atuação de Capanema, exerceu sua política de interiorização nos estados e de centralização normativa.

O SNP foi dividido em quatro circunscrições: Nordeste Oriental, Leste Setentrional, Leste Meridional e Sul. A primeira, que incluía os estados do Ceará, Paraíba, Pernambuco e Alagoas, será o objeto da presente dissertação. Nas décadas de 1940 e 1950, período no qual ocorreram as atividades do SNP, o Nordeste possuía focos endêmicos de peste bubônica, onde os casos humanos aconteciam com frequência, exigindo trabalhos permanentes e fiscalização de modo a impedir o aparecimento de novas ocorrências (mais informações no capítulo 3). Ou seja, a peste se radicou no interior, nos sertões, e encontrou dinâmicas diferentes daquelas encontradas nas cidades, redutos mais conhecidos da moléstia.

Mas, antes de abordar esse período, é necessário compreender como se empreendia a profilaxia da peste bubônica, como ela foi tratada e recepcionada desde a sua chegada, em 1899, até a criação do SNP.

1.2 – Histórico da peste bubônica no Brasil (1899-1935)

Nas Américas, a peste bubônica fazia suas primeiras aparições no desfecho do século XIX, recebendo a infecção em seus portos poucos anos após os registros dos primeiros casos na China em 1894²⁷. De Hong Kong, uma cidade portuária controlada pelos ingleses, espalhou-se pelo império britânico, chegando à Macau e Fuzhou em 1895 e à Cingapura e Bombaim no ano seguinte (ECHENBERG, 2002). Três anos mais e aportaria no continente americano através dos vapores que traziam seus passageiros e produtos comercializados. Tendo se apresentado em várias cidades portuárias pelo mundo nos primeiros anos²⁸, a doença se tornou pandêmica, inaugurando a terceira pandemia de peste bubônica historicamente reconhecida (ECHENBERG, 2002).

No Brasil, antes mesmo de haver suspeição acerca da doença dentro do território nacional, notava-se a preocupação com sua possível entrada no país. Quando das notícias

27 Mais especificamente em Hong Kong, de onde a doença se espalhou. No entanto, os casos na China eram frequentes e endêmicos, reconhecendo-se o início das manifestações do que seria a futura pandemia, em 1855, na região do Himalaia (ECHENBERG, 2002).

28 Sydney, Honolulu, São Francisco, Vera Cruz, Lima, Assunção, Buenos Aires, Rio de Janeiro, Alexandria, Cidade do Cabo, Porto, Glasgow (ECHENBERG, 2002).

sobre a ocorrência de peste na cidade do Porto, Portugal, imediatamente se iniciaram as discussões sobre o tipo de ações de saúde pública e de tratamento que se dariam às embarcações oriundas dessa cidade com a qual havia estreita relação comercial (SILVA, NASCIMENTO, 2013a). Dentre as medidas discutidas, a principal questão se referia ao período de duração das quarentenas, fato que gerou controvérsia entre duas autoridades públicas no Rio de Janeiro, Jorge Alberto Leite Pinto e Nuno de Andrade (SILVA, NASCIMENTO, 2013a).

O primeiro, diretor de Higiene e Assistência Pública do Estado do Rio de Janeiro, defendia uma quarentena de, no máximo, dez dias, enquanto seu oponente previa como medida mais segura um espaço maior de vinte dias (SILVA, NASCIMENTO, 2013a). Um dos argumentos defendidos por Jorge Pinto era o do provável prejuízo econômico causado pela quarentena longa, proposta pela Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), ao promover a interferência estatal nas relações comerciais (SILVA, NASCIMENTO, 2013a). Já Nuno de Andrade, Diretor Geral de Saúde Pública, manteve seu posicionamento de privilegiar a saúde pública em detrimento da economia (SILVA, NASCIMENTO, 2013a).

Simultaneamente, aconteciam casos de peste em Assunção, Paraguai, com quem o Brasil também tinha relações comerciais estreitas (SILVA, 2020). Tanto para esta localidade quanto para o Porto, o governo federal aplicou as mesmas medidas restritivas que estabelecera para os portos asiáticos, restringindo desembarque de certos produtos suspeitos de carregar o bacilo pestoso e submetendo os passageiros à desinfecções e quarentenas de vinte dias²⁹.

As polêmicas levantadas em relação às quarentenas se fizeram em face da questão do prejuízo comercial previsto. Como mostra Matheus Duarte da Silva, a Associação Comercial de Santos foi uma adversária das políticas adotadas nesta cidade assim que confirmou-se o diagnóstico da doença em outubro de 1899. Tornada um fato concreto, a infecção determinou a adoção das seguintes medidas pelo governo federal e pelo governo de São Paulo: isolamento dos doentes e pessoas próximas, desinfecção das residências e proibição do atracamento de navios oriundos de Santos nos outros portos nacionais (SILVA, 2015). Esse último item

29 De acordo com Silva, “[...] interdit ainsi le débarquement de plusieurs objets soupçonnés de transporter le bacille de la peste, dont des draps, du cuir, des fruits et du fromage, et crée des restrictions pour les passagers, qui doivent se soumettre en arrivant au Brésil à des désinfections et à des quarantaines de 20 jours” (SILVA, 2020: 63). “[...] proíbe assim o desembarque de vários objetos suspeitos de transportar o bacilo da peste, dentre os quais lençóis, couro, frutas e queijo, e cria restrições para os passageiros, que devem se submeter, ao chegar ao Brasil, às desinfecções e às quarentenas de 20 dias”.

desagradou à Associação Comercial que acabou conseguindo a reabertura do porto em dezembro do mesmo ano após suas queixas ao governo, embora se mantivesse a quarentena de vinte dias (SILVA, 2015).

No Rio de Janeiro, acometido oficialmente pela peste em janeiro de 1900, também se adotaram o isolamento das pessoas infectadas e as desinfecções, entretanto, não houve restrições aos navios saídos do porto como em Santos, mas apenas a exigência de se fazer a desinfecção nas embarcações antes do atracamento (SILVA, 2015). As razões para tal foram igualmente econômicas, como mostra Silva ao apontar a decisão de Epitácio Pessoa, então Ministro da Justiça e Negócios Interiores, de acordo com o qual isolar o Rio de Janeiro seria provocar a ruína da capital e o colapso do comércio nacional (SILVA, 2015).

Nos primeiros anos da chegada da peste ao país, a situação de cidades como Rio de Janeiro e São Paulo, era de crescimento populacional e urbano decorrente tanto das políticas de incentivo à imigração quanto das migrações internas³⁰. O foco das ações se daria, por motivos óbvios, nos portos e embarcações de modo a impedir maior circulação da moléstia, mas, uma vez alcançando as áreas adjacentes, era necessário adentrar no terreno urbano com medidas profiláticas.

1.2.1 – A peste no Rio de Janeiro

O estudo clássico de Jaime Benchimol (1990) sobre os processos da reforma urbana carioca no início do século XX durante a gestão do prefeito Francisco Pereira Passos, elucida sobre esse ambiente propício à propagação das mais diversas doenças. A “cidade pestilenta”, com suas habitações coletivas, “onde se aglomerava a heteróclita multidão de ‘pobres’” (BENCHIMOL, 1990: 117), engendrava uma série de condições favoráveis ao abrigo de toda sorte de flagelo. Faltava estrutura higiênica nas residências, “não instalavam canos, escoadouros e latrinas, deixavam acumular monturos e imundícies nos quintais e estrebarias

30 Segundo Benchimol, entre 1887 e 1897, “a população brasileira deu um salto de 14 para 17 milhões de habitantes. Calcula-se que 5.300.000 imigrantes chegaram ao país nesse período. Dos 351,345 estrangeiros que se achavam no país em 1890, 35,4% estavam no Distrito Federal que, juntamente com São Paulo e Minas, concentrava 70% da população estrangeira radicada no Brasil” (1990: 172); em 1900 havia 691.565 habitantes; em 1906, a cidade do Rio de Janeiro contaria com 811.444 habitantes (ibidem).

[...], pequenas, úmidas, desprovidas de ar e luz” (BENCHIMOL, 1990: 117). Situação que se pretendia mudar na então capital do país, na sua região central. Com projetos de remodelação do porto e de abertura de amplas avenidas³¹, a reforma foi realizada de forma autoritária, contando com remoções da população mais pobre, associando suas condições de vida ao discurso higienista que pretendia dar ares de salubridade à cidade e livrá-la das moléstias reinantes. Assim, o processo revestiu-se essencialmente da segregação social e expulsão dos antigos moradores pobres³².

Em um quadro sanitário nada animador, a profilaxia antipestosa se basearia, como se falou, no isolamento e nas desinfecções de residências e objetos. A epidemiologia da doença ainda se cercava de muitas incógnitas, embora seu agente etiológico já fosse conhecido desde 1894, após as identificações quase simultâneas feitas por Alexandre Yersin e Shibasaburō Kitasato em Hong Kong (YERSIN, 1894; KITASATO, 1894). Dentre as dúvidas inquietantes estavam aquelas referentes à forma de transmissão da doença, fundamentais de serem esclarecidas, pois nelas se baseariam os modelos de combates mais eficazes.

A identificação do bacilo pestoso foi possível graças ao desenvolvimento da microbiologia ao revelar para os pesquisadores, através de análises laboratoriais, a existência de seres, até então invisíveis, aos quais se atribuíram a agência no surgimento de doenças. Apesar disso, tanto Yersin quanto Kitasato, discípulos de Pasteur e Koch, respectivamente, buscaram entender as formas de transmissão do agente causador do flagelo levantino fora do laboratório. Ambos confirmaram ser a peste uma doença contagiosa e manifestaram suas hipóteses sobre as possíveis formas de contágio. Aventaram para a probabilidade do rato ser o “veículo principal” e também a participação das moscas no processo infeccioso (YERSIN,

31 As atuais Avenida Rio Branco, Francisco Bicalho e Rodrigues Alves (BENCHIMOL, 1990: 226).

32 Segundo Benchimol, a falta de espaços de moradia era um grande problema na cidade. Apesar da população pobre ter sido a mais prejudicada, vários outros atores de outros grupos sociais, se beneficiaram ou se prejudicaram com a reforma. Houve “aumento dos aluguéis, superlotação dos cômodos, deterioração das condições higiênicas... Mas essa violenta degradação das condições de vida do proletariado urbano teve, como contrapartida, a possibilidade de enriquecimento para grande número de comerciantes, nas áreas deterioradas remanescentes do centro da cidade ou em suas imediações, onde permaneceu a maioria da massa trabalhadora desalojada. No que se refere à pequena burguesia comercial e industrial radicada nas áreas diretamente atingidas, tudo indica que uma grande parte foi pulverizada, restando-lhe, como alternativas, a transferência para os subúrbios ou áreas degradadas adjacentes ou a proletarianização pura e simples. Entretanto, para uma parcela desses comerciantes e pequenos industriais, como Bhering ou a própria gráfica que editava a sofisticada revista *Renascença*, para aqueles enfim, que puderam permanecer no local transformado e valorizado pela ação do Estado, a abertura da avenida representou uma possibilidade de ascensão e enriquecimento” (1990: 230).

1894) e da respiração, ferimentos e trato intestinal serem canais de entrada do bacilo (KITASATO, 1894).

Outro fator destacado foi a situação das casas da classe pobre chinesa como propiciadoras da doença. Sem janelas e muitas localizadas no subsolo “onde dificilmente ousamos entrar” (YERSIN, 1894) ou tão imundas a ponto de não servirem como habitações (KITASATO, 1894), a higiene dos bairros era requerida como meio de prevenir a peste. Nesse sentido, pode-se dizer que as edificações foram percebidas como tendo um papel importante no avanço da doença enquanto locais anti-higiênicos como bem escreveu Kitasato “Whoever has looked into a Chinese dwelling in Taipingshan is at once persuaded that here is a suitable hunting-ground for the plague bacillus”³³ (KITASATO, 1894: 429-430). O solo adequado para o bacilo, como expresso por Kitasato, era uma ideia então em voga no momento em que a epidemiologia da peste estava sendo construída. Qual o comportamento desse agente etiológico e como ele se disseminava eram os questionamentos mais levantados.

Christos Lynteris (2017) mostrou que a incógnita acerca do reaparecimento da peste após um período de silêncio foi um debate que se tornou central nas investigações científicas, procurando os estudiosos compreenderem essa recrudescência, isto é, o ponto central estava em entender onde a doença se abrigava antes de acometer novamente as populações humanas (LYNTERIS, 2017). E o meio que se mostrava mais suscetível tanto para abrigar quanto para promover a evolução e a maior virulência do bacilo seria o solo³⁴. Tal compreensão engendrou formas de profilaxia que se debruçavam sobre as estruturas e higiene urbanas e padrões de comportamento da população (LYNTERIS, 2017). Kitasato, por exemplo, recomendava remover o solo das casas com chão de terra que concentrariam sujeiras e, caso a situação fosse mais séria, o mais indicado seria queimar as partes internas das residências (LYNTERIS, 2017).

Assim, focar e solucionar os problemas do espaço urbano e de suas cidades com concentração populacional e em condições higiênicas precárias, tanto nas vias públicas quanto nas residências, seria a característica marcante da peste urbana.

33 “Quem quer que tenha investigado uma habitação chinesa em Taipingshan é convencido de imediato que aqui é um terreno de caça adequado para o bacilo da peste” (tradução minha).

34 Lynteris ressalta que tais ideias não estavam relacionadas às ideias de gases emanadores que causariam as doenças, o que fazia parte da antiga teoria miasmática, mas que enquadrava o solo como um agente físico portador e disseminador da doença (2017: 344), ou seja, como fator epidemiológico essencial para a evolução da peste.

No Brasil, Oswaldo Cruz (1906) também notou que os casos concentravam-se nas áreas comerciais e em bairros proletários. Entretanto, seu enfoque se voltou ao que se acreditava ser o vetor da doença, o rato, embora, para o cientista, houvesse outras hipóteses de contágio como

todos os objectos contaminados por animaes infectados de peste (rato, homem), ou poeiras delles provenientes, postos em contato com soluções de continuidade do tegumento, com as mucosas das vias respiratorias, podem dar origem a uma infecção pestosa. Esta póde ainda ser vehiculada por outros animaes, taes como moscas, formigas, etc., facto que já tem sido experimentalmente provado (CRUZ, 1906: 8).

Cruz dividia a profilaxia antipestosa em individual e geral. A primeira consistia na higiene corporal, proteção de cortes e escoriações, vacinação e soroterapia³⁵, a segunda deveria focar no ambiente doméstico e urbano. Entretanto, o foco da profilaxia geral, ao contrário do que foi dito sobre Hong Kong, parecia ser afastar o rato e não a preocupação com o estado do solo em si. Sabemos que a campanha de caça aos ratos em São Paulo e no Rio de Janeiro se iniciou antes mesmo de haver um consenso científico a respeito do papel desse animal na transmissão da doença³⁶. Inclusive, já em 1899 se caçavam ratos mediante o pagamento da quantia de duzentos réis em Santos e fazendo-se uso do chamado vírus Danysz³⁷, segundo o testemunho de W. Havelburg (1899), Cirurgião Assistente do United

35 Sobre a questão do soro antipestoso e suas controvérsias ver Silva (2015, 2020). O autor discorda de como o soro é abordado em autores como Nancy Stepan e Jaime Benchimol. Como se já houvesse consenso sobre suas técnicas e uso e como se a tecnologia fosse meramente absorvida da Europa.

36 Durante as pesquisas nos primeiros locais acometidos pela peste, já se havia levantado a possibilidade de participação do rato na dinâmica da doença, como notou Yersin, pela presença do bacilo em seu sangue (1894). Em Bombaim, 1898, o Plague Research Committee atestou que não havia dúvida sobre a conexão entre ratos doentes e a peste e a dúvida que se colocou era se os ratos seriam as primeiras vítimas por estarem em contato com o solo, a água ou o ar contaminados ou se eles próprios seriam os disseminadores do mal (SILVA, 2020). Assim, naquela cidade, decidiu-se por atacar o elemento que julgavam como certo de fazer parte na propagação da doença através de sua caça, embora ainda não se soubesse como isso acontecia de fato. Mas essas medidas tiveram pouca duração devido às dificuldades em implementá-las ou até por motivos religiosos. Para Simond, num primeiro momento, rato e homem estariam implicados, este transportando o bacilo em longa distância e aquele em curta, no entanto, após novas observações suas em Bombaim, em 1898, e após conversas com médicos como Ernest Hankin, atribuiria à pulga a transmissão do agente infeccioso numa experiência repetida após a solicitação de Hankin (SILVA, 2020).

37 Preparação bacteriológica contendo germes (*Salmonella typhimurium*, isolada em 1890 por Jean Danysz) de uma doença que mataria apenas os ratos dentre 8 e 14 dias após a ingestão da isca e que possuiria 98% de eficácia (The Lancet, 8 de julho de 1905, p. 99-100). Produzida pelo Instituto Pasteur de Paris foi usada como método para destruição da população de ratos na França e na Inglaterra e de coelhos na Austrália (Idem; The Evening News, 27 de fevereiro de 1908). Excetuando-se a afirmação de Havelburg não encontrei mais nenhum relato sobre o uso de tal vírus.

States Marine Hospital Service, profissional baseado no Rio de Janeiro em carta ao seu superior. Havelburg assim descreveu o modelo de combate:

The municipal prefect adopted various measures. He ordered inspectors to maintain a strict supervision of tenement houses, and prompt assistance to the sanitary service, whose orders they were instructed to obey. These inspectors, assisted by guards, have charge of the service, of the destruction of rats in public places, and of the disinfection, removal, and cremation of dead animals. The destruction of rats by municipal employees was ordered to be made with virus Danysz derived from the Pasteur Institute³⁸ (HAVELBURG, 1899: 2141).

Em 1906, Cruz escreveu que o extermínio dos roedores era “problema de difícil execução na prática”. No entanto, resolveu aplicar o método adotado nas Filipinas, desenvolvido pelos EUA, que

Consiste em estabelecer um corpo de caçadores de ratos com mui exiguos vencimentos, e a obrigação de trazer á estação de desinfecção um certo numero delles, pagando-se-lhes uma determinada somma por animal que exceder a cifra estipulada. Além da caçada dos ratos, é preciso tornar as casas inacessíveis a elles, o que se consegue pela impermeabilização do sólo. Concomitantemente, devem-se afastar das casas os chamarizes de ratos, deposito de lixo, comidas, cereaes³⁹, etc. (1906: 36).

Nos relatos de Havelburg a caça aos ratos aparece logo no início dos surtos em 1899, caso de Santos, e em 1900, Rio de Janeiro. Silva demonstra essa opção feita pelo governo de São Paulo e ainda mostrou que a imprensa ressaltava o papel da pulga na infecção (2015). Mas, no caso do Rio, atesta que “a ligação dos ratos com a peste foi se desfazendo” (SILVA, 2015: 98), somente entrando definitivamente no cenário carioca a partir de setembro de 1903 com a política de combate à peste bubônica de Cruz⁴⁰, ao assumir a DGSP, que gerou

38 “O prefeito adotou várias medidas. Ele ordenou aos inspetores que mantivessem uma supervisão rigorosa dos cortiços e prestassem assistência imediata ao serviço sanitário, cujas ordens foram instruídos a obedecer. Esses fiscais, auxiliados por guardas, são responsáveis pelo atendimento, pela destruição de ratos em locais públicos e pela desinfecção, remoção e cremação de animais mortos. A destruição de ratos por funcionários municipais foi ordenada para ser feita com o vírus Danysz derivado do Instituto Pasteur”.

39 Como veremos nos próximos capítulos, as medidas adotadas nos espaços domésticos permanecerão durante décadas com o propósito de afastar os roedores do convívio humano mesmo quando a peste abandona as cidades mais urbanizadas e se interioriza alcançando áreas rurais.

40 Segundo Silva, o sucesso dessa medida foi testemunhado por Simond, enquanto esteve no Brasil fazendo pesquisas sobre a febre amarela em missão do governo francês e “o que se observou foi que o sucesso das medidas empregadas por Oswaldo Cruz se tornaram uma evidência poderosa, junto a Simond, para a comprovação de sua teoria” (2015: 123).

polêmica e charges críticas à época por conta do método de captura mediante pagamento (SILVA, 2015). Antes dele na Diretoria, Nuno de Andrade não acreditava nessa hipótese, portanto, não implementou a caça a esses animais (SILVA, 2020). Cruz concordava com Simond e sua tese sobre a transmissibilidade do bacilo Yersin-Kitasato pela pulga do rato⁴¹, embora não descartasse outras hipóteses. Lembrando que, além do reconhecimento do bacilo, pouca coisa estava assentada cientificamente sobre a moléstia.

Ainda sobre as primeiras medidas adotadas, Havelburg, nossa testemunha, relatou que, tanto em Santos quanto no Rio, foram adotados os procedimentos de isolamento de pacientes e casos suspeitos nos hospitais. A residência e os pertences eram desinfetados ou eventualmente queimados, inspetores sanitários visitavam casas e localidades para recomendar melhorias higiênicas⁴², fez-se a limpeza das ruas e houve matança e remoção dos ratos na cidade (HABELBURG, 1900). Os navios eram direcionados para a Ilha Grande⁴³ para serem desinfetados e, nas estações ferroviárias, inspeção e desinfecções também foram verificadas (HABELBURG, 1900).

O combate à peste bubônica na capital do país pode ser visto como um espaço delimitado, onde os conflitos entre as jurisdições sanitárias expunham a dificuldade em se desenrolarem ações coordenadas entre os diferentes órgãos. Em virtude disso, houve intervenções federais na cidade, nos seus serviços sanitários municipais, de modo a promover uma melhor organização na luta contra a moléstia. A primeira em janeiro de 1900 para “uniformizar as medidas de defesa, imprimindo-lhes uma direção harmônica e assegurando-lhes a maior eficácia”⁴⁴. A segunda pouco depois, em maio, quando os serviços municipais

41 Também Havelburg imputou às pulgas a transmissão da doença ao médico Vital Brazil “Among the patients there is also Dr. Vital Brazil, who was employed in the hospital as director, physician, and bacteriologist. As I have learned, it was no imprudence in his laboratory works that produced the disease that attacked him one and a half weeks ago, but probably the disease was caused by flea-bites. Fleas exist in great number at the hospital. Surprise has also been caused by the discovery that persons of other patients show flea-bites in great number” (1899: 2145) (“Entre os pacientes está também o Dr. Vital Brazil, que trabalhava no hospital como diretor, médico e bacteriologista. Como fiquei sabendo, não foi nenhuma imprudência em seus trabalhos de laboratório que produziu a doença que o atacou há uma semana e meia, mas provavelmente a doença foi causada por picadas de pulga. As pulgas existem em grande número no hospital. A surpresa também foi causada pela descoberta de que pessoas de outros pacientes apresentam picadas de pulgas em grande número”).

42 Principalmente cortiços, restaurantes frequentados pela “lower class”, mercados. Também locais onde havia aglomeração como teatros, bondes, locais de recreação e nos quais se armazenavam itens supostos de carregar o bacilo como docas e armazéns (HABELBURG, 1900).

43 Isso ocorreu até o início da utilização dos aparelhos de Clayton que permitiam a desinfecção dos navios em alto mar.

44 Fala de Epitácio Pessoa *apud* Silva, 2015, p. 67.

foram incorporados à União; e uma terceira em Julho de 1902 (SILVA, 2015). Até que em 1904, a União, por meio da DGSP passou a administrar a saúde pública na cidade (SILVA, 2015).

A ocorrência dos casos de peste na capital diminuiria ano após ano, mas isso não significou sua erradicação⁴⁵. Pelo contrário, a peste só desapareceria do Rio de Janeiro na década de 1940⁴⁶. Os trabalhos contra a moléstia não cessaram desde as primeiras medidas tomadas a partir de 1900. Entretanto, os serviços profiláticos não eram permanentes, sendo acionados na medida em que novos surtos apareciam e não tinham caráter sistemático, principalmente em outros estados da federação como veremos mais adiante.

O controle da população de ratos e as desinfecções de galerias e possíveis locais de passagem de ratos permaneceriam dentre as medidas profiláticas ao longo dos anos. Já a desinfecção de objetos e pertences fora abandonada⁴⁷ na medida em que se percebeu que essa não era uma forma de transmissão. Novas pesquisas⁴⁸ foram assentando as características da infecção pestosa, como escreveu Emygdio Mattos, subinspetor de Profilaxia do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1928, evidenciando alguns pontos correntes sobre sua epidemiologia como a participação das pulgas na transmissão e a localização do bacilo no seu organismo⁴⁹.

45 De 1914 a 1926 foram contabilizados 36 casos e 12 óbitos na cidade e 10 casos com 6 óbitos de janeiro a março de 1928 (MATTOS, 1928).

46 No estado do Rio de Janeiro havia ainda casos em Miguel Pereira (desde 1938; 9 casos e 7 óbitos) e na cidade de São Paulo um foco endêmico ainda não resolvido (GC h 1940.03.11). Os últimos casos humanos teriam sido em 1928 na capital, segundo dados de 1940 (GC h 1940.03.11).

47 “A disseminação da molestia por meio de artigos infectados nunca foi observada. O bacillo da peste é um parasita estricto, que lançado no mundo exterior, tende a morrer muito rapidamente; fóra do doente ou do insecto não tem significação sanitaria, nem merece a attenção do hygienista” (MATTOS, 1928: 1148).

48 Pode-se citar como exemplo dessas pesquisas, as conclusões do Comitê Consultivo para a Investigação da Peste na Índia que entre 1906 e 1907 concluiu que a pulga era o vetor entre os ratos e que se alimentaria de sangue humano por um tempo e, também, que não eram as dejeções dos ratos que mantinham o micróbio da peste ativo, mas sim as próprias pulgas ao abandonarem os animais mortos à espera de novos hospedeiros (SILVA, 2020).

49 “O modo exacto por que a pulga transmite a infecção não está ainda bem averiguado. Ao que parece os appendices buccaes não permanecem infectados. É sabido que os bacillos da peste podem viver e multiplicar-se no tubo digestivo, e sahir vivos e virulentos nas dejeções da pulga. Comprehende-se facilmente que essas dejeções podem ser friccionadas sobre a solução de continuidade produzida pela picada da pulga, quando o indivíduo coça o lugar em que foi picado. Mas algumas especies de pulga podem transmittir a peste no acto da sucção, regorgitando na ferida, sangue que se contaminou na passagem para o estomago do insecto. Algumas vezes os germens desenvolvem-se tão abundantemente no esophago o proventriculo da pulga, que tapam o tubo digestivo na entrada do estomago. Nessas condições quando a pulga suga, distende o esophago obstruido e logo que cessa a aspiração, urna parte do sangue é compellida a voltar para a ferida. Estas pulgas são particularmente perigosas, em vista dos repetidos esforços que fazem para alimentar-se” (MATTOS, 1928: 1144). Mattos ainda apontou hipóteses sobre a conservação do bacilo: “As acalmias naturaes de peste de um local é ponto sobre que temos ainda necessidade de obter maior

Vias de entrada e de saída aos germens no organismo humano – A doutrina da inoculação dos germens, na forma bubônica, ou septicêmica, por intermédio das pulgas, é a que melhor se harmoniza com as experiências de laboratório e a observação epidemiológica [...] Na prática os microbios da peste entram no organismo humano por intermédio das pulgas; e por transmissão directa com os perdigotos, na forma pneumônica da molestia (1928: 1141-1142).

Além disso, apontava que “O modo por que se difunde a peste no Rio vem corroborar as observações anteriores de epidemiologistas, segundo as quais a forma bubônica da peste humana não é transmissível” (Idem: 1145). Desse modo, a profilaxia vinha sobretudo procurar afastar o rato do convívio humano, sendo as ações no ambiente preferíveis e vistas como mais eficazes ao proporem evitar a aproximação da pulga. Era o chamado *ratproofing*, ou seja, o cuidado para que as construções sejam à prova de ratos⁵⁰. De acordo com Mattos, houve a impermeabilização de prédios na cidade, a organização de mercadorias em armazéns, tudo feito através de intimações, e a abordagem às “donas de casa, vítimas da própria incuria e da criadagem, por causa do modo de acondicionar o lixo doméstico” (1928: 1147). Já a destruição de roedores era vista como de difícil execução e o que se realizavam eram capturas para monitoramento e exames laboratoriais. Contudo, em 1930, a prática de envenenamento “mereceu especial carinho” como método de desratização⁵¹.

Na chefia dos serviços de peste da capital em 1930, Alair Accioli Antunes ampliou a luta contra os ratos, por envenenamento, desde a Ponta do Calabouço até a Ponta do Caju, fiscalizou condições das latas de lixo pela cidade e ressaltou a importância dos terrenos

somma de observações para podermos aventurar uma opinião autorizada. Podem ser devidas à falta de material sensível; talvez à perda de virulência do microbio; mas parece mais provável que tenham como causa uma diminuição estacional no número dos ecto-parasitas dos ratos (como visto anteriormente, nos inícios da terceira pandemia imaginava-se que o bacilo permaneceria no solo “escondendo-se” e adquirindo virulência). Finalmente concluiu que “Hoje está provado que na falta do animal preferido, ou após longo jejum, as pulgas do rato que picarão também o homem”, mesmo motivo que Oswaldo Cruz utilizou para defender a tese de Simond em seu escrito de 1906.

50 Impermeabilizações eram feitas com cimento e, em casas mais humildes, através da sustentação por vigas ou pilares (MATTOS, 1928), medidas que permaneceriam recomendadas décadas depois.

51 Neste informe sobre peste do Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana (BOSP), de autoria de Alair A. Antunes, inspetor sanitário do DNSP, diz-se que fora criado um Serviço Contra a Peste no Rio de Janeiro por ordem de Clementino Fraga Filho, o que parece indicar que não havia serviço permanente, sendo criados pela situação de aparecimento de surtos (BOSP, nº13, 1934). Para Antunes, as medidas mais eficazes seriam as de supressão, quais sejam, aquelas que dificultem a possibilidade de vida dos ratos, em contraposição às medidas de eliminação dos animais adultos, principalmente numa “cidade velha e mal construída, em que até hoje se permitem construções defeituosas” (ANTUNES, 1931: 1515). Mas isso não significou que se abandonara a eliminação dos roedores, este era um método a se somar à profilaxia.

baldios e prédios condenados como criadouros de ratos⁵². As galerias de esgoto semanalmente eram desinfetadas por claytonagem⁵³ e, para a matança de pulgas, já identificadas como perigosas na epidemiologia, passou-se a usar uma mistura de sabão, água e querosene (ANTUNES, 1931).

Também outras cidades precisaram enfrentar surtos de peste no Brasil. Embora os casos mais clássicos e conhecidos sejam os de Rio de Janeiro e Santos, é necessário elucidar e trazer estudos e informações sobre localidades fora do eixo Rio-São Paulo à baila. Afinal, casos tomaram lugar no Ceará (1900), Pernambuco e Rio Grande do Sul (1902), Maranhão e Pará (1903); Paraná, Espírito Santo, Sergipe e Estado do Rio (1906), Paraíba (1912), Alagoas (1914)⁵⁴. Dentre estes, serão abordados, brevemente, os casos de cidades do Rio Grande do Sul, Maranhão e Paraíba com base em historiografia que privilegiou a doença e por serem estudos mais aprofundados que se preocuparam em compreender sua recepção e/ou medidas de combate.

1.2.2 – A peste bubônica no Sul

Embora a historiografia sobre a peste bubônica no Brasil seja escassa se comparada com aquela dedicada às outras moléstias como a febre amarela e malária, o fato é que os trabalhos se concentram, cronologicamente, no período da imediata chegada da peste e anos subsequentes e, espacialmente, nas cidades do Rio de Janeiro e Santos (SILVA, 2020, 2018, 2015b, 2011; NASCIMENTO e SILVA, 2013; NASCIMENTO, 2011).

Desse modo, proponho trazer à luz alguns estudos a respeito da peste bubônica em outras cidades do país, procurando reunir neste trabalho outras abordagens que extrapolem os espaços do Rio e São Paulo, visando dar uma dimensão mais nacional a um problema que ganhará, mais tarde, um serviço exclusivo..

Em sua tese de doutorado, Raquel Padilha da Silva (2009) aborda a peste na cidade de Rio Grande (RS) entre 1903 e 1904 e as críticas que a saúde pública municipal recebeu no

52 BOSP, n° 14, 1935.

53 Método de desinfecção das embarcações, mercadorias, bagagens e de galerias de esgoto através do chamado aparelho de Clayton. Utilizava-se gás sulfuroso seco para eliminação de vetores e parasitas. Disponível em: <https://memoriaisaude.org.br/2018/09/aparelho-de-clayton-para-desinfeccao/> . Acessado em 11 de janeiro de 2021.

54 GC h 1940.03.11

tratamento da epidemia. Segundo a autora, a política do município se resumiu à construção de hospitais de isolamento. Sequer reconheceu os casos como epidemia e não comunicou às autoridades estaduais o fato. Isso aconteceu, de acordo com a autora, devido à influência positivista nas questões políticas gerenciadas pelo Partido Republicano Rio-Grandense (PRR). Outro ponto salientado pela historiadora foi o fato da cidade ser portuária e temer a redução da circulação no seu porto, ou seja, mais uma vez o peso da atividade econômica se fez sentir em detrimento da gravidade da doença. Só que, no caso de Rio Grande, insistiu-se na negação da presença da bubônica na cidade, chegando-se ao ponto do governo estadual responder à DGSP atestando sua ausência e relatando ser o fenômeno uma infecção de caráter benigno (DA SILVA, 2009).

Quanto às ações de combate, Beatriz Weber chega a apontar que havia para as doenças infecciosas, de um modo geral, ações como desinfecção de objetos, das residências e de embarcações e, especificamente para a peste⁵⁵, mencionou que houve ações de impermeabilização em prédios por pressão da Diretoria de Higiene (1998). Mas, do mesmo modo, afirmou que, para as doenças epidêmicas, os governos declaradamente positivistas apenas adotavam o isolamento e a desinfecção das residências (WEBER, 1998).

Ao analisar as críticas do periódico *O Echo do Sul* às autoridades municipais, Da Silva (2009) evidencia a inércia nos cuidados profiláticos e a hesitação em reconhecer oficialmente a doença⁵⁶, citando o caso de Porto Alegre⁵⁷, que geriu os surtos do mesmo modo que Rio Grande. Esse modo de lidar (ou não) com a moléstia seria resultado de sua política de inspiração positivista que, segundo a autora, não tinha a saúde pública como prioridade. A doutrina positivista encarava a medicina como monopolizadora de ideias que tinham ingerência sobre a sociedade. Ideias que feriam as liberdades individuais e interferiam nas decisões políticas⁵⁸. “Outras discordâncias eram sobre a obrigatoriedade da vacina, a notificação obrigatória dos casos de pacientes com doenças infecto-contagiosas, o isolamento

55 Segundo Weber, houve casos de peste bubônica também em Pelotas. Informa que em 1924 o governo teria um serviço de profilaxia permanente contra a peste e o tifo.

56 Dizia o periódico “A peste, com crueza dolorosa, devasta a capital do Estado, sem que o governo tenha coragem de enfrentá-la, já pelo emprego de medidas inadiáveis, já pela declaração oficial de sua existência ... O silêncio em tais casos é um crime. Se há vinte famílias que acreditam na invasão do flagelo, porque tem o coração a sangrar pelo luto...” (O Echo do Sul, 16 de janeiro de 1904, nº13 *apud* DA SILVA, 2009).

57 Conforme o periódico “O dr. Oswaldo Cruz, diretor geral de saúde pública, recusa terminantemente, satisfazer qualquer solicitação de soro, declarando que não mandará para Porto Alegre nem um tubo de vacina enquanto o governo do Estado não declarar a existência de peste bubônica em Porto Alegre, e não forem aqueles preparados requisitados oficialmente como tem feito as administrações do Pará, Amazonas, Maranhão e Pernambuco (O Echo do Sul, 02 de abril de 1904, nº 75 *apud* SILVA, 2009).

dos pacientes, a desinfecção das casas e a violação dos corpos quando haviam suspeita ou diagnóstico de moléstias contagiosas” (WEBER, 1998: 132). Como publicou o jornal, que demandava atitudes dos órgãos responsáveis, “É preciso que a intendência municipal cuide mais da limpeza da cidade; que a população pratique mais cuidadosamente os preceitos da higiene domiciliar, que se inicie a matança dos ratos⁵⁹”.

Em Porto Alegre foram identificados casos em dezembro de 1901 derivados de focos argentinos que iniciaram o espalhamento da infecção via Paraguai (SCHWARTZMANN, 2010). A relação comercial facilitou a chegada do bacilo ao estado principalmente pela malha férrea que o ligava à Argentina (SCHWARTZMANN, 2010). Leonor Schwartzmann, em seu estudo sobre médicos italianos que desenvolveram suas atividades na região, nos informa que esses profissionais foram importantes vozes frente às tentativas de negação da doença em Porto Alegre (SCHWARTZMANN, 2017), escolha política que também teve lugar no município de Rio Grande como visto. A autora cita, inclusive, uma carta de Júlio de Castilhos (então presidente do Partido Republicano do estado) ao seu secretário particular, Aurélio de Bittencourt, na qual aparece a tentativa de negar os acontecimentos e de impedir o Inspetor de Saúde dos Portos, o médico Felipe Caldas, de tomar as atitudes necessárias⁶⁰. A posição oficial do governo, alinhada aos ideias positivistas, foi a de negar o máximo possível a moléstia, atribuindo outros diagnósticos ao mal e impedindo e contestando o trabalho de médicos. O último caso de peste em Porto Alegre foi em 1932.

Outra ocorrência, na cidade de Santa Maria⁶¹, município do interior do estado do Rio Grande do Sul, bem distante de Rio Grande e Porto Alegre, foi relatada pelo médico Raul Di Primio. É possível angariar através de seu relato informações sobre a profilaxia da peste na

58 Chegavam a usar termos como “despotismo (ou terrorismo) sanitário” e “medicocracia” para denunciar o domínio dos médicos e da medicina tanto na vida pública quanto privada (WEBER, 1998). De acordo com Celi Pinto “a política rio-grandense na chamada República Velha diferenciou-se radicalmente dos demais estados brasileiros. Enquanto nesses últimos os partidos Republicanos regionais funcionaram como partidos únicos capazes de conterem dentro dos seus limites toda a sorte de conflitos e interesses, no Rio Grande do Sul o PRR teve, ao longo de mais de 40 anos, de governar enfrentando um significativo movimento oposicionista” (PINTO, 1987: 83 *apud* SILVA, 2009: 62), justamente pelo seu caráter intransigente mergulhado no pensamento positivista.

59 O Echo do Sul, 26 de março de 1904, n° 71 *apud* SILVA, 2009.

60 Uma das medidas foi proibir que navios provenientes de Porto Alegre atracassem em Rio Grande.

61 Segundo Schwartzmann (2010), o caminho da infecção pela via férrea, trazendo carregamento de trigo argentino, eram as linhas Buenos Aires-Uruguaiana e Montevideu-Rivera-Livramento com paradas em Santa Maria e em Cachoeira do Sul.

cidade sobretudo durante o surto de 1924, no qual se percebe um tratamento bem diferente daquele dado no início do século nas cidades citadas previamente.

A população de Santa Maria havia enfrentado a moléstia em anos anteriores. Como explica Di Primio (1962) o primeiro caso teria acontecido em 1908⁶² e um surto de peste pneumônica⁶³ foi identificado entre julho e agosto de 1912, tendo os departamentos de saúde do município e do estado se unido para gerenciarem o combate à doença, embora o médico não cite quais foram as medidas adotadas. Entretanto, apontou alguns fatores que teriam possibilitado a endemicidade da peste bubônica na cidade (e seu retorno em 1924) como a falta de desratização sistemática, ocasionada pela tentativa de ocultar a doença; construções antigas e inapropriadas; quintais e terrenos com vegetação, servindo de esconderijo para ratos; coleta irregular e mau acondicionamento do lixo; falta de ações de educação sanitária; falta de impermeabilização, principalmente dos locais que armazenavam alimentos como padarias, depósitos de cereais e alfafa e armazéns; ausência de rede de esgoto (DI PRIMIO, 1962).

No surto de 1924, com casos de peste pneumônica e bubônica, no qual Di Primio trabalhou e foi observador, o trabalho parece ter sido mais intenso e exitoso. Na qualidade de médico representante da Diretoria de Higiene do Estado do Rio Grande do Sul fez a profilaxia tratando dos focos recentes e antigos nos quarteirões, enquanto raticidas eram distribuídos pelo inspetor municipal e dois auxiliares. Fizeram uso de soro e vacinação (o que não aconteceu nos casos de Rio Grande e Porto Alegre). Di Primio ainda solicitou a Brigada Militar (um cabo e três praças) para garantirem o isolamento como que esperando a resistência e desobediência de alguns provavelmente.

O surto de 1924 em Santa Maria mostra uma semelhança com as atividades de combate à peste no Rio de Janeiro e em Santos e indica a manutenção das mesmas práticas com pouca ou nenhuma modificação. O que se empreendeu foram desinfecções e desinfestações de casas e esgotos⁶⁴, expedição de intimações para impermeabilização do chão das residências, inspeção de “padarias, confeitarias, fábricas de massas, depósitos de cereais e

62 Segundo o médico, de 1908 a 1924, último ano em que foram notificados casos de peste, apenas em 1917 e 1918 foram anos sem registro da doença.

63 Vinte pessoas contraíram a forma pneumônica e todas vieram à óbito (DI PRIMIO, 1962).

64 Fosse com “formol, cloreto de cal, sulfato de cobre, piretro, petróleo, desinfectantes à base de fenóis, cresóis. Em certos casos nas galerias subterrâneas dos murídeos, fazia-se a insuflação de gases de enxôfre com arsênico” (DI PRIMIO, 1962: 43). Dependendo do método, aspersão, pulverização ou desinfestação, eram usados aparelhos como o pulverizador de Geneste e Herscher, aparelho de Succes, extintor Werneck, aparelho de Trillat. Não possuíam, no entanto, o famoso aparelho de Clayton (DI PRIMIO, 1962).

gêneros coloniais, hotéis, pensões, casas de habitação coletiva, estabelecimentos comerciais, o famigerado ‘Ferro Velho’, etc.” (DI PRIMIO, 1962: 38). E, de modo a alertar e conscientizar a população, distribuíram boletins de educação sanitária e fizeram uso da imprensa para a circulação da informação.

Foi levada a cabo igualmente uma fiscalização dos prédios da cidade por meio do preenchimento de fichas com variadas informações sobre as propriedades, suas condições higiênicas e profilaxia adotada, levantando um verdadeiro cadastro predial, “fixando um registro precioso de orientação e controle” (DI PRIMIO, 1962: 44).

Percebe-se que as ações contra a peste em Santa Maria foram mais acuradas e que o estado tomou as providências necessárias para debelar a doença, ao contrário dos acontecimentos no início do século em Rio Grande e Porto Alegre. Di Primio, em seu relatório da época, expôs uma ideia comum entre os sanitaristas, a de que as ações de saúde pública deveriam ser de caráter permanente, preventivo, ou seja, de modo a evitar o espalhamento da doença.

Santa Maria, foco endêmico de peste, pela sua posição geográfica, pela fácil contaminação que ao longe pode produzir e pelos motivos expostos, exige um serviço permanente de combate às doenças infecciosas. Bem orientado e com aparelhos para desinfecções reais, não só prestaria os mais benéficos resultados à cidade, como contribuiria com socorros sanitários mais urgentes às localidades próximas (DI PRIMIO, 1962: 37).

Ações pontuais não eram efetivas a não ser por um período curto de tempo, como um paliativo. E o agravante seria a disseminação da infecção para outras localidades, afinal de contas o micróbio não reconhece os limites das jurisdições e de suas autoridades. Nesse sentido, o apelo do médico levanta a questão da sistematização das ações de combate para que a peste não extrapolasse os focos já conhecidos e, portanto, não contaminasse cidades vizinhas ou com as quais se tivesse ligação comercial. Era nítida a noção que os profissionais da saúde tinham da interdependência gerada pelo reconhecimento das moléstias infecciosas e seus desdobramentos em caso de falta de ação ou negação.

Problemas parecidos ocorreram no Nordeste como veremos a seguir.

1.2.3 – A peste no Nordeste⁶⁵

Logo no início do século XX, a peste bubônica esteve presente nos estados do Nordeste: Ceará (1900), Pernambuco (1902), Maranhão (1903), Sergipe (1906), Paraíba (1912), Alagoas (1914)⁶⁶. O médico Décio Parreiras⁶⁷ acreditava que a doença esteve presente em terras nordestinas ainda no século XIX, em 1896, ou ainda em 1877, ou seja, antes mesmo dos primeiros casos em Santos (PARREIRAS: 1936). Parreiras, nosso informante, se baseou nas observações de Octávio de Freitas⁶⁸, médico piauiense renomado e reconhecido por seus trabalhos em saúde pública no estado de Pernambuco. Segundo o médico, dados de Freitas teriam identificado 11 casos em 1896, 13 em 1897, 10 em 1898 e 7 em 1899 (1936)⁶⁹. Entretanto, essa desconfiança fica apenas no ramo da suposição, visto que não houve nenhum exame ou confirmação oficial que pudesse reconhecer a presença da moléstia.

Parreiras cita, no mesmo artigo (1936), Amadeu Fialho, médico da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (DNSAMS), que remonta a presença da peste à seca de 1877-1880. Segundo Fialho (1935), “uma moléstia aparecera, de caráter grave e epidêmico, e que alguns capitularam de peste negra” (FIALHO, 1935: 825) e baseando-se (ao que parece) em relatórios e descrições feitos à época, que diagnosticaram o mal como adenite de origem malárica, concluiu que “A epizootia então havida, a história clínica dos casos e a evidente possibilidade de propagação, por via marítima, pelos navios cheios de cereais e farinhas, torna esse conjunto tão característico, que nós não temos o menos receio em considerar como sendo de peste a epidemia de então” (FIALHO, 1935: 826).

Contudo, Fialho interpreta a situação à luz dos conhecimentos já estabelecidos em sua época sobre a peste. Em 1877, sequer havia sido identificado o agente etiológico da doença, o que só seria feito em 1894 por Kitasato e Yersin em Hong Kong. Pelas características que Fialho viu descritas em relatório, ele viu uma doença que, a bem dizer, se tratava de uma

65 Para efeito de melhor compreensão, utilizo aqui a palavra Nordeste me referindo à atual divisão político-administrativa do Brasil que considera como estados da região o Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia. Até a década de 1940 esses estados (exceto Sergipe e Bahia atuais) faziam parte da região Norte.

66 GC h 1940.03.11

67 Ex-diretor geral do Departamento de Saúde Pública de Pernambuco ao escrever o seu artigo citado.

68 Octávio de Freitas confirmou laboratorialmente o primeiro diagnóstico de peste bubônica em Pernambuco em 28/03/1902 (TAVARES, 2007; FREITAS, 1988).

69 Para datas posteriores ao ano oficial da chegada da peste em Santos, Octávio registrou 26 casos em 1900, 15 em 1901 e 11 em 1902 (PARREIRAS, 1936). Parreiras não indicou de qual fonte tirara tais dados, portanto não pude confirmar as informações sobre os dados de Freitas.

entidade clínica que não havia como ser identificada laboratorial e bacteriologicamente. Mesmo que tenha sido reconhecida como peste negra, como alega, não há como bater o martelo do diagnóstico se pensarmos na nova identidade que a peste obteve a partir da necessidade de sua identificação laboratorial (CUNNINGHAM, 1992). No máximo, se poderia aventar que os refugiados da seca teriam vivenciado algo que chamaram (ou que alguém chamou na época) de peste negra. Portanto, definir se o que ocorreu em 1877 foi peste ou não (juntamente com outras epidemias concorrentes como a varíola) está aquém das possibilidades se levarmos em consideração os estudos de Rosenberg e Cunningham⁷⁰.

Voltando aos casos de peste no início do século XX, em 1903, a peste chegou ao estado do Maranhão, onde sua recepção não foi fácil. Segundo Mariza Bezerra (2019), resolveu-se discutir se o problema que acometia a cidade era realmente a peste bubônica. Foram levantadas suspeitas sobre outras doenças, implantou-se a dúvida e até mesmo alguns médicos negavam o diagnóstico correto. A imprensa e os comerciantes faziam coro em relação à dúvida e à negação (BEZERRA, 2019). Diante desse quadro caótico, e na busca por respostas mais embasadas, Alexandre Collares Junior, governador do estado, precisou pedir auxílio a outras instâncias⁷¹ (BEZERRA, 2019).

Desse modo, segundo a autora, o governo federal enviaria do seu Instituto Soroterápico, no Rio de Janeiro, o bacteriologista Henrique Marques Lisboa e Rogério Coelho, seu colaborador. Lisboa teve de montar um laboratório para diagnosticar a doença porque a cidade não dispunha de um e, assim, definiu que a moléstia de fato se tratava da peste. Como temessem as consequências do diagnóstico, os comerciantes e a imprensa o

70 Para Cunningham, o advento do laboratório transformou a identidade das doenças infecciosas, pois passaram a ser definidas, “necessariamente e exclusivamente”, através desse espaço ao passo que se identificava para cada doença um único agente causador (CUNNINGHAM, 1992). Ou seja, interpretar determinadas doenças ocorridas antes dessa era, à luz dos conhecimentos obtidos pela microbiologia, seria um anacronismo, devido à predominância do conceito de doença gerado pelo laboratório (Idem). Foi isso que aconteceu na interpretação de Fialho. O médico tomou características conhecidas por ele sobre a peste bubônica e, ao ler os relatos, transportou-as de modo a caber em sua análise e não teve dúvidas de que a doença em 1877 era peste. Podemos aproximar dessa análise a de Charles Rosenberg (1992), segundo o qual o fundamental para a inteligibilidade da doença é o diagnóstico que ela recebe, laboratorial ou não, pois que mediará a relação do paciente com o seu curador. Sem diagnóstico não há doença, é preciso nomeá-la. Embora Fialho tivesse em mente a peste com as características que tomara após o advento da microbiologia, o que foi chamado de peste negra naquela seca se relacionou a uma entidade assim diagnosticada de modo a se fazer inteligível para os acometidos, visto que é o ponto de vista dos atores envolvidos que dá sentido aos desdobramentos da doença quando reconhecida.

71 “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” (BEZERRA, 2019: 136).

questionaram e implantaram a dúvida. O trabalho de Lisboa foi duramente criticado e desqualificado, o que só se complicou quando ele mesmo contraiu a doença e teve de retornar ao Rio de Janeiro. A solução foi uma nova tentativa de trazer profissionais experientes de outro estado. Dessa vez, de São Paulo (BEZERRA, 2019).

Victor Godinho, do Serviço Sanitário de São Paulo, foi o escolhido⁷². A partir daí, e com a criação do Serviço Extraordinário de Higiene, do qual Godinho foi o chefe, houve ações mais amplas contra a peste como a desinfecção de mercadorias, navios e pessoas, o ancoramento das embarcações ainda no mar para evitar contato das cargas com o porto, distribuição de panfletos à população, vacinação em larga escala, destruição de ratos, reestruturação do desinfectório e do hospital de isolamento (BEZERRA, 2019). Atividades que, como vimos, eram comuns no enfrentamento da peste e que eram as disponíveis então, embasadas no diagnóstico bacteriológico e nas intervenções de saneamento urbano a exemplo dos cuidados com lixo, terrenos baldios, casas e prédios mal conservados ou construídos e nas medidas relativas à desinfecção e desinfestação das embarcações.

Quando a doença retornou à cidade em 1908, novamente foi solicitado auxílio federal pelo governador do estado, comandado desta vez por Arthur Quadros. A União ajudou financeiramente e enviou João Pedroso de Barreto Albuquerque, médico do DGSP (BEZERRA, 2019). Mas Albuquerque não encontrara boas condições de trabalho tanto materiais quanto estatísticas, seja porque faltavam registros sobre o curso da epidemia, seja porque as pessoas infeccionadas se escondiam das autoridades a fim de escapar do isolamento (BEZERRA, 2019). Apostou na educação sanitária publicando nos jornais maranhenses, na seção “Conselhos ao Povo”, as características da doença, suas diferentes modalidades, forma de transmissão e de eliminação dos ratos e suas pulgas, além de apontar o isolamento, vacinação e higiene como formas de evitá-la. A compra de ratos seria instituída como método de combate, pagando-se 100 réis por exemplar (BEZERRA, 2019). Albuquerque ficou apenas dois meses no estado e, em seu último relatório, aconselhou o governo do estado a implementar medidas que evitassem novos surtos⁷³. O Maranhão, contudo, ainda não estaria

72 Godinho incorporou à equipe dois profissionais do Instituto Soroterápico Federal, enviados à São Luís após a saída de Lisboa, Adolpho Gomes Pereria e Alvaro de Sousa Sanchez. Ambos haviam trabalhado no Hospital de Isolamento de peste de Jurujuba, assim como Lisboa. Acompanharam Godinho os médicos Adolpho Lindenberg e Rodolpho Vaccani e as enfermeiras inglesas Mary Bagott e Violet Small (BEZERRA, 2019).

73 “Indicou como medida urgente a reforma no desinfectório, especialmente nos carros utilizados no serviço de desinfecções. Apontou, tal como tantos discursos outrora produzidos na cidade, para a necessidade de dotar a

livre da peste que faria sua terceira visita em 1921⁷⁴ e, desta vez, o caminho da infecção foi do interior para a capital (BEZERRA, 2019).

Diagnosticada em São Bento, cidade do interior, supôs-se que os refugiados da seca pudessem ter sido os portadores da doença, entretanto é mais plausível estabelecer como causa o comércio do algodão (BEZERRA, 2019), clássico produto acusado de carregar em seus fardos o germe da peste. Desinfecção de casas, mercadorias e pessoas, vacinação e soroterapia⁷⁵ e isolamento formaram a profilaxia de praxe como acontecia desde o início do século. Medidas mais dramáticas foram tomadas como a ordem de queimar casas de doentes no município (Idem). Nessa terceira visita da peste, o governo federal foi chamado a atuar de novo com liberação de crédito e envio de médicos da capital.

Em 1920, como visto no início da dissertação, houve a criação do DNSP e um de seus órgãos, a Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural (DSPR) se encarregou dos trabalhos antipestosos em 1922 (HOCHMAN, 2006). O governo federal novamente interveio, assim como em outros estados vizinhos que, igualmente, registravam casos da doença e abrangiam localidades no Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco e Alagoas⁷⁶ (BEZERRA, 2019; HOCHMAN, 2006). Hochman afirma que “O efeito da campanha pelo saneamento foi, certamente, tornar um fato consumado a responsabilidade federal no combate à epidemias”. Isso porque novas atribuições foram dadas à DSPR com o tempo, embora seu foco inicial fossem a doença de Chagas, malária e ancilostomíase (HOCHMAN, 2006). Hochman assevera que

A regulamentação do DNSP prescrevia que, se os surtos epidêmicos não fossem contidos nas suas origens e ameaçassem outras regiões, as providências federais seriam imediatas, custeadas pelo Governo federal e

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, sua pulgas, vetores da doença” (BEZERRA, 2019: 234).

74 Não apenas o Maranhão, mas Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Ceará e Bahia tiveram ocorrências de peste bubônica e/ou pneumônica na década de 1920 (PARREIRAS, 1936: 431-432).

75 Nessa época já produzidos pela filial do Instituto Oswaldo Cruz no Maranhão, criada pelo decreto nº 13.527 de 26 de maio de 1919.

76 A terceira visita da peste no estado do Maranhão ocorreu quando o DNSP e a DSPR estavam instituídos. As epidemias passaram a ser tratadas por esta última. “No caso de surtos epidêmicos, em especial de peste bubônica e febre amarela, os serviços de profilaxia rural instalados em zonas epidêmicas poderiam se encarregar do seu combate, como sempre, com a ressalva da necessidade de autorização dos governos estaduais” (HOCHMAN, 2006: 186).

prescindindo de autorização prévia do governo estadual (artigo 1.104). De fato, as ações antiamarílicas e antipestosas dos serviços sanitários eram realizadas com recursos federais. A partir de 1923, e até o final da década, como já citado, essa tarefa foi partilhada com a Fundação Rockefeller (HOCHMAN, 2006: 186).

Nesse sentido, nota-se que o governo federal assumiu os serviços antipestosos no Nordeste no período citado por Hochman e os dispositivos legais previam essa atribuição⁷⁷. A questão dos assuntos de saúde entre o governo federal e os estados se fundamentava na opção, no caráter voluntário das requisições destes últimos, mas havia a brecha no artigo citado por Hochman que previa a intervenção federal. Foi o caso do Maranhão, que após solicitar auxílio financeiro do DNSP para controlar o surto de peste em São Bento, acabou sofrendo intervenção federal (BEZERRA, 2019). Entretanto, o Serviço de Combate à Peste criado para esse fim foi extinto ainda no ano de 1922, devido à escassez de verbas do DNSP (BEZERRA, 2019), o que demonstra que havia muitos empecilhos para se empreender ações sanitárias de caráter contínuo.

No surto de 1921-1922, foi possível ter contato com um ambiente com características um pouco mais distintas das cidades densamente povoadas. O exemplo que Bezerra traz é o do bairro de Codozinho,

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 [Serviço de Combate à Peste] encontrou ali condições ideais para testar sua logística (2019: 333).

O intuito seria aproveitar o tamanho e as condições desse bairro atacado pela peste para testar a profilaxia nas áreas rurais. Após recensearem os moradores, nomearem ruas e

77 Decreto nº 14.354, de 15 de Setembro de 1920: “Art. 988. A Directoria de Saneamento e Prophylaxia Rural terá a seu cargo: [...] b) serviços de combate ás epidemias em quaesquer regiões do paiz; Art. 1.104. Quando ocorrerem surtos epidemicos em qualquer região do Paiz, será o seu combate realizado pela Directoria de Saneamento e Prophylaxia Rural, após accôrdo com os Governos Estaduaes e Municipaes. § 1º Para os effeitos deste artigo serão organizadas commissões especiaes ou aproveitados os funcionarios da Prophylaxia Rural que trabalhem nas zonas onde grasse a epidemia, sendo expedidas instruccões pelo director, após audiencia do Director Geral do Departamento Nacional de Saúde Publica. § 2º Nos casos em que os surtos epidemicos de que trata este artigo ameacem as condições sanitarias de Estados ou de outras regiões limitrophes, as providencias do Governo Federal serão immediatas, sendo custeadas as despezas dos respectivos serviços pela União”.

numerarem as casas, começaram as ações de desinfecção, vacinação, queima de lixo e limpeza de terrenos, impermeabilização de alguns estabelecimentos que vendiam alimentos e a organização de seus estoques (BEZERRA, 2019). Uma medida que não pode ser efetuada foi a prática de envenenamento, visto a grande presença de crianças e animais de criação. Por falar em animais, Bezerra informa que a proposta de exterminar os cães de estimação não teve êxito por não ser aceita entre os moradores, assim como lavar os bichos com creolina; as crenças populares protegiam os cães, entre eles muitos chamados de “rateiros” por caçarem ratos, e que não desenvolveriam a doença. Além disso, acreditavam que os maus tratos trariam a punição de São Lázaro com a lepra (BEZERRA, 2019).

O resultado das atividades em Codozinho fizeram Henrique Marques Lisboa concluir que algumas medidas sugeridas anteriormente para a resolução do problema eram obsoletas como cordões sanitários, impedimento de aglomerações e despovoamento “tendo em vista que se conhecia melhor a etiologia e os mecanismos de transmissão da peste” (BEZERRA, 2019: 337).

Anos mais tarde, Décio Parreiras escreveria que “No Maranhão são boas as informações colhidas, recentemente, e se afirma a inexistencia da epizootia murina, desde a campanha chefiada, ha annos, pelo Dr. Raul de Almeida Magalhães, numa das commissões federaes enviadas ao norte do Brasil” (1936: 432). Parreiras se referia justamente à campanha de 1921-1922.

Outra cidade sobre a qual alguns autores se debruçaram em seus estudos foi Campina Grande. Na verdade, o foco desses estudos está nas reações e no medo dos moradores da capital do estado, Cidade da Parahyba⁷⁸, de receber a peste daquela cidade do interior. A constatação da presença da infecção em Campina Grande, em 1912, fez a população da capital se preocupar com a possibilidade de também abrigar a doença (SÁ; CANESQUI, 2000).

A imprensa viria a fazer o papel de denunciante da situação sanitária precária e da falta de responsabilidade das autoridades estaduais. Segundo as autoras, “A presença da peste bubônica revelava a fragilidade do serviço de higiene do estado [...] e mostrava que o incipiente serviço de higiene estava restrito à cidade da Parahyba, por sua vez dependente da capital da República” (SÁ; CANESQUI, 2000: 187). A despreocupação das autoridades era

78 Antigo nome da cidade de João Pessoa.

tal a ponto dos comerciantes do ramo de algodão de Campina Grande contratarem, por conta própria, o médico piauiense Octavio de Freitas para diagnosticar o mal que abatia aquele lugar (SÁ; CANESQUI, 2000: 190). O fato de ambas as cidades ligarem-se pela estrada de ferro preocupava imensamente a população. A circulação de pessoas e produtos ameaçava trazer a doença para a capital.

Ressaltando o que foi explicitado anteriormente sobre a escassez dos serviços sanitários nos estados, o jornal *A Imprensa* relatava, sobre Campina Grande, que se tratava de uma

Cidade grande, muito habitada, ponto terminal da estrada de ferro, affluindo para ali, devido ao aumento do commercio, grande massas de pessoas de todas as partes [...] [e que] não possui Campina o mais insignificante serviço de hygiene⁷⁹.

Desprovidas de serviços de saúde, as cidades, em geral, conviviam com a sujeira, sem saneamento, sem destinação correta do lixo, a maioria da população vivendo em habitações insalubres e sem o mínimo de higiene. Mesmo nas capitais, lidar com a insalubridade era uma constante.

O grande perigo nessa etapa da peste bubônica no país era a sua interiorização. Considera-se que ela teria ocorrido nos fins da primeira década do século XX e na década seguinte (BARRETO, CASTRO, 1946; FREITAS, 1988), principalmente pela movimentação de pessoas e de bens pelas ferrovias, transportadoras de muitas mercadorias que se consideravam adequadas ao abrigo dos germes da peste, tais como fardos de algodão ou cereais.

A relação entre a possível infecção e o movimento dos trens foi explorada pela imprensa. “Os escritos do jornal *A Imprensa* divulgaram ser o trem o causador de um pesadelo que a qualquer instante poderia ter se tornado real” (SOARES JÚNIOR, 2001: 52) e o receio era de que “os ratos, ‘comprassem’ um bilhete de passagem na classe econômica e partissem, nos comboios da Great Western, [para] visitar o litoral (OLIVEIRA, 2009: 12 *apud* SOARES JÚNIOR, *ibidem*).

Os casos de peste humana de Campina Grande, cidade movimentada financeiramente pela produção de algodão, eram creditados à Recife e às trocas comerciais feitas entre ambas

79 *A Imprensa*, 10 de out. 1912 *apud* SOARES JUNIOR, 2011, p. 5.

as localidades. Foram para a região dois médicos, Teixeira de Vasconcelos e Octávio Soares, da Diretoria de Higiene pública estadual, em agosto de 1912, que permaneceram apenas dois dias na cidade por não ter muito o que fazer, vista a situação crítica da falta da mínima estrutura sanitária (SÁ, CANESQUI, 2001). O que puderam fazer foi o isolamento de doentes, a desinfecção das ruas e encomendar soro antipestoso (100 unidades para uma população de 10.000 e que Vasconcelos sequer sabia aplicar) do Rio de Janeiro (SÁ; CANESQUI, 2000). Nova comissão retornaria em outubro, após a divulgação de mais casos, encarregada de debelar a moléstia, mas entraves dos próprios médicos de Campina Grande impediram a comissão do estado de agir.

Curiosamente, foram os comerciantes de algodão que tomaram a atitude de chamar Octávio de Freitas, o já citado médico piauiense, para investigar toda a situação em vista dos prejuízos comerciais que vinham sofrendo, ao contrário do que era mais comum para a classe comerciária: negar ou duvidar dos casos justamente para evitar perda de renda (SÁ, CANESQUI, 2001). Para Sá e Canesqui, isso era uma prova da inércia do governo estadual que, por sua vez, tinha entreveros com a municipalidade de Campina Grande, cidades governadas por oligarquias adversárias. Isso teria barrado a atuação da comissão estadual. O presidente do estado, João Machado, resolveu no fim das contas (e no fim do seu mandato), fazer o que era de costume e previsto na Constituição, solicitar ajuda do governo federal.

Mais uma comissão federal foi enviada ao Nordeste. A partir daí, os trabalhos, com auxílio da força policial, envolveram as medidas já muitas vezes repetidas aqui e empreendidas em todos os surtos: isolamento, desinfecção de mercadorias e vacinação, desinfecção dos comboios da *Great Western* e armazenamento de todo o algodão em seus armazéns (SÁ; CANESQUI, 2000).

Há alguns pontos em comum em todos esses trabalhos ao falar da situação sanitária dos estados. A estrutura de saúde não era desenvolvida, resultando em respostas muito fracas em episódios de surtos epidêmicos. Além disso, interesses comerciais, disputas políticas e ideologias trabalharam contra o reconhecimento da doença e, conseqüentemente, a efetividade das medidas apropriadas, mostrando que os problemas relacionados às epidemias envolviam contextos que não dependiam apenas da ciência e da identificação da doença.

O que se percebe, igualmente, é o chamado recorrente ao governo federal, o que era previsto na constituição em casos emergenciais e mediante solicitação⁸⁰. As repetidas vezes em que se avocou ao governo federal o tratamento de surtos epidêmicos sinaliza para a incapacidade dos estados em cumprirem seu papel constitucional de gerirem e criarem suas estruturas sanitárias. Essa dependência da União e a inatividade dos estados mostraram aos médicos a necessidade de se pensar em ações mais centralizadas e com direção única de modo a superar problemas individuais dos estados, sejam políticos ou financeiros, que atrapalhassem o andamento de questões de saúde. Esse foi um princípio muito caro aos sanitaristas que, desde o início, lutaram pela criação de um ministério que concentrasse e implementasse as diretrizes de saúde. Escreveu Hochman que

Para os membros da campanha pelo saneamento, a doença seria resultado da ausência e inoperância do Poder Público e da descentralização das políticas governamentais, quando existentes [...] A centralização das ações públicas era tida como a solução para o combate às endemias e para a promoção da saúde (2006: 74).

Na medida em que vai ficando mais evidente, tanto a interdependência quanto a necessidade constante do auxílio federal, a demanda pela centralização aumenta, o que se viu com a Liga Pró-Saneamento e a posterior criação do DNSP, ainda não um Ministério da Saúde como queriam os sanitaristas, mas já uma forma de mediar, juntamente com os estados, a elaboração de medidas de combate às doenças.

O tratamento dos surtos de peste, nas primeiras décadas do século XX, era reativo ao aparecimento de casos. Caracterizou-se por atuar em respostas aos surtos e pela falta da atuação permanente. O recurso ao governo federal acontecia após alguns dias do surgimento dos primeiros casos e mortes, já quando a doença estava em expansão, saltando de uma epizootia para casos humanos. Ainda assim, a União e seus representantes atuaram nos estados organizando respostas às epidemias, mesmo sob críticas ou olhares duvidosos, e deixando instruções para a continuação dos trabalhos por algum tempo, mas, repetindo, os

80 Constituição de 1891: “Art 5º - Incumbe a cada Estado prover, a expensas próprias, as necessidades de seu Governo e administração; a União, porém, prestará socorros ao Estado que, em caso de calamidade pública, os solicitar. Art 6º - O Governo federal não poderá intervir em negócios peculiares aos Estados, salvo: 1º) para repelir invasão estrangeira, ou de um Estado em outro; 2º) para manter a forma republicana federativa; 3º) para restabelecer a ordem e a tranqüilidade nos Estados, à requisição dos respectivos Governos; 4º) para assegurar a execução das leis e sentenças federais”.

serviços eram temporários. Tanto que os surtos de peste eram contínuos e, dependendo da localidade, assolavam praticamente todos os anos algumas cidades, principalmente as do Nordeste.

O Serviço de Profilaxia Rural, criado em 1918, e o DNSP dois anos depois, permitiram que se celebrassem acordos entre estes órgãos e os estados. Assim, o combate às endemias rurais ganharia um novo episódio, criando-se postos de profilaxia rural nos estados conveniados (HOCHMAN, 2006). Até 1930 os Serviços de Profilaxia Rural seriam os responsáveis pelo combate à peste⁸¹ e, em 1934, o DNSP seria absorvido pela DNSAMS que se responsabilizaria pelas ações sanitárias federais nos estados⁸².

Mais adiante, na década de 1930 e com figuras como Getúlio Vargas e Gustavo Capanema, e com uma política centralizadora mais incisiva, a União, paulatinamente, vai tomando para si algumas atribuições no campo da saúde, buscando se posicionar como responsável por estabelecer diretrizes para a saúde pública. A gênese da centralização ocorreu com o DNSP (HOCHMAN, 2006), mas ela se fortaleceria e colocaria a União, mais tarde, através do seu Ministério da Educação e Saúde, como provedora da saúde pública de caráter universalizante no Brasil (FONSECA, 2007).

1.2.3.1 – Um esboço sobre o Nordeste brasileiro

Sendo parte do Nordeste brasileiro o recorte espacial deste trabalho, julgo pertinente abordar alguns aspectos sobre a região. O espaço que será chamado de Nordeste não existia oficialmente até 1941, ano no qual o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) implantou uma divisão regional para o território do país⁸³ (OLIVEIRA, 2008). Esta “inauguração geográfica” no Nordeste não aconteceu subitamente. Obviamente ela derivou de

81 GC h 1940.03.11

82 “Art. 2º - Nos termos do artigo anterior, fica desde já criada na Secretaria de Estado, a Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médica-Social, que constituirá o órgão técnico destinado à orientação, coordenação e fiscalização superiores de todos os serviços da saúde pública e assistência médico-social executados diretamente pela União, ou por esta em cooperação com outros poderes administrativos, e ao qual caberá ainda estabelecer entendimento com as organizações sanitárias regionais no sentido de uniformizar, articular e ampliar as providências técnico-administrativas que atendam ao mesmo interesse coletivo nacional”. Decreto nº 24.438, de 21 de Junho de 1934.

83 O Nordeste se dividiu entre Oriental e Ocidental. Deste faziam parte Piauí e Maranhão, daquele os estados do Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas. A Bahia e Sergipe integrariam a região somente na década de 1970 (IBGE, 1997).

características físicas e econômicas identificadas e compartilhadas por áreas contíguas, adotando o conceito de região e valorização do regionalismo, emprestados da geografia francesa (OLIVEIRA, 2008). Mas a “invenção do Nordeste” já vinha sendo desenhada há mais tempo, ainda quando esta região era identificada de modo geral como “Norte”, área que englobava tudo aquilo acima do estado da Bahia (Idem; ALBUQUERQUE JR., 1994).

Segundo Durval Albuquerque Jr., a dicotomia entre Norte e Sul do país, desde fins do século XIX, mostrava seus contornos nos discursos sobre raça e meio, nos quais o caráter naturalista se sobressaía⁸⁴. A influência das ideias eugênicas no pensamento intelectual reforçava os estereótipos daquela população, sobretudo a do interior, alheias às dinâmicas das cidades grandes. Esse caráter determinista se afirmava principalmente em função de um aspecto climático que caracteriza, ainda hoje, as nossas visões sobre o Nordeste: a seca⁸⁵.

A seca se tornaria um mote importante a partir da decadência das principais atividades econômicas da região, o açúcar e o algodão, transformando-se em arma político-discursiva, pois se tornara tema mobilizador e central das ações dos políticos locais (ALBUQUERQUE JR., op. cit.). A partir desse momento, o da seca de 1877-80, uma das maiores ocorridas no país, outros problemas seriam interpretados à luz deste determinismo climático como “o banditismo, as revoltas messiânicas e mesmo o atraso econômico e social da área” (Idem, p.

84 O autor cita Nina Rodrigues e Oliveira Vianna como alguns dos autores que defendiam uma visão positiva do Sul em contraposição a uma visão depreciativa do Norte, onde a população “majoritária do mestiço indolente”, segundo Rodrigues, constituía uma ameaça à nacionalidade. Do mesmo modo, para Vianna, o Sul seria moral e psicologicamente superior, fundamento da nação (1994, p. 100).

85 Sobre seca e clima semiárido, autores apontam que as intervenções na natureza desde o século XVI, como o desmatamento da Mata Atlântica, seguindo os ciclos econômicos do pau-brasil e cana de açúcar, contribuíram para a desertificação da área do polígono das secas (MACHADO, 2006: 129). Vasconcelos Sobrinho, na década de 1940, concluiu que dentro do sertão a degradação aconteceu devido à extração de espécies vegetais como a braúna, jurema e aroeira para a construção de dormências das estradas de ferro e para combustível dos trens, além da utilização de lenha para fogões domésticos e a prática da coivara para a criação de gado (*apud* MACHADO, 2006: 131). Vale a pena citar José Bueno Conti e seu breve resumo sobre o processo de desertificação “No domínio semi-árido brasileiro, o fenômeno da desertificação vem se agravando como consequência da superexploração de um meio muito fragilizado pela escassez e variabilidade interanual das precipitações [...] Historicamente, essa parcela do território brasileiro vem sendo utilizada, desde o início do século XVIII, pela agricultura de subsistência e, especialmente, pela criação extensiva de gado. As relações de produção, porém, salvo raras exceções, sempre se caracterizaram pelo primitivismo dos procedimentos e por nenhuma preocupação de cunho preservacionista. A estrutura fundiária, caracterizada pelo predomínio do latifúndio, deixa a imensa maioria dos habitantes da zona rural sem alternativas, a não ser o uso de áreas impróprias, sem acesso à água, de solos rasos e facilmente degradáveis, o que concorre para agravar enormemente a situação. A remoção da rala cobertura vegetal natural a fim de obter combustível para uso doméstico e consumo em pequenas indústrias, as atividades mineradoras, especialmente no Rio Grande do Norte e no Piauí e outras formas de retirada dos recursos, foram e continuam sendo muito danosas para o ambiente. Essas formas predatórias de relação com o meio produziram vastas áreas quase desérticas, com produtividade biológica reduzida a níveis mínimos, desde o Ceará até a Bahia” (2005: 12-13).

101). Ainda seguindo o raciocínio deste autor, é a seca que se tornaria um denominador comum, unificadora dos interesses das elites da região, ou seja, se constituiria como um fator de identidade e um problema compartilhado por uma área geográfica específica.

