

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA

ANA PAULA KORNDÖRFER

**“AN INTERNATIONAL PROBLEM OF SERIOUS PROPORTIONS”: A
COOPERAÇÃO ENTRE A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER E O GOVERNO DO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL NO COMBATE À ANCILOSTOMÍASE E
SEUS DESDOBRAMENTOS (1919-1929)**

Porto Alegre

2013

ANA PAULA KORNDÖRFER

**“AN INTERNATIONAL PROBLEM OF SERIOUS PROPORTIONS”: A
COOPERAÇÃO ENTRE A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER E O GOVERNO DO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL NO COMBATE À ANCILOSTOMÍASE E
SEUS DESDOBRAMENTOS (1919-1929)**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção
do título de Doutor em História, Programa de Pós-
Graduação em História, Pontifícia Universidade
Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.

Orientador: Prof. Dr. Flávio Madureira Heinz

Porto Alegre
2013

K84i

Korndörfer, Ana Paula

“An international problem of serious proportions”: a cooperação entre a Fundação Rockefeller e o governo do estado do Rio Grande do Sul no combate à ancilostomíase e seus desdobramentos (1919-1929). – Porto Alegre, 2013.

302 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Flavio Madureira Heinz

Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2013.

1. Rio Grande do Sul. 2. Cooperação Internacional. 3. Ancilostomíase. 4. Saúde pública. 5. Primeira República - Brasil. 6. Fundação Rockefeller. I. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. II. Heinz, Flávio Madureira. III. Título.

CDU 614(091)(816.5)

ANA PAULA KORNDÖRFER

**“AN INTERNATIONAL PROBLEM OF SERIOUS PROPORTIONS”: A
COOPERAÇÃO ENTRE A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER E O GOVERNO DO
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL NO COMBATE À ANCILOSTOMÍASE E
SEUS DESDOBRAMENTOS (1919-1929)**

Tese apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em História, Programa de Pós-Graduação em História, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS.

Aprovado em 26/3/2013

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Flávio Madureira Heinz – Orientador

Prof. Dr. René E. Gertz – PUCRS

Prof. Dr. Marcos Cueto – COC/Fiocruz

Profa. Dra. Beatriz Teixeira Weber – UFSM

Profa. Dra. Lina Faria – UFJF

*Para minha mãe, Renati Korndörfer,
por todo o amor e incentivo.*

AGRADECIMENTOS

Apesar de constar entre as primeiras páginas da Tese, os agradecimentos costumam ser as últimas (e tão ansiadas!) linhas redigidas, e então nos damos conta de que esta “tarefa” final, que deveria ser das mais fáceis, revela-se mais complicada do que, a princípio, poderíamos supor. A “dificuldade” está no fato de que, apesar de, muitas vezes, dizermos que a pesquisa e o trabalho acadêmico são atividades solitárias, bem sabemos que estes não são possíveis sem o apoio, seja ele financeiro, acadêmico ou afetivo, de instituições, professores, pesquisadores, colegas, amigos e familiares, e esta lista não é pequena. Crédito aqui meus agradecimentos, mesmo correndo o risco de cair em alguma das armadilhas da memória,

Ao Programa de Pós-Graduação em História da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, através de seu coordenador e de seus professores, pela acolhida nestes anos de curso;

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – pelo suporte financeiro, indispensável para a realização deste estudo;

Ao professor Flávio Madureira Heinz, pela valiosa orientação acadêmica, pela amizade, iniciada ainda na Graduação em História há mais ou menos uma década, pelo incentivo constante para que eu buscasse os meios para enriquecer a discussão proposta e pela confiança em meu trabalho, essencial nos momentos em que a “luz no fim da Tese” parecia pequenininha;

Ao *Rockefeller Archive Center* – RAC, através de Camilla Harris e Tom Rosenbaum, pela concessão da bolsa de estudos (*Grant-in-aid*) que possibilitou meu acesso à valiosa documentação produzida pela Fundação Rockefeller, bem como pela atenção e gentileza que me foram dispensadas durante as semanas de trabalho em Tarrytown, Nova York;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES – que, através do Programa de Doutorado com Estágio no Exterior, PDDEE, tornou viável a minha ida ao Canadá (*University of Windsor*) para um importante período de aprendizagens e pesquisa;

Ao professor Steven Palmer, meu coorientador durante o PDEE, pela disponibilidade, interlocução e preciosas sugestões ao meu trabalho, e ao Departamento de História da *University of Windsor*, pelas excelentes condições de trabalho que me foram oferecidas. A acolhida e o apoio de Amparo Sanchez e Miriam Wright também foram essenciais para que o período de trabalho no Canadá fosse tão rico e proveitoso;

Aos pesquisadores, como Marcos Cueto e Anne-Emanuelle Birn, que se dispuseram a discutir meu projeto e/ou que me auxiliaram na busca por fontes e bibliografia;

Aos professores membros da banca examinadora Marcos Cueto, René Gertz, Lina Faria e Beatriz Weber, pelo debate e pelas valiosas contribuições ao trabalho;

Aos funcionários dos arquivos e bibliotecas onde pesquisei, entre os quais cito o *Rockefeller Archive Center*, a Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz e o Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul, por terem me auxiliado na localização das fontes analisadas nesta investigação;

À Carla Carvalho, ao Adílson Mueller e ao Nicholas Viacelli, pelo carinho e eficiência com que sempre me auxiliaram nas questões burocráticas;

Aos meus colegas de curso e do Grupo de Trabalho História e Saúde da Anpuh-RS, Angela Pomatti, Marcelo Vianna, Aline Kassick Cadaviz, Cláudia Tomaschewski, Gabrielle Werenicz Alves e Cristiano de Brum, pela amizade e pela troca de “figurinhas”;

Às minhas queridas amigas Paula Daniela Tanure, Marcele Elisa Altenhoffen e Gabriela Dilly, por me lembrarem que “existe vida fora da academia”. Agradeço especialmente a Paula pela companhia em muitas das viagens de pesquisa;

À professora Eliane Fleck, sob cuja orientação iniciei minha trajetória na pesquisa em História, pelo constante incentivo;

E, finalmente, à minha família, pelo apoio carinhoso e paciente e, sobretudo, pelo amor com que me acompanharam nestes anos. Como sempre, sem vocês, tudo teria sido bem mais difícil.

*“These, among a multitude of similar facts,
suffice to show that hookworm disease,
in the light of our present knowledge,
has ceased to be a local matter; it is an international
problem of serious proportions.”
(Wickliffe Rose, 1911)*

*“O amarellão constitue a maior calamidade do Brasil.
Emquanto não fôr dado combate decisivo a esse mal
não conseguirá o paiz prosperar na proporção das suas
riquezas naturaes e das modernas conquistas da sciencia.”
(Belisário Penna, 1928)*

*“Para mim, problema sobre todos capital,
sem cuja solução teremos de assistir impotentes
á derrocada dos nossos esforços em prol da
prosperidade do Estado é o que diz respeito
á saude das populações ruraes, dominadas por um mal
implacavel, definhando dia a dia, retrogradando
de geração em geração, aphaticas, inertes, inaproveitaveis
pela acção depressiva do impaludismo e da uncinariose.”
(Protásio Alves, 1919)*

RESUMO

Em “*An international problem of serious proportions*’: A cooperação entre a Fundação Rockefeller e o governo do estado do Rio Grande do Sul no combate à ancilostomíase e seus desdobramentos (1919-1929)”, nossa proposta é analisar, levando em consideração aspectos do contexto internacional, nacional e local, a cooperação entre a divisão internacional de saúde – *International Health Board* – da Fundação Rockefeller e o governo estadual do Rio Grande do Sul no combate a uma endemia rural, a ancilostomíase, na década de 1920, e os desdobramentos, as consequências desta cooperação na saúde pública estadual, tanto no que se refere ao combate à ancilostomíase em si quanto à organização da saúde no estado. A partir da discussão de bibliografia pertinente ao tema e da análise de documentação produzida, principalmente, pela Fundação Rockefeller (relatórios, correspondência e publicações) e pelo governo do estado do Rio Grande do Sul (Relatórios da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior), enfocaremos as atividades de combate à doença realizadas em municípios gaúchos a partir da cooperação entre a Fundação e o governo estadual, orientadas pela instituição norte-americana e realizadas através da Diretoria de Higiene estadual entre 1920 e 1923. Além disso, discutiremos também o trabalho de combate à ancilostomíase mantido pelo governo estadual após o término da cooperação com a Fundação, com a organização do Serviço de Postos de Profilaxia Rural estadual em funcionamento entre 1924 e 1929. Por fim, abordaremos a atuação da Fundação na formação de profissionais de saúde pública, pois, durante a cooperação entre a instituição e o governo estadual, um médico da Diretoria de Higiene, Fernando de Freitas e Castro, recebeu uma bolsa para realizar estudos em saúde pública nos Estados Unidos entre 1922 e 1923. Em 1929, Freitas e Castro, então à frente da pasta da saúde no Rio Grande do Sul, pôs fim às atividades do Serviço de Postos de Profilaxia Rural a partir da proposta de uma Reforma Sanitária que introduzia, no estado, os *health centers* ou centros de saúde, um modelo de organização em saúde pública difundido pela Fundação.

Palavras-chave: Rio Grande do Sul. Fundação Rockefeller. Cooperação Internacional. Ancilostomíase. Saúde Pública. Primeira República-Brasil.

ABSTRACT

In “‘An international problem of serious proportions’: The cooperation between the Rockefeller Foundation and the Government of the State of Rio Grande do Sul to fight ancylostomiasis and its consequences (1919-1929)”, our proposal is to analyze the cooperation between the International Health Board of the Rockefeller Foundation and the government of the state of Rio Grande do Sul to fight a rural endemic disease, ancylostomiasis, in the 1920s, and the developments and consequences of this cooperation on public health in the state, both as regards the fight against ancylostomiasis and the organization of health in the state, taking aspects of the international, national and local context into account. Based on the discussion in the literature concerning the topic and the analysis of the documents produced, especially by the Rockefeller Foundation (reports, letters and publications), and by the government of the state of Rio Grande do Sul (Reports of the Department of the State for Internal and Foreign Affairs), we shall focus on activities to fight the disease performed in Rio Grande do Sul municipalities as a result of the cooperation between the Foundation and the state government, guided by the North American institution and performed through the state Directorate of Hygiene between 1920 and 1923. We shall also discuss the work against ancylostomiasis done by the state government after the end of cooperation with the Foundation. The Service of Rural Prophylaxy Dispensaries (Serviço de Postos de Profilaxia Rural) of the state was established and functioned between 1924 and 1929. Finally, we shall discuss the action of the Foundation in training public health professionals, since during the cooperation between the institution and the state government, a physician from the Directorate of Hygiene, Fernando de Freitas e Castro received a fellowship to study public health in the United States between 1922 and 1923. In 1929, Freitas e Castro, who was then the head of the health department of Rio Grande do Sul, ended the activities of the Service of Rural Prophylaxy Dispensaries, because of the proposal for a Sanitary Reform that introduced the health centers in the state. This was a model of public health organization disseminated by the Foundation.

Keywords: Rio Grande do Sul. Rockefeller Foundation. International Cooperation. Ancylostomiasis. Public Health. First Republic-Brazil.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – Expedições científicas ao interior do Brasil	45
FIGURA 2 – Belisário Penna e Arthur Neiva	47
FIGURA 3 – Jeca Tatu	65
FIGURA 4 – Comissão Médica da Fundação Rockefeller, 1916.....	98
FIGURA 5 – A ancilostomíase em estados brasileiros (<i>surveys</i> IHB, 1916-1920)	112
FIGURA 6 – Diretores Estaduais norte-americanos e brasileiros, 1921	114
FIGURA 7 – Posto de Demonstração – Ilha do Governador, Distrito Federal	115
FIGURA 8 – Folheto sobre a ancilostomíase para distribuição gratuita.....	116
FIGURA 9 – Resultados do tratamento com óleo de quenopódio	136
FIGURA 10 – Microscopistas	145
FIGURA 11 – O tratamento de crianças com óleo de quenopódio	148
FIGURA 12 – <i>Survey</i> – Paraná, 1919.....	151
FIGURA 13 – Rio Grande do Sul, 1912	161
FIGURA 14 – São Leopoldo, década de 1920	190
FIGURA 15 – Centro de Saúde – Porto Alegre, década de 1930	256

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Cooperação entre a Fundação Rockefeller e estados brasileiros no combate à ancilostomíase (1916-1923)	103
QUADRO 2 – Postos de demonstração instalados no Rio Grande do Sul (1920-1923).....	186
QUADRO 3 – Postos do Serviço de Profilaxia Rural do Rio Grande do Sul (1923-1929) ...	206

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição aproximada de gastos entre IHB e governos estaduais em atividades de saneamento rural, 1920.....	109
TABELA 2 – Fundos do governo federal, dos governos estaduais e da IHB para atividades de saneamento rural no Brasil – 1921 (em dólares americanos).....	121
TABELA 3 – Quenopódio – Número de mortes em relação ao número de tratamentos (Brasil, 1917-1923)	138
TABELA 4 – <i>Survey</i> – Rio Grande do Sul (março – julho de 1920).....	180
TABELA 5 – Método de tratamento adotado pela FR no Rio Grande do Sul (1920-1923)..	189
TABELA 6 – Gastos do governo do estado do Rio Grande do Sul no combate à ancilostomíase (1921-1929)	204
TABELA 7 – Tratamento a partir da associação de óleo de quenopódio e tetracloreto de carbono	210
TABELA 8 – Números parciais do Serviço de Postos de Profilaxia Rural do Rio Grande do Sul (1925-1928).....	221

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AHRS – Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul
ANM – Academia Nacional de Medicina
BFAMED – Biblioteca de Faculdade de Medicina
BN – Biblioteca Nacional
BUC – Biblioteca da Universidade da Califórnia
BUNISINOS – Biblioteca da Universidade do Vale do Rio dos Sinos
BUY – Biblioteca da Universidade de Yale
COC – Casa de Oswaldo Cruz
CPJBTS – Coleção Particular de João Batista Teixeira da Silva
DF – Distrito Federal
DGSP – Diretoria Geral de Saúde Pública
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
Doc. – Documento
DSPR – Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
FMRJ – Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro
FR – Fundação Rockefeller
H – *Hookworm*
IHB – *International Health Board*
IHC – *International Health Commission*
IHD – *International Health Division*
LEG – Legislação
MHVSL – Museu Histórico Visconde de São Leopoldo
MUHM – Museu de História da Medicina
NLM – *U.S. National Library of Medicine*
OMS – Organização Mundial da Saúde
PRR – Partido Republicano Rio-Grandense
RAC – *Rockefeller Archive Center*
RF – *Rockefeller Foundation*
RG – *Record Group*
SIE – Secretaria do Interior e Exterior
SMCSP – Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO I – A “REDESCOBERTA” DO BRASIL E DOS BRASILEIROS: O MOVIMENTO SANITARISTA E A INTERVENÇÃO FEDERAL NA SAÚDE PÚBLICA	35
1.1 SAÚDE PÚBLICA, MOVIMENTO SANITARISTA E COMBATE ÀS ENDEMIAS RURAIS NO BRASIL DA PRIMEIRA REPÚBLICA	35
1.1.1 A organização da saúde pública até meados da década de 1910.....	36
1.1.2 O movimento sanitaria.....	42
1.1.3 A intervenção federal no combate às endemias rurais	52
1.2 O JECA TATU DE MONTEIRO LOBATO, UM ILUSTRE OPILADO	62
CAPÍTULO II – O ENCONTRO ENTRE A DOENÇA E A FILANTROPIA DOS ROCKEFELLER	69
2.1 A ANCILOSTOMÍASE	69
2.2 UM FILANTROPO ENCONTRA UMA AGENDA: A <i>SANITARY COMMISSION</i> E O COMBATE À ANCILOSTOMÍASE NO SUL DOS ESTADOS UNIDOS	78
2.3 A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER E O COMBATE À ANCILOSTOMÍASE PARA ALÉM DAS FRONTEIRAS NORTE-AMERICANAS	86
CAPÍTULO III – A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER CHEGA AO BRASIL: COOPERAÇÃO NO COMBATE AO “MAL DA TERRA”	94
3.1 A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER E O MODELO DE COOPERAÇÃO PARA OS ESTADOS BRASILEIROS	94
3.2 A COOPERAÇÃO ENTRE A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER E OS ESTADOS: PANORAMA	106
3.3 O GOVERNO FEDERAL ENTRA EM CENA.....	118
3.4 ANIMAL DE LABORATÓRIO? A UTILIZAÇÃO DO ÓLEO DE QUENOPÓDIO NO TRATAMENTO À ANCILOSTOMÍASE.....	126
3.5 “ <i>NOW TELL ME THE REAL STORY</i> ”: O COMBATE À ANCILOSTOMÍASE NO BRASIL ATRAVÉS DO DIÁRIO DE ALAN GREGG	140
CAPÍTULO IV – <i>GOING LOCAL</i>: A SAÚDE PÚBLICA NO RIO GRANDE DO SUL E AS PRIMEIRAS ATIVIDADES DA FUNDAÇÃO ROCKEFELLER NO ESTADO ..	154

4.1 “AUTONOMIZAÇÃO DAS PRÁTICAS REGIONAIS”: A SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL DA PRIMEIRA REPÚBLICA.....	154
4.1.1 Legislação e organização da saúde pública.....	157
4.1.2 Prática médica e situação sanitária.....	164
4.2 OS PRIMEIROS CONTATOS ENTRE O GOVERNO ESTADUAL E A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER.....	171
4.3 MAPEANDO A ANCILOSTOMÍASE NO RIO GRANDE DO SUL: O <i>SURVEY</i> DE 1920.....	176
CAPÍTULO V – DOS POSTOS DE DEMONSTRAÇÃO EM COOPERAÇÃO COM A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER AO SERVIÇO DE POSTOS DE PROFILAXIA RURAL ESTADUAL.....	185
5.1 O COMBATE À ANCILOSTOMÍASE CHEGA AOS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL.....	185
5.1.1 Montenegro: desconfiança e resistência.....	193
5.1.2 Torres: um caso de sucesso.....	197
5.2 A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER SAI DE CENA.....	199
5.3 “TAL QUAL A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER”: O SERVIÇO DE POSTOS DE PROFILAXIA RURAL DO RIO GRANDE DO SUL.....	204
5.4 SOB DURAS CRÍTICAS: O ENCERRAMENTO DO SERVIÇO DE POSTOS DE PROFILAXIA RURAL ESTADUAL.....	215
CAPÍTULO VI – PARA ALÉM DO COMBATE À ANCILOSTOMÍASE: A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER, A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PÚBLICA E A REFORMA DE 1929.....	223
6.1 A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER E A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PÚBLICA.....	223
6.2 A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER E A PROFISSIONALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: INSTITUIÇÕES E BOLSAS DE ESTUDOS.....	231
6.2.1 O apoio da Fundação a instituições de saúde pública brasileiras.....	232
6.2.2 Breve perfil dos bolsistas brasileiros da <i>International Health Board</i>	237
6.3 FERNANDO DE FREITAS E CASTRO E A REFORMA DOS SERVIÇOS SANITÁRIOS DO RIO GRANDE DO SUL DE 1929.....	243
6.3.1 O modelo norte-americano dos centros de saúde como eixo da Reforma de 1929.....	249
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	258

REFERÊNCIAS DOCUMENTAIS	267
REFERÊNCIAS	276
APÊNDICE A	284
APÊNDICE B	290
ANEXO A	295

INTRODUÇÃO

Segundo artigo sobre doenças tropicais negligenciadas publicado na revista *The Lancet*, em 2009, aproximadamente 800 milhões de pessoas, a maioria crianças, sofrem de algum tipo de verminose transmitida pelo contato com o solo. Estas verminoses causam, segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS, cerca de nove mil mortes todos os anos. Entre estas verminoses, os autores do artigo destacam a ancilostomíase, doença que apresenta, entre os seus sintomas, a anemia e a fraqueza.¹

Atualmente, no Brasil, a ancilostomíase, também conhecida no país como amarelão, opilação ou mal da terra, entre outras sinónimas, não figura entre as principais preocupações do governo federal e dos governos estaduais em matéria de saúde pública, apesar do governo brasileiro ter se comprometido, recentemente, a investir mais no combate a esta e a outras doenças, como a doença de Chagas, classificadas como doenças tropicais negligenciadas.²

Nas primeiras décadas do século XX, porém, a ancilostomíase, entendida, naquele contexto, como uma doença “evitável” responsável, em parte, pelo “atraso” do Brasil, foi alvo de ações/campanhas realizadas a partir de cooperações estabelecidas entre governos estaduais, uma instituição filantrópica norte-americana, a Fundação Rockefeller e, em muitos casos, com a participação também do governo federal, em diversos estados do país. A análise da

¹ HOTEZ, Peter J. *et al.* Rescuing the bottom billion through control of neglected tropical diseases. *The Lancet*, v. 373, 02 maio 2009. Disponível em: <http://www.who.int/neglected_diseases/Bottom_billion_ntd_control.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2011. A ancilostomíase ou ancilostomose é uma verminose que pode ser causada tanto pelo nematelminto *Ancylostoma duodenale* como pelo *Necator americanus*. A doença será objeto de análise no segundo capítulo desta Tese.