Mas a marca da seca se tornaria também uma pecha da qual outros autores tentaram escapar. Gilberto Freyre, por exemplo, criticou essa visão pré concebida do Nordeste. Em livro de 1937⁸⁶, no qual discorre sobre o “outro Nordeste”, aquele da “civilização do açúcar”, Freyre escreveu que

A palavra “nordeste” é hoje uma palavra desfigurada pela expressão “obras do Nordeste” que quer dizer: “obras contra as secas”. E quase não sugere senão as secas. Os sertões de areia seca rangendo debaixo dos pés. Os sertões de paisagens duras doendo nos olhos. Os mandacarus. Os bois e os cavalos angulosos. As sombras leves como umas almas do outro mundo com medo do sol. Mas esse Nordeste de figuras de homens e de bichos se alongando quase em figuras de El Greco é apenas um lado do Nordeste (FREYRE, 2013, p. 41).

Anos antes, em 1926, o mesmo Freyre reivindicava uma visão mais animadora acerca do Nordeste durante o Primeiro Congresso Brasileiro de Regionalismo. Em seu manifesto regionalista pretendia afirmar tradições nordestinas ameaçadas, segundo ele, por estrangeirismos e pela valorização por parte das elites da cultura europeia e norte-americana. Evocava a cultura nordestina, embora não romantizasse e reconhecesse os problemas históricos do lugar. Exemplo disso foram suas duras críticas a uma nova moda vinda do estrangeiro:

Procurando reabilitar valores e tradições do Nordeste, repito que não julgamos estas terras, em grande parte áridas e heroicamente pobres, devastadas pelo cangaço, pela malária e até pela fome, as Terras Santas ou a Cocagne do Brasil. Procuramos defender esses valores e essas tradições, isto sim, do perigo de serem de todo abandonadas, tal o furor neófilo de dirigentes que, entre nós, passam por adiantados e "progressistas" pelo fato de imitarem cega e desbragadamente a novidade estrangeira. A novidade estrangeira de modo geral. De modo particular, nos Estados ou nas Províncias, o que o Rio ou São Paulo consagram como "elegante" e como "moderno": inclusive esse carnavalesco Papai Noel que, esmagando com suas botas de andar em trenó e pisar em neve, as velhas lapinhas brasileiras, verdes, cheirosas, de tempo de verão, está dando uma nota de ridículo aos nossos natais de família, também enfeitados agora com arvorezinhas

86 *Nordeste: aspectos da influência da cana sobre a vida e a paisagem do Nordeste do Brasil.*

estrangeiras mandadas vir da Europa ou dos Estados Unidos pelos burgueses mais cheios de requififes e dinheiro (FREYRE, 1996, n.p)⁸⁷.

Em tal tentativa de valorização, até mesmo o mucambo, habitação popular construída precariamente e alvo de duras críticas e intervenções dos sanitaristas em relação às condições higiênicas, foi visto de modo positivo. Apenas sua localização (fosse em alagados ou mangues) é que seria motivo de preocupação, mas seu valor como uma entidade regional era reconhecido.

É que o mucambo se harmoniza com o clima, com as águas, com as cores, com a natureza, com os coqueiros e as mangueiras, com os verdes e os azuis da região como nenhuma outra construção [...] Com toda a sua primitividade, o mucambo é um valor regional e por extensão, um valor brasileiro, e, mais do que isso, um valor dos trópicos: estes caluniados trópicos que só agora o europeu e o norte-americano vêm redescobrimo e encontrando neles valores e não apenas curiosidades etnográficas ou motivos patológicos para alarmes. O mucambo é um desses valores. Valor pelo que representa de harmonização estética: a da construção humana com a natureza. Valor pelo que representa de adaptação higiênica: a do abrigo humano adaptado à natureza tropical. Valor pelo que representa como solução econômica do problema da casa pobre: a máxima utilização, pelo homem, na natureza regional, representada pela madeira, pela palha, pelo cipó, pelo capim fácil e ao alcance dos pobres (FREYRE, 1996).

Ao dissertar sobre a “civilização do açúcar”, então em decadência, Freyre pretendia reabilitar um passado da identidade regional nordestina, o centro de outrora da civilização brasileira, que estava sendo suplantado pela imagem das secas recorrentes (NEVES, 2012, p. 14). De fato, a narrativa das secas, da pobreza e da fome ganharam espaço, atribuindo ao Nordeste características de região eternamente prejudicada e fadada a sucumbir perante este fenômeno climático e ambiental. Desse modo, as secas configuraram, através dos discursos emitidos pelos jornais e pelos políticos locais, o entendimento do que seria esse espaço chamado de Nordeste. Como explica Frederico Neves, a reformulação da Inspetoria de Obras Contra as Secas (IOCS) em 1919 pelo presidente Eptácio Pessoa (transformando-a em Inspetoria Federal de Obras Contra as Secas - IFOCS) reconheceu essa nova espacialidade influenciada pela área abrangida e delimitada pelos trabalhos do órgão e nomeada ‘perímetro das secas’ “[que] passa então a ser o critério de criação de uma geografia regional, que iria se

87 Edição virtual na qual não consta paginação. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/cdrom/freyre/freyre.pdf> . Acessado em 9 de dez de 2020.

materializar com o mapa regional do Brasil, criado e oficializado na década de 1940” (NEVES, 2012: 20).

E a imagem referência desse lugar será não mais a opulência das épocas dos senhores de engenho, mas a da população doente, pobre, maltrapilha, faminta, flagelada (Idem: 15). Lembram essas representações da gente do nordeste as impressões obtidas pelas comissões científicas que viajaram pelo interior do país com o objetivo de investigar cientificamente a qualidade sanitária dos espaços onde futuros empreendimentos infraestruturais poderiam se desenvolver, como as dos cientistas do Instituto Oswaldo Cruz, na década de 1910, que também relataram as graves condições de saúde dos habitantes dessa parte do território brasileiro.

É importante apontar que a tese de Albuquerque, a de que o Nordeste foi inventado a partir de discursos que exaltavam sua tradição e sua memória e de que as inventavam de modo a garantir privilégios de lugares sociais ameaçados e, assim, definindo-o como engenho anti-moderno, tem seus críticos⁸⁸. Entretanto, ao utilizar essa obra marcante da historiografia nordestina, procurei absorver o sentido de invenção como uma ligação para associar a criação do Nordeste imagético (sobre o qual o autor discorre) com a do Nordeste geográfico.

Foi dito que as secas ajudaram na configuração do espaço geográfico que veio a ser definido e institucionalizado, em 1941, como o Nordeste. Tem-se como datas de grandes períodos de estiagem os anos de 1877, 1915, 1932 e 1942⁸⁹. A seca ocorrida ainda no Império é tida como a primeira com o caráter moderno, que é identificado até hoje na região, tendo sido o tratamento dado a essas crises climáticas enfrentados de maneira pontual e esparsa até 1932 quando, no governo de Getúlio Vargas, ganharia contornos mais coordenados e centralizados (NEVES, 2001). Segundo Neves, “Mais do que uma irregularidade pluviométrica, a seca pôde ser percebida, a partir de então, como um fenômeno social inserido nas redes de relacionamentos políticos e socioeconômicos” (Idem: 108), mas sempre sendo tratada como uma questão acima de tudo natural em que a superposição do discurso de fenômeno climático inevitável esconde, no fundo, falta de iniciativa e de vontade política das elites na real solução do problema, pois que o instrumentalizavam para gerir suas redes de poder em detrimento do bem estar da população afetada, originando o que tem sido chamado

88 Ver BURITI; AGUIAR, 2008.

89 Em *Geografia da Fome* (1984), Josué de Castro enumera secas datadas em períodos anteriores, além destas citadas, obtidas através de suas leituras de cronistas e médicos: 1744, 1790 e 1846.

de “indústria da seca” (idem; ALBUQUERQUE JR., 1994; FERREIRA *apud* AGUIAR, BURITI, 2008). Essa interpretação de que não apenas as condições naturais seriam algozes da seca se encontrava em Josué de Castro, segundo o qual

Pelo Brasil afora se tem a idéia apressada e simplista de que o fenômeno da fome no Nordeste é produto exclusivo da irregularidade e inclemência de seu clima. De que tudo é causado pelas secas que periodicamente desorganizam a economia da região. Nada mais longe da verdade. Nem todo o Nordeste é seco, nem a seca é tudo, mesmo nas áreas do sertão. Há tempos que nos batemos para demonstrar, para incutir na consciência nacional o fato de que a seca não é o principal fator da pobreza ou da fome nordestinas. Que é apenas um fator de agravamento agudo desta situação cujas causas são outras. **São causas mais ligadas ao arcabouço social do que aos acidentes naturais**, às condições ou bases físicas da região [...] A luta contra a fome no Nordeste não deve, pois, ser encarada em termos simplistas de luta contra a seca, muito menos de luta contra os efeitos da seca. Mas de **luta contra o subdesenvolvimento em todo o seu complexo regional, expressão da monocultura e do latifúndio, do feudalismo agrário e da subcapitalização na exploração dos recursos naturais da região** [...] A meu ver todo o sistema de fatores negativos que entravam as forças produtivas da região são oriundos da arcaica estrutura agrária aí reinante. Todas as medidas e iniciativas não passarão de paliativos para lutar contra a fome, enquanto não se proceder a uma reforma agrária racional que liberte as suas populações da servidão da terra, pondo a terra a serviço de suas necessidades (1984: 259-260, grifos meus).

Análise semelhante fizeram Penna e Neiva ao recusar a hipótese de que o clima do Nordeste fosse o causador da pobreza e da doença, constatando que, na área do rio São Francisco, os habitantes mantinham as mesmas características precárias das gentes do semiárido (CASTRO SANTOS, 1985: 7).

Em 1936, criou-se a lei⁹⁰ que definia o chamado “polígono das secas” que abrangia os estados do Ceará, Bahia, Alagoas, Pernambuco, Parahyba e Natal. Esta área englobou as localidades onde havia incidência de casos de peste bubônica, que vinha se interiorizando, ao passo que os casos rareavam nas cidades portuárias. Neste ambiente diverso do da área urbana, a peste se depararia com uma dinâmica diferente, mas se acomodaria perfeitamente às

90 Lei nº 175, de 5 de janeiro de 1936. Em 1945, o decreto-lei nº 8486 definiu as áreas-limite do polígono: “Art. 2º A área dos Estados do Norte, a considerar no plano referido no art. 1º, é limitada pela polygonal, cujos vertices são os seguintes: cidades de Aracaty, Acarahú e Camocim no Ceará; intersecção do meridiano de 44º W. G., com o paralelo de 9º; intersecção do mesmo meridiano, com o paralelo de 11º e cidade de Amargosa, no Estado da Bahia; cidade de Traipú no Estado de Alagoas; cidade de Caruarú, no Estado de Pernambuco; cidade de Campina Grande, no Estado da Parahyba; e cidade de Natal, no Estado do Rio Grande do Norte”.

características locais, tanto às climáticas e ambientais quanto àquelas derivadas da organização social e econômica.

O ambiente rural proporcionou condições interessantes para a sobrevivência de ratos em proximidade com os humanos. A oferta de alimentos decorrentes da produção agrícola e a sua estocagem dentro das residências constituíam fator atrativo para esses roedores que, se aproveitando das precárias condições higiênicas das habitações populares, faziam seus ninhos nos espaços abertos de paredes, pisos e coberturas erguidos com materiais simples e acessíveis na região como barro, palha e outros, formando os famosos e sempre denunciados mocambos. Culturas como a do milho e a do algodão perfaziam parte da atividade da lavoura e sua colheita e resíduos e foram objeto de preocupação na epidemiologia da peste. Conforme escreveu Barros Barreto, em 1940, a maioria dos casos de peste estavam sendo verificados na área rural

com casas esparsas e distanciadas, às vezes, de quilômetros e, na grande maioria, acessíveis só a cavalo. Ou são pardieiros de antigas fazendas, a servirem também de depósitos anti-higiênicos de cereais e de forragem, e por isto, ainda mais propícios aos roedores; ou são casas menores, mas também, a um tempo, lugar de morada e de guarda para os produtos de lavoura (milho, feijão, caroço de algodão), que se amontoam sem o menor cuidado, pelos cantos dos próprios quartos e de outras dependências das casas. O “mucambo” e a “casa de taipa” são comuns em toda a região: habitações primitivas, de piso de terra batida, construídas de pau a pique, com paredes frestadas e cobertura muitas vezes de palha e de folhas de palmeira, assente sobre barrotes. (1940: 869).

Em relação ao período da colheita, Barreto apontava que nele ocorria a intensificação da peste, de “maio a junho no Ceará” e de “agosto a novembro em Pernambuco”. O aumento dos casos era percebido também em função da temperatura e umidade, na medida em que atuavam sobre a longevidade e reprodução das pulgas, seu bloqueio/transmissibilidade e fecundidade e quantidade de ratos (BARRETO, 1940). O médico constatou, através de dados obtidos nas estações meteorológicas de Guaramiranga (CE) e Garanhuns (PE) que as épocas de colheita eram síncronas às de maior precipitação e de umidade relativa do ar, período após o qual se notava o recrudescimento dos casos de peste. Desse modo, maior temperatura e umidade, marcadamente nas estações da primavera e verão, significavam maior probabilidade

de surgimento de infecções pestosas. No entanto, casos eram registrados em todas as épocas do ano.

No Ceará, o grosso dos casos de peste em 1935 e 1936 ocorreu de fevereiro a junho (80% dos de 1936): e a estação meteorológica de Guaramiranga consigna ter sido essa a época das chuvas, naqueles dois últimos anos epidêmicos (256 a 328 mm em 1935 e 147 a 360 mm em 1936), de maiores humidades relativas (91.5 a 94%, 88 a 93%): a temperatura média variou de 19.7 a 20.8 e de 19.5 a 21.4 nos dois anos. Foram condições das mais favoráveis à *X. cheopis*. Os raros casos ocorridos em 1938 e 1939, nesse Estado, deram-se a ver, porém, em agosto e setembro. Em Pernambuco, a seu turno, a maioria dos casos em 1935 e 1936 (os dos maiores surtos epidêmicos), foram de julho a outubro (até 80% em 1935). A estação de Garanhuns refere ter, nesse período, oscilado em 1935 a temperatura média mensal entre 19.2 e 21.4 e, em 1936, entre 17.6 e 20.4 e ter estado a média das humidades relativas entre 77.2 e 92% e de 79.5 a 91%. Dos 71 casos ocorridos neste Estado em 1938, 85% deram-se a ver no 2º trimestre do ano (Idem: 870)

É importante salientar que tais informações e correlações eram preliminares, pois que não se dispunha de dados pluviométricos, higrométricos e meteorológicos para todas as áreas com incidência pestosa (BARRETO, 1940; BARRETO, CASTRO, 1946).

Essa relação entre chuva e ocorrência da peste era frequente. Entendia-se que o fenômeno seria uma espécie de estopim para o aparecimento da moléstia, já que, findas as precipitações, temperatura e umidade se elevariam inaugurando nesse novo ciclo as possibilidades de atuação dos vetores. Marcelo Silva Júnior⁹¹, então médico do DNSAMS durante seu inquérito sobre a peste no Ceará em 1935, concluiu que ela aparecia no início e no final da “ ‘estação humida’, vindo em regra das serras, de onde atinge as aglomerações humanas dos sertões por um processo de continuidade, através de extensas epizootias de roedores” (SILVA, 1936: 181). Por sua vez, Atilio Macchiavello⁹² afirmaria em 1941, após suas pesquisas no Nordeste, que as chuvas facilitavam a extensão superficial das epizootias murinas e a propagação a roedores silvestres por proporcionar a saída das pulgas dos ninhos devido à queda da temperatura a menos de 26° C (uma vez que, quando altas, as temperaturas provocariam epizootias subterrâneas e não aparentes) e também concluiria ser pelo mesmo

91 Silva Júnior investigava, nesse momento, a peste no Ceará em uma das cinco comissões designadas para esse fim como veremos mais adiante. Falarei sobre seu trabalho no Ceará e sobre suas divergências com um médico da OSP, Atilio Macchiavello no capítulo 2.

92 Médico chileno, epidemiologista, representante da Oficina Sanitária Pan-Americana. Trabalhou com a peste bubônica em vários países da América Latina.

motivo o aparecimento de casos de peste humana ocorridos entre 48 e 72 horas após as chuvas (MACCHIAVELLO, 1941: 460). Por outro lado, entendeu que no período das secas, quando a temperatura aumentava e as chuvas diminuavam, animais e humanos migravam em busca de alimento devido à escassez da produção agrícola, e as espécies de pulgas diminuavam por conta da falta de umidade, o que reduzia a incidência da peste (Idem: 444). De todo modo, reconhecia-se que eram necessários mais dados para se fazer conclusões mais assertivas (BARRETO; CASTRO, 1946).

Além destes fatores abióticos, óbvia e necessariamente, interessam as formas de vida inseridas nos processos patológicos. Nesse caso, os principais personagens envolvidos e sobre os quais as preocupações se voltaram foram os animais da ordem *Rodentia*⁹³ e *Siphonaptera*⁹⁴, roedores e pulgas, e, completando este tripé, a nossa própria espécie, *Homo sapiens*⁹⁵. A relação parasitária do segundo em relação ao primeiro é que engendra as situações de contaminação pela bactéria responsável pela infecção pestosa. A alta presença de roedores junto aos humanos (sinantropia/ratos domésticos) ou mesmo fora desse convívio (não comensais ou silvestres) demonstra sua impressionante capacidade de adaptação aos mais diversos tipos de ambiente e ajuda a entender como a peste pode se adequar ao clima da área do sertão nordestino (seja na caatinga, serra ou no limite com o agreste) e na Serra dos Órgãos (RJ), isso só para citar os focos pestosos atuais no Brasil.

O terceiro personagem desta tríade, o ser humano, aparece nessa relação como vítima, a quem se pretende evitar o contágio (que sempre é entendido como um evento atípico e acidental), como colaborador/aliado, na medida em que sua ação na casa e no ambiente, é imprescindível para o alcance desse fim e como algoz, dado que é através dele que se

93 A ordem mais numerosa dentro da classe *Mammalia* conta com cerca de 2000 espécies e corresponde a 40% das espécies de mamíferos no Brasil. “Os roedores vivem em qualquer ambiente terrestre que lhes dê condições de sobrevivência. Apresentam extraordinária variedade de adaptação ecológica, suportando os climas mais frios e os mais tórridos, nas regiões de maior revestimento florístico e nas mais estéreis; suportam grandes altitudes e em cada região podem mostrar um grande número de adaptações fisiológicas” (Manual de Vigilância Contra a Peste, 2004, p. 20).

94 Com quase 3000 espécies conhecidas, 60 delas presentes no Brasil, é o vetor da peste bubônica. Ambos macho e fêmea são hematófagos, parasitando em sua maioria mamíferos (94%) e, em menor grau, aves (6%). dentre os mamíferos, os preferidos (74%) são os roedores (Manual de Vigilância Contra a Peste, 2004).

95 Surgida há 200.000 anos no continente africano, é uma das 8 milhões de espécies existentes (estimadas). São antropóides “da ordem Primata que inclui espécies de dois grandes grupos taxonômicos (infraordens): os Strepsirrhini (lêmures, lórisés e gálagos) e os Haplorrhini (tarsos e antropóides). Os primatas antropóides possuem várias características compartilhadas como cérebro desenvolvido, face pequena com olhos projetados para frente, dedos oponíveis e unhas nas mãos e nos pés que possibilitam agarrar, duas mamas, capacidade para ficar ereto entre outras” (SANTOS, 2014).

eliminaram milhões de ratos. Entretanto, os roedores, particularmente os ratos domésticos (sinantrópicos), também vítimas da doença, seriam os inimigos a ser enfrentados e sobre os quais recairia fatalmente a culpa pela propagação do mal.

Roedores, portanto, devido à sua capacidade de adaptação, ocupavam todo o Nordeste e outras regiões do país. Segundo Roland Simon, pesquisador no SNP, a fauna da província Bororó-Cariri⁹⁶, que englobava o Nordeste e, portanto, os focos pestosos, “é constituída essencialmente por roedores campestres de hábitos predominantemente terrícolas, rupícolas e, raramente, galerícolas⁹⁷” (SIMON, 1951: 7). Sua distribuição geográfica estaria subordinada às características fitogeográficas predominantes: a caatinga e o agreste (Idem: 9).

Para Simon, era importante estruturar as ligações entre fauna e flora de modo a compreender os fatores condicionantes para a disseminação da peste, ainda mais porque as áreas afetadas eram diversas e de clima e vegetação diferenciados, mesmo dentro do sertão, e os animais se desenvolveriam nestes ambientes quando “imprimem traços nítidos, por fenômenos de seleção e adaptação lentos, nos hábitos, crescimento de população, etc.” (SIMON, 1951: 21-21). Essa circunstância se mostrou importante para Simon ao identificar uma mesma espécie de pulga em roedores cavídeos (preás) e dasiproctídeos (cotias) capturados em diferentes estados do Nordeste de modo que

isso vem facilitar a possível propagação da infecção de Yersin no campo, uma vez que a *Rhopalopsyllus* pode passar de um hospedador a outro de espécie, gênero e mesmo família diferentes, constituindo um ‘**fator de continuidade**’ na dispersão do vírus na Natureza (Ibidem, grifo do autor).

A peste, após sua progressiva interiorização se estabeleceria nas zonas geográficas do agreste e do sertão, onde permanece até hoje como foco natural, associada às áreas de serras, planaltos e vales, de clima ameno e alta umidade, com vegetação de pequeno porte como

96 Classificação dada por Cândido de Mello Leitão, zoólogo do Museu Nacional. Em seu livro Zoogeografia do Brasil “propunha os seguintes níveis de divisão na distribuição dos animais: reino, região, sub-região, província e distrito” e dividia a “sub-região Brasileira (em que se encontraria o território brasileiro) e as suas províncias [em] Caribe, Amazônica ou Hiléia, Cariri-Bororó, Tupi e Guarani” (FRANCO; DRUMMOND, 2007: 1287).

97 “Galerícolas: vivem em galerias construídas sob a vegetação herbácea, entre o emaranhado de folhas caídas e raízes finas, nas matas, capoeiras, campos cultivados, etc. Possuem cauda curta, pelagem densa, orelhas muito curtas, olhos minúsculos, crânio forte e achatado, incisivos muito desenvolvidos, patas fortes com unhas alongadas e fessoras, isto é, que servem para cavar [...] Rupícolas: o formato dos pés proporciona segurança de deslocamento pelas pedreiras e permite escalar árvores [habita nas áreas rochosas] [...] Terrícolas: são animais velozes na corrida e saltam com muita facilidade [habita no solo]” FUNASA, Manual de Controle de Roedores, 2002, p. 15-16.

capinzais, roças e hortas⁹⁸. Embora uma visão estereotipada do sertão nordestino, incrustada no imaginário dos que vivem mais ao sul do país, seja a das paisagens secas, existem regiões com clima e vegetação diversos ao da caatinga (esta a área semi-árida) como é o caso das serras. É a partir desses focos que a peste poderia irradiar para outros terrenos, havendo, nesse caso, a possibilidade da infecção humana decorrente de epizootias. É quando a doença extrapola sua área enzoótica natural, atingindo outros animais (epizootia) e estes, acidentalmente, o humano.

1.3 – A peste no continente Americano e a Oficina Sanitária Pan-Americana

Os países do continente americano enfrentaram problemas com a peste bubônica no início do século XX. Antes da notificação dos casos no Brasil, em outubro de 1899, Paraguai e Argentina já haviam diagnosticado casos da doença na América do Sul. A infecção alcançou, além destes países, o Uruguai, Peru⁹⁹, Equador, Bolívia, Chile e Venezuela. Os Estados Unidos¹⁰⁰ também seriam vítimas da doença¹⁰¹.

As doenças infecciosas, como a peste bubônica, tiveram papel importante para as discussões acerca da necessidade de se criarem regras entre os diferentes países para que o comércio internacional não fosse prejudicado. As relações comerciais eram muito afetadas em períodos de epidemia, levando-se em conta que as transações eram feitas pela via marítima e que muitas das doenças chegavam através das mercadorias e dos tripulantes das embarcações. Fez parte desse contexto a criação da Oficina Sanitária Pan-americana (OSP)¹⁰², em 1902, como o “produto da expansão do comércio internacional, dos avanços na medicina e de uma nova relação política e diplomática entre as nações das Américas” (CUETO, 2007: 19). A OSP

98 Manual de Vigilância Contra a Peste, 2004.

99 Sobre a peste no Peru no início do século XX, ver Cueto, 1991.

100 Sobre a peste em São Francisco em 1907 ver Risse, 1992; e em 1902-1905 Risse, 2012.

101 A peste bubônica fez suas primeiras aparições no continente em diversas cidades. No Paraguai, Assunção, 1899; na Argentina, Rosário e Buenos Aires, 1899; no Uruguai, Montevidéo, 1899; no Chile, Iquique e Valparaíso, 1903; no Equador, Guayaquil e Santa Rosa, 1908; na Venezuela, La Guaira, 1908; na Bolívia, Padcaya, 1921 (FACCINI-MARTÍNEZ e SOTOMAYOR, 2013). Cuba registrou casos em Havana, 1912 e 1914 (LAVAL: 2019). Nos EUA houve peste no Havaí, 1899; São Francisco, 1900 e 1907; Seattle, 1907; Porto Rico, 1912 e 1921; Los Angeles, 1924; Nova Orleans, 1914 (Public Health Monograph, 1955). Ainda houve casos no México, 1902 e Trinidad, 1907 (WHO, 1965).

102 Esta será a nomenclatura utilizada ao longo da dissertação. Perdurou de 1923 até 1948. A partir deste ano passaria a se designar Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), nome que mantém até hoje.

procurava definir e estabelecer cooperação já no início de suas atividades. Sua origem aparece nos documentos oficiais como decorrente das epidemias de febre amarela e de peste e sua criação trouxe base comum para a região da América Latina e Caribe nas questões sanitárias (LIMA, 2002: 27). Segundo Nísia T. Lima, que atenta para o papel que a saúde teve nas relações internacionais e nos processos de constituição de entidades como a OSP,

A consciência a respeito do 'mal público', representado pelas doenças transmissíveis, e da necessidade de estabelecer medidas de proteção em níveis nacional e internacional contribuíram para a criação de fóruns e organismos de cooperação em escala mundial (Idem: 25)

A principal questão que se colocava dizia respeito aos efeitos negativos da quarentena para o comércio. Os negócios não poderiam ser atrasados por essa medida. A intensificação do comércio internacional exigia novos tipos de medidas profiláticas, já que “Um dos principais fatores desencadeantes da derrocada da saúde dos portos convencional foi o fato dela estar fora de sincronia com novos e crescentes interesses econômicos” (CUETO, 2007: 35).

Um outro ponto a acrescentar, ao se explicar o surgimento dessa agência sanitária internacional, segundo Fernanda Rabelo (2010), foi o interesse estadunidense em impedir a chegada da febre amarela em seu território. Como os países europeus não chegavam a um acordo com os EUA sobre a emigração e o controle de doenças, sobretudo quanto à febre amarela, isso teria voltado este país a promover a criação de uma entidade internacional de saúde nas Américas¹⁰³. A resolução para a criação dessa entidade foi resultado da II Conferência Internacional de Estados Americanos, realizada na Cidade do México entre outubro de 1901 e janeiro de 1902 (CUETO, 2007), a partir de proposta dos EUA (RABELO, 2010). Isso, e o fato da sede da OSP ter sido estabelecida em Washington, ajudam a entender a soberania dos EUA na Oficina durante a primeira metade do século XX.

103 “Porém, podemos compreendê-la também [a criação da OSP] como fruto dos desacordos entre nações européias e os EUA, em relação à regulamentação da emigração, e do desinteresse europeu por medidas contra a febre amarela. As questões relacionadas à febre amarela e à imigração contribuíram em certos aspectos para o pioneirismo do continente americano em matéria de cooperação sanitária. Assim, existe uma correlação entre a criação da Oficina Sanitária Internacional e o problema, em especial para os EUA, com a questão imigratória. É neste íterim que se insere o jogo de poder e também de interesses entre nações emigrantistas e imigrantistas” (RABELO, 2010: 262).

Tereza Dulci (2008) explica que havia uma disputa entre EUA e Argentina pela liderança na América Latina. Os estadunidenses controlaram os temas e pautas das Conferências Pan-Americanas de modo a privilegiarem seus interesses e suas tentativas de controle sobre a região, valendo-se do seu poder econômico para implantar sua agenda política. Essa hegemonia da qual fala Dulci foi percebida também por Rabelo que apontou que “A Oficina Sanitária Internacional constituiu, dessa forma, uma rede de interdependência e intercâmbio entre países, articulada com o projeto expansionista de uma nascente potência mundial, os EUA” (RABELO, 2010: 264). Segundo Dulci, houve uma recuperação e reinterpretção da Doutrina Monroe para justificar a política estadunidense na região:

E, embora as Conferências Pan-Americanas lideradas pelos EUA pregassem a paz e a harmonia entre as nações do continente e a Doutrina de Monroe, na sua primitiva interpretação, fosse contrária às disputas entre as nações americanas, houve uma série de anexações e intervenções norte-americanas nos países da América Latina que colocaram em xeque a proposta pan-americana (DULCI, 2008: 40).

Marcos Cueto também tocou na questão do pan-americanismo, que teria surgido como uma estratégia da política externa dos EUA em “respostas às tensões e aos imperativos resultantes da dominação econômica do fim do século XIX” (2007: 38), isto é, para amenizar os conflitos e a imagem negativa que o país vinha recebendo e, posteriormente, devido às intervenções militares em países como Panamá (1903), Nicarágua (1912) e Haiti (1924) (DULCI, 2008). Nesse sentido, não é difícil imaginar que a pressão estadunidense se mostrasse igualmente na esfera sanitária.

Entretanto, apesar dos imbróglis políticos envolvidos, o fato é que a Oficina procurava harmonizar os modelos de atuação, de fiscalização e de combate às doenças, atuando, através das suas Conferências Sanitárias e dos seus representantes itinerantes, como uma instituição internacional de intercâmbio científico que promoveu a circulação de médicos e saberes. Essa movimentação pode ajudar a organizar em diversos países, através das experiências prévias em outros, a adoção de práticas semelhantes como as profiláticas e as de combate a vetores, por exemplo.

Uma consequência desses intercâmbios foi a criação do Código Sanitário Pan-Americano, em 1924, durante a VII Conferência Sanitária Pan-Americana, em Cuba, cuja

ratificação pelo Brasil foi realizada em 1929¹⁰⁴. Os artigos do Código tratavam das notificações e das medidas a serem adotadas em caso de suspeita de doenças transmissíveis e das previsões de ajuda que a OSP poderia oferecer, dentre outras previsões. Desse modo, as nações americanas tiveram um documento no qual se pautar e regras definidas de como resolver os problemas envolvendo o comércio e as epidemias.

O Código vinha suprir necessidades antigas de sistematizar e regular normas para o comércio e para a ação das autoridades dos países signatários. Como expresso em seu primeiro artigo, seus objetivos eram

- (a) Evitar a propagação internacional de infecções ou de doenças susceptíveis de propagar-se a seres humanos.
- (b) Estimular a adopção ou empregar medidas cooperativas destinadas a impedir a introdução e propagação de doenças nos territorios dos Paizes signatarios ou delles procedentes.
- (c) Uniformisar a reunião de dados estatisticos relativos a morbilidade e mortalidade nos Paizes signatarios.
- (d) Estimular o intercambio de informações que sirvam para melhorar a Saude Publica e combater as doenças proprias do homem.
- (e) Uniformisar as medidas empregadas nos lugares de entrada para impedir a importação de doenças transmissiveis proprias do ‘homem, afim de que se possa conseguir uma protecção mais eflicaz contra aquellas e eliminar-se qualquer barreira ou empecilhos desnecessarios para o commercio e as communicações internacionaes¹⁰⁵.

Tentativas de sistematização existiram desde meados do século XIX, sobretudo na Europa, através das Conferências Sanitárias Internacionais (LIMA, 2002). Acordos entre nações sobre tais questões já vinham sendo firmados na América Latina, como em 1873 e 1887, em que Brasil, Argentina e Uruguai tomaram medidas conjuntas para prevenir o cólera, febre amarela, peste bubônica e tifo (LIMA, 2002). Assim, pode-se entender o Código Sanitário Pan-Americano como a consolidação da regulamentação da saúde internacional nas

104 O Brasil ratificou o Código no Congresso Nacional em 1929, através do decreto nº 5693 de 13 de agosto.

105 BOSP, nº 8, 1929, p. 1257.

Américas¹⁰⁶ que, por sua vez, manteria muitos artigos da Convenção Sanitária de 1905¹⁰⁷ realizada em Washington. Alguns autores a veem como precursora do Código (LIMA, 2002).

O regulamento, “verdadeira Carta Magna da hygiene pan-americana”¹⁰⁸, deixava bem claro que a preocupação era com a disseminação e transmissão internacional de doenças como expressa seu artigo VIII

Os paizes signatarios accordam em que, quando se manifeste qualquer das seguintes doenças: cholera, febre amarella, peste, typho exanthematico ou qualquer outra doença contagiosa de caracter epidemico em seus territorios, empregarão immediatamente as medidas sanitarias apropriadas para impedirem a transmissão internacional de qualquer dessas doenças que possa ser transmittida por intermedio dos passageiros, da tripulação e do carregamento das embarcações, assim como, pelos mosquitos, ratos, piolhos e outras sevandijas a bordo dessas embarcações, e notificarão imediatamente a cada um dos Paizes signatarios e á Repartição Sanitaria Pan-Americana, tudo o que diz respeito á natureza e extensão das medidas sanitarias que se tenham applicado para o cumprimento das exigencias prescriptas neste artigo¹⁰⁹.

Buscava-se reduzir ao máximo o tempo de retenção das embarcações

O tempo em que as embarcações ficarão retidas para os fins de inspecção e tratamento será o mais curto possivel, compativel com a segurança publica, de accordo com os conhecimentos scientificos. As autoridades sanitarias do porto deverão facilitar, tanto quanto possivel, o rapido desembarço das embarcações, de accordo com os requisitos antecedentes quanto a peste¹¹⁰.

Finalmente, previa a atuação da Oficina em cooperação com as nações signatárias, o que estava expresso no seu Capítulo IX e, para o que nos interessa, especificamente nos artigos LV, LVI, LVIII e LIX. Neles a OSP estipulou a visitação de representantes aos países signatários para terem com as autoridades sanitárias locais e se inteirarem dos assuntos de

106 Embora a ratificação do Código pelos países tenha sido feita ao longo dos anos. O Brasil, por exemplo só o fez em 1929. Somente em 1936 todas as repúblicas da América Latina teriam feito a ratificação (LIMA, 2002).

107 Convenção *ad referendum*, resultado da Convenção Sanitária Internacional das Repúblicas Americanas. Participaram representantes do Chile, Costa Rica, Cuba, Equador, Estados Unidos, Guatemala, México, Nicarágua, Peru, República Dominicana e Venezuela onde pretendiam codificar as medidas destinada a proteger a saúde pública contra a invasão e propagação da febre amarela, peste e cólera (International Sanitary Convention of the American Republics, 1906). O Brasil aderiu à Convenção em 1908 através do Decreto nº 1908 de 9 de janeiro de 1908.

108 BOSP, nº 8, 1929, p. 1259-1260

109 BOSP, nº 8, 1929, p. 1259-1260

110 Idem: 1267.

saúde (artigo LV); aventou a possibilidade de empreender estudos “epidemiológicos cooperativos” (artigo LVI); previa a designação de seus representantes *ex-officio*, emprestados dos serviços sanitários nacionais, para atuarem nos países-membros (artigo LVIII), e estabelecia que

Por solicitação das autoridades sanitarias de qualquer dos paizes signatarios a Repartição Sanitaria Pan-Americana ficará autorizada a tomar as medidas preparatorias necessarias ao intercambio de professores, especialistas em medicina sanitaria, peritos ou conselheiros em saude publica ou qualquer sciencia sanitaria, como fim de mutuo auxilio e de progresso no que se refere á protecção da saude publica dos paizes signatarios¹¹¹ (artigo LIX).

O auxílio previsto pelo Código de fato se materializou, pensando no caso da peste bubônica, em vários países do continente. Em 1927, de modo a somar estratégias nesses esforços, durante a VIII Conferência Sanitária Pan-Americana realizada em Lima, foram criados cargos para trabalhos de campo, quais sejam os de *representantes viajeros* (CUETO, 2007; LIMA, 2002). Segundo Cueto, esses profissionais eram nomeados pelos órgãos nacionais de saúde e a OSP se encarregava dos custeios da viagem enquanto o país solicitante arcaria com os seus vencimentos (CUETO, 2007).

A importância desses profissionais, ao trabalharem em conjunto com as organizações médicas nacionais, pode ser dimensionada nos variados trabalhos empreendidos em vários países, relatados em artigos presentes no Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana (BOSP), periódico do órgão, cuja publicação se iniciou em 1922.

É possível entender mais amplamente a função desses funcionários através de um documento, no qual consta a solicitação de verbas feita por Edward Ernst, um representante *viajero*, em 1940, ao Departamento de Aprovação de Orçamento dos EUA. Nela Ernst relatava algumas dificuldades pertinentes ao cargo:

The work of a traveling representative is arduous and exacting, involving as it does not only a knowledge of Spanish and Portuguese and the problems of tropical sanitation, but also requiring permanent absence from the United States and no opportunity for establishing a home, as change of station is frequent, and educational facilities for children so lacking, that a home for ones family must generally be maintained in the United States. Few qualified

111 BOSP, nº 8, 1929, p. 1269.

candidates for these positions can be found, and fewer still will accept such positions willingly¹¹².

Nesse momento, Ernst contabilizava apenas seis funcionários nessa categoria, estando dois deles aposentados. Todos faziam parte do Serviço de Saúde Pública dos EUA, o que parecia ser a regra. Há casos de médicos de outras nacionalidades, mas como *viajeros* temporários. Ernst comentou que as solicitações feitas eram muitas, mas não havia como atender todas elas porque o número de pessoal estava aquém do necessário. Também nos informou sobre o procedimento de solicitação desse representante.

The procedure in regard to travel by representatives of the Pan American Sanitary Bureau in South America is briefly as follows: A request is received by Dr. Cumming¹¹³, the director of our office, for consultation, advice, or assistance in one of the republics. If suitable personnel among our traveling representatives in South America is available, such an individual is ordered to proceed. Travel by plane very often proves economical, and at times is the only means of transportation. The estimate for the amount of travel here requested is not in excess of that spent by the Bureau for Traveling Representatives during the last 10 years. It includes actual transportations of officers and their dependents, if any, to South America and return; but, if on temporary details, as in the case of travel from one South American country to another, or for the short trips of less than a year from the United States to South America and return, it includes only the transportation and per diem in lieu of actual expenses for the officer himself¹¹⁴.

Down there [América do Sul] the distances, of course, are very considerable, and our traveling representative do not stay long in any one place. They go

112 “O trabalho de um representante itinerante é árduo e exigente, envolvendo não apenas o conhecimento de Espanhol e Português e os problemas de saneamento tropical, mas também exigindo permanente ausência dos Estados Unidos, sem oportunidade de estabelecer residência, pois a mudança de local é frequente e faltam instalações educacionais para as crianças, de modo que uma casa para suas famílias deve ser mantida nos Estados Unidos. Poucos candidatos qualificados são encontrados para esses postos e menos ainda aceitarão tais posições de bom grado” (tradução minha). Department of State Appropriation Bill for 1941, Washington, 1940, p. 247.

113 Diretor da OSP de 1920 a 1947.

114 “O procedimento com relação à viagem de representantes da Repartição Sanitária Pan-Americana na América do Sul é resumidamente o seguinte: Uma solicitação é recebida pelo Dr. Cumming, o diretor de nosso escritório, para consulta, aconselhamento ou assistência em uma das repúblicas. Se houver pessoal adequado entre nossos representantes itinerantes na América do Sul, esse indivíduo deve prosseguir. Viajar de avião costuma ser econômico e, às vezes, é o único meio de transporte. A estimativa do valor das viagens aqui solicitado não é superior àquela gasta pela Repartição aos Representantes Viajantes durante os últimos 10 anos. Inclui o transporte de oficiais e seus dependentes, se houver, para a América do Sul e retorno; mas, para questões temporárias, como no caso de viagem de um país sul-americano para outro, ou para as viagens curtas de menos de um ano dos Estados Unidos para a América do Sul e retorno, inclui apenas o transporte e *per diem in lieu* [diárias] e as despesas reais para o próprio oficial” (tradução minha). Department of State Appropriation Bill for 1941, Washington, 1940, p. 245.

from country to country but only upon invitations from the various republics for the purpose of consultation and advisory service¹¹⁵

Ernst argumentava, fazendo alusão aos artigos LV e LVIII do Código Sanitário Pan-Americano, que o trabalho destes profissionais era a melhor forma de evitar que as doenças comunicáveis chegassem aos EUA, lembrando aos seus interlocutores que se gastava muito mais anteriormente quando se mantinham funcionários estadunidenses nos portos ao longo do Caribe e da América do Sul¹¹⁶.

Particularmente no caso da peste bubônica na América Latina, os trabalhos da OSP se fizeram muito presentes. O primeiro nomeado como representante *viajero*¹¹⁷ (ou itinerante) foi o médico John D. Long¹¹⁸. “O mais importante ‘comissário itinerante’” (LIMA, 2002: 53), Long era médico do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos desde 1900, trabalhou com a bubônica na Califórnia durante os anos 1910 sob a direção de Rupert Blue¹¹⁹ e, devido a essa experiência, iniciou sua prestação de serviços e consultoria em peste como comissionado *viajero*. A partir de sua nomeação, Long iniciou suas viagens a países americanos a fim de visitar as autoridades sanitárias, alguns portos e os serviços antipestosos e, ainda, teve entendimentos a respeito da ratificação do Código Sanitário Pan-Americano e preparou um projeto para os trabalhos contra peste no Equador (BUSTAMANTE, 1952).

Como exemplos dessa atuação da OSP, utilizo seus primeiros trabalhos no Equador e no Peru. Sua primeira incursão de trabalho de campo com peste na região foi em 1929 em Guayaquil, Equador, iniciando os estudos epidemiológicos com a cooperação das autoridades locais, tendo auxílio de Clifford R. Eskey, outro epidemiologista da Oficina (BUSTAMANTE, 1952). A decisão de se empreenderem estudos epidemiológicos sobre a

115 “Lá as distâncias, certamente, são consideráveis e nosso representante itinerante não permanece muito tempo no mesmo lugar . Eles viajam de país a país, mas apenas mediante convite das várias repúblicas com o propósito de consultoria e serviço de aconselhamento” (tradução minha) Department of State Appropriation Bill for 1941, Washington, 1940, p. 245.

116 Department of State Appropriation Bill for 1940, Washington, 1939, p. 219.

117 Também fora nomeado na ocasião o argentino Alfredo Sordelli que não pode prosseguir no cargo, permanecendo apenas Long (BUSTAMANTE, 1952: 487).

118 Nascido na Pensilvânia se graduou no Jefferson College em 1897. Trabalhou nas Filipinas de 1901 a 1906 e de 1914 a 1918, reorganizando seus serviços de saúde. No Panamá, assim como nas Filipinas, foi chefe de quarentena na zona do Canal em 1927 e 1928. Auxiliou o governo do Chile em 1925 a reorganizar seu Departamento de Saúde, além de ter trabalhado mais intensamente com peste no Peru e Equador. Segundo seu obituário, foi coautor do Código Sanitário Pan-Americano, dos códigos sanitários do Panamá, Chile e Equador. Faleceu em Guayaquil, Equador, em 18 de setembro de 1949 (The British Medical Journal, oct., 1949).

119 Diretor da OSP de 1912 a 1920 que havia trabalhado nas epidemias de peste de São Francisco em 1902-1904 e 1907-1908, esta última ocorrida após o terremoto de 1906.

peste na América do Sul foi tomada em reunião do Conselho Diretivo da OSP em 1929¹²⁰ (LONG, 1930). As resoluções dessa reunião continham recomendações para a pesquisa da peste e da febre amarela na América do Sul e Panamá. Os relatórios das viagens de Long pelo continente fizeram surgir essa proposição¹²¹. Fica claro que havia a preocupação com a disseminação entre países e a sua interdependência sanitária era fato como mostrado a seguir nas considerações prévias às mesmas resoluções

Considerando, que la peste bubónica existe actualmente en seis Repúblicas Americanas, y dado que ha sido comprobada la propagación de la enfermedad, de algunas de esas Repúblicas a otros países del mundo, y Considerando, que debido al aumento de los medios de transporte y a la mayor rapidez de las comunicaciones, existe hoy día mayor peligro para los países no infectados que el que existía en tiempos anteriores, y Considerando, que de los medios más eficaces para proteger los países no infectados, uno de los más importantes consiste en la denuncia rápida y exacta de los casos que ocurren¹²².

Os trabalhos começaram em 18 de setembro de 1929, focando principalmente na qualidade das habitações que favoreciam o abrigo de ratos (LONG, 1930). Era muito forte, desde o início, apresentar as condições arquitetônicas das casas como fator preponderante na epidemiologia da doença. Por exemplo, em 1928 havia disponível, e foi publicado no BOSP, um modelo para normatização de construções, tomado do *United States Public Health Reports*, que previa em seus artigos medidas para a edificação de construções a prova de ratos¹²³. Muito da sobrevivência do roedor dependia da estrutura das casas/estabelecimentos e dos hábitos dos moradores/proprietários a exemplo do mau armazenamento de alimentos e descarte incorreto do lixo.

O que pareceu acontecer é que havia a exortação de se implementar medidas antirratos nas construções porque, a longo prazo, seriam as mais eficazes, já que as soluções mais imediatas e paliativas como o envenenamento e a matança de ratos (ou esquilos, no caso dos

120 Ocorrida entre maio e junho de 1929, foi a Primeira Reunião do Conselho Diretivo da OSP. Nessa mesma reunião foi outorgado um voto de aplauso ao Brasil pelos trabalhos realizados no combate à febre amarela. BOSP, Resoluciones y Acuerdos del Consejo Directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana en su Sesión del 27 de Mayo al 8 de Junio de 1929, n° 8, 1929.

121 BOSP, Resoluciones y Acuerdos del Consejo Directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana en su Sesión del 27 de Mayo al 8 de Junio de 1929, n° 8, 1929.

122 BOSP, Resoluciones y Acuerdos del Consejo Directivo de la Oficina Sanitaria Panamericana en su Sesión del 27 de Mayo al 8 de Junio de 1929, n° 8, 1929.

123 BOSP, La “Antirratización” (Ratproofing) de los Edificios como Medida contra la Peste, n° 9, 1928.

EUA) teriam um sucesso muito limitado. Essa noção se manteria nas décadas de seguintes, mas sempre coexistindo com as ações de eliminação desses animais que, na prática, pareciam ser as mais trabalhadas como o próprio Long (1930) apontou ao escrever que o envenenamento em grande escala constituía o método mais eficaz para o extermínio dos ratos, não mencionando qualquer investimento na melhoria das construções.

O plano de campanha se baseou em pontos específicos. Quanto ao primeiro deles, a captura de ratos, concluiu-se que esta medida era útil, mas apenas para a garantia de espécimes para exames de laboratório (LONG, 1930). Para a eliminação dos animais, ela seria ineficaz e custosa. O segundo foco era o envenenamento que, inicialmente, fora feito com farinha de milho misturada a cloreto de bário. Ao longo da campanha, experimentos foram realizados de modo a aumentar sua potencialidade e, então, passaram a misturar à farinha de milho arsênico com bacalhau ou queijo de Parma, alternando o atrativo quando fosse necessário, na medida em que os ratos o recusassem (LONG, 1930). O envenenamento surtiu efeito, pois no andamento das ações se percebeu que o intervalo entre casas onde se encontravam ratos envenenados subiu de 1,75 para 12. Para a população do interior, apenas o método do envenenamento foi utilizado, devido à falta de laboratórios próximos para análise dos animais capturados e ao fato da prática da captura ser mais cara (LONG, 1930).

Um fator peculiar, descrito por Long, se refere a outro aspecto importante para a epidemiologia da peste nas comunidades indígenas da região. Após a infecção ter alcançado as áreas do interior por via férrea, a transmissão teria se propagado através dos próprios indígenas que tinham por costume velar seus parentes dentro de suas moradas durante vários dias. Somado a isso, havia o fato do ritual funerário envolver a manipulação e limpeza do cadáver. Outra prática apontada como prejudicial era o método de se matar as pulgas a dentadas. Desse modo, recomendou que se empregasse periodicamente o veneno, o isolamento dos casos, a fumigação das cabanas, a proibição dos velórios no interior das mesmas, o melhoramento das condições de armazenamento de grãos, visitas periódicas dos inspetores de saúde e a construção de um espaço específico para os ditos velórios (LONG, 1930).

Derivou da mesma resolução do Conselho Diretivo de 1929 a campanha antipestosa no Peru. Com apoio do governo peruano e dos médicos Nicolás Cavassa e Benjamín Mostajo (chefes do *Servicio Nacional Antipestoso*; Cavassa no cargo até janeiro de 1931 e substituído

por Mostajo) se iniciou em 13 de outubro de 1930 em Lima, estendendo-se a Callao, depois ao Norte e ao Sul do país (LONG, 1931). O trabalho consistiu, assim como no Equador, no envenenamento e na captura de ratos. Para isso o país foi dividido em setores para os quais um ajudante sanitário era enviado a fim de cumprir as atividades profiláticas; nos portos foram feitas capturas para análise em laboratório de espécimes de ratos e pulgas. Em seu artigo sobre a campanha peruana, Long apontou que o foco foi a destruição dos roedores e, com vistas nisso, fez uso de setenta toneladas de veneno que se compuseram de farinha de trigo, arsênico e algum atrativo (queijo, pescado seco, camarão) envoltos em pacotes de papel (LONG, 1930).

Suas recomendações finais ao governo incluíam a permanência dos trabalhos de profilaxia por pelo menos um ano, preferivelmente dois, após o registro do último caso, pelo *Servicio Nacional Antipestoso*; a criação de uma comissão assessora, fiscalizadora do serviço antipestoso e de seus gastos; a inamovibilidade dos empregados do *Servicio* até as atividades chegarem a termo e a reconstrução, à prova de ratos, do Mercado Central de Lima, um “perigo constante para a saúde pública” (LONG, 1930).

Ao que parece a atuação de Long se consolidava através de seus métodos de enfrentamento que se baseavam sobretudo nos ciclos de envenenamento. O chamado “método Long” consistia na distribuição sistemática de veneno nas regiões onde haviam ocorrido casos de peste e nos focos resistentes (MIÑO, 1932). Nesse momento, em que poucos eram os recursos técnicos, podia-se contar apenas com as medidas de higiene da habitação e dos estabelecimentos, o descarte correto do lixo e com os químicos utilizados como veneno. Não aparecem nos artigos de Long referências à soroterapia e à vacinação. Talvez porque não fizesse parte de sua alçada e fosse atividade própria do governo ao qual atendia, mas, ainda assim, não há alusão às medidas terapêuticas.

Segundo Cueto (2007), Long terminaria com êxito esse trabalho em 1931. Tanto Equador quanto Peru, após a passagem do pestólogo, tiveram redução de seus casos (LONG, 1931; MIÑO, 1932). A padronização dos procedimentos entre os dois países fronteiriços, cujos casos de peste se relacionavam algumas vezes, teria sido base desse sucesso, apoiado no envenenamento sistemático e intenso¹²⁴. Apesar desse primeiro sucesso, esse dois países, que

124 Segundo Miño (1931), comissionado *viajero* temporário, essa padronização fora acordada em Conferência realizada na cidade de Piura, Peru, em 30 de julho de 1930. No entanto, não encontrei referências sobre o evento.

exemplificam a cooperação da OSP e também a incidência de peste na América do Sul, sofreriam nas décadas seguintes com diversos outros surtos. A questão permaneceria séria e outro acordo seria firmado mais tarde, em 1945, para o enfrentamento da moléstia na fronteira¹²⁵. Nele se decidira que os respectivos serviços antipestosos empreenderiam ações contra ratos ao longo da fronteira numa profundidade de 10 km cada um, de modo simultâneo.

Na década de 1950, Macchiavello escreveria sobre a peste silvestre na América do Sul, relatando ter feito pesquisas nesses países em 1942, 1943, 1946 e 1947 (1957)¹²⁶, atestando que havia casos recorrentes. Isso ocorreu após sua passagem pelo Brasil entre 1939 e 1941 com o mesmo objetivo¹²⁷. Portanto, assim como o Brasil, Peru e Equador enfrentaram surtos da doença ao longo do século XX, o que exigiu a cooperação da OSP e pesquisas por parte dos serviços de saúde nacionais.

Concluindo, é importante salientar que algumas das regiões com incidência de peste ficavam no litoral, exemplo de Guayaquil e Callao, cidades portuárias, e outras em áreas mais distantes, no interior. A exemplo do que aconteceu no Brasil, a interiorização da infecção seguiu o trajeto das linhas férreas e da circulação de passageiros e mercadorias. Essa nova configuração apresentou novos ambientes, novos animais, novas situações não encontradas nos espaços urbanos. Considerando que o Código Sanitário Pan-Americano concentrava-se e dedicava suas preocupações sobretudo às embarcações e aos portos, podemos notar uma extensão de seu horizonte de ação. Na medida em que a doença desaparece dos portos e das cidades litorâneas e passa a se manifestar no interior, a atenção passa a se concentrar na possibilidade da moléstia fazer o caminho de volta, do campo para a cidade, e daí para os portos, acendendo a possibilidade de transmissão internacional.

125 Acordo celebrado em 1 de setembro de 1945 na cidade de Macará, Equador, com a presença dos diretores dos Serviços Antipestosos deste país e do Peru, os médicos Cornelio Sáenz Vera e Benjamín Mostajo, respectivamente. Ainda participaram Atilio Macchiavello, epidemiologista da OSP, e Anthony Donovan, comissionado *viajero*.

126 Foram quatro publicações no BOSP entre 1957 e 1958.

127 No capítulo seguinte haverá um tópico a respeito.

Capítulo 2 – O governo federal toma para si a profilaxia da peste

Após os primeiros surtos e epidemias de peste bubônica terem acontecido nas cidades portuárias, a doença aos poucos se interiorizou, tornando-se endêmica na região Nordeste. Os surtos aconteciam com frequência e demandavam ações por parte do poder público que geralmente não dava conta de suprir as necessidades e empreender campanhas que dessem resultados permanentes.

Percebe-se nos discursos de médicos o chamamento a uma centralização dos serviços de saúde pública relativos à peste bubônica acompanhados das críticas feitas à falta de sintonia entre os diferentes estados no tratamento das moléstias, acarretando prejuízos aos estados que geriam melhor seus problemas sanitários.

Em 1935, o governo federal promoveu uma série de inquéritos sobre a doença no Nordeste de modo a implementar um plano de ação para toda a região. É esse o tema do primeiro tópico, seguido da análise da profilaxia da peste nas Delegacias Federais de Saúde, órgãos criados em 1937, que faziam a intermediação entre a União e os estados em matéria sanitária.

Em, seguida, demonstro o início da cooperação entre o Brasil e a OSP na orientação da profilaxia antipestosa e a pesquisa de um de seus representantes, o médico Atilio Macchiavello, na região Nordeste.

Finalmente, abordo as tratativas que discutiram a necessidade de um serviço centralizado para cuidar da peste no país e a criação do Serviço Nacional de Peste.

2.1 – Os inquéritos de 1935

Apesar de sua presença desde o fim do século XIX no Brasil, pouco se sabia, no início do século XX, sobre as características específicas da peste bubônica nas diferentes regiões do país em que ela persistia. Havia lacunas que precisavam ser preenchidas por estudos científicos, tanto os de laboratório quanto os de campo, através dos quais diversas variáveis poderiam ser esclarecidas.

Talvez uma das questões mais importantes a serem respondidas era sobre a existência ou não da forma silvestre da infecção, motivo de discussão desde fins da década de 1930 até a de 1960. As análises sobre o papel das diferentes espécies de pulgas na transmissão, a sua permanência em tocas de roedores, a sensibilidade destes à *Y. pestis* e a influência da temperatura e das chuvas na circulação da infecção eram outros pontos a serem esclarecidos e sobre os quais os pesquisadores se debruçavam.

Até a criação do SNP, o combate à peste geralmente foi feito de forma pontual, paliativa, reativa ao acontecimento de casos humanos. A consequência desse modelo de ação resultava na incapacidade de solução do problema, uma vez que, baseada na resposta ao evento do caso humano, não se focava nos sinais prévios indicativos de infecção pestosa, quais sejam, as epizootias de roedores. Outro empecilho ao controle era a falta de monitoramento das áreas pestosas. Como visto no capítulo anterior, a profilaxia se baseava em geral no isolamento, desratização do local e de áreas adjacentes e em algumas medidas de limpeza, após o imediato acontecimento dos surtos, sem que houvesse um plano de tratamento rotineiro em cima das condições desencadeantes da peste. Essa situação começou a mudar quando o governo federal passou a ser o responsável pelo enfrentamento à doença no Nordeste em 1936. Devido à frequência de casos na região, o governo realizou inquéritos no ano anterior com o objetivo de entender a dinâmica da infecção e de propor as ações de combate mais uniformes.

Em fins de 1934, a imprensa noticiava a ocorrência de surtos no Ceará, publicando uma entrevista com o então diretor do Departamento de Saúde Pública do estado de Pernambuco, Décio Parreiras, na qual ele declarava que

Em todos os annuarios deste Departamento venho chamando a atenção da necessidade de um combate systematico á peste, nas regiões nordestinas, onde a endemia e epizootia murina existem para descredito das organizações sanitarias actuaes. Sem articulação de vários serviços em os diversos Estados do nordeste, pouco vale o que representa a destruição de ratos em Triumpho, se o mesmo não se verifica em Princeza. Aproveito o DIARIO DE PERNAMBUCO para um apello ás autoridades federaes, no sentido de uma coordenação de esforços para tal fim¹²⁸.

128 Diário de Pernambuco, 20 de novembro de 1934, p. 1. Nesta entrevista, Parreiras fornece dados sobre a profilaxia antipestosa dos anos anteriores no estado de Pernambuco. Eles se referiam às quantidades de ratoeiras distribuídas, iscas e capturas de roedores, respectivamente, para os seguintes anos: 1931 – 14.518 / 5.363 / 3.456; 1932 – 68.015 / 27.243 / 12.406; 1933 – 61.072 / 6.298 / 10.794. Esses dados demonstram que, ao menos em Pernambuco, havia um serviço de peste que buscava o controlar a doença, o que não

Após a ocorrência destes casos de peste bubônica em Fortaleza, em 1934, o governo enviou Amadeu Fialho, médico patologista da DNSAMS, ao Ceará para a realização de um inquérito.

No dia 17 de novembro de 1934, na rua Nogueira Acioli, adoeceu uma menina com 12 anos de idade, apresentando febre alta, bubão crural e os sintomas restantes, típicos, da peste. O tratamento pelo soro específico, produziu resultados satisfatórios, salvando-se a doentinha. Na mesma quadra deram-se outros casos, de diagnóstico retrospectivo, todos com os mesmos sintomas. Tais casos que apareceram depois foram confirmados pelo Laboratório, sendo estes os primeiros exames bacteriológicos realizados. Nesse local podem ser computados 10 casos, sendo 2 com exame de Laboratório e 8 clinicamente. A epizootia murina era acentuada. Foi o aparecimento desses casos que determinou a nossa ida à Fortaleza a 2 de janeiro do ano 1935 (FIALHO, 1935: 827).

A zona examinada foi dividida em três setores. Durante os seus trabalhos, ministrou-se soro antipestoso aos pacientes, que tiveram seus bubões puncionados a fim de retirar material para análise. Também aos comunicantes dos doentes era administrado soro, se fosse o caso, ou a vacina. Quanto às medidas contra os ratos, predominou a captura por meio de ratoeiras e de iscas envenenadas com bário e arsênico, enquanto usava-se emulsão de petróleo no combate às pulgas. Sobre os procedimentos laboratoriais, o processo passava pela trituração de baços de ratos mortos e da coleta de material humano para inoculação em cobaias.

Fialho não deixou de observar aspectos próprios da dinâmica social e econômica das localidades cearenses pelas quais passou. Assim, é possível ver seus apontamentos acerca de fatores que contribuía para a epidemiologia da peste, por exemplo, quando aborda a situação das habitações e a produção de algodão (produto que, sabidamente, abrigava e transportava pulgas de uma região a outra):

Nessa área são abundantes as habitações pobres, tipos de casa chamada “a sopapo” e mesmo palhoças [...] Merecem especial menção as casas onde são manipulados os sacos de algodão, que vêm do interior. A abundância de pulgas, nessas casas, deve ser enorme e o perigo de disseminação da peste é sempre frequente. Este fato era inteiramente possível no Ceará, porque os fardos de algodão chegam de uma área em que a epizootia, seguramente

parecia suficiente visto os apelos de Parreiras.

pestosa, é frequente nos seus roedores e vinha fazendo dezenas de casos humanos pela serra (FIALHO, 1935, p. 828).

Outro ponto do inquérito destacado pelo médico se relacionava com a falta de dados sobre os murinos. Não se podia afirmar quais espécies de ratos eram suscetíveis e poderiam transmitir a doença nem quais predominavam no interior, cujo habitat diferia do da cidade. Para além disso, ainda constatou que outros animais poderiam disseminar o germe, como preás e mocós, e observou a grande mortandade de gatos durante os surtos. Em relação às pulgas, julgava-se que a *Xenopsylla cheopis*, por sua maior incidência nos ratos, seria “a mais pestigena das pulgas, como tem sido julgada por todos os pesquisadores” (FIALHO, 1935: 832). Ou seja, eram poucas as certezas e muitas as dúvidas a respeito da circulação do germe causador da peste. Sua epidemiologia precisava ser construída para que modelos de enfrentamento tivessem no que se basear.

A conclusão de Fialho, após sua passagem pelo Ceará, foi de que a peste era um problema de difícil solução posto que atingia uma área extensa, era responsável por vários surtos frequentes e que os trabalhos deveriam ser permanentes e uniformes. Isso porque, como a responsabilidade do embate às doenças cabia aos estados da federação, não estava assegurado um tratamento cabível e compatível com a seriedade que a peste demandava. Por isso, defendia o serviço federalizado e fora da esfera dos estados. Sugeriu que se realizassem, além das ações de rotina, pesquisas sobre a fauna local e seus parasitas e que a parte de laboratório de peste fosse separada do laboratório geral.

A não ser o estado de Pernambuco, onde ha uma Inspeção de Erradicação de Peste, os outros estados têm conseguido realizar os trabalhos profiláticos, sobretudo a custo de comissões efemerias. A natureza desse trabalho, porém, a longa extensão que deve tomar, cobrindo diversos estados, a sua natureza especializada e a necessaria persistencia para obter os resultados que se desejam, isto tudo leva á conclusão de que essa profilaxia deverá ser permanente e federal, isto é, com uma direção só, que imprimisse uma uniformidade tecnica, moldavel, no entanto, ás diversas condições regionais (FIALHO, 1935, p. 832-833)

Meses depois dos estudos empreendidos por Fialho, outro médico do DNSAMS, José Bonifácio Paranhos da Costa, foi enviado ao mesmo estado devido a novos casos de peste ocorridos em outubro, procedendo com mais um inquérito na região, um indicativo de que os

governos estaduais não mantinham um serviço de vigilância nem controlavam os surtos. Contudo não foi possível averiguar os resultados das pesquisas de Bonifácio Costa. Sabe-se, entretanto, que ele chegou a Pernambuco no ano seguinte para “assentar as bases definitivas para a competente organização da delegacia daquelles mesmos serviços [de peste] do Nordeste, cuja séde é Pernambuco e abrange varios sectores, desde a Bahia ao Ceará”¹²⁹.

Também em outubro, iniciaram-se os trabalhos em novos inquéritos, desta vez envolvendo uma área maior que abrangia outros estados do Nordeste¹³⁰. Os trabalhos de fins de 1935 e início de 1936 foram compostos de cinco comissões de estudo em diferentes estados: uma no Piauí, uma no Ceará, uma para Rio Grande do Norte e Paraíba, uma para Pernambuco e Alagoas e uma na Bahia¹³¹. Cada comissão era composta por um médico bacteriologista, um escriturário-auxiliar de laboratório, guardas e serventes. Contavam, ainda, com um laboratório “facilmente transportável”¹³². Os médicos responsáveis por essas comissões foram, segundo Ernani Agrícola, diretor do Serviço de Saneamento dos Estados, Marcelo Silva, Mario Motta, Oscar de Britto, Walder Studart e Lintz Caire com os quais iniciara sua viagem investigativa pelo Brasil em 13 de outubro¹³³.

Houve preparação de um mês para os médicos e auxiliares da comissão serem instruídos sobre a doença, as práticas de laboratório, a identificação de roedores e pulgas, os métodos profiláticos e a terapêutica¹³⁴. Os objetivos do inquérito eram bem abrangentes e perfaziam o total de dez pontos de análise e se concentravam em reunir conhecimento a respeito das variáveis epidemiológicas nas áreas atingidas como: a incidência da peste geograficamente; a captura de roedores; o índice de pulgas; as condições econômicas; a

129 Diário de Pernambuco, 5 de janeiro de 1936, p.1.

130 Já em 7 de julho de 1935, é possível verificar notícias que preveem esses estudos como mostra o Diário de Pernambuco. Nessa data, o periódico informou que previa-se a realização de um inquérito epidemiológico “em todo o Nordeste e da nosographia regional” e que seriam nomeadas “comissões itinerantes do Piauí ao norte da Bahia”.

131 O início do trabalho dessas comissões foram nas cidades de Feira de Santana (BA), Garanhuns (PE), Campina Grande (PB), Crato (CE) e Paulistas (PI).

132 GC h 1940.03.11

133 Diário de Pernambuco, 5 de janeiro de 1936, p.1.

134 O programa do curso era o seguinte: “I – Estudo das diferentes formas clínicas da peste. II – Práticas de laboratório, para o diagnóstico da peste humana, visando a colheita do material, o isolamento e a identificação do germen, a verificação das lesões anatomo-patológicas encontradas nos animais inoculados. Diagnóstico da peste dos roedores, captura, inoculação por via cutânea em animais receptíveis, identificação do germen nos esfregaços do baço. III – Sistemática dos sifonópteros transmissores, técnica das colheita, identificação e classificação dos roedores responsáveis pela disseminação da doença. Índices pulicidianos. IV – Normas dos inquéritos epidemiológicos. V – Métodos de profilaxia, visando a luta contra os roedores, com sensível responsabilidade na doença. Subsídios da engenharia sanitária á profilaxia da peste. VI – Tratamento específico da doença” (GC h 1940.03.11).

descrição de meios de comunicação e transportes; a verificação das atividades agrícolas e industriais; a situação higiênica das habitações; a remoção de lixo; dados meteorológicos; e a estipulação de orçamento para um possível trabalho permanente futuro¹³⁵.

Percebe-se que tais objetivos estavam pautados por uma concepção de saúde que não se atinha apenas às categorias médicas e bacteriológicas, mas que também se preocupava com os aspectos sócio-econômicos, uma característica forte nesse período, herdeira das gerações anteriores de sanitaristas que se preocuparam com a qualidade de vida das populações e sua interferência no processo saúde-doença. Desconsiderar as circunstâncias sociais não era uma opção, principalmente quando se tratavam de doenças infecciosas, cuja transmissão era favorecida pelo ambiente precário no qual viviam as populações mais pobres. Por isso, é importante perceber esse tipo de preocupação presente nas investigações dessas comissões. Dentre os dez pontos de objetivos listados, os itens VII e VIII se referiam aos estudos das condições higiênicas dos domicílios e dos locais que armazenavam a produção agrícola (uma preocupação antiga e que se seguirá nas décadas seguintes) e à rotina de remoção de lixo doméstico e urbano. Os itens IV e V procuraram se atentar à infraestrutura local de transportes e comunicação e ao “índice de riqueza e prosperidade e os recursos de que pode dispor”, ambos com o intento de “auxiliar a campanha, a ser estabelecida em serviço definitivo”. Finalmente, tratavam das questões mais intrinsecamente relativas à circulação do germe, os pontos I, II, III, VI e IX. Dentre eles, encontram-se o reconhecimento das modalidades clínicas da peste, da sua distribuição geográfica, do número de casos confirmados e suspeitos, da captura de roedores domésticos e silvestres, da análise das pulgas coletadas para estipulação de índices pulcidianos e da caracterização das atividades agrícolas e industriais com o fito de entender a participação dos produtos de suas atividades na difusão da doença. O item X arrematava com a futura proposta orçamentária decorrente do resultado dos trabalhos “objetivando sua irradiação ou a manutenção de uma vigilância constante que permita atender a qualquer revivescência epidêmica”¹³⁶.

Como exemplo dos trabalhos dessas comissões, uso o relatório de Marcelo Silva Júnior, médico designado pela Diretoria dos Serviços Sanitários nos Estados, que realizou seus estudos no Ceará, tendo chegado ao estado em 28 de outubro de 1935. Ele estabeleceu, juntamente com Leorne Menescal, então inspetor do serviço estadual de peste, três áreas de

135 GC h 1940.03.11

136 GC h 1940.03.11

foco e baseou-se, por questões de infraestrutura, na cidade do Crato. Embora as ambições da pesquisa fossem abrangentes, pretendendo se fazer a investigação sobre os roedores, os insetos transmissores, a epidemiologia dos últimos dez anos e o diagnóstico de condições econômico-sociais, Silva dispunha de pouco tempo. Contabilizou a média de 20 dias de pesquisa para cada foco. Outro contratempo foi sua chegada em “época inoportuna de verdadeira calma epidêmica” (SILVA JÚNIOR, 1936: 156), de modo que não pode testemunhar epizootias.

Recolheu dados sobre temperatura e umidade e apontou problemas envolvidos na epidemiologia da moléstia, a exemplo do descarte irregular do lixo e da grande porcentagem de mocambos como habitações precariamente construídas e propícias ao abrigo de ratos. Apesar de não ter presenciado epizootias, obteve relatos de casos de peste e presenciou alguns. Interessante perceber como se reconstituía o “caminho” da infecção através dessas observações, ainda mais num momento em que não havia certezas sobre o modo como a doença circulava na região:

José Rodrigues Barbosa, 15 annos. Pardo. Residente em Araripe. Bôa disposição geral, sem febre, com ganglios axillares do tamanho de uma nóz, de ambos os lados, não dolorosos á apalpação [...] Na véspera de adoecer, dormiu longo tempo no chão ao lado de um cachorro que chegava de Tabocas (fóco pernambucano de peste) e que costumava caçar preás pelos mattos. Esse animal veio doente, fallecendo dentro de uns cinco dias mais ou menos, muito magro, porém sem ganglios crescidos (informação do guarda). Como experimentadores acreditados não conseguiram ainda infectar o cão com o bacilo de Yersin, julgamos que cachorro de José Rodrigues albergasse occasionalmente pulgas infectadas, provenientes, talvez, de algum roedor sylvestre por elle devorado (SILVA JÚNIOR, 1936: 169)

Durante sua pesquisa teve notícias de um surto na Chapada do Araripe, localidade de Pau Ferrado, no qual foram relatados 36 óbitos “indiscutivelmente causados por peste” ocorridos entre junho e outubro de 1935. Segundo o funcionário enviado à localidade, Ulysses de Souza, havia grande quantidade de pulgas nas residências das vítimas e quase todas elas apresentavam o quadro de peste ganglionar. Alguns casos duraram 24 ou 48 horas entre os sintomas e a morte. Silva fez questão de ressaltar que nenhuma destas pessoas teve acesso ao tratamento médico. Entretanto, a justificativa para isso era curiosa. Para Silva Júnior, não seria devido à falta de auxílio, mas por conta de questões culturais:

É de se referir que nenhuma dessas victimas acima citadas fôra tratada ou tivera assistencia medica. Mas simplesmente pelo facto hoje muito commum entre os matutos cearenses de occultarem da Saude Publica, sob rigoroso sigilo, todo e qualquer caso grave de doença aguda, temendo a viscerotomia nos que morrem. Chegam mesmo a fazer longas caminhadas, á noite, pelo matto, com o defunto ás costas, na rêde, para o enterro clandestino, furtando assim o corpo do parente á picada do “amaldiçoado” viscerotomo do Serviço de Febre Amarella. Como esse serviço é muito bem feito e manda exhumar systematicamente, a despeito da mais rebelada reacção, os cadavres enterrados sem o visto prévio do viscerotomista, redobra-se o sigilo do matuto na defeza de seus mortos. Nefasta a ignorancia daquelles simplorios que assim, embaraçam a acção da prophylaxia confundindo aos calculos do estatista sanitario (SILVA JÚNIOR, 1936: 170)

Muito dos estudos de Silva derivou de informações obtidas de dados estatísticos coletados no estado e de relatos da experiência de moradores. Chegou a escrever que “as informações colhidas a respeito foram mesmo vagas, sem maior interesse” (SILVA JÚNIOR, 1936: 177). Apesar do curto período destinado à pesquisa, Silva Júnior pode angariar alguns dados epidemiológicos. Em relação aos roedores, constatou que a espécie mais capturada durante a empreitada foi a *rattus* (90, 47%), “mundialmente o maior propagador da peste” (SILVA JÚNIOR, 1936: 174). Teve contato com roedores silvestres (punaré, preá, mocó, cotia e paca), perguntando-se como se davam as epizootias na região, apesar da dificuldade em reconstituí-las. Apontou, ainda, que o início e o fim dos períodos chuvosos coincidiam com epizootias em maior ou menor grau.

Era tão parco o conhecimento sobre a peste no interior que consideravam-se vários animais como participantes no processo infeccioso.

O matuto refere insistentemente que outros animaes tomam parte nas citadas epizootias: raposas, gatos sylvestres, veados e até cobras (!). Quanto á raposa, pessoas de maior responsabilidade têm attestado o facto, mas pensamos tratar-se de raiva ou um outro mal qualquer peculiar á especie, porque nem só nas épocas de epizootias apparecem mortas nos campos e as que foram vistas não apresentavam bubões (SILVA JÚNIOR, 1936: 174) .

Já no caso dos roedores não havia dúvidas de que a causa da mortandade era a peste bubônica. Os casos humanos viriam a confirmar esse ponto, pois estes sempre se ligavam a algum tipo de contato anterior do doente com os animais mortos após os surtos epizoóticos. Mas algumas

observações e dúvidas a respeito da infecção pestosa relacionada às epizootias se fizeram presentes. Silva se perguntou porque certos casos de “queda de rato”¹³⁷ não eram precedidos de epizootias, aludindo até a uma teoria de que poderia haver um “depositario humano do virus pestoso”¹³⁸.

Em Cangaty tivemos oportunidade, entretanto, de verificar quedas de rato dentro da villa sem nenhuma referencia de epizootia, na época, em derredor. Em Telha parece que a epizootia se irradiou da povoação. Isso nos interessava tanto mais quanto foram negativas as inoculações que procedemos do rato de casa em cobayas e havia no local a suspeita de “ingua de frio”¹³⁹, esse conjuncto de cousas nos levando a não desprezar a possibilidade de um depositario humano do virus pestoso naquellas alturas, do qual a doença passaria ao rato nas epocas de maior actividade da pulga, dando inicio ao surto epizootico, embora contrariando o cyclo classico do mal de Yersin¹⁴⁰ (SILVA JÚNIOR, 1936:174).

Em suas conclusões, o médico observou que, no Ceará, a peste aparecia na forma ganglionar (bubônica), na região crural (coxa), no início e no fim da estação úmida, vinda das serras, atingindo “os sertões” por contiguidade provocando epizootias de roedores. Indagando sobre a conservação do vírus na natureza, imaginou que ele poderia se manter latente nas serras. Mas, devido às diferentes configurações ambientais desses espaços, não seria possível atribuir de maneira concreta a um determinado animal esta pecha. Concluiu, então, que tal animal ou seria “um grande andarilho” (para percorrer a extensão das serras) ou “um animal que não bebesse agua” (pelo fato de algumas regiões serranas serem desprovidas de grande quantidade de água).

A nossa suspeita ficaria então entre o gato sylvestre, representado por mais de uma especie e muito abundante na região, andarilho resistente, inimigo

137 Como comumente era chamada pela população a morte de ratos. Muitos literalmente caíam mortos dos telhados, por isso a “queda de rato”.

138 A ideia do papel do corpo humano na manutenção da doença não era nova. Desde o século XIX, a exemplo do solo, levantara-se a hipótese do corpo humano servir como hospedeiro atenuante da peste e fonte de posterior infecção a longo prazo. Ver LYNTERIS, 2019.

139 Nomenclatura pela qual os pacientes reconheciam a doença. Também a chamavam de “febre do caroço”.

140 Silva faz questão de dizer, sobre essas asserções que “a premencia de tempo e a amplitude de nossa missão só e mal nos permittiam o direito de levantar hypotheses, dado que as observações, não cobrindo siquer uma estação do anno, eram realizadas, como já assignalamos, em época impropria e na vastidão de uma região secca, sem nenhum conforto pessoal ou technico” (SILVA JÚNIOR, 1936: 177). Silva se referiu aqui a sua chegada em época sem epizootia e às dificuldades advindas da estrutura precária da pesquisa que contava com poucos funcionários e não teve boa estrutura de campo para coleta de material para análise, por exemplo.

natural do rato [...] e a preá, roedor extraordinariamente frequente nas chapadas das serras e que dispensa a agua para sua subsistencia (idem: 182).

Cabe dizer que Silva Júnior abandonaria por completo qualquer hipótese de peste silvestre anos mais tarde, afirmando que o rato doméstico era o verdadeiro reservatório da infecção e que não havia a forma silvestre no Brasil. Sua pesquisa será criticada em 1943 pelo chileno Atílio Macchiavello, representante da OSP, no periódico Brasil Médico, no qual os dois travaram discussões acaloradas (isso será visto mais adiante).

Como resultado da investigação, foi proposto um “plano geral de estudos e prophylaxia sistemática”. Segundo Silva

O serviço de peste deverá, a nosso ver, a seguir bem de perto as excellentes linhas mestras da Fundação Rockefeller contra a Febre Amarella – inteiramente independente de outros, de caracter definitivo, isto é, até a erradicação do mal, da alçada exclusiva da União, valorizando ao maximo o merito pessoal de seus funcionarios technicos ou burocraticos, encarando como básico o lado economico-financeiro da campanha (SILVA JÚNIOR, 1936: 183).

Novamente, vê-se outro apelo em prol da atividade centralizada nas questões de peste pelo governo federal. Na visão destes médicos, que compartilhavam formações e visões semelhantes, que se relacionavam e se encontravam em reuniões, conferências e congressos, a administração da saúde deveria ficar a cargo da União.

Fazendo coro às reivindicações centralizantes para o tratamento da peste, o já citado Décio Parreiras, agora ex-diretor geral do Departamento de Saúde Pública de Pernambuco, as justificava após o

recente aparecimento de casos de peste bubonica na capital cearense [...] esse problema quasi secular, que vem compromettendo varias administrações sanitarias, as quaes, antes, se comprazem em tomar medidas de resultado duvidoso, relegando a plano secundario os de caracter eminentemente nacional, como o da erradicação de doenças transmissiveis, hoje de prophylaxia seguramente positivada (PARREIRAS, 1935: 429).

O médico insistia na adoção de um trabalho conjunto nos estados do Nordeste. Sua preocupação se direcionava ao risco que a doença representava para as capitais da região e para a capital federal, elevando o tom de denúncia contra a União que estaria negligenciando

a infecção, já que desde 1930 o Serviço de Profilaxia Rural nos estados havia sido extinto. Para ele, a questão deveria ser encarada numa perspectiva nacional

pela interdependência de factores na solução e, sem que tenhamos unidade de commando, em oito desses Estados e conseqüente uniformidade de actuação, simultaneamente no combate e recursos financeiros, melhormente fornecidos pela União, estaremos a perder tempo. E é tanto mais necessaria uma actuação federal, conjunta e uniformemente dirigida, quanto de pouca valia seria a desratisação em zonas limitrophes de determinados Estados, se os mesmos não tiverem elementos e não se propuzerem a agir em sentido identico (PARREIRAS, 1935).

Parreiras tocou num ponto-chave, o peso da interdependência social/sanitária percebido nas questões das doenças de carácter epidêmico. Para estes médicos, se não fosse incorporada pelo governo federal, muito pouco se avançaria em seu combate, visto que os estados da federação não produziam uma solução cadenciada. E, com exceção de Pernambuco, nenhum outro estado da região dispunha de serviços regulares antipestosos (PARREIRAS, 1935). Ainda assim, a imprensa denunciava as más condições sanitárias deste estado, o que demonstra, pelo menos, que os serviços estavam aquém do necessário.

O que infelizmente esse surto de peste vem demonstrar é precisamente resultado dessa hygiene de fachada que se tem feito ultimamente no Recife e do abandono em que teem vivido as populações do interior [...] Que a responsabilidade da administração que ahi está ha mais de quatro annos, é incontrastavel não resta menor duvida[...] Bem se diz que o sertanejo é perseguido pela fatalidade: quando não é a secca para o reduzir á miseria, é o cangaceiro, é a peste¹⁴¹.

Cabe lembrar que esses inquéritos se revestiram de intenções futuras, de um trabalho a ser realizado a longo prazo. Talvez aí esteja a sua inovação. A proposta destes trabalhos tinha uma perspectiva não imediata e visava estabelecer um serviço que fosse permanente e que alcançasse o objetivo de frear a incidência da doença e, claro, saber mais sobre suas características. Em artigo de 1940, publicado no Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana (BOSP), Barros Barreto, por exemplo, apontou que ainda havia muitas incógnitas a respeito da evolução da infecção pestosa dentre os roedores, citando Bonifácio Costa, quem primeiro organizou e comandou a campanha contra a peste no Nordeste.

141 Diário de Pernambuco, 25 de julho de 1935, p. 5

Até agora não se conhece com precisão a responsabilidade efetiva dos roedores silvestres na peste do Brasil. Bonifacio Costa, que organizou e dirigiu, no seu início, a campanha no Nordeste, discreteando sobre o assunto, assim se exprime: ‘a questão do reservatório de germe da peste na zona rural ainda está aberta, porém os dados epidemiológicos até agora conhecidos ainda são a favor do rato doméstico. A meu ver o desencadeamento da peste entre outros roedores, fora do rato, decorre do acesso dos roedores silvestres aos domicílios ou de possíveis migrações dos ratos domésticos aos campos em busca de alimentos’ (BARRETO, 1940, p. 872).

As pesquisas e conclusões demandavam longo prazo. Nos anos seguintes aos inquéritos, continuariam a ser discutidos o papel efetivo dos roedores silvestres na disseminação da peste e como reservatórios naturais e o papel das diferentes espécies de pulicídeos na transmissão da *Yersinia pestis*. Ao longo do capítulo, esses pontos serão abordados.

Decorrente dos inquéritos das cinco comissões, iniciaram-se os trabalhos do governo federal com a peste bubônica no Nordeste em agosto de 1936. O governo central assumia o comando do tratamento da doença nesta região novamente (após a experiência prévia do Serviço de Profilaxia Rural na década de 1920). Dessa vez, não mais enviando médicos para auxiliar em surtos esporádicos como aconteceu nas décadas anteriores, em resposta à solicitação dos estados, mas tomando o controle da situação, instituindo um novo modelo de atuação. Segundo Almir de Castro, a campanha estava subordinada ao delegado da região Nordeste e era executada pela Diretoria de Serviços Sanitários nos Estados, órgão federal¹⁴². Nesse momento, os estados trabalhados foram Bahia, Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Ceará e Piauí, sob uma direção única. Tal situação permaneceu até a criação das Delegacias Federais de Saúde, órgãos para os quais a responsabilidade com a campanha contra a peste foi alocada.

A organização administrativa de 1936 para o enfrentamento à doença se dividiu em cinco setores com subdivisões distritais. A operação envolvia 142 municípios no total. A campanha “obedeceu aos processos clássicos de luta, visando a população murídea e seus ectoparasitos e, secundariamente, a imunização do homem receptível” (BARRETO, 1940: 874). Nesse mesmo ano, foram definidas pela DNSAMS, de acordo com as instruções de John Long, orientações para o serviço de peste¹⁴³. Acredito que foram essas as medidas elaboradas

142 A informação consta em ofício a Carlos Drummond de Andrade, chefe de gabinete do MES, de 29 de novembro de 1943 (GC h 1940.03.11). Essa Diretoria foi criada em 11 de novembro de 1936, no entanto, ela foi extinta pela lei nº 378/37, a lei de reforma da saúde (FONSECA, 2007: 153).

143 Publicado no BOSP, nº 15, 1936.

para subsidiarem a recente campanha, já que, no fim do documento, há menção aos serviços de peste do Distrito Federal e do “Sector do Nordeste”. Uma evidência de que teriam sido desenvolvidas para essa empreitada nos dá Barros Barreto quando cita, que em 1936 foram formuladas “instruções pormenorizadas, que se refundiram” em reunião de novembro de 1938¹⁴⁴ no Recife.

Nota-se a cooperação da Oficina Sanitária Pan-Americana (OSP), na figura de John D. Long, representante desta instituição. Long, nesse momento, já havia trabalhado com surtos de peste em outros países da América do Sul e os procedimentos elaborados na dita reunião inspiravam-se nas “normas do Dr. J. D. Long, empregadas largamente em toda a América do Sul” (BARRETO, 1940: 875). A colaboração da OSP com o Brasil na tratativa da peste continuaria nos anos seguintes.

Dentre as instruções fixadas para a campanha se encontravam: 1 – coleta de material para diagnóstico, 2 – exame bacteriológico, 3 – classificação de pulgas e seus índices, 4 – exames de ratos e seus índices, 5 – classificação dos casos em positivo, suspeitos não confirmados e negativos, 6 – desratização em ciclos mensais, trimestrais ou semestrais (em casos de peste recente, mais de seis meses e mais de doze, respectivamente) com envenenamento com arsênico¹⁴⁵, 7 – desratização por armadilha (de modo a capturar ratos vivos), 8 – desinfecção de mercadorias nas áreas portuárias, 9 – antiratização “ante as quais as outras não passam de paliativos”, 10 – tratamento dos doentes, 11 – imunização com soro e vacina.

Observa-se o enfoque que se quis dar às práticas de antiratização como as mais eficazes no trabalho de campo. Afastar e evitar o convívio com os ratos mostrava-se aí como a principal medida combativa, a qual se afirmará, na visão da saúde, como a mais proveitosa e

144 Participaram desta reunião nos dias 16 e 17 de novembro de 1938, além de Barros Barreto, Ernani Agrícola (diretor da Divisão de Saúde Pública, os delegados das 3ª, 4ª e 5ª regiões, todos os médicos do Serviço de Peste, John Long (representante *viajero* da OSP) e Valdemiro de Oliveira (diretor da Seção de Epidemiologia do Departamento de Saúde de São Paulo) (BARRETO, 1940).

145 Barreto relata outros tipos de venenos utilizados mundo afora, usando bibliografia extensa em todo seu artigo, mostrando estar a par das pesquisas em peste: “Não se utilizaram [no Brasil], dos recursos ainda mais usados, nem o carbonato de bário (recomendado nas Índias por Taylor e na África por Campbell), nem a tila (que Moore enaltece), nem o sulfato de tálio, como o fez Eskey em Hawai, onde parece se ter mesmo mostrado mais eficiente que o arsênico (Dopmeyer). Tão pouco não foi feita nenhuma aplicação nas tocas de ratos dos compostos cianogênicos, que tão bons resultados veem dando nas mãos de Yacob, Thornton, Gerbert, Taylor, Scott, Campbell, Babenuishev, Fourie, Yang, Landauer, Koo e Lin, nem tão pouco do brometo de metila, enaltécido para a peste silvestre por Meyer, Stewart e Mackie (1938), como melhor ainda que os compostos cianogênicos” (1940: 875).

recomendada nos anos seguintes, embora isso não signifique o desaparecimento de outros métodos de desratização. Reforça ainda mais essa ideia, o comentário de Barreto sobre as imunizações¹⁴⁶ que, ainda que fosse prática dos trabalhos em peste, “Não se tem procurado dar a essas práticas importância demasiada, fazendo-as passar para plano superior ao das medidas de desratização e antirratização” (BARRETO, 1940: 876). A vacina utilizada era produzida pelo Instituto Oswaldo Cruz e parece ter sido empregada simultaneamente com a fabricada pelo Departamento Nacional de Saúde, tendo esta última melhor resultado, segundo Barros Barreto. O porém da utilização das vacinas estava nas dificuldades relacionadas à necessidade de reaplicação (7 dias de intervalo) e ao seu prazo curto de proteção que variava de seis a oito meses. Essas duas condições tornavam a vacinação um método quase que paliativo e prolongado, pois exigia reinoculações periódicas. A vacinação seria descartada quando a terapêutica introduziu no tratamento as sulfas¹⁴⁷ e os antibióticos.

Foi nesse contexto de práticas e diretrizes, no qual a União assumia o combate à peste, que foram criadas as Delegacias Federais de Saúde (DFS) em 1937.

2.2 – O serviço de peste nas Delegacias Federais de Saúde

Gustavo Capanema enviou ao presidente Vargas uma proposta de reforma do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) em 1935. Capanema, ministro da pasta, traduziria nessa proposta a visão expansionista do governo, do ponto de vista das ações sanitárias, que se baseava na ampliação das ações federais nos estados (FONSECA, 2007).

Alguns pontos desta primeira versão merecem ser destacados como, por exemplo, o esquema administrativo diferenciado na forma da organização dos serviços de saúde, marcando a distinção entre órgãos de direção e de execução, a proposta de criação das Conferências Nacionais de Saúde e das Delegacias Federais de Saúde (FONSECA, 2007). Dado que a votação da reforma fora transferida para o ano seguinte, sendo apenas sancionada

146 Apesar de não parecer ter peso muito grande no escopo da profilaxia antipestosa, o número de imunizações apresentado por Barreto é considerável. Em 1937 houve mais de 5.000 vacinações; em 1938 cerca de 27.000; em 1939 foram por volta de 5.000.

147 O grupo das sulfonamidas compreende seis drogas principais: sulfanilamida, sulfisoxazol, sulfacetamida, ácido para-aminobenzoico, sulfadiazina e sulfametoxazol, sendo as duas últimas de maior importância clínica. Fonte: http://www.anvisa.gov.br/servicosade/controlere/rede_rm/cursos/rm_controlere/opas_web/modulo1/sulfonamidas.htm.

em janeiro de 1937, é importante frisar que estes aspectos permaneceriam no projeto de 1936, pois que fundamentais para as pretensões políticas do governo. Todos os pontos acima denotavam tentativas de se administrar de maneira mais favorável à União sua relação com os estados, objetivando transpor as condições de autonomia dos mesmos, consolidadas na Constituição de 1891. Todos eles buscando uma forma de interferir nas dinâmicas de então, ajustando as necessidades sanitárias dos estados às do governo federal, fosse através da intermediação das Delegacias com os departamentos de saúde dos estados, fosse por meio das Conferências, nas quais previam-se arranjos acordados entre as partes.

Apesar de sua autonomia, os estados lidavam com o problema permanente de escassez de verba para manutenção de seus serviços de saúde. A exemplo do que Hochman (2006) apontou para a década de 1920, sobre a situação de interdependência sanitária, motivo pelo qual os estados avocaram ao governo central parte dos cuidados em saúde, na década de 1930 as coisas não estavam muito diferentes. Com exceção de alguns poucos estados, a maioria não conseguia arcar com seus custos ou possuíam parca infraestrutura sanitária.

Um exemplo disso pode ser visto na atuação do Serviço de Estudos das Grandes Endemias (SEGE). A elucidação sobre os aspectos epidemiológicos das endemias seria uma etapa fundamental para quaisquer planos de ação prática para um combate efetivo, segundo acreditava Evandro Chagas, diretor da instituição (BARRETO, 2012) e a viabilidade desse projeto se daria com a ajuda imprescindível dos estados. Não obstante, Chagas constatou em 1938, após um inquérito preliminar feito pela comissão destinada a estudar a leishmaniose visceral americana¹⁴⁸, que

Aos Estados é, no momento, muito difícil assumir a responsabilidade de qualquer campanha contra as endemias rurais, porque para tanto lhes faltam recursos financeiros e instrução técnica do corpo de médicos dos Serviços Sanitários (CHAGAS, 1938: 1350).

Ou, ainda, que “Os Estados do Nordeste não conseguiram ainda levar a efeito campanha anti-malarica de maior intensidade, em virtude das condições financeiras, sempre precárias” (CHAGAS, 1938: 1340). Segundo Danielle Barreto (2012), a criação do SEGE teria como objetivo suplantar essas dificuldades que eram demandas dos próprios estados. Nesse sentido, pode-se aludir à permanência de problemas de longa data, nos estados, referentes às questões

148 Que passaria a se chamar Comissão Encarregada de Estudos e Inquéritos sobre as Grandes Endemias do País no início do ano de 1938.

de saúde como falta de verbas, à dificuldade em manter campanhas contra as endemias e à falta de estrutura.

A reforma de 1937 uniria, então, o útil ao agradável ao permitir o avanço da União nos estados, via delegacias federais de saúde, e ao suprir as dificuldades sanitárias dos entes federativos, mantendo sua autonomia, questão fundamental e sempre negociada como aponta Fonseca (2007). As discussões durante o processo de votação da reforma debruçavam-se, em grande parte, justamente sobre o tema da relação entre os estados e a União. Mais do que a definição das áreas de interesse, o que permeava o debate no Congresso era a forma de atuação do governo federal nos estados, tendo vários deputados arrolado propostas de emenda para a manutenção da celebração de acordos como já era de costume na relação entre esses dois entes (FONSECA, 2007). Desta forma, as delegacias federais de saúde surgiam como o modelo propício para firmar o tipo de equilíbrio entre a autonomia dos estados e a centralização federal, permitindo que ambos trabalhassem conjuntamente, atuando as delegacias como intermediárias nesse panorama.

Em janeiro de 1937, as DFS¹⁴⁹ foram criadas pela lei nº 378 que dava nova organização ao MESP¹⁵⁰. A instituição das Delegacias foi uma conquista política de Capanema que buscava a inserção do governo federal nos territórios dos estados, através da sua presença física via órgãos de fiscalização. Nitidamente um desdobramento das tentativas de centralização executadas pela administração Vargas nas diferentes áreas de gestão.

Como demonstrado por Cristina Fonseca, as DFS e a divisão do território brasileiro em áreas para sua atuação, foram instrumentos poderosos para as ambições do governo. O resultado das negociações, impresso na lei da reforma, evidenciava a capacidade de pactuação da União nesse período ainda democrático. Segundo a autora, “A proposta de criação das delegacias federais de saúde foi uma das mais importantes inovações institucionais promovidas pela reforma do MESP, para os propósitos de expansão dos órgãos federais de saúde” (FONSECA, 2007: 151). Atuando como serviços intermediários, as suas competências, de acordo com a lei, eram inspecionar os serviços federais de saúde, colaborar

149 Foram criadas oito DFS com as seguintes divisões administrativas: 1ª Região: DF e RJ; 2ª Região: Território do Acre, AM, PA; 3ª Região: MA, PI e CE; 4ª Região: RN, PB, PE e AL; 5ª Região: SE, BA e ES; 6ª Região: SP e MT; 7ª Região: PR, SC e RS; 8ª Região: MG e GO. Suas respectivas sedes eram as cidades do Rio de Janeiro, Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, São Paulo, Porto Alegre e Belo Horizonte.

150 É a partir desta lei que o Ministério da Educação e Saúde Pública - MESP passa a se designar Ministério da Educação e Saúde – MES.

com os estados nas questões de saúde pública e de assistência médico-social. Além disso, com o protagonismo de Barros Barreto à frente do DNS e sua influência junto aos governos dos estados, a estrutura da saúde ganhou coesão como apontou Hochman “Cada delegacia federal de saúde funcionaria como um braço do Ministério em uma determinada região e estabelecia uma relação íntima com os serviços sanitários estaduais, inclusive com a nomeação dos seus chefes” (2005: 132). Freitas, em sua entrevista, reforçou a iniciativa do diretor do DNS. “Ao Governador ele visitava, não é? E o Governador então eh... interferia através do Secretário de Saúde pra o atendimento daquilo que fosse informado, fosse indicado pelo Diretor do Departamento de Saúde, que era Barreto”¹⁵¹.

Pouco tempo depois, o serviço foi transferido para as DFS recém-criadas. Seria esse mais um capítulo das formas e instituições pelas quais a doença foi combatida. A reorganização dada pela lei nº 378/37, estabeleceu que o Nordeste seria dividido entre três delegacias: a da 3ª Região, formada pelos estados do Maranhão, Piauí e Ceará, a da 4ª Região, responsável por Rio Grande do Norte, Paraíba e Pernambuco e a da 5ª Região, cujos integrantes eram Sergipe, Bahia e Espírito Santo, tendo suas respectivas sedes em Fortaleza, Recife e Salvador.

Graças ao projeto das delegacias, foi possível atender às demandas centralizadoras do governo de certo modo e aos anseios dos sanitaristas que reivindicavam há tempos uma direção sanitária mais uniformizada e controlada pela União. Elas “uniformizaram as ações públicas no campo da saúde e asseguraram que a expansão do poder público federal pelo território nacional ocorresse segundo parâmetros comuns e de modo coordenado” (FONSECA, 2007: 155). Entretanto, referente à questão da peste, a configuração administrativa da profilaxia não estava de todo modo organizada e orientada por um único órgão. Não somente as diferentes delegacias federais cuidavam do problema, mas também outros órgãos se responsabilizavam pelo controle da moléstia: além das três delegacias do Nordeste e da delegacia da 6ª região, que tinha jurisdição sobre a cidade de Santos (SP), havia o trabalho da Inspeção de Serviços Especiais (ISE), com competência sobre o Distrito Federal e a cidade de Miguel Pereira (que havia passado por surtos em 1938) e o Departamento de Saúde do estado de São Paulo que permanecia no controle de sua própria

151 Depoimento de Celso Arcoverde de Freitas (DCAF), Fita 5, lado B. Entrevista cedida, em 1994, às pesquisadoras da Casa de Oswaldo Cruz Wanda Hamilton, Cristina Fonseca e à bolsista Maria Beatriz Guimarães. Transcrição de Denise Duque Estrada.

profilaxia antipestosa¹⁵². Desse modo, percebe-se que, embora reconheça-se a necessidade de combater a moléstia, havia aspectos que não estavam uniformes. Mas, no que se refere ao Nordeste, o domínio era das três delegacias da região. As funções das delegacias eram de fiscalização, execução e auxílio aos estados. Supervisionavam os serviços federais nas unidades da federação, executavam as campanhas de peste e controle de doenças como boubá, tracoma e esquistossomose e cooperavam com os sistemas sanitários dos estados financiando centros de saúde. Também eram responsáveis por exigir dos estados dados bioestatísticos para o planejamento de ações de combate às enfermidades. As diretrizes gerais eram elaboradas pela Divisão de Saúde Pública (DSP)¹⁵³, órgão do Departamento Nacional de Saúde. As áreas pestosas do Nordeste foram divididas em cinco setores e distribuídas entre as três delegacias da região como mostra a tabela a seguir:

Tabela 1 – Divisão das áreas pestosas nas Delegacias Federais de Saúde¹⁵⁴

Setor	Local ¹⁵⁵	Sede	Delegacia responsável
1º	BA	Salvador	5ª Região
2º	AL, PE	Maceió	4ª Região
3º	PB, PE	Recife	4ª Região
4º	CE, PI, PB, PE	Crato	3ª Região
5º	CE	Fortaleza	3ª Região

Para comandá-las, foram selecionados médicos sanitaristas que tivessem uma visão ampla da saúde pública e que não estivessem subordinados aos interesses políticos. Essa característica era fundamental para se trabalhar em saúde pública na visão de Barros Barreto, o grande nome da área da saúde então, diretor do DNS, para quem saúde e política não

152 Em 11 de março de 1940, o interventor do estado, Adhemar de Barros, solicita, em ofício a Capanema, que as atividades do serviço de peste federal sejam estendidas à São Paulo (GC h 1940.03.11). No entanto, em documento de 31 de outubro de 1942, de Almir de Castro a Capanema, aquele informa que ainda era o Departamento de saúde do estado que se incumbia da profilaxia (Idem). Lembrando que em 1942, o SNP já havia sido criado.

153 Extinta na Reforma de 1941, lei nº 3171/41.

154 Tabela elaborada pela autora com base nas informações coletadas no arquivo CPDOC/ GC h 1940.03.11

155 No caso de Pernambuco, Paraíba e Ceará, suas jurisdições foram definidas por contiguidade das áreas endêmicas na região das divisas dos estados e não pelo seu território oficial. Por isso, fazem parte de mais de uma delegacia. A Bahia aparece na listagem, mas, naquele momento, não era considerada oficialmente como parte da região nordeste.

deveriam se misturar sob pena desta ofuscar o pleno desenvolvimento sanitário nacional e descontinuar as ações conquistadas. Segundo este raciocínio, aos médicos era dada uma oportunidade privilegiada de compreensão e resolução dos problemas sanitários (alheios à mácula da política de interesses) e o dever de sanear o país. Acrescente-se o fato de Barreto se esforçar (e conseguir) consolidar os nomes propostos por ele nas diretorias de saúde dos estados. Tal feito garantia a comunicação entre as DFS e as Diretorias de Saúde dos Estados, estabelecendo relações contínuas e de interesse comum. Freitas explicou sobre essa perspectiva de Barreto e dos sanitaristas em geral.

De modo que a... a mentalidade do sanitarista, aquela abrangência pra esses problemas de saúde e principalmente pra fazer profilaxia, pra fazer medicina preventiva, já estava na cabeça do chefe, que era o Delegado. Então, era o Delegado que tinha contacto com os Secretários de Saúde dos Estados, que por sua vez, eh... estavam sendo colocados como Secretários sempre médicos sanitaristas. Foi essa uma das tarefas de Barreto. Conseguir colocar como diretor de Departamento e Secretário de Saúde, médico sanitarista¹⁵⁶.

Muitos desses médicos desempenharam seu serviço imbuídos de um espírito idealista, vocacional, sentindo-se parte de uma estrutura que pretendia resolver certos problemas do país. Esse “espírito de sanitarismo” se forjaria nos trabalhos de campo (CUNHA, 2004), mas também na própria disposição e seriedade com que encaravam essa missão de sanear o Brasil.

Nomes como Celso Arcoverde de Freitas e Almir de Castro fizeram parte dessa nova estrutura de saúde, descendente da reforma de 1937 e que se alinhava com as perspectivas políticas centralizadoras. Almir de Castro, futuro diretor do SNP, ajudou a montar a DFS da 4ª Região (literalmente, buscando local adequado e mobília) e foi seu delegado de 1938 a 1940, quando deixou o cargo para fazer sua especialização em saúde pública na Universidade Johns Hopkins nos EUA. Iniciando no DNS no mesmo ano que Castro, Celso Arcoverde de Freitas, trabalhou na DFS da 5ª Região, começando sua experiência, que viria a ser duradoura com a doença, no distrito de Caruaru (PE) como médico auxiliar do serviço de peste. Através dos relatos deste personagem, é possível resgatar episódios do desempenho desses órgãos no comando da profilaxia pestosa.

Segundo Freitas, os trabalhos na delegacia demandavam tempo quase exclusivo, já que os casos de peste proliferavam pelo agreste e sertão nordestinos. As ocorrências eram

156 DCAF, ita 5, lado B.

tantas que ele precisou parar de clinicar e se dedicou apenas às tarefas da Delegacia. Isso aconteceu também devido ao escasso número de profissionais. Apesar disso, as DFS implementaram um esquema de controle da peste baseado em ciclos de envenenamento¹⁵⁷ (o método Long) estabelecendo um raio de 6km de ação, a partir das áreas infectadas. Iniciaram-se aí as rotinas de viagens, que seriam muito características no futuro SNP, nas quais se adotavam as medidas profiláticas e terapêuticas disponíveis para melhor debelar a moléstia. Como se respondia aos casos imediatamente, as viagens se tornavam frequentes e seguidas. Como ele relata,

Caruaru era o epicentro de uma área pestosa enorme. Então, eu saía de Caruaru... Ía atender ao norte, vamos dizer ao norte, o povoado de Torres, que hoje é o município de Toritama; Frei Miguelinho, era outro local, que deu peste; depois, Vertentes... Quando eu estava em Vertentes, já estava subindo para Surubim, Umbuzeiro e Paraíba. Quer dizer, eu andava 40, 50 quilômetros ao norte de Caruaru e outro tanto ao sul. E quando menos a gente esperava, vinha uma notícia: “Vá atender casos em Garanhuns...”. Porque o médico que atendia peste em Garanhuns, era o chefe do Posto, Vicente Ferrer o... Vicente Ferrer não tinha muito... ou ele atendia o Posto, ou ele atendia peste. Aí, então, me jogavam pra lá...¹⁵⁸

Tudo indica que os serviços estavam bem incipientes, pois havia falta de médicos, de experiência e poucos recursos. Freitas explica que aprendeu tudo o que viria a saber na rotina do seu trabalho no campo, já que sua atividade anterior estava completamente baseada na clínica, ou seja, não houve nenhum tipo de curso prévio sobre profilaxia e tratamento de peste para que ele pudesse dar início ao serviço. Nem de laboratório próprio a delegacia dispunha, pelo menos em Caruaru, visto que os exames eram feitos no Centro de Saúde da cidade e até mesmo no Hospital São Sebastião, onde Freitas trabalhava antes de deixar a clínica.

Agora, eu fazia uma coisa lá: em vez de usar o laboratório do Centro de Saúde de Caruaru, eu usei o laboratório do labo... do Hospital, porque era prático pra mim. Eu ia lá pra atender a parte de clínica médica da enfermaria e fazia os exames de ratos... as lâminas, os esfregaços de material suspeito de... homem ou de roedor, eu levava pra lá, e as pulgas também, que eu classificava lá no laboratório. Podia fazer isso no laboratório de... do...

157 Os ciclos eram mensal (durante o período de seis meses), trimestral (durante o período de um ano) e semestral (durante o período de um ano).

158 DCAF, Fita 4, Lado A.

Centro de Saúde mas, por uma questão de aproveitar o tempo, eu já estava ali, fazia logo lá¹⁵⁹.

Neste trecho verifica-se parte da rotina implementada nos laboratórios como o procedimento de análise de material suspeito e classificação de pulgas. Outro ponto muito importante que teve seu advento durante os serviços de peste nas delegacias foi a adoção do “diário do médico” como uma das atribuições deste funcionário. O diário foi tomado de inspiração do Serviço de febre amarela da Fundação Rockefeller e, pelo menos desde 1938, foi utilizado pelas delegacias e seguiu-se assim durante todo o período do SNP. Tal instrumento tinha como objetivo relatar ao superior imediato todas as atividades realizadas no campo e todas as atividades administrativas. Era uma forma de controle do serviço feito à distância.

O...a adoção do diário do médico para registro de...atividades administrativas e um resumo do...das...dos fatos epidemiológicos ocorridos, isso foi realmente uma idéia que surgiu do que vimos na febre amarela. A febre amarela adotava, sempre adotou o diário médico. E é uma das coisas boas para que a diretoria... esteja presente, sinta a presença do médico no campo ou na sede... o que ele faz, ele registra no diário¹⁶⁰.

Na década de 1930, a profilaxia pestosa dispunha de técnicas simples para o trabalho de campo. Distante do advento dos inseticidas e raticidas e dos antibióticos mais modernos, disseminados no pós Segunda Guerra, as delegacias se utilizavam dos procedimentos considerados os mais eficazes então. A desratização e a despulização desde o início foram o foco da ação, intencionando eliminar o rato e suas pulgas. Dentre as técnicas utilizadas estavam a desratização a pau, o envenenamento e a expulsão dos ratos de seus esconderijos com acetileno¹⁶¹. Em relação ao tratamento dos pacientes, naquele momento, apenas o soro antipestoso e a vacina, ambos produzidos pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC), estavam disponíveis. E, mesmo assim, não eram garantia de eficácia, pois a vacina protegia por um período curto, exigindo várias reaplicações, e o soro nem sempre fazia regredir os sintomas

159 DCAF, Fita 4, Lado A.

160 DCAF, Fita 9, Lado A.

161 O acetileno ou etino é um hidrocarboneto formado por apenas dois átomos de hidrogênio e dois de carbono: C₂H₂O. Trata-se de um gás incolor, instável, altamente combustível. Em temperatura ambiente, o acetileno é inodoro em sua forma pura. Quando misturado a outras substâncias apresenta um cheiro característico e desagradável em virtude das impurezas presentes. Fonte: <https://www.todamateria.com.br/acetileno/> .

quando aplicado tardiamente. Este era aplicado no doente e nos comunicantes, aquela nas pessoas que não haviam tido contato com ratos mortos.

O afazer dos médicos e funcionários no desempenho de suas funções se iniciava com a ciência dos casos humanos suspeitos de peste. Imediatamente o médico deveria seguir para o local, visto a urgência da situação e da corrida contra o tempo, dado que a qualidade das amostras, da realização de autópsias e do tratamento rápido ao convalescente dependiam da sua agilidade. O que não era, de fato, fácil. As distâncias eram grandes, as estradas precárias. O tempo influenciava sobremaneira a duração da viagem. Tempo chuvoso, por exemplo, era sinal de atoleiros e prolongamento da viagem. Em outras ocasiões, somente a ajuda animal de cavalos ou burros poderiam fazer alcançar determinadas localidades.

É bem característica a narrativa dos diários de Freitas, nos quais os relatos fornecem muitos detalhes das rotinas e deixam transparecer o grau investigativo que cada viagem de inquirição dessas tomava.

Dia 29/07/40 – Segunda-feira. No posto: recebo denúncias de casos suspeitos na cidade de Águas Belas e no sítio Boa União, no município de Bom Conselho. Comunico à Recife e sigo para Águas Belas, acompanhado do guarda-chefe e dois guardas. Em Bom Conselho, sou procurado pelo Snr. Manoel Xavier da Paz que vem comunicar que um dos porcos de sua criação adoeceu e, no espaço de três dias, morreu apresentando ‘caroços’ (sic) no pescoço e entre as pernas traseiras. Inquirindo sobre o encontro de ratos e preás mortos no local onde mora – Fazenda Pires – respondeu-me que pela manhã havia encontrado no campo um preá morto. Dirijo-me até a Fazenda Pires onde ainda fui encontrar o preá, tendo colhido do mesmo, material para exame de laboratório: fígado, baço, sangue de coração e ossos. Quanto ao porco, retirei gânglios, fígado e baço (FREITAS, 1998: 30).

Os diários informam sobre os tratamentos ministrados:

Diário da semana de 7 a 13/7/1940: Dia 9, terça-feira. No sítio Papacacinha (Bom Conselho) punciono o bubão da doente em estado grave Adalgista Monteiro. Injeto soro antipestoso... (FREITAS, 1992: 37)

Dia 30/07/40 – Terça-feira. Em Águas Belas. Na casa número 3 da rua Cleto Campelo, examinei Maria da Conceição Correia de Melo; casos suspeito de peste, benigno. Puncionei o gânglio [...] O doente foi sorado tendo regredido os sintomas; o gânglio tornando-se impalpável e a febre desaparecendo (FREITAS, 1998: 30-31).

Muitos aspectos relativos à estrutura arquitetônica das habitações e demais construções transparecem nos documentos produzidos por Freitas ao longo de seu trabalho. Uma constante nas suas observações dizia respeito às circunstâncias que favoreciam a reprodução, abrigo e alimento dos ratos. As moradias na área rural eram, muitas das vezes, rudimentares, mal acabadas, feitas de taipa, barro, palha, enfim, materiais simples e sem condições higiênicas. Ademais, havia o agravante de algumas delas fazerem as vezes de armazém para guarda da produção agrícola da área. Cereais e algodão eram os produtos predominantes. Tanto a habitação quanto o armazenamento incorreto permaneciam sendo fatores preponderantes na epidemiologia da peste.

Dia 01/08/40 – [...] As casas desse quarteirão na sua grande maioria em péssimas condições higiênicas, são casas de moradia, algumas delas com armazenamento de algodão e cereais. Na casa número 27, do soldado Cassiano, contei só num pequeno quarto nove buracos de ratos” (FREITAS, 1998: 33).

Diário da semana de 7 a 13/7/1940: Dia 9, terça-feira [...] A casa dos doentes é de taipa, piso de terra batida com vários buracos de rato. No quarto de dormir foram encontrados ratos mortos a 17/6/1940 (FREITAS, 1992: 37)

De modo que intervenções no ambiente doméstico e nos espaços de guarda de alimentos faziam-se necessárias como a cobertura dos buracos de ratos nas paredes.

Providências tomadas que procuramos generalizar: limpeza, arrumação de mercadorias, localização de todos os buracos de ratos; em seguida é utilizado para desalojar ou matar os ratos o acetileno [...] Outra medida que estamos conseguindo: a obstrução com massa de cimento dos buracos de ratos (FREITAS, 1998: 33).

Geralmente identificadas como mocambos, essas estruturas domiciliares já preocupavam as autoridades em décadas anteriores. Para exemplificar, no que tange à cidade de Recife, a problemática em torno dos mocambos cresceu em fins da década de 1930 e início da seguinte por conta do planejamento de reforma da capital de Pernambuco. Os interesses da elite recifense não incluíam as pobres moradias e foi criada, assim, a Liga Social Contra o Mocambo, em 1940, com o objetivo de eliminar tais estruturas e construir, em seu lugar, vilas operárias (FRANCISCO, 2013). Um programa de higienização social com intervenção

sanitária, dado que o argumento mais comum era àquele que se referia ao mocambos como ambientes propícios à propagação de doenças infecciosas. Em 1939, foi publicado um relatório após uma pesquisa relativa às habitações no Recife. A Comissão Censitária dos Mocambos do Recife¹⁶² os contabilizou, os classificou e expôs quais os tipos de material usualmente empregados. Para a cobertura, os principais eram palha, capim, zinco, lata e telha; nas paredes predominavam taipa, cimento, tijolo, madeira, zinco, flandres, capim, palha; nos pisos, terra, cimento, tijolo, madeira; sendo a grande maioria do tipo palha-terra (FRANCISCO, 2013: 50).

O exemplo de Recife possibilita angariar mais informações a respeito da visão sobre tais habitações e seus materiais de construção. Dito isso, cabe reforçar que esse tipo de edificação era frequente no interior, onde os casos de peste eram endêmicos e que a zona rural não era alvo de políticas reformadoras, diferentemente daquela capital. Portanto, as delegacias e, posteriormente, o SNP, continuaram lidando e trabalhando em locais onde essas construções, ainda, prevaleciam. No mesmo ano da Comissão Censitária, Barreto expunha essa mesma questão em artigo, apontando, em relação à mesma cidade, que

todos os casos em 1938 ocorreram na zona rural da região, com casas esparsas e distanciadas, as vezes, de quilômetros. O “mucambo” (choupana feita a sopapo, que em Minas se chama “cafua”) e a “casa de taipa” são comuns em toda a região (BARRETO, 1939: 933).

A casa era um ponto importante na luta antipestosa, algo que não se podia negligenciar. A profilaxia na construção representava uma das etapas mais valiosas nesse momento.

Obviamente, não apenas a casa, mas o seu entorno era trabalhado de maneira a evitar a aproximação de ratos e outros possíveis roedores. Os funcionários deveriam encetar e dar continuidade às rotinas de antiratização e desratização. Esta voltada à eliminação dos roedores, aquela preocupada em evitar a aglomeração dos mesmos próximo aos moradores. Com respeito à desratização, as técnicas empregadas eram o envenenamento por meio de iscas de arsênico misturado com algum veículo atrativo (fubá, manteiga, queijo, peixe seco), o que não surtia efeitos prolongados, já que os ratos pareciam perceber o estratagem e logo abandonavam as iscas. Mais ingênuos eram os animais de criação, esses sim, enganados pelo

¹⁶² Para entender mais sobre a Comissão Censitária dos Mocambos, ver FRANCISCO, 2013, p. 50 a 52 ; NUNES, 2018, p. 164 a 167.

envelope envenenado. Outro método, as ratoeiras, do mesmo modo, não faziam muito sucesso, dado que “exigia muita mão-de-obra para nenhuma produtividade” (FREITAS, 1998: 39). O jeito era improvisar,

inovar com meios a nosso alcance; inundávamos as tocas e as galerias dos ratos com água fervente para desentocá-los e caçá-los a pau. Era até ridículo; com água pouco se conseguia, então tentamos com fogo: carbureto (carboneto de cálcio em pedras) infiltrado com água nas tocas produz acetileno; com uma mecha acesa explodia o gás. Era uma temeridade, o perigo de incêndio; mas só assim tivemos êxito. Nas tocas assim tratadas não havia mais ratos. O carbureto foi a solução (FREITAS, 1998: 39).

Menos dramáticos, entretanto, eram os preceitos da antiratização. Como o foco dessas medidas se concentrava no afastamento do rato, a limpeza das habitações e do entorno e a organização da produção agrícola constituíram-se das principais soluções. Dentre essas medidas, havia a desmatização para a retirada de vegetação de próximo das casas, a queima de lixo ou sua guarda em local seguro, afastamento de cercas vivas, tapagem dos buracos de ratos. Quanto aos alimentos, a orientação para armazená-los adequadamente era a construção de jiraus¹⁶³ com discos que impedissem o acesso do rato à comida. Por sua vez, a despoluição lançava mão da técnica da mistura de sabão com querosene. A emulsão desses produtos era aplicada no chão das casas e nos locais onde eram encontrados ratos mortos.

O trabalho de campo dos médicos consistia em fiscalizar a realização de tarefas por parte dos guardas sanitários, verificar o andamento e a qualidade do serviço. Os guardas ficavam responsáveis por determinadas áreas e tinham entre suas atribuições, a desratização, a captura de roedores domésticos e silvestres e a coleta de material para análise. Quanto aos médicos, além deste acompanhamento, costumavam coletar material suspeito no próprio local para enviar ao laboratório em Recife como relata Freitas,

Na ocasião abrimos dois ratos (*R. alexandrinus*) adultos, colhendo fígado, baço e sangue do coração, material esse imediatamente semeado em gelose sulfito (Placas de Petri) [...] O material era protocolado e enviado o mais breve possível a Recife, para exame de laboratório, culturas, inoculações em cobaia, até chegar-se ao isolamento do micróbio da peste (FREITAS, 1988: 39).

163 Trata-se de uma estrutura elevada, geralmente de madeira, onde se assenta um estrado para sustentação. Recomendava-se seu uso juntamente com rateiras (discos que se colocavam nos pés do jirau) para estocar alimentos de modo a evitar a aproximação dos ratos.

Através das obras de Freitas, vários detalhes aparecem como a diversidade de materiais que levava em campo como “fichas, esparadrapo, algodão, antissépticos, seringas, luvas, esterilizador a álcool, fogareiro, alça de platina, viscerótomo, placas de Petri, vênulas para colheita de sangue, frascos para carcaças de roedores, soro antipestoso, vacina”, todos esses itens em viagens longas, cheias de percalços e em locais de difícil acesso.

É interessante apontar que o campo, como categoria de análise, como espaço no qual o labor científico se desenrola, é repleto de particularidades que enriquecem seu estudo. Campo é uma categoria relacional, com multipropósito e habitado por diversos atores¹⁶⁴ (KOHLENER; VETTER, 2016). Conseqüentemente, diferentes encontros são suscetíveis de acontecer, posto que cientistas entram em contato com moradores, caçadores, populações tradicionais e, com eles, precisam dialogar, negociar e interagir. O oposto também acontece e tal dinâmica não pode ser vista como unilateral. Ou seja, também moradores, ocupantes dos arredores e atores não-humanos participam e influenciam os movimentos desses trabalhos de campo. Isso se prova mais marcante em casos de desacordo de visões e resistências.

Outra característica é o fato dos fenômenos serem observados no próprio ambiente de atuação de forma síncrona, durante o seu desenrolar e dificilmente serem passíveis de controle, constituindo-se o campo como uma categoria que engloba pessoas e coisas em um determinado espaço e em movimento constante (KOHLENER; VETTER, 2016). Tais observações se aplicam ao serviço de peste, tanto na DFS quanto posteriormente, como se verá, no SNP. Os funcionários em campo relacionavam-se com os moradores, as autoridades locais e com aqueles que se mostravam contrários ao serviço. Lidavam com roedores, seguiam as trilhas definidas pelas mortes desses animais e estabeleciam seus raios de ação de acordo com a localidade das epizootias. O campo não era um serviço auxiliar do laboratório. Pelo contrário, ambos se complementavam e essa foi uma das grandes características dos trabalhos de combate e de epidemiologia da peste ao longo das décadas de 1940 e 1950.

No período em que as DFS responsabilizavam-se pelo enfrentamento à peste, o número das localidades atendidas aumentou ao longo dos anos, juntamente com o montante

164 “Field scientists interact with landowners, farmers, mineral and timber harvesters, hunters and fishers, travelers and recreationists, indigenous peoples, and reclusive sects, among others; and may be accepted, ignored, or ejected” (KOHLENER, VETTER, 2016, p. 284). “Os cientistas de campo interagem com proprietários de terras, agricultores, coletores de minerais e madeira, caçadores e pescadores, viajantes e recreacionistas, povos indígenas e seitas reclusas, entre outros; e podem ser aceitos, ignorados ou expulsos”.

da verba federal. A partir de 1936 houve um crescimento significativo da verba em relação ao ano anterior e, de 1937 a 1940, as quantias se elevaram ano a ano. Em 1934 e 1935, a verba federal enviada aos estados do Nordeste foi de, respectivamente, 150:000\$000 e 233:000\$000¹⁶⁵. No ano seguinte, no momento em que o governo passou a tratar da doença no Nordeste, o valor quase quadruplicou com o montante de 890:000\$000. Em 1940, esse total ultrapassaria 1.589:760\$000¹⁶⁶.

É possível concluir através das fontes que, com as Delegacias, houve a intensificação dos trabalhos em profilaxia antipestosa nas 3^a, 4^a e 5^a regiões, todas no Nordeste, como mostra a tabela a seguir¹⁶⁷.

Tabela 2 – Quantitativo dos trabalhos realizados pelas Delegacias Federais de Saúde (1937-1940)¹⁶⁸

Ano	Ratoeiras armadas	Ratos apanhados	Doses de veneno distribuídas	Localidades trabalhadas	Sítios trabalhados
1936	424.831	50.624	2.202.513	S/Info	S/Info
1937	902.643	123.056	3.746.963	49	525
1938	1.250.530	207.662	5.843.918	948	9.381
1939	1.544.191	152.372	7.128.836	898	12.447
1940 (1º sem)	718.396	92.586	2.647.144	377	4.487

Percebe-se um aumento em todos os itens da tabela, passado o primeiro ano da instituição das Delegacias. Interessante notar o crescimento do número de localidades e sítios trabalhados, o que indica que a área de atuação se estendeu consideravelmente, notadamente nas regiões onde as habitações distanciavam-se bastante umas das outras, o que está expresso na coluna “sítios trabalhados”, que contabilizou fazendas e “agrupamentos de poucas casas” (de onde se conclui tratar-se de região rural ou distante das áreas urbanas). A energia gasta nos trabalhos profiláticos se direcionou, em grande parte, a esses espaços onde a doença já se mostrava

165 O montante de 1934 se dividiu entre Ceará (146:171\$100) e Alagoas (3:828\$900). Referente ao exercício de 1935, a divisão foi entre Ceará (20:000\$000), Pernambuco (73:280\$000) e o inquérito das comissões deste ano (140:323\$000) (GC h 1940.03.11).

166 Os números de 1937 a 1940 são, respectivamente, 1.200:000\$000 / 1.249:750\$000 / 1.310:2000\$000 / 1.589:760\$000 (GC h 1940.03.11). As maiores quantias eram destinadas às Delegacias Federais de Saúde das 3^a, 4^a e 5^a Regiões, justamente as que tratavam da peste no Nordeste.

167 O ano de 1936 consta na tabela, mas não se refere às DFS, e sim aos trabalhos anteriores realizados pelo governo federal (GC h 1940.03.11).

168 Tabela elaborada pela autora com base nos dados disponíveis em documentos do CPDOC/GC h 1940.03.11

endêmica e que se identificava com a área rural. Por sua vez, a coluna “localidades trabalhadas” distingue-se da anterior ao reunir a soma das cidades, vilas e povoados. Nos anos em que a Delegacia operou verificou-se a queda do número de óbitos de peste. Os dados de 1934 a 1940 demonstram a redução de casos e mortes

Tabela 3 – Número de casos e óbitos de peste bubônica 1934-1940¹⁶⁹

Ano	Casos	Óbitos
1934	208	S/Info ¹⁷⁰
1935	822	291
1936	314	124
1937	36	15
1938	125	61
1939	81	24
1940 ¹⁷¹	66	20

As DFS intensificaram os serviços de peste a partir de sua criação, estabelecendo o controle da União sobre a enfermidade na maioria das regiões onde ainda era ameaça. Elas ampliaram o raio de atuação e, conseqüentemente, aumentaram o quantitativo dos serviços realizados. O número de casos e óbitos diminuiu em relação aos anos anteriores à sua criação. Tendo como base o número de serviços realizados, é provável que sua intensidade maior tenha possibilitado um maior controle na quantidade de ratos, evitando em certo grau o contato entre estes e os humanos.

Os aspectos abióticos na epidemiologia da peste (como clima, temperatura, umidade, chuvas e economia local) eram igualmente levados em consideração. A dinâmica desses elementos fornecia indícios e estabelecia correlações entre eles e a eclosão e a manutenção da infecção. Por exemplo, concordava-se que a intensificação da infecção se dava na época das colheitas, simultaneamente aos períodos chuvosos, de umidade alta e de temperaturas amenas. Esses elementos determinariam as influências sobre a sobrevivência das pulgas e sobre a

169 GC h 1940.03.11

170 Segundo consta no documento, não se pode obter dados exatos sobre o ano.

171 Os dados se referem até outubro deste ano. Os números do ano completo são de 255 casos e 53 mortes, segundo o Manual de Vigilância e Controle da Peste (2008) e de 302 casos e 87 mortes de acordo com o anuário estatístico do IBGE (1953). Não foi possível verificar o porquê dessa discrepância dos dados.

reprodução dos ratos. Os períodos mais quentes seriam aqueles em que a peste se manifestava com mais intensidade e alcançava o ser humano, pois coincidia com a proliferação de ratos. É importante dizer que os roedores silvestres eram reconhecidamente afetados pela peste, embora seu papel como disseminador do mal não se sustentasse. Apontamentos que Barros Barreto fez sobre alguns roedores não domésticos ressaltavam que já era sabido serem os animais silvestres sensíveis à peste¹⁷². O rato da cana, o rato espinho e a cotia eram sensíveis experimentalmente, segundo Marcelo Silva; assim como o preá e o mocó, segundo Amadeu Fialho. Não obstante esses indícios, não era possível afirmar a existência de peste silvestre. A comunicação com o rato doméstico era a hipótese levantada para a contaminação dessa fauna de roedores e, por isso, o combate ao rato se manteria, ao longo dos anos, como o foco da campanha.

Apesar do trabalho levado a cabo pelas DFS, a peste se enquadrava como um problema crítico, cuja solução deveria alcançar outro patamar, no qual ficasse sob comando único de modo a uniformizar todos os cuidados em todos os lugares onde persistisse. As delegacias mantiveram a sua característica de intermediação com os estados e, embora mantivesse profilaxia constante da peste bubônica, foi considerada um modelo insuficiente para a gravidade da moléstia enfrentada. Isso porque a divisão dos serviços antipestosos entre três delegacias na região nordeste e suas jurisdições remetiam aos problemas de falta de sintonia entre os estados no tratamento das epidemias. E, extrapolando a área do nordeste, lembremos, os serviços de peste ainda eram de incumbência de outros órgãos.

2.2.1 – A Oficina Sanitária Pan-Americana e a cooperação em peste no Brasil

Como visto no capítulo anterior, a Oficina Sanitária Pan-Americana surgiu como uma instituição internacional capaz de promover e discutir questões relacionadas ao trânsito comercial de mercadorias no continente, preocupando-se sobretudo com os impactos negativos destas trocas, decorrentes da possível contaminação das embarcações por doenças infecciosas como febre amarela, peste bubônica, cólera, dentre outras, e sua indesejável disseminação portos adentro. As relações internacionais entre os países-membros se

¹⁷² Dentre esses animais estavam o Gabiru (*Mus rattus*), as espécies *Mus Musculus*, *Mus minusculus* e *Mus silvaticus*, o rato da cana (*Cercomys laurentius*), a pixuna, o punaré (*Holochilus sciurius*), a cotia (*Dasyprocta aguti*), a preá (*Cavia aperea*), o mocó (*Heredon rupestris*).

desdobriam em grande parte, ao longo do século XX, através de discussões sanitárias, intercâmbios científicos e técnicos e no estabelecimento de diretrizes comuns. A OSP foi idealizada justamente por se entender que os países americanos não poderiam enfrentar isoladamente, no contexto de ampliação do comércio, de troca de mercadorias e da imigração, a difusão dos germes que circulavam e viajavam com produtos e passageiros. Certamente, tais preocupações remontam a períodos anteriores e acordos já eram realizados entre países do continente¹⁷³. No entanto, a OSP conseguiu reunir, ao longo do tempo, a maioria dos países americanos em prol da defesa sanitária, manifestada, sobretudo, no controle das embarcações nos portos.

Colocam-se, a partir disso, duas questões relevantes e pertinentes para o estudo da peste bubônica no Brasil: a noção de interdependência sanitária e a defesa da centralização da organização da saúde. Obviamente tratam-se de pontos que abarcam a saúde do período como um todo, mas que, neste tópico, serão utilizados para dissertar sobre a doença especificamente.

Relativamente à peste, como visto anteriormente, médicos já denunciavam a necessidade de medidas conjuntas para que um estado com focos pestosos não condenasse seu vizinho a sofrer com os mesmos problemas devido à sua negligência. A noção de interdependência propõe que a falta de ações sanitárias de um ente federativo pode afetar as condições sanitárias do outro. Pretendi, a partir do entendimento de Hochman, ampliar especialmente a escala de análise para mostrar que as ações em peste no Brasil atendiam às prerrogativas internacionais, ou seja, que o foco da Oficina estava em evitar o espalhamento da infecção para outros países do continente. As relações entre os órgãos de saúde brasileiros que trataram da peste e a OSP se deram dentro dessa lógica e demonstravam que o melhor caminho seria a centralização como meio para eliminar as diferenças estaduais no enfrentamento à doença, reunindo nas mãos do governo federal esses cuidados. Ou seja, como membro da OSP, o Brasil deveria se preocupar com o problema da peste e atuar para debelar a doença de modo que a mesma não saísse do controle e se alastrasse para outras áreas do país ou extrapolasse suas fronteiras adentrando os países vizinhos ou aqueles com os quais possuía trato comercial. Conforme Long disse em entrevista, a Oficina se caracterizava pela ação

173 Ver capítulo 1, p. 72.

conjunta, simultânea e de cooperação entre os países das três Américas com identidade de processos no combate às endemias. Pois se tal combate não se der coordenadamente, a peste pode atravessar o território onde não se trabalha para a sua extinção¹⁷⁴.

O tema da centralização era muito caro às discussões nas Conferências Sanitárias Pan-Americanas. A VIII Conferência, realizada na cidade de Lima, no Peru, em 1928, pôs a questão em pauta sugerindo a criação de um ministério da saúde ou departamento nacional de saúde nos países-membros, sendo importante o tema porque sinalizava para o melhor meio de se garantir uniformidade das políticas sanitárias no continente americano (LIMA, 2002). Esse debate se alinhava com o contexto brasileiro, no qual a saúde progressivamente passava a ganhar espaço como responsabilidade da União, através da criação do DNSP em 1920 e se conectaria de maneira conveniente aos interesses centralizadores do governo de Getúlio Vargas posteriormente.

A IX Conferência, em 1934, na cidade de Buenos Aires, reforçou nas suas resoluções o interesse em incentivar os países-membros a unificarem suas ações e as Conferências Pan-Americanas dos Diretores Nacionais de Saúde reforçavam tais ideias. João de Barros Barreto representou o Brasil em várias delas e seu pensamento estava em afinidade com as discussões internacionais. Na III Conferência Pan-Americana dos Diretores em 1936, Barros Barreto apresentaria um trabalho no qual afirmou que “precisa ter grande ampliação o serviço de saúde pública no interior dos Estados da Federação, atendidas aí especialmente as grandes endemias rurais” (BARRETO, 1936: 153 *apud* FONSECA, 2007: 179), reforçando a ideia latente da penetração do governo federal nos estados com interesse em unificar e controlar ações em saúde.

Contudo, o grau de aplicabilidade das resoluções das Conferências dependeria das necessidades e dos contextos particulares dos países-membros. Como informa Lima, para o período até 1947, o “papel efetivo da organização e seu impacto nas políticas de saúde dos países que a integravam era certamente reduzido, e as resoluções aprovadas [...] seriam mais bem definidas como recomendações” (2002: 61-62). Sua execução dependeria do convencimento das autoridades sanitárias dos países (LIMA, 2002) e, para isso, profissionais como Barreto, trabalharam arduamente. O próprio John Long diria que a OSP não teria poder coercitivo para garantir a adoção das sugestões do órgão (LIMA, 2002). Ou, como indica

174 Diário de Pernambuco, 20 de agosto de 1939, p. 12.

Marcos Cueto, o trabalho da instituição “foi complementado pelas atividades de uma geração de líderes sanitários latino-americanos que, a partir de seus respectivos países, asseguraram que a saúde internacional fizesse parte da agenda política nacional” (2007: 88).

Cueto demonstra em sua obra o processo de constituição de uma organização para a saúde nas Américas ao discorrer sobre a história da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)¹⁷⁵, enfatizando as relações entre os países que compõem a região e a Organização. Essas relações foram possíveis graças aos intercâmbios realizados desde cedo entre os profissionais dos países-membros, seja por meio das participações nas Conferências Sanitárias Pan-Americanas, seja através da concessão de bolsas de estudo para especialização nos EUA, sobretudo na Johns Hopkins. Nesse sentido, pode-se dizer que havia ideias muito próximas sobre caminhos a serem seguidos e as políticas a serem adotadas.

Segundo Lima, num primeiro momento¹⁷⁶ a OSP e os países integrantes teriam sua relação mediada pela

difusão de idéias científicas e relacionadas a ações de saúde - principalmente por meio das Conferências Sanitárias Pan-Americanas e do Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana - e a proposta de regulação da notificação e formas de combate às doenças transmissíveis com a aprovação do Código Sanitário Pan-Americano em 1924” (LIMA, 2002: 48).

Em relação ao Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana, ele foi uma importante ferramenta para compartilhamento e disseminação de informações a respeito da ocorrência de doenças e medidas de saúde pública adotadas pelos países-membros. Sua publicação se iniciou em 1922 e foi editada com versões em português, espanhol e inglês. A OSP cooperou com diversos países das Américas em campanhas sanitárias, com consultoria e nos próprios encontros que promovia através das Conferências Sanitárias, espaços de intercâmbio e de diálogo entre profissionais médicos e pesquisadores. No capítulo anterior, foram mostrados exemplos dessa cooperação da OSP em países como Equador e Peru no combate à peste desde o fim da década de 1920.

175 Como passou a se chamar a OSP a partir de 1958.

176 A segunda fase da instituição e sua relação com o Brasil, entre 1947 e 1958, se caracterizaria pela conjuntura da guerra e a criação de acordos bilaterais entre o país e os EUA e a criação da Organização Mundial da Saúde. Nesse momento, viu-se a interferência mais direta do governo estadunidense em detrimento das ações intergovernamentais da OPAS (LIMA, 2002).

No Brasil, a atuação da OSP, relacionada à peste bubônica, remonta a 1936, ano no qual o epidemiologista, representante *viajero* daquela organização, John D. Long, passou a orientar o governo brasileiro, fornecendo auxílio técnico no mesmo ano em que o governo assumiu o combate à doença no nordeste. Conforme relatou Ernani Agrícola, diretor da Divisão de Saúde Pública, em 1940,

desde 1936 vem sendo executado um trabalho metódico de combate à peste no Nordeste, após rápido inquérito realizado em fins de 1935, dentro de um programa que tem apresentado resultados satisfatórios, conforme declarações do Dr. John Long. Desde o início dos trabalhos, este técnico tem contribuído com os conselhos de sua vasta experiência no assunto¹⁷⁷

De fato, foi possível verificar a participação de Long na elaboração de instruções para os serviços de peste do DF e do nordeste juntamente com a Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (DNSAMS) nesse ano. Dentre essas instruções constavam medidas e procedimentos a serem realizados de modo a controlar a infecção pestosa como os envenenamentos, armadilhas, práticas de laboratório, anotação de dados (número de ratos de cada espécie, machos e fêmeas, ratos pestosos, espécies pulgas recolhidas), prática de expurgo de trens para evitar a contaminação vinda do interior para os portos.

A relação com a OSP seguia as prerrogativas de auxílio e cooperação do Código Sanitário Pan-Americano ao prever que os governos americanos poderiam solicitar a ajuda técnica do órgão caso necessário. Como escreveu Barreto

O Dr. J. D. Long, que se tem notabilizado pelas suas realizações no Continente no combate à peste, por diversas vezes percorreu minuciosamente os nossos serviços, trazendo-lhes o benefício da sua larga experiência e do seu encorajamento. Deixou, mesmo, notificada ao Diretor do Departamento Nacional de Saúde, em documento honroso, a boa impressão que lhe causara o andamento dos trabalhos (BARRETO, 1938: 480).

Barreto viria registrar a permanência das consultorias de Long em uma reunião de 1938, que discorreu acerca do aumento dos casos de peste humana na região nordeste. Nela os participantes discutiram sobre a intensificação da antiratização e da uniformização de medidas

177 GC h 1940.03.11

profiláticas. Esta reunião, que a imprensa chamou de Congresso Interno de Peste¹⁷⁸, contou com a presença de médicos que já trabalhavam no combate à doença e que viriam a ser funcionários do SNP como Celso Arcoverde de Freitas, Odon Bueno, Valença Júnior e Almir de Castro¹⁷⁹.

Nas duas sessões realizadas foram apresentados os vários trabalhos, entre a epidemiologia da peste, meios de propagação, dados clínicos, medidas prophylacticas na cidade e no campo; estudos criticos sobre a organização, plano de estudos para o anno de 1939 e outras medidas de caracter administrativo¹⁸⁰.

Long era uma fonte de autoridade e consulta devido a sua experiência. Um exemplo disso se deu quando do surto de peste em Miguel Pereira (RJ), também em 1938. Imaginou-se que a origem da infecção fosse a cidade argentina de Rosário, hipótese desmontada por Long e pelo presidente do Departamento Nacional de Higiene deste país, Miguel Sussini,

que veio especialmente ao Rio de Janeiro trazer esclarecimentos. Essas informações foram corroboradas pelo Dr. John Long, da Oficina Sanitária Pan-Americana, que admitiu antes a responsabilidade de S. Paulo, cidade sabidamente infectada pela peste (BARRETO, 1939: 934).

O prosseguimento dessa cooperação se deu com o estudo empreendido por Atilio Macchiavello, entre 1939 e 1941, no nordeste brasileiro. “As pesquisas que estavam sendo feitas por Macchiavello foram acertadas entre Long e o diretor geral DNS, ‘conforme proposta feita em carta daquele’”¹⁸¹ e assentariam as medidas profiláticas e de combate à peste durante muitos anos (o que será abordado no próximo capítulo). É possível constatar, igualmente, a presença da OSP no contato que Long teve com Evandro Chagas, diretor do SEGE, ao qual o pestólogo estadunidense enviou uma exposição sobre a temática da peste no

178 Presidido por Barros Barreto, reuniu delegações dos estados nordestinos para discutirem a padronização dos serviços no Nordeste. Foi realizado na sede da 3ª Delegacia de Saúde com participação das delegações da Bahia, do Ceará, do Rio Grande do Norte e de Pernambuco, esta chefiada por Almir de Castro, então delegado da 4ª região. Contou, ainda, com a presença de Evandro Chagas, Fred Soper, John Long, Octavio de Freitas e Achilles Scorzelli, diretores dos departamentos de saúde de Pernambuco e Paraíba, respectivamente. Segundo o Diário de Pernambuco, 17 de novembro de 1938, p. 1.

179 Diário de Pernambuco, 18 de novembro de 1938, p. 3.

180 Diário de Pernambuco, 18 de novembro de 1938, p. 3.

181 Ofício de Ernani Agrícola, diretor da Divisão de Saúde Pública, ao diretor geral do DNS em 9 de julho de 1940 (GC h 1940.03.11).

país, apresentando o seu histórico e sugerindo medidas práticas a serem adotadas no enfrentamento à moléstia¹⁸², demonstrando seu interesse na evolução da infecção no Brasil.

Pode-se rastrear a presença de Long nestas terras a partir de 1923, onde esteve visitando o Departamento Nacional de Saúde Pública, a Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e o Instituto Oswaldo Cruz durante viagem pelos países sul-americanos¹⁸³, enquanto ainda estava no cargo de cirurgião-geral auxiliar do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos. Nesse momento, como funcionário comissionado da OSP, estabelecia contatos com as autoridades sanitárias dos países daquela região e verificava as condições gerais de seus serviços para “aumentar a utilidade da Oficina para as diversas nações” (BUSTAMANTE, 1952: 482). Participou do VI Congresso da Associação Médica Pan-Americana em 1935¹⁸⁴, ocorrido no Rio de Janeiro, apresentando o trabalho “Peste bubônica na América do Sul” e, em 1936, pesquisava, em companhia do médico Bonifácio Costa, “os males endêmicos no norte do país [com o fito de] organizar um programma de acção para combate aos mesmos”¹⁸⁵. Em duas entrevistas ao *Diário de Pernambuco*, Long explicou sua atuação no território brasileiro, reforçando o papel colaborativo da Oficina.

Acho-me no norte do Brasil ha quatro mezes, comissionado pelo governo brasileiro, para estudar o problema da peste. A minha presença, aqui, aliás, não foi determinada exclusivamente por esse convite com que fui distinguido [...] fui designado [pela OSP] para realizar estudos e observações sobre a peste no Brasil e vários países sul-americanos¹⁸⁶.

Continua sua fala ao jornal relatando o trabalho exercido na região

Agora, em companhia do dr. Bonifacio Costa, tenho realizado diversas viagens para o interior de Pernambuco, verificando os serviços contra aquelle mal. *Esses serviços aliás estão sendo executados sob a minha direção.* As observações em torno desse assumpto veem constituir um prolongamento dos estudos scientificos sobre a peste que realizei na California, no Peru, India etc¹⁸⁷ [grifo meu].

182 GC h 1940.03.11

183 A Noite, 12 de novembro de 1923, p. 1.

184 Jornal do Commercio, 15 e 16 de julho de 1935, p. 4.

185 Diário de Pernambuco, 9 de junho de 1936, p.1.

186 Diário de Pernambuco, 3 de outubro de 1936, p1.

187 Idem.

Nestes dias seguirei para o interior do Estado [PE], devendo demorar-me em Pesqueira e Triunfo. Continuando as observações, prosseguirei até o Estado do Ceará, onde visitarei Crato, viajando depois para Fortaleza. De passagem por varias localidades do interior, procurarei colher o maior numero de dados possíveis para os meus estudos¹⁸⁸

Como se pode ver, a intenção desse intercâmbio, se revestia de enriquecimento científico e ajuda mútua. O entendimento da dinâmica da peste no Brasil poderia se somar à OSP e à carreira de Long como mais um terreno de estudos, a partir do qual seriam feitas comparações epidemiológicas em relação a outros países, coordenariam-se as técnicas e seriam angariadas as informações necessárias para definir o estado da doença, e, conseqüentemente, proporia as estratégias e modelos para combate nas áreas pestosas brasileiras.

A partir de 1939, os jornais passam a destacar outro nome, Atilio Macchiavello, que desenvolveu estudos, a partir desse ano, no nordeste. Seria mais um funcionário a contribuir com as investigações epidemiológicas sobre a peste. O médico foi trazido por Long, após este verificar, em passagem pela região em junho do mesmo ano, “certas faces bacteriológicas daquelle problema do maximo interesse scientifico [...] afim de que possa esclarecer certos pormenores daquellas minhas observações feitas em junho [sobre a peste]”¹⁸⁹. Decorrente de suas pesquisas, apresentou trabalhos em reuniões como uma comunicação realizada no salão nobre do DSP, em agosto de 1940,¹⁹⁰ e duas na X Reunião Anual da Sociedade de Medicina sobre “Aspectos clínicos da peste no nordeste” e “Investigações sobre a peste no nordeste”¹⁹¹ em setembro do mesmo ano.

Ainda é possível rastrear a presença dos dois epidemiologistas em contato com as pesquisas em peste até 1941, no caso de Macchiavello e até 1942, caso de Long. Nesse momento, já após à criação do SNP, o chileno aparece nos diários de Celso Arcoverde de Freitas fazendo investigações e viagens com médicos do órgão¹⁹². Em outubro viajou com Paracampo, Valença Jr. e Mário Pinotti pela área dos estados de Alagoas, Pernambuco,

188 Diário de Pernambuco, 9 de junho de 1936, p.1.

189 Diário de Pernambuco, 20 de agosto de 1939, p. 12.

190 Diário de Pernambuco, 28 de agosto de 1940, p. 5.

191 Diário de Pernambuco, 15 de setembro de 1940, p. 7.

192 No dia 2/10/41, Freitas relata que estava “No laboratório, com o Dr. Machiavello, que fala sobre a situação da Zona de Caruarú e o que pretende realizar”. No dia 3/10/41 – “No laboratório; acampanho (sic) as investigações do Dr. Machiavello, com material monodelfis (?) encontrado morto no campo” (BR RJ COC CE-GI-02. v.1).

Paraíba e Ceará. Provavelmente, Macchiavello finalizava seus estudos iniciados dois anos antes e que seriam publicados como “Contribuciones al estudio de la peste bubonica en el nordeste del Brasil” em 1941. Já Long visitou o país em 1942, acompanhado de outros funcionários *viajeros* da OSP, como também mostram os diários de Freitas. Por exemplo, no dia 28 de janeiro de 1942, Long e Edward Ernst foram recebidos pelos médicos do serviço de peste e da delegacia de saúde. Três meses depois retornaria ao Recife com Anthony Donovan¹⁹³ (outro *viajero*) e percorreriam, com Freitas e Pinotti, as cidades de Queimadas, Umbuzeiro, Surubim, Vertentes e Caruaru. Verificaram áreas com epizootia de animais silvestres, coelhos e gatos. Depois destas datas, não localizei mais aparições destes médicos no Brasil. Macchiavello e Long continuaram trabalhando com a peste nos países com situação mais delicada como Peru e Equador.

A OSP fez parte do processo de estabelecimento de uma uniformização da profilaxia antipestosa ao contribuir desde o início com as atividades do governo federal, em 1936, por meio dos estudos empreendidos, através de sua consultoria e auxiliando na conformação dos trabalhos e na construção de uma legislação para as práticas combativas (esse ponto será visto no capítulo 3) na figura de seus representantes médicos que tinham vivência no combate à doença em outros países como Chile, Estados Unidos, Peru e Equador. A experiência dos funcionários da OSP, somada aos esforços de médicos brasileiros e, alinhados com as disposições da Oficina sobre centralização dos serviços de saúde teriam contribuído para se propor a criação de um serviço nacionalizado para a peste.

2.2.2 – A pesquisa de Atílio Macchiavello (1939-1941)

Os estudos acerca da peste bubônica vinham avançando no país. Uma dessas pesquisas foi empreendida por Atílio Macchiavello Varas¹⁹⁴, médico epidemiologista, representante da

193 Donovan ainda visitaria com Freitas os serviços de pasteurização do leite, de incineração do lixo e captação e tratamento de águas do Recife e viajaria com Valença Júnior pela área do que seria o 3º setor de peste do SNP. No dia 22 de abril de 1942, Freitas escreveu: “À noite, chega á esta Capital, procedente dos 3º, 4º e 5º Distritos, onde verificou nossos serviços de desratização e despulsação com lança-chamas, e também o uso do cianogás, o Dr. A. Donovan, acompanhado pelo Dr. Walter Góes” (BR RJ COC CE-GI-02. v.1).

194 Médico que havia sido responsável pelo serviço antipestoso do Chile, seu país natal. Trabalhou com a OSP também no Equador e Peru. Possui vários artigos publicados no Boletim da Organização sobre a temática da peste.