² Em janeiro de 2012, um encontro realizado em Londres discutiu o controle de doenças tropicais negligenciadas. O encontro – *Uniting to Combat Neglected Tropical Diseases* – contou com a participação da diretora-geral da OMS, Margareth Chan, de representantes de grandes indústrias farmacêuticas, de governos (Estados Unidos, Reino Unido e Brasil, entre outros), do Banco Mundial, de Bill Gates, copresidente da Fundação Bill & Melinda Gates e de outras organizações de saúde que, juntos, anunciaram um conjunto de ações para acelerar o progresso no sentido da eliminação ou do controle de 10 doenças tropicais negligenciadas até 2020. As doenças tropicais negligenciadas, entre as quais podemos destacar a doença de Chagas, o tracoma, a doença do sono e as verminoses transmitidas através do solo, afetam aproximadamente 1,4 bilhões de pessoas em diversos países do mundo. Estas doenças atingem principalmente as populações mais pobres e vulneráveis, que não possuem acesso à água potável, saneamento básico ou assistência à saúde. Através de ações como o investimento em programas de distribuição de medicamentos e de pesquisas para o desenvolvimento de novos tratamentos, os participantes do encontro buscam melhorar a qualidade da vida das populações afetadas, aumentar sua produtividade e desenvolver a autossuficiência para que a necessidade de auxílio seja superada. O governo do Brasil, país onde muitas das doenças tropicais negligenciadas são endêmicas, anunciou que destinará recursos políticos e financeiros para combater estas doenças. A Fundação Bill & Melinda Gates destinará, em cinco anos, 363 milhões de dólares para financiar as ações de combate às doenças tropicais negligenciadas (*Uniting to Combat Neglected Tropical Diseases*. Disponível em: <<http://unitingtocombatntds.org>>. Acesso em: 14 fev. 2012). Em fevereiro de 2012, o Ministério da Saúde brasileiro anunciou a liberação de R\$ 25,9 milhões para ações de combate às doenças negligenciadas, entre as quais, as geohelmintíases (Portal da Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4180/162/combate-as-doencas-negligenciadas-e-reforcado.html>>. Acesso em: 21 fev. 2012).

cooperação entre o governo do estado do Rio Grande do Sul e a Fundação Rockefeller no combate à ancilostomíase e seus desdobramentos é, em síntese, o objeto deste estudo.

A origem desta pesquisa está naquelas realizadas para o desenvolvimento de Dissertação de Mestrado intitulada “*É melhor prevenir do que curar*”: a higiene e a saúde nas escolas públicas gaúchas (1893-1928)³. Uma das fontes no projeto de Mestrado, os Relatórios da Diretoria de Higiene, parte dos Relatórios da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior do Rio Grande do Sul⁴, apresentava informações relativas à saúde pública no Rio Grande do Sul durante a República Velha, e, entre estas informações, estavam algumas concernentes às atividades de combate à ancilostomíase realizadas no estado a partir da cooperação estabelecida entre a Fundação Rockefeller e o governo do Rio Grande do Sul, entre 1920 e 1923, bem como informações referentes a uma bolsa de estudos concedida pela Fundação a Fernando de Freitas e Castro, médico ajudante da Diretoria, para realizar estudos em saúde pública nos Estados Unidos entre 1922 e 1923, ou seja, durante o período de cooperação. A partir destas informações, e da constatação da quase inexistência de dados sobre o tema na produção historiográfica gaúcha, as primeiras questões, as que resultaram no estudo que ora apresentamos, foram formuladas: Por que o governo do Rio Grande do Sul estabeleceu cooperação com a Fundação Rockefeller, entre 1920 e 1923, para combater a ancilostomíase, uma doença que não estava entre as que mais preocupavam os governantes gaúchos durante a República Velha? Por que a instituição norte-americana estabeleceu cooperação com o governo estadual gaúcho para combater a doença? Quais foram os termos desta cooperação e como o combate à doença foi realizado? Quais foram as consequências desta cooperação no que se referia não só ao combate à doença, mas à organização da saúde pública no Rio Grande do Sul, uma vez que, a partir do final da cooperação entre a Fundação e o governo estadual, em 1923, o estado manteve um Serviço de Postos de Profilaxia Rural que funcionou até 1929? O que motivou a Fundação a conceder uma bolsa de estudos a

³ KORNDÖRFER, Ana Paula. “*É melhor prevenir do que curar*”: a higiene e a saúde nas escolas públicas gaúchas (1893-1928). Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2007. A proposta da Dissertação era analisar como as questões relacionadas à infância – incluindo aí as discussões que se davam em torno do conceito de infância no período – e à saúde infantil eram apresentadas e tratadas pelos governantes gaúchos, com destaque para sua aplicação nas escolas públicas do Rio Grande do Sul entre os anos de 1893 e 1928.

⁴ No último Relatório da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior do Rio Grande do Sul analisado na Dissertação, a esta Secretaria eram subordinadas as seguintes seções administrativas: Repartição Central, Chefatura de Polícia [Chefatura de Polícia, Casa de Correção, Gabinete de Identificação e Estatística Criminal], Repartição de Estatística, Diretoria de Higiene, Brigada Militar, Teatro São Pedro, Junta Comercial, Biblioteca Pública, Arquivo Público, Museu Júlio de Castilhos, Assistência a Alienados [Colônia Jacuí, Manicômio Judiciário, Hospital São Pedro] e Diretoria Geral da Instrução Pública. Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul (AHRs), Relatório da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior do Rio Grande do Sul de 1928 (SIE.3 – 044).

Fernando de Freitas e Castro? Os estudos em saúde pública realizados por Freitas e Castro nos Estados Unidos, entre 1922 e 1923, tiveram alguma influência sobre a Reforma Sanitária proposta pelo médico para o estado em 1929?

A busca por respostas a estas questões envolveria, como veremos ao longo do texto, discussões mais amplas relacionadas à história da saúde pública no Brasil e no Rio Grande do Sul durante a Primeira República e à agenda de uma instituição filantrópica de atuação internacional como a Fundação Rockefeller.

Em “*An international problem of serious proportions*”: A cooperação entre a Fundação Rockefeller e o governo do estado do Rio Grande do Sul no combate à ancilostomíase e seus desdobramentos (1919-1929)”, nossa proposta é analisar a cooperação entre a divisão internacional de saúde – *International Health Board* – da Fundação Rockefeller e o governo estadual do Rio Grande do Sul no combate a uma endemia rural, a ancilostomíase, na década de 1920, e os desdobramentos, as consequências desta cooperação na saúde pública estadual, tanto no que se refere ao combate à ancilostomíase em si quanto à organização da saúde no estado.

Não é possível analisar a cooperação entre a Fundação Rockefeller e o governo do estado do Rio Grande do Sul no combate à ancilostomíase sem discutir o contexto nacional. A partir da proclamação da República no Brasil, em 1889, as questões relativas à saúde pública passaram a ser tratadas de forma descentralizada, obedecendo à Constituição de 1891, que estabelecia a autonomia dos estados. Encarregados dos serviços sanitários, os estados respondiam pela saúde pública e repassavam aos municípios as questões relativas à higiene. Apenas o Distrito Federal e a vigilância dos portos permaneceram sob responsabilidade do governo federal. Os problemas de saúde eram considerados regionais, e as intervenções federais não previstas nesse campo poderiam ser interpretadas como questionamento do pacto federativo. A legislação referente à saúde sofreu modificações durante o período da Primeira República brasileira (1889-1930), mas é importante sublinhar que o cuidado com a saúde da população coube aos poderes locais durante este período.⁵

A partir do movimento pela reforma da saúde e pelo saneamento rural, em meados da década de 1910, o Estado é chamado a intervir em questões de saúde, com destaque para o combate às chamadas endemias rurais e, em especial, às doenças que compunham a chamada “trindade maldita”: ancilostomíase, malária e doença de Chagas. Estas doenças estavam fortemente associadas, no contexto brasileiro do início do século XX, a questões mais amplas

⁵ HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec/Anpocs, 1998.

como a construção da Nação e às possibilidades de progresso do país através da recuperação de significativas parcelas da população, acometidas por estas doenças. As populações rurais passaram a ser incluídas nas políticas de saúde do governo federal, com destaque para a criação, em 1918, do Serviço de Profilaxia Rural e, em 1920, da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural – DSPR – do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP. A partir de 1918 e, principalmente, a partir de 1920, os estados podiam solicitar o auxílio do governo federal para combater as endemias rurais a partir de acordos de cooperação, mas que envolviam como contrapartida, entre outros aspectos, perda de autonomia por parte dos estados. Além do governo federal, porém, os estados podiam recorrer também a outro recurso para combater a ancilostomíase, a Fundação Rockefeller – FR, instituição norte-americana presente no Brasil a partir de 1916 e inserida, assim, num cenário favorável para o estabelecimento de acordos e convênios para assistência sanitária. Diversos estados brasileiros recorreram à cooperação com o governo federal e/ou com a Fundação para combater a ancilostomíase. Cooperações entre a Fundação e diversos governos estaduais ocorreram entre 1916 e 1923. Recorreram à cooperação com a Fundação os governos do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Maranhão, Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Bahia, Santa Catarina, Pernambuco e Alagoas, além do Distrito Federal. O governo do Rio Grande do Sul, como vemos, foi um dos que recorreu à Fundação.

No Rio Grande do Sul, em virtude da autonomização das práticas regionais no que se referia à saúde pública, esta foi organizada, durante praticamente toda a Primeira República (entre 1889 e 1928), a partir de uma mesma orientação, ou seja, de acordo com os princípios e propostas defendidos pelo Partido Republicano Rio-Grandense – PRR –, de orientação positivista. Entre os princípios defendidos pelo partido estava o da liberdade profissional, que estabelecia que, no estado, qualquer pessoa poderia praticar a arte da cura, devendo, para isso, apenas inscrever-se na Diretoria de Higiene. Mas, apesar da autonomia usufruída pelo estado para organizar a saúde pública e da orientação positivista, o Rio Grande do Sul estava inserido no contexto mais amplo a que aludimos anteriormente, e as denúncias dos defensores do movimento sanitarista sobre as péssimas condições de saúde em que viviam as populações rurais alcançaram o estado mais ao sul do Brasil. Preocupado com a situação da ancilostomíase no estado, o governo do Rio Grande do Sul entrou em contato, em 1919, com um representante da Fundação Rockefeller, instituição que já possuía experiência no combate à doença, e iniciou negociações sobre uma futura cooperação, que se concretizou no ano seguinte, 1920.

De maneira geral, a norte-americana Fundação Rockefeller é definida como uma “organização beneficente, não governamental, que utiliza recursos próprios para financiar atividades de bem-estar social em vários países do mundo”.⁶ Maria Gabriela Marinho afirma que a Fundação “[...] encontra-se no cerne do processo que gerou e constituiu o campo de atuação do que posteriormente foi caracterizado como filantropia científica”.⁷ A filantropia, resume a autora, pode ser definida como a destinação de recursos privados para atuação em atividades de interesse público. Já a filantropia científica, especificamente, é a destinação de recursos privados para a produção de conhecimento científico.⁸ A Fundação foi criada em 1913 com o objetivo de incorporar, em uma única organização, as instituições pertencentes à família Rockefeller: *Rockefeller Institute for Medical Research*, *General Education Board* e *Sanitary Commission for the Eradication of Hookworm Disease*. As ações da família Rockefeller na área da saúde remontam a 1909, ano em que foi criada a *Sanitary Commission*, comissão cujo objetivo era o combate à ancilostomíase em estados do sul dos Estados Unidos.

Segundo Lina Faria e Maria Conceição da Costa, é possível identificar dois momentos de atuação da Fundação Rockefeller em escala global. Num primeiro momento, iniciado em 1913, a ênfase estava na medicina e em ações em saúde pública. Durante as décadas de 1920 e 1930, as atividades da Rockefeller estavam direcionadas para a pesquisa e o controle de doenças infecciosas como a ancilostomíase, a febre amarela e a malária. Num segundo momento, consolidado em fins da década de 1940, o desenvolvimento do ensino médico, das ciências físicas e biológicas e da agricultura foram o foco de atuação da instituição.⁹ As ações de combate à ancilostomíase analisadas neste estudo inserem-se no primeiro momento de atuação da Fundação identificado por Faria e Costa, e foram desenvolvidas pela divisão

⁶ FARIA, Lina. *Saúde e Política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007, p. 103, nota 2.

⁷ MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. *Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952)*. Campinas, São Paulo: Autores Associados, São Paulo: Universidade São Francisco, 2001, p. 14.

⁸ *Ibidem*, p. 14. A filantropia dos Rockefeller será discutida mais detidamente no segundo capítulo da Tese.

⁹ FARIA, Lina; COSTA, Maria Conceição da. *Cooperação Científica Internacional: Estilos de Atuação da Fundação Rockefeller e da Fundação Ford*. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, 2006, p. 163; FARIA, 2007, p. 77-79. Atualmente, a Fundação Rockefeller desenvolve cinco programas, um deles voltado especificamente para a saúde: *Basic Survival Safeguards* (programa que busca assegurar comida, água, moradia e infraestrutura), *Global Health* (programa voltado para o desenvolvimento de serviços e sistemas de saúde acessíveis e equitativos), *Climate and Environment* (programa voltado para o crescimento sustentável e resistente às mudanças climáticas), *Urbanization* (programa que busca soluções para cidades em rápido crescimento) e *Social and Economic Security* (programa que busca redes mais fortes de segurança, cidadania revigorada e quadros políticos reimaginados). As informações sobre os programas podem ser encontradas no site da Fundação Rockefeller. Disponível em: <<http://www.rockfound.org>>. Acesso em: 17 out. 2012.

internacional de saúde da Fundação Rockefeller, a *International Health Board*, em funcionamento entre 1913 e 1951.¹⁰

Um importante aspecto da dimensão científica da atuação da Rockefeller foi a possibilidade de treinamento no exterior a partir da concessão de bolsas de estudos. A Fundação teve, no plano mundial, uma atuação pioneira na concessão de bolsas de estudos para a ciência médica e a saúde pública.¹¹

Além disso, entre as décadas de 1920 e 1960, a Fundação ajudou também a “[...] construir e implantar uma extensa rede de instituições científicas que propiciaram a difusão e a consolidação de um modelo de ciência. Neste sentido, é correto afirmar que a atuação da Rockefeller pode ser vista como decisiva na institucionalização da ciência em escala mundial”.¹² A Fundação atuou, com recursos técnicos e/ou financeiros, na criação de faculdades médicas; de novas disciplinas nas áreas de patologia, anatomia, histologia e microbiologia; de institutos de higiene e escolas de saúde pública e enfermagem para a formação de profissionais na área da saúde. A *London School of Hygiene* (Inglaterra), a *Peking Union Medical College* (China), a Escola de Cirurgia e Medicina de Havana (Cuba) e o Instituto de Higiene de São Paulo (Brasil) são alguns exemplos deste campo de atuação da instituição.¹³

Nossa ênfase neste trabalho será, como já afirmamos, a análise da cooperação entre a Fundação Rockefeller, através da *International Health Board*, e o governo do estado do Rio Grande do Sul no combate à ancilostomíase, na década de 1920, e os desdobramentos desta cooperação na saúde pública estadual, tanto no que se refere ao combate à ancilostomíase em si quanto à organização da saúde no estado. A atuação da Fundação na formação de profissionais de saúde pública através da concessão de bolsas de estudos e do seu apoio à criação e manutenção de instituições científicas, porém, será objeto de breve análise na última parte desta Tese, uma vez que, no caso da cooperação entre a Fundação e o governo do estado do Rio Grande do Sul, o combate à ancilostomíase e a formação de profissionais de saúde pública estiveram relacionados, mesmo que indiretamente.

¹⁰ Como veremos no segundo capítulo, a divisão internacional de saúde da Fundação Rockefeller chamou-se *International Health Commission* – IHC (1913-1916), *International Health Board* – IHB (1916-1927) e *International Health Division* – IHD (1927-1951). Ao longo do trabalho, porém, nos referiremos sempre à divisão como *International Health Board* ou IHB, sua nomenclatura durante as atividades de combate à ancilostomíase realizadas pela Fundação no Brasil em cooperação com governos estaduais.

¹¹ FARIA; COSTA, 2006, p. 163-164; FARIA, 2007, p. 79.

¹² *Ibidem*, p. 164; *Ibidem*, p. 80-81.

¹³ *Ibidem*, p. 164-165; *Ibidem*, p. 80-81.

O instrumento que possibilitou a ação internacional em saúde pública da Fundação Rockefeller foi a cooperação internacional, entendida, de maneira ampla, “[...] como a transferência [não passiva, problematizada] de recursos materiais, técnicos e humanos dos países desenvolvidos para aqueles em desenvolvimento”.¹⁴ George Rosen afirma, em seu já clássico estudo sobre a história da saúde pública, que a divisão internacional de saúde da Fundação Rockefeller “acostumou” as nações à ideia da cooperação internacional em diversas áreas da saúde.¹⁵ Segundo John Farley, antes da fundação da Organização Mundial da Saúde, em 1948, a *International Health Board* foi, provavelmente, a agência de atuação em saúde pública mais importante do mundo.¹⁶ No mesmo sentido, Anne-Emanuelle Birn afirma que, durante a primeira metade do século XX, nenhuma agência teve tanto alcance ou foi tão ativa na promoção da saúde pública internacional quanto a Fundação Rockefeller.¹⁷

Dezenas de países¹⁸ contaram com a cooperação da Fundação Rockefeller, mas, segundo autores como Lina Faria, “o Brasil foi o país do continente americano no qual a Rockefeller investiu maior soma de capitais. De cerca de 13 milhões de dólares, aplicados em programas sanitários e de educação em países deste continente, sete milhões foram direcionados para o desenvolvimento do ensino médico, de pesquisas científicas e campanhas sanitárias no Brasil”.¹⁹ Para exemplificar, além das atividades de combate à ancilostomíase, a Fundação também atuou, no país, no combate à malária (1919-1928) e à febre amarela (1923-1940), além de estabelecer cooperação com o Instituto de Higiene de São Paulo (1917) e com o Departamento Nacional de Saúde Pública (1923), esta última cooperação tendo por objetivo a formação de enfermeiras. Neste estudo, porém, deter-nos-emos nas primeiras atividades da

¹⁴ FARIA; COSTA, 2006, p. 177.

¹⁵ ROSEN, George. *Uma História da Saúde Pública*. Tradução de Marcos Fernandes da Silva Moreira. São Paulo: Hucitec/Editora da UNESP; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994, p. 344.

¹⁶ FARLEY, John. *To cast out disease: a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*. Nova York: Oxford University Press, 2004, p. 2. Entre as agências de saúde internacional em atuação antes da fundação da OMS estão o Escritório Pan-Americano de Saúde (1902), o *Office Internationale d'Hygiène Publique* (1907) e a Organização de Saúde da Liga das Nações (1923) (ROSEN, 1994, p. 343).

¹⁷ BIRN, Anne-Emanuelle. *Marriage of convenience: Rockefeller International Health and revolutionary Mexico*. Rochester: University of Rochester Press, 2006, p. 15. Segundo Theodore M. Brown, Marcos Cueto e Elizabeth Fee, “saúde ‘internacional’ era um termo usado com considerável frequência já no final do século XIX e no início do século XX, e referia-se especialmente a um foco no controle de epidemias ultrapassando fronteiras entre nações, ou seja, ‘inter-nacionalmente’” (BROWN, Theodore M.; CUETO, Marcos; FEE, Elizabeth. A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, jul./set. 2006, p. 624.

¹⁸ Entre os países que contaram com a cooperação da Fundação estão Equador, México, Argentina, Colômbia, Chile, Paraguai, Peru, Uruguai, Venezuela, Costa Rica, Guatemala, Haiti, Nicarágua, Panamá, El Salvador, Jamaica, Trinidad e Tobago, Granada, Ceilão, Índia, Malásia, Coréia, Tailândia, China, Japão, Iraque, Turquia, Israel, Líbano, Inglaterra, França, Espanha, Portugal, Albânia e Canadá (FARIA; COSTA, 2006, p. 163; FARIA, 2007, p. 78).

¹⁹ FARIA, 2007, p. 18. A importância dos investimentos realizados pela Fundação no país também é destacada por autores como Marcos Cueto e Anne-Emanuelle Birn.

Fundação no país – as campanhas de combate à ancilostomíase realizadas a partir da cooperação entre a instituição e governos estaduais entre 1916 e 1923, enfocando, especificamente, a cooperação entre a Fundação e um dos estados brasileiros, o Rio Grande do Sul, e seus desdobramentos.

No que se refere ao *corpus* documental analisado, este inclui a documentação produzida pela Fundação Rockefeller (relatórios, correspondência e publicações) disponível para consulta no *Rockefeller Archive Center* (RAC), em Tarrytown – Nova York, no Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz (COC/Fiocruz), no Rio de Janeiro, e em algumas outras instituições, como a Biblioteca da Universidade de Yale e a *U.S. National Library of Medicine* (NLM). Também nos valem da documentação produzida pelo governo do estado do Rio Grande do Sul, em que se destacam os Relatórios da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior, já mencionados, disponíveis para consulta no Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul (AHRS). A esta documentação, que pode ser considerada o conjunto principal, somaram-se outras fontes, como periódicos, por exemplo. A documentação consultada foi analisada e discutida a partir do estudo de bibliografia pertinente ao projeto proposto, uma vez que, como já afirmou Jacques Le Goff, não há documento inócuo²⁰ ou, como bem lembrou Carlos Bacellar, os “documentos do passado não foram elaborados para o historiador, mas para atender as necessidades específicas do momento”²¹. Optamos por manter transcrições bibliográficas e de fontes conforme grafia e idiomas originais, o que, em nosso entendimento, evita equívocos e facilita a comunicação entre pesquisadores.

O recorte temporal estabelecido para este estudo abrange o período de 1919, ano em que o governo do Rio Grande do Sul iniciou a discussão sobre uma possível cooperação com a Fundação Rockefeller e convidou a instituição a realizar atividades no estado, a 1929, ano em que foram encerradas, a partir da reforma sanitária ocorrida naquele ano, as atividades do Serviço de Postos de Profilaxia Rural do estado, serviço de combate às verminoses mantido pelo governo após o encerramento da cooperação com a Fundação, a partir de 1924. A década de 1920 é, como podemos perceber, central em nossa análise, uma vez que foi neste período que ocorreu a cooperação entre o governo do Rio Grande do Sul e a Fundação Rockefeller para o combate à ancilostomíase no estado (1920-1923) e a instalação de um Serviço de Postos de Profilaxia Rural estadual (1924-1929). Também foi na década de 1920 que

²⁰ LE GOFF, Jacques. Documento/Monumento. In: LE GOFF, Jacques. *História e Memória*. Campinas, São Paulo: UNICAMP, 2003, p. 525-541.

²¹ BACELLAR, Carlos. Uso e mau uso dos arquivos. In: PINSKY, Carla Bassanezi (Org.). *Fontes Históricas*. São Paulo: Contexto, 2005, p. 69.

Fernando de Freitas e Castro recebeu uma bolsa da Fundação para a realização de estudos em saúde pública nos Estados Unidos (1922-1923) e propôs a reorganização da saúde no Rio Grande do Sul (1929). No entanto, para realizar a discussão proposta, exploraremos um recorte temporal mais amplo.

O recorte espacial deste estudo é o Rio Grande do Sul, tendo em vista nossa proposta de análise, mas referências ao contexto nacional e, até mesmo, internacional serão indispensáveis para a realização da discussão pretendida.

Esta pesquisa se insere no debate proposto pelos estudos filiados à história da saúde. Nas últimas três décadas, desde 1980, a saúde e a doença começaram a ganhar um lugar destacado na historiografia latino-americana. Este crescimento, segundo Gilberto Hochman e Diego Armus, é parte da atual fragmentação dos estudos históricos, assim como de perguntas e enfoques oriundos das ciências sociais e das humanidades. Esta ostensiva presença da saúde e da doença como objetos de reflexão foi, e continua sendo, o resultado de contribuições originadas em distintas agendas de trabalho, como os esforços para renovar a tradicional história da medicina, a disseminação de modelos interpretativos provenientes de outras disciplinas, e os estudos históricos sobre a população e suas condições materiais de existência. Ao mapearem as tendências da produção deste campo na América Latina, os autores apontam que o que está surgindo deste dinâmico processo historiográfico – um “mosaico de enfoques, estilos, objetos e narrativas” – foi classificado como nova história da medicina, história da saúde pública e história sociocultural da doença.²²

Essas três linhas ou estilos narrativos partilham, além de possíveis objetos de pesquisa, o afastamento de uma história da medicina heroica e positivista e o entendimento de que as doenças são fenômenos complexos que ultrapassam a dimensão biológica. Como já afirmava, no início da década de 1990, Charles Rosenberg,

[...] “disease” is an elusive entity. It is not simply a less than optimum physiological state. The reality is obviously a good deal more complex; disease is at once a biological event, a generation-specific repertoire of verbal constructs reflecting medicine’s intellectual and institutional history, an occasion of and potential legitimation for public policy, an aspect of

²² ARMUS, Diego. Disease in the Historiography of Modern Latin America. In: ARMUS, Diego (Ed.). *Disease in the History of Modern Latin America: from malaria to AIDS*. Durham: Duke University Press, 2003, p. 1-24; HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego. Cuidar, controlar, curar em perspectiva histórica: uma introdução. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 11-27; ARMUS, Diego. Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América latina moderna. In: ARMUS, Diego (Comp.). *Avatares de la medicalización en América latina (1870-1970)*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005, p. 13-40. Segundo Gilberto Hochman e Diego Armus, o processo de renovação historiográfico não é o mesmo em todas as partes da América Latina, com destaque para o Brasil, onde “esse campo de análise histórica está em franco processo de consolidação” (HOCHMAN; ARMUS, 2004, p. 11).

social role and individual – intrapsychic – identity, a sanction for cultural values, and a structuring element in doctor and patient interactions. In some ways disease does not exist until we have agreed that it does, by perceiving, naming, and responding to it.²³

Tradicionalmente, os temas relativos à saúde e à doença foram desenvolvidos pelos historiadores da medicina, que escreveram a história das mudanças nos tratamentos e as biografias de médicos famosos, numa produção que parecia, para além de seus aportes específicos, buscar “[...] reconstruir el inevitable ‘progreso’ generado por la medicina diplomada, unificar el pasado de una profesión crecientemente especializada y resaltar cierta ética y filosofía moral que se pretende distintiva, inalterada y emblemática de la práctica médica a lo largo del tiempo”.²⁴ A nova história da medicina, por sua vez, tende a destacar a incerteza do desenvolvimento do conhecimento médico, dialoga com a história das ciências e discute não só o contexto em que alguns médicos, instituições e tratamentos “triunfaram”, mas também o contexto em que outros se perderam no esquecimento.²⁵

A história da saúde pública destaca a dimensão política, focalizando, entre outros aspectos, o poder, o Estado, as políticas públicas, as instituições e os profissionais de saúde, além do impacto das intervenções sanitárias nas tendências das taxas de morbidade e mortalidade. A história da saúde pública é, em grande medida, segundo Armus, uma história atenta às relações entre as instituições de saúde e as estruturas econômicas, sociais e políticas:

[...] el énfasis de esta historia de la salud está no tanto en los problemas de la salud individual sino en la de los grupos, en el estudio de las acciones políticas para preservar o restaurar la salud colectiva y en los momentos en que el Estado o algunos sectores de la sociedad han impulsado acciones destinadas a combatir una cierta enfermedad a partir de una evaluación que excede lo estrictamente médico y está definitivamente marcada por factores políticos, económicos, culturales, científicos y tecnológicos.²⁶

A história sociocultural da doença, mais recente e com forte influência da antropologia e dos estudos culturais, discute a medicina como “[...] um terreno incerto no qual a dimensão

²³ ROSENBERG, Charles E. Framing Disease: Illness, Society, and History. In: ROSENBERG, Charles E.; GOLDEN, Janet (Eds.). *Framing Disease: Studies in Cultural History*. 2. ed. New Brunswick: Rutgers University Press, 1997, p. xiii.

²⁴ ARMUS, 2005, p. 14-15.

²⁵ Ibidem, p. 15. Segundo Hochman e Armus, essa história biomédica se propõe, entre outros aspectos, a “compreender as tensões entre a história natural da doença e algumas dimensões de seu impacto social e as relações entre natureza e sociedade”; “contextualizar o saber médico e explorar as transformações, desafios, ambigüidades, irregularidades e fracassos que marcam a produção do conhecimento científico, especificamente o conhecimento biomédico”; e “analisar as redes individuais e institucionais, os intercâmbios internacionais, as comunidades científicas, a construção do lugar dos cientistas, médicos e da medicina nas sociedades modernas e as possibilidades de se fazer ciência distante dos centros mais dinâmicos”. Há forte diálogo com as produções de Robert K. Merton, Thomas Kuhn e Ludwik Fleck (HOCHMAN; ARMUS, 2004, p. 13).

²⁶ ARMUS, 2005, p. 15.

biomédica está penetrada tanto pela subjetividade humana como pelos fatos objetivos”.²⁷ Este estilo narrativo investiga, entre outras questões, os processos de profissionalização e burocratização, as relações entre medicina, conhecimento e poder, as dimensões culturais e sociais da doença em sentido amplo, práticas e praticantes de curas e “outras medicinas”, as influências externas e os intercâmbios internacionais no desenvolvimento médico-sanitário nacional e local, e as políticas de saúde, ideologias e os processos mais amplos de construção dos Estados nacionais.²⁸

Nesta renovada produção historiográfica, três tópicos são apontados como dominantes por Diego Armus: a dimensão social e política das epidemias, os usos culturais da doença e a história da doença *vis-à-vis* da análise das influências externas no desenvolvimento médico-científico e nas políticas de saúde pública e suas influências nos processos de construção dos Estados nacionais.²⁹ Nossa proposta de discussão está relacionada à primeira parte do último tópico destacado por Armus.

A análise da chegada da medicina europeia e norte-americana à América Latina tem sido, em grande medida, uma reação às interpretações difusionistas que assumiam uma recepção passiva de conhecimentos e práticas articuladas no exterior. Desta maneira, a ênfase destes estudos não está, segundo Armus, no transplante e na importação de ideias sobre certas doenças chamadas imprecisamente de tropicais, como a ancilostomíase, enfocada em nossa discussão, mas sim no processo de seleção e adaptação, na criativa reelaboração e modificação de acordo com contextos culturais, políticos e institucionais específicos. Neste marco interpretativo, segundo o autor, os médicos higienistas e os cientistas latino-americanos aparecem ora como aliados, ora como competidores e questionadores da hegemonia científico-cultural europeia ou norte-americana.³⁰

²⁷ HOCHMAN; ARMUS, 2004, p. 15.

²⁸ Ibidem, p. 15. As análises socioculturais da doença estavam, e ainda estão, segundo os autores, fortemente marcadas pelas interpretações de medicalização e disciplinamento de Michel Foucault, alvo de severas críticas: “o argumento foucaultiano no campo das análises históricas sobre medicina, doença e saúde tem sido alvo de severas críticas no Brasil e na América Latina, em especial sua estrutura teleológica, sua pouca densidade no uso das fontes e na pesquisa histórica, a reificação de conceitos e mesmo seu maniqueísmo analítico” (Ibidem, p. 16). Uma perspectiva pós-foucaultiana tem buscado, segundo os autores, incorporar as críticas e renovar seu rendimento analítico.

²⁹ ARMUS, 2003, p. 8-10 e ARMUS, 2005, p. 14 e p. 20-23. Em estudos sobre a dimensão social e política das epidemias, o foco dos trabalhos pode estar, por exemplo, nas condições sociais em que emerge a conjuntura epidêmica, nas técnicas e políticas implementadas para combatê-la e nas reações dos governos, da elite, dos grupos profissionais e da gente comum. No segundo tópico destacado por Armus – os usos culturais da doença – incluem-se, entre outros trabalhos, os que analisam os usos metafóricos da doença.

³⁰ Idem, 2005, p. 20-21.

Na literatura que discute quais seriam os objetivos e interesses especificamente de instituições como a Fundação ao atuar na área da saúde, três linhas de interpretação são identificadas.

Algumas análises tendem a ver a Fundação como um instrumento, um representante científico do imperialismo norte-americano. Assim, sua atuação em países da América Latina, por exemplo, seria pautada por uma relação do tipo “sociedade industrial *versus* sociedade agrária”. De acordo com esta corrente, o combate a doenças estaria relacionado a questões econômicas, pois populações saudáveis seriam mais produtivas.³¹

Uma segunda corrente de interpretação, por sua vez, enfocaria o papel filantrópico das ações da Fundação, correspondendo a traços da cultura norte-americana, não relacionada, portanto, a interesses econômicos e/ou políticos.³²

A terceira corrente não endossa inteiramente nenhuma das duas hipóteses anteriores – instrumento imperialista ou ação filantrópica desinteressada – pois as considera versões simplistas da atuação da Fundação. Há, por parte dos autores desta terceira corrente, a busca por acentuar a interação da Fundação com as especificidades dos países onde atuou. Interesses comerciais e atividades humanitárias não são excludentes ou dimensões antípodas.³³ Podem ser inseridos nesta terceira corrente os trabalhos de Marcos Cueto, Luiz Antonio de Castro Santos, Lina Faria, Steven Palmer e Anne-Emanuelle Birn, para citar alguns exemplos. Nossa proposta de discussão se aproxima da terceira corrente de interpretação. Não nos guiaremos, neste trabalho, pela busca de possíveis interesses escusos, uma “agenda secreta” ou um inventário de intenções não declaradas, da Fundação no país ou no Rio Grande do Sul. Buscaremos analisar a interação da Fundação com as especificidades políticas e sanitárias, por exemplo, não de um país, mas de um estado brasileiro.

Também no que se refere ao papel desempenhado por agências como a Fundação Rockefeller, e em consonância com a terceira linha de interpretação acima destacada, Diego Armus afirma que não há dúvidas de que as missões da instituição norte-americana, presentes em praticamente todos os países da América Latina entre as décadas de 1910 e 1930, são mais uma prova do aumento da influência dos Estados Unidos na região. Também é inegável o papel decisivo da Fundação, entre outros aspectos, na organização de serviços de combate a

³¹ CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de; FARIA, Lina Rodrigues de. *A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: EDUSF, 2003, p. 50; HOCHMAN, 1998, p. 235. Um exemplo desta linha de interpretação é BROWN, Richard E. *Rockefeller Medicine Men*. Berkeley: University of California Press, 1979.

³² Ibidem, p. 51; Ibidem, p. 235. Um exemplo desta linha de interpretação é ETTLING, John. *The Germ of Laziness: Rockefeller Philanthropy and Public Health in the New South*. Cambridge: Harvard University Press, 1981.