OSP, no nordeste brasileiro entre 1939 e 1941. Macchiavello tinha experiência com a doença, tendo sido chefe do Serviço Nacional Antipestoso do Chile. Os resultados de sua investigação pautariam as ações em profilaxia, inclusive àquelas que seriam desenvolvidas pelo Serviço Nacional de Peste. As conclusões do pesquisador se mostrariam resistentes às críticas, prevalecendo por décadas como base da formulação de políticas de combate à moléstia. As críticas ao pensamento de Macchiavello existiram, como veremos um exemplo aqui¹⁹⁵, mas não foram capazes de remodelar a visão e as práticas de trabalho decorrentes desse estudo sobre o processo de circulação do germe pestoso.

A pesquisa derivou de uma colaboração entre a OSP e o DNS, por solicitação do último, para se estudar a epidemiologia da peste bubônica. Baseando-se no estado de Pernambuco, Macchiavello passaria aí dois anos a investigar os pontos necessários para estabelecer um diagnóstico mais preciso¹⁹⁶ da circulação do bacilo pestoso, contando com “la colaboración de un grupo de especialistas brasileños”¹⁹⁷ (MACCHIAVELLO, 1941: 441). Além da peste, estudaria também outras epizootias murinas e felinas.

Em dois pontos principais se assentava a tese de Macchiavello: a inexistência da peste silvestre e a manutenção da infecção pelas pulgas dentro das tocas dos ratos, de modo que o rato doméstico era o responsável pela circulação da doença. Ou seja,

la peste rural es una aparente enzootia pestosa doméstica del *R. rattus* y que todos los otros fenómenos están condicionados sobre este hecho básico. El aspecto enzoótico nace del lento desarrollo de la peste, de la escasa densidad de las viviendas y del hábito doméstico del *R. rattus* (MACCHIAVELLO, 1941: 459).

A região de trabalho consistiu na zona rural nordestina que tinha suas características próprias e diferenciadas em relação às áreas urbanas e, por isso, careciam de uma atenção particular. Tratava-se de um ambiente diverso, no qual fatores como vegetação, clima e produção agrícola influenciavam de maneira capital a vida e a reprodução de ratos. Outro fator crucial

195 O exemplo será a crítica do médico Marcelo Silva Júnior. Outras críticas se seguirão na década de 1950 como a de A. G. Neves e a de José Maria de La Barrera, ambos discordando sobre a inexistência da peste silvestre no Brasil (TAVARES, 2007).

196 Continuará no ano seguinte, 1941, fazendo pesquisas em laboratório como indicam os diários de Celso Arcoverde de Freitas. Neste mesmo ano, publicaria os resultados em seu livro “Contribuciones al estudio de la peste bubônica en el Nordeste del Brasil”.

197 Dentre estes cita Celso Arcoverde e Artur Trigueiros, que já trabalhavam com peste e seriam futuros funcionários do SNP.

era a proximidade da área rural com o habitat selvagem, o que causava preocupação devido à possibilidade de disseminação da peste para a população silvestre de roedores.

O epidemiologista sustentava que a peste no interior, pelas suas características próprias, tenderia a possuir uma velocidade mais lenta, aparentando, assim, um caráter pseudo endêmico.

Por ejemplo, debido a la aparición de casos humanos esporádicos de peste, relacionados o no con epizootias murinas muy discretas, sin conexión con peste en las regiones vecinas, se había presumido que la peste es endémica en el nordeste. Nosotros hemos comprobado que a menudo es una apariencia que no corresponde a la realidad (MACCHIAVELLO, 1941: 459).

Al hacerse rural la peste queda condicionada por los factores propios del medio, afectando una apariencia de endemia que es la resultante de las dificultades que encuentra la peste murina para su propagación al hombre, sin que necesariamente a la endemia humana corresponda una enzootia murina, sino en la mayoría de los casos una franca epizootia. Esta discordancia entre la intensidad de la zoopeste rural y la escasa importancia de la peste humana, es el hecho fundamental que ha encaminado nuestras investigaciones, todas las cuales tienden a encontrar la explicación de este fenómeno, por ser la resultante de la suma de peculiaridades que presenta la peste del nordeste brasileño (Idem: 443).

Isto porque, para ele, a infecção se desenvolvia lenta e furtivamente. Seus principais desdobramentos ocorrendo nos habitats dos ratos, sendo a doença reconhecida apenas quando deixava de ser uma epizootia ao fazer casos humanos. Essa “discordancia entre la intensidad de la zoopeste rural y la escasa importancia de la peste humana” se mostrou como a base para compreender todas as variáveis da pesquisa, na qual a direção tomada foi apontar para a benignidade da peste brasileira, a inexistência da peste silvestre e o estabelecimento do rato doméstico como o responsável pela transmissão e disseminação.

Sobre a possibilidade de haver peste silvestre, o autor declarou que

Más importante es la suposición de que el reservorio de la peste son ciertos animales selváticos, especialmente preás y mocós. Los hallazgos de Justa, Brito, Fialho, y Silva, que indirectamente tienden a aceptar la existencia de una peste selvática y a suponer que ciertos animales selváticos son reservorios de la infección, no han podido ser confirmados por nosotros, que, además, pensamos que el término selvático, en su correcta significación de perteneciente a la maleza o selva, ha sido indebidamente utilizado para denominar lo que es solamente peste rural silvestre, es decir, de la zona rural incultivada (MACCHIAVELLO, 1941: 442).

Admitia que a peste atingia outros animais, mas não encontrou evidências de que estes pudessem ser reservatórios naturais. Além disso, o que se chamava aqui de peste “silvestre”, na sua definição deveria se chamar “selvática” (referente à selva ou à vegetação rasteira), pois os termos se referiam à diferentes habitats. Seguindo essa conceitualização do pesquisador, então, haveria no Brasil a peste silvestre de animais em zonas rurais incultivadas, animais estes que se aproximavam das áreas habitadas, mas não se manifestaria a forma selvática¹⁹⁸.

Assim sendo, a epidemiologia da doença seria montada em cima de fatores ambientais, climáticos, exames de cobaias, coleta e classificação de pulgas. Macchiavello associou o período de maior intensidade de peste com o das chuvas na região e, em contrapartida, o de menor incidência com a época das secas, visto que, os roedores migravam em busca de alimento devido à escassez da produção agrícola e à consequente diminuição das espécies de pulgas (que necessitavam da umidade das chuvas para sua reprodução em clima ameno).

Quanto aos vetores admitidos como protagonistas na disseminação da infecção, Macchiavello concluiu que o principal deles, o que teria relação com a transmissão humana, seria o *Rattus rattus* (rato doméstico) e sua pulga *Xenopsylla cheopis*¹⁹⁹. Também reconheceu a importância da peste rural (ou silvestre na concepção do autor) em outros roedores não domésticos como *Holochilus sciurius* (punaré), *Cavia aperea* (preá), *Heredon rupestris* (mocó), *Dasyprocta aguti* (cotia), *Oryctolagus cuniculus* (coelho), *Lepus aeuropus* (lebre), animais frequentemente encontrados mortos em campo por moradores. Em relação às pulgas, além da *X. cheopis*, foram classificadas *Xenopsylla brasiliensis* e *Pulex irritans* para o *R. rattus* e o *Rattus Norvegicus* e as do gênero *Rhopalopsyllus* para preás, mocós e ratos campestres.

Mesmo identificando casos de peste em outros tipos de roedores que não ratos, e apesar de entender sua importância, Macchiavello acabou por concluir que a infecção destes animais se dava em decorrência do seu contato acidental com o rato sinantrópico e que não teria participação na peste humana. Como se daria, então, tal contato? Ele levantou a hipótese

198 Apesar dessa distinção feita por Macchiavello, será usado apenas o termo “silvestre” durante esta dissertação por ser o termo utilizado de maneira mais difundida nos trabalhos da época. O termo selvático será utilizado apenas neste tópico por tratar-se da definição dada pelo próprio autor.

199 Outros ratos foram classificados em sua pesquisa como o *Rattus alexandrinus*, *Mus musculus*, *Mus sylvaticus*, *Mus minusculus*, *Oryzomys intermedius*, *Cercomys laurentius*.

de um agente intermediário entre a infecção doméstica e a campestre, cujos responsáveis seriam o “*M. sylvaticus*, o *M. minusculus* y el *Monodelphis domesticus*, que temporal o accidentalmente vehiculan cheopis infectadas” (MACCHIAVELLO, 1941: 459). Portanto, o movimento se daria em direção à área campestre via intermediação e não a partir de uma suposta contaminação natural selvática.

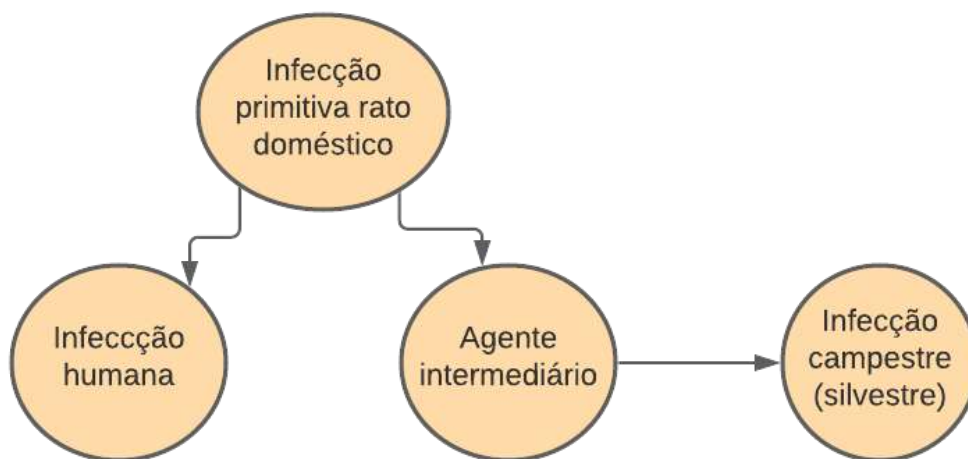


Figura 1: Esquema para a hipótese de Macchiavello sobre o caminho da infecção pestosa

Outra hipótese aventada em seu trabalho se referia à manutenção da peste pelas pulgas. Como não constatou a ocorrência de peste selvática (o que justificaria a conservação da doença por meio de reservatório natural), outra deveria ser a causa da permanência da infecção. Sua responsável seria a *X. cheopis* que, sobrevivendo dentro dos ninhos de ratos devido às altas temperaturas externas, promoveria epizootias subterrâneas dos animais que ali fossem se abrigar. A natureza climática do interior dos ninhos, a qual chamou de “micro-clima”, engendraria as condições necessárias às reinfecções. Por sua vez, quando a temperatura externa baixava, apareciam os casos na superfície.

Hemos comprobado que el principal vector de la peste en el N. E. brasileño es la *X. cheopis*, única que hemos encontrado infectada de peste, demostrando además: (a) que la cheopis es la responsable por la mantención de las epizootias en los nidos [ninhos] de ratas; (b) que igualmente es la principal causa de la extensión superficial de la peste a otras especies de roedores, cuando el ambiente externo se hace favorable a su biología; (c) que

la X. cheopis hembra [faminta] mantiene la infección pestosa latente em los nidos de ratas domésticas después de terminada la epizootia murina en el mismo (MACCHIAVELLO, 1941: 460).

Hemos comprobado que la latencia de la peste en pulgas infectadas de los nidos de ratas domésticas es la causa de la brusca aparición de peste humana 48 á 72 horas después de la iniciación del periodo lluvioso, que junto con el descenso de la temperatura ambiente, favorece la circulación superficial de las pulgas hasta entonces acantonadas en los nidos (Ibidem).

Contudo, o trabalho recebeu críticas no mesmo ano de sua publicação por parte do médico Marcelo Silva Júnior no periódico Brasil Médico. Como vimos, Silva Júnior havia realizado uma pesquisa curta sobre peste bubônica no Crato (CE), em 1935, pela Diretoria dos Serviços Sanitários dos Estados, com o fito de identificar seus aspectos epidemiológicos. Suas críticas viriam a ser respondidas por Macchiavello em uma réplica de 1943 no mesmo periódico, seguida de uma tréplica. O debate foi intenso e acalorado, sobrando acusações de falta de rigor científico nos dois lados da disputa.

Em sua análise inicial do trabalho de Macchiavello²⁰⁰, Silva Júnior, irônico, não vê credibilidade nos achados do pesquisador, pois que os julga sem critérios e apressados como demonstra em certas passagens do texto²⁰¹. Discorda da conclusão daquele sobre a manutenção da infecção pelas pulgas dentro das tocas²⁰², uma vez que as características biológicas e ambientais para sua sobrevivência não eram compatíveis com os resultados obtidos pelo pesquisador chileno.

A hipótese que Macchiavello aventa como justificativa da endemicidade do mal nas zonas rurais nordestinas – epizootia subterrânea determinada pela cheopis presa ao microclima dos ninhos do ratos ante a agressividade térmica do ambiente exterior – não só está em absoluto desacordo com caracteres biológicos definidos do citado transmissor – a fidelidade no

200 Publicado no artigo “Investigaciones sobre peste en el Nordeste Brasileño”, BOSP, nº 20, 1941.

201 “A variedade dos germens encontrados nos causa especie tambien. A proposito, não sabemos até quanto é verdadeiro o conceito, mas os rigoristas da bacteriologia dizem que quando o investigador descobre muitos germens patogenicos de uma vez é porque não sabe procurar o verdadeiro responsavel pela doença em estudo...” (Brasil Médico, nº 46, 1941, p. 770) ou “Macchiavello demonstra insuperavel vigor de imaginação no descobrir fatos biológicos, infecções e germens novos” (Ibidem).

202 Interessante colocar que ainda hoje discute-se o papel da manutenção da peste nos focos durante os períodos intepizoóticos, sendo uma das hipóteses, inclusive, aquela que indica as pulgas como reservatórios. “Elas podem ser consideradas reservatório, além de vetor, pois conservam o bacilo pestoso no seu organismo durante o período frio e o transmitem durante a estação quente. Pulgas infectadas podem sobreviver até seis meses em galerias de roedores sob condições ótimas de microclima” (Ministério da Saúde. Manual de vigilância contra a peste, 2008, p. 26).

acompanhar o rato em todas as suas peregrinações e a termofilia, que restringe o seu domínio à faixa compreendida entre as latitudes de 35° graus ao norte e ao sul do Equador, tornando-se escassa a proporção que se sobe em latitude²⁰³.

Do mesmo modo, atribuiu à pesquisa erros como a identificação de espécies roedoras não existentes na região ou localizadas em locais diversos dos habituais. Uma das críticas ía de encontro justamente a um ponto chave das conclusões do chileno, a da transmissão da peste através de um agente intermediário. Segundo Silva, outros animais, como coelhos, são erroneamente postos como importantes na peste rural e, no entanto, seriam espécies domésticas, o que faz com ares de indignação:

Comete-se o verdadeiro crime de dar cunho científico a uma simples versão popular, muito conhecida na região e inverossímil por se referir a um carnívoro semi-silvestre preferentemente arborícola [...] E o que é mais grave: a propósito dos possíveis agentes de ligação entre o rato de casa e os roedores silvestres, responsabilizam-se (pág. 449) como vetores da **cheopis**, dois ratos europeus – **Mus sylvaticus** e **Mus minusculus** – que ainda não foram encontrados nos continentes americanos, e um marsupial, de hábitos diversos dos do rato (aliás, não é o **Monodelphis domesticus**, como diagnosticou o A. [autor], e sim o **Peramys domesticus**, Wagner (determinação de João Moojen) [grifo do autor]²⁰⁴.

Outro tópico central, sobre a inexistência da peste selvática, é criticado por Silva ao não compreender como Macchiavello teria chegado nessa conclusão. É importante lembrar que, neste momento, Silva Júnior já advogava também pela sua inocorrência. Entretanto, a crítica parece ser relativa ao método e não à conclusão em si. Lembrando que ele próprio, em 1936, havia identificado casos de peste em preás, roedores silvestres, e chegou a dizer que o ciclo de contaminação parecia se dar na relação preá-rato-homem.

Discorrendo sobre [o tema] **Dinamica de la Peste e Otros Roedores**, o A. faz afirmações tais e com tanto desembaraço que acode ao espírito do leitor a necessidade inadiável do acréscimo, no Código Sanitário Pan-Americano, de um dispositivo instituindo uma polícia literária de controle internacional das publicações científicas, pois no trabalho comentado (pág. 445), confere-se à pulga a responsabilidade de reservatório do bacilo pestoso sob o clima semi-árido do nordeste (!) e nega-se a existência de peste selvática sem se citar, ao

203 Brasil Médico, nº 46, 1941, p. 763.

204 Idem, p. 768.

menos por alto, como seria obrigatório, o **modus fasciendi** e a estatística das pesquisas²⁰⁵ [grifo do autor].

O desdobramento dessa revisão científica de Silva Júnior se daria em 1943, quando o epidemiologista chileno fez sua réplica e o brasileiro a tréplica. Os ânimos se alteraram e o debate, embora repleto de citações de trabalhos do oponente (para demonstração de erros), carregou altas doses de rancor e acusações mútuas de falta de polidez²⁰⁶. Baseando-se nos trabalhos um do outro, arregimentaram os argumentos para se defenderem e para acusarem o oponente, como fez Silva ao chamar o trabalho de Macchiavello de “romance”²⁰⁷. As palavras daquele são bem duras

Sr. Macchiavello confunde a tolerância da nossa cortesia ao hospede com a licenciosidade conivente no acatamento à falsa ciência do aventureiro. Embora a repulsa, a principio velada como o exigia a nossa hospitalidade tradicional, o abuso do Sr. Macchiavello passa das conferências regionais do interior brasileiro à publicação na imprensa científica internacional, arrolando desembaraçadamente como seus colaboradores todos os médicos do Serviço Nacional de Peste, designados, por função no Nordeste, para facilitar os trabalhos daquele excursionista²⁰⁸.

Em sua réplica, Macchiavello aludiria à investigação de Silva de 1935 e escreveu que

Talvez a causa de falta de tempo e de meios, e, em seu afã de não aparecer como investigador sem investigações, Silva costuma fazer de tempos a tempos uma publicação adulterada de seu trabalho original realizado tão pobremente no Ceará em 1935. Não outra coisa que reedições são seus trabalhos posteriores, em que o A. se esquece de pôr aspas em suas próprias citações, costume que dá a impressão de trabalhos inéditos recentes²⁰⁹.

O representante da OSP lançou mão de outros autores para apoiar seu ponto de vista ao sustentar as pulgas como reservatórios do germe, alegando que o próprio Silva deveria

205 Ibidem.

206 Macchiavello disse: “Logo de início não é agradável discutir no terreno científico com quem transforma um assunto de interesse geral em incidente pessoal diminuindo-o com expressões alheias à linguagem da ciência” (Brasil Médico, nº1 e 2, 1943, p. 6). Ainda se municiou de expressões para desqualificar Silva como “compilador do trabalho alheio” (p. 7) e “investigador sem investigações” (idem).

207 Não seria a última vez que Marcelo Silva Júnior chamaria assim um trabalho do qual discordasse. Faria o mesmo com os resultados dos estudos de Plano Piloto de Peste, realizado no Ceará na década de 1960-1970, chamando-o de “romance Baltazard”, nome de um dos médicos participantes do estudo (TAVARES, 2007).

208 Brasil Médico, nº 8 e 9, 1943, p. 70.

209 Brasil Médico, nº 1 e 2, 1943, p. 7.

conhecer a literatura acerca do tema. Ainda exemplificou com suas experiências, a validade de sua hipótese.

Como os próprios ex-ajudantes do Sr. Silva, Drs Valença Junior e Gomes de Freitas, ambos de inatacável probidade científica, tive o prazer de estudar a peste na Serra da Ibiapava. No sitio “Pelo Sinal”, encontrámos uma epizootia subterrânea num quarto em que só dormiam os próprios guardas do Serviço anti-pestoso, que não haviam percebido sua existência. Do ninho, de onde retiramos varias carcassas [sic], e de outros vizinhos, coletaram-se pulgas *X. cheopis*, resultando um lote infeccionado de peste [...] Em Bom Conselho, com Arcoverde, encontramos pulgas infeccionadas em ninhos onde não havia sinal de epizootia murina. Dias depois da remoção do ninho, estalou a epizootia. Em Eten, Perú, Long e colaboradores, encontraram pulgas infeccionadas 8 meses depois de passada a infecção pestosa murina. Em Seseles, Equador, com Saenz Vera, encontramos pulgas infeccionadas em um ninho de ratos abandonado, dias depois da aparição de dois casos humanos²¹⁰.

Marcelo Silva foi um importante colaborador do SNP, fazendo parte de sua Seção de Organização e Controle e ministrando aulas nos cursos de especialização em peste em 1943 e 1945. Apesar de suas críticas, as observações de Macchiavello tiveram força suficiente para se tornarem a sustentação para as ações profiláticas antipestosa nos anos seguintes.

Como estabeleceu, para a peste brasileira, a via infecciosa através da relação rato doméstico-pulga, as sugestões de Macchiavello para o combate à doença se basearam neste binômio, aprofundando e privilegiando as medidas direcionadas ao afastamento, controle e destruição de pulgas e ratos como meta principal.

Las investigaciones expuestas sugieren que la profilaxia de la peste en el N. E. brasileño debe ser enriquecida con ciertos procedimientos que permitan la destrucción de las pulgas en los nidos de ratas. De acuerdo con el Dr. Long, nuestro jefe directo a la vez que asesor de las campañas cooperativas de erradicación de la peste en Sud América, se propone el uso de lanza-llamas, o de cianogas, o de cualquier otro medio que permita la despulización cierta de las madrigueras [tocas] de ratas y otros roedores domésticos o campestres, especialmente de *R. rattus* [...] Ningún método de profilaxia debe ser desechado, pero prácticamente debe darse importancia mayor al envenenamiento que permite cubrir una zona más amplia que los otros métodos y a la destrucción directa de los reservorios de la infección en los nidos de ratas domésticas (MACCHIAVELLO, 1941, 462).

No capítulo a seguir, veremos que as ações profiláticas do SNP seguiriam as sugestões de Macchiavello, que também eram aquelas da OSP e adotadas pelos países da América do

210 Brasil Médico, nº 3,4 e 5, 1943, p.32.

Sul acometidos pela doença, auxiliados pela mesma instituição ao longo das décadas anteriores²¹¹.

A discussão sobre a peste silvestre (selvática para Macchiavello) teria outros episódios nas décadas seguintes, sendo apenas na década de 1960 confirmada²¹². Como bem afirmou Barros Barreto, as provas deveriam ser seguras para se fazer tal afirmação.

Não basta, de fato, dizer que os roedores silvestres são infetáveis experimentalmente, nem mesmo que foram encontrados infetados em condições naturais tão pouco que neles ocorrem epizootias: é preciso determinar a extensão dessa infecção natural, a responsabilidade exata da peste nas epizootias, a capacidade vetora dos ectoparasitas dos roedores e fixar, consoante os hábitos desses roedores e o contacto do homem com êles, as possibilidades e os modos do homem contrair a peste (BARRETO, 1940: 873).

Em 1946, Barros Barreto diria que não houve recrudescência da peste humana no Nordeste, como havia concluído Macchiavello, na época das chuvas e que o *Mus musculus* teria papel preponderante na epidemiologia como roedor doméstico (juntamente com o *Rattus rattus* e apesar de ser menos infestado por pulgas). Afirmou também que a *X. cheopis* era a espécie de pulga mais abundante na região tropical e levantou novamente a questão da peste silvestre ao notar casos de roedores não domésticos encontrados mortos pela doença com frequência.

No que toca a roedores silvestres, houve, de 1941 até julho do corrente ano, 26 verificações de exemplares naturalmente infectados, assim distribuídos: *Sylvilagus brasiliensis brasiliensis* (coelho), 7; *Orizomys pyrrhorinus* (rato da fava), 5; *Holochilus sciureus* (rato de cana), 2; *Galea Spixii* (preá), 5; *Cercomys cunicularius inermis* (punaré), 2 e *Kerodon rupestris* (mocó), 5. Tais roedores foram encontrados mortos em locais trabalhados pelo Serviço, não sendo produto de coleta sistemática. Nem todas as verificações estão diretamente ligadas à ocorrência de epizootias pestosas em roedores domésticos ou a casos humanos de peste, o que vem, mais uma vez, pôr em foco a possibilidade da existência de peste silvestre no país (BARRETO, 1946: 515).

Isso aponta para a presença constante dessa dúvida e reforça que os médicos, ao contrário de estarem alheios, a encaravam, sim, como um problema. Apesar destas

211 Com a ressalva de que as técnicas de lança-chamas e cianogás que o epidemiologista cita no trecho acima ainda não existiam nas décadas de 1920 e 1930.

212 Primeiro por José Maria de la Barrera, pestólogo argentino atuante na OSP, e, posteriormente, confirmada por Marcel Baltazard, consultor de peste da Organização Mundial da Saúde.

preocupações, como não havia uma definição concreta, a peste na forma silvestre permaneceria uma incógnita e a profilaxia se centraria na capacidade transmissora do bacilo do rato doméstico para os humanos e para outros roedores sensíveis. Demonstra, também, que Macchiavello não era absoluto e que as pesquisas continuavam acontecendo, não estavam estáticas. O que aconteceu foi que os estudos do epidemiologista da OSP se firmaram de modo a comporem a base para atuação do SNP sem, no entanto, impedir os avanços em pesquisa ou impedir questionamentos à sua tese.

2.3 – A criação do Serviço Nacional de Peste (SNP)

Era de responsabilidade do governo federal o combate à peste no Nordeste desde 1936. As DFS, a partir de sua criação, assumiram tal incumbência. Apesar disso, como ressaltado anteriormente, em outras localidades (exceto no Nordeste) distintos órgãos tratavam da moléstia e os serviços não eram nacionalizados nem uniformes.

Uma organização uniforme e centralizada era sugerida como o melhor modo de controlar a infecção. Tais apelos estiveram presentes nas opiniões de alguns médicos que, vivenciando o problema, entendiam que seu tratamento isolado atrasaria a possibilidade de cessação dos casos de peste. Assim, são compreensíveis reportagens como a do Diário de Pernambuco a seguir.

O inquérito epidemiológico procedido em Novo Exu e Granito não deixa mais nenhuma duvida, sendo que pelas informações, sem duvida discretas, do sr. Barca Pellon já se sabe que 40 casos foram constatados, sendo que 14 fataes. Precisa o governo agir desde já com a maior e mais decidida energia, pois o Recife e as cidades visinhas não estão ao resguardo da invasão do mal [...] Impõe-se a realização de um convenio com os governos visinhos, para que em todos esses Estados se inicie desde já uma campanha seria contra a peste. Ha focos permanentes de peste nos sertões e vez por outra o mal recrudesse com incrível violencia²¹³”.

Através desse excerto da reportagem depreendem-se dois aspectos. O primeiro se relaciona com a importância do espaço territorial na dinâmica da doença, revelando que não bastaria cada estado controlá-la por si só dentro dos seus limites. Em se tratando do Nordeste, levando em consideração que muitas das áreas endêmicas se situavam próximas às divisas dos

213 Diário de Pernambuco, 24 de julho de 1935, p. 3.

estados, a sugestão era válida. O segundo, derivado do primeiro, reivindica a ação conjunta entre os estados de modo a agir mais eficazmente, eliminando a probabilidade de comunicação infecciosa interestadual. Ampliando o escopo espacial, em entrevista ao Diário de Pernambuco, Ernani Agrícola, então diretor do Serviço de Saneamento dos Estados, atenta para a necessidade de gestão federal. Esta entrevista se deu após uma viagem realizada em 1935, na qual Agrícola percorreu municípios de diversos estados do país (ES, BA, PE, CE, PI, MA, PA, RN, PB e RJ) com outros médicos para “apreciar as condições hygienicas das nossas vastas e inexploradas zonas rurais”. Nessa viagem foram realizados os já referidos inquéritos sobre a peste bubônica²¹⁴.

Parti do Rio no dia 13 de outubro pp., em companhia dos drs. Marcelo Silva, Mario Motta, Oscar de Britto, Walder Studart e Lintz Caire, medicos encarregados dos estudos épidemiologicos sobre peste bubonica no Nordeste [...] Da minha excursão trago uma noção exacta das condições de salubridade da região percorrida e voltei convencido de que o governo da União deverá, sem demora, por em pratica o preceito contido no artigo 140 da nossa carta constitucional, que sabiamente determina ser o combate ás endemias ruraes custeado pela União, cabendo-lhe a direcção technica e administrativa, quando a despesa exceder ás possibilidades dos governos locais [...] Ora o combate á peste, por exemplo, como o da malaria, só poderá ser enfrentado e solucionado com exito se for organizado como serviço federal, pois o que se tem observado até o presente que, emquanto um Estado o encara com mais seriedade outro o relega para plano inferior por falta de recursos ou por não o considerar problema de importância²¹⁵.

É nítida a preocupação de Agrícola a respeito das diferentes atitudes dos estados frente às doenças e as implicações nos seus desdobramentos. Invocava, inclusive o artigo 140 da Carta de 1934 que previa a direção federal no combate às endemias²¹⁶. Recordando, o processo de nacionalização da saúde teria se iniciado porque o entendimento das moléstias infecciosas como mal coletivo ficou evidente e emergiu a consciência dessa interdependência sanitária. É dentro dessa mentalidade que o médico opera.

A ideia da centralização das atividades em saúde se reforçou, nas décadas de 1930 e 1940, pelo discurso médico sanitarista dentro de outro contexto. Para estes profissionais

214 Diário de Pernambuco, 11 de janeiro de 1936, p. 1.

215 Diário de Pernambuco, 11 de janeiro de 1936, p. 1.

216 Art 140. A União organizará o serviço nacional de combate ás grandes endemias do paiz, cabendo-lhe o custeio, a direcção technica e administrativa nas zonas onde a execução do mesmo exceder as possibilidades dos governos locais.

estava clara a importância de um serviço que seguisse linhas uniformes, constantes e diretrizes comuns, superando, assim, dificuldades e diferenças sanitárias dos estados que impossibilitavam um resultado satisfatório no controle da peste bubônica. Marcelo Silva Junior concluiria, após suas pesquisas no Ceará, que o serviço de peste deveria seguir as linhas da Fundação Rockefeller contra a Febre Amarela, sendo independente, de caráter definitivo e da alçada exclusiva da União (SILVA JÚNIOR, 1936) e Décio Parreiras entendia que

O problema de erradicação da peste no Nordeste é um problema nacional, pela interdependência de factores na solução do mesmo e, sem que tenhamos unidade de commando, em oito desses Estados e conseqüente uniformidade de actuação, simultaneamente no combate e recursos financeiros, melhormente fornecidos pela União, estaremos a perder tempo. E é tanto mais necessária uma actuação federal, conjunta e uniformemente dirigida, quanto de pouca valia seria a desratização em zonas limitrophes de determinados Estados, se os mesmos não tiverem elementos e não se propuzerem a agir em sentido identico (PARREIRA, 1936: 430).

Ou seja, um problema de escala espacial, já que políticas individuais dos estados, sem poder de interferência nos territórios vizinhos, surtiriam efeito menor, dado que não possuíam os mesmos recursos.

As DFS auxiliariam os estados no combate à peste, tomando para si as tarefas correspondentes, como já foi visto, a partir de sua criação em 1937. Entretanto, não parecia ser ainda satisfatório este arranjo, dado que fica claro na documentação que permanecem as discussões pertinentes à criação de um serviço nacionalizado para o enfrentamento da peste. Constante do Fundo Gustavo Capanema, os documentos demonstram as discussões entre médicos e autoridades a respeito da necessidade da constituição deste serviço e do seu alcance a todas as áreas com focos pestosos.

Um ofício do interventor federal de São Paulo, Adhemar de Barros, enviado em 1940 para o ministro Gustavo Capanema, solicitava “estender ao Estado de São Paulo o Serviço de Combate à Peste Bubônica, que o Ministério da Educação e Saúde Pública vem realizando nos demais Estados da União”²¹⁷. Como foi visto, desde 1936 o governo federal atuava nos focos do Nordeste e manteve o trabalho com as DFS. É curioso o interventor pleitear o auxílio federal, sendo São Paulo o estado com o melhor histórico de aparato sanitário no país e, nesse

217 GC h 1940.03.11

momento, era o Departamento de Saúde estadual que cuidava da profilaxia antipestosa. Apenas na cidade de Santos que os trabalhos recaíam sobre a DFS da 6ª região.

Novamente, o descontentamento com a situação nosológica da peste aparecia em ofício de Alfredo Bica a Ernani Agrícola²¹⁸, no qual relatava estarem sob controle direto do DNS os estados do PI, CE, PB, PE, AL e BA, além do DF e as cidades de Miguel Pereira e Santos. Bica se referiu à São Paulo afirmando haver ali um foco endêmico e relatando as dificuldades dos serviços profiláticos, baseando-se em artigo escrito por Waldomiro de Oliveira²¹⁹, onde este criticava os trabalhos empreendidos no estado por terem muitas falhas tal como a escassez de pessoal. Bica concordou com Oliveira: “Conforme diz o Dr. Waldomiro de Oliveira, não ha, pois, ainda, a uniformização desejavel e necessaria, com verba para material, pessoal definido e suficiente, sob um único comando”²²⁰, indicando o valor que dava para uma orientação mais centralizada.

E, apesar do trabalho empreendido pelas DFS, os médicos parecem querer ir além e, de fato, atuam como promotores da profilaxia em âmbito nacional

Toda a campanha obedece às instruções técnicas e administrativas elaboradas pela DSP. Apesar disso, entretanto, não tem havido a necessaria uniformização, quer técnica, quer administrativa, o que tem de certo modo, diminuido a eficiencia do Serviço. Só com a unificação dos serviços, sob uma chefia única, é que a campanha contra a peste no Brasil poderá atingir o seu maximo de eficiencia. A solicitação do Interventor Federal em S. Paulo vem assim facilitar a organização de um serviço especializado de profilaxia contra a peste, pois toda a campanha ficará assim sob o contrôle do Governo Federal²²¹.

Mais uma sugestão nesse sentido, reforçando a necessidade do controle por parte de um órgão central, viria do diretor do SEGE, Evandro Chagas ao propor uma pesquisa sobre a moléstia. O interesse do médico pela peste, explícito em ofício enviado a Capanema, é curioso, pois o SEGE, embora tivesse como foco as endemias rurais, não parecia priorizar esta

218 Neste momento, assistente da Divisão de Saúde Pública (DSP) e diretor do mesmo órgão, respectivamente.

219 Diretor da Seção de Epidemiologia e Profilaxia Gerais do Departamento de Saúde Pública do estado.

220 GC h 1940.03.11

221 Idem. No fim da página, escrito a caneta, Agrícola concorda com o exposto por Bica e ainda sugere uma configuração para o possível serviço: “Ao diretor geral. Estou de acordo com a informação de A. Bica. O serviço contra peste poderá inicialmente ter a seguinte organização: Chefia, Região do Nordeste e Região do Centro. A Região do Nordeste compreendendo [?] cinco sectores nos Estados da Bahia, Alagoas, Pernambuco, Parahyba, Ceará e Piauhy e a Região do Centro com o Districto Federal, e Estados de Rio e São Paulo. Em 29-3[?] -40. E. Agricola”.

moléstia como uma de suas preocupações²²². Como mostrou em conferência realizada na Academia Nacional de Medicina em 1938, os trabalhos da Comissão de Estudos e Inquéritos sobre as Grandes Endemias²²³ se concentravam sobretudo na leishmaniose visceral americana, grande mote de suas investigações (CHAGAS, 1938). Além da leishmaniose, dentre as endemias relacionadas estavam a malária, esquistossomose, boubá, leishmaniose tegumentar, tripanossomíase americana, filariose e até o cangaço como uma “endemia social” resultante de conflitos de classe²²⁴. E, embora a comissão tenha realizado estudos em estados com focos pestosos, como o Ceará (onde se pesquisou sobre leishmaniose visceral americana, malária e a tripanossomíase americana) e Pernambuco (esquistossomose), a bubônica não é citada em nenhum momento.

Talvez o seu interesse fosse o de ampliar as atividades do SEGE com essa oportunidade de pesquisa, uma vez que a instituição teve dificuldades em fazer acordos com os estados²²⁵ por conta de diversos empecilhos como a impossibilidade de custeamento dos projetos pelos estados, o número insuficiente de funcionários para serem deslocados para essas unidades federativas ou das próprias dificuldades financeiras do órgão que conseguiu entendimentos com apenas dois estados – Pará e Pernambuco (BARRETO, 2012). Estando em negociação com o ministro da educação e saúde para a criação de um instituto de doenças tropicais²²⁶, que substituiria o SEGE, na reforma dos serviços federais de saúde, então em andamento, a proposta de pesquisa enfatizava a importância do órgão para a elucidação das variáveis epidemiológicas da peste, demonstrando o caráter de urgência e premência dessa questão.

222 Apesar dessa impressão, Evandro Chagas participou do Congresso de Peste, realizado em 1938 em Recife.

223 Criada em 1936 como Comissão Encarregada do Estudo da Leishmaniose Visceral Americana.

224 “O predomínio de chefes políticos locais e a perseguição das populações rurais pelos elementos dominantes podem ser considerados como causa fundamental do cangaço. Inquerindo sobre a vida de banditismo de alguns dos principais bandoleiros da região, pudemos verificar, com nitidez, que o ingresso desses indivíduos no cangaço foi, mais vezes, motivado por perseguições de várias naturezas do que propriamente por degenerescências morais” (CHAGAS, 1938: 1349).

225 Evandro Chagas explicara, em carta a Gustavo Capanema, sobre as tentativas anteriores de entendimento com os estados, quando da solicitação do ministro de um plano de cooperação com os mesmos. Este plano pretendia exportar o projeto científico e institucional do SEGE para o combate às endemias rurais a ser implementado pelo MES. As etapas seriam o envio de pesquisadores para investigarem as principais moléstias endêmicas de cada estado, a proposição de instalação de institutos de pesquisas nestas regiões, sendo o orçamento dividido por igual entre os governos estadual e federal e sedimentando o SEGE/IOC como o orientador técnico-científico das ações e dos pesquisadores (BARRETO, 2012: 161).

226 O Instituto Nacional de Doenças Tropicais (INDT) foi idealizado por Chagas e autorizada sua criação por Capanema para substituir o SEGE, tornando-o independente do IOC. Contudo, a concretização dessa ideia não vingou, pois o Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP) detectou dificuldades na implementação de pontos da reforma (BARRETO, 2012).

Chagas escreveria a Capanema que “a situação da peste no Brasil é extremamente séria e que a solução do problema está na dependência da realização de uma série de pesquisas que possam esclarecer diversas incógnitas ainda existentes” para a qual solicitava a verba de 150:000\$000²²⁷.

O Serviço de Estudo das Grandes Endemias está em condições de, com a cooperação que lhe foi oferecida pela Oficina Sanitária Panamericana, tomar a si o encargo de investigar a doença sob o ponto de vista de sua epidemiologia no Brasil. Penso que si os trabalhos puderem ser iniciados imediatamente, estará o Serviço em condições de até o fim do ano corrente, propôr ao Governo um plano de ação racional a ser executado pelo Departamento Nacional de Saúde²²⁸.

Como evidenciou neste ofício, Chagas mencionava a oferta de ajuda da OSP, feita através do pestólogo John Long, manifestada em exposição escrita àquele, na qual expunha o problema da doença no Brasil. O diretor do SEGE já havia discutido a questão da peste com Long anteriormente durante o VIII Congresso Científico em Washington²²⁹, onde pode “apreciar o conceito de gravidade em que é tido o problema em todas as Americas”. No seu escrito, o pestólogo abordava a questão através de um viés econômico, preocupação que esteve na origem da OSP. Long referia-se aos possíveis prejuízos advindos da presença da moléstia

derivados desta brusca perda de material humano. Os prejuizos economicos maiores dizem respeito entretanto, ao comercio, seja inter-estadual, seja internacional. A enfermidade pode ser transmitida no algodão, no trigo, na mamona, na mandioca, por pulgas ou ratos infetados que acompanham estas mercadorias e assim propagam a peste de um a outro estado²³⁰.

Insistiu no ponto da contaminação de portos ao longo da América do Sul por mercadorias infectadas e alegava que os métodos de controle faziam com que houvesse atraso na liberação de mercadorias, o que prejudicava o comércio e estimulava a alta dos preços. Long, como de costume, aludia ao Código Sanitário Pan-Americano e às cláusulas de proteção internacional

227 Não foi possível averiguar se essa pesquisa foi realizada, embora a verba tenha sido liberada.

228 Em 1 de julho de 1940 (GC h 1940.03.11).

229 Realizado entre 10 e 18 de maio de 1940. Estiveram presentes como representantes brasileiros na seção de medicina os médicos Manoel de Abreu, João de Barros Barreto, Vital Brazil, A. Cardoso Fontes, Evandro Chagas, W. O. Cruz, A. de Castro Fernandes, Mauricio Gudín, Henrique Roxo, H. C. de Souza-Araujo, y J. G. Whitaker.

230 GC h 1940.03.11

contra as doenças transmissíveis. Ou seja, era necessário seu cumprimento, pois a falta de controle das doenças infecciosas poderia prejudicar a relação com outros países, caso o problema se expandisse para além das fronteiras nacionais.

Seu entendimento era que, de acordo com os conhecimentos obtidos até então sobre a peste brasileira, haveria perigo de reinfecção dos portos e constatava-se o crescimento de zonas pestosas rurais e de sua propagação com a colonização interna próxima dessas áreas “o que constitue um impedimento manifesto para o desenvolvimento do Nordeste e para o desenvolvimento industrial de algumas zonas do sul do país²³¹”. O epidemiologista estadunidense dizia, ainda que, o alastramento da doença pela área rural traria o risco da peste silvestre

Caso seja assim, o problema não terá fácil solução, criando-se uma situação semelhante à da febre amarela silvestre. Pela exposição acima, fica bem claro que o Governo deve cuidar do problema da peste, sobretudo nos estados do Nordeste – Ceará, Pernambuco, Alagoas, Baía e Paraíba – e também no Estado de São Paulo, atualmente infetado e em todos os portos de exportação do país ao sul de Fortaleza²³².

Finalizando sua exposição a Chagas, Long atestou que o SEGE seria a instituição adequada a prosseguir com as pesquisas²³³

A mais importante das conclusões do trabalho de cooperação realizado pela Oficina Sanitaria Panamericana e o Departamento Nacional de Saúde²³⁴ foi a determinação da necessidade urgente de completar o conhecimento do problema em forma científica, não só das regiões pestosas mas também daquelas indenes e susceptíveis de infecção. Nenhuma instituição está mais capacitada para este programa do que o Serviço de Estudo das Grandes Endemias. A Oficina Sanitaria Panamericana está pronta a ajudar os técnicos nacionais na realização de suas tarefas como orientadora do plano de pesquisas em apreço, contribuindo com a experiência adquirida na redução de peste nos países do Pacífico e na organização do Serviço de Profilaxia da Peste do Brasil²³⁵.

231 GC h 1940.03.11

232 GC h 1940.03.11

233 A proposta de pesquisa incluía a reconstrução histórica da peste no Brasil, análise dos fatores ambientais determinantes, estudo de roedores e pulgas e seu papel na manutenção e transmissão, investigação de enzootias e epizootias, análise clínica, bacteriológica e anatomopatológica, estudo da profilaxia mais eficaz, levantamento das áreas pestosas e estatísticas em geral.

234 Creio que ele se refere ao trabalho empreendido por Machiavello a partir de 1939.

235 Parece esse Serviço se referir à divisão existente na DSP cuja tarefa era compartilhar diretrizes e distribuir as verbas entre as DFS. No entanto, especificamente sobre esse Serviço não foi possível obter mais informações.

A OSP já vinha cooperando com o governo brasileiro nas formulações e técnicas a respeito da doença. Desse modo, suas proposições eram válidas e aceitas, dada sua experiência com o combate à doença no continente e, sobretudo, pela figura de Long, cujo trabalho de sucesso em outros países como Peru e Equador era reconhecido. No entanto, não se pode aquilatar o peso de sua participação ou influência nas discussões sobre nacionalização, mas, o que se pode resgatar pelo documento acima, é que Long, como representante da OSP advogava a favor da centralização. Cabe salientar que o Brasil teve um serviço de peste nacionalizado instituído tardiamente se comparado aos de outros países da América Latina como Equador, Chile e Argentina, por exemplo²³⁶.

Em outro documento de 9 de julho de 1940, Agrícola reforçava: “Creio que mais razoável seria a criação do Serviço Nacional á (sic) Peste, no Departamento Nacional de Saúde, tendo o mesmo duas secções: uma de profilaxia e outra de pesquisas²³⁷”. Essa sentença aparece no fim do ofício enviado ao diretor do DNS, naquele momento Samuel Libanio, no qual Agrícola, frente às intenções do SEGE, se queixava do não recebimento de verba para a Divisão de Saúde Pública, enquanto o órgão chefiado por Chagas também solicitava investimento. Além disso, segundo o autor do ofício, ocorreram “incidentes” (não especificados) quando, na falta de técnico do DNS, fora enviado um do IOC para trabalhar nas pesquisas com Macchiavello. Posteriormente, o médico Bezerra Coutinho, do SEGE, trabalharia com o representante da OSP. Creio que a soma desses acontecimentos mostrava, para Agrícola, a necessidade de melhor organização para o sucesso dos serviços e até para evitar quaisquer outros tipos de problema decorrentes da falta de uniformidade e centralidade. Ainda protestou, nesse mesmo ofício, que o plano de Long fora apresentado a Chagas e não ao diretor geral do DNS, já que os primeiros entendimentos sobre os estudos foram feitos com este último.

Imediatamente após as palavras de Agrícola, há um parecer de Samuel Libanio, ao ministro Capanema datado de 10 de julho de 1940

Peço, em particular, a atenção de V. Ex. Para a sugestão contida no parecer da D.S.P. sobre a vantagem da criação do Serviço Nacional de Peste,

236 Os serviços antipestosos identificados e suas datas de criação foram as seguintes: Equador, 1928; Peru, 1922 ou 1930; Chile e Bolívia, 1932; Argentina, 1934.

237 GC h 1940.03.11

subordinado ao Departamento Nacional de Saúde e com duas seções: uma de profilaxia e outra de pesquisa²³⁸.

Conclui-se, através da documentação, que o incentivo à centralização pelo governo federal da profilaxia da peste bubônica derivou de duas necessidades: a de ampliar o conhecimento sobre a epidemiologia da doença no Brasil para que tivesse sucesso seu controle ou mesmo sua erradicação e a de promover um esquema institucional que fosse capaz de eliminar interferências e descompassos entre diferentes órgãos e autoridades. No ano seguinte a estas discussões aqui enunciadas, em 1941, a reorganização dos serviços em peste se concretizaria com a reforma da saúde.

O decreto-lei nº 3171 criou os Serviços Nacionais, órgãos caracterizados pela sua especialidade em determinadas doenças²³⁹, com um forte esquema hierárquico e centralidade diretiva e executiva. A reforma de 1941 consolidava os esforços centralizadores do ministro Capanema que vinha desde 1935 tentando ajustar a área da saúde ao novo contexto político. Alegava que a reforma teria dois princípios: o da maior coordenação (a partir do DNS) e o da maior atuação (expandindo para além do DF). E acrescentou que, na nova proposta, nada havia de contrário em relação à de 1935 (aprovada em 1937 na lei que criou as DFS). Na verdade, seria a consolidação dos esforços empreendidos até ali²⁴⁰. E, naquele momento, em pleno Estado Novo, Capanema teve mais liberdade para propor o “modelo que pretendia fortalecer a centralização normativa e intensificar a atuação federal e a expansão dos serviços de saúde” (FONSECA, 2007: 210). Como ele mesmo explicou

Foram tomadas iniciativas e providências, notadamente a partir da vigência do regime de 10 de novembro, destinadas, por um lado, a transferir à administração municipal da Capital da República os encargos de natureza local e, por outro lado, a instituir e desenvolver os serviços que fossem alcançar os mais distantes pontos do país. São sobretudo dignos de nota os esforços empreendidos em matéria de organização sanitária e de combate às grandes endemias (a lepra, a tuberculose, a febre amarela, a malária e a peste). O projeto ora proposto procura assentar as bases de solidificação dos trabalhos desenvolvidos, dando ao DNS um sistema de órgãos adequados

238 GC h 1940.03.11

239 Havia dois outros Serviços Nacionais não relacionados a uma doença específica: Serviço Nacional de Educação Sanitária e Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina.

240 Apresentação da proposta de reorganização do DNS ao presidente Getúlio Vargas em março de 1941, *apud* Fonseca, p. 209-210.

não só a manter mas ainda a desenvolver os empreendimentos de caráter nacional iniciados²⁴¹.

Cabe apontar que Capanema aludiu aos trabalhos que vinham sendo feitos no combate às endemias, incluindo a peste, e assegurava que o projeto da reforma viria a promover e dar base às ações de “caráter nacional”. Lembremos que o governo federal, a essa altura, já vinha tratando da profilaxia antipestosa no Nordeste através das DFS. Recordemos, ainda, dos apelos de médicos para que o governo tratasse a questão de forma mais centralizada. Pode-se supor, a partir desse documento, que dentre os trabalhos a se “assentar as bases de solidificação” estariam os referentes à moléstia. Do mesmo modo, entendo que os serviços de peste seriam um desses “empreendimentos de caráter nacional iniciados” e que, em seu caso, se tornaria um SN. Os ofícios, citados anteriormente, com as recomendações de médicos ocupantes de cargos na administração pública para que o governo se responsabilizasse ou mesmo criasse um “Serviço Nacional da Peste” (como argumentou Libanio) se alinhavam às propostas centralizadoras de Capanema e podem tê-lo influenciado a concretizar tal sugestão ao incluir e criar com a reforma de 1941 o SNP. A partir de então, as funções passariam das DFS ao SNP²⁴².

Mas “Como tornar uma doença objeto de um programa de saúde pública? Além dos meios científicos e técnicos para viabilizá-lo, há que se dispor do reconhecimento, pela sociedade, de que se está diante de um problema a merecer ações do Estado” (KROPF, 2016: 3621). Essa pergunta, elaborada em relação à doença de Chagas, pode orientar a discussão acerca da escolha de determinadas doenças que tiveram sua profilaxia e pesquisa organizadas em SNs.

241 Idem, p. 210

242 Houve um período de transição de um órgão para outro como se verá no capítulo 3. No decreto-lei nº 3171 havia um dispositivo de controle pelas Delegacias: “Art 3, (9) - Às delegacias federais de saúde competirá fazer, na medida em que isto for julgado conveniente, pela direção geral do Departamento Nacional de Saúde, inspeção sobre o funcionamento das atividades executadas diretamente pelos órgãos especiais [que incluía os Serviços Nacionais] a que se refere o art. 2º, ns. IV a XV, e bem assim executar as atividades que se tornarem necessárias à efetivação do disposto no art. 1º, alínea c”. Segue a transcrição da referida alínea: “realização de quaisquer atividades concernentes ao problema da saúde, animá-las, fiscalizá-las, orientá-las e assisti-las tecnicamente, e ainda estudar os critérios a serem adotados para a concessão de auxílios e subvenções federais para a realização dessas atividades, e controlar a aplicação dos recursos concedidos”. Apesar dessas disposições legais, não foi possível verificar uma interferência, nesse sentido, das DFS nos trabalhos do SNP. O que ocorria era o aproveitamento da estrutura do SNP e suas atividades regulares para perscrutar outros tipos de doenças, também consideradas endemias, cuja responsabilidade era das DFS.

Ao resgatar os motivos para a formação de um serviço nacional de peste, creio que alguns pontos podem ser levados em consideração. Primeiramente, as atividades iniciaram seu controle pelo governo federal em 1936, portanto este já vinha elaborando um esquema de serviço orientado e organizado, levando a crer que esse seria um dos trabalhos a serem “solidificados” como disse Capanema. Em segundo lugar, tratava-se de uma moléstia cuja possível disseminação e prejuízo comercial geravam preocupação interna e externa. Nesse sentido, pode-se entender a cooperação da OSP nos estudos sobre a doença, atendendo às exigências do Código Sanitário Pan-Americano, que recomendava esforços para o impedimento da transmissão internacional e que incentivava ações com sentido centralizador.

A centralização da política de saúde era o pré-requisito para pôr em prática de um segundo objetivo: a ampliação de seu raio de ação. Agora, elas deveriam ultrapassar os limites das grandes cidades e favorecer a maior integração das diversas regiões do País. A implantação desse novo modelo era justificada pela demanda de agências internacionais – como a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) – que começavam a ampliar suas atividades na América Latina e pregavam a maior normatividade das ações de saúde como garantia de sua maior eficiência (TEIXEIRA; FONSECA, 2007: 73).

E, finalmente, se dispunha de conhecimento científico e prático para o combate à enfermidade como os soros e as vacinas na terapêutica, as técnicas de controle da população de ratos com venenos, capturas e mudanças nos ambientes domésticos e externos, por exemplo.

É importante apontar que a profilaxia de algumas doenças já eram organizadas em serviços antes do decreto-lei de 1941. Ressalte-se que o Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA), assim como o Serviço Nacional de Malária (SNM), compuseram sua estrutura anteriormente à organização em SNs, a partir da atuação da Fundação Rockefeller (FR). O SNFA, em sua origem, nada mais foi que a continuidade da atuação do seu predecessor, o Serviço de Febre Amarela, que era de responsabilidade FR. A Fundação atuava no Brasil desde as primeiras décadas do século XX e a doença foi um dos principais alvos de sua atividade, a partir de 1923, assumindo o controle do combate à doença e promovendo seu financiamento no Norte do país (LÖWY, 1999). Sua atuação nesse terreno durou até 1939. Com sua saída, conseqüentemente, passou aos cuidados do MES²⁴³. A organização adotada

243 Situação já prevista no Art. 64 da lei 378 de 13 de janeiro de 1937 que dizia o seguinte: “O Serviço de Febre Amarela, destinado á prophylaxia da febre amarella, em todo o paiz, ora realizado com a cooperação da

pela FR, sua divisão em áreas de atuação, as anotações de todas as atividades em diários, dentre outros, serviram de inspiração para o SNP.

O tratamento da malária teve o seu desdobramento, igualmente, nos braços da FR que institucionalizou seu combate ao criar o Serviço de Malária do Nordeste (SMNE) em 1939 (HOCHMAN, MELLO, SANTOS, 2002). Esta instituição e o Serviço de Malária da Baixada Fluminense se fundiriam, posteriormente, e formariam o SNM²⁴⁴.

Não foram somente as doenças contagiosas que ganharam serviços específicos. O câncer e as doenças mentais, por exemplo, seriam contemplados com seus órgãos próprios. Este era um indício de que o governo mostrava-se interessado não apenas nas endemias rurais, mas também em doenças que não tinham caráter epidêmico. Uma característica comum às moléstias que seriam trabalhadas pelos SNs era sua organização prévia, seja de modo mais robusto como àquelas sob comando da Fundação Rockefeller, seja através da filantropia ou derivadas de trabalhos já existentes como foi o caso do SNP que herdou e transformou a estrutura dos serviços de peste das DFS.

Outra característica foram as tentativas anteriores de busca por um modelo de cuidado e de pesquisa mais abrangente e uniforme visando uma organização mais centralizada. Por exemplo, em relação às doenças mentais, houve tentativas de legislação nacional desde 1903 (BRAGA, 2013). Os órgãos responsáveis por estas doenças mudaram diversas vezes de acordo com as reformas ministeriais²⁴⁵, mas foi a partir da reforma da saúde de 1937 que se moldariam as bases do que seria o futuro Serviço Nacional de Doenças Mentais - SNDM (BRAGA, 2013). Do mesmo modo, sobre o câncer, os médicos buscavam uma configuração melhor e mais ampla para suas pesquisas e cuidados profiláticos. O Serviço Nacional de Câncer²⁴⁶ (SNC) derivou dos esforços de Mário Kroeff que, desde 1938, com a inauguração do Centro de Cancerologia, objetivava criar uma instituição de caráter nacional. E, um último exemplo, a partir de 1930 começaram a se conformar as maneiras pelas quais a lepra seria

Fundação Rockefeller, passará, quando, a critério do Poder Executivo não fôr mais renovado o contracto com a quella instituição, a ser directamente executado pelo Ministerio da Educação e Saude, de accordo com o disposto no art. 65, desta lei”.

244 O SMNE ainda permaneceria sob controle da Fundação Rockefeller até 1942.

245 A assistência psiquiátrica esteve a cargo de diferentes órgãos ao longo da década de 1930: o Serviço de Assistência a Psicopatas (SAP) em 1930; a Diretoria de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental (DAPPM), após a reforma de 1934; a Divisão de Assistência a Psicopatas (DAP), após a reforma de 1937 (BRAGA, 2012: 67).

246 O Serviço Nacional de Câncer foi criado meses depois da legislação que criara os outros SNs (de abril de 1941) pelo decreto-lei n° 3643 de 23 de setembro de 1941.

tratada (SANTOS, 2011). As instituições filantrópicas eram as grandes responsáveis pelo cuidado e assistência aos acometidos pela doença. Sociedades se formaram e se espalharam pelos estados brasileiros, formando a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa Contra a Lepra. Com o governo de Vargas, a tendência da Federação foi se aproximar das propostas centralizadoras, perdendo seu caráter autônomo, sendo seu trabalho fundamental para o Plano de Combate à Lepra do ministro Capanema (SANTOS, 2011).

Percebe-se, portanto, que as origens dos SNs tiveram processos diferentes. No entanto, reuniam características similares como tentativas precedentes de prover uma dimensão nacional ao tratamento da doença e de uniformização das práticas de cuidado, combate e profilaxia.

No mesmo ano do decreto-lei que reorganizou o DNS, 1941, teve lugar, na cidade do Rio de Janeiro, a primeira Conferência Nacional de Saúde (CNS), órgão previsto na reforma de 1937. A reunião, realizada em novembro, durou seis dias e tinha como objetivos discutir a organização sanitária estadual e municipal, a ampliação e sistematização das campanhas de lepra e tuberculose, o desenvolvimento das medidas de saneamento e o desenvolvimento da “obra nacional” de amparo à maternidade, à infância e à adolescência²⁴⁷. Em exposição de motivos ao presidente Vargas, o ministro Capanema acrescentava que as conferências (de saúde e de educação)

se destinam ao objetivo de firmar princípios e entendimentos que articulem o Ministério da Educação e Saúde com as administrações estaduais, e, por intermédio destas, com as administrações municipais, tudo a fim de que a educação e a saúde, em todo território do país, se organizem em termos de serviços públicos convenientemente racionalizados, mediante a cooperação das três ordens da administração pública, - a federal, a estadual e a municipal, - com a participação ainda dos serviços da iniciativa popular²⁴⁸.

Para Fonseca (2007), a CNS atuou como um espaço promotor de entendimentos entre o governo e os estados nos quais aquele garantia sua supervisão e controle através de normatizações uniformes. Além disso, fortaleceu e legitimou a gestão centralizada da saúde.

A faceta mais evidente disso foram os SNs de saúde que tinham sua estrutura toda condicionada a uma hierarquia rígida, subordinados diretamente ao DNS, mas com autonomia

247 Decreto 6788 de 30 de janeiro de 1941.

248 Ministério da Educação e Saúde. 1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde (GC-1278f).

administrativa e financeira. Eram o retrato e a “consolidação das tendências centralizadoras” (HOCHMAN, FONSECA, 2000: 181). Visto por esse ângulo, esses Serviços coroaram os intentos de Capanema ao exercerem suas atividades e autoridade dentro dos territórios dos estados com autonomia e representando o governo federal no interior do país. Em 1942, três meses após a reunião da CNS, os Serviços de Febre Amarela e de Peste regulamentariam suas ações através da compilação de seus regimentos²⁴⁹. Os outros SNs (lepra, doenças mentais, malária e tuberculose) demorariam um pouco mais para fazê-lo²⁵⁰.

O contexto desse período, década de 1940, refletia os desdobramentos da Segunda Guerra Mundial, do início da Guerra Fria e da ideologia emergente do desenvolvimento. A XI Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada no Rio de Janeiro, entre 6 e 18 de setembro de 1942, expressava preocupação e fazia recomendações às repúblicas do continente. Em tempos de guerra, e com o medo de sua extensão para as Américas, os cuidados sanitários precisavam ser ampliados e resguardados. Na sua resolução nº 10, do tópico “Defesa Continental e Saúde Pública” a OSP sugeria

Que, como la intensificación del transporte aéreo, civil y militar, frecuentemente con horarios imprevistos, hace pesar la grave amenaza de difusión de enfermedades transmitidas por insectos vectores y por portadores humanos, se encarezca a los respectivos gobiernos la necesidad de adoptar métodos extraordinarios y precisos para impedir su difusión, utilizando para dicho fin, al máximo posible, la cooperación entre las autoridades sanitarias, civiles y militares²⁵¹.

As entidades de saúde brasileiras trabalharam no esforço de guerra para evitar a disseminação de doenças infecciosas, dada a reunião de tropas no Nordeste brasileiro.

Naquela época os Serviços de Peste, de Malária e de Febre Amarela desenvolviam no Nordeste permanente atividade na Base Aérea de Recife (no campo de Ibura e na Praia da Piedade, onde estava o Hospital da

249 Regimento do SNP – Decreto nº 8.676 de 4 de fevereiro de 1942, regimento do SNFA – Decreto nº 8.675 de 04 de fevereiro de 1942.

250 Regimento do SNL – Decreto nº 15.484 de 8 de Maio de 1944; regimento do SNDM – Decreto nº 17.185, de 18 de Novembro de 1944; regimento do SNM – Decreto nº 21.712 de 27 de agosto de 1946; regimento SNT – Decreto nº 37.152, de 7 de abril de 1955.

251 Na ata da Conferência, uma menção à peste: “Complácese en reconocer los continuos esfuerzos que las Repúblicas Americanas, en cooperación con la Oficina Sanitaria Panamericana, han realizado para erradicar la peste bubónica de sus territorios, y aconseja a los países en que esta enfermedad aún no ha sido eliminada, que continúen realizando campañas antipestosas, utilizando para ello las últimas técnicas profilácticas” (OSP, 1944: 7).

Aeronáutica); na de Parnamirim, em Natal; e na de Fernando de Noronha, para garantir o efetivo controle de ratos e de mosquitos transmissores da malária e febre amarela em extensas áreas onde estavam aeroportos, quartéis, alojamentos, cantinas, depósitos de material bélico e hospitais militares (FREITAS, 1992: 47).

O SNP, por exemplo, esteve em Fernando de Noronha para tratar do problema da proliferação dos ratos na ilha, ocupada naquele momento por tropas brasileiras e estadunidenses. Em 1943, juntamente com seis guardas e um guarda-chefe, Freitas se deslocou até a ilha por solicitação do Diretor do Serviço de Saúde da 5ª Região Militar, o médico e coronel Isler Vieira, para “controlar descomunal infestação de ratos” que estavam causando “séria incomodidade” às tropas e “prejuízos nos estoques de mantimentos” (FREITAS, 1992). Chegando à Noronha, Freitas e seu pessoal constataram as graves deficiências sanitárias do local e a quantidade impressionante de ratos infestando a região, sendo os principais problemas a destinação do lixo da ilha, o que concorria para a alimentação murina, e às más condições das habitações.

Concomitantemente, as ações sanitárias estavam ligadas às ideias de desenvolvimento. Uma ideologia, cuja retórica se assentava no crescimento econômico e no rechaço ao comunismo como via de solução das desigualdades. Esse termo (e o termo subdesenvolvimento), segundo a Antropologia do desenvolvimento, teria sido inventado no discurso do presidente estadunidense Harry Truman em 1949 (ANDRADE, 2012), ao promover um novo modelo de atuação dos EUA nas nações “subdesenvolvidas”, ou seja, anunciava sua nova atuação global no pós-guerra (ESTEVA, 2010).

Essa retórica, sobretudo econômica, teve implicações na saúde, pois permeou a área com discussões acerca do seu papel neste novo processo, no qual o tema do subdesenvolvimento viria na esteira das políticas públicas de saúde direcionadas à classe trabalhadora, fundamental para as ambições de aumento da produtividade. Entendida como um fator importante para o afastamento das doenças que mais acometiam aquela classe, a saúde se tornava o instrumento pelo qual os brasileiros poderiam adoecer menos e trabalhar mais pela economia nacional. A questão central era o seu adoecimento constante por doenças há muito conhecidas, mas que persistiam devido às condições higiênicas precárias, falta de saneamento e má nutrição. As iniciativas do governo brasileiro, nas décadas de 1940 e 1950,

que promoviam o desenvolvimento aludiam à ideia de civilização e de unidade nacional²⁵² e à de superação das dificuldades persistentes como as sanitárias.

Exemplo disso, para a região nordestina, foi a criação da Comissão do Vale do São Francisco (CVSF) em 1948. Seu objetivo era desenvolver a região que circundava o rio de mesmo nome alcançando áreas urbanas e rurais, inclusive de densidade demográfica menor (DE PAULA, 2010). Para isso, a saúde constituía um dos pontos desse plano, cuja previsão era elaborar políticas de saneamento e saúde pública, além de promover obras de irrigação, transportes e comunicação e incentivar a imigração e a colonização da região, dentre outras propostas (DE PAULA, 2010). Do mesmo modo, o Plano SALTE (sigla para saúde, alimentação, transporte e energia), também apresentado em 1948 ao Congresso, reconhecia a importância do tema da saúde frente às necessidades econômicas do país e condicionava seu alcance à importância da região.

Não poderá haver produção eficiente, do ponto de vista qualitativo ou quantitativo, e, portanto, enriquecimento geral, bem-estar coletivo, progresso social, com o elemento humano arruinado fisicamente, debilitado em sua vontade e em suas forças, pelas doenças. Qualquer ação, conseqüentemente, que vise àquele supremo objetivo do engrandecimento do País, terá, preliminarmente, que considerar o problema da assistência médica. Não se poderá deixar de apontar o baixo nível econômico-social, hoje observado em muitas Nações, inclusive no Brasil, como o principal responsável pela fome crônica, pela decadência cultural e de saúde. Mas, a experiência tem demonstrado que êsses males são suscetíveis de correção pela prática de uma assistência direta, específica e bem orientada e esta se impõe sempre, não só por um dever de solidariedade social, como por um imperativo de ordem econômica [...] Ao lado das tarefas pròpriamente ditas de saúde pública, ela [a campanha de saúde] deverá desenvolver um harmônico programa de assistência médico-hospitalar, em obediência ao princípio de que a amplitude dos benefícios a serem prestados em cada

252 Um exemplo está na Mensagem presidencial nº 548 enviada ao Congresso pelo presidente Dutra “A recuperação do São Francisco corresponde a um dado atualíssimo da vida brasileira. Devemos, na ameaçadora conjuntura mundial em que vivemos, reforçar e apertar por todos os meios os liames da unidade nacional, quer no sentido espacial, quer no sentido social. A continuidade da ocupação territorial e de civilização, a ser estabelecida entre o Centro e o Nordeste do Brasil, representa hoje em dia elemento essencial dessa unidade e de nossa defesa. A costa brasileira desta última região, tal como sucedeu no passado, é uma fronteira viva do nosso país e já agora também do Continente Americano. Os estudos realizados para a elaboração dêste Plano, e as conclusões tornadas possíveis, vieram dissipar algumas ilusões. Mesmo atendo-se, porém, à realidade, como o devemos sempre fazer, pode-se afirmar a possibilidade de criação, na região sanfranciscana, de um centro de civilização brasileira, capaz de estabelecer o nexu de unidade que almejamos forjar” (DUTRA, 1950: 05 *apud* DE PAULA, 2010: 6).

região variará de acordo com o respectivo valor econômico e as maiores necessidades dela²⁵³.

Um outro aspecto que se associou à ideia da relação entre desenvolvimento econômico e saúde esteve na difusão do paradigma da erradicação de doenças. Promovida de maneira substancial por Fred Soper, diretor da OSP a partir de 1947, nas Américas, a noção se mostrou fortemente adequada aos propósitos desenvolvimentistas. A possibilidade do desaparecimento desses males gerou um entusiasmo em relação ao período de tempo necessário ao seu enfrentamento. Com o surgimento de toda uma terapêutica e de insumos químicos, originados das utilizações e descobertas durante a Segunda Guerra Mundial, o que ficaria caracterizado como “otimismo sanitário”²⁵⁴, houve a possibilidade de se imaginar um país finalmente livre das doenças recorrentes e impeditivas do bem-estar e da capacidade de trabalho de seus cidadãos de forma mais rápida.

O governo de Juscelino Kubitschek manteria firme a associação da saúde com o desenvolvimento. Os debates acerca desse binômio se ampliaram. Afinal, a saúde seria pré-condição ao desenvolvimento ou o desenvolvimento material seria fundamental para abrir caminho para a melhora da situação sanitária? Esse dilema seria motivo de reflexão para os sanitaristas de então. No entanto, não havia modelo ou diretriz específica sobre uma ordem de ação a ser seguida, pois segundo Hochman, “o que ocorreu ao longo da década de 1950 foi um deslocamento lento de posições e ênfases para um dos lados da relação entre saúde e desenvolvimento” (2009: 317). Ou seja, variava a primazia dada a cada um desses dois elementos, mostrando essa movimentação a fluidez do campo político-econômico entre os dois pontos de vista.

Foi dentro desse contexto transformador das décadas de 1940 e 1950 que o SNP atuou, executando suas atividades antipestosas como veremos no capítulo a seguir.

253 O Plano SALTE, DASP, 1950, p. 6.

254 O chamado otimismo sanitário se caracterizou pela ideia de que o controle e a erradicação de doenças seria viável e possível graças ao aparato científico disponível naquele momento, décadas de 1940-1950, capaz de eliminar vetores e de promover a terapêutica e cura com o aparato químico utilizado e aprimorado durante o período da Segunda Guerra. Exemplos clássicos dessas novidades sanitárias foram os antibióticos na terapêutica e o DDT como pesticida.

Capítulo 3 – O Serviço Nacional de Peste

O SNP foi criado para combater a peste bubônica no país através de campanhas permanentes, nas áreas onde ela era endêmica ou em locais estratégicos a exemplo dos portos ou, ainda, em aeronaves. O foco aqui é abordar os trabalhos do SNP nas áreas do interior e suas rotinas de serviço nesse meio distinto dos espaços urbanos do litoral mais densamente povoados e dos portos.

Assim, estarão presentes neste capítulo tópicos sobre a estrutura e o funcionamento do Serviço para que se possa compreender melhor sua atuação no interior do Nordeste, especificamente na sua 1ª circunscrição. Abordarei ainda conflitos e resistências às ações de seus representantes no cumprimento de suas funções.

Do mesmo modo, as pesquisas epidemiológicas sobre a peste e sobre roedores aparecem neste capítulo como exemplos de como o SNP, para além de suas obrigações campanhistas, também se preocupou em avançar no entendimento da doença. A cooperação com o Museu Nacional no inquérito sobre roedores demonstram o avanço e os intercâmbios do Serviço, que ia além de suas funções mais pragmáticas.

Por fim, esboço como se deu a extinção do SNP, juntamente com outros SNs, e sua incorporação ao Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu).

3.1 – O anteprojeto de decreto-lei de 1942

Em 4 de fevereiro de 1942, foi enviado ao ministro Gustavo Capanema, por Barros Barreto, o anteprojeto de decreto-lei que pretendia regulamentar as atividades de profilaxia antipestosa. O anteprojeto tratava da antiratização e da desratização em todo o país, incluindo os cuidados referentes às zonas pestosas e aos portos. O documento não se referia apenas ao SNP, pois incluía pontos que se referiam aos navios e aos portos, além de fazer a diferenciação entre “autoridade sanitária” e “Serviço Nacional de Peste”, o que especificava as competências exclusivas do Serviço. A confecção desse documento foi o resultado do esforço conjunto de profissionais especialistas em peste em que “colaboraram ativamente técnicos do Serviço Nacional de Peste; foi revisto pelo diretor desse Serviço e do da Saúde

dos Portos e ainda pelo dr. J. D. Long, consumado especialista da Repartição Sanitária Pan-Americana, que conosco vem colaborando ha vários anos”²⁵⁵. Constata-se, aqui, que a OSP continuava contribuindo com as etapas que configurariam o serviço de peste, prosseguindo com a cooperação estabelecida já na década anterior.

O anteprojeto contava com 55 artigos que definiam todas as medidas profiláticas contra a peste a serem adotadas nas áreas afetadas, nos portos e nas embarcações, previam as prerrogativas do SNP, estabeleciam multas, proibições e intimações. No seu primeiro artigo, apareciam os objetivos do combate à doença:

Art. 1º O combate à peste será levado a efeito, principalmente, através da aplicação das seguintes medidas:

- a) notificação de todos os casos da doença e epizootia ocorrida entre roedores;
- b) investigação epidemiológica;
- c) isolamento de pestosos;
- d) campanhas sistemáticas de desratização e antiratização;
- e) realização de práticas de imunização reconhecidamente eficientes;
- f) vigilância sanitária das comunidades em que haja focos da doença ou que a ela estejam expostas;
- g) educação sanitária das populações.²⁵⁶

Nota-se nesse primeiro artigo que existia uma sistemática que se assentava em várias frentes de atuação, que passava pela investigação epidemiológica e vigilância, pelas campanhas e pela educação sanitária. De fato, com o SNP as investigações epidemiológicas ganharam fôlego, principalmente através da pesquisa sobre roedores, empreendida em conjunto com o Museu Nacional ao longo de vários anos, assim como as pesquisas sobre sifonápteros²⁵⁷ realizadas por pesquisadores do próprio Serviço.

Um ponto muito importante constante no anteprojeto era o da comunicação obrigatória quando da ciência de casos de mortandade de ratos. Isso tem a ver com a diretriz seguida pelo Serviço que previa o rastreamento da infecção antes que chegassem a se tornar casos humanos. O SNP não atuava apenas quando da ocorrência de peste humana (embora, muitas das vezes, era este o caso que chegava ao conhecimento do Serviço, ou seja, num estágio

255 GC h 1940.03.11

256 Todos os artigos estão com a numeração do Decreto-Lei de 26 de janeiro de 1946, que regulou o regime de combate à peste no Brasil e formalizou o antigo anteprojeto com algumas alterações.