³³ Ibidem, p. 51; Ibidem, p. 235.

uma determinada doença, como a ancilostomíase, bem como na promoção, de maneira geral, da medicina curativa e do controle técnico de doenças. Mas o problema é bem mais complexo, e interpretações focadas na ingerência imperialista da Fundação, maniqueístas e simplistas, não dariam conta desta complexidade.³⁴

Em muitos países da América Latina, como demonstraremos para o caso do Brasil, a saúde como questão pública era anterior à chegada da Fundação. Na análise de Armus, a chegada das missões da Fundação Rockefeller foi decisiva nas orientações das reformas sanitárias, em particular no mundo rural e com respeito a enfermidades que, se acreditava, poderiam ser erradicadas a baixo custo e em pouco tempo. O empenho da Fundação Rockefeller mobilizou a opinião pública com respeito às condições de vida e de saúde dos pobres do campo, facilitou a centralização dos esforços sanitários, contribuiu para a consolidação do poder do governo central frente às tradicionais estruturas de poder local e regional e galvanizou a posição dos Estados Unidos como referência externa dominante em matéria de saúde pública.³⁵

Mas a agenda técnica das missões teve que lidar com o desafio de adaptar-se, por exemplo, às idiossincrasias e percepções da população local com relação à saúde e à doença, algo que, segundo Armus, os representantes da Fundação fizeram tão mal ou com tanta dificuldade quanto a maioria dos médicos nativos com experiência profissional no meio urbano. Em qualquer caso, as relações entre médico nativos [e, destacamos aqui, governantes] e especialistas estrangeiros foram complexas, marcadas por subordinação, aliança, pragmatismo, conflito e adaptação.³⁶

Com relação à presença e à atuação da Fundação Rockefeller especificamente no Brasil, Luiz Antonio de Castro Santos afirma, a partir das pesquisas sobre a Fundação Rockefeller no Brasil e sua atuação na área da saúde realizadas em parceria com Lina Faria, que houve nítida influência da Fundação sobre o contexto nacional, mas “a interação entre brasileiros e norte-americanos não foi marcada pela hegemonia destes sobre aqueles, mas, antes, por um relacionamento entre iguais, em que se faziam presentes elementos de confiança e desconfiança, de acomodação e de tensão, de convivência harmoniosa e hostil”.³⁷ Castro Santos sublinha, contudo, que isto não significa afirmar a inexistência de uma proposta pedagógica por parte da Fundação, pois negá-la, segundo o autor, seria desconsiderar os

³⁴ ARMUS, 2005, p. 22.

³⁵ Ibidem, p. 22.

³⁶ Ibidem, p. 23.

³⁷ CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, Apresentação.

próprios objetivos de constituição de uma agência de caráter científico, religioso e filantrópico do porte da Rockefeller.³⁸

Assim como Diego Armus apontou com relação à atuação da Fundação em países da América Latina de uma maneira geral, Castro Santos destaca que a instituição procurou adaptar suas atividades às condições políticas, culturais e sanitárias do Brasil. As metas da Fundação estavam permanentemente sujeitas a negociações no interior da própria instituição e entre os norte-americanos e seus parceiros, e as ações da instituição em terras brasileiras foram conduzidas, e isto é importante que se sublinhe, “em parceria com a elite médica e sanitarista que já existia no Brasil na época da chegada da Missão, e em sintonia com os aparelhos de Estado tanto federais quanto estaduais, em fase de expansão”.³⁹

Vários foram os fatores que contribuíram, segundo Castro Santos, para o estabelecimento de um amplo processo de negociação pelas autoridades nacionais. O primeiro era (I) a questão sanitária, pois, quando a Fundação Rockefeller chegou ao país, em 1916, os serviços sanitários já indicavam um grau razoável de evolução, com destaque para a Capital Federal e alguns estados. Como veremos no caso do Rio Grande do Sul, o estado contava com uma Diretoria de Higiene e estava, quando da chegada da Fundação, em seu segundo regulamento para a saúde. O Brasil ocupava posição de destaque na área de pesquisa biomédica, e sua tradição sanitarista, com base nos conhecimentos da microbiologia, remontava à virada do século. O segundo fator a ser destacado era (II) a existência, naquele momento, de um Estado com um projeto modernizador que incluía a área médica e o combate às endemias. Um terceiro fator era (III) a existência de um movimento nacionalista no país.⁴⁰

Segundo Castro Santos, a Fundação Rockefeller influenciou o desenvolvimento dos serviços médico-sanitários e científicos e no tocante à educação médica. Raros, porém, são os estudos que se dedicaram, até o presente momento, a analisar como ocorreu a cooperação entre a Fundação e governos estaduais no combate à ancilostomíase entre 1916 e 1923 e como a Fundação influenciou (se houve influência) o desenvolvimento dos serviços médico-sanitários e científicos estaduais a partir destas cooperações. É o que pretendemos realizar com relação ao Rio Grande do Sul.

No que diz respeito aos estudos com os quais dialogamos ao longo do trabalho, destacamos o trabalho do cientista político Gilberto Hochman sobre a organização da saúde

³⁸ Ibidem, Apresentação.

³⁹ Ibidem, Apresentação.

⁴⁰ Ibidem, Apresentação.

pública no Brasil durante a Primeira República. Também foram significativas as contribuições de trabalhos de Luiz Antonio de Castro Santos, Lina Faria e Nísia Trindade Lima.

O trabalho da historiadora Beatriz Teixeira Weber merece ser sublinhado como uma importante referência para a discussão da saúde no Rio Grande do Sul no período em questão.

Com relação à presença e à atuação da Fundação Rockefeller no Brasil, Luiz Antonio de Castro Santos afirmou, em 2003, que a contribuição das missões médicas e sanitárias da Fundação havia sido pouco estudada no Brasil até aquele momento e que, na pouca literatura existente, constatava-se “a tendência a atribuir-se às atividades da Fundação no campo da saúde um sentido ‘oculto’, ditado por objetivos econômicos inconfessos do imperialismo norte-americano”⁴¹, aproximando-se, assim, da primeira corrente de interpretação sobre quais seriam os interesses e objetivos da Fundação que apontamos anteriormente.

Na última década, porém, foram produzidos alguns importantes estudos sobre a presença e a atuação da Fundação no campo da saúde no país, e estes trabalhos têm se afastado da tendência apontada por Castro Santos para aproximar-se da terceira corrente de interpretação – a que busca acentuar a interação da Fundação com as especificidades dos países ou, em nosso caso, estado, onde esta atuou. Contudo, apesar da crescente produção, estes trabalhos são ainda numericamente poucos, e muitos dos trabalhos existentes analisam as relações entre a instituição norte-americana e o governo e/ou instituições do estado de São Paulo, como sói acontecer no que se refere aos estudos sobre a saúde pública em geral. São exemplos destes trabalhos os de Maria Gabriela Marinho – *O papel da Fundação Rockefeller na organização do ensino e da pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931)*⁴² – e Lina Faria, autora de *Saúde e Política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo*⁴³.

⁴¹ CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, Apresentação. Um exemplo desta interpretação pode ser encontrada no estudo de Nilson do Rosário Costa sobre as políticas de saúde no Brasil durante a República Velha. Afirma o autor, ao perguntar-se sobre quais seriam os motivos e interesses da *International Health Board* da Fundação Rockefeller ao atuar em ações sanitárias no Brasil e em outras economias agroexportadoras a partir da década de 1910, que “a promoção pela Fundação Rockefeller [sic] de campanhas mundiais de controle de enfermidades, como febre amarela, ancilostomíase e malária esteve associada à necessidade do capitalismo americano de criar condições políticas e sanitárias para as inversões de capital” (COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985, p. 112). Ainda segundo Costa, “[...] não apenas motivações estritamente econômicas moveram a ação sanitária da Fundação Rockefeller [sic] em várias partes do mundo. A preocupação com os problemas de saúde das populações locais tinha um largo alcance político e ideológico servindo como mecanismo de criação de condições institucionais favoráveis aos investimentos e empresas americanas em uma etapa de feroz competição imperialista” (COSTA, 1985, p. 113).

⁴² MARINHO, Maria Gabriela. *O papel da Fundação Rockefeller na organização do ensino e da pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931)*. Dissertação (Mestrado em Política Científica) – Universidade de Campinas, Campinas, 1993.

⁴³ FARIA, 2007.

Em número ainda menor são os trabalhos que abordam as atividades de combate à ancilostomíase realizadas no Brasil através da cooperação entre a Fundação e governos estaduais. Alguns trabalhos que discutem outros aspectos da atuação da Fundação Rockefeller na área da saúde, muitos dos quais produzidos por pesquisadores estrangeiros, trazem informações sobre estas atividades. Como exemplo, podemos citar o trabalho de John Farley – *To cast out disease: a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*⁴⁴ – que, em seus primeiros capítulos, aborda as campanhas de combate à ancilostomíase realizadas pela Fundação em diversos países, entre os quais o Brasil. Alguns trabalhos de Marcos Cueto sobre a atuação da Fundação Rockefeller na área da saúde na América Latina, como a Introdução de *Missionaries of science: the Rockefeller Foundation and Latin America*⁴⁵ e *The cycles of eradication: the Rockefeller Foundation and Latin American public health, 1918-1940*⁴⁶, também trazem algumas informações sobre as ações de combate à ancilostomíase realizadas no Brasil. Um outro exemplo ainda é o trabalho de Ilana Löwy sobre a febre amarela no Brasil e intitulado *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*⁴⁷. Ao discutir o combate à doença no país, que contou com a participação da Fundação Rockefeller por quase duas décadas (1923-1940), Löwy tece algumas considerações sobre a participação da Fundação também no combate à ancilostomíase.

O trabalho de Luiz Antonio de Castro Santos e Lina Faria sobre os primeiros anos de atuação da Fundação Rockefeller no Brasil – *A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*⁴⁸ – merece destaque entre os trabalhos que trazem informações sobre as campanhas de combate à ancilostomíase no país. Ao analisar a atuação da Fundação no Brasil entre 1915 e o final da República Velha, Castro Santos e Faria trazem informações importantes sobre a participação da instituição norte-americana nas atividades de saneamento rural realizadas no país naquele período, mas sem aprofundar as ações desenvolvidas pela Fundação nos estados. Também foram importantes alguns trabalhos dos autores na discussão sobre a atuação da instituição norte-americana na formação de profissionais de saúde pública desenvolvida na última parte da Tese.

⁴⁴ FARLEY, 2004.

⁴⁵ CUETO, Marcos. Introduction. In: CUETO, Marcos (Ed.). *Missionaries of science: the Rockefeller Foundation and Latin America*. Bloomington: Indiana University Press, 1994, p. ix-xx.

⁴⁶ CUETO, Marcos. The cycles of eradication: the Rockefeller Foundation and Latin American public health, 1918-1949. In: WEINDLING, Paul (Ed.). *International health organisations and movements, 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995, p. 222-243.

⁴⁷ LÖWY, Ilana. *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Tradução de Irene Ernest Dias. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

⁴⁸ CASTRO SANTOS; FARIA, 2003.

Conhecemos apenas duas breves análises, publicadas em artigos, que discutem as atividades de combate à ancilostomíase realizadas em estados brasileiros a partir da cooperação entre a Fundação Rockefeller e governos estaduais, aproximando-se assim da nossa proposta de análise. Em texto intitulado *A filantropia científica nos tempos da romanização: a Fundação Rockefeller em Minas Gerais (1916-1928)*⁴⁹, Rita de Cássia Marques analisa as atividades de combate à ancilostomíase realizadas em Minas Gerais e as relações da Fundação Rockefeller com a Igreja católica, a classe médica, a população e o governo daquele estado. Já no artigo de Christian Brannstrom – *A Fundação Rockefeller e a campanha de erradicação da ancilostomíase em São Paulo (1917-1926)*⁵⁰ –, o autor analisa as atividades da Fundação no combate à doença em São Paulo em sua relação com os interesses das elites do café.

Com a escassez de estudos que enfocassem as campanhas de combate à ancilostomíase realizadas no Brasil a partir da cooperação entre a Fundação e governos estaduais, foram extremamente importantes os estudos que analisam as atividades de combate à doença realizadas pela Fundação em outros países. Entre estes estudos, destacamos os de Steven Palmer, entre os quais está *Launching global health: the Caribbean odyssey of the Rockefeller Foundation*⁵¹. Neste trabalho, Palmer analisa comparativamente a atuação da divisão internacional de saúde da Fundação Rockefeller no combate à ancilostomíase em seis países da América Central e do Caribe: Nicarágua, Panamá, Costa Rica, Guatemala, Trinidad e Guiana Britânica, com ênfase nos quatro últimos, entre os anos de 1914 e o final da década de 1920. Outro trabalho que nos ajudou a refletir sobre o tema aqui proposto foi *Marriage of convenience: Rockefeller International Health and revolutionary Mexico*⁵², estudo de Anne-Emanuelle Birn sobre as relações entre a Fundação Rockefeller e os governantes mexicanos entre as décadas de 1920 e 1940 e que aborda, além das campanhas de combate à ancilostomíase realizadas naquele país entre 1924 e 1928, as ações de combate à febre amarela e a formação de profissionais mexicanos da área da saúde através de bolsas de estudos distribuídas pela Fundação, entre outras questões.

Desconhecemos estudos que tenham analisado as ações de combate à ancilostomíase realizadas no Rio Grande do Sul a partir da cooperação entre o governo estadual e a Fundação

⁴⁹ MARQUES, Rita de Cássia. A filantropia científica nos tempos da romanização: a Fundação Rockefeller em Minas Gerais (1916-1928). *Horizontes*, Bragança Paulista, v. 22, n. 2, p. 175-189, jul./dez. 2004.

⁵⁰ BRANNSTROM, Christian. A Fundação Rockefeller e a campanha de erradicação da ancilostomíase em São Paulo (1917-1926). *Revista de História Regional*, v. 15, n. 2, p. 10-48, Inverno, 2010.

⁵¹ PALMER, Steven. *Launching global health: the Caribbean odyssey of the Rockefeller Foundation*. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 2010a.

⁵² BIRN, 2006.

Rockefeller e suas consequências, tendo encontrado apenas referências, em trabalhos que discutem outras temáticas, sobre a presença e a atuação da Fundação no estado. O estudo de Lizete Oliveira Kummer sobre o posicionamento dos médicos gaúchos frente ao princípio da liberdade profissional que vigorava no Rio Grande do Sul durante a República – *A medicina social e a liberdade profissional: os médicos gaúchos na Primeira República*⁵³ – é um exemplo destes trabalhos. Nesta investigação, Kummer comenta, brevemente, a presença da Fundação Rockefeller no país a partir de 1916 e destaca, além da cooperação entre a Fundação e o governo estadual, a bolsa de estudos concedida a Fernando do Freitas e Castro, médico da Diretoria de Higiene do Rio Grande, em 1922. Outro trabalho que aponta a existência da cooperação entre a Fundação e o governo do Rio Grande do Sul, mas que também enfatiza a bolsa de estudos recebida por Freitas e Castro é a pesquisa de Gabrielle Werenicz Alves sobre as políticas públicas elaboradas pelo governo do estado para a área da saúde entre 1928 e 1945. Em *Políticas de saúde pública no Rio Grande do Sul: continuidades e transformações na Era Vargas (1928-1945)*⁵⁴, Alves afirma que as concepções americanas de saúde foram colocadas em prática no estado a partir da elaboração da reforma sanitária de 1929, elaborada por Fernando de Freitas e Castro. Podemos acrescentar ainda um terceiro trabalho a esta pequena lista. Em sua análise sobre a gripe espanhola em Porto Alegre, intitulada *Banalização da morte na cidade calada: a hespanhola em Porto Alegre, 1918*⁵⁵, Janete Abrão afirma que o fato de maior relevância na área da saúde estadual, após a ocorrência da epidemia gripal, foi a cooperação entre a Fundação Rockefeller e o governo estadual.

As questões desenvolvidas nesta Tese foram organizadas em seis capítulos. O primeiro capítulo dedica-se a apresentar um panorama da saúde pública no Brasil da Primeira República, enfocando a importância atribuída às endemias rurais a partir do movimento sanitário, iniciado ainda na década de 1910, e a crescente intervenção do governo federal no combate a estas doenças. O segundo dedica-se a discutir, brevemente, alguns aspectos relativos à ancilostomíase, doença alvo da cooperação entre a Fundação e os governos estaduais brasileiros, e à atuação da filantropia dos Rockefeller no combate a esta doença nos

⁵³ KUMMER, Lizete Oliveira. *A medicina social e a liberdade profissional: os médicos gaúchos na Primeira República*. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

⁵⁴ ALVES, Gabrielle Werenicz. *Políticas de saúde pública no Rio Grande do Sul: continuidades e transformações na Era Vargas (1928-1945)*. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

⁵⁵ ABRÃO, Janete Silveira. *Banalização da morte na cidade calada: a hespanhola em Porto Alegre, 1918*. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

Estados Unidos, a partir de 1909, através da *Sanitary Commission for the Eradication of Hookworm Disease* e, no plano internacional, através da *International Health Board* a partir da década de 1910. No terceiro capítulo, apresentamos um panorama da cooperação entre a Fundação e estados brasileiros no combate à ancilostomíase. No quarto capítulo, iniciamos a discussão sobre a cooperação entre a Fundação e o governo do Rio Grande do Sul, apresentando o panorama da saúde pública no estado durante a República Velha e abordando o início das atividades da FR. No quinto capítulo, discutimos a cooperação entre a FR e o governo do Rio Grande do Sul no combate à ancilostomíase, entre 1920 e 1923, e a continuidade deste trabalho através do Serviço de Postos de Profilaxia Rural, mantido pelo estado entre 1924 e 1929. Finalmente, o sexto e último capítulo trata da atuação da Fundação na formação de profissionais de saúde pública através do investimento em instituições e, principalmente, através da política de concessão de bolsas de estudos, que beneficiou Fernando de Freitas e Castro, médico da Diretoria de Higiene do estado que assumiu a saúde pública em 1929 e que introduziu, no Rio Grande do Sul, o modelo norte-americano dos *health centers*.

Acreditamos que o mérito maior deste trabalho de pesquisa resida na proposta de discutir uma das primeiras atividades da Fundação Rockefeller no Brasil – a cooperação entre a instituição e governos estaduais no combate à ancilostomíase entre 1916 e 1923 – temática ainda pouco explorada. No que se refere especificamente à cooperação entre a Fundação e o governo do Rio Grande do Sul no combate à doença e seus desdobramentos entre 1919 e 1929, objeto central de nossa análise, acreditamos que nosso trabalho possibilitará a discussão de questões relativas à saúde pública no estado que, se já haviam sido apontadas em alguns poucos estudos, ainda não tinham sido investigadas.

Passemos, então, ao resultado de nossa investigação.

CAPÍTULO I – A “REDESCOBERTA” DO BRASIL E DOS BRASILEIROS: O MOVIMENTO SANITARISTA E A INTERVENÇÃO FEDERAL NA SAÚDE PÚBLICA

“O Jeca não é assim: *está* assim.”⁵⁶

Este primeiro capítulo tem por objetivo apresentar um panorama da saúde pública no Brasil da Primeira República, enfocando a importância atribuída às endemias rurais, como a ancilostomíase, a partir do movimento sanitário, iniciado ainda na década de 1910, e a crescente intervenção do governo federal na área da saúde e no combate a estas doenças. Não é nosso objetivo realizar aqui um amplo estudo sobre a Primeira República no Brasil, e sim focar aspectos que consideramos importantes para a compreensão da discussão proposta neste estudo, ou seja, a cooperação entre a Fundação Rockefeller e o governo do estado do Rio Grande do Sul no combate à ancilostomíase e seus desdobramentos entre os anos de 1919 e 1929. Ao discutirmos as questões propostas para este capítulo inicial, apresentaremos o contexto nacional em que se inseriu a Fundação norte-americana, contexto, como veremos, favorável à realização de acordos para ações de saneamento e de combate a endemias rurais e que é fundamental para compreender a cooperação entre a Fundação e o governo do Rio Grande do Sul.

1.1 SAÚDE PÚBLICA, MOVIMENTO SANITARISTA E COMBATE ÀS ENDEMIAS RURAIS NO BRASIL DA PRIMEIRA REPÚBLICA

A República Velha brasileira (1889-1930) foi um período de constituição de poder público, e, no que se refere às relações entre poder público e políticas de saúde, autores como Luiz Antonio de Castro Santos e Gilberto Hochman destacam a importância das políticas de saúde pública da Primeira República brasileira na criação e no aumento da capacidade do Estado de intervir sobre o território nacional.⁵⁷

Gilberto Hochman, apoiado em estudos sobre o tema, apresenta uma divisão do movimento sanitário brasileiro em duas fases ou períodos fundamentais. A primeira fase (1)

⁵⁶ LOBATO, Monteiro. *Mr. Slang e o Brasil e Problema Vital*. 9. ed. São Paulo: Brasiliense, v. 8, 1959, p. 221. Grifos do autor.

⁵⁷ HOCHMAN, 1998; CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985; CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. Poder, Ideologias e Saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 249-293; CASTRO SANTOS; FARIA, 2003.

corresponderia à primeira década do século XX, com Oswaldo Cruz dirigindo os serviços federais de saúde (1903-1909), cuja atuação se restringia basicamente ao Distrito Federal e aos portos. A ênfase no saneamento do Rio de Janeiro, então capital do país, e o combate às epidemias de febre amarela, peste e varíola seriam as principais características deste primeiro período. Na segunda fase (2), correspondente às décadas de 1910 e 1920, a ênfase estaria no saneamento rural, a partir da “descoberta” da população abandonada e doente dos sertões brasileiros e da possibilidade de cura e integração dessa população ao país. Além destas diferenças, o autor afirma também que o fator determinante das políticas públicas de saúde no primeiro período seria a necessidade de livrar o Brasil dos prejuízos comerciais relacionados às péssimas condições sanitárias do Rio de Janeiro e de seu porto. Já na segunda fase, a reforma sanitária se apresentaria “[...] como um caminho para a construção da nação, no bojo de uma corrente nacionalista que recusava o determinismo racial e climático como explicação do Brasil e dos brasileiros”.⁵⁸ Passaremos agora a explorar um pouco mais essas duas fases do movimento sanitarista brasileiro, dando ênfase, dentro dos propósitos de nosso estudo, à segunda.

1.1.1 A organização da saúde pública até meados da década de 1910

A partir da proclamação da República, em 1889, as questões relativas à saúde pública passaram a ser tratadas de forma descentralizada, obedecendo à Constituição de 1891, que estabelecia a autonomia dos estados. Encarregados dos serviços sanitários, os estados respondiam pela saúde pública e repassavam aos municípios as questões relativas à higiene. Apenas o Distrito Federal e a vigilância dos portos permaneceram sob responsabilidade do governo federal. Os problemas de saúde eram considerados regionais, e intervenções federais não previstas poderiam ser interpretadas como questionamento do pacto federativo.⁵⁹

⁵⁸ HOCHMAN, 1998, p. 60-61.

⁵⁹ Ibidem. Hochman nos informa, sobre a saúde pública durante o período imperial, que o desenho institucional desta “[...] moveu-se lentamente rumo à unificação administrativa, buscando corresponder à eclosão freqüente de epidemias de febre amarela, peste e varíola nas cidades litorâneas e em zonas de expansão econômica e de imigração, a partir de meados do século XIX” (Ibidem, p. 95). Ainda segundo o autor, essas ações tinham um alcance territorial restrito, tratando-se de “intervenções emergenciais sobre o meio ambiente”. A Reforma Mamoré, ocorrida em 1886, foi a última grande reformulação dos serviços sanitários durante o Império e criou o Conselho Superior de Saúde Pública. A partir de então, houve a divisão dos serviços sanitários em duas inspetorias gerais: higiene terrestre (ênfase na capital, o Rio de Janeiro) e higiene marítima (organizada ao longo dos portos) (Ibidem, p. 95). Para mais informações sobre ciência e saúde no Brasil Império, ver a primeira parte da obra organizada por Maria Amélia M. Dantes intitulada *Espaços da Ciência no Brasil: 1800-1930* (DANTES, Maria Amélia M. (Org.). *Espaços da Ciência no Brasil: 1800-1930*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001).

A Constituição republicana não trazia menções à saúde e ao saneamento em seu texto, mas, a partir da interpretação dos Artigos 5º e 6º, estabeleceu-se que saúde e saneamento seriam atribuições dos estados e municípios.⁶⁰ O Artigo 34 do texto constitucional determinava ainda que era privativo do Congresso Nacional legislar sobre os poderes da União, seu exercício e orçamento, o que significava que, para que ocorressem modificações no sentido de ampliar as atribuições do poder central, seria necessária a formação de maioria entre os representantes das oligarquias estaduais.⁶¹

A lei orçamentária referente às despesas de 1892 confirmou a interpretação referida: o governo do Distrito Federal seria responsável por todos os serviços sanitários da Capital Federal, e os estados estariam encarregados de todas as despesas com os serviços de higiene terrestre nos respectivos territórios. As atividades vinculadas à defesa sanitária do país, referentes, em grande parte, aos serviços sanitários marítimos, seriam de responsabilidade do governo federal. Ficou consagrado, assim, segundo Hochman, que, “[...] no arranjo federativo brasileiro, caberia aos poderes locais o cuidado com a saúde da população. Ao Governo federal competiam, no final da década de 1890, basicamente, ações de saúde no Distrito Federal (DF), a vigilância sanitária dos portos e assistir os estados em casos previstos constitucionalmente”.⁶²

Foi este arranjo que possibilitou que, no Rio Grande do Sul, a saúde pública fosse organizada de acordo com as proposições do Partido Republicano Rio-Grandense (PRR), de orientação positivista, conforme veremos mais adiante.

A Diretoria Geral de Saúde Pública – DGSP – foi criada em 1896 e regulamentada através do Decreto n. 2.449 de 1897. A Diretoria estava vinculada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores e, como órgão federal responsável, suas atribuições eram organizar e dirigir os serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais; fiscalizar o exercício da medicina e da farmácia; realizar estudos sobre doenças infecto-contagiosas; organizar estatísticas demográfico-sanitárias; auxiliar mediante solicitação estados em situações

⁶⁰ O Artigo 5º da Constituição determinava que era incumbência de 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”. Já o Artigo 6º estabelecia que “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 estabelecer a ordem e a tranquilidade nos Estados, à requisição dos respectivos Governos; 4º) para assegurar a execução das leis e sentenças federais”. BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 24 de fevereiro de 1891. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm>. Acesso em: 27 jul. 2010.

⁶¹ HOCHMAN, 1998, p. 96.

⁶² Ibidem, p. 96.

especiais, e produzir e distribuir soros e vacinas.⁶³ Segundo Lina Faria, a principal função da Diretoria era unificar os serviços de higiene da União, mas sua atuação foi extremamente limitada.⁶⁴

Modificações referentes aos serviços sanitários no Distrito Federal e nos portos nacionais ocorreram no início do século XX, durante o governo de Rodrigues Alves, entre 1902 e 1904. Em um contexto de pressões ocasionadas pelo grande número de óbitos causado por epidemias, a autoridade pública federal foi ampliada. A DGSP incorporou os serviços de higiene defensiva do Distrito Federal, criou o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela⁶⁵ e o Regulamento Processual da Justiça Sanitária. Os problemas ocasionados pelo alto obituário resultante de epidemias como as de febre amarela – desorganização da economia e prejuízos à imagem do Distrito Federal e do Brasil no exterior⁶⁶ – evidenciavam, na interpretação de Hochman, “[...] a incapacidade e timidez dos serviços sanitários da Capital da República,

⁶³ Ibidem, p. 96.

⁶⁴ CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 24.

⁶⁵ Entre os estudos sobre a febre amarela no Brasil, citamos o de Jaime Benchimol, intitulado *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil* (BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora UFRJ, 1999), e *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*, de Ilana Löwy (LÖWY, 2006).

⁶⁶ Boris Fausto afirma, ao abordar as mudanças socioeconômicas ocorridas no Brasil durante a República Velha, que a imigração em massa foi umas das mais importantes. Segundo o autor, o país recebeu aproximadamente 3,8 milhões de estrangeiros entre 1887 e 1930, dos quais cerca de 72% (2,74 milhões) do total ingressaram no Brasil entre 1887 e 1914, em virtude da grande demanda de força de trabalho existente para as lavouras de café naqueles anos. A Primeira Guerra Mundial reduziu o fluxo da imigração, ampliado novamente, até 1930, após o fim do conflito. Ainda conforme Fausto, mudanças políticas no Brasil e na Europa e a crise de 1929 fizeram com que o fluxo de imigrantes como força de trabalho deixasse de ser significativo. As regiões que mais receberam imigrantes no Brasil foram as Centro-Sul, Sul e Leste: 93,4% da população estrangeira vivia nessa região em 1920. São Paulo concentrava sozinho 52,4% dessa população. Os italianos constituíram o grupo mais numeroso a ingressar no Brasil entre 1887-1930, com 35,5% do total de imigrantes; os portugueses, em segundo lugar, representaram 29%, e os espanhóis, 14,6%. São Paulo e o Rio Grande do Sul foram os principais destinos dos italianos desembarcados no país (FAUSTO, Boris. *História Concisa do Brasil*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo/Imprensa Oficial do Estado, 2001, p. 155-156). Núncia Santoro de Constantino discute, em *Viajantes italianos, saúde e imigração para o Brasil: Buscaglione, Lomonaco, Mantegazza*, os relatos de viagem de três médicos italianos sobre o Brasil publicados no final do século XIX. O médico Luigi Buscaglione, médico de bordo de um vapor que trouxe imigrantes italianos para o Brasil, em 1893, narra os horrores enfrentados no navio em virtude de uma epidemia de cólera que matou dezenas de pessoas e que levou o governo brasileiro a expulsar o vapor da costa assim que este chegou ao Rio de Janeiro. Na frustrante viagem de retorno, outras dezenas de pessoas faleceram, desta vez em decorrência do sarampo. Sobre os prejuízos à imagem do Brasil que as mortes de imigrantes representavam, Constantino afirma que “a doença, especialmente a febre amarela, dizimando contingentes de imigrantes, monopolizou a discussão no parlamento e na imprensa italiana, exigindo uma ação do governo brasileiro, interessado em solucionar a premente questão da escassez da mão de obra, sobretudo na lavoura de café. As epidemias eram a primeira causa de uma propaganda negativa do Brasil no estrangeiro, propaganda que definitivamente não interessava, quando o país pretendia atrair europeus. O país era o diabólico espaço preferencial da doença que representava um símbolo de atraso. A ideia deste atraso tornava-se incompatível como [sic] o novo projeto que as elites construíram para o país; desejava-se uma modernidade inspirada na Europa. Mesmo assim, por mais de meio século, a doença aterrorizou e foi denunciada pelos estrangeiros” (CONSTANTINO, Núncia Santoro de. *Viajantes italianos, saúde e imigração para o Brasil: Buscaglione, Lomonaco e Mantegazza*. In: SERRES, Juliane C. Primon; SCHWARTSMANN, Leonor Baptista (Orgs.). *História da Medicina: instituições e práticas de saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009, p. 258-259).

agravados por uma divisão considerada ineficaz entre os serviços de higiene federais e os serviços municipais, e pela sua quase inexistência nos estados, à exceção de São Paulo”.⁶⁷

A partir de 1904, todos os serviços de higiene que até então haviam estado sob responsabilidade da administração municipal do Distrito Federal passaram para a União. As atribuições da Diretoria Geral de Saúde Pública em âmbito nacional foram ampliadas e passaram a ser as seguintes:

[...] o serviço sanitário dos portos marítimos e fluviais, com hospitais de isolamento em cada um dos principais portos; auxílio aos estados quando demandado; atividades de fiscalização do exercício profissional de médicos e farmacêuticos; atividades de fiscalização dos laboratórios oficiais e privados e seus produtos (vacinas, soros etc.); promoção de estudos sobre doenças transmissíveis; organização de estatísticas demográfico-sanitárias; e confecção de um Código Sanitário Brasileiro a ser observado em todo o território nacional, com as infrações sendo julgadas pelas justiças locais.⁶⁸

O governo federal ampliou sua atuação na capital do país, bem como sua capacidade de regulação de questões relativas à saúde pública e à higiene.

É importante lembrar que, no início do século XX, cidades como São Paulo e Rio de Janeiro viviam grandes projetos de urbanização e modernização. Na Capital Federal, houve uma intensa agitação política no que se referia à questão sanitária no início do século passado, e a saúde ocupou, na agenda pública, um lugar de destaque.⁶⁹ Oswaldo Cruz⁷⁰, diretor da

⁶⁷ HOCHMAN, 1998, p. 97. Gilberto Hochman, em nota na página 102, especifica as funções da Diretoria Geral de Saúde Pública e as modificações introduzidas entre os anos de 1902 e 1904. Segundo o autor, as atribuições da DGSP, definidas entre 1897 e 1904, poderiam ser resumidas da seguinte maneira: “[...] estudo da natureza, etiologia e tratamento e [sic] profilaxia de doenças transmissíveis (em qualquer parte do país); socorros médicos e de higiene às populações dos estados, mediante solicitação dos respectivos governos, em caso de calamidade pública; preparo de culturas e soros antitóxicos e curativos; fiscalização do exercício da medicina e farmácia; organização das estatísticas demográfico-sanitárias; direção dos serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais; confecção do Código Farmacêutico Brasileiro e do Laboratório de Bacteriologia. A estas foram adicionados, entre 1902 e 1904, os serviços de higiene defensiva do DF e as atividades de higiene domiciliar; polícia sanitária dos domicílios, lugares e logradouros públicos; a profilaxia geral e específica das moléstias infecciosas” (Ibidem, p. 102, nota 8). Para mais informações sobre o governo Rodrigues Alves e as modificações na área da saúde, ver CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 26-28.

⁶⁸ HOCHMAN, 1998, p. 98.

⁶⁹ Ibidem, p. 99. Sobre a reforma urbana no Rio de Janeiro, José Murilo de Carvalho afirma que “a mais espetacular missão urbana foi a reforma e o saneamento da cidade do Rio de Janeiro, empreendidos pelo engenheiro Pereira Passos e pelo médico Oswaldo Cruz, a partir de 1903. Um novo porto foi construído, ruas foram alargadas ou abertas, centenas de casas demolidas. Uma avenida rasgou o ventre da velha cidade colonial expulsando gente, alterando o transporte, mudando a cara da cidade. O prefeito Passos quis ainda mudar os hábitos da população para que a cidade também nisto se parecesse com o modelo parisiense. Recolheu mendigos, mandou tirar vacas e cães das ruas, proibiu cuspir nas ruas e dentro dos veículos” (CARVALHO, José Murilo de. *Pontos e Bordados: escritos de história e política*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999, p. 111).

⁷⁰ Oswaldo Gonçalves Cruz (1872-1917) nasceu em São Luís do Paritinga, filho do médico Bento Gonçalves Cruz e de Amália Taborda de Bulhões. Oswaldo Cruz morou em sua cidade natal até 1877, quando seu pai se transferiu para o Rio de Janeiro. Aos 15 anos, Cruz ingressou na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e formou-se doutor, em 1892, com a tese “Veiculação Microbiana pelas Águas”. Entre 1896 e 1898, Cruz

DGSP entre os anos de 1903 e 1909, comandou uma reforma sanitária que ocorreu em um contexto político e social extremamente complexo e que constituiu parte também de uma grande reforma urbana da cidade do Rio de Janeiro.⁷¹

A década de 1910 trouxe mudanças no que se referia à saúde no Brasil, entre as quais destacamos os crescentes pedidos de auxílio federal – técnico, financeiro e de pessoal – por parte dos estados em busca de soluções para os problemas sanitários enfrentados; a reformulação da Diretoria Geral de Saúde Pública; o movimento pela reforma sanitária e pelo saneamento rural iniciado na segunda metade da década de 1910, e a presença da Fundação Rockefeller no país a partir de 1916.

Em 1914, houve a reformulação da DGSP através do Decreto n. 10.821, de 18 de março daquele ano. Segundo Hochman, esta foi a última grande modificação deste período e “[...] alterou alguns itens do esquema montado por Oswaldo Cruz, no início do século, adaptando certas medidas aos avanços do conhecimento médico e à diminuição das epidemias que visitavam a cidade do Rio de Janeiro”.⁷² A relação entre o governo federal, os estados e os municípios não sofreu grandes alterações no que se referia à saúde, e o caráter de excepcionalidade da intervenção da DGSP nos estados foi mantido. Contudo, três alterações

aperfeiçoou seus conhecimentos em bacteriologia em Paris. Especializou-se, em 1896, em bacteriologia no Instituto Pasteur de Paris e trabalhou no laboratório municipal da cidade entre 1897 e 1898. Em 1899, Oswaldo Cruz retornou ao Rio de Janeiro, onde abriu um laboratório de análises clínicas, o primeiro na capital brasileira. Uma epidemia de peste eclodiu no mesmo ano, e o governo decidiu abrir um laboratório para fabricar soro antipestoso, além de outros soros e vacinas. Este laboratório foi instalado na periferia do Rio de Janeiro – em Manginhos – e Cruz foi nomeado diretor-geral em 1902, depois de ter ocupado o cargo de diretor técnico. Durante a presidência de Rodrigues Alves, Oswaldo Cruz foi nomeado para o comando da DGSP. A peste, a febre amarela e a varíola foram as doenças que receberam maior atenção na campanha sanitária conduzida por Cruz entre 1903 e 1909 e cujo objetivo era livrar a capital das doenças epidêmicas. Em 1904, Cruz enfrentou a chamada Revolta da Vacina. Em 1907, recebeu a medalha de ouro no XIV Congresso Internacional de Higiene e Demografia em Berlim. Em 1909, Oswaldo Cruz deixou a DGSP e passou a se dedicar exclusivamente ao Instituto Oswaldo Cruz. Em 1913, o médico foi eleito para a Academia Brasileira de Letras. Doente, Cruz deixou o Instituto em 1915 e mudou-se para Petrópolis, cidade de que foi eleito prefeito. Oswaldo Cruz faleceu dois anos depois, em 1917. Sobre a Revolta da Vacina, cabem aqui algumas palavras. A Revolta da Vacina ocorreu no Rio de Janeiro em 1904, e seu estopim foi a decretação da vacinação antivariólica obrigatória. Segundo Micael M. Herschmann e Carlos Alberto Messeder Pereira, “a rebelião foi a manifestação de uma população insatisfeita com uma série de medidas autoritárias que iam desde uma política deflacionária e desapropriações de imóveis na área central da capital até a ‘invasão da privacidade’ efetuada pelos batalhões de sanitaristas de Oswaldo Cruz, com os quais estes segmentos sociais dificilmente poderiam se identificar” (HERSCHMANN, Micael M.; PEREIRA, Carlos Alberto Messeder (Orgs.). *A invenção do Brasil moderno: medicina, educação e engenharia nos anos 20-30*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994, p. 28). Segundo José Murilo de Carvalho, a Revolta da Vacina pode ser vista como uma reafirmação de valores tradicionais, uma reação às “missões civilizadoras”. Segundo o autor, a revolta desencadeou um vasto e profundo protesto, com “revoltas dentro da revolta”, como os consumidores de serviços públicos, por exemplo, manifestando seu descontentamento contra as companhias prestadoras de serviços (CARVALHO, José Murilo de. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1997, p. 138). As informações biográficas sobre Oswaldo Cruz podem ser encontradas na página do Instituto Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://www.ioc.fiocruz.br/pages/personalidades/OswaldoGoncalvesCruz.htm>>. Acesso em: 17 ago. 2010.