257 Referente às pulgas.

posterior ao da epizootia). Tal ponto era verdadeiro nos primórdios dos serviços de peste e nas DFS, quando os trabalhos vinham se organizando e se estruturando aos poucos e as informações tardavam a chegar. Os trabalhos do SNP procuravam avançar no sentido de compreender a dinâmica da transmissão do bacilo pestoso, embora, dada as orientações iniciais, fruto das investigações de Macchiavello (1938-41), o foco no rato doméstico como transmissor e reservatório de peste permanecia como expresso no Artigo 5º, no qual constava que

As inspeções e trabalhos referidos no artigo 4º²⁵⁸ terão por objetivo:

- a) evitar a criação e o desenvolvimento de ratos;
- b) procurar destruir os focos atuais e potenciais de ratos e seus ectoparasitas;
- c) pesquisar, capturar e exterminar pelos processos adequados, ratos e outros roedores que possam interessar à profilaxia;
- d) indicar medidas para correção das irregularidades encontradas que interessem à profilaxia da peste;
- e) colher quaisquer dados que interessem ao Serviço;
- f) verificar o cumprimento das disposições contidas neste regulamento

Quanto às prerrogativas do Serviço, pode-se dizer que previam fortemente o exercício da autoridade do órgão enquanto agente fiscalizador. No Artigo 4º (ver nota 259), aos seus representantes estava garantido o acesso “livre e imediato” aos locais necessários para o empreendimento da profilaxia, enumerando-se no seu primeiro parágrafo os tipos de lugares aptos à inspeção. Não apenas casas e prédios poderiam ser examinados, mas sim um leque de espaços que ultrapassavam o ambiente doméstico, englobando-se aí construções de internação coletiva, fábricas, restaurantes, estações de transporte, fazendas e cursos d’água. Estabelecia-se sua competência de multar e intimar proprietários a procederem com as medidas sanitárias cabíveis para o devido controle dos focos da doença. As intimações geralmente demandavam atos de ajustes estruturais nas habitações como instalação de rodapés e impermeabilização de pisos com cimento, calafetação de paredes; ações de limpeza externa como afastamento de cercas vivas das casas e desmatização; levantamento de jiraus para melhor guarda dos

258 Artigo 4º § 1º Consideram-se como locais que interessam à profilaxia da peste os seguintes: prédios, ocupados ou não; habitações de qualquer natureza e os seus pátios quintais e mais dependências; fábricas, oficinas e quaisquer outros estabelecimentos industriais ou agrícolas; recolhimentos, conventos, igrejas e cemitérios; hospitais, casas de saúde e estabelecimentos congêneres; mercados, hotéis, restaurantes e casas de pasto; cocheiras e estábulos; quartéis e fortalezas; presídios; ilhas, diques, estaleiros, depósitos de qualquer natureza, inclusive os de explosivos ou inflamáveis e campos de aviação militares e civis; estações e meios de transportes terrestres, marítimos, fluviais e aéreos; terrenos, logradouros públicos e particulares; jardins, hortas, chácaras, sítios e fazendas; margens de cursos d’água.

alimentos, todas estas medidas relacionadas à antirratização ao evitar a aproximação do roedor. O entendimento de que as condições habitacionais de casas e prédios eram fundamentais na epidemiologia da peste se mostrava um ponto tão importante que o anteprojeto prevê que “Mediante prévio acordo com a autoridade municipal ou estadual, poderá ser transferida para a alçada do Serviço Nacional de Peste a concessão do "habite-se" nas zonas pestosas e em todas as demais em que se realizem campanhas de antirratização”²⁵⁹. Dentre as possibilidades passíveis de aplicação de multa, por sua vez, constavam o achado de focos de rato nas dependências examinadas, a falta de cooperação dos responsáveis na desratização, a criação de animais em porões ou sótãos em áreas urbanas (desde que interferissem na epidemiologia da doença), o não recolhimento diário do lixo das habitações, a não remoção dos restos de cozinha²⁶⁰.

Ambas as medidas, intimação e multa, eram da alçada dos funcionários do Serviço, destacando, assim, o grau de autonomia e autoridade que possuíam de modo a dinamizar as atividades. Se se pensar nas distâncias e dificuldade nas comunicações, é compreensível que se garantisse o poder de resolução dos problemas aos próprios médicos que, por força do regulamento, eram obrigados a morar na mesma localidade em que trabalhavam. O médico deveria assinar as intimações e aplicar as multas. Por fim, complementando o escopo do poder do Serviço, havia a garantia do uso da autoridade policial, caso necessário²⁶¹.

Houve também a proibição de determinadas práticas que costumavam atrair, abrigar e alimentar os ratos como, por exemplo, armazenar alimentos em quartos de dormir das habitações coletivas, criar animais em porões, acumular lixo e restos, usar palha, lixo ou fezes humanas como adubo²⁶². Outra proibição bem pontual se referia às construções domésticas precárias sobre as quais já se falou neste trabalho.

Art. 29. São proibidas dentro das zonas urbanas das cidades, mocambos, palhoças, casas de taipa, ou congêneres.

Parágrafo único. As moradas de que trata este artigo, feitas depois da publicação deste regulamento, serão demolidas, sem prejuízo de outras penalidades, que no caso couberem, não podendo ser refeitas ou reconstruídas as existentes anteriormente à promulgação deste regulamento.

259 Artigo 14.

260 Artigos 6, 21, 31, 32, 34 § 4º.

261 Artigo 45.

262 Artigos 24, 31, 33 e 37.

Seguindo a lógica da moradia e de seus arredores como ponto chave na profilaxia do SNP, faz-se necessário apontar alguns artigos que se direcionavam à tal questão. São muitos os artigos que se debruçam sobre as condições arquitetônicas das construções, suas cercanias, a destinação do lixo, a criação de animais em locais impróprios, o correto armazenamento de alimentos e a produção agrícola. Uma constante nas observações de campo e que vieram a constar no anteprojeto foram os procedimentos que buscavam impedir abrigo aos vetores, providências de antirratização. Nesse sentido, a impermeabilização do solo, calafetação de paredes e instalação de telas metálicas eram técnicas previstas e havia especificações de material adequado e de metragens a serem atendidas²⁶³.

Como materiais admitidos para a impermeabilização se encontravam o concreto de cimento, asfalto, ladrilho impermeável, tijolo ou laje de pedra. Sua função consistia em isolar a habitação do contato com o solo “cobrindo toda a superfície da construção e atravessando as alvenarias até o perímetro externo”. No entanto, a área interna também era alvo, pois pisos e paredes da cozinha, banheiro, latrinas deveriam ser revestidos por material impermeável, assim como a todos os cômodos era exigida a construção de rodapés²⁶⁴. Do mesmo modo, deveria acontecer com galinheiros e canis, mantendo-se impermeabilizados e limpos. Somada a estes procedimentos havia a obrigação de vedação de quaisquer tipos de buracos que pudessem servir de abrigo aos ratos, fossem pisos ou paredes esburacados, frestas, vãos e aberturas desnecessárias²⁶⁵.

Combinado à prevenção das condições geradoras de abrigo estava a precaução em não prover alimento aos ratos. Dito isso, a questão do armazenamento de alimentos e do descarte correto de sobras compunha, juntamente com o abrigo, uma das preocupações mais fortes do Serviço. Tanto foi assim que a legislação não se furtou em elaborar artigos sobre o tema. Estabelecimentos que trabalhavam com insumos alimentícios como mercados e matadouros, fábricas e armazéns só poderiam ser construídos com prévia autorização do SNP²⁶⁶; nas zonas rurais, os alimentos deveriam ser estocados em jiraus, silos ou recipientes fechados e os restos de cozinha e “outros resíduos putrescíveis” destruídos ou soterrados à distância. Acrescentem-se ao tópico do descarte, os artigos 35, 36 e 38 que tratam da obrigatoriedade da incineração

263 Artigo 15.

264 Artigo 16.

265 Artigo 18.

266 Artigo 23.

do lixo nos municípios em zona pestosa, da limpeza e desmatização de terrenos baldios (com remoção ou soterramento dos resíduos orgânicos) e da zona rural “em torno das habitações numa extensão fixada pela autoridade sanitária, principalmente quando se tratar de fábricas ou depósitos de cereais ou de quaisquer substâncias que sirvam de alimento ao rato”.

Por fim, apenas mais dois itens constantes do anteprojeto: um diz respeito ao único artigo propriamente médico, no qual se instituem as práticas de viscerotomia e digitotomia²⁶⁷ para coleta de material e de necropsias mais completas²⁶⁸. Observava, ainda, que, nas localidades de interesse, haveria representantes do SNP para executarem tais procedimentos, aos quais era obrigatório notificar as mortes ocorridas em menos de dez dias e que deveriam dar visto nas declarações de óbito. O outro ponto cuidava da profilaxia nos portos e nas embarcações, nos artigos 7º ao 13, nos quais se estabeleciam a cooperação do SNP com o Serviço de Saúde dos Portos, as medidas para desinfecção de transportes marítimos e aéreos, o tempo mínimo para retenção das embarcações, adotando-se para os efeitos de profilaxia internacional o que já fora estipulado pelo Código Sanitário Pan-Americano.

Cabe trazer a informação de que a proposta de decreto-lei não se formalizou até 26 de janeiro de 1946²⁶⁹ quando foi promulgada com cinquenta artigos, cinco a menos do que a versão de 1942. Esta é idêntica à de 1946, senão pela supressão dos cinco artigos que adentravam na temática dos portos, embarcações e suas classificações²⁷⁰. De um modo geral, a legislação consolidou e incorporou ações que já vinham sendo adotadas até então. Tendo sido

267 Ambas constituíam técnicas de retirada de material de cadáveres para diagnóstico posterior de doenças. Viscerotomia: “A técnica da viscerotomia era realizada por meio de uma simples punção, sem mutilar ou mesmo tocar no corpo da vítima. Com um breve treinamento, qualquer pessoa podia realizar as punções hepáticas. O agente de saúde inseria o instrumento na parede abdominal, região popularmente conhecida como ‘boca do estômago’, e o direcionava até o fígado. Ao atingir o órgão, o viscerótomo era empurrado para frente, acomodando, dentro da calha, uma pequena parte do órgão. Em seguida, o agente empurrava a lâmina móvel até a ponta do aparelho, com a qual cortava e mantia (sic) as partes de tecido em seu interior. Ao retirar o instrumento, o material coletado era imediatamente transferido para um frasco com formol, que, uma vez rotulado, seguia para análise”.
Fonte: <http://www.museudavida.fiocruz.br/index.php/museologico/objeto-em-foco/acervo-museologico-viscerotomo> (acessado em 24 de jan de 2021).

Digitotomia: consiste na amputação de falange do indicador ou do dedo inteiro. “Na medula da falange de um cadáver pestoso, há sempre suficiente quantidade de germes para a identificação de *P. pestis*”. Ministério da Saúde. Instruções para auxiliares em epidemiologia da peste (1973).

268 Artigo 3º.

269 Decreto-lei nº 8938 de 26 de janeiro de 1946, na gestão de José Linhares, presidente do STF que veio a substituir Getúlio Vargas após sua deposição. O ministro da educação era Raul Leitão da Cunha, assumindo o lugar que Gustavo Capanema ocupava.

270 No anteprojeto, ocupavam do 7º ao 18 os artigos sobre portos e embarcações. A partir do artigo 13, o anteprojeto se difere da lei aprovada em 1946. Foram suprimidos os artigos 13 ao 18 porque tratavam de especificações já constantes no Código Sanitário Pan-Americano.

elaborada por um conjunto de especialistas com histórico de atuação em profilaxia antipestosa, o anteprojeto, conseqüentemente, absorveu as experiências das práticas de combate à doença dos anos anteriores. Além disso, satisfaz a necessidade de maior rigorosidade no momento de exigir o cumprimento de práticas de antiratização “que não podem ter o êxito desejado, quando, ademais de participação direta do Serviço, se recorre apenas a conselhos e à persuasão, sem o refôrço da ação legal de intimações e punições para os recalcitrantes” (BARRETO, 1947: 379). No entanto, antes mesmo desta legislação, as intimações já existiam, embora pudessem gerar resistências ao seu cumprimento e as fontes indicam que posteriormente gerariam também.

3.2 – Estrutura, divisão e funcionamento

Como demonstrado no capítulo anterior, a criação do SNP materializou as propostas de nacionalização dos cuidados com a peste discutidas até então. Ela se inseriu no contexto de centralização político-administrativa do governo de Getúlio Vargas e da reforma da saúde do ministro Gustavo Capanema. Em 1941, o SNP foi instituído através do decreto-lei nº 3171, que reorganizou o Departamento Nacional de Saúde. Tal decreto definia as competências do DNS e estabelecia os órgãos que o integravam. O SNP surgia, então, como um órgão específico para combate e profilaxia de uma doença específica, assim como os outros Serviços Nacionais (SNs) criados pela mesma lei²⁷¹. Essa segmentação proporcionou maior capacidade de organização e ação, uma vez que todas as etapas se concentrariam em um único órgão, com chefia única, diferentemente das delegacias, nas quais cada campanha respondia ao delegado da respectiva região. O SNP ampliou as práticas de controle, organizou ciclos de trabalho sistemáticos, implementou ao longo da sua trajetória novas técnicas, insumos e métodos e realizou investigações epidemiológicas que contribuíram para o estudo da peste bubônica no país.

271 Os outros Serviços Nacionais criados referentes às doenças específicas foram os da lepra, tuberculose, febre amarela, malária, câncer e doenças mentais.

A questão da centralização das ações públicas em saúde esteve na ordem do dia. A compreensão de médicos, notadamente os sanitaristas, era a de que somente com a União tomando para si a normatização e a coordenação das ações em saúde é que os males seriam efetivamente resolvidos e sanados. Sendo assim, os SNs, com seu modelo vertical de administração, coroaram os esforços do governo ao permitirem a extensão do braço federal aos estados e ao controlar e ter jurisdição dentro dos mesmos para combater as doenças específicas, fiscalizar, intimar e aplicar multas. Este novo serviço antipestoso concentrou as ações praticadas anteriormente pelas Delegacias Federais de Saúde e deu sequência às mesmas, tendo como diferencial a estrutura verticalizada e, a característica mais inovadora, a especificidade do Serviço responsabilizar-se por uma determinada doença. Em viagem de inspeção pelos estados de Alagoas, Pernambuco, Bahia e Ceará, em 1941, o então diretor do Serviço, Mário Pinotti²⁷² destacava esse sentido de convergência:

Recentemente criado, o Serviço da Peste centralizará todas as atividade contra as endemias, possibilitando a padronização dos metodos profilaticos [...] A campanha terá como pontos essenciais, além da unificação do serviço em todo o país, sob a direção de um centro, rigorosa seleção de pessoal especializado²⁷³.

Organizado em uma bem definida estrutura hierárquica, o modelo verticalizado funcionou de modo a garantir o controle das campanhas à União. Esta vantagem possibilitava a disseminação das políticas sanitárias federais, deixando a cargo dos SNs a confecção de todas as suas etapas de planejamento e serviço. No caso específico do SNP, por tratar de uma doença endêmica, cujos principais focos se localizavam em áreas distantes dos centros políticos das capitais nordestinas, permitia também a interiorização da presença federal num momento em que Vargas construía seu ideal de nação. Não foi sem pretensões que o presidente da República viajou a locais nos quais nunca um chefe da nação havia estado antes, como o estado do Amazonas, e valorizou o povo trabalhador e sertanejo como as forças potenciais que, com seu trabalho, erguiam a nação (ANDRADE, 2010). Era necessário

272 Mário Pinotti foi o primeiro diretor do SNP, passando ao Serviço Nacional da Malária no ano seguinte, onde foi diretor até 1954. Foi diretor do Departamento Nacional de Saúde e ministro da saúde no segundo governo Vargas. Em 1956, assumiu a direção do Departamento Nacional de Endemias Rurais no governo Juscelino Kubitschek. Fonte: https://cpdoc.fgv.br/producao/dossies/JK/biografias/Mario_Pinotti (acessado em 24 de jan de 2021).

273 Diário de Pernambuco, 10 de outubro de 1941, p. 7.

mostrar à população que havia um líder, mostrar quem era este líder, fazer-se presente, tornar-se símbolo. Nesse contexto, procurou-se criar uma unidade nacional e ocupar espaços entendidos como vazios. O programa Marcha para o Oeste (1938) exemplificou bem tais intenções. Muito além de um determinante geográfico, o termo “oeste”, referia-se àquelas regiões ainda não desbravadas, vistas como vazias e alheias às dinâmicas econômicas nacionais. Identificados com o “sertão”, categoria discutida no capítulo 1, esses espaços foram compreendidos como regiões esquecidas pelas elites políticas, as oligarquias estaduais, que negligenciaram as populações de seus estados. A retórica estadonovista estava pautada nessa crítica. A ocupação geográfica, territorial, foi vista como um importantíssimo passo na inserção e na permanência da presença do Estado. Para Lúcia Lippi Oliveira “a Geografia forneceu o mais forte embasamento para os modelos de identidade nacional que tiveram êxito” (OLIVEIRA, 2007: 15), cujo objetivo foi “juntar o litoral e o sertão, juntar o corpo e a alma da nação. A conquista do território, a expansão para o interior, é o destino que as elites litorâneas devem assumir. É preciso integrar homem e território, realizar um tipo de ‘imperialismo interno’” (Idem: 16).

Nesse sentido, compreende-se, do mesmo modo, a reorganização político-administrativa do território brasileiro realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1941, na qual o Nordeste foi criado oficialmente, e toda a região acima da Bahia deixou de ser chamada de “Norte” apenas²⁷⁴. Assim, órgãos como o SNP, que se deslocavam pelo interior, desempenhavam a função de representantes desse ideal de ocupação do território via atividades sanitárias, tratamento e imunização das populações. A organização vertical, baseada no modelo campanhista²⁷⁵, contribuiu para os propósitos do governo. As funções desse modelo eram promover medidas imediatas para controle dos surtos, passando pela higiene do ambiente, tanto público quanto doméstico, ministrando medicamentos/vacinas, controlando os vetores, instruindo através da educação sanitária e implementando ações necessárias para redução de casos como aquelas de intervenção nas

274 Oliveira explica que o autor da nova divisão, Fábio de Macedo Soares, trabalhou com o conceito de região natural, baseado na Geografia francesa, para definir os limites regionais e que estes deveriam levar em conta seus aspectos econômicos (OLIVEIRA, 2007).

275 Esse modelo, também chamado de sanitarista, tem suas origens nas primeiras décadas do século XX, onde o foco da saúde pública se direcionava para as campanhas contra doenças vetoriais e/ou epidêmicas como a febre amarela, varíola e a peste bubônica. Concentravam-se nas áreas urbanas num primeiro momento, adentrando as regiões do país na medida em que se encarava o interior redescoberto acometido por toda sorte de males. Geralmente faz-se a oposição entre esse modelo e o modelo curativo/assistencialista, representado pelo foco no indivíduo em oposição ao coletivo.

residências ou mesmo as ações legais como intimações. No entanto, tendo em mente esse ponto, é importante ressaltar que foi em conjunto com outros órgãos e modelos que a estrutura de saúde pode trabalhar de forma a dar base de sustentação à presença estatal.

Este foi o caso do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942, através de um acordo entre o Brasil e os Estados Unidos, dentro do contexto do esforço de guerra e da produção de borracha na região Norte do país, que, segundo André Campos, contribuiu com a expansão da autoridade estatal, através do modelo horizontal de rede de unidades sanitárias (CAMPOS, 2005). Ao atender as populações rurais, impulsionava o fortalecimento do Estado através da sua atuação de amplo alcance. Este foi o mesmo caso do SNP, embora atuando por meio de modelos diferentes de organização. Outros órgãos como as DFS e a Divisão de Organização Sanitária (DOS) também tiveram participação na promoção da autoridade estatal. Esta última através da padronização das unidades sanitárias do sistema distrital, da alocação de médicos do DNS para atuarem como secretários de saúde dos estados e através das reformas promovidas nos sistemas de saúde estaduais (FONSECA, 2007). O que o governo federal pretendia era “instituir um amplo e complexo sistema de saúde nacional, articulado entre si e universal na sua abrangência” (FONSECA, 2007: 243-244) e, por isso, os SNs deveriam ser compreendidos dentro da teia federal tecida com esse propósito.

Os órgãos que precederam o SNP tinham como principal foco a desratização e a antiratização, mas agiam após a ciência de casos humanos, quando a infecção ultrapassava a fase de contágio dos roedores. Embora pesquisas epidemiológicas sobre o estado da doença no Nordeste brasileiro já houvessem sido realizadas por Marcelo Silva Junior e Atilio Macchiavello anos antes, não parece ter havido planejamento para acompanhamento da doença antes da constatação de casos humanos. Isso porque os serviços dispunham de poucos funcionários e verba insuficiente, de modo que as ações emergenciais tinham prioridade, embora nos seus planos constasse a intenção de se estudar a dinâmica da transmissão da infecção. Portanto, as ações se concentravam na captura de ratos e suas pulgas e nas medidas que evitassem o retorno deles ao convívio humano. Com a formação do SNP houve uma nova orientação sobre qual tipo de plano e de práticas seriam eficientes para controlar os surtos de peste, qual seja o seu rastreamento. Freitas comentou sobre essa nova diretriz “Porque antes, não se sabia nada e então, ao longo dos anos foi que começamos a observar e... evoluiu o

Serviço de Peste para, ao invés de esperar a denúncia de caso de peste, fazer o rastreamento da doença... da... do micróbio nos roedores”²⁷⁶.

O surgimento de serviços para doenças específicas indicava a intenção de tornar o combate às mesmas mais sistêmico, regular, com ações permanentes de profilaxia e investigação dos casos. A nova orientação tratava da antecipação dos casos humanos de peste, rastreando-os antes mesmo da epizootia eclodir.

O início dos trabalhos no recém criado órgão não trouxe nenhuma novidade imediata aos antigos funcionários de peste das delegacias federais, que foram tão somente incorporados ao SNP e deram continuidade ao que já vinha sendo feito. Perguntado se a criação do Serviço foi repentina, Freitas responde que

Foi. Não houve... não houve... apenas mudou o nome. Em vez de pertencer à Delegacia, era Serviço Nacional de Peste. Agora, ampliou. Antes era... tinha menos gente. E então, com a criação do Serviço Nacional de Peste, foram atendidas, não é... os reclamos de... de médicos, laboratoristas, para ampliar o Serviço como deveria ser²⁷⁷.

Na percepção do médico, enquanto funcionário, houve apenas a mudança de nome do órgão no qual trabalhava. Assim, o SNP manteve as mesmas práticas e técnicas utilizadas pelo serviço de peste das delegacias até 1942, quando novas técnicas e insumos seriam adotados. Permaneceu algum vínculo com a delegacia como deixam os diários de médico de Celso Arcoverde de Freitas transparecer. O órgão que consta nos cabeçalhos dos documentos, os diários de Freitas, é a Delegacia Federal de Saúde da 4ª Região e Freitas respondia hierarquicamente ao delegado, informando ao mesmo os casos de peste que vinham ocorrendo. Pedidos de material também continuavam sendo feitos à delegacia. Essa situação se refere ao período de transição entre os órgãos, já que, a partir de 11 de outubro de 1941 (seis meses após a reforma) os diários passam a conter no cabeçalho “Serviço Nacional de Peste”. Posteriormente, os vínculos com as DFS se dissolveram no tocante aos trabalhos práticos e administrativos, cabendo apenas ao SNP, na esfera federal, a gestão da peste. Freitas lembrou a relação das delegacias com o SNP

276 DCAF, Fita 7, lado A.

277 DCAF, Fita 8, lado A

Havia uma aproximação, havia um intercâmbio, mas não era... Uma ligação direta. Nós nos ligávamos diretamente ao diretor aqui no Rio. Depois que os Serviços Federais foram criados... O Serviço de Peste, Serviço de Malária... Serviço... A ligação era com a direta com a... Com o Rio e não com o Delegado. O Delegado eventualmente tinha comunicação conosco, quando ele recebia do Diretor Geral uma informação, uma solicitação, aí então ele entrava no circuito conosco. Inclusive era muito fácil porque era tudo no mesmo prédio. Era essa vantagem do governo federal ter uma grande... um grande... uma grande instalação de Delegacias, com Serviço de Peste, Serviço de Malária, não é, tudo junto²⁷⁸.

Seu primeiro diretor foi Mario Pinotti, mas sua estada no Serviço foi curta. No ano seguinte, assumiria o comando do Serviço Nacional de Malária, permanecendo no cargo até 1954. O nome que substituiu o antigo diretor foi o de Almir Godofredo de Almeida e Castro²⁷⁹, que aí permaneceu de 1942 a 1954. Finalmente, o último chefe do Serviço viria a ser Aristides Celso Limaverde²⁸⁰, até 1956, com a extinção do órgão.

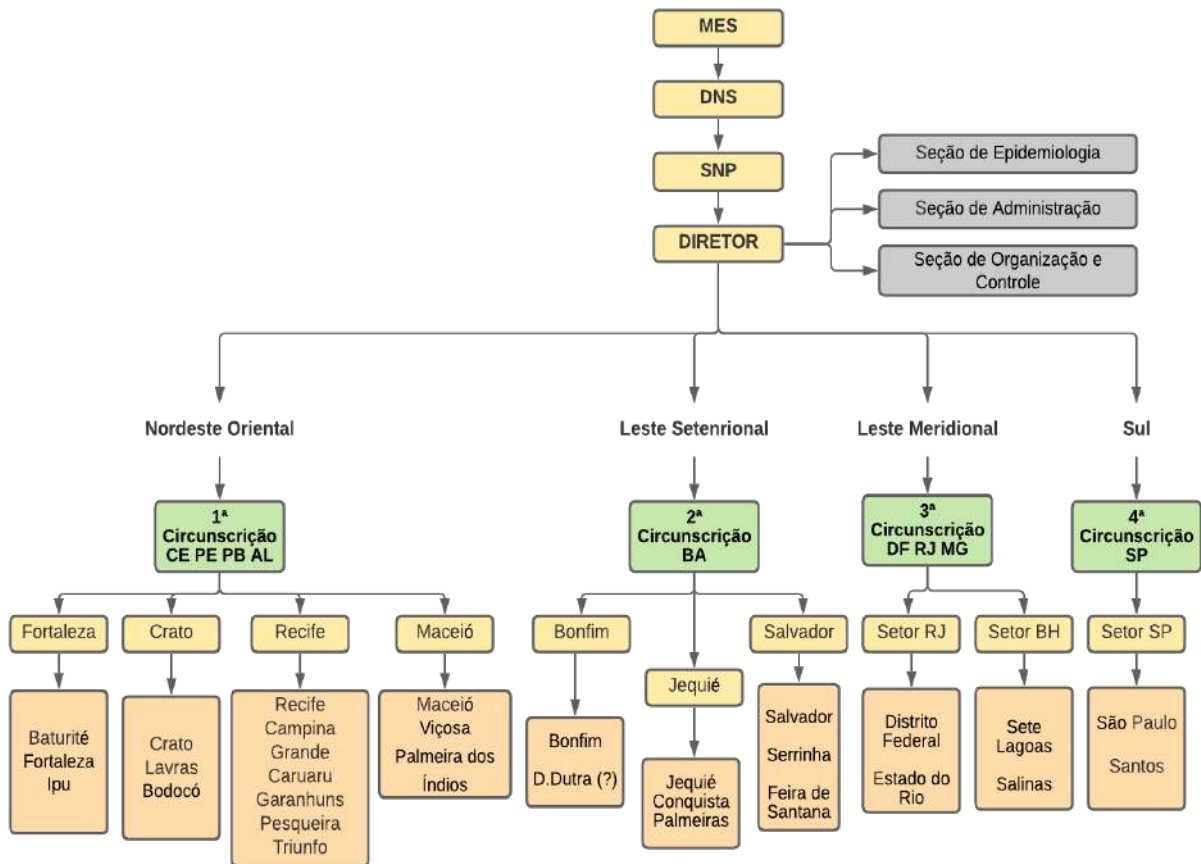
O SNP se dividiu em quatro circunscrições para efeitos administrativos. Todas elas relacionadas às áreas pestosas ou de importância estratégica devido à movimentação portuária. Subdividiam-se em setores e distritos. Estes últimos, unidades executivas de trabalho com sede própria, transporte, médico-chefe, secretaria e pessoal de campo. Segue sua organização.

278 DCAF, Fita 9, lado B

279 Almir de Castro, formado em medicina em 1931, trabalhou no Serviço de Saúde Pública do Distrito Federal e no SEGE. Em 1938 assumiu como delegado federal de saúde da 5ª região, deixando o cargo para sua especialização na Johns Hopkins. Ao voltar assumiu o cargo de diretor do SNP, no qual ficou até 1954. Logo após foi nomeado diretor-executivo da Capes, aí permanecendo, acumulando a função de vice-reitor da UNB, até o Golpe de Estado de 1964. Fonte: http://cpdoc.fgv.br/producao_intelectual/arq/1319_Capes04.pdf (acessado em 24 de jan de 2021).

280 Aristides Celso Ferreira Limaverde foi chefe da Seção de Organização e Controle do SNP e seu diretor entre 1954 e 1956. Também foi diretor do Departamento de Saúde Pública do Amazonas e do Serviço de Saúde dos Portos do Estado da Guanabara. Fonte: <http://basearch.coc.fiocruz.br/index.php/aristides-limaverde>

Organograma – Divisão administrativa do SNP²⁸¹



As sedes das circunscrições eram responsáveis por centralizar serviços como compra de insumos e material diverso e sua distribuição para as sedes dos setores e estes, conseqüentemente, para os distritos. Dentre seus funcionários figuravam guardas, guardas-chefes, funcionários de escritório, médicos chefes de distrito, de setor e de circunscrição e o diretor. Além desses personagens principais, havia, dentre outros funcionários, secretárias, armazenistas, motoristas, desenhistas. Todos os pontos relacionados à estrutura do SNP se estabeleceram em 1942 com o decreto nº 8676 que criava seu regimento. Havia três órgãos centrais, subordinados ao diretor: a Secção de Epidemiologia (SE), a Secção de Organização e Controle (SOC) e a Secção de Administração (SA), responsáveis pela produção de orientações para as demais unidades (circunscrições, setores e distritos) que se incumbiriam dos serviços

²⁸¹ Divisão referente a 1943, contendo as circunscrições, setores e distritos.

de campo. As duas primeiras seções estavam intimamente ligadas aos trabalhos de investigação e de fiscalização e deveriam atuar em coordenação com as circunscrições. Suas competências eram

Art. 9º À S.E. compete: a) realizar estudos e investigações sobre a epidemiologia, profilaxia e terapêutica da peste; b) promover a investigação de casos suspeitos ou positivos de peste, revelados pela notificação, viscerotomia, autópsia ou outras provas de diagnóstico de laboratório; c) estudar os relatórios epidemiológicos feitos em obediência ao disposto na alínea anterior; d) estabelecer planos e normas de colheita e exame de material para estudo e elucidação de diagnóstico; e) elaborar resenhas técnicas, sempre atualizadas, sobre a luta contra a peste, divulgando com a precisa exatidão e documentadamente novas aquisições científicas, tornando claras as possibilidades de sua aplicação prática e dando notícia dos resultados obtidos com essa aplicação.

Art. 10. À S.O.C. compete: a) estudar e preparar planos e orçamentos de combate à peste, na base dos dados colhidos pela Secção de Epidemiologia; b) fiscalizar os trabalhos profiláticos, verificando-lhes a eficiência e o custo²⁸².

Depreende-se desses artigos que a pesquisa sobre a peste figurava como um importante componente dos trabalhos, privilegiando a produção de dados e relatórios, incentivando a produção intelectual e sua consequente publicação. Tudo isso, tendo como base os serviços realizados em campo, “Art. 12. Compete aos serviços de campo, nas respectivas circunscrições, a realização da tarefa profilática e das investigações epidemiológicas necessárias”²⁸³. No regimento, constam, ainda, as funções do diretor e dos chefes de seção e de circunscrição²⁸⁴. Ao diretor cabia, dentre outras, o tratamento com representantes da União e estados sempre que fosse necessário, apresentação de boletim mensal ao diretor do DNS sobre os serviços executados, reunião dos chefes de seção e circunscrição e a inspeção, pelo menos uma vez ao ano, das áreas sob a alçada do Serviço. Aos chefes de seção e circunscrição competiam os trabalhos de fiscalização, direção e inspeção de suas áreas de controle e apresentação mensal de boletim, ao diretor, com os

282 Decreto 8676 de 4 de fevereiro de 1942.

283 Idem.

284 Outros servidores como os guardas sanitários, secretárias, armazenistas não figuravam nem tinham função especificada nesta lei. Art. 16. Aos servidores que não tenham atribuições especificadas neste regimento, incumbirá as que lhes forem conferidas pelos superiores a que estiverem diretamente subordinados.

trabalhos realizados, dentre outros deveres. Entretanto, as atribuições ultrapassavam, em muito, as poucas alíneas dos artigos do regimento como será visto no próximo tópico.

O regimento também estipulou as jornadas de trabalho em seu Artigo 18, segundo o qual seriam de quarenta e quatro horas semanais para serviços de campo e trinta e seis para o restante dos servidores. Por fim, tal legislação institucionalizou a prática da confecção semanal dos diários com o resumo das atividades (algo que já se realizava desde 1938 pelo serviço de peste nas DFS) e a obrigatoriedade do servidor trabalhar no local para o qual foi indicado, sob regime de tempo integral, o que reforça a ideia da necessidade da presença física de representantes do Estado. O total de funcionários do SNP contabilizava 650 servidores em 1942. Dois anos após sua criação, este quantitativo subiria para 1.415²⁸⁵, representando esse aumento a necessidade de material humano para a expansão das áreas trabalhadas.

Tendo por base a tese de Macchiavello, decorrente das suas pesquisas realizadas no Nordeste entre 1939 e 1941, o SNP acreditava que a região estaria no 3º estágio de circulação da infecção. O primeiro estágio ocorreu quando da chegada da peste ao país, em 1899, o segundo se desencadeou via linhas férreas e comércio pelo interior do Nordeste e o terceiro se configurara naqueles primeiros anos do Serviço no qual a doença encontrava-se endêmica nas áreas rurais. A preocupação se debruçava sobre o alcance do estágio seguinte, qual seja, a disseminação entre os roedores silvestres²⁸⁶. De modo que, uma vez chegado a este nível, a erradicação se tornaria impossível²⁸⁷. Seguindo tal raciocínio, há uma relação direta entre a erradicação da infecção nos ratos domésticos e a prevenção da peste silvestre, uma vez que o entendimento consolidado instituía que os roedores silvestres acabavam se infectando através de contatos cruzados com aqueles. Contatos que poderiam acontecer quando uns usavam tocas ou abrigos já abandonados por outros e, assim, eram parasitados por pulgas pestosas.

285 Os números de 1943 discriminaram as funções dos servidores: 40 médicos, 45 laboratoristas, 100 funcionários de escritório, 1.150 trabalhadores de campo, 80 empregados entre serventes, vigias e motoristas (GC h 1940.03.11).

286 No continente Americano, Argentina e Estados Unidos já se encontravam nesse estágio.

287 GC h 1940.03.11

A perspectiva da erradicação das doenças ganharia força, no continente Americano, no pós-Guerra, devido ao desenvolvimento de novos insumos e medicamentos que revolucionariam o modo de combater as doenças, trazendo mais eficácia na destruição de vetores e na terapêutica. A OSP patrocinou a ideia do fim das doenças infecciosas trazendo a febre amarela para o centro da campanha de erradicação. Fred Soper, o diretor da OSP, ex-funcionário do Serviço de Febre Amarela da Fundação Rockefeller no Brasil, empreendeu tal campanha durante sua gestão (1947-1958), sempre advogando a favor da extinção de doenças como o cólera, a lepra, a raiva, a pólio, a peste e a tuberculose (MAGALHÃES, 2016). A erradicação se baseava no modelo de campanha, de abrangência nacional, sendo uma cooperação entre os governos e a OSP.

Quando Almir de Castro revelou sua preocupação com o 4º estágio da peste, em 1943, sua ideia de erradicação estava próxima da de Soper. Uma vez que a hipótese de peste silvestre não se sustentava, a perspectiva do SNP era a de encerrar o ciclo da moléstia dentre os ratos domésticos, procurando impedir sua circulação para além destas espécies e a contaminação de outros roedores pelo germe pestoso. Soper explicava que a erradicação vinha substituindo medidas simples de controle (CUETO, 2007: 137) e definia assim essa ideia “Hoy día por erradicación de una enfermedad se entiende la supresión total de toda fuente de infección o infestación, de tal manera que, aun cuando no se tomen medidas preventivas de ninguna clase, la enfermedad no reaparece” (1957: 1).

Depreende-se da citação que o sucesso da empreitada estaria na eliminação do vetor. Ou seja, fosse rato ou mosquito, somente com o seu desaparecimento estaria uma localidade livre de doença²⁸⁸. No caso da peste, como a circulação do bacilo pestoso e o comportamento de pulgas e roedores ainda se cercavam de lacunas, acabar com agente etiológico/vetor definitivamente se alinhava às concepções de então sobre a dinâmica da doença entre ratos domésticos e roedores silvestres. Desse modo, a ideia de erradicação fazia sentido na medida em que se consideravam como os principais difusores da peste os roedores sinantrópicos e ao passo que se mostrava distante a hipótese da peste silvestre nesse horizonte (que, caso

288 Mas, como o próprio Soper apontou no mesmo escrito, a erradicação do vírus (da febre amarela) estava descartada. Concluiu-se pela impossibilidade de supressão do agente etiológico, mas permaneceu a prática de eliminação do vetor, o mosquito *Aedes aegypti* (1957).

confirmada, limitaria a execução dessa proposta, pois no estágio silvestre a peste dificilmente seria erradicada).

Outra pista sobre o sentido da erradicação adotado pelo SNP apareceu em 1942 em uma reportagem do Diário de Pernambuco que entrevistou Pinotti, que declarou

Isso nos coloca – continua o diretor do Serviço Nacional de Peste – em situação extremamente favorável sob o ponto de vista profilático porque torna possível a erradicação da doença, visto que ela se circunscreve ao roedor doméstico, que vive nas habitações ou em seu redor, portanto ao alcance ainda do armamento anti-pestoso, veneno, ratoeiras, lança-chamas, cianogás, etc. E medidas de anti-ratização²⁸⁹.

De modo que, Pinotti se mostrava otimista em relação ao extermínio da moléstia

Já tive oportunidade de dizer que dentro de dez anos de trabalhos intensivos poderemos exterminar a peste no Brasil. Para isso, basta que sejam adotados alguns pontos essenciais, como sejam verbas suficientes e de fácil movimentação; adoção de uma tabela de vencimentos (sic) para o pessoal técnico-administrativo, em condições de lhes facultar a tranquilidade financeira, especialização rigorosa dos cargos técnicos, principalmente do corpo médico e finalmente a instituição de medidas de polícia sanitária contra os roedores, quais sejam o estabelecimento do ratproofing (casa blindada contra rato), proteção dos gêneros alimentícios contra o murídio, expurgo dos navios e outras embarcações²⁹⁰.

Foi possível constatar também, em relatório da primeira reunião do Comitê de Peste da Organização Mundial de Saúde (OMS)²⁹¹, realizado em 1949, que se vislumbrava um horizonte de erradicação para a peste nas áreas em que ainda representasse sério perigo para a saúde e perpetuasse sua ameaça de disseminação para o resto do mundo. De fato, quando a peste é controlada e não se torna endêmica, seu retorno é improvável desde que se tenha o controle necessário e vigilância. Após os primeiros surtos do início do século XX, a peste praticamente havia desaparecido das capitais nas décadas de 1930/1940²⁹², não tendo

289 Diário de Pernambuco, 14 de abril de 1942, p.5.

290 Diário de Pernambuco, 14 de abril de 1942, p. 5.

291 O Comitê de Peste reuniu especialistas na doença em Genebra de 19 e 24 de setembro de 1949. Entre os participantes estavam Almir de Castro como membro do Comitê, o que demonstra visibilidade dos trabalhos em peste no Brasil, e Atilio Macchiavello como oficial de planejamento da OMS. Castro participaria do próximo encontro do Comitê, como relator, em dezembro de 1952 na cidade de Bombaim. Outras duas reuniões seriam realizadas em 1958 e 1969, ambas em Genebra. As áreas sugeridas para o plano de erradicação proposto eram Bombaim, as ilhas de Açores ou Madagascar, Marrocos, Congo belga e China.

292 Exceto pelo foco na cidade de São Paulo em 1941-42.

retornado mais. Permaneceu, no Brasil, nas áreas para as quais conseguiu se deslocar, instalando-se endemicamente no interior do Nordeste e do Rio de Janeiro.

Como os ratos constituíam o foco do problema, pois parasitados por pulgas portadoras do bacilo de Yersin, a profilaxia se assentava na antirratização e na desratização. Compilou-se uma normativa legal referente às medidas sanitárias na prevenção e combate à doença (a já referida legislação de 1946, exposta no início deste capítulo). A base do enfrentamento no SNP, num primeiro momento, era a captura de roedores, exame de material em laboratório, envenenamento e limpeza do ambiente. De um modo geral, os serviços se davam nas áreas portuárias e ferroviárias, no entorno dessas áreas e nas embarcações e nas zonas endêmicas. Tais medidas englobavam o expurgo dos navios com ácido cianídrico (zylclon), seguindo as orientações definidas no Código Sanitário Pan-Americano; o levantamento do índice pulicidiano; captura de ratos em ratoeiras para exames laboratoriais, envenenamento com iscas de arsênico a 15% misturadas com alimentos, aplicação de cianogás em tocas e buracos de ratos, uso de lança-chamas, fumigação com enxofre em áreas fechadas, fumigação por claytonagem nos esgotos e “caça direta ao rato” – todas estas, medidas de desratização ou profilaxia ofensiva; “impermeabilização e blindagem” de edifícios – estas, medidas de antirratização ou profilaxia defensiva. Quanto às medidas para evitar a aproximação dos ratos, além das melhorias nas habitações de modo a evitar o abrigo destes animais, também se fazia necessária a desmatização do entorno das casas “ficando um círculo limpo destinado a limitar o acesso do rato” e observava-se a necessidade de estocar e proteger bem “substâncias e resíduos alimentares” em “silos, depósitos, giraus”²⁹³. Todo esse trabalho veio sendo desenvolvido conforme o avanço da estrutura do Serviço.

O ano de 1943 foi o segundo de atividades do SNP. O órgão estava se estruturando enquanto seus serviços se desenrolavam. Naquele ano, Castro enviou ao Chefe de Gabinete do Ministro Capanema, Carlos Drummond de Andrade, um documento intitulado “Atividade de profilaxia antipestosa do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde 1936-1943”. Nesse documento, o diretor do Serviço explanava a situação de então do órgão referindo-se aos trabalhos realizados em 1943 e trazia suas perspectivas para o plano de trabalho para o ano seguinte.

293 GC h 1940.03.11

Como demonstrei no t3pico sobre as DFS, os trabalhos em profilaxia da peste se desenvolviam com escassez de profissionais, com base em m3todos mais simples e pouca verba, a despeito do n3mero crescente das atividades e das 3reas alcan3adas no combate. Nos seus primeiros anos, o SNP, na figura do seu diretor, pretendeu mudar esse quadro efetuando a organiza33o das unidades administrativas (distritos) que estavam sem sede pr3pria e sem m3dicos baseados. Neste momento, apenas as sedes das circunscri33es e dos setores estavam instaladas, embora precariamente. Procurou tamb3m selecionar pessoal para preenchimento do quadro de funcion3rios. O t3pico III do documento se intitulou “Reorganiza33o do Servi3o Nacional de Peste” e se referia ao planejamento do ano de 1943. Castro afirmou que o SNP propusera um or3amento que pudesse prover “o m3nimo de pessoal e material” para por em funcionamento todas as unidades. Este or3amento foi de um total de Cr\$14.014.040,00. O planejamento continha dez pontos

1 – Preparaa3o de t3cnicos e pessoal de campo para preenchimento do quadro de pessoal.

A – Promo33o de um curso intensivo de especializa33o em Peste em Recife, sede da 1ª Circunscri33o do Servi3o, com a dura33o de 10 semanas, lecionado pelos maiores especialistas brasileiros no assunto, destinado ao selecionamento de m3dicos a serem contratados para as fun33es de Chefes de distrito e laboratoristas.

B – Selecionamento de pessoal de campo atravez de cursos r3pidos e est3gios de treinamento sob a dire33o de m3dicos, laboratoristas e guardas chefes.

2 – Instala33o e organiza33o das unidades do Servi3o ainda n3o organizadas e reaparelhamento das antigas, com pessoal e instala33es adequadas.

3 – Organiza33o e aparelhamento de uma rede de laborat3rios para diagn3stico da peste no homem e em animais e realiza33o de pesquisas s3bre essa doen3a.

4 – Organiza33o de um servi3o eficiente de transportes em todas a zona de trabalho, devendo dispor cada distrito, pelo menos, de uma camionete para transporte de m3dicos, guardas e material.

5 – Orientaa3o dos servi3os de modo a estimular ao m3ximo a profilaxia, visando a mais 3mpla pr3tica das medidas de antiratiza33o, e especialmente de impermeabiliza33o das habita33es, de modo a impedir o acesso dos roedores. Colabora33o do Servi3o com as autoridades locais, e mesmo aux3lio material com mat3rias-primas e m3o de obra no que diz respeito 3

impermeabilização dos pisos e paredes para promoção de demonstrações de eficiência do “rat proofing” para extinção da peste em focos epidêmicos.

6 – Início de atividade regular nas zonas de Minas Gerais onde se verificaram em 1941 e 1942 surtos esporádicos de peste.

7 – Início da atividade na cidade de São Paulo.

8 – Continuação e ampliação do plano de levantamento da fauna de roedores do país – já iniciado em cooperação com o Museu Nacional.

9 – Promoção de estudos e pesquisas especiais sobre epidemiologia da peste humana e animal por intermédio de equipes especializadas.

10 – Aprovação e cumprimento do Regulamento de Combate à Peste no País²⁹⁴.

Alguns itens merecem atenção. O número um trata do primeiro curso de especialização em peste²⁹⁵ (1943), após o qual 20 alunos foram selecionados para integrar o Serviço. O item dois foi concluído, tendo sido 24 distritos instalados e reaparelhados. Estas duas primeiras medidas constituíam os “pontos vitais” deste plano, uma afirmação que indica a preocupação de estabelecer mais firmemente as bases do Serviço para que as operações se desenvolvessem de modo adequado, com médicos e sedes em todas as localidades necessárias. Iniciou-se a instalação da rede laboratórios e houve a reforma e a compra de veículos para a locomoção de servidores como requeriam os itens três e quatro. O ponto número cinco reforçava a profilaxia defensiva nas habitações através das medidas de antiratização, vistas como as mais favoráveis ao afastamento dos ratos do que a própria destruição do roedor²⁹⁶. Quanto ao item sete, o foco pestoso na cidade de São Paulo, pelo menos até 1942, ele era trabalhado pelo Departamento Estadual de Saúde mesmo com a existência do SNP, que, teoricamente, era o órgão responsável pelo enfrentamento à peste em todo o país. O mesmo aconteceu com o laboratório de peste da cidade de Santos parecendo

294 GC h 1940.03.11

295 Curso realizado no ano de 1943 com diversos especialistas sobre o qual se falará mais adiante.

296 Interessante verificar que o afastamento dos ratos é visto como mais benéfico que a sua destruição, o que poderia supor romper a lógica da erradicação do vetor. No entanto, as medidas de antiratização buscavam evitar o contato dos animais com os humanos e uma possível infecção. Isso não significa que se evitou destruir milhares deles ao longo do período. Pelo contrário, a matança de ratos pelos métodos adotados pelo SNP foi intensa.

haver uma espécie de transição até o SNP assumi-lo completamente em 1944²⁹⁷. Por fim, salientou que seria importante aprovar o regulamento de combate à peste e destacou a intenção de levar adiante pesquisas epidemiológicas, o que se alinhava com o tópico referente ao levantamento da fauna, trabalho em conjunto com o Museu Nacional.

O foco do plano de trabalho para 1944 consistia em complementar e prosseguir com o do ano anterior, tratando como essenciais a antirratização, a vigilância portuária, o descobrimento de surtos epizooticos e humanos e a pesquisa. Para isso, o SNP propôs um orçamento de Cr\$ 14.132.070,00, um pouco maior que o de 1943 e a concentração da campanha nas duas circunscrições do Nordeste, mantendo-se nas outras duas (RJ e SP) os serviços nos portos e nas localidades “atingidas no último decênio por um ou mais surtos esporádicos”. É evidente também a pretensão de promover a investigação epidemiológica e pesquisa, um aspecto fortemente presente durante a existência do SNP. Segundo Castro, pretendia-se investir em pesquisa assim que a questão de pessoal, de organização do Serviço e do trabalho sistemático se consolidassem em “alto nível de eficiência”. Assim poderia ter início “um plano sistematizado de pesquisas sobre os problemas obscuros da epidemiologia da peste no Brasil, que provavelmente trarão útil contribuição para as diretivas da profilaxia da doença”²⁹⁸.

Castro enumerou no mesmo documento as finalidades do SNP, introduzindo-as com uma definição abrangente “Ao S.N.P. cabe promover as medidas de profilaxia antipestosa nos focos ativos e potenciais de peste de todo o país e realizar pesquisas experimentais sobre todos os problemas regionais de peste”²⁹⁹. As especificações, oito no total, reforçam pontos já mostrados aqui. Resumem-se no descobrimento precoce de casos humanos, diagnóstico, tratamento e imunização, nas já mencionadas antirratização e desratização, na vigilância das localidades com focos endêmicos, no controle dos principais portos, na realização de pesquisas e na educação sanitária da população. Mais uma vez, é explícito na documentação o

297 O laboratório de peste de Santos, do Departamento Estadual de Saúde colaborou com o SNP até dezembro de 1943. Deste mês até março do ano seguinte, o laboratório passou a apenas classificar e autopsiar os ratos que o SNP enviava e a inocular cobaias. Em abril o SNP assumiria todas as tarefas (MOURA; REMIÃO, 1944).

298 GC h 1940.03.11

299 GC h 1940.03.11

auxílio e cooperação da OSP com o DNS. Como escreveu Castro sobre os planos explicitados acima

Na orientação técnica das atividades de profilaxia antipestosa do Departamento Nacional de Saúde, deve ser assinalada a inestimável cooperação da Repartição Sanitária Panamericana, cuja colaboração vem se fazendo sentir desde o início dos trabalhos, especialmente através da continuada assistência do Dr. J. D. Long, eminente sanitaria e um dos grandes especialistas no assunto. Também colaboraram com o Serviço realizando pesquisas e observações, os técnicos daquela Repartição, Drs. A. Machiavello, F. Brunot, E. C. Ernst, A. Donovan³⁰⁰.

Em 1943, o Serviço adotou uma nova classificação dos diagnósticos dos casos de peste humana em relação aos anos anteriores³⁰¹ (BARRETO; CASTRO, 1946). O diferencial estava em seu enquadramento em três classificações, positivo, suspeito ou negativo, tendo como referencial os aspectos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais. Com essa nova orientação o SNP pretendia ampliar o escopo do que poderia ser considerado caso pestoso ou não, ainda que os resultados dos três aspectos de referência não se concluíssem, todos eles, como positivos. Esse procedimento visava não descartar nenhum caso detectado e angariar dados mais robustos acerca da moléstia. Na nova classificação, consideravam-se como positivos os casos confirmados bacteriologicamente em laboratório e também os negativados por este procedimento desde que presentes as evidências clínicas e epidemiológicas. Os casos suspeitos, aqueles sem diagnóstico laboratorial, adotavam a suspeição epidemiológica como ponto principal na sua classificação, mesmo que ela fosse a única evidência. Finalmente os negativos seriam aqueles assim definidos pelos três critérios e desde que os outros indícios (clínico e epidemiológico) se infirmassem (BARRETO; CASTRO, 1946).

Esse alargamento do conceito de diagnóstico utilizado pelo SNP mostra que o exame laboratorial não era o único com legitimidade para classificar os casos. O laboratório é tido como o espaço por excelência do fazer científico e de autoridade. É ele quem diz qual é o patógeno, qual a doença e afirma sua existência ou não, estabelecendo o seu papel, no senso

300 GC h 1940.03.11

301 Os dados estatísticos dos anos anteriores foram considerados incompletos pelo SNP, devido ao registro menos acurado e do menor número de casos positivos, pois não se consideravam casos suspeitos como positivos e se acreditava que o número de casos deveria ser maior do que os registrados (BARRETO; CASTRO, 1946)

comum, como garantidor das certezas científicas. Ou seja, “The laboratory was the instrument used to attribute responsibility to micro-organisms. Yet the laboratory is never a mere instrument: it is also a practice which defines, limits and governs ways of thinking and seeing”³⁰² (CUNNINGHAM, 1992: 224). Andrew Cunningham explica que a peste assumiu uma nova identidade a partir do momento em que o laboratório passou a diagnosticá-la, de modo que o único meio de constatá-la seria através do exame bacteriológico. Diferentemente de episódios de peste anteriores, a doença agora se revelaria através do reino das análises laboratoriais e, mesmo apesar das evidências externas, nada poderia sustentar se tratar da infecção, a menos que fosse confirmada neste espaço da ciência. A alusão à obra deste autor é feita no sentido de apontar que, no caso de SNP, na prática, existiam variáveis que impediam a confirmação laboratorial em cem por cento dos casos (as amostras poderiam estar prejudicadas, por exemplo). Desta feita, o diagnóstico não se prendeu ao seu resultado bacteriológico exclusivamente. Como foi dito, mesmo os casos negativos seriam positivados³⁰³, para efeitos de estatísticas e de pesquisa, desde que estivessem evidentes os indícios clínicos e epidemiológicos, ou seja, externos.

Para Cunningham, o exame clínico nada mais faz do que suspeitar do diagnóstico “But all it can do is suspect. The only way a suspicion of plague can be confirmed or *established* is ‘by bacteriological methods’; in other words, by a laboratory”³⁰⁴ (1992: 213). Ainda que se possa apenas suspeitar clinicamente da moléstia, como diz o autor, a diretriz do Serviço entendia que o laboratório claramente poderia falhar, ou melhor, não ter condições materiais de atestar com confiabilidade o diagnóstico da doença. E, de modo a ter uma amplitude maior para a investigação dos casos, o preferível seria angariar mais casos positivos do que simplesmente negativá-los, até porque havia vestígios de que poderia tratar-se de peste. Nesse sentido, uma visão reducionista não caberia quando se trata de análise dos métodos do SNP.

302 “O laboratório era o instrumento utilizado para atribuir a responsabilidade aos micro-organismos. Contudo o laboratório nunca é um mero instrumento: é também uma prática que define, limita e governa modos de pensar e de ver” (tradução minha).

303 Entre 671 exames feitos em laboratório, 342 (52%) foram positivos e 329 negativos (49%), “sendo entretanto estes últimos dados como positivos pela evidência clínica e epidemiológica” (BARRETO; CASTRO, 1946: 513) mesmo com análise de materiais diferentes de uma mesma pessoa em alguns casos. Os números mostram que havia equilíbrio entre os diagnósticos opostos. Desse modo, ao considerar os 329 casos negativos como positivos, o Serviço teria mais condições de compreender a epidemiologia da doença.

304 “Mas tudo o que ele [o diagnóstico clínico] pode fazer é suspeitar. O único modo de uma suspeita de peste ser confirmada ou *estabelecida* é ‘pelo método bacteriológico’; em outras palavras, por um laboratório” (tradução minha).

Fazendo alusão a Charles Rosenberg, “Not only a ritual, diagnosis is also a mode of communication and thus, necessarily, a mechanism structuring bureaucratic interactions”³⁰⁵ (2002: 240). O diagnóstico é necessário para a orientação das práticas de profilaxia e das políticas públicas propostas. A reformulação da classificação do diagnóstico pelo SNP veio no sentido de perceber melhor a incidência da peste e compreender sua epidemiologia. O fato da confirmação de alguns casos não ter sido via laboratório não invalidava outros diagnósticos, como o clínico e o epidemiológico, que se somavam àquele para fins de estatística. Essa classificação, elaborada pela diretoria do SNP, contemplou “36 combinações de diagnósticos clínico, epidemiológico e de laboratório” (FREITAS, 1988) e seria apresentada e adotada, anos mais tarde, pela OMS como o padrão de classificação de casos de peste em humanos. A Organização explicou que

In countries where plague occurs in extensive areas and suspected cases are dealt with by a number of physicians, a definite and objective criterion must be established for the diagnosis of human plague in order to secure uniform grounds for judgement and guarantee sound comparability of morbidity and mortality data. According to such considerations, the National Plague Service (Serviço Nacional de Peste) of Brazil has developed a classification key based on concrete clinical, epidemiological, and laboratory data³⁰⁶ (OMS, 1950: 32).

305 “Não apenas um ritual, o diagnóstico também é um modo de comunicação e assim, necessariamente, um mecanismo que estrutura interações burocráticas” (tradução minha).

306 “Em países onde há ocorrência de peste em áreas extensas e onde um número de médicos lida com casos suspeitos, deve ser estabelecido um critério definido e objetivo para o diagnóstico de peste humana, de modo a assegurar um fundamento uniforme para julgamento e garantir a comparação de dados de morbidade e mortalidade. De acordo com essas considerações, o Serviço Nacional de Peste do Brasil desenvolveu uma chave de classificação baseada em dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais concretos” (tradução minha).

4. Final Classification Key

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Clinical diagnosis .	P	P	P	P	P	P	P	P	P	S	S	S	S	S	S	S	S	S
Epidemiological diagnosis	P	P	P	S	S	S	N	N	N	P	P	P	S	S	S	N	N	N
Laboratory diagnosis	P	N	X	P	N	X	P	N	X	P	N	X	P	N	X	P	N	X
Final classification .	P	P	P	P	P	P	P	S	S	P	S	S	P	S	S	P	S	S
	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
Clinical diagnosis .	N	N	N	N	N	N	N	N	N	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Epidemiological diagnosis	P	P	P	S	S	S	N	N	N	P	P	P	S	S	S	N	N	N
Laboratory diagnosis	P	N	X	P	N	X	P	N	X	P	N	X	P	N	X	P	N	X
Final classification .	P	S	S	P	N	N	P	N	N	P	S	S	P	S	S	P	N	N

Positive — combinations : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 13, 16, 19, 22, 25, 28, 31, 34

Suspect — combinations : 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 29, 30, 32, 33

Negative — combinations : 23, 24, 26, 27, 35, 36

Figura 3: Chave de classificação para casos de peste humana (OMS, 1950: 32)

Para o diagnóstico, recolhiam-se diferentes materiais de amostra, variando sua escolha de acordo com a forma clínica e a situação em que se encontrava a pessoa infectada. Perfaziam estas amostras material do gânglio, sangue, medula óssea, vísceras e escarro (BARRETO; CASTRO, 1946). A punção do bubão consistia na retirada de amostra de material preferencialmente antes do nódulo se romper. Já a digitotomia (medula/falange) e a viscerotomia eram procedimentos *post mortem* e o escarro o material ideal para casos de peste pneumônica. Destes, o escarro apresentava índice de positividade alto (83%) e, o sangue, o menor (42%). A punção do bubão, a mais frequente das técnicas (469 exames), teve índice de 50% (BARRETO; CASTRO, 1946).

Sendo assim, sobre os casos entre 1941 e 1945, Barreto demonstrou estatísticas que permitem fazer um panorama da ocorrência da peste na população atingida. Pode-se acessar informações a respeito da incidência da infecção em grupos por sexo, cor e faixa etária.

Tabela 4 – Casos e óbitos entre 1941 e 1945

Por faixa etária³⁰⁷	Casos	Óbitos	Letalidade (%)
0 a 9	192	50	26
10 a 19	210	44	21
20 a 29	122	18	15
30 a 39	80	20	25
40 a 49	60	17	28
50 +	82	42	51
Por sexo			
Feminino	362	106	29
Masculino	384	85	22
Por cor			
Pardos	452	129	28
Negros	51	14	27
Branco	243	48	20

O quadro acima mostra que a maioria dos casos ocorreu na faixa etária de 0 a 29 anos, decrescendo nas três posteriores. No entanto, a letalidade foi maior nos doentes acima dos 50 anos, enquanto que, exceto nas pessoas entre 20 e 29 anos, ela se manteve com porcentagens aproximadas. As mulheres apresentaram mais mortes que os homens, embora com número de casos menor e, em relação à cor da pele, o conjunto pardos/negros alcançava os índices mais altos também. Em que pese o desconhecimento à que tipo de fenótipo essa classificação correspondia exatamente, a estatística aponta que, para os negros, ainda que tivesse menos casos (51), a taxa de letalidade era elevada (27%). Pardos concentravam a maior parte dos casos (452), com índice de quase 30%, enquanto brancos tiveram menos mortes.

Apesar dos números, considerava-se o índice de letalidade baixo. Isso porque o Serviço contava neste cálculo apenas aqueles pacientes encontrados vivos, a tempo de receber o devido tratamento³⁰⁸. Desse modo, o índice não passou de 12% no quinquênio 1941-1945.

307 A tabela da faixa etária é de Barreto (1946: 511). O restante da tabela foi feito pela autora com dados fornecidos pelo autor ao longo do texto.

308 Para se ter ideia, no período, foram vistos em vida 634 pacientes, dos quais morreram 79. Encontrados mortos pelo Serviço foram 112 (BARRETO, 1946: 510).

Barreto e Castro atribuíram a baixa letalidade à aplicação das sulfas que mostravam-se mais eficientes que o soro. Elas passaram a ser aplicadas aos doentes, comunicantes e funcionários a partir de 1945.

Com o advento das sulfas e sendo comprovada a atividade da droga contra o micróbio da peste no organismo humano, foi abandonada de vez a vacina. A sulfadiazina protege de imediato os comunicantes de peste, evitando casos secundários durante surtos epidêmicos. Outras vantagens práticas das sulfas: emprego por via bucal; conservação à temperatura ambiente; longo prazo de validade, podendo ser estocada nos distantes focos rurais da endemia e lá ser usada no tempo oportuno (FREITAS, 1988: 59).

O soro e a vacina³⁰⁹ tinham seus contratempos. O primeiro não tinha sua eficácia garantida, na medida em que o espaço de tempo entre o surgimento dos sintomas e a aplicação do soro prejudicavam a regressão da infecção. Por isso, passou a ser aplicado juntamente com as sulfas³¹⁰. Já a segunda dependia de armazenamento refrigerado, nem sempre estava disponível nos postos e precisava de reaplicação (BARRETO; CASTRO, 1947). Além do mais, causava reações e era invasiva, o que poderia causar desconforto aos pacientes.

Pareado com o avanço da terapêutica, esteve o desenvolvimento de substâncias químicas que vieram a ser usadas como inseticidas após a Segunda Guerra Mundial. O exemplo mais notório é o do diclorodifeniltricloroetano³¹¹ (DDT), inseticida empregado em diversas campanhas antivetoriais como a da malária, febre amarela e peste bubônica. Por ter ação residual, sua eficácia era considerada alta. Passou a ser aplicado pelo SNP a partir de 1945 de três formas: misturado com querosene “por meio de bombas aspersoras, para despulizações diárias das habitações nos focos de peste e suas vizinhanças”, em pó misturado com talco ou caulim e dispersado nas tocas dos ratos com ajuda das bombas de cianogás e em

309 A vacina utilizada era a de germes mortos. Eram aplicadas duas doses. Entre 1943 e 1945 foram aplicadas 7.827, 20.198 e 31.346 doses, respectivamente. Neste momento, algumas pesquisas vinham sendo feitas com a vacina de germes vivos de virulência atenuada em institutos como o Pasteur de Tananarive (Madagascar) com a vacina EV, e o de Bandoeng (Java) com a vacina Tjiwidej. A EV estava sendo testada na Argentina nesta época (BARRETO; CASTRO, 1947).

310 Nesse caso, a sulfadiazina. Em 1946, os autores afirmaram em artigo estarem usando apenas a sulfadiazina ministrando a dosagem de 12 a 14g diárias nos três primeiros dias e de 8 a 10g nos dias subsequentes, prosseguindo com a diminuição diária da dose. Já no ano seguinte relataram fazer uso combinado do antibiótico e do soro (BARRETO; CASTRO, 1946).

311 Inseticida do grupo dos organoclorados. Em 1939 suas propriedades inseticidas foram demonstradas por Paul Müller, entomologista suíço. Utilizado durante a guerra para combate ao tifo em soldados, posteriormente foi utilizado em campanhas contra vetores e até na agricultura. Foi proibido no Brasil em 1985 para atividades agropecuárias, mas permaneceu sendo aplicado nas campanhas de combate à malária (AMATO; TORRES; MALM, 2002.).

pó puro para despulizar mercadorias e depósitos (BARRETO; CASTRO, 1947). Outro desses químicos foi o monofluoroacetato³¹² (MF ou, como é popularmente conhecido, 1080) que, antes contraindicado no Brasil, viria a ser utilizado na década de 1950 como raticida pelo Serviço. No entanto, era recomendado utilizá-lo apenas em locais amplos e sem possibilidade de acesso às pessoas e animais (armazéns, depósitos, forros de casas sem crianças) devido ao seu potencial tóxico. Todas essas substâncias se popularizaram em um momento de otimismo sanitário, que se caracterizou por uma sensação positiva em relação à cura de doenças e sua erradicação.

O modelo vertical de atuação permitiu uma organização eficaz e autônoma do Serviço, pois houve a ampliação das áreas investigadas e das pesquisas em peste que ganharam maior vulto. Todas as etapas da logística ficavam a cargo do médico-chefe de circunscrição, desde a compra de tecido para uniforme dos guardas, a encomenda de insumos como gasolina, querosene, cianogás, conserto de carros, caminhões e bombas. Todas essas operações eram concentradas. Havia também autonomia financeira para a distribuição das verbas, de modo que o aparato técnico pode se compor de mais laboratórios, mais atividades de pesquisa e insumos.

O SNP, criado na esteira das políticas autoritárias do Estado Novo, materializou, em seu modo de atuação, a presença física, buscada pelo governo central, em diversas localidades. Na área da saúde, essa centralização ganhou maiores dimensões por se revestir de um caráter universalizante. O SNP traduziu esses pontos, centralização e universalização, em sua estrutura administrativa hierárquica e vertical e em sua presença no interior e nas grandes cidades do país através de suas sedes, seus guardas sanitários, seus médicos e suas atividades antipestosas. Tal presença se manifestava através da interação com moradores, no auxílio

312 Sua aplicação como rodenticida durante a Segunda Guerra se deu em substituição a outros venenos como o tálho e a estriçnina que estavam em falta no mercado. Em 1982 foi proibido no Brasil e em 1997 proibido em produtos sanitários domésticos (NOGUEIRA *et alli*, 2011).

prestado pelo Serviço no ajuste das residências, nas orientações gerais sobre higiene, assim como, no tratamento com a vacinação e a soroterapia dirigidas aos moradores.

3.3 – A 1ª Circunscrição do Serviço Nacional de Peste

A 1ª circunscrição do Serviço Nacional de Peste era formada pelos estados de Pernambuco, Paraíba, Alagoas, Ceará e Piauí³¹³. A área endêmica era formada por 58 municípios, perfazendo o total de 63.293 km²³¹⁴ em 1941³¹⁵ na zona do agreste e do sertão. Sem dúvida, os estados mais acometidos pelos surtos, ao longo dos anos, foram Pernambuco e Ceará que concentravam sozinhos três setores e 12 distritos.

As informações a respeito dessa circunscrição foram extraídas dos documentos do Fundo Celso Arcoverde de Freitas, seus depoimentos fornecidos à Casa de Oswaldo Cruz e suas obras sobre sua jornada na saúde pública brasileira (1988; 1992; 1998). Freitas trabalhou desde muito jovem com a peste, tendo suas primeiras experiências ainda na DFS da 5ª Região, a partir de 1938, aos 24 anos. Como ele mesmo disse em entrevista, a doença foi seu “primeiro amor em saúde pública”³¹⁶. Iniciou sua carreira na saúde pública como médico-chefe do distrito de peste de Caruaru, passando a chefe do 2º setor, Maceió, em 1941, ambos no âmbito da DFS. Com a criação do SNP, manteve-se nesta última cidade, que se transformara em 4º setor com a nova organização e, em 1943, tornou-se chefe da 1ª circunscrição, permanecendo no cargo até 1956, ano em que o Serviço foi extinto. Sem dúvida, um personagem importante para os objetivos desta dissertação, uma vez que sua produção literária e funcional (através de seus diários) forneceram as mais diversas informações a respeito do dia a dia dos trabalhos do SNP.

313 O estado do Rio Grande do Norte também ficava sob jurisdição dessa circunscrição. No entanto, somente na década de 1960 apareceriam casos no estado.

314 Em 1953, esses números subiram para 132 municípios cobrindo uma área de 191.853 km². Aqui se incluem também os números referentes à 2ª circunscrição - Bahia. Mesmo assim, percebe-se que houve aumento na área monitorada.

315 Plano de organização de serviço antipestoso na 1ª circunscrição (GC h 1940.03.11).

316 DCAF, Fita 25, lado B



Fotografia 1 - Celso Arcoverde de Freitas (o segundo da esquerda para a direita) e equipe de guardas sanitários do SNP em frente a sede da circunscrição no Recife, s/d. In: GOMES, Mônica. Entre documentos, livros e objetos: o fundo Celso Arcoverde de Freitas, p. 30.

Antes de mais nada, é importante se ater ao caráter dos diários. Tratavam-se dos relatos semanais das atividades realizadas pelos médicos do Serviço. Havia ali informações sobre os afazeres propriamente médicos, como os referentes às práticas em laboratório e ao tratamento de doentes, sobre viagens de inspeção e percalços nos itinerários, a respeito dos entendimentos e problemas com autoridades locais, sobre administração das unidades e de materiais e recrutamento de pessoal. Ou seja, muito além de um registro médico, o diário era um documento funcional de um administrador em saúde, de um sanitarista, a ser apresentado ao seu superior. Utilizado pelos médicos dos serviços de peste desde 1938, a obrigatoriedade da produção desses documentos estava prevista no seu regimento de 1942. Mas a essa altura, o seu uso já estava assentado e a sua inclusão no dispositivo o consolidava e conferia a sua importância como instrumento administrativo.

Além dos médicos, os guardas-chefes também produziam seus diários. Pelo menos é o que indica uma folha que consta em arquivo e que se refere às datas entre 30 de agosto e 5 de setembro de 1942³¹⁷. Nela o guarda-chefe Joaquim Vieira de Araújo faz alguns apontamentos sobre sua rotina de trabalho no setor Palmeira dos Índios (AL), relatando que atuou junto aos guardas na aplicação de cianogás, efetuou o pagamento dos vencimentos aos mesmos, organizou boletins de serviço e informava sobre sua decisão de fechar dois postos (Palmeira

317 BR RJ COC CE-GI-02. v.1

dos Índios e Santana do Ipanema) e entregar as casas alugadas por falta de verba. Tratou, então, na ocasião, de fazer o posto funcionar em sua própria casa.

Os diários continham cabeçalho com os nomes dos órgãos (MES, DNS, SNP), identificação da unidade administrativa, datação da semana de trabalho, a descrição das atividades do dia a dia e, por fim, espaço para assinatura. Eram manuscritos e, posteriormente, datilografados pelas secretárias das unidades (pelo menos os dos médicos).

DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE

SERVICÓ NACIONAL DE PESTE

CIRCUNSCRIÇÃO ESCRITA ORIENTAL - 4º SETOR - (ALAGOAS)

DIÁRIO SÉNIOR - de 19 à 22/4/1942

DIÁRIO ARCOVERDE

-
- Dia 19 - DOMINGO
- Dia 20 - SEGUNDA - FEIRA - Na sede da Circunscrição; respondeu pelo expediente. No laboratório.
- Dia 21 - TERÇA - FEIRA - Feriado Nacional. Viajando no trem para Alagoas.
- Dia 22 - QUARTA - FEIRA - Na Repartição; atendendo ao expediente. No laboratório; examinou um tubo de gesso com material do glande do doente da Faz. Cajamba - Viçosa; é inoculado o referido material na cobaia. O esfregado apresenta escassos organismos coco-bacilares variáveis, gram negativos, alguns tipos de "P. Pestis", porém no campo mostram inteiramente os germes piogênicos. Envio a Chefia da Circunscrição a "Relação das Despesas", referente ao mês de Março P.P. Com o Dr. Otávio Oliveira, Delegado de Saúde da 5ª Região, que se encontra nesta cidade. À noite, chego à esta Capital, procedente dos 3º, 4º e 5º Distritos, onde verificou os nossos serviços de desratização e desinfestação com lâmpa-ônimas, e também o uso do diafogás, o Dr. A. Danovan, acompanhado pelo Dr. Walter Góes. - Durante a viagem pelo interior do 4º Setor, o Dr. Danovan teve oportunidade de ver um caso de peste (na Fazenda Cajamba - Viçosa).
- Dia 23 - QUINTA - FEIRA - Na Repartição; atendendo ao expediente. O Dr. Danovan visita a sede do 4º Setor, recebendo informações sobre a nossa organização, área infectada, estatística de casos humanos, controle dos serviços no campo, etc; no laboratório demorou-se no exame de peças e de lâminas de material pestoso, pulgas, tipos de ratoeira, etc; verificou o serviço de captura da cidade e os índices murino-pulicidários; finalizou observando como utilizamos o diafogás e o lança-ônimas, dando então, várias instruções sobre a conservação dos aparelhos. O Dr. Danovan, depois de visitar os principais pontos da cidade, regressa à Recife, acompanhado pelo Dr. Walter Góes.
- Dia 24 - SEXTA - FEIRA - Na Repartição; atendo ao expediente. No laboratório; autopsia a cobaia que morreu inoculada com material do doente João Castano (Fazenda Cajamba - Viçosa). Apesar dos esfregados das vísceras da cobaia autopsiada apresentarem P. Pestis (raros) fiz uma segunda passagem para obter lesões anatômicas patológicas típicas, por isso que a primeira cobaia inoculada teve uma sobrevivência de dois dias, não havendo tempo às firmarem as lesões viscerais. Reorganizo o quadro de guardas deste Setor. Com as modificações feitas, estabelecendo as diferentes classes de guardas aumentando o número de guardas chefes e de guardas praticantes, consegui uma economia mensal de noventa mil reis (90.000) na folha deste Setor. Atendendo ao fato da frequência
-

Continua

Figura 4: Página do diário de Celso Arcoverde de Freitas, 1942. (CPDOC/FGV/GC h 1940.03.11)

Diário n: 39
de 30-8 à 5-9-1942

Dia 30 foi Domingo, não houve expediente.

Dia 31 estive trabalhando com os guardas na cid. Palmeira dos Índias, em serviço de aplicação de cianogás.

Dia 1, estive ocupado com os guardas, na cid. Palmeira dos Índias, em serviço de aplicação de cianogás.