⁷¹ HOCHMAN, 1998, p. 99-100.

⁷² Ibidem, p. 107.

são destacadas por Hochman: (1) houve uma alteração semântica: a DGSP prestaria socorro às “populações dos estados” e não aos governos estaduais; (2) em caso de auxílio da DGSP, todos os serviços sanitários locais passariam para a autoridade federal, retirando do governo estadual a capacidade decisória nas questões referentes ao objeto da intervenção; (3) a falta de recursos não poderia ser o motivo alegado para a solicitação da presença do governo federal. Caso a presença do governo federal fosse solicitada para combater “doenças evitáveis”, a União deveria ser indenizada pelo governo estadual. Os estados que descuidassem de suas atribuições eram, desta maneira, responsabilizados pelo descuido.⁷³ Houve também um aumento na regulação da profilaxia de doenças infectocontagiosas, bem como uma ampliação das ações de defesa sanitária dos portos, com a criação de 19 inspetorias de saúde que controlavam portos, embarcações e lazaretos.

Comentando esta primeira “fase” ou “ciclo” da saúde pública no Brasil, Gilberto Hochman assevera que

O legado desse primeiro ciclo de formação da autoridade sanitária foi o crescimento da dimensão coercitiva do poder estatal. Duas décadas republicanas significaram a estruturação das bases de ação do Poder Público na área de saúde pública e saneamento. O país, contudo, continuava a conviver com graves problemas sanitários, já que a atuação dos órgãos competentes se restringia ao DF e aos portos, além de possuir limitada capacidade legal e técnica para agir. Permanecia a ênfase nas áreas urbanas e o vexo da ação mais reativo às ameaças ou presença concreta da varíola, da febre amarela e da peste. [...] **Todavia, ensaiaram-se movimentos, primeiro, mais efetivos, de expansão da capacidade de agir coercitivamente e, segundo, tímidos, de presença dos serviços federais em outras partes do território brasileiro, tendo como base os elos de interdependência sanitária.** Essa presença federal, ou sua simples alternativa, motivou o início da organização de serviços sanitários em alguns estados e em suas principais cidades. [...] **O argumento aqui sugerido é que a autoridade sanitária foi se constituindo de forma mais centralizada, reescrevendo, na prática, as cláusulas constitucionais que inicialmente a alocavam na esfera municipal.**⁷⁴

Estruturaram-se, assim, nas primeiras décadas da República Velha, as bases de ação do poder público na área de saúde pública e saneamento, e a presença do governo federal em estados e municípios, ou a possibilidade desta presença, se expandiu, processo que se acentuaria, como veremos, ao final da década de 1910 e, principalmente, durante a década seguinte, 1920.

⁷³ Ibidem, p. 107-108.

⁷⁴ Ibidem, p. 109. Grifos nossos.

Até meados da década de 1910, as políticas públicas na área da saúde limitavam-se, assim, às capitais e a outras regiões urbanas de importância econômica no Brasil.⁷⁵

1.1.2 O movimento sanitaria

Ao longo da década de 1910, porém, iniciou-se uma campanha pela reforma da saúde e pelo saneamento rural no país. Este período, momento em que se intensificam os debates sobre saúde e saneamento no país, é marcado pelo surgimento, no Brasil e no exterior, de movimentos de caráter nacionalista. De acordo com Nísia Trindade Lima e Gilberto Hochman, “[...] o período correspondente à Primeira Guerra Mundial e ao imediato pós-guerra foi, no exterior e no Brasil, marcado por uma intensa atuação de movimentos nacionalistas, que pretendiam descobrir, afirmar e reclamar os princípios da nacionalidade e realizá-los por intermédio do Estado”.⁷⁶ Como bem lembrou Gisele Sanglard, o nacionalismo manifestou-se no Brasil, naquele período, em diversos campos, atitudes e ações, como no culto ao civismo e na ampliação do colégio eleitoral.⁷⁷

Quatro eventos são apontados como significativos e fundadores do movimento sanitaria brasileiro: (1) o discurso de Miguel Pereira, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1916, caracterizando o país como um imenso hospital; (2) o impacto causado pela publicação, também em 1916, do relatório da expedição médico-científica do Instituto Oswaldo Cruz ao interior, em 1912; (3) a fundação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, em 1918; e (4) a repercussão dos artigos escritos por Belisário Penna sobre saúde e saneamento e reunidos em publicação, em 1918, sob o título *Saneamento do Brasil*.⁷⁸

O discurso de Miguel Pereira, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (FMRJ) e presidente da Academia Nacional de Medicina (ANM), era uma saudação ao diretor da FMRJ, o professor Aloysio de Castro. Segundo Hochman, o discurso foi proferido no contexto de um debate de cunho nacionalista que girava em torno do recrutamento e do

⁷⁵ CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 42; CASTRO SANTOS, 1995, p. 193.

⁷⁶ HOCHMAN, 1998, p. 62 e LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. “Pouca Saúde e Muita Saúde”: sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 497.

⁷⁷ SANGLARD, Gisele Porto. *Entre os salões e o laboratório: filantropia, mecenato e práticas científicas – Rio de Janeiro, 1920-1940*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005, p. 110-111.

⁷⁸ LIMA; HOCHMAN, 2004, p. 498-499 e LIMA, Nísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Revan/IUPERJ/UCAM, 1999, p. 105-107. É válido destacar aqui que a publicação de *Os Sertões*, de Euclides da Cunha, em 1902, é apontada por diversos autores como importante no processo de “descoberta” dos “sertões” brasileiros pelas elites do país (LÖWY, 2006; CASTRO SANTOS, 1985; LIMA, 1999).

serviço militar obrigatórios.⁷⁹ As palavras de Miguel Pereira eram uma crítica ao desconhecimento – ingenuidade e ignorância – do deputado federal mineiro Carlos Peixoto com relação ao Brasil e seus habitantes caboclos e sertanejos, vistos, muitas vezes, sob uma ótica romântico-ufanista. Reproduzimos o trecho destacado por Hochman, trazendo assim um pouco do conteúdo do discurso, polemizado na imprensa e nos círculos médico e político:

[...] fora do Rio ou de S. Paulo, capitais mais ou menos saneadas, e de algumas ou outras cidades em que a previdência superintende a higiene, o Brasil é ainda um imenso hospital. Num impressionante arroubo de oratória já perorou na câmara ilustre parlamentar que, se fosse mister, iria ele, de montanha em montanha, despertar os caboclos desses sertões⁸⁰. Em chegando a tal extremo de zelo patriótico uma grande decepção acolheria sua generosa e nobre iniciativa. Parte, e parte ponderável, dessa brava gente não se levantaria; inválidos, exangues, esgotados pela ancilostomíase e pela malária; estropiados e arrasados pela moléstia de Chagas; corroídos pela sífilis e pela lepra; devastados pelo alcoolismo; chupados pela fome, ignorantes, abandonados, sem ideal e sem letras ou não poderiam estes tristes deslembados se erguer da sua modorra ao apelo tonitruante de trombeta guerreira, [...] ou quando, como espectros, se levantassem, não poderiam compreender por que a Pátria, que lhes negou a esmola do alfabeto, lhes pede agora a vida e nas mãos lhes punha, antes do livro redentor, a arma defensiva.⁸¹

O Brasil, no discurso de Miguel Pereira, era ainda um imenso hospital, pois parte ponderável de sua população se constituiria de doentes, famintos e ignorantes, gente esquecida pelo Estado.

O impacto das palavras de Miguel Pereira transformou seu discurso, em 1916, no ato fundador do movimento pelo saneamento do Brasil, “[...] um amplo movimento de opinião pública que diagnosticava a doença como o principal problema nacional, e o descaso das elites, a razão pela qual pouco se fizera para solucioná-lo”.⁸²

⁷⁹ HOCHMAN, 1998, p. 65.

⁸⁰ Cabe aqui uma observação sobre “os sertões”, tão presentes nos textos sobre o movimento sanitário. Nísia Trindade Lima e Gilberto Hochman esclarecem que “os sertões”, no contexto da campanha pelo saneamento do Brasil, eram mais uma categoria social e política do que geográfica: “sua localização espacial dependeria da existência do binômio ‘abandono e doença’. Na verdade, os sertões do Brasil não estariam tão longe assim daqueles a quem se demandavam medidas de saneamento, nem seriam apenas uma referência simbólica ou geográfica ao interior do país. Na instigante percepção de Afrânio Peixoto, os ‘sertões do Brasil’ começavam no fim da Avenida Central, o grande *boulevard* da então capital federal, a cidade do Rio de Janeiro” (LIMA; HOCHMAN, 2004, p. 502).

⁸¹ PEREIRA, Miguel. ‘O Brasil É ainda um Imenso Hospital’ – Discurso Pronunciado pelo Professor Miguel Pereira por Ocasião do Regresso do Professor Aloysio de Castro, da República Argentina, em outubro de 1916. *Revista de Medicina – órgão do Centro Acadêmico “Oswaldo Cruz”/Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, v. VII, n. 21, 1922, p. 7 apud HOCHMAN, 1998, p. 64-65.

⁸² *Ibidem*, p. 66.

O discurso de Pereira foi inspirado no relatório, divulgado também em 1916, da expedição científica organizada pelo Instituto Oswaldo Cruz⁸³, em 1912, e chefiada por Belisário Penna e Arthur Neiva.

⁸³ Em maio de 1900, foi criado o Instituto Soroterápico Federal, laboratório cujo objetivo era produzir soro para o combate da peste bubônica que ameaçava o Rio de Janeiro, então Capital Federal. O laboratório foi instalado na fazenda de Manguinhos, distante da cidade devido ao receio, por parte da população, do contágio de doenças. Pedro Affonso Franco, proprietário do Instituto Vacínico Municipal e autor do projeto para a criação do laboratório, foi nomeado diretor administrativo do Instituto. Oswaldo Cruz era o responsável pela direção técnica. Em 1900, por questões políticas, o Instituto passou à responsabilidade do governo federal, sendo custeado pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores. O Instituto Soroterápico Federal foi inaugurado em 23 de julho de 1900. Em dezembro de 1902, o Barão de Pedro Affonso pediu afastamento em função das discordâncias técnicas e administrativas existentes entre ele e Oswaldo Cruz, que assumiu, então, a direção geral do Instituto. Em 1903, Oswaldo Cruz foi nomeado para a Diretoria Geral de Saúde Pública. No mesmo ano, iniciaram-se as obras para a edificação do conjunto arquitetônico de Manguinhos. O edifício principal, o Pavilhão Mourisco, foi concluído somente em 1918. Em 1907, o Instituto Soroterápico Federal passou a se chamar Instituto de Patologia Experimental. No ano seguinte, 1908, recebeu o nome de Instituto Oswaldo Cruz, após a premiação obtida por Cruz na Exposição de Demografia e Higiene ocorrida em Berlim. Em 1909, o Instituto passou a editar a revista *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, importante revista de pesquisa biomédica da América Latina. Em 1917, com o falecimento de Oswaldo Cruz, Carlos Ribeiro Justiniano Chagas passou a ocupar o cargo de diretor do Instituto. Em 1919, o Instituto passou a fornecer os medicamentos necessários ao serviço de profilaxia rural, também objeto deste estudo. Após 1931, o Instituto passou a ser subordinado ao Ministério da Educação e Saúde Pública, perdendo autonomia e sofrendo maiores interferências políticas externas. O regime administrativo do Instituto Oswaldo Cruz foi radicalmente modificado em 1970. A partir de decreto de maio daquele ano, o Instituto foi transformado em órgão de administração direta do Ministério da Saúde e em entidade de direito privado, tornando-se Fundação. Diversas instituições relacionadas ao Ministério da Saúde foram reunidas na atual Fundação Oswaldo Cruz, como o Instituto Oswaldo Cruz e a Escola Nacional de Saúde Pública, por exemplo. As informações aqui apresentadas sobre o Instituto Oswaldo Cruz estão disponíveis, de maneira mais detalhada, no Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>>. Informações sobre as atividades desenvolvidas pela Fundação Oswaldo Cruz podem ser encontradas no site da instituição. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br>>. Acesso em: 13 maio 2010. Além da revista *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, a Fundação publica também as revistas *Cadernos de Saúde Pública e História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, esta última veículo de grande importância para os pesquisadores de temáticas relacionadas à história da saúde.

FIGURA 1 – Expedições científicas ao interior do Brasil



Fonte: THIELEN, Eduardo Vilela *et al.* *A ciência a caminho da roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913*. 1. reimpr. Rio de Janeiro: Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz, 2002, p. 11. A disposição da legenda foi alterada.

A expedição de Penna e Neiva foi uma das três expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz enviadas ao Nordeste, em 1912, a serviço da Inspetoria das Obras contra a Seca para realizar um “amplo levantamento das condições de saúde das populações do

sertão”.⁸⁴ Entre 17 de abril e 17 de julho de 1912, a expedição chefiada por Adolpho Lutz e Astrogildo Machado percorreu o vale do São Francisco. João Pedro de Albuquerque e José Gomes de Faria atravessaram os estados do Ceará e do Piauí entre março e julho de 1912. Belisário Penna e Arthur Neiva percorreram aproximadamente sete mil quilômetros entre março e outubro de 1912, passando pelo norte da Bahia e pelos estados do Piauí e de Goiás. A expedição de Penna e Neiva destaca-se, entre as três, pela riqueza das observações de caráter sociológico e antropológico que apresentaram em seu relatório de viagem, bem como pelos seus numerosos registros fotográficos.⁸⁵

⁸⁴ A Inspetoria das Obras contra a Seca foi criada em 1900 e estava vinculada ao Ministério da Viação e Obras Públicas. Em fins de 1911, seus serviços estavam definitivamente organizados. Os objetivos da Inspetoria eram “[...] ‘atender os desastrosos efeitos das secas periódicas que flagelam o Nordeste do Brasil, compreendendo o norte do Estado de Minas Gerais, áreas consideráveis da Bahia, Sergipe, Alagoas, Pernambuco, Paraíba e Piauí, e os estados do Rio Grande do Norte e do Ceará...’” (THIELEN *et al*, 2002, p. 53). A Inspetoria das Obras contra a Seca é apontada por Luiz Antonio de Castro Santos como uma das forças de sustentação política e institucional do movimento pró-saneamento, tendo em vista que Miguel Arrojado Lisboa, diretor da Inspetoria, encomendou a missão científica de Penna e Neiva. As adesões no Congresso Nacional (como a do deputado Azevedo Sodré – Rio de Janeiro), o tenentismo e a vinda da Rockefeller ao país também são destacados pelo autor como forças de sustentação (CASTRO SANTOS, 1985, p. 204-205).

⁸⁵ THIELEN *et al*, 2002, p. 55. Simone Kropf afirma que, ao empreenderem expedições científicas ao interior do Brasil, os pesquisadores de Manguinhos reproduziam prática comum entre os médicos e microbiologistas europeus que se deslocavam para a África e a Ásia com o objetivo de combater epidemias e estudar doenças tropicais. As expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz serviram, segundo a autora, a um duplo propósito: estudar as condições sanitárias das distintas regiões do país e debelar crises epidêmicas que prejudicavam obras de companhias públicas ou privadas associadas à modernização econômica (KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação, 1909-1962*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009, p. 119-120). Um quadro demonstrativo das expedições científicas realizadas pelo Instituto Oswaldo Cruz entre 1908 e 1922 é apresentado por Nísia Trindade Lima (LIMA, 1999, p. 87).

FIGURA 2 – Belisário Penna e Arthur Neiva



“Acampamento. Ao centro, sentados, Belisário Penna e Arthur Neiva. Bebe Mijo (PI), junho de 1912.”
 Fonte: THIELEN *et al*, 2002, p. 97.

O relatório produzido por Penna e Neiva a partir desta expedição continha informações climáticas, geográficas, socioeconômicas e nosológicas da extensa área percorrida, além de sugestões às autoridades públicas. O retrato do Brasil esboçado através do relatório apontava a doença e o abandono, e não o clima ou a raça, como principais problemas para o progresso das regiões percorridas.

Penna e Neiva também observaram, e este aspecto merece destaque, a falta de consciência de uma Nação brasileira entre aquela população esquecida pelas instituições do Estado. Em seu relatório, Penna e Neiva afirmavam que

Raro o indivíduo que sabe o que é Brasil. Piauí é uma terra, Ceará outra terra, Pernambuco outra e assim os demais estados. O governo é, para esses párias, um homem que manda na gente, e a existência desse governo conhecem-na porque esse homem manda todos os anos cobrar-lhes os dízimos (impostos). Perguntados se essas terras (Piauí, Ceará, Pernambuco etc.) não estão ligadas entre si, constituindo uma nação, um país, dizem que não entendem disso. Nós éramos para eles gringos, lordaços (estrangeiros fidalgos). A única bandeira que conhecem é a do Divino.⁸⁶

Fazendo uma avaliação sobre a importância do relatório de Belisário Penna e Arthur Neiva no contexto do movimento sanitário brasileiro, Hochman afirma que este

⁸⁶PENNA, Belisário; NEIVA, Arthur. Expedição pelo Norte da Bahia, Sudoeste de Pernambuco, Sul do Piauí e de Norte a Sul de Goiás. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, Instituto Oswaldo Cruz, 1916, p. 191 apud THIELEN *et al*, 2002, p. 58.

[...] foi peça fundamental para um diagnóstico, ou melhor, para uma *redescoberta* do Brasil, que mobilizou intelectuais e políticos, e impulsionou a campanha pelo saneamento. Além disso, o retrato do país apresentado nesse documento foi comentado e reproduzido em jornais e em debates acadêmicos e parlamentares, tendo convencido e convertido parte da opinião pública ao seu cruel diagnóstico.⁸⁷

Em 11 de fevereiro de 1918, foi criada a Liga Pró-Saneamento do Brasil, liderada por Belisário Penna⁸⁸. O objetivo primeiro da Liga era, segundo Lima e Hochman, alertar as elites políticas e intelectuais para as precárias condições sanitárias do país, buscando apoio para uma ação pública efetiva de saneamento no interior.⁸⁹ Lina Faria aponta na mesma direção ao abordar os objetivos da Liga, afirmando que estes eram “[...] unir esforços em torno da luta pela reforma sanitária, por meio do incentivo ao saneamento e à educação higiênica, tentando, dessa forma, superar o atraso social do país”.⁹⁰ Faria afirma também que o movimento pela reforma sanitária, comandado pela Liga durante dois anos (1918-1920), “[...] constituiu umas

⁸⁷ HOCHMAN, 1998, p. 66. Grifos do autor.

⁸⁸ Belisário Augusto de Oliveira Penna (1868-1939) nasceu em Barbacena, Minas Gerais. Em 1886, matriculou-se na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, mas concluiu o curso na Faculdade de Medicina da Bahia, em Salvador. Penna trabalhou como médico da Colônia Rodrigo Silva, em Barbacena, e também tentou a clínica em Juiz de Fora, em 1896, onde trabalhou como médico da Hospedaria de Imigrantes. Em 1904, com os serviços federais de saúde pública sob o comando de Oswaldo Cruz, Penna foi aprovado em concurso para inspetor sanitário no Rio de Janeiro. Em 1905, foi transferido para o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela. No ano seguinte, Penna foi designado para combater o impaludismo entre os operários que construíam uma ferrovia – Estrada de Ferro Central do Brasil – no norte de Minas Gerais. Permanecendo ali por três anos, Penna acabou participando da descrição, por Carlos Chagas, da etiologia da tripanossomíase americana, importante descoberta médica. Em 1912, Belisário Penna e Arthur Neiva percorreram o norte da Bahia, o sudeste de Pernambuco, o sul do Piauí e o nordeste de Goiás em expedição do Instituto Oswaldo Cruz. Em 1913, Penna percorreu o Paraná, Santa Catarina e o Rio Grande do Sul por conta própria. Em 1916, instalou o primeiro posto de profilaxia rural do país, em Vigário Geral, Rio de Janeiro. Ainda no mesmo ano, foi publicado o relatório de viagem de Penna e Neiva. Além disso, Penna iniciou campanha pelo saneamento do país no *Correio da Manhã*, periódico carioca. Belisário Penna foi nomeado para o Serviço de Profilaxia Rural, criado pelo presidente Wenceslau Brás em 1918. Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP – e Penna instalou serviços de profilaxia rural em 15 estados durante a sua gestão. Exonerou-se do Departamento em 1922. Em 1924, apoiou a revolta tenentista em São Paulo e chegou a ser preso, ficando detido no Rio de Janeiro por seis meses. Foi reintegrado à administração pública somente em 1927. O médico participou também do movimento eugênico. Renato Kehl, principal líder do movimento no Brasil, era casado com uma das filhas de Penna. No Rio Grande do Sul, como veremos, Penna trabalhou na organização do serviço de higiene local a pedido de Getúlio Vargas, então Presidente do Estado. Engajou-se na Revolução de 1930. Em 1933, assumiu interinamente o Ministério da Educação e Saúde Pública. Em 1933, solicitou sua aposentadoria, no que foi atendido. O médico também participou do integralismo, filiando-se à Ação Integralista Brasileira – AIB. Em 1938, após tentativa de golpe malsucedida dos integralistas, Penna retirou-se da vida política e passou a viver na Fazenda Santa Bárbara, no interior do Rio de Janeiro, onde faleceu em 1939. As informações biográficas de Belisário Penna foram retiradas de THIELEN, Eduardo Vilela; SANTOS, Ricardo Augusto dos. Belisário Penna: notas fotobiográficas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 387-404, maio/ago. 2002.

⁸⁹ LIMA; HOCHMAN, 2004, p. 498.

⁹⁰ CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 47.

das vias mais significativas para o projeto de construção da Nação. A idéia da saúde surgia claramente como *fator de progresso*”.⁹¹

Além de divulgar o quadro sanitário do Brasil, os integrantes da Liga procuravam, principalmente, pressionar o Poder Legislativo para que produzisse uma legislação sanitária e levasse a autoridade pública a assumir mais a responsabilidade no que se referia à saúde da população.⁹² A Liga objetivava a criação de uma agência pública de âmbito federal responsável pelas ações na área da saúde e a criação de um código sanitário válido em todo o território nacional.⁹³

O médico Belisário Penna, líder da Liga Pró-Saneamento, foi um grande divulgador do diagnóstico sobre as péssimas condições de saúde da população brasileira no período, aproveitando todas as oportunidades que lhe foram dadas para expressar publicamente seus argumentos em prol do movimento sanitário. A obra *Saneamento do Brasil*, publicada em 1918 e republicada em 1923, reunia trabalhos divulgados no periódico *Correio da Manhã*, além de expor o programa da Liga. Neste livro, Penna propunha, segundo Hochman, “[...] uma interpretação das relações entre doença, sociedade e política, no Brasil, e a modificação do papel do Governo federal nos campos do saneamento e saúde pública. Tudo isso, a partir de uma crítica contundente ao federalismo e ao descaso das elites governantes”.⁹⁴ No mesmo sentido, Luiz Antonio de Castro Santos afirma que a obra de Penna apontava “as falhas mais graves das políticas de saúde da época”. Para Belisário Penna, segundo Castro Santos, “só o poder central possuía os instrumentos necessários para sobrepor-se à inação ou à resistência oligárquica, e promover campanhas pelo saneamento em todo o território nacional”.⁹⁵

Penna criticava em seus discursos e publicações, responsáveis tanto pela conversão de muitos ao movimento sanitário como pela oposição de outros tantos, o federalismo e a má condução do fim da escravidão, entre outros aspectos. Gilberto Hochman afirma, tomando o argumento de Penna em uma perspectiva mais geral, que “o país encontrava-se diante de dois problemas fundamentais interligados: a presença avassaladora de doenças atingindo populações urbanas e rurais e o despovoamento de grande parte de seu território”.⁹⁶ O

⁹¹ Ibidem, p. 45-46. Grifos do autor.

⁹² HOCHMAN, 1998, p. 77.

⁹³ A agência pública de âmbito federal uniformizaria os serviços, realizaria e coordenaria as ações de saúde em todo o território nacional e superaria, assim, os limites constitucionais impostos à ação da União. A criação de um código sanitário com abrangência nacional não eliminaria, porém, a necessidade de criação, por parte de estados e municípios, de serviços sanitários próprios. Esses serviços, autônomos e exclusivamente técnicos, garantiriam a prevalência da ciência sobre os interesses políticos (HOCHMAN, 1998, p. 78-79).

⁹⁴ Ibidem, p. 72.

⁹⁵ CASTRO SANTOS, 1985, p. 200.

⁹⁶ HOCHMAN, 1998, p. 73.

abandono em que viviam as populações rurais seria consequência, principalmente, do federalismo, formato político adotado pela Constituição de 1891. A autonomia das unidades federativas implicava em distintas e incompletas práticas administrativas e de educação e saneamento, por exemplo, dificultando possibilidades de solidariedade e cooperação entre as unidades.

Para Penna e outros defensores da campanha pelo saneamento, as elites brasileiras deveriam ser conscientizadas sobre os riscos e custos de se manter a organização sanitária inalterada. Estados e municípios não tinham competência para solucionarem sozinhos e de maneira eficaz os problemas sanitários. As ações públicas na área da saúde deveriam ser unificadas e centralizadas para serem eficientes, alterando assim as relações estabelecidas entre os estados e o governo federal a partir da interpretação da Constituição de 1891.⁹⁷

O movimento sanitarista atribuiu grande importância às endemias rurais, questão central na discussão aqui proposta.⁹⁸ A ancilostomíase, doença que será abordada com mais atenção no próximo capítulo, a malária e a doença de Chagas eram consideradas a “trindade maldita” e deveriam ser “o foco principal” da ação estatal. Estes males “evitáveis”, causados pelo abandono em que viviam grandes parcelas da população do país, explicariam a improdutividade do brasileiro, que, combatido pela doença, usufruiria de apenas um terço de sua capacidade produtiva, conforme cálculos de Belisário Penna.⁹⁹ Sobre este tema, cabe alguma discussão.

⁹⁷ Ibidem, p. 74; CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 22-23.

⁹⁸ É cabido lembrar que o Brasil era um país predominantemente rural no período inicial da República. Boris Fausto afirma que, segundo o censo de 1920, “de 9,1 milhões de pessoas em atividade, 6,3 milhões (69,7%) se dedicavam à agricultura, 1,2 milhão (13,8%) à indústria e 1,5 milhão (16,5%) aos serviços” (FAUSTO, 2001, p. 159).

⁹⁹ Interessante para refletir sobre a importância atribuída às endemias rurais pelo movimento sanitarista, em especial à doença de Chagas, à malária e à ancilostomíase, é o trabalho de Simone Kropf sobre a doença de Chagas (KROPF, 2009). Ao analisar, entre outros aspectos, como se produziu o reconhecimento social da doença de Chagas como uma questão de relevância para a saúde pública, Kropf discute, a partir de Roger Chartier (conceito de representação), Charles Rosenberg (noção de *framing*) e Susan Sontag (proposta de análise da doença como metáfora), entre outros, como a doença de Chagas foi construída, ao mesmo tempo, como fato médico-científico e fato social, representando “uma certa visão da sociedade brasileira, de seus problemas e suas possíveis soluções” (Ibidem, p. 131). Segundo a autora, já em 1912, Carlos Chagas formulou argumentos que viriam a servir de base ao movimento sanitarista brasileiro e associou as três doenças que formariam a “trindade maldita”: “Em discurso na inauguração do VII Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, em abril [de 1912], em Belo Horizonte, Chagas formulou o argumento que, em 1918, se condensaria na imagem da ‘trindade maldita’ cunhada por Belisário Penna como selo do movimento sanitarista: ‘os três grandes problemas sanitários do interior do Brasil’, responsáveis pelo atraso social e, sobretudo, pelo atraso econômico do país, eram a malária, a ancilostomíase e a ‘tripanossomíase brasileira’. [...] Neste pronunciamento, ao mesmo tempo em que declarou sua filiação à tradição da ‘medicina científica’ de Oswaldo Cruz, Chagas imprimiu o sentido ‘novo’ ao seu papel nesse processo, alertando para a ‘urgência de se ir além’. [...] Com vistas a caracterizar a doença por ele descoberta como um destes problemas [problemas sanitários do interior], Chagas a associou à malária e à ancilostomíase, duas enfermidades que, desde o século XIX, assumiam centralidade no discurso médico-higienista sobre a nosologia brasileira, e que, ganhando projeção internacional no contexto da medicina tropical mansoniana, contavam, naquele momento, com recursos e experiências concretas de profilaxia. Como traço a

Como afirmamos anteriormente, o período em questão é marcado pelo surgimento, no Brasil e em outros países, de movimentos de caráter nacionalista. Lina Faria afirma que a representação dos brasileiros, durante o século XIX e início do XX, era, segundo algumas correntes de interpretação, a de “degenerados, tanto moral, quanto racialmente”. Segundo a autora, “a relação entre miscigenação, sífilis e degeneração estava presente no diálogo de cientistas, médicos e intelectuais e, de modo geral, nas elites brasileiras”.¹⁰⁰ Faria afirma que uma das consequências dessa visão “racializada” foi o aprofundamento do estado de precariedade em que viviam as populações pobres do interior do Brasil: “se a explicação da pobreza e da doença era racial, então pouco se podia esperar das elites brasileiras para corrigir os níveis de vida tão precários em que haviam mergulhado aquelas populações”.¹⁰¹ No século XX, ainda segundo a autora, os debates sobre o nacionalismo tornaram a realização da reforma sanitária em objetivo de luta de setores da sociedade. Para algumas correntes nacionalistas, “[...] um projeto de construção da Nação só seria viável por meio da integração do sertanejo à civilização do litoral”.¹⁰² Desta maneira, em lugar de atribuir à miscigenação, por exemplo, a decadência física e moral dos brasileiros, esta decadência passou a ser atribuída, por algumas correntes de pensamento, a fatores como a subnutrição, a ignorância, a pobreza, a herança escravista, entre outros.¹⁰³ Para os defensores do movimento sanitarista,

unir as três endemias rurais, estaria o obstáculo que representariam à economia, ao progresso nacional e, mais concretamente, à produtividade do trabalho agrícola” (Ibidem, p. 156-157).

¹⁰⁰ FARIA, 2007, p. 51.

¹⁰¹ Ibidem, p. 52.

¹⁰² Ibidem, p. 52.

¹⁰³ Ibidem, p. 52. Diversos são os estudos que abordam as discussões no Brasil, a partir da segunda metade do século XIX, sobre o país e seus habitantes, as possibilidades de futuro para a Nação e seus impasses. Entre estes trabalhos, destacamos *O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870-1930*, de Lilia Moritz Schwarcz (SCHWARCZ, Lilia Moritz. *O Espetáculo das Raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil – 1870-1930*. 2. reimpr. São Paulo: Companhia das Letras, 1993), e *Sílvio Romero: dilemas e combates no Brasil da virada do século XX*, de Maria Aparecida Rezende Mota (MOTA, Maria Aparecida Rezende. *Sílvio Romero: dilemas e combates no Brasil da virada do século XX*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000). No que se refere às discussões sobre o Brasil, sua população e as possibilidades de construção nacional e de progresso, Nísia Trindade Lima e Gilberto Hochman afirmam que “idéias de inferioridade racial compunham um quadro explicativo sobre o país. Especialmente na segunda metade do século XIX, vê-se a expressiva influência, entre as elites políticas e intelectuais, das teorias européias sobre inferioridade racial. Para alguns intelectuais, os obstáculos representados pela base racial eram insuperáveis. Sob a influência de teóricos como Gobineau, Agassiz e Le Bon, apontavam um programa intenso de imigração como única saída favorável. Dentre as diversas correntes, destacavam-se os que afirmavam uma saída ‘mais otimista’, encontrando-a num processo progressivo de ‘branqueamento’ do Brasil. Em quaisquer dessas versões, é possível identificar como diagnóstico comum aquele que via o principal problema da nacionalidade no povo que, no limite, deveria ser substituído” (LIMA; HOCHMAN, 2004, p. 506; LIMA, 1999, p. 114-115). Porém, ao discutirem sobre a campanha pela reforma da saúde e pelo saneamento rural, os autores esclarecem que “a despeito de persistirem estereótipos e afirmações em que idéias associadas a diferenças raciais aparecem, pode-se afirmar o claro predomínio de um discurso que começava a refutar a atribuição de inferioridade étnica à população brasileira. O próprio recurso à noção de raça revela muita imprecisão e, muitas vezes, o termo parece indicar o conjunto do povo brasileiro, observado de um ponto de vista biológico. A integração dos sertões à civilização do litoral, por meio de políticas

era possível, com os recursos da ciência, encontrar um caminho para os dilemas da nacionalidade brasileira, entendida como fragilizada pela doença. A partir da segunda metade da década de 1910, como afirma Luiz Antonio de Castro Santos, a ideia da reforma sanitária no interior brasileiro estava estreitamente relacionada ao processo de construção nacional:

Os sanitaristas acenavam com uma proposta que atraía não só as elites do sul como as do norte. Nosso atraso, diziam, se devia à doença, não ao determinismo biológico. A construção da nacionalidade exigia que as elites desviassem os olhos sempre postos na Europa para o interior do Brasil, para as grandes endemias dos sertões. A (re)integração dos sertões à civilização do litoral representava o grande desafio para o fortalecimento da nacionalidade, pois população doente = raça fraca = nação sem futuro.¹⁰⁴

As propostas e os argumentos dos defensores da campanha pelo saneamento rural ganharam diversos espaços na sociedade brasileira: jornais, periódicos médicos, fóruns profissionais, organizações de classe e o Congresso Nacional. Ao longo do tempo, afirma Hochman, “[...] foi se constituindo uma rede de indivíduos, instituições e órgãos públicos que compartilhavam uma interpretação geral sobre a centralidade da doença e das endemias rurais na compreensão dos problemas do país”.¹⁰⁵ E esta rede não era formada apenas por agentes relacionados ao campo da medicina, mas também por políticos e profissionais de outras áreas, como engenheiros, jornalistas e escritores, como Monteiro Lobato, por exemplo, que, “convertido”, tornou-se grande divulgador das ideias de saneamento. A obra de Lobato será destacada mais adiante. As discussões sobre saúde e saneamento se faziam presentes em várias esferas da vida pública do país, mas isto não resultou em consenso sobre como a reforma dos serviços sanitários deveria ocorrer, pois os debates revelavam “[...] tanto demandas crescentes por autoridade pública, com ênfase na sua dimensão territorial, como uma forte oposição a esses pleitos”.¹⁰⁶ A possibilidade do aumento de despesas sem o aumento da eficiência era uma das desconfiças que cercavam a possível ampliação do poder da autoridade sanitária federal.

1.1.3 A intervenção federal no combate às endemias rurais

de saúde e educação, representaria uma alternativa para o país. O grande problema encontrava-se nas doenças, e a solução era possível com os recursos da ciência” (LIMA; HOCHMAN, 2004, p. 506; LIMA, 1999, p. 115).

¹⁰⁴ CASTRO SANTOS, 1985, p. 202. O autor discute, neste e em outros textos (por exemplo, CASTRO SANTOS; FARIA, 2003), o forte caráter ideológico do movimento sanitarista brasileiro.

¹⁰⁵ HOCHMAN, 1998, p. 111.

¹⁰⁶ *Ibidem*, p. 114.

Na discussão sobre a ampliação do poder público na esfera da saúde e, mais especificamente, sobre a atuação da União no combate às endemias rurais, dois decretos do governo de Wenceslau Brás, em 1918, merecem ser destacados: o Decreto n. 13.000 e o Decreto n. 13.001, ambos de primeiro de maio. O primeiro decreto criou o Serviço dos Medicamentos Oficiais, um programa oficial de distribuição de quinina para as populações rurais que sofriam com a malária, e o segundo, que merece um destaque maior, criou as bases para a presença de serviços federais de saneamento rural nos estados.¹⁰⁷ A criação do Serviço de Profilaxia Rural, cujo embrião fora uma experiência de combate à ancilostomíase realizada no Rio de Janeiro em 1911¹⁰⁸, tornou possível, ainda em 1918, a celebração dos primeiros acordos para o combate às endemias rurais entre a União e alguns estados, como Minas Gerais e Paraná, que deveriam financiar parte dos serviços acordados. Segundo Lina Faria, o Serviço foi um instrumento de atuação nos estados brasileiros, que “[...] passaram a contar de maneira mais regular com apoio material e financeiro do poder central”.¹⁰⁹ Essas medidas tomadas na área da saúde em 1918 indicavam, para Luiz Antonio de Castro Santos, “a maré crescente da intervenção estatal no país”.¹¹⁰

Em finais de 1918, o Brasil foi atingido pela gripe espanhola ou *influenza*. A espanhola atingiu grandes parcelas da população em diversos estados brasileiros, inclusive no Rio Grande do Sul, aumentando a desconfiança em relação à eficiência dos serviços sanitários existentes e reforçando os argumentos dos defensores de uma maior intervenção estatal na área da saúde. A epidemia da gripe espanhola, juntamente com a constatação da gravidade da febre amarela no Norte-Nordeste do país, onde era endêmica, impulsionou o movimento pela reforma sanitária.¹¹¹

¹⁰⁷ Ibidem, p. 119-120.

¹⁰⁸ A experiência de combate à ancilostomíase realizada no Rio de Janeiro contou com Belisário Penna em seu corpo de inspetores. A campanha, descontinuada em 1915, foi precária em recursos, mas considerada pioneira no país (Ibidem, p. 103-104). No Brasil, algumas outras ações de combate à ancilostomíase foram ensaiadas nos primeiros anos do século XX. Em São Paulo, o início do debate sobre a ancilostomíase ocorreu na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo – SMCSPP em 1904, quando um médico, Ulisses Paranhos, apresentou um estudo sobre a doença no interior do estado como trabalho de ingresso na Sociedade. A partir das discussões suscitadas pelo trabalho de Paranhos, a Sociedade iniciou uma campanha contra a doença que, em 1906, começou a ser combatida, timidamente, através da Comissão de Profilaxia e Tratamento do Tracoma, uma comissão do Serviço Sanitário estadual. A Comissão foi extinta na década de 1910 (RIBEIRO, Maria Alice Rosa. *História sem fim...* Inventário da saúde pública. São Paulo – 1880-1930. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993, p. 191-196).