Dia 2 estive ocupado em aplicação de cianogás, na cid. Palmeira dos Índias.

Hoje recebi pelo correio a quantia de 2:063/600, para pagamento dos vencimentos dos guardas, correspondente ao mês de julho.

Dia 3 estive ocupado com os guardas em serviço de cianogás, na cid. Palmeira dos Índias.

Dia 4 estive ocupado em serviço de boletim

Dia 5 estive ocupado nos mesmos serviços. Em virtude da falta de verba para despesa resolvi desocupar e entregar a chave da casa que servia de posto para o serviço aqui em Palmeira, procedendo da mesma maneira em Cantanua do Espinheira, ficando respectivas postos instalados na residência do guarda-chefe.

Palmeira dos Índias, 5 de Setembro de 1942
Joaquim Vieira de Araújo
J. Chu fe.

Figura 5: Diário do guarda-chefe Joaquim Vieira de Araújo, 1942. (CPDOC/FGV/GC h 1940.03.11)

As tarefas dos médicos eram variadas e quanto maior a hierarquia maior a responsabilidade e a reunião de funções. Essa relação pode ser percebida nos próprios diários de Freitas. Na medida em que alcança cargos superiores, maior o número de folhas desses relatórios funcionais e mais encargos burocráticos entram em cena. Essa percepção é corroborada em documento de Almir de Castro que enumera as competências dos médicos chefes de setor e de circunscrição³¹⁸.

Dentre elas se incluíam tanto funções médicas e investigativas quanto encargos especificamente burocráticos: as tarefas administrativas, de recursos humanos e de contabilidade, o que aponta para uma das especificidades destes médicos sanitaristas que é a sua atuação como médico administrador. Alguns exemplos de encargos eram comuns a todos como direção, coordenação, inspeção, elaboração de proposta orçamentária e fiscalização das unidades operacionais de acordo com a hierarquia (distritos, setores e circunscrições). Outras, nomeadamente as financeiras e administrativas, eram específicas dos chefes de setor e circunscrição, tais como apresentação propostas e envio de resumo mensal das realizações aos superiores, remessa de relatório financeiro e recrutamento de pessoal. Exclusivamente aos médicos de chefes de circunscrição cabia enviar propostas de distribuição das verbas para as demais unidades, verificação da contabilidade dos setores, controle de material, seleção e dispensa de pessoal e aplicação de penas disciplinares. A direção e a fiscalização dos distritos, a orientação e o comando dos laboratórios e dos inquéritos epidemiológicos, a seleção e o treinamento, cabiam aos chefes de setor.

Já os médicos-chefes de distrito não se encarregavam das funções de gerência propriamente ditas. Seu foco estava na realização prática dos trabalhos de campo, afinal eram as unidades executivas do SNP. Sendo assim, deveriam fiscalizar a profilaxia antipestosa dos respectivos distritos quanto às medidas de desratização, acompanhando o emprego de substâncias tóxicas, as aplicações de lança-chamas e de cianogás e a montagem de armadilhas. Quanto à antiratização promoveriam a blindagem das habitações, o armazenamento adequado dos alimentos e da produção agrícola. Outras responsabilidades estavam na realização de inquéritos epidemiológicos; no descobrimento de casos humanos e epizootias, na proteção dos comunicantes, na coleta de material suspeito, na execução do serviço de laboratório, bem como na classificação de pulgas e de roedores e no treinamento

318 GC h 1940.03.11

dos guardas. Os distritos eram o coração dos trabalhos SNP. Neles, a atuação de médicos e guardas se encontrava com todos os tipos de situações, personagens, germes, vegetações, animais e, em contrapartida, levavam seu conhecimento com o emprego de insumos químicos, a terapêutica e a educação sanitária.

A qualificação dos profissionais de medicina que compuseram o Serviço teve por base dois cursos: o de peste e o de saúde pública. Sobre os cursos de peste (1943 e 1945) falarei mais adiante. No momento, gostaria de me ater ao de saúde pública. Esse tipo de curso foi estimulado no Brasil por Barros Barreto que acreditava que as competências de um médico de saúde pública deveriam englobar uma área mais abrangente de conhecimento. Alguns médicos do SNP como Alfredo Bica e Almir de Castro já haviam se especializado nos EUA, na instituição Johns Hopkins com o auxílio de bolsas de estudo.

Segundo Cristina Fonseca, a especialização e profissionalização em saúde pública fizeram parte da agenda de Barros Barreto que procurou formar não apenas médicos, mas enfermeiras visitadoras e engenheiros sanitários. Amparado pela determinação do governo federal de aceitar como funcionários apenas médicos especializados pela Faculdade Nacional de Medicina, Barreto iniciou o treinamento desses profissionais (FONSECA, 2007). Ainda segundo esta autora, ao explicar as ideias daquele médico, era essencial, para além dos cursos, criar-se a categoria profissional de sanitarista e, com ele, todos os requisitos para manter a estabilidade e garantir o sucesso das ações em saúde. Para isso, seria necessário remuneração condizente e a incorporação do trabalho em tempo integral. Freitas, por exemplo, realizou seu curso de saúde pública em 1946³¹⁹ pelo IOC, que passara a oferecê-lo a partir de 1941 (anteriormente a cargo da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro), sendo diplomado sanitarista. Outros médicos do Serviço se formariam na mesma instituição³²⁰.

319 Nesse ano, por conta do curso, não foram produzidos diários por Freitas. Também não obtive informações de quem o substituiu na chefia da circunscrição.

320 Sobre as disciplinas ministradas no curso, “O corpo docente incluía nomes já consagrados na luta pela reforma sanitária do país (como o próprio João de Barros Barreto e José Paranhos Fontenelle), além de alguns que viriam a se alinhar mais tarde. Lecionavam no curso, em seus primeiros anos, entre outros: João de Barros Barreto (higiene industrial), José Paranhos Fontenelle (organização e administração sanitária), Ernani Agrícola (epidemiologia e profilaxia), Domingos da Silva Cunha e Nestor Oliveira Junior (saneamento urbano e rural), Aristides Marques da Cunha e Gustavo Oliveira Castro (parasitologia aplicada), José Guilherme Lacorte (microbiologia aplicada), Eder Jansen de Melo (estatística), Carlos Chagas Filho (fisiologia aplicada), Mario Olinto de Oliveira (higiene infantil), Adauto Botelho e Heitor Peres (higiene mental), Alexandre Moscoso e Antonio Pinheiro Ulhoa Cintra (nutrição). No corpo docente, Barros Barreto, Fontenelle, Lacorte, Jansen de Melo e Moscoso haviam se especializado com bolsas da Rockefeller” (CASTRO-SANTOS; FARIA, 2006: 308).

De acordo com Freitas, foi Castro quem insistiu para que os médicos do Serviço fizessem o curso, cuja duração era anual e que exigia aprovação em processo seletivo. O curso de saúde pública do IOC tinha provas escritas, práticas e trabalhos de campo. Algumas disciplinas como nutrição e higiene do trabalho indicavam a ampliação dos horizontes desses profissionais que vinham sendo formados e demonstra que entre as preocupações de um sanitarista estavam não apenas as doenças de massa ou de caráter epidêmico, mas também as condições que tangenciavam e deterioravam o estado de saúde das populações. Érico Muniz, ao dissertar sobre o programa de erradicação da boubá durante o governo Juscelino Kubitschek, por exemplo, mostrou que os doentes encontravam-se em condições nutricionais tão precárias a ponto de não poderem ser tratados, carecendo de medicações e suplementos como sulfato ferroso, vitaminas e vermífugos para que se lhes pudesse ministrar a penicilina (MUNIZ, 2009).

Do mesmo modo, na década de 1940, levantou-se a ideia de que as doenças infecciosas tendiam a desaparecer, na medida em que as sociedades avançassem em seu desenvolvimento, dando lugar, progressivamente, às doenças degenerativas (identificadas com a maior expectativa e a melhores condições de vida), o que se chamou de ‘transição epidemiológica’³²¹. Fazia sentido, então, a busca pelo controle de tais doenças e os esforços dos sanitaristas como agentes promotores desse novo paradigma, embora Nísia Trindade Lima aponte que, no Brasil, na prática, houve a limitação desse modelo de transição, pois o país ainda se desdobrava no enfrentamento às doenças epidêmicas como a febre amarela e a malária³²².

O sanitarista seria, assim, o profissional cuja visão deveria superar os reducionismos e articular uma visão conjuntural e holística, percebendo as conexões entre os problemas de saúde e os aspectos sociais que estavam na gênese das doenças. Como disse Freitas,

321 Estava relacionada com a ideia da transição demográfica, a ideia de que os níveis de saúde da população seriam derivados do nível de desenvolvimento dos diferentes países. Na mensagem presidencial de 1951, Vargas se referiu à situação demográfico-sanitária brasileira, expressando bem a atualidade desse pensamento: “E, de fato, os últimos recenseamentos revelam que a nossa população ainda apresenta as características demográficas peculiares aos países de recuado nível de civilização e progresso econômico-social. É que, no Brasil, ainda não se operou a revolução demográfica traduzida pela passagem de um equilíbrio mantido por altos coeficientes de natalidade associados a altos coeficientes de mortalidade, para outro de caráter menos desperdiçador, realizado à custa da combinação da baixa natalidade com a baixa mortalidade” (1951: 197).

322 “O Brasil é um dos países onde ficou mais evidente a limitação do modelo de transição epidemiológica, na medida em que o desenvolvimento econômico, a urbanização, a redução da natalidade e o aumento da expectativa de vida, não reduziram a importância das doenças transmissíveis” (LIMA, 1999-2000: 19).

A saúde pública é mais especialização pra prevenir doenças... Ver a doença na coletividade, em vez de ver, em vez de olhar só num indivíduo. Porque há grandes médicos que queimam as pestanas, estudam para num detalhe... de um sintoma, num indivíduo, não é? Mas o sanitarista vê a doença na coletividade, como ela se... anda na coletividade, como a doença circula... entre, na, na população. Não é?³²³

A atividade do sanitarista, é importante dizer, sua prática muitas vezes precede a sua formação como tal. O diploma garantia a titulação, mas o substrato, o labor do sanitarista já se incorporava às suas próprias rotinas e à visão do médico, que trazia para junto de sua análise os problemas sanitários na perspectiva do social. Isso não seria uma novidade, visto que esse tipo de preocupação vinha das décadas anteriores, de médicos que costumavam relacionar os padrões de vida com a proliferação de moléstias, recaindo suas análises sobretudo nas populações mais pobres. Um exemplo vem de Freitas quando relata, antes mesmo dos seus trabalhos em saúde pública, que já se adiantavam em seu horizonte a importância dos problemas sociais

Pra você ver como... como... os problemas sociais, das doenças de massa, iam influenciando o meu espírito. Porque, quando eu cheguei na Usina Bonfim, o que me impressionou mesmo, foi a esquistossomose. Era grande o número de pessoas com esquistossomose³²⁴.

Nesse sentido, partindo de uma abordagem antropológica, esses médicos construíram em torno de si e do seu grupo uma aura missionária, combativa e atuante. Desse modo, retoma-se a noção de campo enquanto categoria relacional e multipropósito (KOHLENER; VETTER, 2016) e enquanto espaço por excelência da ação do sanitarista, onde este desenvolve suas ações. Pode-se acrescentar a essa categoria mais uma função, a de forjar o ‘espírito do sanitarista’ (CUNHA, 2004). Ao tratar sobre as experiências de sanitaristas que trabalharam com saúde pública nos anos 1930/1940, Neiva Vieira da Cunha aborda os aspectos antropológicos presentes na vivência desses personagens no campo. E, mais ainda, demonstra, através dos depoimentos dos médicos que ela entrevistou, como o campo teria definido suas identidades e feito o papel de legitimador do seu exercício profissional³²⁵.

323 DCAF, Fita 15, lado B.

324 DCAF, Fita 3, lado A.

O campo pode ser tomado como o lugar, por excelência, que define e caracteriza a forma itinerante de exercício do sanitarismo em contraposição ao sedentarismo representado pelo exercício da clínica. Enquanto o clínico recebe os pacientes em seu consultório, o médico-sanitarista ‘vai a campo’ combater as doenças e os seus meios de propagação. Essa atuação *in loco* é para ele uma experiência necessária através da qual ele passa a ser reconhecido e se auto-reconhece, constituindo assim um elemento essencial na construção de sua identidade profissional (CUNHA, 2004: 198).

O ‘espírito sanitarista’ incorporava e absorvia, do mesmo modo, as agruras e as dificuldades que os encargos das funções lhes impunham. O trabalho excessivo, as mudanças de residência, os percalços, as renúncias, os conflitos e as dificuldades do campo, tudo isso configurava um caráter quase ascético da experiência desses profissionais. Daí advém a questão da vocação necessária para o trabalho do sanitarista em saúde pública. É quase obrigatório tê-la porque o “sanitarista é aquele que passa por ‘provações’ e ‘riscos’, tanto físicos quanto simbólicos, no desempenho de sua missão” (CUNHA, 2004: 191). Novamente Freitas vem frisar que o sanitarista precisava ter

Resistência física pra poder aguentar os embates das grandes viagens. Não... não... não pode ser, como diz o sertão, um sujeito *lord*, luxento, tem que ser um sujeito que se adapte às condições de vida do povo, do, do interior. Então, tem que enfrentar todas aquelas dificuldades. Agora, a outra é ter a grande faceta de idealista³²⁶.

A abdicação desses médicos é corroborada pela sua renúncia à clínica, seja por falta de tempo, seja pela proibição instituída pelo regimento dos funcionários do SNP. A clínica era atividade mais rentável e escolhida do que o trabalho no serviço público, segundo as percepções dos médicos em seus depoimentos. Clinicar era permitido apenas em casos nos quais não houvesse médico disponível “por uma questão de humanidade”³²⁷. As exigências do SNP e o grande volume de trabalho impediam outras ocupações que não aquelas do tempo integral. Tempo integral dividido entre tarefas médicas e administrativas, afinal “O sanitarista é sempre um administrador”³²⁸.

325 A autora deixa claro, e concordo, que os depoentes, ao fazer sua retrospectiva profissional, atribuem uma sequência lógica e teleológica às suas narrativas que não existiam no momento em que aconteceram, alertando que essa pretensa linearidade é uma construção *a posteriori* (CUNHA, 2004).

326 DCAF, Fita 13, lado A.

327 Depoimento de Almir de Castro (DAGC), Fita 2, lado B (transcrição minha).

328 DAGC, Fita 4, lado B (transcrição minha).

Foram desenvolvidos um planejamento e uma proposta orçamentária para os trabalhos da 1ª circunscrição, organizados e apresentados a Barros Barreto, em 14 de janeiro de 1942³²⁹, por José Vicente Valença Júnior, Celso Arcoverde de Freitas e Hélio Paracampo³³⁰. Parece ser o primeiro plano de ação desta circunscrição feito após a criação do órgão. Nele podem ser observadas as principais preocupações e os entendimentos acerca da peste bubônica naquele momento. Interessava o planejamento sobretudo à zona rural, pois havia se tornado o reduto da infecção após sua passagem pelas áreas portuárias e cidades ao longo das estradas de ferro, atingindo o agreste e o sertão nordestinos. Confirma-se a atenção que se dava ao ambiente doméstico como alvo principal das ações profiláticas, visto que buscava-se impedir o evento do caso humano.

A fonte de infecção pestosa humana, como a que origina os surtos epizooticos específicos entre ratos e roedores silvestres, tem sido a peste dos ratos domesticos – *R. rattus*, *M. musculus* – espécies que encontram no tipo de construção rural, de taipa e sem impermeabilização, o ambiente ótimo á formação dos seus ninhos, no sólo e nas parêdes, tendo alimentação garantida e fácil com a cultura dos cereais, algodão, etc. , cujas colheitas não são armazenadas convenientemente em depósitos a prova de rato³³¹.

Associado a essa ideia estava o fato já comentado de se acreditar no protagonismo do rato doméstico e de sua pulga no papel de principal vetor da *Y. pestis* e de desacreditar a existência da peste silvestre, cuja evidência não se sustentava, apesar de se saber que os roedores silvestres eram sensíveis ao bacilo (contaminados por extravasamento do foco domiciliar). Mas não se sabia se havia foco independente atuando como reservatório natural. Desse modo, “Orientados pela epidemiologia, visamos a casa como centro dos trabalhos de profilaxia para realizar o contróle da peste”³³².

329 Esta informação consta escrita a caneta no documento. A data de redação do mesmo é 27 de janeiro de 1942. Ao que parece, o planejamento era anual, embora apenas este conste em arquivo (BR RJ COC CE-GI-02. v.1).

330 O primeiro era o então diretor da 1ª circunscrição, Freitas estava no comando do 4º setor (Maceió) e Paracampo aparece como médico adjunto.

331 BR RJ COC CE-GI-02. v.1

332 BR RJ COC CE-GI-02. v.1

Foi baseada nessa interpretação que a atividade antipestosa do SNP se desenvolveu, já que

si ainda não há fóco autônomo, parecendo não estar constituído um reservatório silvestre do vírus, com vetor próprio, podemos falar em erradicação da peste, que seria, em última análise, um problema de higiene da habitação³³³.

Aqui, então, condicionou suas ações futuras a essa constatação, direcionando o coração das atividades ao enfrentamento dos ratos domésticos, ao saneamento das habitações e de seus arredores, o que só seria alcançado

com a elevação das condições economico-sociais das populações matutas, que as tem, no momento, inferiores, proibitivas do mínimo de higiene que deve atingir o homem para garantia de sua saúde³³⁴.

Os profissionais do SNP sabiam que apenas medidas profiláticas não seriam suficientes para solucionar as questões sanitárias mais urgentes do país. A melhoria dos aspectos sociais da população acometida por doenças endêmicas ou pestilenciais era fator preponderante nos discursos médicos. Mas um órgão de saúde, por si só, não teria competências para erradicar as mazelas sociais e essa também não era sua função. O modelo campanhista do SNP não resolveria problemas de tal magnitude. Vemos, assim, empecilhos para a solução dos problemas médico-sociais em sua plenitude, uma vez que os entraves às melhorias extrapolavam o campo estrito da medicina.

Rosen explicou que a medicina social é uma ciência aplicada e que sua busca é pela solução dos problemas sociais que desencadeiam os estados de doença. E, como ele mesmo apontou, fatores médicos e não-médicos influenciam nesses resultados³³⁵. Desse modo, ao se pensar nos fatores não-médicos, constata-se que a melhoria profunda das condições sociais da população depende de aspectos políticos e econômicos que atuem em conjunto com a saúde.

333 BR RJ COC CE-GI-02. v.1

334 BR RJ COC CE-GI-02. v.1

335 Os elementos não-médicos referem-se aos aspectos políticos e econômicos que influenciam no gerenciamento e adoção de políticas públicas sanitárias. Segundo Rosen: “Se e como o conhecimento científico e médico se volta para os problemas de saúde, isto frequentemente depende mais dos interesses e ideologia dos grupos políticos e economicamente poderosos do que de sua validade médica ou científica” (1979: 213).

Não bastava promover o uso das “balas mágicas”³³⁶, como mostrado por Érico Muniz, no caso da boubá, doença na qual a deficiência alimentar se mostrou impeditiva do seguimento do programa original proposto para a campanha, que focava na aplicação de penicilina. A campanha contornou o problema ministrando vitaminas e medicação previamente à injeção. No entanto, não houve nenhum tipo de auxílio governamental no sentido de prover segurança alimentar, por exemplo, visto que a base do problema estava na deficiência nutricional (MUNIZ, 2009). A crença de que um medicamento salvador sanaria de uma vez por todas os problemas decorrentes das moléstias não levava em consideração a amplitude da conjuntura social, mas sim a rapidez e o curto prazo na resolução do problema principal. A bala mágica tinha poder restrito, garantindo a cessação do mal apenas nas suas consequências clínicas.

É claro que as ações em saúde interferiam no aspecto social pelo fato de alcançar as comunidades afetadas, de suprir suas necessidades terapêuticas, elucidá-las através das ações de educação sanitária e tomar caráter universal, mas tiveram suas limitações porque a superação das adversidades dependia de mudanças mais amplas e estruturais que envolvessem a eliminação da pobreza. Ou seja, mudanças que englobavam os fatores “não-médicos”, importantes “na criação da estrutura e dos canais dentro dos quais estes elementos médicos e científicos poderão operar” (ROSEN, 1979: 241). No caso da peste bubônica, pela própria natureza da doença, podemos ver que existiu um esforço do SNP em trazer melhorias para as condições das habitações e dos seus arredores, de modo a afastar os ratos, da melhor maneira possível, ainda que de forma paliativa. Obviamente, as ações campanhistas não revolviam a estrutura de perpetuação da pobreza, mas, dentro das atribuições do Serviço, se contemplavam ações sociais que se manifestavam na orientação sanitária e no auxílio ao cumprimento das intimações referentes às habitações.

O Serviço lidava frequentemente com a situação de pauperização dos moradores. Por exemplo, o cumprimento das intimações do Serviço era obrigatório e de responsabilidade dos proprietários de casas e edificações. Em caso de descumprimento da ordem, o indivíduo era passível de multa. O Serviço, apesar disso, entendia que, se ele próprio não tivesse proatividade, muitas das intimações feitas aos proprietários não se concretizariam, prolongando

336 “O conceito consiste em considerar que algumas substâncias químicas poderiam ser produzidas de modo que tivessem afinidades com receptores específicos causadores de determinadas doenças. Dessa forma, certo produtos terapêuticos combateriam somente um alvo específico deixando as demais células do organismo intactas, caracterizando-se, desse modo, como “balas mágicas” (MUNIZ, 2009: 92).

os problemas de abrigo e de alimentação dos roedores, uma vez que a situação de miserabilidade não habilitava os mais pobres a cumpri-las. Nesses casos, o próprio SNP realizava os serviços necessários para garantir o andamento dos trabalhos. Assim, a própria especificidade da profilaxia da doença obrigava os guardas sanitários do órgão a implementarem as medidas necessárias em nome do objetivo fim.

Dito isso, o planejamento do ano de 1942 previa medidas de profilaxia ofensiva, a desratização, “fazendo destruir nas habitações o reservatório do vírus, por meio dos processos já conhecidos – cianogás³³⁷, lança-chamas, expurgo total, iscas raticidas, ratoeiras, etc”³³⁸ e profilaxia defensiva, “concretisada pelas medidas de antiratisação que determinam uma crise de abrigo e de alimento ao rato”³³⁹. O tipo de profilaxia adotada diferia dependendo da área a ser tratada: zona rural infectada; cidades, vilas e povoados da zona rural infectada; ou portos.

Na primeira, os serviços seriam mais intensos com aplicação de cianogás, lança-chamas, iscas e ratoeiras (de responsabilidade dos guardas e feitas em ciclos periódicos); pau e veneno (que seria da alçada dos moradores); utilização de lança-chamas nas cercas de pedra, macambira, avelós e gravatá, onde roedores silvestres faziam seus ninhos, a fim de prevenir contra o espalhamento da infecção para o último estágio da doença; desmatização, limpeza, afastamento de cercas, construção de depósitos à prova de ratos para as colheitas; educação sanitária e impressos com gravuras e colaboração de polícias, escolas, padres “no sentido de intensificar a educação sanitária e fazer cumprir, quando há recalcitrantes, as intimações”³⁴⁰.

Para a zona rural com maior densidade populacional, as tarefas se concentravam na aplicação de cianogás e raticida, impermeabilização dos armazéns das estradas de ferro, das firmas que recebiam produtos das áreas infectadas e de prédios; educação sanitária; captura e índices de roedores e pulgas. Finalmente nos portos e entorno, a vigilância se dava pela captura de ratos, aplicação de cianogás e raticida periodicamente nas docas, nas estações de estrada de ferro, nos armazéns e na vizinhança, além da claytonagem das galerias de esgoto, impermeabilização dos armazéns, mercados e mercearias.

Uma questão que apareceu, desde o início foi a ênfase na investigação epidemiológica e a preocupação em rastrear a circulação da doença antes mesmo dela eclodir entre seus alvos

337 Cianeto de cálcio, fórmula $CA(CN)_2$, sal inorgânico.

338 BR RJ COC CE-GI-02. v.1

339 BR RJ COC CE-GI-02. v.1

340 Idem.

preferidos: os roedores. Seria uma medida preventiva “onde o conhecimento precóce de fatores epidemiológicos favoráveis, sugere a realização de atividade profilática adequada em tempo oportuno, antes que a peste se manifeste na população murina”³⁴¹ e que “ao envés de esperar-se como indicação para atividade de profilaxia numa zona, o aparecimento de casos humanos ou epizootia aparente, torna-se necessário surpreender a peste no seu habitat próprio”³⁴². Estudariam-se as causas das epizootias, sua evolução, condições de vida dos roedores silvestres, influência dos fatores meteorológicos, índices de imunidade murino e pulicidiano e se determinaria o tipo de profilaxia a ser adotada. Todo esse trabalho seria do encargo das brigadas epidemiológicas, cuja composição incluiria um médico-chefe, um auxiliar de pesquisa, dois guardas e um motorista³⁴³. A criação do SNP inaugurou novas orientações e novos métodos, na medida em que se exigia melhor esclarecimento sobre as lacunas epidemiológicas e que novas técnicas se difundiam. Com essa nova organização, houve possibilidade de se avançar, com mais recursos e funcionários que anteriormente, nas pesquisas em peste. Como estampa o documento,

Dito isto, está apontada a primeira característica da nova fase do Serviço Nacional de Peste: esclarecer os problemas epidemiológicos peculiares da região nordestina e orientar com base científica o tipo e a intensidade do trabalho de profilaxia. A segunda característica, é a intensificação e utilização de novos processos e profilaxia – baseados nos resultados das primeiras investigações aqui realizadas sob a orientação de Atilio Machiavello – visando primordialmente a destruição de ratos e pulgas nos próprios ninhos, com emprego sistemático de cianogás e de lança-chamas³⁴⁴.

Os trabalhos se desenvolveriam nos focos ativos, nos focos silentes e nas regiões não atingidas “que estejam na direção da corrente migratória pestosa”. Embora neste momento não houvesse casos nas cidades mais importantes, seria necessária a profilaxia periódica para que a peste rural não as alcançasse por conta da proximidade. Lembrando que, como bem diz Freitas, a peste se disseminaria por contiguidade, passando de uma área para outra adjacente, e *per salto*, o que se daria facilmente via transporte de pessoas ou mercadorias. Existia a preocupação latente com a extrapolação da peste da área endêmica para as áreas urbanas.

341 BR RJ COC CE-GI-02. v.1

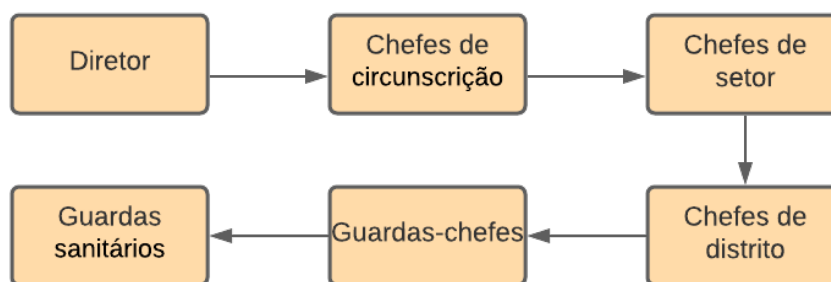
342 Idem.

343 As brigadas, segundo Mário Pinotti, foram inspiradas nas existentes no Peru. “Para maior combate á peste serão organizadas brigadas epidemiológicas á maneira do que se fez no Peru”, Diário de Pernambuco, 17 de outubro de 1941, p. 5.

344 Idem.

Nesse planejamento de 1942 havia a previsão de distribuição de funcionários pelos setores. Cada setor/distrito seria comandado por um médico-chefe e teria o número de guardas necessários de acordo com a situação de endemidade. Nesse momento, a maioria destes profissionais se concentravam nos estados de Pernambuco e Alagoas: 1º setor (Fortaleza) – 49 guardas; 2º setor (Crato) – 49 guardas; 3º setor (Recife) – 321 guardas; 4º setor (Maceió) – 163 guardas. Os guardas se dividiam por tipo de trabalho executado (guarda-chefe geral, guarda-chefe, guardas distribuidores de raticida, guardas capturadores, guardas aplicadores de cianogás e lança-chamas e guardas de turmas de choque).

Organograma - cargos SNP



Quanto à proposta orçamentária do planejamento, ela foi composta de catorze itens, além de requisitar mais 683 funcionários. Em resumo, tais foram as solicitações: 1. equipamentos para os guardas; 2. insumos para preparação de raticidas – arsênico, milho e corretivo (manteiga, queijo, peixe), papel; 3. material de captura – guilhotina, maleta, latas condutoras de iscas e de ratos mortos; 4. material de despulização – querosene, sabão, creolina, carrapaticida; 5. material de desratização intensiva – aparelhos de cianogás, cianogás, lança-chamas e querosene (estes dois últimos novidades das pesquisas epidemiológicas internacionais); 6. material para investigação; 7. medicamentos – vacinas antipestosas; 8. laboratório – ampliação do de Recife, completar o de Maceió, organizar os distritais; 9. material de secretaria; 10. boletins, mapas, fichas, impressos; 11. material rodante; 12. transportes – de pessoal e de material em estradas de ferro e em animais (nos sítios e serras, sem estrada para veículos “forçoso se torna o emprego de animais como principal meio de condução, não obstante seu custo bastante despendioso”); 13. diárias de

pessoal e; 14. despesas eventuais como ocasião de oscilações dos preços de guerra, aluguel de imóveis das sedes de setores/distritos/postos do interior, luz, telefone.

O corpo clínico se formou aos poucos. A maioria era de funcionários oriundos das DFS que já trabalhavam na seção de peste. A partir da criação do SNP e da especialização do órgão nessa doença específica, verificou-se a necessidade de promover cursos de aperfeiçoamento de médicos com o fito de admiti-los. Com essa intenção, realizou-se o primeiro curso de especialização em peste na 1ª circunscrição, em 1943, do qual, inclusive, os médicos que integravam o Serviço desde o início participaram. Assim como o órgão, seus futuros médicos seguiriam a expertise característica dos Serviços Nacionais, aprofundando seu conhecimento sobre determinada doença. Tendo lugar na cidade de Recife, o curso contou com diversas disciplinas, aulas teóricas e práticas e a participação de profissionais capacitados em cada especialidade³⁴⁵. Um segundo curso aconteceu em 1945 com mesma estrutura e objetivos³⁴⁶. Os cursos ocorreram em tempo integral e tiveram a duração de três meses (FREITAS, 1988). Aludindo, novamente, ao caráter administrativo da função desses médicos, cabe apontar que a formação nesse curso incluiu instruções sobre contabilidade, arquivo, movimentação de verbas orçamentárias, controle de material e de pessoal. Todos os médicos se qualificaram tanto nos cursos de peste quanto no de saúde pública (FREITAS, 1988).

3.3.1 – Rotinas de trabalho, viagens e inspeções

Por se ater sobretudo às áreas rurais, algumas de difícil acesso, as rotinas de inspeção dos médicos se transformavam muitas vezes em viagens longas e carregadas de imprevistos, fosse devido ao mau tempo ou à falta de infraestrutura das estradas e caminhos que atrasavam a programação. É através dos diários de Freitas que acompanho tais situações. Por meio de seus relatos funcionais, que abordam os tipos de serviços realizados, condizentes com sua posição hierárquica, é que se podem visualizar outras práticas e outros personagens que faziam parte do órgão como os guardas, armazenistas, secretárias, desenhistas.

345 Foram professores nos cursos de 1943 João Moojen (mastozoologia), Marcelo Silva (profilaxia e bacteriologia), Alfredo Bica (epidemiologia), Charles Ronald Hathaway (entomologia) (BR RJ COC CE-GI-02. v.1).

346 Neste ano foram professores Moojen e Bica nas mesmas especialidades, Mario Ramos (bacteriologia), Marcelo Silva (clínica e profilaxia), Fábio Werneck (entomologia/sifonápteros) (FREITAS, 1988).

Nos primeiros anos de atividade, quando o número de pessoal médico era escasso, o ponto de partida para uma investigação era a notificação de caso humano e a imediata ida do médico ao local da ocorrência. Nesse tempo, Freitas trabalhava sozinho em Alagoas, no setor Maceió, desdobrando-se entre os municípios, tendo auxílio de outro médico no ano seguinte, pouco antes de ser remanejado para Recife. Toda a área era de sua responsabilidade, portanto, o trabalho era intenso.

Em determinadas situações, havia a impossibilidade do médico seguir viagem de imediato. Nesse caso, autorizava-se o guarda-chefe *in loco* a fazer os procedimentos de coleta de material, o que era de responsabilidade exclusiva do médico. Recorreu-se a essa manobra outras vezes, o que gerou alguns problemas, pois as amostras chegavam ao laboratório em estado nada aproveitável, segundo o então chefe da circunscrição, Valença Júnior. Freitas argumentou que, por estar só no setor, adotou o procedimento de autorização da punção do bubão pelo guarda-chefe e que a amostra tinha sido colhida com a lesão já supurada, aberta. Essa situação mostra como o Serviço lidava com os obstáculos que encontrava pela frente no momento de transição dos trabalhos das DFS para o SNP. Assim que recebia o aviso de caso suspeito e pudesse prosseguir imediatamente, o médico o fazia. No dia 19 de junho de 1941, Freitas escreveu:

Na repartição; recebo denuncia de casos de peste nos Municipios de Traipú, nos Sítios Barro Preto e Riacho Grande; de Limoeiro, no Sitio Pereiro; de Santana do Ipanema, no Sitio Caracól e Povoado São Felix. Providencio e sigo viagem á essas localidades, tendo alcançado Arapiraca á noite³⁴⁷.

Uma vez chegado ao local, iniciavam-se os procedimentos de antirratização (de encargo dos guardas sanitários), atendimento e inquéritos dos casos suspeitos. No dia 20 de junho de 1941, consta no diário:

Viajo para o Sitio Barro Preto, onde examino Zenaide Amaral, (caso de peste, V. Ficha P-13); punciono o bubão e depois das providencias de imunização, despulização e desmatização, dirijo-me ao Sitio vizinho Riacho Grande, onde preencho a Ficha P-13 de Maria do Prazeres, já restabelecida de infecção cujos sintomas são os da peste³⁴⁸.

347 BR RJ COC CE-GI-02. v.1

348 BR RJ COC CE-GI-02. v.1

Este é um dos exemplos de viagens de rotina que se faziam para investigação de casos. Exigia a saída do médico da sede do setor (ou do distrito) por alguns dias, sua ida a diversos sítios onde houvesse suspeita de infecção pestosa e o planejamento da ação para os dias subsequentes, feito juntamente com o guarda-chefe. Em todos os casos eram feitos inquéritos para determinar suas origens, indagar moradores, localizar possíveis abrigos de ratos, coletar material para investigação, realizar procedimentos clínicos e imunizações ou soroterapia. No dia 30 de agosto de 1941, Freitas esclarece que

Ouvindo os moradores do Sítio e do povoado de Gonçalves Ferreira, certifiquei-me de que há epizootia de ratos nos campos, e possivelmente, a fonte de infecção de Filadelfia e Paulina Maria, fora o rato morto encontrado por elas junto ao “tanque” (pôço), onde costumavam tomar banho³⁴⁹.

Um outro exemplo dessas acareações vem a seguir no relatado no dia 13 de novembro de 1941

Dirijo-me a diversos Sítios colhendo informes diretamente dos moradôres, podendo organizar a relação abaixo indicando os principaes informantes, para dar inicio aos serviços de colheita de material e de rotina (envenenamento, intimações, etc.). Município de Gloria do Goitá. Sítio Chã dos Camarás – informante Severino Cipriano. [Sítio] Bela Vista – Houve um obito de um filho de Faustino Ferreira, 3 dias de doença [...] [Sítio] Caldeirões – Houve dois obitos com evolução de 5 a 8 dias. Informantes: Zacarias Bezerra de Melo. Manoel Francisco, encontrou rato e preá morto. Manoel Paixão, encontrou rato e preá morto, queimando-os³⁵⁰.

Certamente que a colaboração dos moradores constituía uma etapa fundamental de orientação para os médicos e guardas que precisavam estabelecer a profilaxia necessária nas localidades e reconhecer as áreas onde se davam as ocorrências de animais mortos. Moradores e caçadores³⁵¹ atuavam como guias, levando funcionários do SNP às regiões solicitadas.

Simultaneamente eram aplicadas as medidas de anti e desratização e tomadas providências no sentido de evitar o espalhamento da infecção, mesmo que apenas suspeitada.

Além das medidas já tomadas no Sítio Baixio Gonçalves Ferreira, de envenenamento, desmatização, despulização e desratização; e imunização dos comunicantes das casa onde houve os obitos, atendendo a importancia do Sítio, em virtude da sua situação de proximidade á uma estação de estrada

349 BR RJ COC CE-GI-02. v.1

350 BR RJ COC CE-GI-02. v.1

351 Relatou Freitas que “No Sítio Serra Verde, contratei o caçadôr Antonio Paulino para localizar ninhos” (BR RJ COC CE-GI-02. v.1).

de ferro e a Séde do Municipio de Caruarú, ao Guarda Chefe Castro, dei as seguintes instruções: a) bloqueio do Povoado Gonçalves Ferreira (que está situado vizinho ao Sitio Baixío Gonçalves Ferreira) e destruição dos ninhos de ratos com bisulfureto de carbono³⁵². b) bloqueio dos Sítios em volta do Povoado Gonçalves Ferreira, num raio de 6Kms. c) avançar o serviço de bloqueio de Gonçalves Ferreira até o Cedro (em Caruarú). d) insistir nas intimações de desmatização e limpeza. e) captura e colheita de material dos roedores, para exame de laboratório. f) incendiar o que for possível das capoeiras, na zona onde ha epizootia. g) despulizar e tratar pelo bisulfureto o edificio da Estação de estrada de ferro. h) proibir o embarque da mamona, feijão e farinha, que deverão ser reensacados; e a mamona expurgada no vagão de carga. i) vigilância sanitária³⁵³.

Estas viagens de inquérito, ou de investigação epidemiológica, ajudaram na mobilização inicial de respostas ao enfrentamento dos surtos vigentes e na estruturação de uma profilaxia mais organizada na medida em que se conheciam novas áreas, mais funcionários atuavam, mais verbas entravam e novas frentes de pesquisa eram incorporadas ao trabalho como a investigação sobre a fauna rodentológica. Embora esse tipo de viagem não fosse novidade, afinal, desde o início do século XX, elas aconteciam em resposta à ocorrência de casos de peste bubônica, o SNP pode se aproveitar melhor delas, angariando dados e material para suas pesquisas em laboratório. Os guardas em campo as complementavam em ciclos de trabalho trimestral, semestral ou anual dependendo da gravidade da situação.

Viagens de inspeção também faziam parte da rotina como forma de acompanhar e averiguar o andamento da atuação dos guardas e médicos. O diretor do SNP, os chefes de circunscrição e os médicos-chefes de setores fiscalizavam desde os serviços de campo até os de escritório. Por força do regimento, o diretor deveria visitar pelo menos uma vez ao ano todos as áreas das circunscrições. Além dos funcionários do SNP, algumas vezes fizeram parte destas inspeções outros médicos interessados no acompanhamento da campanha de peste como os representantes *viajeros* da OSP e de Barros Barreto.

Enquanto ainda era chefe do 4º setor, Celso Arcoverde de Freitas, acompanhou o diretor Mario Pinotti em inspeção pelos setores da 1ª circunscrição em 1941. Resumidamente, em seu diário, informa que o diretor visitou naquele setor a chefia, secretaria, laboratório e almoxarifado. Ali verificou os serviços na zona rural através de mapas e quadros

352 Bissulfureto de carbono (CS₂): líquido incolor inflamável, venenoso, altamente refrativo, produzido comumente pela reação de vapor de enxofre com carvão vegetal, ou hidrocarbonetos a temperaturas elevadas. Fonte: <https://www.dicio.com.br/bissulfureto/> (acessado em 24 de jan de 2021).

353 BR RJ COC CE-GI-02. v.1

demonstrativos. Fizeram parte desse itinerário também Paracampo, Macchiavello e Valença Júnior (fotografia a seguir)³⁵⁴. Outros exemplos da dinâmica dessa jornada pelo interior nordestino são protagonizados por Almir de Castro na companhia de Freitas.



Fotografia 2 - Hélio Paracampo, Valença Júnior, Atilio Macchiavello, Mário Pinotti e Celso Arcoverde de Freitas em viagem pelas zonas pestosas do Nordeste, 1941 (BR RJ COC CE.GI.02.V1.022).

Percorrendo diversos municípios em viagens longas, que se iniciavam bem cedo, os médicos já encontravam empecilhos nos caminhos que levavam às diferentes localidades. Antes da inspeção era preciso chegar na região e essa era uma dificuldade que não pode ser suprimida. De fato, um dos maiores problemas logísticos era o transporte. As condições das estradas de acesso eram péssimas e insuficientes para a passagem dos veículos, ocasionando muitas vezes quebra de peças no caminho e atraso no cronograma. Chuvas também não colaboravam, pois enlameavam as estradas e enchiam os rios pelos quais porventura teriam de passar.

De Cajazeiras a Lavras viajámos de automovel; não permitindo passagem a estrada de Lavras a Crato, das 12.15 às 17 horas viajámos de trem até Crato.

354 BR RJ COC CE-GI-02. v.1

Devido às passagens difíceis nos atoleiros e rios de Milagres e do povoado São Serafim, não podemos alcançar a cidade de Triunfo ainda hoje e tivemos que pernoitar em Serra Talhada, onde chegamos às 23.30³⁵⁵.



Fotografia 3 – Passagem pelo rio Ipanema, Alagoas, 1941 BR RJ COC CE.GI.02.V1.039)

Basicamente, em sua viagem de inspeção, o diretor verificava as condições das instalações (sedes e laboratórios), a organização de seus arquivos e registros de trabalho de modo a acompanhar a produtividade dos funcionários e constatava a necessidade de melhorias, se fosse o caso. Estando nos setores e distritos pessoalmente, Castro também poderia examinar que tipo de melhorias e obras deveriam ser feitas e, assim, realocar as verbas. Não parece que o diretor saísse sempre a campo para inspeção de serviços *in loco*, mas sim sabia das atividades através da documentação, mapas e arquivo depositados nas sedes de distritos e setores.

As 5.40 da manhã, viajando com o Dr. Almir em inspeção a todos os distritos dos setores Recife, Crato e Maceió. As 10.20 no distrito Campina Grande:

355 Dias 15 e 16 de maio de 1945 (BR RJ COC CE-GI-02. v.1).

Dr. Almir verifica as instalações do distrito na sua nova sede [...] na seção de estatística e na secretaria verifica a agenda e os fichários SNP-3 e 18.

Na sede do distrito com o Dr. Júlio, verificamos os arquivos e fichários que foram encontrados em dia no setor com os Drs. Trigueiros e Amilcar. O Dr. Diretor percorreu todas as seções e dependências da sede do setor, que se encontra completamente remodelada, inclusive o laboratório que foi ampliado³⁵⁶.

Durante sua passagem pelo SNP, Freitas realizou inúmeras viagens, fosse acompanhando o diretor, fosse como chefe de circunscrição ou de setor (ou como chefe de distrito na DFS). Elas envolviam serviços de monitoramento administrativo e fiscalização de campo. Através da trajetória deste médico fica claro que quanto mais avançava-se na hierarquia, mais distante se ficava da inspeção *in loco*. Enquanto responsável pelo distrito, Freitas estava presente a todo momento em campo, até porque, o número de profissionais médicos nesse momento era pequeno. Fato que exigia sua circulação nas áreas com suspeita de infecção e em que seu relacionamento era muito mais próximo dos guardas e das dinâmicas do campo, onde tinham lugar a orientação e a explicação às figuras de autoridade locais (prefeitos, delegados, padres, professoras, médicos, coronéis) sobre os trabalhos do Serviço.

Viagem de inspeção á 4ª Zona. Na cidade de Arapiraca apresento-me ao Prefeito, Delegado e Vigário do local e repito a conversa que tenho tido com os outros Prefeitos, acerca do nosso serviço, meios de nos ajudar, etc. Também estive com o medico da cidade, Dr. Matôso. Verifico o serviço e envenenamento de Arapiraca (fóco de Jan. 41), Sitio Guaribas (fóco de Dez. 40), Povoado Lagôa da Canôa e Sitio Novo. Á noite, trabalho com o Guarda-Chefe na organização de Mapas de ciclo de envenenamento e da eficiencia do pessoal. Além de chamar atenção para pequenas falhas no envenenamento, ao Guarda-Chefe dou instruções definitivas para só usar em cada envenenamento de um Sitio ou Localidade, raticidas de uma só côr; e não repetir a mesma côr no envenenamento seguinte; também não proceder o envenenamento dos Povoados e Cidades com interrupções; isto é, iniciar, pôr exemplo, a cidade de Arapiraca, interromper uma ou duas vezes, para terminar com diferença as vezes de mais de dois mezes³⁵⁷.

Já as atribuições de um chefe de setor durante as viagens atinham-se ao acompanhamento administrativo/financeiro e estrutural dos distritos e às orientações gerais. Nestas viagens, os chefes de distrito apresentavam sua sede (laboratório, almoxarifado,

356 Dias 14 e 17 de maio de 1945 (BR RJ COC CE-GI-02. v.1).

357 Dia 23 de maio de 1941 (BR RJ COC CE-GI-02. v.1)

secretaria) e os serviços de escritório e de campo (este através de fichas, mapas e outros documentos de produtividade). Além disso, aproveitava-se para abastecer os distritos com materiais diversos (de insumos para veículos a material de escritório) e visitar locais onde foram realizados serviços pelo SNP ou pelos proprietários (via intimação), principalmente ajustes de impermeabilização.

Para os chefes de distrito, unidade operacional básica dos serviços, a inspeção dos guardas em campo era essencial. No entanto, os serviços administrativos competiam com as atividades *in loco* tanto que, em 1950, nos diários de Freitas ele dizia ser crucial reforçar a importância do trabalho de campo aos médicos de distrito para orientar os guardas e melhorar o padrão. Ainda falava sobre a necessidade de fiscalização e que o trabalho de escritório tomava muito tempo do médico. Uma circular do diretor determinava que se passasse, no mínimo, quinze dias em campo e que se fizesse aí inspeção a cada dois meses³⁵⁸.

Na base de atuação e na linha de frente estavam os profissionais que conduziam na prática os serviços de profilaxia. Os guardas sanitários materializavam as ações propostas e eram os verdadeiros representantes dos serviços nas regiões onde atuavam, uma vez que seu contato com a população e sua presença eram frequentes. Através desses funcionários é que se conhecia a mortandade de ratos e outros roedores e casos suspeitos de peste. O trabalho dos guardas foi fundamental para a realização das demandas do Serviço, pois a sistematização pretendida pelo SNP só pode se realizar graças às atividades desses profissionais. Os guardas tinham como atribuição principal levar a cabo os ciclos de desratização e a antirratização nos sítios e localidades trabalhados. Portanto, os serviços de aplicação de cianogás, lança-chamas e DDT para eliminar os ninhos de roedores e as pulgas, as desmatizações, as obras para impermeabilização, a calafetação e o embarramento, a construção de fossas, a distribuição de ratoeiras pela área, a captura de roedores para pesquisa, o preenchimento de boletins de trabalho e de etiquetas para identificação de roedores, todos eles estavam sob alçada dos guardas sanitários.

A admissão desses homens requeria critérios básicos para o trabalho. O guarda sanitário deveria ser jovem, ter entre 20 a 35 anos, saber ler, escrever e fazer as quatro operações matemáticas, ter vigor físico para andar grandes distâncias e não se importar em

358 BR RJ COC CE-GI-02. v.2

passar a semana fora. O treinamento era realizado no próprio campo, no dia a dia, com a orientação do guarda-chefe.

Então, nós acompanhávamos os guardas, o guarda e o guarda-chefe já habituado, já treinado e dizíamos como deve ser feito e como deve registrar o lugar... na cozinha... na ... nos quartos, na sala, não é? Se tem ou não tocas de rato, tem... tudo isso tem que ser registrado e... nas costas desse boletim tem um mapa com os pontos cardeais e a localização dos sítios vizinhos, porque a nossa área de trabalho, são 6 quilômetros de raio do ponto... É... Então ali, é a ficha de localidade³⁵⁹.

Freitas relata, inclusive, a importância da participação dos guardas como detentores de outros saberes que auxiliaram no dia a dia dos trabalhos

Então, o... José Ribeiro Belo viu... eu exasperado... Porque naquela época, a gente botava água pro rato sair e tapava com uma argamassa de cimento. Mas, não adianta nada disso numa casa de taipa e com o chão que não é impermeabilizado, ele faz um outro buraco ali pertinho. Então, colocava a isca e o rato não comia e... dois dias depois, a gente via o rato... abria o buraco e... continuava. Ele aí teve uma idéia, disse: “Doutor, vamos fazer uma coisa, vamos botar carbureto nisso aqui e tocar fogo”... Eu aceitei imediatamente. Porque quebrava as pedrinhas de carbureto, carbonato de cálcio, botava aquelas pedras miudinhas lá prá dentro - abria um pouco com um pedaço de pau - botava água e quando começava a chiar, quer dizer dissolvendo, porque ela é muito grossa, né, aí a gente tapa. E aquele gás se infiltra por dentro da galeria, né... da galeria... quando se passava assim, uns poucos minutos que... shhhh... aquele chiado... aí, destampava e botava uma mecha com fogo e dava uma explosão (riso). Aí, matava rato que era uma beleza³⁶⁰.

No entanto, se os médicos passavam por maus bocados durante suas inspeções, os guardas tinham dificuldades bem mais sérias no seu exercício laboral. Conviviam, dentre outros, com o atraso no pagamento e com o próprio risco de contrair a doença. Alguns guardas de Maceió chegaram ao ponto de enviar um telegrama ao presidente Getúlio Vargas reclamando de atraso salarial. Tal telegrama foi sustado a tempo por Freitas, que afirmara que os guardas já haviam recebido o vencimento, sendo alguns deles, após o episódio, punidos com demissão e multa. Um outro episódio aconteceu em Ipu (CE) quando vinte e oito guardas fizeram um abaixo assinado, em 1948, no qual reclamavam das condições de trabalho e diminuição das suas diárias e as comparavam com a situação dos servidores do Serviço Nacional de Febre Amarela (SNFA) que tinham, segundo eles, situação melhor. Os valores

359 DCAF, Fita 4, lado B.

360 DCAF, Fita 4, lado B.

das diárias de serviço (hospedagem e alimentação, pois frequentemente eram remanejados e trabalhavam em outras regiões) e de montada (animais para transporte) percebidos pelo pessoal do SNP eram inferiores àqueles do SNFA. Além disso, em seus argumentos, destacavam que, mesmo carregando mais peso do que os funcionários da febre amarela, recebiam menos e tinham menos benefícios, pois

Que é indiscutível a semelhança de organização interna e das finalidades de nosso Serviço com a estrutura e as atribuições do congênere Serviço Nacional de Febre Amarela; Que entretanto é flagrante a disparidade entre as vantagens concedidas aos funcionários dêste último e as que percebem os servidores lotados no Serviço Nacional de Peste³⁶¹.

Os guardas estavam cientes de sua situação e da dificuldade imposta pela escassez de verba, sobretudo quando, distantes de suas casas, dependiam deste valor para se alimentarem e se abrigarem. Para além do risco de uma possível infecção por peste, havia esses obstáculos de ordem financeira. De fato, em muitas passagens dos diários, Freitas aponta para economias e falta de verba (apesar do orçamento do SNP vir aumentando ano a ano). Os guardas recebiam a diária de cinco cruzeiros com a qual “ninguém pode atualmente alugar um burro, alimentá-lo satisfatoriamente e pagar ainda sua própria hospedagem em pensões e hotéis”³⁶². A insatisfação prosseguia no abaixo-assinado

Que, para um objetivo estudo dessa situação é preciso atentar ainda no fato de que, enquanto os servidores do S.N.F.A. necessitam, para o desempenho de suas tarefas cotidianas, de transportar apenas cerca de 1 quilo de peso (uma lâmpada elétrica e uma pasta com boletim), têm os guardas do S.N.P. a obrigação de conduzir nada menos de 15 quilos (um aparelho de cianogás ou um lança-chamas carregado, 12 quilos – bolsa com raticidas, pasta, bandeira, goma arábica, lapis-cêra, boletins, etc – 3 quilos); Que, além disso, é necessário ainda encarar, com verdadeira compreensão humana, nos riscos diuturnos a que estão expostos os serventuários do S.N.P. quando, com a sua capacidade de resistência orgânica extremamente reduzida por regime alimentar insuficiente, se expõem aos terríveis efeitos das emanções tóxicas dos produtos químicos que devem conduzir e utilizar; Que salta assim aos olhos do mais descuidado observador que a existência de tal estado de cousas tem sido de calamitosas consequências para os nossos guardas, forçados a resolver o problema, ou à custa de um perene estado de sub-alimentação muito vizinho ao da própria fome, quando em serviço pelo interior, ou sacrificando o orçamento destinado a prover a subsistência da

361 BR RJ COC CE-GI-02. v.2

362 BR RJ COC CE-GI-02. v.2

própria família, e, em ambos os casos (sic), com visíveis reflexos no próprio rendimento do serviço, que requer saúde de corpo e tranquilidade de espírito³⁶³.

É difícil ter acesso aos relatos desses personagens e das dificuldades que tinham no cotidiano de seus serviços. Esse abaixo-assinado é uma amostra de algumas das reivindicações feitas por eles e do modo como os funcionários da base da profilaxia antipestosa estavam desamparados. A promessa do Serviço foi a de analisar a situação. Freitas, inclusive, concordava com alguns pontos, mas, no ano seguinte, a situação permanecia a mesma e os guardas se recusaram a receber os valores de diárias para transporte e hospedagem, pois o montante era considerado insuficiente. Somado a toda essa situação, havia o risco de saúde devido à manipulação de insumos tóxicos como o DDT ou o cianogás e de acidentes com o lança-chamas. Piorando o quadro, até ameaças de prisão foram feitas por autoridades, como se verá no próximo tópico, expondo os guardas a outros perigos, além de todas as insuficiências materiais citadas.

Os próprios médicos já se mostravam preocupados com as intoxicações que pareciam advir do uso do cianogás

O Dr. Bezerra informa que a prática da abertura sistemática de todas as tocas e ninhos para a retirada de ratos mortos, pouco tempo depois de aplicado o cianogás, está determinando um certo grau de intoxicação dos guardas. Recomendei ao Sr. Bezerra observar atentamente as queixas apresentadas pelos guardas a fim de serem tomadas as necessárias medidas³⁶⁴.

No dia 27 de maio de 1948 houve mais relatos de queixas de guardas que apresentam sintomas de intoxicação pelo gás. Recomendou-se aos médicos de distrito verificar se haveria qualquer tipo de falha no aparelho ou no procedimento de aplicação que pudesse estar facilitando a contaminação dos funcionários e realizar exames de urina, pressão arterial, pulso e taxa de hemoglobina antes e depois dos períodos de trabalho com aquele insumo. Um desdobramento que pode se observar, em 1951, foi a desistência da abertura de tocas de ratos com o cianogás “para se evitar uma possível intoxicação crônica dos guardas”, mas essa orientação é logo abandonada. O gás vinha intoxicando também moradores, o que fez Freitas providenciar uma “bolsa de urgência”, com medicações para socorrer possíveis vítimas, para todos os distritos.

363 BR RJ COC CE-GI-02. v.2

364 Dia 22 de março de 1944 (BR RJ COC CE-GI-02. v.1)

De todo modo, levando em consideração que os diários relatam as atividades e acontecimentos do ponto de vista de Freitas e de sua situação hierárquica, é impossível atinar para a interpretação pessoal dos guardas sobre suas mazelas laborais. Mais uma vez, por meio de depoimentos, é que se pode acessar as memórias das vivências desses trabalhadores. Estelita Lima *et al.* (2009) entrevistaram alguns guardas que trabalharam no Ceará com diversas moléstias procurando apreender as consequências da exposição dos mesmos aos pesticidas. Embora os autores não precisem quais os anos em que os guardas exerceram suas funções³⁶⁵, afirmam que os entrevistados trabalharam por duas décadas com malária, peste, febre amarela, esquistossomose e doença de Chagas e que haviam sido afastados devido às sequelas da exposição. Os autores concluíram que “os profissionais foram desrespeitados como seres humanos e que houve descumprimento dos direitos trabalhistas, evidenciando-se o descaso por parte do seus superiores e instituição contratante” (LIMA *et al.*, 2009: 2221). Além da intoxicação propriamente dita, outros problemas como alcoolismo foram relatados. A dificuldade em se conseguir água e comida também.

O pior não era nem o DDT a 75%, era outro produto que era usado pra se combater o rato na toca, tipo uma bomba de encher pneu de bicicleta, e nesse produto tinha o cianogás, um produto altamente tóxico, que hoje se sabe a gravidade do produto, na época não se sabia (LIMA *et al.*, 2009: 2224).

A gente levava o cianogás, o inseticida DDT até enquanto ele não fosse usado, e as ratoeiras pra capturar os roedores domésticos e os silvestres nas roças e a bomba. Nessa época, tinha jornada, chegamos a passar até quarenta dias fora. E o inspetor chegava no carro naquela mordomia e nós no pezim né! (LIMA *et al.*, 2009: 2225)

Provavelmente, os guardas do SNP (assim como de outros serviços que combatiam moléstias vetoriais) sofreram com doenças ocupacionais durante suas atividades, mas não foi possível angariar informações sobre esse ponto. O máximo que se pode aferir é que o absenteísmo era alto e que a maioria dos afastamentos se dava por motivo de doença como mostrou Freitas em artigo (1956), mas ele não mencionou as causas ou os diagnósticos que

365 Tudo leva a crer, através do artigo, que o período de trabalho analisado foi entre as décadas de 1960 e 1980. Embora não trate exatamente do período analisado na dissertação, creio que os relatos desses agentes sanitários podem trazer elementos aproximados em relação ao que seus predecessores vivenciavam em campo, já que nas fontes aqui utilizadas aparece muito pouco sobre a visão desses profissionais e nelas não transparecem os problemas que os acometiam, exceto no abaixo-assinado citado.

levaram a tais ausências. Na verdade, ele atribuiu o absenteísmo ao fato das licenças serem remuneradas e ao envelhecimento da equipe, que estaria mais propensa às doenças crônicas e degenerativas. Com maior tempo de serviço e sem renovação do quadro de pessoal, faz sentido se pensar na maior e constante exposição desses homens à toxicidade de insumos como DDT e cianogás. No entanto, não se pode confirmar que algumas das causas de afastamento se devesse a estes materiais, embora não improvável.

Os trabalhos realizados no SNP mantiveram-se durante seus 15 anos de existência sem maiores mudanças em sua configuração. As diferenças percebidas foram relativas à introdução de novos insumos e medicamentos, novas técnicas de combate como os aparelhos de lança-chamas e cianogás e a captura sistemática de roedores para as pesquisas sobre esses mamíferos em cooperação com o Museu Nacional. As mudanças no poder executivo federal que ocorreram no período não modificaram a estrutura e as ações do Serviço, posto que manteve-se o foco nas endemias rurais como problema sanitário de primeira ordem. As endemias continuavam sendo interpretadas como fatores impeditivos ao desenvolvimento econômico do país. Problemas que, no início do século XX, foram diagnosticados como atraso civilizatório e que, posteriormente, sinalizariam para o atraso econômico e explicitariam o peso que tais doenças ainda tinham para as questões políticas. Questões essas que relacionavam o estado sanitário do país com o progresso, o desenvolvimento econômico e a autoridade do Estado.

O modelo sanitário que vinha sendo gestado e construído desde o primeiro governo Vargas se desenvolveu e permaneceu nas gestões seguintes. A tendência universalizante que a saúde pública assumia, entretanto, não se baseava na ideia de direito, mas na ampliação assistencialista dos cuidados à população mediante sua participação passiva nessa relação, na qual o Estado atendia aos seus interesses políticos (FONSECA, 2007). Ainda que esses interesses políticos estivessem no cerne da questão, é inegável que as atividades do SNP se estenderam, se desenvolveram e aumentaram em número de operações realizadas no campo e no laboratório, promovendo pesquisa, alcançando a população acometida e ministrando os tratamentos adequados.

Mesmo que os interesses políticos federais estivessem à frente de toda a organização dos Serviços Nacionais que se interiorizaram, a exemplo do SNP, o fato é que houve intensidade, sistematização e frequência dos trabalhos. Daí resultou o número cada vez menor

de casos ao longo dos anos até a incorporação do SNP pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais em 1956. Freitas atribuiu a diminuição dos casos da doença ao Serviço, mas fez questão de admitir que outras causas poderiam contribuir para tal resultado.

Não vamos atribuir essa diminuição dos casos unicamente á ação do Serviço; certamente condições naturais também estão em jogo motivando essa queda da incidência; mas não é para se desdenhar da ação profilática continuada que êste Serviço vem realizando; pois já não surgem os casos secundários aos da irrupção de um foco, nem a area infectada desta região não se dilatou, pelo contrário já se nota uma diminuição da mesma contando vários municípios com fócios quiescentes de mais de 10 anos³⁶⁶.

Ou seja, o controle dos focos de peste pelo órgão, através dos trabalhos de campo com antirratização e desratização e com ciclos de atividade periódicos, controlaram a doença nas regiões acometidas dentro das possibilidades de ação do SNP e de suas atribuições. A tabela 6 (página 203) mostra que, em 1949, o Serviço estava no auge de suas atividades com um número alto de serviços realizados. A partir de 1950 nota-se a queda paulatina desses mesmos números. Talvez pelo motivo alegado por Freitas na citação anterior, de que as áreas infectadas teriam diminuído. Assim, conseqüentemente, o número de serviços cairia. O médico, inclusive, se mostrou tão otimista que falava em remanejar os guardas de peste para outras campanhas como as da boubá, do tracoma e da esquistossomose (FREITAS, 1956), tudo em virtude da redução da área endêmica.

O SNP, na sua luta travada contra a peste, acabou por monitorar e fazer a vigilância da moléstia nas regiões afetadas através de suas medidas profiláticas. As mesmas renderiam seus frutos, fazendo a incidência da doença diminuir, ainda que se baseassem na relação rato doméstico-pulga para desenvolver suas ações antipestosas, sem saber àquela altura se estava consolidada a peste silvestre ou não. De qualquer modo, ao afastar os ratos das habitações e das populações ou capturá-los, o SNP acabava por neutralizar uma das fontes de infecção, evitando a contaminação humana.

366 Diário, dia 5 de janeiro de 1952 (BR RJ COC CE-GI-02. v.2).

Tabela 5 – Número de casos e óbitos de peste de 1941 a 1957³⁶⁷

Ano	Casos	Óbitos
1941	302	87
1942	35	7
1943	66	22
1944	154	36
1945	192	42
1946	333	71
1947	88	11
1948	386	54
1949	96	18
1950	55	10
1951	20	4
1952	65	6
1953	10	1
1954	6	1
1955	27	10
1956	4	-
1957	37	5

³⁶⁷ Anuário estatístico do Brasil 1952. Rio de Janeiro: IBGE, v. 13, 1953; Anuário estatístico do Brasil 1958. Rio de Janeiro: IBGE, v. 19, 1959; Manual de Vigilância e Controle da peste, 2008.

Tabela 6 - Trabalhos realizados na 1ª circunscrição do SNP de 1941 a 1957³⁶⁸

Ano	1941	1942	1943 ³⁶⁹	1944	1945	1946	1948	1949 ³⁷⁰	1950	1952	1954	1955	1956	1957
Serviço														
Ciclos de trabalho ³⁷¹	-	-	-	-	-	-	-	-	33.220	33.446	31.776	31.102	21.904	1.663
Prédios trabalhados	13.388	8.121	26.376	-	-	-	1.638.398	1.534.392	1.594.121	1.624.498	1,424.374	1.442.233	1.234.071	534.284
Ratoeiras armadas	2.471.030	3.306.210	4.994.137	1.299.840	1.669.080	2.061.420	2.206.921	2.073.830	1.917.916	1.623.524	1.204.363	1.101.770	956.592	431.053
Ratos capturados em ratoeira	347.775	280.543	614.793	368.567	319.377	-	-	439.929	405.600	468.105	369.837	362.296	263.395	126.271
Prédios dedetizados	-	-	-	-	-	-	-	2.030.897	477.607	407.632	571.937	583.431	1.005.884	-
Aplicações de cianogás	-	361.573	923.625	-	-	-	4.839.830	4.186.462	3.526.016	3.259.531	2.333.603	2.188.307	1.086.306	350.160
Doses de raticida distribuídas	7.439.711	6.994.554	11.391.271	-	-	-	-	4.458.075	3.855.192	1.657.630	288.106	367.486	513.799	864.126
Aplicações de lança-chamas	-	35.708	438.673	-	-	-	120.475	20.966	1.083	2	-	-	-	-
Total ratos destruídos	-	-	-	-	-	2.267.301	1.710.710	1.063.500	832.945	915.869	767.047	696.222	630.783	413.668
Práticas antiratização ³⁷²	-	-	-	-	-	-	-	-	1.843.529	2.174.275	1.957.475	1.965.176	1.237.757	565.517

368 Trabalhos realizados nos portos e no interior. Tabela adaptada baseada nos dados do IBGE e do arquivo GC h 1940.03.11.

369 Os números referentes aos anos de 1941, 1942 e 1943 foram extraídos do arquivo GC h 1940.03.11 e se referem à todas as circunscrições. Não foram encontrados dados para o ano de 1947. Tabela baseada nos dados do SNP fornecidos ao IBGE.

370 A partir de 1949 os dados são do IBGE e referentes apenas à 1ª Circunscrição. Anuário estatístico do Brasil 1950. Rio de Janeiro: IBGE, v. 11, 1951. Anuário estatístico do Brasil 1951. Rio de Janeiro: IBGE, v. 12, 1952. Anuário estatístico do Brasil 1953. Rio de Janeiro: IBGE, v. 14, 1953. Anuário estatístico do Brasil 1954. Rio de Janeiro: IBGE, v. 15, 1954. Anuário estatístico do Brasil 1955. Rio de Janeiro: IBGE, v. 16, 1955. Anuário estatístico do Brasil 1956. Rio de Janeiro: IBGE, v. 17, 1956. Anuário estatístico do Brasil 1957. Rio de Janeiro: IBGE, v. 18, 1957. Anuário estatístico do Brasil 1958. Rio de Janeiro: IBGE, v. 19, 1959.

371 Faziam parte do ciclo de trabalho: DDT, envenenamento, cianogás, lança-chamas e práticas de antiratização em sítios, fazendas, engenhos, povoados, vilas e cidades.

372 Práticas de antiratização compunham: impermeabilização e consertos de pisos e paredes, remoção de cercas e vegetação, limpeza de terrenos, queima de lixo, construção de depósitos para gêneros alimentícios, construção e conserto de fossas e outras práticas.

Exames de laboratório	102.760	125.628	165.479	-	-	-	-	532.095	466.017	502.853	438.873	395.635	269.691	131.671
Ratos classificados	-	-	-	387.891	319.377	438.228	476.561	449.639	409.861	475.444	395.946	367.812	199.647	126.271
Ratos autopsiados	-	-	-	396.314	304.818	438.228	462.086	447.828	399.630	461.693	342.969	311.303	157.299	126.271
Ratos inoculados	-	-	-	205.854	28.584	164.214	173.643	198.194	189.482	242.788	154.097	97.531	49.132	80.500
Viagens de inspeção de médicos chefes de unidades	-	-	-	-	-	-	-	-	1.596	1.342	817	949	498	-
Inquéritos epidemiológicos	-	-	-	-	-	-	-	-	133	214	34	36	4	-
Numero médio diário de guardas em serviço de campo	-	-	-	-	-	-	-	622	612	501	-	5.262	3.151	-
Total anual de guardas / dias de trabalho de campo	-	-	-	-	-	-	-	-	164.777	128.254	106.775	105.302	83.708	-

3.3.2 – Resistências, reclamações e telegramas

Não foi sem obstáculos que os servidores do SNP exerceram suas funções. As fontes revelam episódios de querelas entre o Serviço e autoridades políticas, demonstram as reclamações mais frequentes da população e elucidam sobre algumas resistências que tiveram lugar no período.

Datado de 25 de setembro de 1944, um telegrama registrava o seguinte:

Abaixo assinados, pessoas pobres, residentes neste município, notificadas que encarregados Serviço Nacional Peste, acham-se neste município em trabalho combate ratos, virtude estes transmitirem moléstias infecciosas lares, estão ordenando retirada definitiva cereais interior casas, destruição cercas protetoras quintais, somos obrigados comparecer respeitosamente Vossência, grande Chefe, conhecedor experimentado necessidades povo, para lealmente dizer a Vossência que a forma como se vem procedendo referido trabalho, ao invés de alcançar altos fins, acarreta infelizmente desgraça lares pobres, pois torna-se praticamente impossível afastamento definitivo cereais interior casa, único depósito restante desprotegidos sorte para guardarem modesto produto seu trabalho, o qual institue seu sustento, e bem assim graves consequências destruir pequenos cercados construídos fundos mencionadas casas destinado pequena criação, cabras, galinhas, porcos, que representam salvação famílias economicamente miseráveis. Assim, convictos que Vossência tomará com brevidade, medidas necessárias, rogamos Vossência permissão sugerir sejam consultadas autoridades municipais, para conjuntamente diretor referido Serviço, melhores meios adotem, sem a morte econômica de famílias paupérrimas. Respeitosas saudações. Antonio Gonçalves, Rosa Ferreira Lima, José Roque, Jeremias do Nascimento, Deusdedit de Alcantara Costa, Napoleão Gonçalves, Joaquim Cardoso, João de Freitas, Cicero Vieira, José Vicente, Rodrigues e Silva, Francisco de Assis Oliveira³⁷³.

O documento acima abre uma série de perspectivas sobre como a população percebia as atividades dos servidores do governo e como elas lhes afetavam. Recorrem a um instrumento bastante utilizado durante o primeiro governo Vargas. As cartas e os telegramas constituíam um canal de comunicação direto entre o povo e o presidente. A ideia de que o presidente seria o grande sanador de todos os problemas, dos mais graves aos mais banais, se sustentava no imaginário social. Essa prática era estimulada pelo próprio governo de modo a gerar consentimento e adesão, uma sensação de que não mais havia intermediários entre o povo e o governo (REIS, 2002: 69). A população se utilizava desses instrumentos como modo de alcançar seus objetivos, se imbuindo das simbologias do governo estadonovista como a valorização do trabalho e da família para convencer o seu destinatário.

Analisando “cartas da roça”, Vanderlei Ribeiro destaca que os pedidos da população rural variavam de solicitação de terras até de requisição de instrumentos de trabalho e que “normalmente o modo de escrever remete à ideia de caridade que o Presidente pode praticar, corrigindo uma injustiça” (2007: 5). Ou seja, a súplica embasava-se no sentimento paternalista de que o chefe da nação, o “pai do povo”, faria de tudo pelos seus filhos. Tal incentivo à comunicação foi tão gerador de supostas relações de proximidade e acesso direto ao poder, representado pelo presidente da República, que “Se em momentos anteriores da história brasileira ocorreu de se escrever cartas para os governantes, é improvável que tal modo de comunicação tenha recebido a dimensão política que obteve no regime Vargas” (REIS, 2002: 70). Era um caminho válido e utilizado largamente. Embora o trabalho de Reis se debruce sobre as cartas, creio que o mesmo se aplique ao telegramas que serviram, igualmente, como meio de comunicação entre tais interlocutores.

O conteúdo dos telegramas aqui analisados se revestiu de um tom apelativo, de socorro, de compadecimento pela má sorte a que os remetentes estavam supostamente expostos. Fica claro que os remetentes destacam as presumidas qualidades do presidente com adjetivos e epítetos enaltecendores de bondade e de justiça para com os pobres como “grande Chefe, conhecedor experimentado necessidades povo”³⁷⁴, “Confiamos que o benemerito coração nosso amado Presidente maior expoente democracia americana, sobejamento estimado em todos recantos nosso grande Brasil”³⁷⁵, “Signatárias, pobre, viúvas, vêm implorar

374 BR RJANRIO 35.0.PRO.14662

375 BR RJANRIO 35.0.PRO.9716

alto espírito humanidade Vossência sempre pronto amparo desprotegidos”³⁷⁶, “[...] cuja solução repousa na generosidade e no espírito de justiça do nosso Grande Presidente”³⁷⁷. E se despedem com rogos religiosos de proteção ao chefe de Estado, que se convertem em súplicas para si próprios, “Que Deus proteja vossencia para grandeza do Brasil e felicidades dos humildes”³⁷⁸, “Rogamos Deus dê Vossência maiores dias para felicidade pobres brasileiros” ou, ainda, evocando a ideia de direito

Deixamos aqui um apêlo á inteligencia e ao coração de Vossa Excelencia, o que fazemos pela vez primeira, certos de que seremos atendidos nessa humilde pretensão, como atendido tem sido todo o Brasil, através das suas classes produtoras, que se dirigem a Vossa Excelencia, pedindo o que é justo e de direito³⁷⁹.

Os quatro telegramas aqui analisados foram produzidos em 1944, entre os meses de abril e setembro, todos referentes à 1ª circunscrição do Serviço, sendo três concernentes ao estado do Ceará e um ao de Pernambuco. Embora um *corpus* pequeno, considero revelador das queixas ao SNP, do discurso laudatório referente ao presidente, do telegrama como um suporte do qual se podem extrair as vozes do “outro lado”. Importante dizer que os telegramas tinham um percurso processual que passava por vários órgãos como o Ministério da Justiça e Negócios Interiores, o Ministério da Educação e Saúde, a própria Presidência da República e que essas instâncias requisitavam respostas dos órgãos citados, nestes casos o SNP. Três desses telegramas contém as respostas de médicos e do diretor do Serviço após buscarem investigar as denúncias *in loco*. O que se vê é que muitas vezes as denúncias, segundo o SNP, ou não tinham fundamento ou eram obras de uns poucos intimados que insistiam em não cumprir os ajustes sanitários demandados. Aqui não cabe estabelecer quem tinha razão, mas sim verificar como o Serviço escrutinava e solucionava as ocorrências, que ganhavam maiores proporções com os telegramas, e exigiam esforço e trabalho adicionais dos servidores, que faziam as vezes de investigadores de modo que as respostas fossem anexadas ao processo.

Uma característica interessante presente em todos os telegramas é a assinatura coletiva. Todos são abaixo-assinados, o que supõe uma organização, reunião de interesses em

376 BR RJANRIO 35.0.PRO.9716
377 BR RJANRIO 35.0.PRO.13683
378 BR RJANRIO 35.0.PRO.9716
379 BR RJANRIO 35.0.PRO.13683

comum. E também suscita indagações: será que o SNP era tão mal visto pra gerar abaixo-assinados? Quais eram as denúncias e reclamações?

As alegações constantes nesses documentos se referem à retiradas de cereais das casas, retirada de cercas (caso do telegrama anteriormente citado), intimações para obras de piso e rodapé de cimento, derrubada de tapumes, construção de jiraus. Todos eles alegavam prejuízos ou dificuldades econômicas no cumprimento das medidas, pois “acarreta infelizmente desgraça lares pobres”³⁸⁰, “ordenam derriba tapumes com graves prejuizos para lavoura”³⁸¹, “População pobre como é desta cidade não está condições satisfazer sérias exigências Serviço obrigando construção muros”³⁸² ou que “não podemos satisfazer á exigencia do Serviço Nacional da Peste, em vista das nossas precárias condições financeiras”³⁸³. Havia reclamações adicionais, a exemplo da abordagem dos funcionários: “deveriam ser postas prática com menos violência mais brandura”³⁸⁴ e de que as medidas eram exageradas e “vexatórias” na visão dos reclamantes. Verbos fortes, como impor e ordenar, eram empregados pela retórica queixosa para se referenciar às posturas do Serviço.

Todos os telegramas são anteriores à legislação antipestosa de 1946. No entanto, cabe lembrar que o seu anteprojeto havia sido redigido em 1942 e que já se atuava em conformidade com vários preceitos que se consolidariam, mais tarde, com o decreto-lei. Os telegramas refletem isso de maneira muito clara. Veem-se o recurso às intimações para construção de jiraus, afastamento de cercas vivas e impermeabilização com cimento. O mesmo tipo de providências profiláticas se tomou desde o início da operação do SNP, de acordo com o instrumental disponível ao longo dos anos e é possível notá-las frequentemente nos diários de Freitas, assim como outros episódios de resistências nos quais se envolveram autoridades locais.

Voltando ao telegrama transcrito no início desta seção, constata-se que os signatários se declararam como “pessoas pobres” e “famílias paupérrimas”, uma constante nos outros três documentos. Despachado da localidade de Padre Cícero, no Ceará, contava com 12 assinaturas de moradores e reclamavam da retirada dos cereais do interior das casas e das cercas dos quintais, alegando não serem capazes de cumprir as ordens, pois que afetava

380 BR RJANRIO 35.0.PRO.13683

381 BR RJANRIO 35.0.PRO.9716

382 BR RJANRIO 35.0.PRO.9716

383 BR RJANRIO 35.0.PRO.13683

384 BR RJANRIO 35.0.PRO.9716

diretamente o seu sustento ao não terem como armazenar noutra local, nem se arriscar a perder a criação dos seus animais. Uma vez encaminhado à presidência, o documento iniciava um processo numerado que passava por vários órgãos (como Secretarias de Interventorias, Gabinete do Ministro da Justiça e Negócios Interiores, Secretaria da Presidência da República) de modo a solucionar a questão.

Dito isso, em 21 de novembro de 1944, o diretor do SNP, Almir de Castro, respondeu às queixas elaboradas no telegrama³⁸⁵ em três itens nos quais dizia serem inverídicas as informações constantes do documento, justificando que: 1 – as informações sobre as exigências não eram verdadeiras e que o Serviço fazia era estimular o correto armazenamento dos alimentos; 2 – os jiraus e os depósitos recomendados eram de custo baixo e poderiam ser feitos pelo próprio morador. Garantia que somente às pessoas de posse, como donos de fazendas, aconselhavam a construção de depósitos de alvenaria e; 3 – o SNP sempre prezava pela persuasão para fazerem as determinações serem atendidas, evitando as intimações.

No desenvolvimento do seu programa de educação das populações rurais, para melhoria das condições sanitárias das habitações, o S.N.P. procede sempre com a maior serenidade e tolerância, procurando soluções adequadas e práticas para cada problema em particular, preferindo sempre os processos persuasivos para a obtenção de seus fins³⁸⁶.

Para corroborar sua justificativa, escreveu que nem mesmo multas foram aplicadas, já que não havia registro algum referente aos signatários do abaixo-assinado. Ou seja, segundo o diretor, havia, antes de tudo, o aconselhamento ao melhor armazenamento dos alimentos sugerindo a construção de jiraus e não exigindo a sua retirada das casas. Enfatizava que as determinações levavam em consideração a capacidade econômica do intimado e era constante a justificativa de que se procurava atuar por meio da negociação e da conversa com os proprietários.

Seguiu-se mais uma etapa no desenrolar desta reclamação, quando o médico-chefe do setor Crato, responsável pela região de origem do telegrama, o médico Artur Trigueiros, respondeu ao interventor do estado, Menezes Pimentel, acusando o recebimento do ofício

385 Responde a um chefe de gabinete, mas não há identificação do nome deste ou do órgão ao qual Castro destina o ofício de resposta.

386 BR RJANRIO 35.0.PRO.14662

enviado por este último que solicitava esclarecimentos sobre as denúncias. Trigueiros informa que ele mesmo fora a Juazeiro e enviara outro médico-chefe, Amilcar Montenegro, outras três vezes, mas não identificaram os autores do telegrama mesmo com a ajuda do prefeito, Possidonio Bem.

O dr. Amilcar encontrou o ‘Antonio Gonçalves’ [um dos signatários] e todos negavam a autoria do telegrama. Há a crescer que em nossos arquivos não constam quaisquer (sic) intimações para os autores do telegrama dirigido ao Exmo. Snr. Presidente da República. Para que V. Excia. bem possa aquilatar das medidas que estamos pondo em prática em Juazeiro em perfeita comunhão de vistas com o Departamento Estadual de Saúde e a Prefeitura Municipal basta citar que, somente no perimetro urbano existe mais de cinco mil porcos criados nos quintais e chiqueiros de lama, constituindo um verdadeiro atentado á Saúde Pública”³⁸⁷.

O procedimento de verificação das denúncias seguia um padrão: envio imediato dos médicos-chefes e busca e inquirição dos abaixo-assinantes para acareação. As respostas se fundamentaram na retórica sanitária, diminuindo o tom das denúncias para explicitar a situação insalubre em que se encontravam os proprietários/denunciantes e em tom de alerta porque “não seria de estranhar a irrupção de uma epidemia de graves consequências, principalmente numa cidade como Juazeiro, desprovida de água e esgoto”. Característica frequente nos processos em que se desdobravam os telegramas era ressaltar a cooperação entre prefeituras e o Departamento Estadual de Saúde, dando a entender que o relacionamento entre essas instâncias não era conflituoso³⁸⁸. Pelo contrário, tanto aqui como em passagens do ‘diário do médico’ de Freitas foi registrado o entendimento e o compromisso de colaboração³⁸⁹.

387 BR RJANRIO 35.0.PRO.14662

388 Outro exemplo que atestava tal colaboração: “Não fôra a ação energica e de absoluta colaboração do Prefeito e colega, Dr. Possidonio Bem e ao não menos decidido esforço da Saúde Pública Estadual, não seria de estranhar a irrupção de uma epidemia de graves consequências” - carta de Artur Trigueiros aos interventor do Ceará, Menezes Pimentel, 22 de dezembro de 1944 (BR RJANRIO 35.0.PRO.14662).

389 Exemplos desses entendimentos podem ser vistos nas seguintes passagens dos diários de Freitas: Dia 19/05/41: “Em viagem de inspeção á 2ª Zona, visito os Municipios de União e Muricy. Em Muricy procurei o Prefeito e o Vigario da cidade; á eles falei sobre o serviço de Peste, necessidade de colaboração, e os meios de realiza-la. Distribuí impressos - “Conselhos e Instruções” - sobre peste. Deixei os nossos endereços e continuei viagem para União, onde me avistei com as autoridades do local” (BR RJ COC CE-GI-02. v.1). Dia 29/10/53: “Ao Prefeito do Municipio de Araripe informo que no momento não dispomos de cimento para auxiliar no serviço de impermeabilização do açougue público daquele municipio; porém se no ano vindouro tivermos verba para compra de cimento, a Prefeitura de Araripe poderá contar com os 100 sacos solicitados” (BR RJ COC CE-GI-02. v.2).

Outro telegrama, de 21 de abril de 1944, partiu da cidade de Ouricuri, estado de Pernambuco, contestando a necessidade de instalação de pisos e rodapés de cimento e da derrubada de tapumes, e solicitando que “sejam sustadas vexatorias exigencias”. Do mesmo modo, aparecia a informação de que os proprietários não tinham posses para arcar com esses empreendimentos, que a

população desta cidade não está altura suportar realização referidos serviços, em cuja execução sua (sic) dispendidos cerca quatrocentos mil cruzeiros [...] esclarecendo espírito vossencia, basta citar um saco cimento comércio local vai além cinquenta cruzeiros³⁹⁰.

Os signatários, quarenta e nove no total, reconheciam e denominavam-se como “sertanejos” de modo a fundamentar seu argumento, aproveitando, inclusive, a oportunidade para relatar sobre a situação das secas recorrentes “Convencidos de que qualquer despesas acima possibilidades de um povo, representa verdadeira calamidade, especialmente nós sertanejos, cujos minguidos recursos, vez por outra são malbaratados pelas constantes estiagens”³⁹¹. Bem curioso, foi o grupo usar como recurso persuasivo uma observação epidemiológica que, em sua visão, constataria a não necessidade da intimação e do “exagero” das medidas do Serviço, dizendo que “vale acrescentar este municipio jamais se registrou um surto qualquer peste que pudesse recomendar imposição urgente medidas tão graves para nossa economia”. Havia um agravante na denúncia, uma frase que desenhava um tom de ameaça por parte de um dos médicos do SNP, que teria dito que executaria os serviços mesmo que fosse preciso despovoar a cidade: “nos encorajamos pedir vossencia informando exigencias serviço peste, sediado Crato Estado Ceará a cuja região pertencemos, antes [que] seja consumado [pelo] diretor Setor de que serão executados serviços mesmo que seja preciso despovoar Ouricuri”³⁹².

Igualmente este telegrama desencadeou um processo, no qual consta um ofício de Freitas para o diretor do Serviço, datado de 9 de junho de 1944, informando que enviou Trigueiros pessoalmente para Ouricuri, instruindo-o a agir de maneira mais tolerante de acordo com as condições econômicas da população e enfatizando que, de acordo com os diários do médico Manoel Luna, a população “tem se mostrado extremamente resistente” ao cumprimento das medidas. Seguindo o decorrer do processo de averiguação, novamente em ofício de Freitas, desta vez ao diretor geral do Departamento de Saúde Pública de

390 BR RJANRIO 35.0.PRO.9716

391 BR RJANRIO 35.0.PRO.9716

392 BR RJANRIO 35.0.PRO.9716

Pernambucano, Celso Caldas, avisa a este que já tinha ciência do telegrama e que havia enviado os médicos dos distritos Bodocó e Crato para verificarem pessoalmente os casos de intimações, repetindo o que escrevera ao diretor no mês anterior.

Adianto-vos ainda que recomendámos a solução de tudo da maneira mais tolerante, atendendo-se as condições economicas dos proprietarios, exigindo-se o minimo imprescindivel as medidas de antiratisação, dentro dos prazos mais dilatados³⁹³.

Novamente, aqui, tem-se os médicos averiguando *in loco* a veracidade das queixas e a afirmação de buscar a solução das intimações de forma amigável, na base da negociação, para evitar mais conflitos.

Eis que, em 7 de julho, Trigueiros expõe a Freitas um relatório sobre suas investigações em Ouricuri, concluindo que os moradores mentiram sobre a fala do chefe do setor Crato sobre as ameaças de despovoamento da cidade³⁹⁴, dado que ele, chefe desse setor desde 18 de abril, nunca tinha ido ao local (e o telegrama datava do dia 21 do mesmo mês), que signatários questionaram as intimações, sem fundamento, dado que não havia registros das mesmas em seus nomes. Assim, o médico indagou no documento, “Porque então assinaram o telegrama? Eu mesmo respondo: Por espírito de solidariedade com três ou quatro recalcitrantes que apesar de terem recursos mais que suficientes recusam-se a atenderem as nossas solicitações”. Uma outra parte dos reclamantes sequer morava na cidade, mas sim em sítios e tinham, de fato intimações, no entanto, divergentes dos motivos alegados no telegrama (eram intimações sobre desmatização e afastamento de cercas), outros signatários não foram localizados.

Trigueiros complementou, ainda, com a constatação de que Fernando Bezerra, um dos moradores, fora, sim, intimado a impermeabilizar sua residência e uma fábrica de caroá e que o próprio teria calculado que gastaria quatrocentos cruzeiros como constava da reclamação. No entanto, o médico fez questão de ressaltar que não havia razão de ser tal queixa, uma vez

³⁹³ BR RJANRIO 35.0.PRO.9716

³⁹⁴ Sobre esta questão, constam, no Arquivo Nacional, os questionários que Trigueiros fez aos signatários do telegrama. Datados de 29 de junho de 1944, eram composto das seguintes perguntas: “1- Recebeu alguma intimação escrita do Serviço Nacional de Peste? 2- Para que? 3- Qual prazo concedido? 4- Foi cumprida? 5- É do vosso conhecimento haver o chefe do Setor Crato declarado que o serviço seria cumprido, mesmo que se despovoasse Ouricuri? 6- Em caso afirmativo quem lhe disse ter ouvido tal expressão do chefe do Setor Crato do Serviço Nacional de Peste? 7- Já estive em Ouricuri o Chefe do Setor Crato signatário da presente depois que assumiu a chefia em 16 de abril corrente?”. Dentre as nove respostas presentes no arquivo, em apenas duas delas havia pessoas que foram intimadas de fato pelo SNP.

que o referido morador não era pessoa de poucas posses. Muito pelo contrário, segundo ele, “êste cidadão possui perto de mais de um milhão de cruzeiros podendo perfeitamente cumprir a intimação do Serviço”. Por último, destacou que um dos signatários do abaixo assinado, Ignacio Guimarães, teria avisado ao médico-chefe do distrito de Bodocó, Manoel Luna, sobre o telegrama, mas, depois, diria que nada sabia, talvez para se eximir das responsabilidades. Mais uma vez, ao final, Trigueiros reafirma aquilo que parece ser uma premissa do SNP, qual seja, intimar rigorosamente aqueles que sabem ter condições econômicas para tal. Ainda aproveita para, em contrapartida, expor a falta de compromisso no cumprimento das exigências sanitárias.

Posso lhe afirmar que as pessoas que foram realmente intimadas estão em condições financeiras capazes de suportar um dispêndio superior a Cr \$400,00 para cumprirem intimações que desde agosto de 1943 foram extraídas e não executadas até a presente data. Nenhuma pessoa sem recursos financeiros suficientes recebeu qualquer intimação vexatória³⁹⁵.

Reforçando a alegação de que não constrangia pessoas mais humildes com as suas demandas, o Serviço participava do cumprimento de algumas medidas sanitárias. Os guardas auxiliavam moradores em obras domésticas de antiratização, sacos de cimento foram doados de modo a alcançar a maioria das residências e estabelecimentos, discos para jirau foram distribuídos às famílias mais pobres para evitar o alcance do rato aos alimentos. Apesar disso, o SNP enfrentou muitos problemas ao se deparar com as diversas resistências, embora o órgão alegasse que elas não tivessem fundamento ou fossem alegações falsas com intuito de desestabilizá-lo. O caso do último telegrama referido reflete essa argumentação quando Castro conclui que

As reclamações são improcedentes e como de regra promovidas por proprietários de largas posses que não desejam colaborar com o Serviço, manifestando absoluto descaso pelos problemas de interesse coletivo; no caso, a adoção de medidas destinadas a criar uma situação de segurança no que diz respeito à possível propagação da peste³⁹⁶.

Aqui, mais uma vez, Almir diz serem inverídicas as denúncias e, como também fará na resposta a outro telegrama, acusa proprietários com posses de arquitetá-las. Ademais, as intimações só seriam formalizadas, segundo o diretor, nos casos de recalcitrantes quando a

395 BR RJANRIO 35.0.PRO.9716

396 BR RJANRIO 35.0.PRO.9716

execução voluntária falhasse, pois “Age [o serviço] sistematicamente por persuasão, deixando os meios coercitivos para serem postos em prática somente quando fracassados todos os recursos para execução voluntária das medidas recomendadas”³⁹⁷.

Quando “pequenos agricultores” de Gravatá (PE) recusaram-se à instalação de jiraus, algo curioso apareceu no respectivo telegrama de 25 de agosto de 1944. Julgando conhecer a dinâmica dos hábitos dos ratos, usaram de uma exposição epidemiológica para recusar os jiraus e defenderem o uso de “ratoeiras modernas”, cujos preços seriam mais acessíveis. Os signatários, que totalizaram 161 assinaturas, todas de próprio punho³⁹⁸, até achavam que a requisição do SNP era “boa”, mas “inútil para as nossas zonas, uma vez que só produzimos fumo e sendo êste um tóxico, não está sujeito á ação destruidora dos ratos”. Ou seja, essa abordagem não via problemas na falta da instalação de jiraus, pois o material estocado não era de interesse desses animais, portanto, não faria sentido mudar a forma de armazenamento.

Entretanto, como era de costume, Castro respondeu aos pontos abordados pelo telegrama. Classificou como inverídicas as informações de novo, sempre alegando que o que estimulava era o correto armazenamento das mercadorias para evitar a “perigosa promiscuidade entre estes [os ratos] e os moradores dos domicílios”. Sobre a sugestão aventada pelos assinantes ao SNP, o diretor responde que a mesma não teria efeito porque o correto armazenamento servia para evitar o contato do roedor com o homem e não a morte do animal, uma vez que esta não era o foco e as ratoeiras não tinham a finalidade de destruir os ratos, mas recolhê-los para amostra da população murina em boas condições para controle de laboratório. Para a profilaxia ofensiva (a destruição dos roedores) se usariam “métodos mais modernos” como fumigação por cianogás e lança-chamas (que começaram a ser empregados sistematicamente a partir de 1942).

Por fim, o médico reafirmou que os moradores com posses não pensavam no interesse coletivo, recusando-se a aplicar as medidas exigidas mesmo tendo condições materiais. Ao mesmo passo que a população mais simples não trazia problemas, já que “Por parte dos pequenos agricultores e trabalhadores rurais o Serviço tem sempre encontrado relativa facilidade na promoção das medidas que recomenda”, o que corroboraria, segundo ele, o sucesso das ações profiláticas que expôs ao fim de sua resposta, ao mostrar o quantitativo de

397 Idem

398 Nos outros telegramas constam as assinaturas datilografadas.

serviços realizados somente até o mês de julho de 1944, apenas no Setor Recife³⁹⁹. Em nenhum dos processos constam respostas formalizadas aos queixantes. Supostamente porque a situação se resolvesse *in loco* por meio da investigação dos médicos do SNP.

Alguns apontamentos se fazem necessários a respeito das resistências aqui expostas. Não se procura auscultar a veracidade do conteúdo desses documentos, posto que se verificam os dois lados do mesmo problema. De um lado os reclamantes com suas insatisfações, do outro o Serviço buscando se justificar e solucionar os atritos. Ainda que sejam artifícios de uns poucos interessados em burlar as intimações, como as respostas dos médicos fazem supor, expõem as queixas comuns, revelando quais eram as determinações do Serviço. Geralmente são introduzidos com a identificação de pessoas humildes, embora muitas delas não sejam encontradas, dizem não ter assinado o documento ou assinaram sem de fato terem sido intimadas. Seria um estratagema de uns poucos para angariar assinaturas ou se utilizar da identidade de várias pessoas de modo a dar corpo à denúncia, enfatizando serem moradores humildes, certos de que a “benevolência” de Vargas as livraria das intimações, corroborando a alegação de Castro sobre uma arquitetura das denúncias? Não se sabe, mas o fato é que os documentos mostram que o Serviço fazia suas exigências e intimações, revelam incômodos com as mesmas e apresentam as alegações do porquê do não cumprimento, restando, assim, a recorrência a uma instância superior.

Outras tantas reclamações são identificadas nos diários de Freitas. Veem-se casos de resistências de autoridades locais em relação aos procedimentos do Serviço. Tal foi o caso da ameaça de prisão feita por um juiz de Madre de Deus (PE) a um guarda por conta das intimações para a retirada das cercas de avelós. A orientação de Freitas, já chefe de circunscrição, foi para que Saul Tavares de Melo, médico-chefe, orientasse os guardas a não exorbitarem nas exigências, mas deixando bem claro que “todas as intimações deverão ser cumpridas, não se abrindo excessões (sic)”. Aliás, vale a pena destacar a recorrência de citações sobre o avelós⁴⁰⁰, já que muitas reclamações se debruçam sobre esse espécime da

399 Giraus construídos: 3.844, silos construídos: 595, impermeabilizações: 847, consertos em paredes e rodapés: 41.639, fossas construídas ou melhoradas: 301, arrumações de mercadorias: 39.390, desmatizações: 78.953, limpeza e queima de lixo: 106.539, afastamento ou retirada de cercas: 16.147, demolição de prédios em ruínas: 85.

400 *Euphorbia tirucalli*, o avelós, “é uma planta originária da África, trazida para o nordeste do Brasil, onde se tornou seu habitat natural. Arbusto verde, com ramos cilíndricos, que podem chegar a nove metros de altura, muito utilizada como cerca viva devido aos seus ramos”. Também conhecida como “dedo do diabo, figueira do diabo, labirinto, entre outros”, há estudos atuais sobre a utilização de seu látex no tratamento complementar do câncer (OLIVEIRA, EVANGELISTA-COIMBRA, 2014: 60).

vegetação, o que indicaria sua abundância na região, servindo como demarcação de terras em fazendas e como item decorativo em jardins de residências.

Um exemplo disso pode ser visto no episódio em que Pedro Além, diretor da Caixa Econômica de Pernambuco, esteve na sede do SNP com o fim de questionar as intimações para retiradas das cercas de avelós do entorno de suas casas, situadas em Belo Jardim. Em São Caetano (PE), a querela foi com o prefeito, Severiano Ramos, o qual também ameaçou guardas com a cadeia. O próprio Freitas esteve, a pedido de Barros Barreto, na localidade para fazer, como de costume, a investigação *in loco*. Concluiu que o prefeito, trabalhando a mando do secretário da Viação⁴⁰¹, procurava atender às solicitações de “parentes e correligionários” do dito secretário sobre as referidas cercas. De modo que Barreto foi ter com o tal secretário para solucionar a questão, visto que, desde o início dessa contenda, os serviços profiláticos estavam suspensos no município. Constatou-se que a origem do problema seria uma questão pessoal com o guarda-chefe. No relatório produzido ao final da investigação, Freitas apresenta exemplos da inquirição feita às 29 pessoas supostamente prejudicadas que foram convocadas pelo prefeito.

1 – Maria Umbelina da Conceição – residente a rua Campestre s/n, declarou que o guarda quando em trabalho na sua residência, bateu numa imagem, que caiu e se quebrou. ‘Vi que não foi de propósito’. 2 – Atanásio Alves Diniz – rua João Pessoa 57, foi intimado para fazer rodapé. Declarou “que nenhum fez e porisso (sic) não fazia” [...] 7 – Deolinda Maria da Conceição - “derrubaram 6 a 7 metros de cêrca; foliaram os buracos de ratos e taparam. Declarou que ‘veio prestar queixa porque foi chamada” [...] 12 – Olívia da Conceição – Foi intimada a fechar os buracos dos ratos. O serviço foi feito pelos guardas. [...] 18 – Raimundo Cordeiro de Lima rua Sete de Setembro s/n, se queixa de que os guardas queimaram palhas de milho junto com o lixo. Alega que a palha do milho não era lixo, e servia para alimentação de animais⁴⁰².

No relatório sobre o caso de São Caetano, constam os nomes dos reclamantes e os motivos das queixas, as intimações feitas e se as mesmas foram cumpridas ou não. Informa

401 Freitas explica o episódio: “Almir marcou um encontro com... Gercino de Pontes, Secretário de Viação. Gercino foi à sede do Serviço, Almir passou uma hora conversando com ele, mostrando gráficos, mostrando como era um serviço organizado. Deu uma aula sobre o que era uma organização e como devia ser... atendido. Explicou os motivos por causa do afastamento da cerca de... avelóz... o motivo epidemiológico. Os ratos fazem intercâmbio. Rato não anda em lugar aberto, porque se protegem. Eles só andam em lugar onde ele tem a proteção. E a cerca de avelós é um... promove... estabelece esse intercâmbio de... roedor silvestre com roedor de campo. E explicou tudo aquilo e tal... e foi embora. Agora depois disso eu aí reabri. Fui reabrir o Serviço lá” (DCAF, fita 7, lado b).

402 GC h 1940.03.11

que nesta cidade foram feitas, de dez/44 a fev/45, 73 intimações para fazer rodapés de impermeabilização – somente 17 haviam sido cumpridas. Apesar de queixas sobre a atuação dos guardas na ocasião, Freitas assevera “cheguei a conclusão de que não houve violência por parte dos nossos guardas no cumprimento de suas obrigações, muito ao contrario, verifica-se verdadeira hostilidade ao Serviço, que teve até arrancada a placa da sede do posto⁴⁰³.

Outra grave situação teve local em Anadia (AL), em 1948, relacionada, desta vez, a um vereador local, Pedro de Almeida Barros e a um deputado estadual, Francisco Arlindo. Estes dois seriam os líderes do movimento contra as intimações e este último ameaçou os guardas de prisão pelo destacamento policial, “chegando até a dar ordem para atirar de fusil. Todos os guardas permaneceram na sede do posto que ficou cercado. Dr. Luna resolveu a situação requerendo (sic) ‘habeas-corpus’ para toda turma de guardas”. O resultado: suspensão dos serviços em Anadia, retirando deste município os guardas. Somente no ano seguinte a situação se normalizaria.

Embora as conclusões das investigações do SNP mostrem que o fundamento das queixas das autoridades fossem de caráter particular (e não coletivo), é compreensível que houvesse medidas impopulares pelo fato de afetarem diretamente a dinâmica econômica de pessoas mais humildes. Demonstração disso foi o fato dos moradores comumente recolherem e enterrarem os pacotes de veneno, distribuídos pelo Serviço, que poderiam matar a criação; a ocultação de casos da doença⁴⁰⁴, justamente pelo receio do tipo de consequências materiais resultantes das medidas antipestosas; e a queima de material e da produção⁴⁰⁵, o que causava danos financeiros. No mais, interessa compreender que, quaisquer fossem os motivos, seja por prejuízo financeiro com obras, estética ou perdas econômicas, havia reações às intimações. Claramente, nos casos de figuras de autoridade, a disputa de poder resultava mais intensa, pois as ameaças aos servidores eram mais graves. Seja no caso dos telegramas, seja no das autoridades locais, buscava-se a solução, através de uma investigação prévia, para que os

403 GC h 1940.03.11

404 Um exemplo do diário de Freitas relatava: “- dia 11/07/42 - “Dr Walter regressa de Viçosa, onde verificou no Engenho Baixa Funda, um caso suspeito de peste, na pessoa do menor Manoel Levino da Silva, já em convalescença; o bubão que havia rompido espontaneamente, esta em via de cicatrização. O caso foi descoberto por um guarda do Serviço. A família do doente esforçava-se em ocultar o ocorrido, negando até a existencia de epizootia” (Idem).

405 “- dia 18/01/44 - A descoberta desses casos foi feita pelo guarda que trabalhava o Sit. Lages em ciclo semestral; a principio a família quiz ocultar os doentes [...] Entre outras providências tomadas no Sit. Lages foi feita a incineração de todo material – milho – existente no depósito onde se originou a epizootia” (Idem).

serviços não esmorecessem ou para que tais resistências não oferecessem riscos à continuidade das ações sanitárias, o que significaria grave perigo e possível reinfestação.

Talvez por isso, a insistente alegação dos médicos do SNP de que procuravam entrar em entendimento de maneira amigável, por meio de negociação e elucidação do porquê de tais medidas, e de que aplicavam com justeza as exigências do Serviço, levando em consideração a situação econômica de cada um. Do mesmo modo, os próprios guardas auxiliavam, muitas vezes, os proprietários a realizarem as ações que o próprio Serviço propunha, a exemplo do embaraçamento de paredes, limpeza de telhas, instalação de cimento (doado pelo órgão), desmatização do entorno, fechamento de buracos de ratos. Essa cooperação ocorria para a garantia da feitura dos serviços exigidos.

3.3.3 – O inquérito rodentológico e a cooperação entre o Serviço Nacional de Peste e Museu Nacional

A estrutura do SNP, com seus laboratórios, sedes e o próprio trabalho de campo, assegurou os meios necessários ao desenvolvimento de pesquisas sobre a peste, envolvendo o estudo da peste experimental, dos roedores e das pulgas. Uma dessas pesquisas foi idealizada por João Moojen de Oliveira, zoólogo do Museu Nacional (MN), e ocorreu nas décadas de 1940 e 1950⁴⁰⁶.

Moojen era responsável pelo setor de Mastozoologia (mamíferos) do MN e seu interesse versava sobretudo nos roedores. Segundo o pesquisador “A fauna dos mamíferos brasileiros é seguramente uma das menos estudadas” (MOOJEN, 1952: 9) e a escolha pelos roedores se devia a dois fatores: por ser o grupo menos conhecido, sobre o qual nunca se havia divulgado dados em conjunto, e pelo interesse destes animais para a pesquisa médica. Desse modo, Moojen viu uma oportunidade ímpar quando ministrou as aulas de mastozoologia no primeiro curso de peste em 1943 e aproveitou para percorrer parte da área endêmica.

406 A pesquisa não se limitou à área da 1ª circunscrição. As capturas ocorreram também na 2ª circunscrição. Durante o período viajou por áreas do Espírito Santo e Rio de Janeiro, mas não há informação de captura de animais nestas regiões.

Ele era um ecologista, ele queria ver tudo. A cobertura florística da área, não é.. que bichos tinha ali, que animais tinha... que nomes populares esses bichos tinham, né? Então ele procurava conversar com as pessoas que sabiam, que entendiam, que gostavam de caçar, os caçadores. Então, ele vendo isso, ele imaginou fazer um levantamento da... da fauna de roedores de todo o polígono das secas⁴⁰⁷.

E teria se admirado com a quantidade de roedores na região, segundo Freitas.

Ali, no laboratório do SNP, Moojen analisa fichas de ratos encontrados mortos no campo; a variedade de roedores silvestres o surpreende. Vai conhecer “de visu” a área aonde foram encontrados preás, bicos-de-lacre, punarés. À chefia do SNP apresenta projeto-piloto de estudo da fauna do agreste⁴⁰⁸.



Fotografia 4 - João Moojen, Almir de Castro e Celso Freitas em Caruaru, em campo, durante o curso de peste, 1945 (Arquivos do Museu Nacional, 2005, p. 6).

407 DCAF, Fita 8, lado B.

408 Depoimento de Celso Arcoverde de Freitas sobre João Moojen. Arquivos do Museu Nacional, v.63, nº1, 2005, p. 5

Em 1945, durante o segundo curso de peste, o zoólogo propôs um plano para a investigação da fauna de roedores silvestres do Nordeste e obteve apoio de Castro, diretor do Serviço. Entre aquele ano e 1948, Moojen esteve na Universidade do Kansas, onde obteve seu título de PhD, tendo recebido aí, nesse período, roedores silvestres enviados pelo SNP. Freitas informa que o levantamento de roedores exigiu 10 anos de trabalho (com início a partir de 1945)⁴⁰⁹, embora a coleta sistemática tenha ocorrido entre 1951 e 1955, já que as datas das primeiras remessas são daquele ano⁴¹⁰ (OLIVEIRA; FRANCO, 2005: 14). No total foram enviados ao MN, somente da 1ª circunscrição, 43.545 roedores (Idem)⁴¹¹.

O projeto e as orientações foram todos elaborados por Moojen. Foram destinados recursos e profissionais para os objetivos da pesquisa que foi incorporada aos serviços de rotina. O benefício era mútuo, pois atendia aos interesses do zoólogo, que desejava ampliar o conhecimento sobre mamíferos roedores, e do próprio Serviço, na medida em que se verificava a sensibilidade dos animais à peste e a capacidade transmissora de suas pulgas.

A preparação para o projeto incluiu o treinamento de guardas para captura e do pessoal de laboratório para taxidermização (OLIVEIRA, FRANCO, 2005). Os dados a serem coletados eram os mais variados, referindo-se tanto a aspectos físicos dos roedores quanto aos aspectos do ambiente. Dentre eles, eram requeridos o local da captura, atividade agrícola da área, período de chuva, época de colheita, temperatura mínima e máxima, flora, nomes populares dos animais, cor da pelagem, peso, sexo, idade, medidas das orelhas, cauda e patas, número de fetos, alimentos no estômago, quantidade de parasitas coletados (FREITAS, 1988).

Os dados eram inseridos em fichas chamadas ‘mod. 155’ que eram preenchidas ainda em campo pelos guardas capturadores. Outras informações eram reunidas na medida em que se avançava nos procedimentos de laboratório (OLIVEIRA; FRANCO, 2005). O processo seguido, desde a captura do roedor até sua remessa para o Museu, se iniciava no campo com a disposição das armadilhas nas áreas que haviam tido focos recentes. Os guardas

409 Freitas afirma que o interesse de Moojen já vinha desde o curso de 1943, no qual ele se inteirou sobre os tipos de roedores já capturados pelo SNP, derivando disso uma viagem pelas áreas de captura. Após a viagem, houve um entendimento com o diretor do SNP para se estabelecer em Caruaru a captura de roedores de modo experimental. Em 1945, durante o segundo curso de peste, Moojen observara os resultados de Caruaru e elaboraria o plano definitivo para os trabalhos futuros. Relembrando que o planejamento do SNP para ano de 1943 já incluía no orçamento essa pesquisa no item número 8: “Continuação e ampliação do plano de levantamento da fauna de roedores do país – já iniciado em cooperação com o Museu Nacional”.

410 Também em diário, Freitas relata, em 1952, que a coleta sistemática havia começado no ano anterior, o que leva a crer que anteriormente os envios fossem esporádicos como aparece no dia 16/05/49 quando relatava o envio de animais para o museu nacional: 6 punarés, 2 mocós e 1 preá (BR RJ COC CE-GI-02. v.2).

411 Juntamente com a 2ª circunscrição (BA) o total da coleção foi de 55.291 animais.

capturadores, em dupla, iniciavam o primeiro contato com os animais e sob sua responsabilidade também estavam o transporte dos mesmos ao laboratório, o registro das primeiras informações e a sua manutenção (como alimentação), caso não fosse possível a chegada rápida à sede do distrito (OLIVEIRA; FRANCO, 2005). Oliveira e Franco, em seu artigo, dão minuciosas informações das etapas desta pesquisa como a descrição da rotina dos guardas ao trabalharem com as capturas.

Cada guarda levava para o campo uma quantidade de latas para transporte dos espécimes igual ao de armadilhas em uso. Estas latas eram previamente preparadas e rotuladas com uma numeração seqüencial própria de cada distrito. À medida que os animais capturados eram retirados das armadilhas, cada um era colocado separadamente em uma lata, cujo número era anotado em uma ficha individual. Estas fichas, de cartolina, conhecidas como “fichas mod. 155”, constituíam a base para todos os registros. O guarda capturador levava consigo as fichas em número igual ao de latas, e iniciava seu preenchimento já no campo, anotando o número da lata e as informações relativas ao espécime vivo que nela estava sendo transportado (OLIVEIRA; FRANCO, 2005: 15).

Novamente, os guardas aparecem como os grandes promotores dos serviços levados a cabo pelo SNP. Sem o trabalho desses homens, a profilaxia e, tampouco, as pesquisas teriam prosseguido do modo que se vem demonstrando até aqui.

Uma vez no laboratório, os roedores eram mortos e suas autópsias realizadas, fazendo-se anotações das demais informações como as características físicas, medidas, número de ectoparasitos encontrados eram anotadas. A próxima etapa do processo era a taxidermia, atividade realizada de modo mais sistemático entre 1951 e 1953, com a preparação das peles. A classificação dos espécimes se dava, preliminarmente, por meio da comparação com uma coleção já preparada e disponível nas sedes dos distritos (OLIVEIRA; FRANCO, 2005) para que os animais pudessem ser enviados com o máximo de informação possível ao Museu. A última fase de participação do SNP no processo se concluía com a remessa do material ao Rio de Janeiro, após o devido processo de identificação e etiquetagem. O MN ainda teve a colaboração do Serviço de Estudos e Pesquisas sobre a Febre Amarela (SEPSFA)⁴¹² no trabalho de captura de roedores, relação científica essa que inspirou Moojen a criar um protocolo de coleta para o seu empreendimento junto ao SNP, baseado naquele do SEPSFA,

412 Serviço financiado pela Fundação Rockefeller. Espécimes foram coletados pelo SEPSFA na Bahia entre 1943 e 1945 (VAZ, 2005).

que era seguido pelos zoólogos estadunidenses da Fundação Rockefeller (CERQUEIRA, 2005).

Anualmente, a partir de 1952, Moojen realizaria viagens ao Nordeste (1ª e 2ª circunscrições) para verificar os serviços de captura e seu desenvolvimento. Aproveitava para reforçar instruções e dar nova orientações através de seu percurso pelos distritos.

No laboratório Dr. Moojen faz preparações de taxidermia e deixa instruções sobre a captura silvestre. Deixamos um livro para registro dos roedores silvestres entrados no laboratório. Foram taxidermisados roedores silvestres das seguintes espécies: *Orizomys subflavus*, *O. Eliurius* (guagiri), *Rhipdomys cearanus* (saparó), *Zigodontomys pixuna* [...] Dr. Moojen mostrou-se muito desejoso de ver casos humanos e ficou combinado, então, que viajaria para o local da denúncia⁴¹³.

Em 1953, em mais uma visita relatada por Freitas, pode-se visualizar um pouco mais dos trabalhos de captura e coleção

Viajamos para o distrito Viçosa onde o Dr. Moojen examinou demoradamente os exemplares de animais silvestres capturados. Ficou surpreendido com a existência do Tamandua-mirim, da fauna amazonica, nas matas do distrito Viçosa. Anotamos, para envio ulterior, a tinta Higgns preta indelevel para grafar as etiquetas e o empermeabilizador “DUCO” para craneos. Ha mais de 100 roedores já taxidermizados para remessa. Os tubos de ectoparasitos já estão com as etiquetas escritas a lapis [...] Verifiquei o arquivo de fichas P-155 (rascunho em ficha de papel) bem como o livro de registro de animais. A impressão do Dr. Moojen foi boa pelo trabalho de taxidermia e pela riqueza de espécies⁴¹⁴

No distrito de Palmeira dos Índios, a situação estava mais preocupante, pois havia

mais de quinhentos roedores taxidermisados porem sem nenhuma ficha P-155 datilografada! A taxidermia está de 1ª ordem conforme parecer do Dr. Moojen; porem o material continua encalhado e acumulando cada vez mais por que não foram datilografadas as fichas⁴¹⁵.

Interessante registrar que, durante tais pesquisas, uma nova espécie foi classificada pelo zoólogo: a *Zygodontomys lasiurus pixuna* Moojen (1943).

413 Diário dia 20/8/1952 (BR RJ COC CE-GI-02. v.2)

414 Diário dia 19/2/1953 (BR RJ COC CE-GI-02. v.2)

415 BR RJ COC CE-GI-02. v. 2

Os estudos se dirigiram, do mesmo modo, à identificação das pulgas retiradas dos roedores capturados, estabelecendo outra parceria institucional. O material era enviado para Lindolpho Rocha Guimarães, então entomologista no Departamento de Zoologia da Secretaria de Agricultura do Estado de São Paulo (mais tarde este departamento seria incorporado à Universidade de São Paulo - USP). Foram enviados mais de 60.000 exemplares de pulgas e outros ectoparasitos ao profissional⁴¹⁶ em tubos numerados de acordo com seus mamíferos hospedeiros (FREITAS, 1998). Os estudos desses insetos não vingaram imediatamente devido à falta de uma equipe de trabalho que se debruçasse sobre as pulgas com Guimarães⁴¹⁷.

Em conjunto com o SNP, tanto o MN quanto a USP puderam ampliar seus espécimes e coleções, promovendo pesquisas posteriores e estabelecendo conhecimentos acerca dos mamíferos e sifonápteros do Brasil. Esse intercâmbio gerou benefícios mútuos nos quais as instituições puderam alcançar, nos trabalhos em cooperação, seus objetivos particulares. O SNP, ao capturar roedores e pulgas poderia verificar a sensibilidade desses mamíferos e a capacidade de transmissão daqueles insetos à *Y. pestis* e verificar outras doenças e ectoparasitos que acometiam essa fauna. O MN e a USP puderam reunir espécimes, aumentar e consolidar suas coleções, estudando as características dos espécimes e garantindo futuras pesquisas⁴¹⁸.

De suma importância para o objeto da dissertação é destacar as pesquisas empreendidas independentemente pelo SNP. Com sua rede de laboratórios era possível realizar os estudos de peste experimental em roedores e de transmissibilidade da *Yersinia* em pulgas. Algumas dessas pesquisas foram publicadas em forma de monografias. Tive contato com quatro delas todas de autoria de Roland Courtney Simon, chefe do laboratório do SNP em Maceió⁴¹⁹.

416 Ácaros e coleópteros foram analisados por outros profissionais (TAVARES, 2007).

417 Freitas informa que anos depois (em 1968) teve com Guimarães para saber do que precisava para finalizar a pesquisa. Passou a trabalhar com ele outro entomologista, Arquimedes Marques Cruz, do Instituto Aggeu Magalhães, para adiantar as análises. Em 1972, Guimarães publicou “Peste endêmica no Nordeste do Brasil e Estado da Bahia – Estudo das pulgas encontradas nessa região” na Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais (1998). Identificou uma nova espécie de sifonáptero: *Polygenis guimaraensi* Linardi, 1978.

418 A coleção de roedores do MN conta hoje com um acervo de aproximadamente cem mil espécimes, destes 55.291 advindos da coleta em campo com o SNP (OLIVEIRA; FRANCO, 2005). Em contato com o MN, soube pelo Prof. Dr. João Alves de Oliveira, atual responsável pela coleção de mamíferos, que a coleção do SNP não foi afetada pelo incêndio recente que destruiu o Museu, pois se encontra em prédio anexo.

419 As quatro monografias são: Verificação da sensibilidade dos roedores da região neotropical (1951), Contribuição ao estudo das provas biológicas no diagnóstico da infecção pestosa (1952) e Experiências sobre a capacidade transmissora da *Rhopalopsyllus Bohlsi Jordani* e Inquérito pulicidiano em focos silentes

As pesquisas de Simon se debruçaram sobre a participação de roedores silvestres e de espécies de pulgas na circulação do bacilo de Yersin. A grande incógnita que perpassou as atividades do SNP durante seus quase quinze anos de atividade foi a da possibilidade de infecção dos roedores não sinantrópicos, estabelecendo, assim, a peste silvestre. Por isso, as pesquisas sobre a sensibilidade desses animais e sobre as pulgas e sua capacidade transmissora serem tão importante. Segundo Simon

O crescente interêsse pelos estudos da interferência de animais selváticos e campestres na epidemiologia de certas doenças transmissíveis é resultante da frequência de casos humanos, em regiões onde não existem os reservatórios e transmissores habituais dessas entidades mórbidas (1951: 5).

Com isso, o autor quis dizer que consideravam-se como reservatórios comuns da peste silvestre as espécies das ordens *Rodentia* e *Lagomorpha*⁴²⁰ e, como a fauna da região pesquisada era rica nessas espécies, tal estudo no Brasil seria de extrema validade. Incorporou em seu estudo a análise das condições fitogeográficas e climáticas que favoreciam a sobrevivência e a reprodução de tais roedores. Em “Verificação da sensibilidade dos roedores da região neotrópica” (1951), Simon investigou preás (*Galea spixii*), mocós (*Kerodon rupestris*) e cotias (*Dasyprocta prymnolopha*), concluindo que, entre as pulgas, a *Rhopalopsyllus bohlsi jordani* era quase exclusiva nestes roedores. Desse modo, “conseguimos alguns dados para apoiar a hipótese da manutenção do vírus pestoso pelos Suctoria [pulgas] que vivem na fauna regional” (SIMON, 1951: 13). Outro fator considerado para a possível importância da *Rhopalopsyllus* na transmissão era sua capacidade de parasitar diversas espécies provenientes de variados estados do Nordeste, demonstrando

o elevado grau de ubiquitarismmo da pulga [...] Devemos salientar que isso vem facilitar a possível propagação da infecção de Yersin no campo, uma vez que a *Rhopalopsyllus* pode passar de um hospedador a outro de espécie, gênero e mesmo famílias diferentes, constituindo, ao nosso ver um “**fator de continuidade**” na dispersão do vírus na Natureza (SIMON, 1951: 20, grifo do autor)

(1954), estas duas últimas no mesmo volume. As pesquisas ocorreram no setor Maceió nos distritos de Viçosa e Palmeira dos Índios. Juntamente com Simon, trabalharam os laboratoristas Percida Barros, Liberalino Barros e Luiz Bezerra de Lima, citados por ele nos agradecimentos das monografias.
420 Refere-se a roedores e mamíferos herbívoros (coelhos, lebres), respectivamente.

Embora tenha verificado a infecção por esta pulga em roedores, Simon concluiu em trabalho posterior (1954) que ela não seria boa transmissora do bacilo da peste e que a principal veiculadora seria outra pulga já assim considerada (*Xenopsylla cheopis*). Somente na década de 1960, quando a profilaxia da peste estaria a cargo do DNERu, com a pesquisa do argentino Jose Maria de la Barrera⁴²¹, é que o papel dessa pulga, enquanto transmissora, seria confirmado (TAVARES, 2007).

É importante esclarecer que, apesar dos apontamentos de Macchiavello decorrentes da sua pesquisa em 1939/1941 e da montagem dos esquemas de trabalho tendo em vista sua tese, o SNP buscou pesquisar as dinâmicas da infecção de modo a prever uma possível contaminação silvestre. No entanto, as evidências eram fracas e os resultados não apontavam para essa circunstância, permanecendo a base de trabalho a mesma. Tavares aponta que o SNP se fixou tanto no binômio rato-pulga (nos *Rodentia* e *Siphonaptera*) e na profilaxia que não direcionou suas investigações ao aspecto silvestre, coisa da qual discordo. De acordo com o autor, foi Barrera quem “fornecer sólidos subsídios para o entendimento do ecossistema dos focos e o descarte definitivo da hipótese de Macchiavello” (TAVARES, 2007: 51). Barrera constatou que: a) a infecção era mais conhecida nos ratos domésticos do que nos roedores silvestres porque eles estavam mais próximos aos casos humanos; b) o roedor mais frequente no Nordeste era a pixuna; c) “O rato era o intermediário entre a infecção silvestre e o homem e a transmissão entres esses roedores se fazia pela *Polygenis bohlsi jordani* (= *Rhopalopsyllus*), pulga que parasitava praticamente toda a fauna do campo, sendo também encontrada nos animais domésticos e livre nas casas”; d) a *X. cheopis* era tida como fundamental na transmissão, mas não se avaliou corretamente o papel da *Polygenis*; e) a conservação da peste se dava pelos roedores silvestres e não pelos ratos sinantrópicos.

421 Pesquisa realizada em convênio da OPAS com o DNERu. O estudo de Barrera não chegou a ser publicado e teve circulação restrita

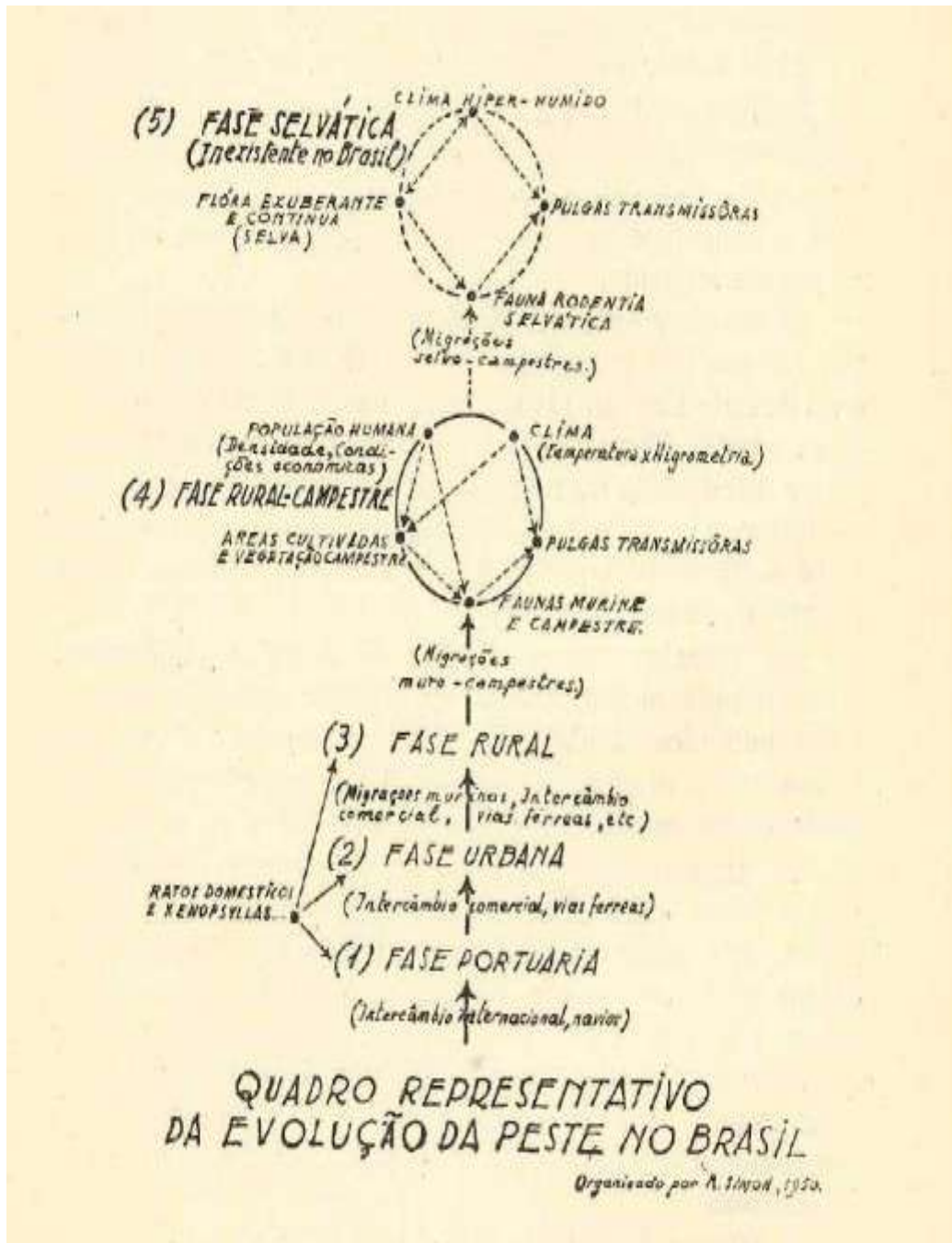


Figura 6: Esquema de Simon para as fases da peste (SIMON, 1951).

Discordo, contudo, de Tavares quando ele afirma que o SNP não direcionou suas investigações para o problema da peste silvestre, pois os médicos do Serviço não ficaram alheios a sua suspeita que, como foi demonstrado, representou uma de suas preocupações. Em

sua tese, o próprio Tavares traz duas cartas que revelam os interesses sobre o tema. Em carta a Freitas, Bica escreveu, em 1952⁴²², que

estava no SNP quando recebemos a notícia dos casos de Peste em Teresópolis. Estou interessado em saber dos resultados do estudo que está sendo feito. Creio que assim ficará demonstrada a presença da peste silvestre no Brasil, fato do qual tenho forte convicção. Esse estudo era o que eu queria fazer há muito tempo, desde 1945 (TAVARES, 2007: 50).

Em outra carta, do mesmo ano, Castro⁴²³ remeteu também a Freitas o seguinte:

Na agenda para a reunião do Comitê de Especialistas em Peste, [...] existe um ponto que trata da organização de surveys e pesquisas sobre roedores silvestres a serem empreendidos pela OMS [...] É, sem tirar nem por, exatamente o que já estamos fazendo e assim eu já queria trazer alguma coisa além da descrição completa do planejamento da pesquisa [...] Se conseguirmos uma massa apreciável de dados [...] o Serviço brilhará e o Brasil lavrará um tento na reunião, pois tenho certeza que ninguém poderá apresentar um trabalho assim organizado e com perspectivas de grandes massas de informações (TAVARES, 2007: 50).

Ou seja, pode-se elaborar a ideia de que por uma questão de consenso prático e institucional, a linha que permaneceu sendo seguida foi a de Macchiavello, mas houve, no mínimo, divergências e a necessidade científica de aprofundar os conhecimentos para além do que já estava estabelecido. Os médicos tinham completa ciência das particularidades da peste. Afinal, pelos próprios resultados de campo, inúmeros roedores silvestres foram encontrados pestosos como mostram os diários de Freitas. Daí entendem-se as pesquisas sobre sensibilidade e transmissibilidade de roedores e pulgas, respectivamente.

Por fim, salienta-se o papel do SNP como promotor e executor de pesquisas sobre a peste e sobre os roedores e pulgas envolvidos nessa dinâmica. Pesquisas estas que serviriam para as futuras considerações sobre a peste bubônica no país.

422 “Carta encaminhada a Celso Arcoverde em 13/10/1952, informando sobre lançamentos editoriais nos EUA ratificando a sua certeza sobre a existência de peste silvestre no Brasil. Washington, 1952. Documento datilografado” (TAVARES, 2007: 243).

423 “Carta encaminhada a Celso Arcoverde em 20/05/1952, informando sobre a agenda da reunião do comitê de peritos em peste da OMS e de proposta semelhante à do SNP. Genebra, 1952. Documento datilografado” (TAVARES, 2007: 244).

3.4 – Extinção do Serviço Nacional de Peste e sua incorporação ao Departamento Nacional de Endemias Rurais

As instabilidades políticas do início da década de 1950, durante o segundo governo Vargas, tiveram implicações na área da saúde. A crise gerada pelo fracasso da política de conciliação do presidente desencadearia uma série de insatisfações da oposição e seu isolamento político (D'ARAÚJO, 1982)⁴²⁴. Dentro desse quadro, o setor da saúde se subordinou aos interesses político-partidários na criação do Ministério da Saúde (MS). A separação das pastas da saúde e da educação, antes de representarem uma mudança substancial de conteúdo e de paradigmas, foi resultado de acordos entre o governo federal e os partidos neste cenário conturbado. Nele, o novo ministério serviria como “moeda de negociação política” (HAMILTON; FONSECA, 2003). A proposta, que era uma reivindicação antiga dos médicos sanitaristas, foi ressuscitada para atender aos interesses mais relacionados ao jogo político do que aos da saúde. Um receio antigo do qual, lembremos, Barros Barreto e vários sanitaristas sempre procuraram desviar, entendendo que a interferência da política na saúde não traria bons resultados.

Foi nesse quadro complexo que o MS foi criado, em 1953, sendo seu primeiro ministro Miguel Couto Filho, que empreendeu um plano de reforma do qual derivaria, anos mais tarde, o Departamento Nacional de Endemias Rurais - DNERu (FONSECA, 2001). Contudo, as mudanças tiveram de ser postergadas devido às turbulências decorrentes do suicídio do presidente Vargas em 1954. O terreno se mostraria favorável novamente às mudanças com a posse de Juscelino Kubitschek, em 1956, quando “teve início uma conjuntura política mais estável e se criaram condições propícias a mudanças na organização administrativa do ministério e nas prioridades do setor” (FONSECA, 2001: 300).

424 Maria Celina D'Araújo expõe que a questão político-partidária no segundo governo Vargas, pela sua dinâmica, não teria fornecido bases de apoio sólidas ao presidente, sendo que ele próprio governava mediante acordos personalistas e apertados, recebendo tanto apoio quanto críticas dos mesmos partidos, fossem de oposição ou da situação. A autora afirma que, “O predomínio da tendência centralizadora e autoritária acabaria por deslegitimar os partidos e os mecanismos eleitorais, em favor da burocracia e da cooptação. O fim do Estado Novo não altera substancialmente essa herança deslegitimadora das instituições políticas oriundas da “sociedade civil” (1982: 22). A partir de 1953, houve uma reorientação do apoio do governo aos setores trabalhistas (em detrimento dos dois primeiros anos em que Vargas teria se conciliado com setores conservadores), que seria evidenciada por dois marcos, a reforma ministerial de 1953 e a instrução 70 da Sumoc, o que fora interpretado com uma guinada para a esquerda (D'ARAÚJO: 1982).

A evolução de químicos (inseticidas e medicamentos), sua utilização cada vez mais frequente (já desde a década anterior) e sua eficácia trouxeram uma grande contribuição ao enfrentamento das doenças infecciosas e vetoriais. Esse fator contribuiu para reforçar a visão de que os problemas sanitários, principalmente os relativos às doenças endêmicas, poderiam ser solucionados de maneira mais rápida e através de campanhas direcionadas, fundamentadas no uso de “balas mágicas”. A perspectiva de progresso econômico acelerado, materializado na promessa de JK (cinquenta anos em cinco), impulsionou essa ideia. Era fundamental extirpar da população trabalhadora seu permanente estado de doença. Estado esse que impedia o pleno usufruto da sua condição física que a habilitaria para o trabalho e engrandecimento econômico do país.

Como já visto, a relação entre saúde e progresso permeou o pensamento de sanitaristas brasileiros ao longo da primeira metade do século XX. Seja nas primeiras décadas da República, onde se denunciava a situação da população dos sertões e a sua não integração ao país, fruto da herança de um passado negligenciador e atrasado que precisava ser superado. Seja com o nacional desenvolvimentismo e a relação de causa/efeito estabelecida com a questão sanitária que influenciaria a velocidade do progresso econômico. As interpretações sobre saúde e desenvolvimento, surgidas após a Segunda Guerra Mundial, levaram à reflexão os médicos e os governos que interligavam aqueles dois temas, gerando uma visão na qual a saúde atuaria como mais um instrumento no processo de desenvolvimento, cujo fim seria o salto econômico-social. O que se discutia era a importância e a ordem de cada um dos fatores na equação: a saúde da população precederia o desenvolvimento ou o contrário?

Entre os médicos, os debates sobre a relação saúde-desenvolvimento não deixaram de acontecer. Nas entrevistas de Freitas é possível resgatar um pouco dessas reflexões pensadas naquele momento. Perguntado se havia uma mudança na perspectiva da saúde pública que desfocasse do modelo campanhista, ele responde que

Havia. Havia, exatamente, exatamente. E essa, essa mudança nós participamos ativamente nesse período por inspiração de Mário Magalhães, foi o grande idealizador dessa parte de desenvolvimento em saúde. Basta dizer que o Congresso Brasileiro de Higiene de 1962, qual era o tema? Era problemas médico-sociais de áreas subdesenvolvidas e outro desenvolvimento e saúde⁴²⁵.

425 DCAF, Fita 19, lado A.

Expressou também os diferentes posicionamentos de médicos quanto à ordem dessa relação:

Bom... o grupo que defendia mais saúde e depois desenvolvimento [...] era o grupo do SESP, era Brito Bastos que era muito meu amigo, era... o Aldo Villas Boas, não é, o grupo do SESP que defendia isso [...] Agora, o grupo que achava que o desenvolvimento é imprescindível para que haja... haja uma... a solução dos problemas de saúde venha realmente... era o grupo do Mário [Magalhães], era o grupo da Sociedade de Higiene”⁴²⁶.

A criação do DNERu, concentrando nesse único órgão a profilaxia e a pesquisa em endemias rurais⁴²⁷, concretizou um anseio de décadas anteriores: um único órgão que se responsabilizasse pelo tratamento das doenças infecciosas. Ele incorporou os SNs de peste, de malária e de febre amarela, assim como toda sua infraestrutura e pessoal⁴²⁸ e manteve a base verticalizada e campanhista que os caracterizava. Em resumo, a estabilidade política no governo JK possibilitou a criação de um grande serviço de endemias rurais, materializado no DNERu, para tratar as doenças de massa “que vão inutilizando ou matando um indivíduo e na realidade fazendo sofrer, inutilizando ou matando, enormes multidões de brasileiros”⁴²⁹.

O SNP, por sua vez, vinha registrando um decréscimo cada vez maior dos casos de peste humana e reduzindo seus serviços profiláticos por conta da diminuição das áreas de vigilância, que foram reduzidas a pontos bem específicos. Como relatou Freitas, um estudo feito por Amilcar Barca Pelon, diretor da DOS, constatou que a peste estaria controlada e limitada aos focos das serras e “Então, não havia necessidade de um volume tão grande de pessoas, não havia necessidade de tanta gente a trabalhar na Peste, quando poderia se aproveitar parte desse pessoal pra outras campanhas”^{430 431}. Na década de 1950, a doença não

426 DCAF, Fita 20, lado A.

427 As doenças tratadas pelo DNERu constam no seguinte artigo: “Art. 2º Ao Departamento Nacional de Endemias Rurais cabe organizar e executar os serviços de investigação e promover o combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela, esquistosomose, ancilostomose, filariose, hidatidose, bócio endêmico, boubá, tracoma e outras endemias existentes no país, cuja investigação e combate lhe forem especialmente atribuídas pelo Ministro de Estado da Saúde, de acordo com as conveniências de ordem técnica e administrativa”. Lei nº 2.743, de 6 de março de 1956.

428 Art. 5º Ficam absorvidos pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais os atuais Serviços Nacionais de Malária, Peste e Febre Amarela cujas atribuições a ele se transferem. Lei nº 2.743, de 6 de março de 1956.

429 Programa de saúde do candidato Juscelino Kubitschek, 1955, p. 4.

430 DCAF, Fita16, lado A.

431 José Maria de la Barrera, após seu estudo no Brasil, diria que “The decline of the plague incidence recorded during the last years rendered unnecessary, in the opinion of the health authorities, such a complete organization and for this reason it was incorporated into the Department of Rural Endemics, losing its

estimulava grandes preocupações como o fazia nas décadas de 1930/1940. Ela não aparecia como prioridade no programa de saúde do candidato Kubitschek, que se preocupou sobretudo com as chamadas doenças de massa⁴³² e a peste bubônica não era uma delas. A profilaxia e a pesquisa em peste continuariam nas áreas dos focos, embora o quantitativo dos trabalhos, em geral, tenha diminuído⁴³³.

O DNERu empreenderia outras pesquisas e fecharia acordos com outras instituições. Zamir de Oliveira, chefe da 3ª circunscrição do SNP (RJ), tornou-se chefe da campanha de peste do novo órgão e continuou por muito tempo trabalhando com a doença. Já Freitas foi designado para coordenar a campanha do tracoma e, mais tarde colaborou, juntamente com Oliveira, com o grupo de trabalho (GT) de peste⁴³⁴, no qual a questão da peste silvestre permanecia latente, apesar dos estudos do argentino Barrera (TAVARES, 2007). Derivou deste GT (e do aumento do número dos casos de peste na década de 1960), o futuro Plano Piloto de Peste⁴³⁵ (PPP) que seria fruto do acordo entre a OPAS e o MS e que contaria com a participação de Marcel Baltazard⁴³⁶ e de outros especialistas internacionais⁴³⁷ em um rico intercâmbio científico.

A extinção do SNP decorreu de uma reorganização sanitária vista como necessária, no momento, para o enfrentamento das endemias rurais, integradas em um único órgão que centralizasse as campanhas. Assim como a sua criação foi fruto dos debates acerca da nacionalização dos encargos em saúde, sua incorporação ao DNERu decorreu das necessidades políticas de um governo que propunha ter como marca o desenvolvimento

former importance and "hierarchical" position. Nevertheless, the installations of the old service were preserved while its much competent personnel fulfills other functions" (OPAS, 1965: 66). "A queda da incidência da peste registrada nos últimos anos tornou desnecessária, na opinião das autoridades sanitárias, uma organização tão completa e por isso foi incorporada ao Departamento de Endemias Rurais, perdendo sua antiga importância e posição "hierárquica". No entanto, as instalações do antigo serviço foram preservadas enquanto seu muito competente pessoal desempenha outras funções".

432 Em seu programa, Kubitschek dividia em três as categorias nosológicas: doenças de massa (bouba, tracoma, bócio, verminoses, lepra, doença de Chagas, etc), pestilenciais (peste e febre amarela) e degenerativas (câncer e males cardiovasculares).

433 O número de algumas das atividades diminuiu entre os anos de 1956 e 1959, voltando a subir em 1961, e a diminuir novamente no ano seguinte. Contudo, não se analisaram essas variações por fugirem ao recorte temporal da dissertação.

434 Grupo criado dentro do DNERu para estabelecer novas políticas de controle da peste (TAVARES, 2007).

435 Realizado na Chapada do Araripe-PE de 1966 a 1974.

436 Ex-diretor do Instituto Pasteur do Irã, especialista e consultor em peste da OMS e chefe do Departamento de Epidemiologia de Doenças Transmissíveis do Instituto Pasteur de Paris (TAVARES, 2007).

437 Entre outros nomes como Karl Friedrich Meyer, bacteriologista da Universidade da Califórnia, Robert Pollitzer, Divisão de Epidemiologia da OMS, Bruce Hudson, bioquímico do Communicable Disease Center (CDC), Mahmoud Bahmanyar e Youness Karimi, ambos do Instituto Pasteur do Irã.

econômico do país e, para isso, a saúde teria o papel imprescindível de intermediária dessa relação estabelecida entre o bom estado físico do povo e o desenvolvimento nacional. Assim, a incorporação e a reunião dos três SNs e das outras moléstias consideradas endemias rurais pelo DNERu reforçava o sentido de controle que orientava o governo em sua empreitada contra tais doenças e demonstrava que, longe de ser um problema a ser esquecido, as endemias permaneciam sendo ponto central na agenda da saúde. E, uma vez tidas como controladas as doenças pestilenciais, outras mereceriam mais destaque como a boubá e o tracoma.

Outro ponto a ser acrescentado se refere às críticas que surgiam, por parte de alguns médicos, ao modelo verticalizado, não pela sua organização em si, mas por não ter uma perspectiva integrada entre desenvolvimento econômico e assistência médico-sanitária (HOCHMAN, 2009). Apesar de ser considerado um modelo falho por se concentrar tão somente na solução médica dos problemas da saúde e não na estrutura que os perpetuava, o modelo de campanhas permanecerá ativo no governo de Kubitschek e se alinhará, via DNERu, à perspectiva desenvolvimentista do progresso econômico.

Mais tarde, na década de 1960, um relatório sobre a situação da peste nas Américas, produzido pela OPAS, sugeriria que o serviço nacional contra a peste fosse reconstituído de forma autônoma, uma vez que o número de casos vinha aumentando no país⁴³⁸.

438 “If nothing else, the marked deterioration of the plague situation in Brazil in 1961 renders the re-establishment of an independent national antiplague service in that country most desirable, if not indispensable” (OPAS, 1965: 66). “Sem mais, a acentuada deterioração da situação da peste no Brasil em 1961 torna o restabelecimento de um serviço nacional antipestoso independente naquele país mais desejável, senão indispensável”.

Considerações finais

A peste bubônica chegou ao continente americano nos últimos meses de 1899, exigindo que as autoridades competentes de cada localidade administrassem seu desdobramento, a princípio, nas cidades portuárias. A moléstia foi recebida e tratada de diferentes maneiras pelas cidades infectadas, mostrando que a solução dos problemas sanitários dela decorrentes dependeram da sua consonância com os aspectos econômicos, com as dinâmicas políticas locais e com as interpretações dos personagens que tinham poder decisório sobre as estratégias de enfrentamento adotadas. Desde esse primeiro momento, a peste bubônica foi combatida por diversos órgãos e entes federativos, sempre em resposta aos surtos que eclodiam. Com o avançar do tempo e da sua endemicidade no Nordeste, o foco se voltou para essa região, onde os casos de peste humana eram frequentes. Conseqüentemente vislumbrou-se o horizonte de uma ação uniforme. As ações empreendidas localmente eram insuficientes para debelar as enfermidades contagiosas, como a peste, que se disseminavam Brasil adentro.

A estrutura sanitária dos estados do país era pouco desenvolvida. Situação que não lhes capacitava empreender a defesa de seus territórios contra as doenças epidêmicas. O resultado era o apelo recorrente à União para a prestação de socorros aos surtos de peste bubônica, principalmente no Nordeste. As viagens realizadas por médicos e sanitaristas aos sertões do Brasil a partir da década de 1910 evidenciaram as condições de abandono das populações do interior, largadas à própria sorte, desnutridas e doentes, e fomentaram a organização de um movimento em prol do saneamento rural. O tom de denúncia e as críticas às oligarquias locais feitas pelos sanitaristas, estimularam as ideias ligadas à centralização das ações em saúde. A centralização foi vista como a única forma mais efetiva de sanear as localidades e a promover a saúde da população, cuja debilidade enfraquecia aquela que era a força de trabalho do campo. A criação do Departamento Nacional de Saúde em 1920 pode ser considerada uma vitória para os intelectuais envolvidos com este movimento. Embora não fosse o Ministério da Saúde almejado, finalmente o país contava com um órgão exclusivo para as questões sanitárias. Os estados contavam com o apoio do governo central através do DNSP e dos acordos estabelecidos mediante suas solicitações. Tal esquema de acordos fora criado em nome da necessidade de um melhor gerenciamento das ações em saúde, visto que

se constatou que a atuação sanitária discrepante entre os estados era fator agravante e perpetuador das doenças pestilenciais e endêmicas. Fato derivado da conscientização sobre a interdependência sanitária.

Com a ascensão de Getúlio Vargas, a área da saúde, comandada em quase todo o período do seu primeiro governo por Gustavo Capanema, herdou a característica proto centralizadora do DNSP e as aprofundou como meio de alcançar objetivos políticos, quais sejam, sua penetração em assuntos de competência dos estados. Um exemplo dessa penetração ocorreu quando do aumento dos casos de peste humana na região Nordeste, que fez com que o governo federal enviasse vários médicos e comissões para investigar a epidemiologia da doença em 1935, já sob o comando da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, com o fito de preparar uma estratégia única de combate. No ano de 1936 somou-se a esse esforço a Oficina Sanitária Pan-Americana que, a partir de então, colaborou com o governo brasileiro até inícios da década seguinte na elaboração dos trabalhos antipestosos.

A criação das Delegacias Federais de Saúde, em 1937, assegurou a celebração dos acordos que aconteciam desde a década anterior, atuando como esferas intermediárias entre os estados e a União. A peste passava a ser da alçada desses órgãos que, englobando mais de um estado, dividiram as áreas pestosas do Nordeste, onde a doença era endêmica. Contudo, o problema da peste precisava de mais rigidez em seu combate por ser uma doença com potencial perigo de irradiação do interior para o litoral e daí para outros países. Ela continuava sendo considerada uma doença perigosa para o comércio interno e internacional. Daí a necessidade de seu controle e erradicação.

A criação do Serviço Nacional de Peste veio, assim, atender às necessidades e aos apelos dos médicos, muitos deles funcionários públicos, ao ministro Gustavo Capanema para a centralização do combate à peste. Isso é importante para perceber como as ações federais eram consideradas fundamentais para regular e equilibrar as diferentes condições sanitárias dos estados. A criação do SNP derivou dos esforços de sanitaristas que pregavam pela unificação dos serviços, o que se alinhava com a proposta política de Vargas e com as sugestões da OSP no mesmo sentido. A OSP colaborou com consultorias sobre os trabalhos de campo, com a defesa da centralização dos serviços, com a compilação da legislação antipestosa e através da pesquisa de Macchiavello entre 1939 e 1941.

No período de existência do SNP observou-se uma maior sistematização, uniformização e permanência dos trabalhos profiláticos. O esquema vertical de organização, caracterizado pela centralidade diretiva e executiva, e o modelo de campanha, que prezava pelo controle dos surtos através de medidas que eliminassem os vetores, além das ações de educação sanitária e da terapêutica ministrada aos doentes, contribuíram para o seu funcionamento. Através da sua atuação nas áreas endêmicas localizadas no interior do Nordeste, os funcionários do SNP (guardas sanitários e médicos) personificavam a imagem do governo federal e o representava frente às comunidades. Sua presença frequente permitia um contato maior com a população e o reconhecimento da ação desse ente federativo através de suas atividades rotineiras que se baseavam em grande parte na captura de roedores e no ajuste das habitações para se afastarem as possibilidades de abrigo e alimento aos ratos. Como visto no último capítulo, tais medidas geraram alguns atritos entre a população e os funcionários do Serviço, culminando em reclamações ao Presidente da República através dos telegramas. Um indicativo do reconhecimento da União como mediadora e solucionadora de conflitos no interior.

Outro aspecto relevante na atuação do SNP foram as atividades de pesquisa que contribuíram para que se conhecesse mais sobre a peste bubônica no país, além do empreendimento que favoreceu a reunião de uma expressiva coleção de roedores, na década de 1950, que hoje se encontra no Museu Nacional no Rio de Janeiro, e a de sifonápteros que fora enviada à Universidade de São Paulo. A pesquisa fazia parte da rotina do SNP e buscou entender qual era a participação das diversas espécies de roedores e pulgas na dinâmica da peste.

O SNP teve sucesso em seus trabalhos, visto que, devido a sua intensidade e constância, houve decréscimo dos casos de peste humana. Contudo, o órgão viria a ser extinto e incorporado, juntamente com o Serviço Nacional de Malária e o Serviço Nacional de Febre Amarela, ao Departamento Nacional de Endemias Rurais no governo de Juscelino Kubitschek. Ainda sendo evidente a gravidade das endemias rurais no país e urgente seu combate, a reunião dos antigos Serviços em um único órgão pareceu atender melhor às necessidades do novo governo, para o qual as doenças pestilenciais não suscitavam a mesma preocupação de antes, dando lugar às doenças de massa. Entretanto isso não significou que os trabalhos profiláticos em peste cessaram. Pelo contrário, após o recrudescimento dos casos da

doença, na década de 1960, foram necessários outros estudos, inclusive de cooperação internacional, para tentar definir de uma vez por todas as reais condições epidemiológicas da doença.

A peste permanece endêmica em diversos países. O último caso humano no Brasil foi registrado no Ceará em 2005, no município de Pedra Branca. Atualmente, o Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, da Fiocruz de Pernambuco, localizado na cidade de Recife, realiza a análise de amostras suspeitas enviadas pelos Laboratórios Centrais dos Estados. O monitoramento da atividade pestosa continua sendo realizado pelos estados onde existem focos (PI, CE, RN, PB, PE, AL, BA, MG e RJ) e nos portos e aeroportos (por exigência do Regulamento Sanitário Internacional). Em campo, os métodos utilizados atualmente são os de captura através de armadilhas e de iscas e de coleta de cadáveres de roedores, assim como a coleta de pulgas nas residências e nas tocas. Laboratorialmente são feitas as pesquisas sorológicas de roedores e de seus predadores como cães e gatos. Some-se a isso a conscientização da população⁴³⁹. Embora não seja mais uma preocupação do ponto de vista clínico, o imaginário sobre a doença, adquirido ao longo de séculos de relatos funestos e trágicos, permanece e remete às imagens apocalípticas e aterradoras do passado. Apesar disso, a peste bubônica é considerada uma ameaça real, pois está categorizada como arma biológica, categoria A (alta prioridade, junto de outras doenças como antrax, varíola e ebola)⁴⁴⁰ e como uma doença emergente⁴⁴¹.

Por fim, gostaria de expor o desenlace da entrevista de Celso Arcoverde de Freitas, à qual eu recorri por várias vezes aqui, para também finalizar esta dissertação, aproveitando para destacar a sensibilidade desse personagem que me acompanhou durante essa trajetória de dois anos e quem eu lamento não ter tido a oportunidade de conhecer.

Wanda Hamilton - O sr. vai ler pra gente, aqui pra terminar essa entrevista?
[riso] Aquele conto sobre o menino que tá com peste?

Celso Arcoverde - Aquilo dali pra você vê, aquilo dali ... é um ... é um reflexo do que é o sanitarista que fica com amor àquilo que faz desde o início.

439 Manual de Vigilância Contra a Peste, 2004, p. 53-60.

440 Fonte: <https://emergency.cdc.gov/agent/agentlist-category.asp>

441 World Health Organization, Regional Office for South-East Asia. A brief guide to emerging infectious diseases and zoonoses, 2014.

WH - Por isso que a gente gostaria que o senhor terminasse.

CA - Vamo lá. Isso aqui é consequência, ou melhor são reminiscências e o título Reminiscências, viu? “No espigão da serra, o casario de Garanhuns se divide em cinco direções formando uma estrela de longos raios. Lá o céu luminoso, a paisagem alegre, eucaliptos embalsamam o ar. Vi rosas em casas de pobre. Do alto do Monte Sinai o panorama finda no círculo do horizonte. A terra distante escondendo suas ondulações, os azuis batidos. No campo roças viçosas geram fartura. Som de chocalho no pasto diz aonde está o gado. Mas na redondeza de dez léguas para as bandas de Bom Conselho de Papa-Caça, aos confins da serra de Cumunati a onda de peste passava matando. Naquelas paragens a natureza no seu eterno ciclo de vida e morte. O baque da porteira no mourão da cerca anunciam aos de Papacacinha a chegada da higiene. Apeamos no terreiro da velha casa de taipa rodeada de pés de café, a família esperava em silêncio. Alguém acorocado riscava lentamente o chão com um graveto. No quarto a mãe da menina levanta o candeeiro de chama esfumaçada e balbucia “Minha filha está morrendo”, depois de uma pausa, com voz dolorida “Salve minha filha”. Enquanto a doente era examinada, a mãe falava “Febre, muita febre, veio o caroço, transvariou, transvariou, esmoreceu até não dar mais acordo”. No tornozelo uma fita vermelha para esconjurar o mal. A luz da lanterna de pilha clareia o bulbão (sic) ignal (sic), o exame clínico mostra sem sombra de dúvida o diagnóstico. Por que ainda a tortura de uma pulsão (sic) naquele tumor doloroso? Só para confirmação bacteriológica? Eu estava responsável pela vida, mas só vislumbrava a morte naquela fase septissêmica (sic). Foi injetado sôro (sic) antipestoso...

CA - Mas era tarde... no terreiro guardas sanitários preparavam emulsão de sabão e querosene para eliminar pulgas pestíferas dos ratos encontrados mortos. De novo ia observar a doente, esperava que a cafeína estimulasse o coração já em fibrilação. O milagre não vinha, a chama do candeeiro alumia a agonia... e acabou⁴⁴².

442 DCAF, Fita 25, lado B. Foi mantida a grafia da transcrição original.

Referências

Fontes em arquivos:

Arquivo Nacional

BR RJANRIO 35.0 PRO.14662 - Telegrama protestando contra trabalhos Serviço Nacional da Peste que combatendo ratos obriga gente pobre a retirar cereais de dentro de suas casas e derrubada de cercas protetoras de quintais.

BR RJANRIO 35.0 PRO.9716 - Telegrama, apelando no sentido de que sejam sustadas as exigências do Serviço Nacional de Peste que está impondo execuções imediatas dos pisos e rodapés de cimento em todos os prédios inclusive em residências, enquanto que zona suburbana e rural ordena a derrubada de tapumes.

BR RJANRIO 35.0 PRO.13683 – Carta pedindo amparo para que o Serviço Nacional de Peste lhe permita a construção de ratoeiras modernas em substituição as exigências feitas por aquele serviço.

Centro de Pesquisa e Documentação Histórica/Fundação Getúlio Vargas (CPDOC/FGV)

GC-1278f - 1ª Conferência Nacional de Educação e 1ª Conferência Nacional de Saúde.

GC h 1940.03.11 - Documentos sobre a peste envolvendo a ação do Serviço Nacional de Peste, pesquisas, verbas, relatórios sobre os trabalhos de profilaxia (1938-1942), anteprojeto de decreto-lei regulando o regime de combate a peste e instalações do SNP.

Departamento de Arquivo e Documentação/Casa de Oswaldo Cruz (DAD/COC/FIOCRUZ)

Fundo Celso Arcoverde

CE-GI-01 v.1

CE-GI-02 v.2

Hemeroteca da Biblioteca Nacional

10ª REUNIÃO ANNUAL da sociedade de medicina. Diário de Pernambuco, Recife, ano 115, nº 217, p. 7, 15 de setembro de 1940.

A PESTE bubonica no Ceará. Diário de Pernambuco, Recife, ano 109, nº 257, p. 1, 20 de novembro de 1934.

ANTI-RATIZAÇÃO para o mercado de São José. Uma ameaça constante à vida e à saúde do homem. Diário de Pernambuco, Recife, ano 123, nº 66, p. 3, 19 de março de 1948.

AS CONDIÇÕES sanitárias do Brasil. Diário de Pernambuco, Recife, ano 111, nº 9A, p. 5, 11 de janeiro de 1936.

CAMPANHA contra a peste. Virá ao nordeste o senhor Mario Pinotti. Diário de Pernambuco, Recife, ano 116, nº 238, p. 7, 10 de outubro de 1941.

CASOS DE PESTE bubonica no município de Triunfo. Diário de Pernambuco, Recife, ano 122, nº 116, p. 3, 21 de maio de 1947.

CASOS DE PESTE bubonica no Pará. Diário de Pernambuco, Recife, ano 120, nº 242, p. 3, 16 de outubro de 1945.

CHEGOU AO RECIFE o director do Departamento Nacional de Saúde Pública. Diário de Pernambuco, Recife, ano 114, nº 7B, p. 1, 17 de novembro de 1938.

COMBATE A PESTE bubonica no Nordeste. Diário de Pernambuco, Recife, ano 110, nº 160, p. 1, 7 de julho de 1935.

COMBATE SISTEMÁTICO á peste. Diário de Pernambuco, Recife, ano 118, nº 36, p. 3, 12 de fevereiro de 1943.

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO e especialização em peste (edital). Diário de Pernambuco, Recife, ano 120, nº 36, p. 7, 13 de fevereiro de 1945.

DENTRO DE DEZ ANOS não haverá peste no Brasil. Diário de Pernambuco, Recife, ano 117, nº 86, p. 5, 14 de abril de 1942.

EM EXCURSÃO pelos países latinos. A Noite, Rio de Janeiro, ano XIII, nº 4295, p. 1, 12 de novembro de 1923.

EM TORNO do problema da peste. Diário de Pernambuco, Recife, ano 111, nº 235, p. 1, 3 de outubro de 1936.

ENCONTRAM-SE no Recife dois sanitaristas que estudarão o problema da peste bubonica neste estado. Diário de Pernambuco, Recife, ano 114, nº 241, p. 12, 20 de agosto de 1939.

INQUERITO SOBRE a peste bubonica no Nordeste. Diário de Pernambuco, Recife, ano 110, nº 162, p. 3, 10 de julho de 1935.

O DR. JOHN LONG elogia a situação sanitária do Brasil. Correio da Manhã, Rio de Janeiro, ano XXIX, nº 10.604, p. 1, 26 de julho de 1929.

O ENCERRAMENTO do Congresso Interno de Peste. Diário de Pernambuco, Recife, ano 114, nº 8B, p. 3, 17 de novembro de 1938.

O SURTO DE PESTE bubonica no Nordeste. Diário de Pernambuco, Recife, ano 110, nº 243, p. 2, 17 de outubro de 1935.

OS SERVIÇOS sanitários do Nordeste. Diário de Pernambuco, Recife, ano 111, nº 135, p. 12, 9 de junho de 1936.

PESTE no nordeste. Diário de Pernambuco, Recife, ano 115, nº 202, p. 5, 28 de agosto de 1940.

PORQUE NÃO exterminar os ratos? Diário de Pernambuco, Recife, ano 106, nº 156, p. 5, 12 de julho de 1931.

REALIZAÇÕES dos Serviços Sanitários nos Estados. Diário de Pernambuco, Recife, ano 111, nº 240, p. 3, 9 de outubro de 1936.

RESOLVIDO o difícil problema da alimentação em F. de Noronha. Diário de Pernambuco, Recife, ano 119, nº 122, p. 3, 25 de maio de 1944.

REVOLUÇÃO na organização. Diário de Pernambuco, Recife, ano xx, nº 19, p. 2 e 6, 22 de janeiro de 1956.

SAIDO ONTEM. Diário de Pernambuco, Recife, ano 116, nº 219, p. 5, 18 de setembro de 1941.

SEIS ANOS de administração sanitária. Diário de Pernambuco, Recife, ano 106, nº 134, p. 7, 14 de junho de 1931.

SURTO DE PESTE no districto de Casinhas, em Surubim. Diário de Pernambuco, Recife, ano 111, nº 175, p. 3, 26 de julho de 1936.

VAI SER resolvido o problema da peste no Brasil. Diário de Pernambuco, Recife, ano xx, nº xx, p. 5, 17 de outubro de 1941.

VARIAS. Diário de Pernambuco, Recife, ano 110, nº 173, p. 3, 24 de julho de 1935.

VARIAS. Diário de Pernambuco, Recife, ano 110, nº 174, p. 5, 25 de julho de 1935.

VI CONGRESSO da Associação Medica Pan-Americana. Jornal do Commercio, Rio de Janeiro, ano 108, nº 244, p.4, 15 e 16 de julho de 1935.

Fontes impressas:

ANTUNES, Alair A. A desratização no Rio de Janeiro. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 10, nº 11, noviembre de 1931, pp. 1515-1520.

BARBOSA, Placido. Typos de organização sanitaria applicaveis ao Brasil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 9, nº 10, octubre de 1930, pp. 1257-1259.

BARRETO, João de Barros; CASTRO, Almir. Aspectos epidemiológicos da peste no Brasil. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, 44, (3), 1946, pp. 505-527.

BARRETO, João de Barros; CASTRO, Almir. Diretrizes do combate à peste no Brasil. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, 45, (2), 1947, pp. 377-393.

BARRETO, João de Barros. A peste no Brasil durante o anno de 1936.. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 16, nº 5, mayo de 1937, pp. 409-413.

BARRETO, João de Barros. A saúde pública no Brasil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 18, nº 10, octubre de 1939, pp. 923-940.

BARRETO, João de Barros. A saúde pública no Brasil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 22, nº 11, noviembre de 1943, pp. 961-976.

BARRETO, João de Barros. A saúde pública no Brasil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 24, nº 3, marzo de 1945, pp. 193-210.

BARRETO, João de Barros. Creação dum Departamento Nacional de Saúde no Brasil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 16, julio de 1937, nº 7, pp. 611-614.

BARRETO, João de Barros. O estado atual do problema da peste no Brasil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 19, nº 9, septiembre de 1940, pp. 866-877.

BARRETO, João de Barros. Serviços federais de saúde no Brasil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Ano 17, nº6, junio de 1938, pp. 479-494.

BARROS, Paulino de. O papel da imprensa do interior na higiene rural. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 12, nº6, junho de 1933, pp. 667-670.

BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. A peste na Parahyba. Ano 8, nº 9, septiembre de 1933, p. 1000.

BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. A peste no Brasil. Ano 10, nº 8, agosto de 1931, p. 1108-1109.

BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Acuerdo entre el Perú y el Ecuador com respecto a la lucha antipestosa. Ano 25, nº 1, enero de 1946, p. 50.

BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Acuerdo sanitario Panamericano entre Uruguay, Argentina, Brasil y Paraguay. Ano 27, nº 6, junio de 1948, p. 513-519.

BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. El Dr. Long entra em el Servicio del Gobierno de Chile como asesor sanitario. Ano 4, nº 8, agosto de 1925, p. 283-284.

BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Instrucções para o Serviço de Peste (Primeira Serie, organizada pela Directoria Geral de Saude e Assistencis Medico-Social do Brasil de accordo com o Dr. J. D. Long, da Oficina Sanitaria Pan-Americana). Ano 15, nº 11, noviembre de 1936, p. 1075-1080.

BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. La “Antirratización” (Ratproofing) de los edificios como Medida contra la peste. Ano 7, nº 9, septiembre de 1928, p. 1055-1064).

BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. La peste em Amérique (1921-1930). Ano 9, nº 12, diciembre de 1930, p. 1511-1512.

BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Octavo Congreso Científico Americano. Ano 19, nº 7, julio de 1940, p. 657-661.

BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Peste. Ano 18, nº 9, septiembre de 1939, p. 864-871.

BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Peste. Ano 16, nº 1, enero de 1937, p. 42-57.

BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Peste. Ano 13, nº 4, abril de 1934, p. 329-337.

BOLETÍN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Peste. Ano 14, nº 3, marzo de 1935, p. 238-256.

CÓDIGO SANITÁRIO PANAMERICANO. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Ano 8, n° 11, noviembre de 1929, pp. 1257-1276.

CRUZ, Oswaldo Gonçalves. Peste. Rio de Janeiro: Typ. Besnard Frères, 1906.

DONOVAN, Anthony; HOPKINS, E.D. El lanzallamas en la lucha antipestosa. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 20, n° 19, octubre de 1941, pp. 1007-1016.

DONOVAN, Anthony. Algunos adelantos de la medicina durante la Segunda Guerra Mundial y sus aplicaciones em tiempo de paz. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Ano 26, n° 8, agosto de 1947, pp. 696-703.

FIALHO, Amadeu. A peste bubônica no Ceará. Ano 14, n° 9, septiembre de 1933, p. 824-833.

FREITAS, Celso Arcoverde de. Considerações sobre a epidemiologia e a profilaxia da peste. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Ano 68, n° 5, mayo de 1970, pp. 393-402.

FREITAS, Octavio de. Historico das organizações médico-sanitárias em Pernambuco até 1930. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Ano 14, n° 3, marzo de 1935, pp. 286-292.

FRÓES, Heitor. A campanha de dedetização no estado do Rio de Janeiro. Ano 26, n° 11-12, nov.-dic. de 1947, p. 954-956.

HAVELBURG, W. Plague at Rio de Janeiro. Public Health Reports, vol. 15, n° 27, July 6, 1900, pp. 1714-1716.

HAVELBURG, W. Plague at Santos. Public Health Reports, vol. 14, December 1, 1899, n° 48, December 1, 1899, pp. 2140-2148.

HENRIQUES, Athos. Métodos de laboratório na profilaxia da peste. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Ano 21, n° 3, marzo de 1942, pp. 227-230.

INTERNATIONAL UNION OF THE AMERICAN REPUBLICS. Resolutions. International Sanitary Convention of the American Republics. Second General International Sanitary Convention (appendix), Washington, D.C. : Government Printing Office, 1906).

KITASATO, Shibasuburo. THE BACILLUS OF BUBONIC PLAGUE. The Lancet, vol 144, issue 3704p. 428-430, august 25, 1894. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(01\)58670-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(01)58670-5/fulltext) .

Acessado em 20 de fev de 2021.

LONG, John. La campaña antipestosa em Guayaquil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Ano 9, n° 8, agosto de 1930, p. 921-930.

LONG, John. La campaña cooperativa para la erradicación de la peste bubónica em el Perú. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Ano 10, n° 9, septiembre de 1931, pp. 1127-1134.

LONG, John. La importancia de la medicina preventiva. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Ano 4, n° 1, enero de 1925, p. 5-12.

LONG, John. Obras de sanidad panamericana. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Ano 11, n° 10, octubre de 1935, pp. 1027-1032.

LONG, John. Reorganización del Servicio Nacional de Sanidad de Chile. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Ano 6, n° 12, diciembre de 1927, pp. 819-25.

MACCHIAVELLO, Atilio; MOSTAJO, Benjamín. Control de una epidemia de peste bubónica com DDT y “1080”. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Ano 25, n° 12, diciembre de 1946, pp. 1097-1100.

MACCHIAVELLO, Atilio. Evaluación de nuevas drogas para el tratamiento y prevención de la peste, especialmente bubónica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Ano 28, n° 4, abril de 1949, pp. 1027-1032.

MACCHIAVELLO, Atilio. Investigaciones sobre peste en el Nordeste brasileño. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 20, n° 5, mayo de 1941, pp. 441-466.

MACCHIAVELLO, Atilio. Sobre a peste no nordeste brasileiro (Resposta ao Sr. Marcello Silva Jr. Brasil Médico, ano LVII, n° 1 e 2, 1943, p. 6-9.

MACCHIAVELLO, Atilio. Sobre a peste no nordeste brasileiro (Resposta ao Sr. Marcello Silva Jr. Brasil Médico, ano LVII, n° 3, 4 e 5, 1943, p. 31-34.

MACCHIAVELLO, Atilio. Sobre a peste no nordeste brasileiro (Resposta ao Sr. Marcello Silva Jr. Brasil Médico, ano LVII, n° 6 e 7, 1943, p. 46-49.

MACCHIAVELLO, Atilio. Some Special Epidemiological and Clinical Features of Plague in Northeastern Brazil. Public Health Reports, Vol. 56, n°. 33 , Aug. 15, 1941, pp. 1657-1661.

MATTOS, Emygdio. Peste. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 7, n° 9, septiembre de 1928, pp. 1141-1154.

MELLO, E. Jansen de. Departamento de saúde publica de Pernambuco. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 11, n° 7, julio de 1932, pp. 765-774.

MIÑO, Carlos A. La peste bubónica en el Ecuador y el Perú. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 11, n° 8, agosto de 1932, pp. 821-824.

MOURA, Samuel Augusto Leão de; REMIÃO, Maciste Santos. Cinco anos de laboratório de peste. Revista do Instituto Adolfo Lutz, pp. 375-388.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Undécima Conferencia Sanitaria Panamericana. Acta Final. Publicação n° 205, abril de 1944.

PARREIRAS, Decio. A saúde pública no estado de Pernambuco. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 13, n° 9, septiembre de 1934, pp. 878-882.

PARREIRAS, Decio. Notas e estudos sobre a peste no nordeste do Brasil, problema nacional. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 15, n° 5, mayo de 1936, pp. 429-433.

PENNA, Belisario; NEIVA, Arthur. Viagem científica pelo Norte da Bahia, sudoeste de Pernambuco, sul do Piauí e de norte a sul de Goiaz. Ed. Fac-similar. Brasília; Senado Federal, 1999, pp.164-184.

PENNA, Belisario. A saúde pública no Brasil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 11, n° 8, agosto de 1932, pp. 795-799.

PRADO JUNIOR, F. O serviço de laboratório na profilaxia da peste em São Paulo. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 19, n° 10, octubre de 1940, pp. 971-980.

SILVA, Esmeraldo C. Tratamento e profilaxia da peste. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, ano 16, n° 1, enero de 1937, pp. 20-22.

SILVA JUNIOR, Marcelo. Observações a margem das “Investigaciones sobre la peste en el Nordeste brasileño” da autoria de Attilio Macchiavello. Brasil Médico, ano LV, n° 46, 1941, p. 762-771.

SILVA JUNIOR, Marcelo. Observações a margem das “Investigaciones sobre la peste en el Nordeste brasileño” da autoria de Attilio Macchiavello. Brasil Médico, ano LVII, n° 16 e 17, 1943, p. 193-195.

SILVA JUNIOR, Marcelo. Observações a margem das “Investigaciones sobre la peste en el Nordeste brasileño” da autoria de Attilio Macchiavello. Brasil Médico, ano LVII, n° 10 E 11 , 1943, p. 89-92.

SILVA JUNIOR, Marcelo. Observações a margem das “Investigaciones sobre la peste en el Nordeste brasileño” da autoria de Attilio Macchiavello. Brasil Médico, ano LVII, n° 14 e 15 , 1943, p. 182-184.

SILVA JUNIOR, Marcelo. Observações a margem das “Investigaciones sobre la peste en el Nordeste brasileño” da autoria de Attilio Macchiavello. *Brasil Médico*, ano LVII, n° 18, 19 e 20, 1943, p. 214-215.

SILVA JUNIOR, Marcelo. Observações a margem das “Investigaciones sobre la peste en el Nordeste brasileño” da autoria de Attilio Macchiavello. *Brasil Médico*, ano LVII, n° 21 e 22, 1943, p. 235-237.

SILVA JUNIOR, Marcelo. Observações a margem das “Investigaciones sobre la peste en el Nordeste brasileño” da autoria de Attilio Macchiavello. *Brasil Médico*, ano LVII, n° 23 e 24, 1943, p. 254-256.

SILVA JUNIOR, Marcelo. Observações a margem das “Investigaciones sobre la peste en el Nordeste brasileño” da autoria de Attilio Macchiavello. *Brasil Médico*, ano LVII, n° 25 e 26, 1943, p. 275-279.

SILVA JUNIOR, Marcelo. Observações a margem das “Investigaciones sobre la peste en el Nordeste brasileño” da autoria de Attilio Macchiavello. *Brasil Médico*, ano LVII, n° 8 e 9, 1943, p. 70-89.

SILVA JUNIOR, Marcelo. Peste no Ceará. *Arquivos de Higiene*, ano VI, n° III, p. 155-186, 1936.

SIMON, Roland. Contribuição ao estudo das provas biológicas no diagnóstico da infecção pestosa. Monografias do Serviço Nacional de Peste. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1952.

SIMON, Roland. Experiencias sobre a capacidade transmissôra da *Rhopalopsyllus Bohlsi* Jordani e Inquérito Pulicidiano em Fócos Silentes. Monografias do Serviço Nacional de Peste. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1954.

SIMON, Roland. Verificação da sensibilidade dos roedores da região neotrópica. Monografias do Serviço Nacional de Peste. Ministério da Educação e Saúde. Departamento Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Gráfica Debret, 1951.

The war against rats. *Danzysz Virus*. *The Evening News*, February 27, 1908. Disponível em: <https://wellcomecollection.org/works/xg2qa4ws/items?canvas=2&langCode=eng> . Acessado em 20 de fev de 2021.

The Danysz virus for field pests. The Lancet, vol 166, issue 4271, July 8, 1905, pp. 99-100. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673601258784> . Acessado em 20 de fev de 2021.

World Health Organization. Expert committee on plague. Report on the first session. Technical Report Series, n° 11, Geneva, 1950. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38920> . Acessado em 20 de fev de 2021.

World Health Organization. Expert committee on plague. Report on the first session. Technical Report Series, n° 74, Geneva, 1953. Disponível em : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/265895> . Acessado em 20 de fev de 2021.

YERSIN, Alexander. La peste bubonique à Hong Kong. Annales de l'Institut Pasteur, 8eme année, n° 9, septembre 1894, pp. 662-667. Disponível em <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k58345103/f54.image.r=yersin?rk=21459;2> . Acessado em 20 de fev de 2021.

Fontes orais:

Depoimento do médico Celso Arcoverde de Freitas (DCAF)

Depoimento do médico Almir Godofredo de Almeida e Castro (DAC)

Decretos e leis:

BRASIL. Constituição (1891). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1824-1899/constituicao-35081-24-fevereiro-1891-532699-publicacaooriginal-15017-pl.html> .Acessado em 12 de dez de 2020.

BRASIL. Constituição (1934). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em:<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1930-1939/constituicao-1934-16-julho-1934-365196-publicacaooriginal-1-pl.html> . Acessado em: 12 de dez de 2020.

BRASIL. Constituição (1937). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em:<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1930-1939/constituicao-35093-10-novembro-1937-532849-publicacaooriginal-15246-pl.html> . Acessado em: 12 de dez de 2020.

BRASIL. Constituição (1946). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em:<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1940-1949/constituicao-1946-18-julho-1946-365199-publicacaooriginal-1-pl.html> . Acessado em: 12 de dez de 2020.

BRASIL. Decreto nº 19.402, de 14 de Novembro de 1930. Cria uma Secretária de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saude Publica. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19402-14-novembro-1930-515729-publicacaooriginal-1-pe.html> . Acessado em: 20 de fev de 2021.

BRASIL. Decreto nº 8.674, de 4 de fevereiro de 1942. Aprova o Regimento do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-8674-4-fevereiro-1942-459566-publicacaooriginal-1-pe.html> . Acessado em: 20 de fev de 2021.

BRASIL. Decreto nº 8.676, de 4 de fevereiro de 1942. Aprova o regimento do Serviço Nacional da Peste. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/414450/publicacao/15766272>. Acessado em: 20 de fev de 2021.

BRASIL. Decreto-lei nº 3.643, de 23 de setembro de 1941. Institue, no Departamento Nacional de Saúde o Ministério da Educação e Saúde, o Serviço Nacional do Câncer e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3643-23-setembro-1941-413887-publicacaooriginal-1-pe.html> . Acessado em: 20 de fev de 2021.

BRASIL. Decreto-lei nº 3171 de 2 de abril de 1941. Reorganiza o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-3171-2-abril-1941-413188-publicacaooriginal-1-pe.html> . Acessado em: 20 de fev de 2021.

BRASIL. Decreto-lei nº 8938 de 26 de janeiro de 1946. Regula o regime de combate à peste e das práticas de anti e desratização em todo o país. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-8938-26-janeiro-1946-416901-normaactualizada-pe.html> . Acessado em: 20 de fev de 2021.

BRASIL. Lei nº 2743 de 6 de março de 1956. Cria o Departamento Nacional de Endemias Rurais no Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-2743-6-marco-1956-355164-publicacaooriginal-1-pl.html> . Acessado em: 20 de fev de 2021.

BRASIL. Lei nº 378, de 13 de janeiro de 1937. Dá nova organização ao Ministério da educação e Saúde Pública. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1930-1939/lei-378-13-janeiro-1937-398059-publicacaooriginal-1-pl.html> . Acessado em: 20 de fev de 2021.

Bibliografia:

ACKERKNECHT, Erwin H. anticontagionism between 1821 and 1867. *International Journal of Epidemiology*, vol. 38, Issue 1, February 2009, p. 7–21.

ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. O engenho anti-moderno: a invenção do Nordeste e outras artes. 507f. Tese (Doutorado em História). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, Campinas, SP, 1994.

ALMEIDA, Alzira. Frederico Simões Barbosa e a peste. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32 (Sup 1), p. S1-S3, 2016.

ANDERSON, Elizabeth T. Plague in the Continental United States, 1900-76. *Public Health Reports* (1974-) , May - Jun., 1978, Vol. 93, No. 3 (May - Jun., 1978), pp. 297-301.

ANDRADE, Rômulo de Paula. A Amazônia na era do desenvolvimento: saúde, alimentação e meio ambiente (1946-1966). 378f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2012.

ANDRADE, Rômulo de Paula. Contribuições para um debate: a antropologia do desenvolvimento e a valorização econômica da Amazônia (1951-1955). *Cadernos do Desenvolvimento*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 16, jan.-jun. 2015, pp.53-72.

ARAGÃO et alli. Tendência secular da peste no Estado do Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(3), mar, 2007, pp. 715-724.

ARAGÃO, Éverton Alves. Nordeste: escrevendo uma História Ambiental. *Epígrafe*, São Paulo, v. 8, n. 8, 2020, pp. 86-109.

ARAGÃO, Mario. A memória de um “cabra da peste”. *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, 5 (2): abr/jun, 1989, pp. 236-237

ARAÚJO, Renato dos Santos. Profilaxia da Peste. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, vol. I, nº 6, pp. 327-336.

ARAÚJO, Silveira Vieira de. Entre o poder e a ciência: história das instituições de saúde e de higiene da Paraíba na Primeira República (1899-1930). 327f. Tese (doutorado). CFCH, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

ÁVILA-PIRES, Fernando Dias. João Moojen (1904-1985). Arquivos do Museu Nacional, v.63, nº1, jan/mar, p. 7-12, 2005

AYLWARD, Bruce et alli. When is a Disease Eradicable? 100 Years of Lessons Learned. American Journal of Public Health, october 2000, vol. 90, nº10.

BARRETO, Danielle Cristina dos Santos. Uma trajetória familiar na ciência: Evandro Chagas (1905-1940) e o estudo das endemias rurais no Brasil. 295f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde). Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, 2012.

BENCHIMOL, Jaime Larry. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, ano 5, nº 2, 2000, pp. 265-292.

BENCHIMOL, Jaime. Pereira Passos: um Haussman tropical. A renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1992.

BERRIDGE, Virginia. History in public health: a new development In.: Hygiea internationalis: an interdisciplinary journal for the history of public health, v.1, nº1, 1999, p. 23-35.

BOCCACCIO, Giovanni. Decamerão. São Paulo: Abril Cultural, 1971.

BONVICINO, C. R. ; OLIVEIRA, J. A. ; D'ANDREA, P. S. Guia dos Roedores do Brasil, com chaves para gêneros baseadas em caracteres externos. Rio de Janeiro: Centro Pan-Americano de Febre Aftosa - OPAS/OMS, 2008.

BRAGA, André luiz de Carvalho. O Serviço Nacional de Doenças Mentais no governo JK: a assistência psiquiátrica para o Distrito Federal. 185f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde), Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2013.

BRASIL. Departamento Administrativo do Serviço Público. O Plano SALTE. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1950.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Manual de controle de roedores. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil 1950. Rio de Janeiro: IBGE, v. 11, 1951.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil 1951. Rio de Janeiro: IBGE, v. 12, 1952.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil 1953. Rio de Janeiro: IBGE, v. 14, 1953.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil 1954. Rio de Janeiro: IBGE, v. 15, 1954.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil 1955. Rio de Janeiro: IBGE, v. 16, 1955.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil 1956. Rio de Janeiro: IBGE, v. 17, 1956.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil 1957. Rio de Janeiro: IBGE, v. 18, 1957.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil 1958. Rio de Janeiro: IBGE, v. 19, 1959.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Endemias Rurais. Campanha contra a peste, 1956.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de vigilância e controle da peste, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Superintendência de Campanhas de Saúde Pública. Manual (instruções para auxiliares em epidemiologia da peste). Campanha contra a peste. Rio de Janeiro, 1973.

BRASIL. Ministério do Planejamento e Orçamento. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Anuário Estatístico do Brasil, volume 57, 1997.

BRITO, Nara; LIMA, Nísia Trindade. Saúde e nação: a proposta do saneamento rural. Um estudo da Revista Saúde (1918-1919). Estudos de História e Saúde, nº3. . Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1991.

- BROWN, Th. M.; CUETO, M.; FEE, E.: A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 13, n. 3, jul.-set. 2006, pp. 623-647.
- BURITI, Catarina de Oliveira; AGUIAR, José Otávio. Natureza e cultura nos domínios de clío: as secas e outras representações das paisagens semi-áridas na historiografia ambiental. *Cadernos de História*, Belo Horizonte, v.10, n°. 13, 1º sem. 2008.
- BUSTAMANTE, Miguel E. Los Primeros Cincuenta Años de la Oficina Sanitaria Panamericana. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Año 31, vol. XXXIII, n° 6, diciembre 1952.
- CAMPOS, André Luis Vieira de. La expansión de la autoridad estatal y el Servicio Especial de Salud Pública en el Brasil, 1942-1960. *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.* 2005, 25, 227-256.
- CAMPOS, André Luiz Vieira. Mario Magalhães da Silveira e o sanitarismo desenvolvimentista. In.: *Médicos intérpretes do Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2015, p. 427-451.
- CAMPOS, André. Construindo a administração sanitária no Brasil. p. 221-251. In: _____. *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: O Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006, pp. 221-251.
- CAMUS. Albert. *A Peste*. São Paulo: Record, 1978.
- CANALES Jimena. “Recording devices”. In.: LIGHTMAN, Bernard (org.). *A Companion to the History of Science*. Wiley-Blackwell, 2016, p. 500-514.
- CASTRO, Josué. *Geografia da Fome. O dilema brasileiro (pão ou aço)*. Rio de Janeiro: Antares, 1984.
- COURTNEY, Kenneth. Escritório da zona V da repartição sanitária panamericana, Rio de Janeiro, Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 33, n°5, vol. XXXVI, mayo de 1954.
- CUETO, Marcos; PALMER, Steven. *Medicina e Saúde Pública na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.
- CUETO, Marcos. La ciudad y las ratas: la peste bubonica en Lima y em la costa peruana a comienzos del siglo veinte. *HISTORICA*. Vol. XV. n° 1, julio de 1991.
- CUETO, Marcos. *O valor da Saúde. História da Organização Pan-Americana da Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

- CUKIERMAN, H. L. Viagem(ns) a Santos. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, V(1): 35-56, mar.-jun. 1998.
- CUNHA, Neiva Vieira da. Viagem, experiência e memória. Narrativas de profissionais da saúde pública dos anos 30. Bauru: EDUSC, 2015.
- CUNNINGHAM, Andrew. Transforming plague. The laboratory and the identity of infectious disease. In: _____; WILLIAMS, Perry (org.). *The laboratory revolution in medicine*. Cambridge University Press, 1992, p. 209-244.
- D'AMATO, Cláudio; TORRES, João P. M.; MALM Olaf. DDT (Dicloro Difênil Tricloroetano): toxicidade e contaminação ambiental – uma revisão. *Química Nova*, Vol. 25, nº 6, 995-1002, 2002.
- D'ARAÚJO, Maria Celina Soares. O segundo governo Vargas 1951-1954. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- DE PAULA, Dilma Andrade. A comissão do Vale do São Francisco: planejamento e política pública nas décadas de 1940-1950. Trabalho apresentado no VI Simpósio Nacional Estado e Poder: Cultura, realizado na Universidade Federal de Sergipe, Campus São Cristóvão, em outubro de 2010. Disponível em: <http://www.historia.uff.br/estadoepoder/files/UFS2010Dilma.pdf>. Acessado em: 10 de agosto de 2020.
- DEFOE, Daniel. Um diário do ano da peste. Porto Alegre: L&PM, 1987.
- DEPARTMENT OF STATE APPROPRIATION BILL FOR 1940. Hearings Before the Subcommittee of the Committee on Appropriations. House of Representatives. Washington: United States Government Printing Office, 1939.
- DI PRIMIO, Raul. Retrospecto epidemiológico da peste na cidade de Santa Maria. *Anais da Faculdade de Medicina de Porto Alegre*, v. 22, nº2, 1962, pp. 37-60.
- DULCI, Tereza Maria Spyer. As Conferências Pan-Americanas: identidades, união aduaneira e arbitragem (1889 a 1928). 134f. Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em História Social). Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2008.
- ECHENBERG, Myron. Pestis Redux: The Initial Years of the Third Bubonic Plague Pandemic, 1894-1901. *Journal of World History*, 2002, Vol. 13, nº. 2, 2002, pp. 429-449.

ESTEVA, Gustavo. Development. In.: SACHS, Wolfgang (ed.). The development dictionary: a guide to knowledge as power. New York: Zed Books, 2010.

FACCINI-MARTINEZ, Álvaro A.; SOTOMAYOR, Hugo A. Resenã histórica de la peste em Suramérica: una enfermedad poco conocida em Colombia. *Biomédica*, V. 33, 2013, pp. 8-27.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. As campanhas sanitárias e o Ministério da Saúde, 1953-1990. In.: BENCHIMOL, JL., coord. Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001, p. 299-305.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. Trabalhando em saúde pública pelo interior do Brasil: lembranças de uma geração de sanitaristas (1930-1970). *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (2): 393-411, 2000.

FRANCISCO, Thiago Pereira. Habitação popular, reforma urbana e periferização no Recife, 1920-1945. 143f. Dissertação (mestrado em História). CFCH, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2013.

FRANCO, José Luiz de Andrade; DRUMMOND, José Augusto. Cândido de Mello Leitão: as ciências biológicas e a valorização da natureza e da diversidade da vida. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.4, out.-dez, 2007, p.1265-1290.

FREITAS, Celso Arcoverde de. Considerações sôbre o absenteísmo. *Problema de administração*. *Revista do Serviço Público*, fevereiro de 1956, pp. 138-142.

FREITAS, Celso Arcoverde de. Depoimento: João Moojen de Oliveira pioneiro da mastozoologia brasileira. In.: *Arquivos do Museu Nacional*, Rio de Janeiro, v.63, n°1, jan/mar, p. 5-6, 2005.

FREITAS, Celso Arcoverde de. Episódios de campanhas sanitárias em Pernambuco. Rio de Janeiro: Gráfica Cervantes, 1992.

FREITAS, Celso Arcoverde de. História da peste e outras endemias. Rio de Janeiro: ENSP, 1988.

FREITAS, Celso Arcoverde de. Saúde no Brasil: nomes e fatos. Recife: Bagaço, 1988.

FREYRE, Gilberto. Nordeste. Aspectos da Influência da Cana sobre a Vida e a Paisagem do Nordeste do Brasil. São Paulo: Global, 2013 (edição digital).

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: Editora FIOCRUZ, 1992.

GARCÍA, Gregorio Delgado; ESTRELLA, Eduardo; NAVARRO, Judith. El Código Sanitario Panamericano: hacia una política de salud continental. Revista Panamericana de Salud Publica 6 (5), 1999, p. 350-361.

GOMES, Mônica Maria Coelho. Entre documentos, livros e objetos: o fundo Celso Arcoverde de Freitas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arquivologia) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2017.

GUIMARÃES, Maria. Uma fauna engavetada. Museu Nacional e de Zoologia da USP abrigam vastas coleções de animais, de difícil preservação. Pesquisa Fapesp, nº272, outubro de 2018, p.64-69. Disponível em <https://revistapesquisa.fapesp.br/uma-fauna-engavetada/> . Acessado em 20 de fev de 2021.

HAMILTON, W. e FONSECA, C.: Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. História, Ciências, Saúde Manguinhos, vol. 10 (3): 791-825, set.-dez. 2003.

HOCHMAN, Gilberto; MELLO, Maria Teresa Bandeira; SANTOS, Paulo Roberto Elian. A malária em foto: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX. História, Ciências, Saúde Manguinhos, vol. 9 (suplemento):233-73, 2002

HOCHMAN, Gilberto; TEIXEIRA, Luiz Antonio; PIMENTA, Tânia Salgado. História da saúde no Brasil: uma breve história. In.: _____ (org). História da saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2018.

HOCHMAN, Gilberto. “O Brasil não é só doença”: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jul. 2009, p.313-331.

HOCHMAN, Gilberto. A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2006.

HOCHMAN, Gilberto. FONSECA, Cristina. A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In.: Capanema: o ministro e seu ministério. Rio de Janeiro: FGV, 2000, pp. 173-193.

- HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educar*, Curitiba, nº 25, p. 127-141, 2005.
- HOCHMAN, Gilberto. Reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo. In.: GOMES, Ângela de Castro (org.). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.
- JACKSON, Catherine M. The Laboratory. In.: LIGHTMAN, Bernard (org.). *A Companion to the History of Science*. Wiley-Blackwell, 2016, p. 296-309.
- KOHLER, Robert E.; VETTER, Jeremy. The Field. In.: LIGHTMAN, Bernard (org.). *A Companion to the History of Science*. Wiley-Blackwell, 2016, p. 282-297.
- KROPF, Simone Petraglia. Carlos Chagas e os debates e controvérsias sobre a doença do Brasil (1909-1923). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jul. 2009, pp. 205-227
- KROPF, Simone Petraglia. Endemias rurais, saúde e desenvolvimento: Emmanuel Dias e a construção de uma rede de aliados contra a doença de Chagas. *Ciências e Saúde Coletiva*, 21 (11): 3621-3629, 2016.
- KUBITSCHKEK, Juscelino. Programa de saúde pública do candidato Juscelino Kubitschek. São Paulo: L. Nicollini S/A, 1955.
- LAVAL, Enrique. La peste bubónica en Chile. *Revista Chilena de Infectología*. Edición aniversario, 2003, pp. 96-97.
- LIMA, Estelita Pereira et alli. Exposição a pesticidas e repercussão na saúde de agentes sanitaristas no Estado do Ceará, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(6), 2009, pp. 2221-2230.
- LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitaria da primeira república. In: MAIO, M.C., and SANTOS, R.V., orgs. *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; CCBB, 1996, pp. 23-40.
- LIMA, Nísa Trindade. Euclides da Cunha: o Brasil como sertão. In. Botelho, André; Schwarcz, Lilia Moritz. *Um enigma chamado Brasil: 29 intérpretes e um país*. São Paulo, Companhia das Letras, 2009, pp. 104-117.
- LIMA, Nísia Trindade. A cidade descobre o sertão. Notas sobre a viagem de Roquette-Pinto a Rondônia e a dos médicos Arthur Neiva e Belisário Penna ao Brasil Central. In: Almeida,

- Marta de; Vergara, Moema de Rezende. *Ciência, história e historiografia*. São Paulo, Via Lettera, 2008, p.139-160.
- LIMA, Nísia Trindade. Informes sobre peste. In.: *Revista Insight Inteligência*, ano 2, nº 9, nov. 1999/abr. 2000, pp. 10-20.
- LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. In.: FINKELMAN, Jacobo. *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, pp. 24-116.
- LIMA, Nísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2013.
- LINARDI, Pedro Marcos; GUIMARÃES, Lindolfo Rocha. Sifonápteros do Brasil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, Vol. 98 (3): 433, abril 2003.
- LINARDI, Pedro Marcos. Checklist de Siphonaptera (Insecta) do Estado de São Paulo. Disponível em: <https://www.biotaneotropica.org.br/v11n1a/pt/fullpaper?bn0301101a2011+pt> . Acessado em 10 de dez de 2020.
- LINTERYS, Christos. A ‘Suitable Soil’: Plague’s Urban Breeding Grounds at the Dawn of the Third Pandemic. *Med. Hist.* (2017), vol. 61 (3), pp. 343–357.
- LINTERYS, Christos. Pestis Minor: The History of a Contested Plague Pathology. *Bulletin of the History of Medicine*, Volume 93, Number 1, Spring 2019, pp. 55-81.
- LIPPI, Lúcia Lippi. A conquista do espaço: sertão e fronteira no pensamento brasileiro. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, Vol. V (suplemento), pp. 195-215, Julho 1998.
- LIPPI, Lúcia Lippi. Estado Novo e a conquista de espaços territoriais e simbólicos. *Revista Política e Sociedade*, nº 12, abr/2008, p. 13-21.
- MACHADO, Maria Rita. O processo histórico do desmatamento do nordeste brasileiro: impactos ambientais e atividades econômicas. *Revista de Geografia*, vol. 23, nº 2, 2006, pp. 123-134.
- MAGALHÃES, Rodrigo César S. A “Era Soper de erradicação” e o apogeu da campanha continental para a erradicação do *Aedes aegypti*. In: *A erradicação do Aedes aegypti: febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

MAIO, Marcos Chor; LIMA, Nísia Trindade. Tradutores, intérpretes ou promotores de mudança? Cientistas sociais, educação sanitária rural e resistências culturais (1940-1960). *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 24, n. 2, p. 529-561, maio/ago. 2009.

MELLO, Dalva. Estudo retrospectivo da peste humana no Nordeste Oriental do Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Vol. IV, Nº 1, p. 11-30.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Centro de Documentação e Disseminação de Informações. *Estatísticas do século XX*. Rio de Janeiro: IBGE, 2006.

MOOJEN, João. *Os roedores do Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Livro, 1952.

MUNIZ, Érico Silva Alves Basta aplicar uma injeção? Saúde, doença e desenvolvimento : o Programa de Erradicação da Boubá no Brasil (1956-1961). 139f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2009. Rio de Janeiro, 2009.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVA, Matheus Alves Duarte da. “Não é meu intuito estabelecer polêmica”: a chegada da peste ao Brasil, análise de uma controvérsia, 1899. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.20, supl., nov., p.1271-1285 (2013a).

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; SILVA, Matheus Alves Duarte da. A peste bubônica no Rio de Janeiro e as estratégias públicas no seu combate (1900-1906). *Revista Territórios & Fronteiras*, Cuiabá, vol. 6, n. 2, jul.-dez., (2013b).

NASCIMENTO, Dilene Raimundo; SILVA, Matheus Alves Duarte. A peste bubônica em Portugal e Brasil: uma análise comparada (1899-1906). *Vozes, Pretérito & Devir*. Ano I, Vol. I, nº2 (2013c).

NASCIMENTO, Dilene Raimundo. Quando a peste aportou no Brasil no ano de 1899. *Anais do XXVI Simpósio Nacional de História, ANPUH*, São Paulo, julho 2011.

NEVES, Frederico de Castro. Getúlio e a seca: políticas emergenciais na era Vargas. *Revista Brasileira de História*. São Paulo, v. 21, nº 40, pp. 107-131. 2001.

NEVES, Frederico de Castro. O Nordeste e a historiografia brasileira. *Ponta de Lança*, São Cristóvão, v.5, n. 10 abr. - out. 2012, pp. 6-24.

NUNES, Mateus Rafael de Souza. A biopolítica do proibicionismo de drogas em Pernambuco: novas práticas do velho autoritarismo do Estado “Novo” (1937-1945). 192f.

Dissertação (Mestrado em História). CFCH, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2018.

OLIVEIRA, Iranilson Buriti de; BRITTO, Flávio André Alves. A cidade gradeada pelo medo: peste e doença em Campina Grande no início do século XX. *Revista de história e estudos sociais*, ano IX, vol. 9, nº3, set./dez., 2012.

OLIVEIRA, João Alves de; FRANCO, Stella Maris. A coleção de mamíferos do Serviço Nacional de Peste no Museu Nacional, Rio de Janeiro, Brasil. In: *Arquivos do Museu Nacional*, Rio de Janeiro, v.63, nº1, jan/mar, 2005, pp.13-20.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Plague in the Americas. *Scientific Publication*, nº 115, june 1965.

PANDOLFI, Dulce (org.). *REPENSANDO o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getulio Vargas, 1999.

POLLITZER, R. Plague. *World Health Organization Monograph Series*, nº 22, Geneva, 1954.

RABELO, Fernanda. *A travessia : imigração, saúde e profilaxia internacional (1890-1926)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2010.

RAMALHO, Maria Francisca de Jesus Lírio. *A fragilidade ambiental do Nordeste brasileiro: o clima semiárido e as imprevisões das grandes estiagens*. *Sociedade e Território*, v. 25, nº 2, Edição Especial, jul./dez. 2013, pp. 104-115.

REIS, José Roberto Franco. “Não existem mais intermediários entre o governo e o povo”: correspondências a Getúlio Vargas – o mito e a versão (1937-1945). 317f. Tese (doutorado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, Campinas, SP, 2002.

REIS, José Roberto Franco. *Considerações historiográficas sobre corporativismo, cidadania regulada e a história da assistência à saúde no Brasil: dádiva ou direito? (1930-1964)*. *Locus: Revista de História*, Juiz de Fora, v. 26, n. 2, 2020.

RIBEIRO, Vanderlei Vazelesk. *Cartas da roça ao presidente: os camponeses ante Vargas e Perón*. *Revista de História Comparada*, vol. 1, nº 2, 2007, pp. 1-21.

RIOS, Kênia Sousa. *Isolamento e poder: Fortaleza e os campos de concentração na seca de 1932*. Fortaleza: Imprensa Universitária, 2014.

RISSE, Guenter B. “A long pull, a strong pull, and all together”: San Francisco and bubonic plague, 1907-1908. *Bulletin of the history of medicine*, February 1992, 66: 260-286.

- ROSEN, GEORGE. What Is Social Medicine? A Genetic Analysis of the Concept , *Bulletin of the History of Medicine*, 21 (1947), pp. 674-733.
- ROSEN, George. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- ROSENBERG, Charles. Framing disease: illness, society and history. in.: _____; GOLDEN, Janet. Framing disease. New Jersey: Rutgers University Press, 1992.
- SÁ, Dominichi Miranda de. Uma interpretação do Brasil como doença e rotina: a repercussão do relatório médico de Arthur Neiva e Belisário Penna (1917-1935). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jul. 2009, pp.183-203.
- SÁ, Lenilde Duarte; CANESQUI, Ana Maria. 1912: o ano em que a peste bubônica atingiu Campina Grande e amedrontou a cidade da Parahyba. *Saeculum Revista de História*, nº 6/7, jan./ dez., 2000/2001.
- SANTOS, Fabrício. A Grande Árvore Genealógica Humana. In.: *Revista UFMG*, Belo Horizonte, v. 21, n. 1 e 2, p. 88-113, jan./dez. 2014.
- SANTOS, Vicente Saul Moreira dos. Filantropia, poder público e combate à lepra (1920-1945). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl. 1, dez. 2011, pp. 253-274. .
- SCHWARTZMAN, Simon (org.). Estado Novo, um auto-retrato. Rio de Janeiro: Editora Universidade de Brasília, 1982.
- SCHWARTZMANN, Leonor Baptista. Aspectos da peste bubônica em Porto Alegre no início do século XX. In: GUILHERMANO et al. (orgs.). *Páginas da História da Medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.
- SCHWARTZMANN, Leonor Baptista. Médicos italianos no sul do Brasil (18920-1938). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2017.
- SCHWEICKARDT, Júlio César; LIMA, NísiaTrindade. Os cientistas brasileiros visitam a Amazônia: as viagens científicas de Cruz e Carlos Chagas (1910-1913). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, suplemento, p.15-50, dez. 2007.
- SILVA, Matheus Alves Duarte da. De Bombaim ao Rio de Janeiro: circulação de conhecimento e a criação do Laboratório de Manguinhos, 1894-1902. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.25, n.3, jul.-set. 2018, pp.639-657.

- SILVA, Matheus Alves Duarte da. O baile dos ratos. A construção sociotécnica da peste bubônica no Rio de Janeiro (1897-1906). Dissertação de mestrado USP. 2015.
- SILVA, Matheus Alves Duarte da. Quand la peste connectait le monde: production et circulation de savoirs microbiologiques entre Brésil, Inde et France (1894-1922). 422f. Thèse (Doctorat). Centre Alexandre Koyré, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2020.
- SILVA, Raquel Padilha da. A cidade de papel: a epidemia de peste bubônica e as críticas em torno da saúde pública na cidade do Rio Grande (1903-1904). Tese (Doutorado em História das Sociedades Ibero-americanas). 207f. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2009.
- SILVA, Renato da; HOCHMAN, Gilberto. Um método chamado Pinotti: sal medicamentoso, malária e saúde internacional (1952-1960). História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.18, n.2, abr.-jun. 2011, pp.519-543.
- SOARES JÚNIOR, Azemar dos Santos. A bárbara invasão dos ratos: peste bubônica em Campina Grande (1912). Veredas da história, ano IV, ed. 1, 2001.
- SOARES JÚNIOR, Azemar dos Santos. Corpos aseados, a peste mora ao lado: mulheres combatem a peste bubônica em Campina Grande (1912). II Seminário Nacional Gênero e Práticas Culturais.
- SOARES JÚNIOR, Azemar dos Santos. Corpos Hígidos: o limpo e o sujo na Paraíba (1912-1924). Dissertação (mestrado). 193f. CCHLA, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, 2011.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA TROPICAL. Peste: ameaça silenciosa e problema de saúde pública mundial. Disponível em: <https://www.sbmt.org.br/portal/peste-ameaca-silenciosa-e-problema-de-saude-publica-mundial/> . Acessado em: 11 de agosto de 2020.
- SOPER, Fred L. El Concepto de Erradicación de las Enfermedades Transmisibles. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Año 36, vol. XLII, nº 1, enero 1957.
- SOPER, Fred L. Yaws Its Eradication in The Americas. Pan American Sanitary Bureau. Washington, May, 1956.
- SOUZA, Fabio Gutemberg Ramos Bezerra de. Campina Grande: cartografias de uma reforma urbana no Nordeste do Brasil (1930-1945). Revista Brasileira de História. São Paulo, v. 23, no 46, pp. 61-92 – 2003.

- STRASSER, Bruno J. Collecting nature: practices, styles and narratives. In.: *Osiris*, vol.27, nº1, p. 303-340.
- SUNDERLAND, Mary E. Specimens and Collections. In.: LIGHTMAN, Bernard (org.). *A Companion to the History of Science*. Wiley-Blackwell, 2016, p. 488-499.
- 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. 305f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, 2007.
- TEIXEIRA, Carla Costa. O Museu da FUNASA e a Saúde Indígena. *Série Antropologia*, Vol. 409, Brasília: Departamento de Antropologia/UnB, 2007.
- TEIXEIRA, Luiz Antonio (Coord.). De Doença desconhecida a problema de saúde pública: o INCA e o controle do Câncer no Brasil / Luiz Antonio Teixeira; Cristina M. O. Fonseca.- Rio de Janeiro : Ministério da Saúde, 2007.
- VALDERRAMA, J. M.: '¿Rumores, miedo o epidemia? La peste de 1913 y 1914 en la costa atlántica de Colombia': *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, vol. VIII (1): 133-71, mar.-jun. 2001.
- VITAL BRAZIL. A peste bubônica em Santos pelo Dr. Vital. *Cadernos de História da Ciência*, vol. 10, nº 1, 2014, pp. 175-202.
- WEBER, Beatriz. Saúde pública e governos positivistas: os limites da prática. *Estudos Ibero-Americanos*. PUCRS, vol. XXIV, n. 1, p. 131-148, junho 1998.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *A brief guide to emerging infectious diseases and zoonoses*. New Delhi, 2014.

ANEXOS

Fotografias

(As fotografias com asterisco estão sem a referência dos últimos números. Foram obtidas no arquivo da COC, mas por conta da pandemia de Covid-19 não pude verificá-los, visto que o arquivo encontra-se fechado)



Celso Arcoverde de Freitas e o guarda Sebastião Medeiros em mocambo com peste, Bebedouro (PE), 1941. BR RJ COC CE.GI.02.V2.015.



Cercas de avelós que circundavam algumas propriedades e se tornavam abrigos para ratos, s/d. BR RJ COC CE.GI.02.V2.011



Autópsia no Sítio Ipaneminha (Pesqueira-PE), 1941. Da esquerda para direita: guarda Pedro Rocha, guarda não identificado, Celso Arcoverde de Freitas e Hélio Paracampo. BR RJ COC CE.GI.02.V2.045.



Celso Arcoverde de Freitas com criança vítima de peste. BR RJ COC CE.GI.02.V2*



Celso Arcoverde com paciente em maca improvisada. BR RJ COC CE.GI.02.V2.032.



Peste ganglionar benigna. Sítio Fundão da Zombaria, Pesqueira (PE), 1939, Distrito Caruarú (legenda original). BR RJ COC CE.GI.02.V2.011.



Guarda com família residente em mocambo. BR RJ COC CE.GI.02.V2*



Carro do Serviço de Peste. Guarda Pedro Basílio (já teve peste). Chauffeur Abelardo. Estrada Belo Jardim (PE), 1941 (legenda original).BR RJ COC CE.GI.02.V2.024.



Sítio Ipaneminha. Isabel Gonzaga. Único caso de peste pneumônica (primitiva) que sobreviveu (legenda original). BR RJ COC CE.GI.02.V2.046.



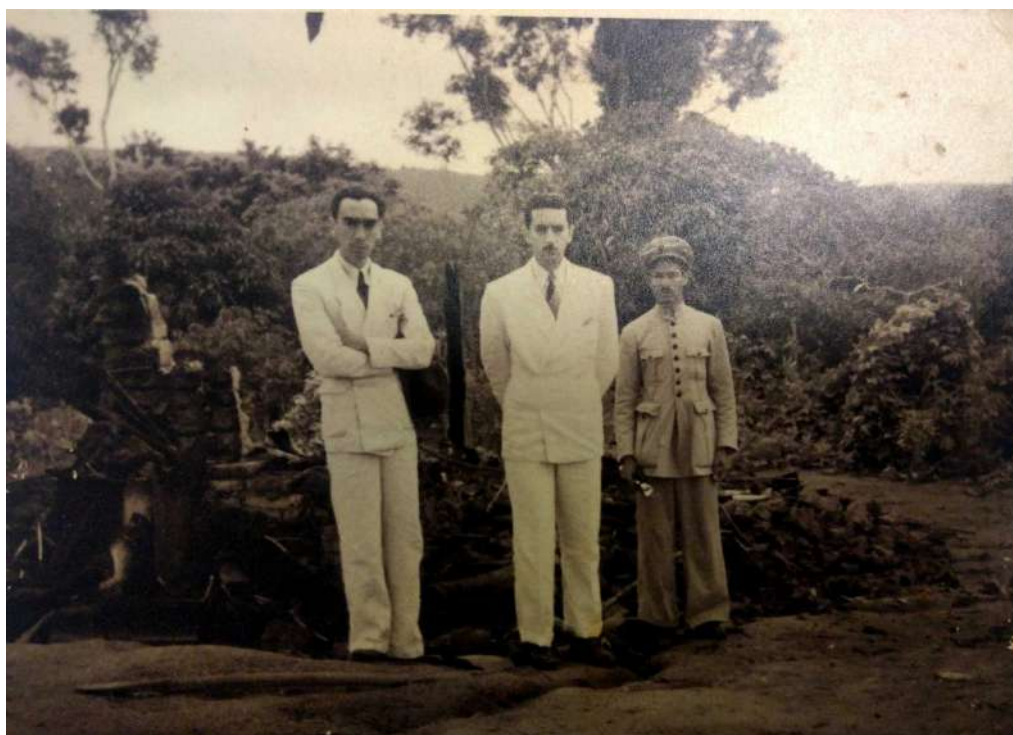
Celso Arcoverde e o guarda-chefe Pedro Basílio, Belo Jardim (PE), s/d. BR RJ COC CE.GI.02.V2.035.



Passagem na barra do rio Santo Antonio (legenda original) (AL), 1941. BR RJ COC CE.GI.02.V2.037



Passagem na balsa do Rio Limoeiro, Alagoas, 1941 (legenda original). BR RJ COC CE.GI.02.V2.023.



Da esquerda para a direita: Celso Arcoverde, Almir de Castro e guarda-chefe Mariano Ribeiro no Sítio Brejo Velho, Caruaru (PE), 1938. BR RJ COC CE.GI.02.V2.003.



A cafua proporciona as condições ideais para o desenvolvimento de ratos e pulgas (legenda original), s/d, BR RJ COC CE.GI.02.V2*



Máscara para aplicação de cianogás e uniforme de guarda sanitário. In: TEIXEIRA, Carla Costa. In: O Museu da FUNASA e a Saúde Indígena, p. 12.



Totem com fotografias do Serviço Nacional de Peste. In: TEIXEIRA, Carla Costa. In: O Museu da FUNASA e a Saúde Indígena, p. 10.



Ratos enviados pelo Serviço Nacional de Peste nos anos 1940 (legenda original). In: GUIMARÃES, Maria. Uma fauna engavetada, p. 64.



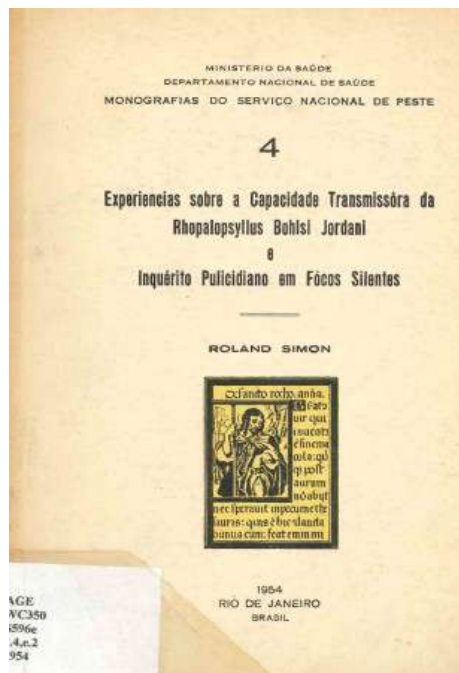
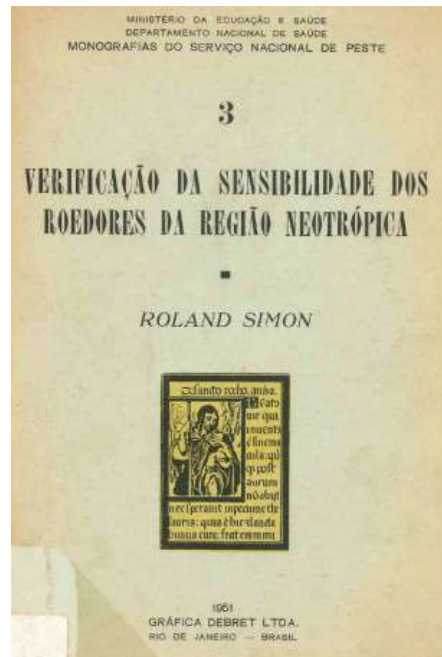
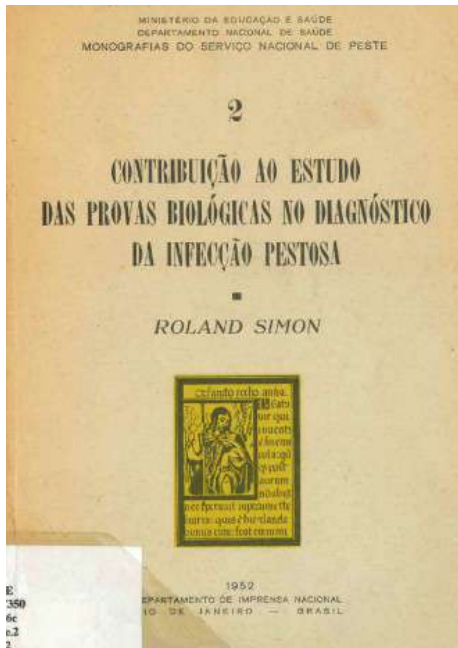
Coleção de mamíferos do Museu Nacional. Foto cedida pelo Prof. Dr. João Alves de Oliveira, responsável pela coleção.



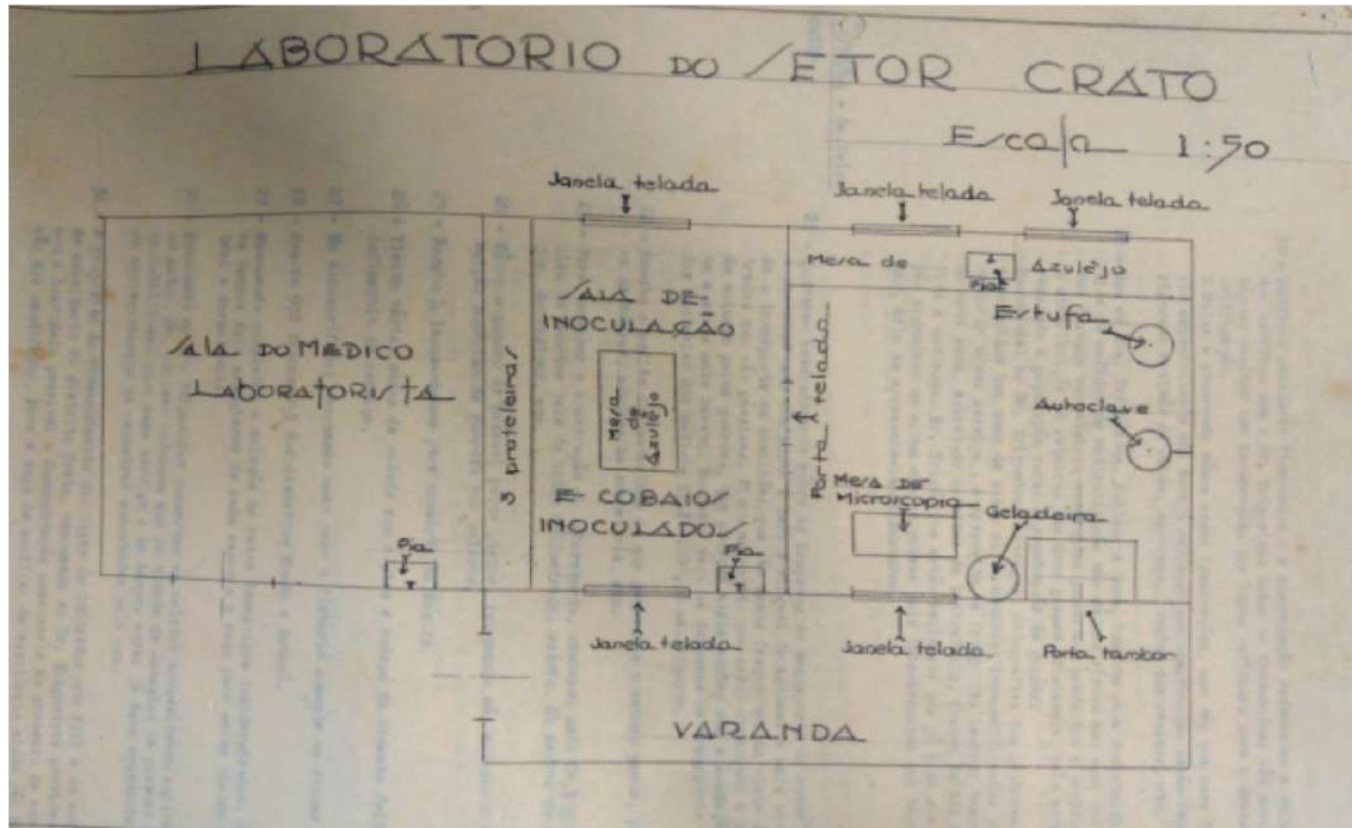
Coleção de mamíferos do Museu Nacional. Foto cedida pelo Prof. Dr. João Alves de Oliveira, responsável pela coleção.

Figuras

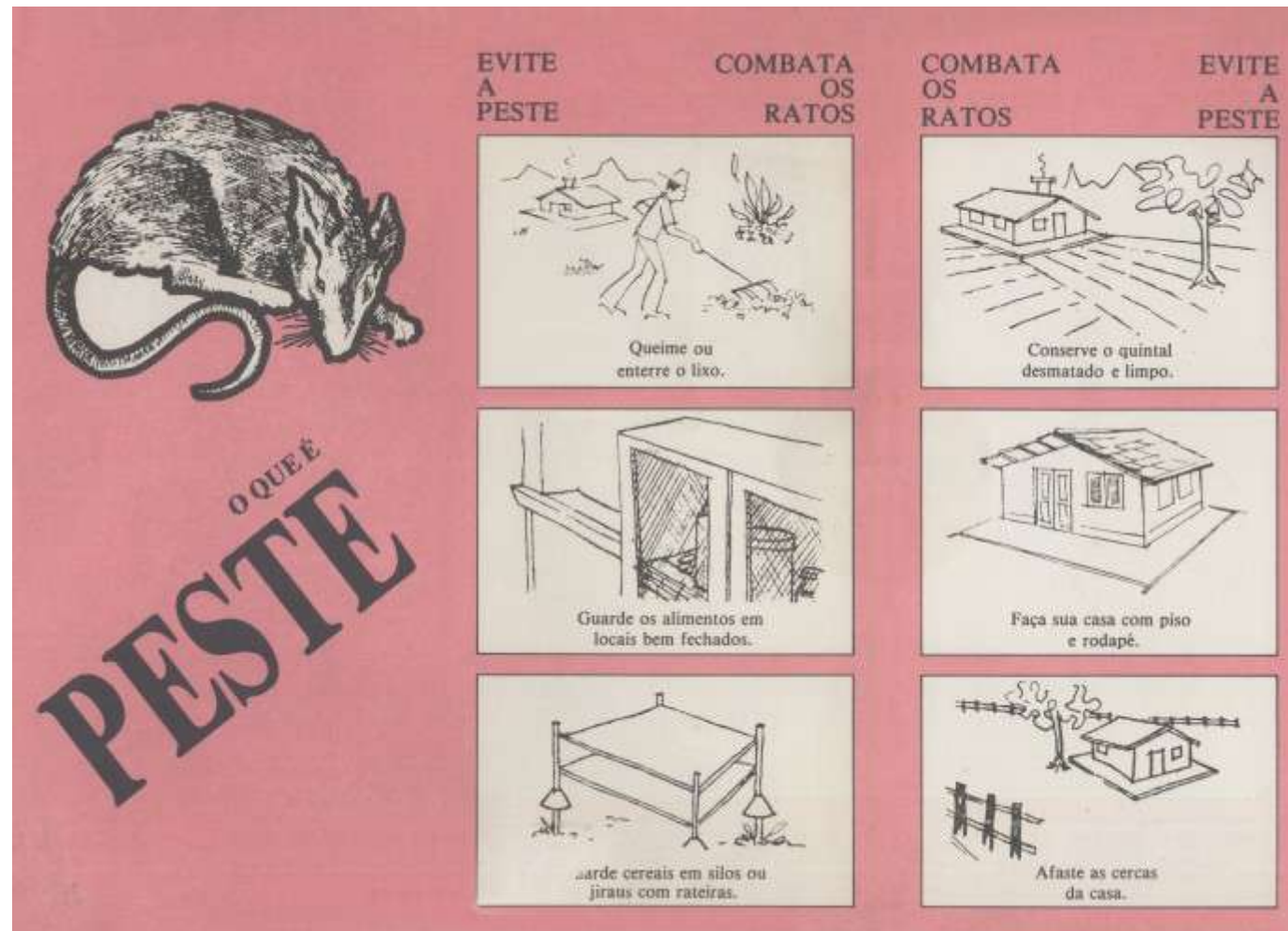
1. Capas das monografias de Roland Simon



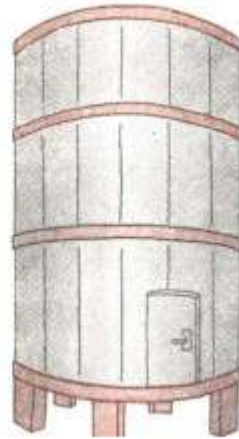
3. Planta do laboratório do Setor Crato, 1943 (BR RJ COC CE-GI-02. v.1)



4. Cartilha de campanha contra a peste bubônica mostrando as medidas preventivas que já eram recomendadas pelo SNP (Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM, sem data).

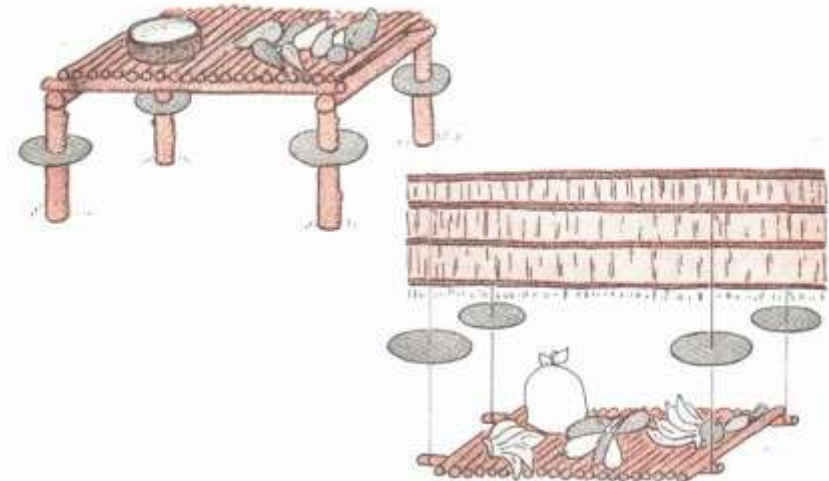


5. Medidas preventivas referentes à guarda dos alimentos (DNERu, 1956)



Os silos são câmaras feitas de metal ou madeira, sendo que nesta situação deve ser forrado com chapa metálica, ao menos na parte inferior.

O sistema de giraus pode ser admitido desde que haja discos de metal que impeçam a passagem dos ratos.



Lista de médicos que atuaram no SNP*

NOME	CARGO
Mario Pinotti	Diretor (1941-1942)
Almir Godofredo de Almeida e Castro	Diretor (1942-1954)
Aristides Celso Limaverde	Diretor (1954-1956)
Celso Arcoverde de Freitas	Médico-chefe setor Maceió (1941-1943)/médico-chefe setor Recife (1943)/Chefe da 1ª circunscrição (1943-1956)
José Vicente Valença Júnior	Chefe da 1ª circunscrição (1941-1943) - CE, PE, PB, AL
Osvaldo Oliveira	Chefe da 2ª circunscrição - BA
Zamir de Oliveira	Chefe da 3ª circunscrição - RJ
Damasceno da Costa	Chefe da 4ª circunscrição - SP
Artur da Mota Trigueiros	Médico-chefe setor Crato
Frutuoso Gomes	Médico-chefe setor Fortaleza
Cornelio Bezerra	Médico-chefe setor Maceió
Pedro Celestino Romero	Médico-chefe setor Fortaleza
Manoel Luna	Médico-chefe distritos Bodocó e Palmeira dos Índios
Odon Bueno	Médico-chefe distritos Caruaru, Pesqueira, Palmeira dos Índios
Saul Tavares de Melo	Médico-chefe distritos Pesqueira, Caruaru
Luciano Pedrosa	Médico-chefe distrito Campina Grande
Gastão Leão Rego	Médico-chefe distrito Palmeira dos Índios
Roland Courtney Simon	Chefe do laboratório Maceió
Amílcar Montenegro	

Walter Góes	
Waldemir Antunes	
José Nobre	
Julio Brasileiro Neto	
Raimundo Brito	

* Não foi possível estabelecer os períodos em que todos os médicos estiveram nas respectivas funções e nos respectivos distritos/setores. Outros médicos são citados, mas não consegui identificar seus setores/distritos de atuação.