¹⁰⁹ CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 30.

¹¹⁰ CASTRO SANTOS, 1985, p. 203.

¹¹¹ HOCHMAN, 1998, p. 130-135; CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 30. Janete Abrão afirma, em estudo sobre a *hspanhola* em Porto Alegre, que a doença se propagou por todo o país, inclusive na floresta amazônica, e ocasionou, em cidades como o Rio de Janeiro e São Paulo, suspensão de atividades urbanas, crise de abastecimento de gêneros alimentícios, carestia de recursos médicos e farmacêuticos e desorganização de serviços de saúde pública. A desorganização de serviços de saúde pública gerou críticas à ação da DGSP, críticas

O Decreto n. 13.358, de nove de abril de 1919, expedido durante a presidência de Delfim Moreira, regulamentou o Serviço de Profilaxia Rural, serviço agora de organização autônoma e subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores e não mais à Diretoria Geral de Saúde Pública. As atribuições do Serviço eram mais amplas do que as previstas pelo Decreto n. 13.001 de 1918.¹¹² Por intermédio deste decreto, uma reivindicação dos representantes das unidades mais pobres da Federação era atendida, pois os estados poderiam receber maior auxílio do poder central.¹¹³

Os convênios estabelecidos entre a União e os estados não violavam a Constituição, pois a intervenção federal ocorria a pedido do estado interessado e ambas as partes investiam recursos. Os alvos prioritários dos convênios eram as endemias rurais – ancilostomíase, malária e doença de Chagas –, mas outras doenças, como a lepra, também poderiam ser contempladas, o que representava uma ampliação das atividades dos serviços sanitários.¹¹⁴

As possibilidades de acordo entre a União e os estados brasileiros estabelecidas pelo decreto de 1919 variavam de acordo com a divisão de responsabilidade entre as partes. Os estados seriam responsáveis por dois terços do total das despesas se criassem e se encarregassem dos seus serviços de profilaxia rural.¹¹⁵ Neste caso, a União custearia o restante das despesas. No entanto, se os serviços fossem organizados e executados pelo governo federal, as partes contratantes dividiriam os custos em duas partes iguais.

Além de arcar com parte das despesas nos acordos, como apontamos, a União mantinha também laboratórios para a produção de medicamentos, como a quinina, para a profilaxia das endemias rurais, e, além disso, arcava com as despesas dos hospitais regionais que se destinavam à assistência e ao isolamento dos doentes nos estados que instalassem os serviços de profilaxia e saneamento rural.¹¹⁶

estas muitas vezes censuradas. Calcula-se em 300 mil, segundo a autora, o número total de óbitos ocasionados pela doença no país (ABRÃO, 2009, p. 39-44). A gripe espanhola no Rio de Janeiro foi abordada por Nara Azevedo de Brito em *La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro* (BRITO, Nara Azevedo de. *La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro. História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 11-30, mar./jun. 1997). Neste artigo, Brito busca analisar o impacto psicológico e social da epidemia a partir de registros na imprensa carioca. Segundo a autora, cifras apontam que a epidemia infectou mais de 600 milhões de pessoas e vitimou aproximadamente 20 milhões no mundo todo. As críticas, no país, à Diretoria Geral de Saúde Pública durante o período da epidemia também são destacadas neste texto.

¹¹² HOCHMAN, 1998, p. 136; CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 86.

¹¹³ HOCHMAN, 1998, p. 136.

¹¹⁴ *Ibidem*, p. 171-172. De acordo com Hochman, pelos acordos de 1918, o tratamento de doenças que não as três endemias apontadas era considerado secundário (*Ibidem*, p. 172).

¹¹⁵ *Ibidem*, p. 172.

¹¹⁶ *Ibidem*, p. 172-173.

Como podemos observar, os acordos com o governo federal representavam recursos financeiros, técnicos, científicos e de pessoal para os estados. A União se retiraria dos estados quando da conclusão dos serviços acordados. Recursos provisórios, os acordos com a União eram “instrumento de constituição de autoridade na esfera estadual” e mantinham a autonomia das unidades federativas.¹¹⁷

Além do pagamento, por parte do estado contratante, de parcela das despesas para o estabelecimento de serviços de profilaxia e saneamento rural, o decreto de 1919 também estabelecia que o governo federal indicaria o diretor de profilaxia rural atuante no estado. Note-se que este deveria ser diretamente vinculado ao governo federal através da DGSP ou do Instituto Oswaldo Cruz. A União também controlaria os recursos financeiros; organizaria, através do diretor indicado, o serviço e o pessoal; determinaria as instruções gerais, bem como a ordem administrativa e os métodos profiláticos. O estado contratante também deveria estabelecer um código sanitário rural, com o estabelecimento de medidas obrigatórias, como a construção de latrinas no caso do combate à ancilostomíase. Os serviços seriam fiscalizados pelo governo federal através do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. A aceitação destas instruções por parte dos estados interessados no auxílio do governo federal era condição prévia para o estabelecimento dos acordos, ou seja, obrigatória.¹¹⁸ Para Gilberto Hochman,

Ao introduzir inovações nas relações entre os poderes local e central, essa legislação deve ser compreendida como uma etapa-chave no processo de organização de uma política nacional de saúde pública [...]. O resultado mais imediato foi o crescimento das atividades dos serviços sanitários federais nos estados.¹¹⁹

A partir dos decretos de 1918 e 1919, buscava-se diminuir os custos para os estados no que se referia ao saneamento rural. Esta legislação já indicava o rumo da ação do governo federal na década seguinte.¹²⁰ Os governos dos estados do Paraná, de Minas Gerais e do Maranhão assinaram acordos com o governo central antes de 1920.

O governo de Eptácio Pessoa (1919-1922) foi marcado, na área da saúde, pela primeira grande reforma da saúde pública ocorrida depois de 1903 e inaugurou “um novo ciclo de ampliação do Poder Público”.¹²¹ O Decreto n. 3.987, de 1920, criou o Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP, com poderes mais amplos que a antiga Diretoria Geral de

¹¹⁷ Ibidem, p. 173.

¹¹⁸ Ibidem, p. 175-176.

¹¹⁹ Ibidem, p. 177.

¹²⁰ Ibidem, p. 180.

¹²¹ Ibidem, p. 138.

Saúde Pública. O Decreto n.14.354, também de 1920, regulamentou o Departamento através de seus 1.195 artigos.¹²² O DNSP era composto por uma Diretoria Geral e três Diretorias: Diretoria de Serviços Sanitários Terrestres na Capital Federal, Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial, e Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural (DSPR), cujas atividades estavam voltadas para o saneamento e o combate às endemias rurais. Carlos Chagas, diretor do Instituto Oswaldo Cruz, foi nomeado Diretor Geral do DNSP, e Belisário Penna, personagem de destaque do movimento sanitarista, foi nomeado para o Saneamento e Profilaxia Rural. As atividades atribuídas ao DNSP eram as seguintes:

[...] serviços de higiene do DF [...]; providências visando à higiene domiciliária; polícia sanitária das habitações, fábricas, oficinas, colégios, estabelecimentos comerciais, hospitais, matadouros, lugares públicos, hotéis etc.; serviços sanitários dos portos marítimos e fluviais; **profilaxia rural no DF, no território do Acre e, mediante acordo, nos estados**; estudo e pesquisa científica da natureza, etiologia, profilaxia e tratamento das doenças transmissíveis; fornecimento de soro, vacinas e remédios para o tratamento das doenças e epidemias, em qualquer região do país; fiscalização do preparo desses produtos nos laboratórios particulares; fornecimento dos medicamentos oficiais por intermédio do Instituto Oswaldo Cruz; exame químico dos gêneros alimentícios nacionais e de procedência estrangeira; inspeção médica de imigrantes e passageiros que se destinassem a portos da República; assistência aos doentes que, no DF, devessem ser isolados; organização das estatísticas demográfico-sanitárias e publicação dos respectivos boletins; fiscalização de esgotos e novas redes no DF; fiscalização de produtos farmacêuticos, soro, vacinas e qualquer outro produto biológico exposto à venda; fiscalização do exercício da medicina, farmácia e odontologia; organização do Código Sanitário Nacional, que deveria ser submetido à aprovação do Congresso Nacional.¹²³

Mediante acordos, o governo federal realizaria atividades de profilaxia rural nos estados.

A preocupação com as endemias rurais, como a ancilostomíase, cujo combate era bandeira do movimento sanitarista, podia ser notada em vários artigos do Regulamento do DNSP:

Art. 1523. O combate às helmintoses, e especialmente à uncinariose [ancilostomíase], será realizado pela Diretoria de Saneamento Rural, que promoverá e exigirá a aplicação das seguintes medidas específicas: a) tratamento de todas as pessoas atacadas de helmintoses, feito o exame prévio, nas localidades onde o índice endêmico tornar necessária essa providência.

¹²² O decreto de 1920 – Decreto n. 14.354 – sofreu modificações até 1923, quando foi aprovado o regulamento que vigorou até o final da Primeira República (Decreto n. 16.300, de 31 de dezembro de 1923) (Ibidem, p. 183, nota 12).

¹²³ Ibidem, p. 143, nota 40. Grifos nossos.

Art. 1.525. Nos postos sanitários da Diretoria de Saneamento Rural serão feitos gratuitamente os exames necessários ao diagnóstico, ao tratamento e à verificação da cura das helmintoses.

Art. 1.529. Parágrafo único. A Diretoria de Saneamento Rural providenciará, perante as autoridades estaduais e municipais, no sentido de ser introduzido o uso dos calçados.

Art. 1.533. Toda a construção destinada a ser habitada, [...], deverá ser provida de instalação de latrina.¹²⁴

Como veremos mais adiante, o uso de calçados e a construção de latrinas são meios de evitar a ancilostomíase e estão relacionados ao ciclo de vida do parasita causador da doença.

Os serviços federais, ao se instalarem nos estados, note-se, poderiam ser um meio de implementar políticas relativas também a doenças como a lepra e a sífilis, através da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e de Doenças Venéreas ligada à Diretoria Geral, e não apenas de combate às endemias rurais.¹²⁵

Na interpretação de Gilberto Hochman, a reforma da saúde pública ocorrida em 1920 resultou de “[...] um acordo político que envolveu um grande número de pactuantes, os quais abriram mão, gradativamente, de suas posições dogmáticas iniciais, fossem baseadas na Constituição, no conhecimento médico ou na penúria financeira”.¹²⁶ Todos os envolvidos nos debates e discussões – Executivo federal, bancadas e Executivos estaduais, integrantes do movimento sanitarista e entidades médicas – sentiram-se contemplados pelo acordo que possibilitou a reforma de 1920: “alguns apostavam que essa era apenas mais uma etapa do inevitável processo de unificação e centralização dos serviços sanitários na esfera federal; outros acreditavam que tinham evitado o aumento exagerado da capacidade de intervenção da União e a perda de prerrogativas do Legislativo”.¹²⁷ As atividades da Liga Pró-Saneamento foram encerradas após a reforma de 1920, pois os seus representantes consideravam que os objetivos haviam sido alcançados.

A partir da criação do DNSP, a necessidade dos estados de contribuírem com parte significativa das despesas para a implantação e execução dos serviços de saneamento acordados com a União passou a ser, como veremos, retórica e, desta maneira, o poder central poderia fazer-se presente em todos os estados interessados, incluindo-se os com maiores dificuldades econômicas.¹²⁸

¹²⁴ Legislação Federal do Setor de Saúde, 1977 apud CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 90-91.

¹²⁵ HOCHMAN, 1998, p. 184-185.

¹²⁶ Ibidem, p. 145.

¹²⁷ Ibidem, p. 145-146.

¹²⁸ Ibidem, p. 181.

Havia duas fórmulas possíveis para os acordos entre o governo federal e os estados previstas no decreto de criação do DNSP em 1920. Hochman nos fornece informações sobre estas duas fórmulas:

Pela primeira fórmula, o estado depositava metade dos recursos acordados, com igual contrapartida da União, para o período de tempo estabelecido para realização dos serviços. Na segunda, caso o estado não dispusesse desses recursos, poderia contratar os serviços federais, pagando em prestações anuais por um período a ser estipulado, tornando-se devedor do Governo federal, com a condição de estabelecer uma taxa de valorização sobre os terrenos saneados ou um adicional sobre o imposto territorial. Os prazos dos acordos variavam de dois a quatro anos e o prazo de pagamento da metade das despesas era em torno de dez anos.¹²⁹

A possibilidade de negociação das dívidas dos estados, muitas vezes sem condições de pagá-las, fez recair sobre o governo federal a maior parte dos custos do saneamento rural e de outras ações referentes à saúde.

No que se refere à adesão dos estados aos acordos para os serviços federais de saneamento rural, até 1920, o Paraná, o Maranhão e Minas Gerais já haviam estabelecido acordos com o governo central; até 1924, todos os demais estados, com exceção de São Paulo, Goiás e do Rio Grande do Sul, já haviam firmado acordos para serviços de saneamento e profilaxia rural com o DNSP.¹³⁰

Em 1922, havia 88 postos sanitários rurais em quinze estados e no Distrito Federal, 16 postos-sede dos serviços nas capitais e 33 subpostos. Na maioria dos estados brasileiros, havia, no mínimo, dois postos (Mato Grosso, Amazonas, Pará, Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Santa Catarina), com quase a metade destes concentrada em Minas Gerais (18 postos), no Paraná (8 postos) e no Distrito Federal (17 postos).¹³¹ Além disso, haviam sido criados sete hospitais regionais vinculados aos serviços federais (Pará, Maranhão, Paraíba e quatro em Minas Gerais) e 27 dispensários para o tratamento de sífilis e doenças venéreas (Amazonas, Pará, Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Bahia, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Paraná e Santa Catarina).¹³²

¹²⁹ Ibidem, p. 192.

¹³⁰ Ibidem, p. 184.

¹³¹ Buscando explicar essa concentração de postos, Gilberto Hochman afirma que “uma possível explicação para isso é que as áreas suburbanas do DF foram pioneiras nessa política, sob a inequívoca responsabilidade federal, sem a necessidade de negociações e acordos, e Minas Gerais e o Paraná foram os primeiros a firmar convênios para a profilaxia rural, previamente, até mesmo, à criação do DNSP. Portanto, teriam chegado a 1922 com os serviços estabelecidos e mais organizados, além do fato de Minas Gerais ter sido o estado que inverteu mais recursos nos acordos” (Ibidem, p. 188).

¹³² Ibidem, p. 188.

Ao apontar os termos não financeiros dos acordos entre estados e o governo central, baseado no acordo firmado entre o DNSP e o Pará, em 1920, Hochman afirma que os estados contratantes e seus municípios deveriam aceitar todas as leis sanitárias, disposições e instruções estabelecidas pela autoridade sanitária federal. Além disso, os serviços de saneamento rural seriam organizados e executados pelo DNSP, sem intervenção estadual ou municipal, o que representava a independência e o poder da autoridade federal. Entre as atribuições dos municípios estava, por exemplo, a fiscalização dos gêneros alimentícios, mas esta fiscalização deveria seguir legislação federal.¹³³ Após uma revisão do regulamento do DNSP, em 1921, foi firmado um acordo específico com o Serviço Sanitário Estadual do Pará que determinaria, entre outros aspectos, que o Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural ficaria responsável também pela fiscalização do exercício da medicina, farmácia, odontologia e obstetrícia e de produtos farmacêuticos, soros e vacinas, e pela polícia sanitária em geral, por exemplo.¹³⁴ Reforçando o aspecto sobre o alcance da interferência federal em estados e municípios a partir dos acordos, o autor afirma ainda que “o extenso regulamento do DNSP de 1920 e o de 1923 (que perdurou até o fim da década) e a legislação sanitária franqueavam ao Poder Público a intervenção direta em muitos aspectos da vida social e em inúmeras atividades econômicas”.¹³⁵

É interessante abrir um parêntese neste ponto para explorar rapidamente alguns aspectos da argumentação elaborada por Hochman ao explicar como e por que se deu essa rápida e extensa adesão dos estados aos acordos com a União. A ideia da interdependência social é central para a reflexão apresentada pelo autor. Os problemas sanitários enfrentados pelos estados brasileiros – entendidos por Hochman como as unidades decisórias relevantes em sua análise – devem ser entendidos como elos importantes desta interdependência:

[...] as doenças comunicáveis, nas suas manifestações endêmicas e epidêmicas, tendem a transpor as fronteiras da unidade federativa onde teriam tido condições de surgir, atingindo, por exemplo, através da água, de vetores ou de contatos interpessoais, via relações sociais e econômicas, outras unidades territorialmente mais próximas, toda uma região ou mesmo todo um país. Portanto, os problemas sanitários de uma localidade podem produzir efeitos externos negativos sobre outras localidades, independentemente de qualquer ação ou desígnio destas. Seriam constituintes da interdependência de diferentes porém contíguas unidades territoriais.¹³⁶

¹³³ Ibidem, p. 190-191.

¹³⁴ Ibidem, p. 191.

¹³⁵ Ibidem, p. 191-192.

¹³⁶ Ibidem, p. 161. Sugerimos a leitura do primeiro capítulo do texto de Gilberto Hochman – *Quando a saúde se torna pública: formação do Estado e políticas de saúde no Brasil* – em que o autor propõe uma discussão a partir das ideias de Abraam De Swaan (coletivização do bem-estar), Norbert Elias (sociogênese do Estado) e Michael Mann (natureza do Estado).

Em outras palavras, as doenças, fossem elas endêmicas ou epidêmicas, não respeitavam as fronteiras geográficas entre os estados.

Em sua análise, o autor apresenta três hipóteses para a administração dos efeitos negativos da interdependência sanitária¹³⁷. A primeira possibilidade seria (I) uma ação individual de um estado na solução para seus problemas sanitários e na defesa contra os efeitos externos causados pelas outras unidades ou estados. Mesmo pressupondo que os demais estados agissem da mesma maneira, seria um esforço independente e não coordenado. Uma segunda possibilidade, segundo Hochman, seria (II) uma ação individualizada, mas simultânea e coordenada de todos os estados da Federação, na busca por uma solução ou remédio para os efeitos negativos da interdependência. Este arranjo, voluntário, implicaria compromisso e cooperação. A terceira possibilidade seria (III) a transferência da administração das relações de interdependência sanitária para um organismo supralocal, com capacidade para agir sobre todas as partes envolvidas, legislando e implementando políticas públicas de caráter compulsório, ou seja, em outras palavras, a coletivização de um bem – a saúde pública – e a sua provisão pelo Estado.¹³⁸ Ainda segundo Hochman, “o recurso a um poder externo é a busca de uma combinação de características, que singularizam essa autoridade: poder coercitivo, amplitude e centralidade territorial”.¹³⁹

Buscando explicar por que um estado – a unidade decisória – transferiria uma prerrogativa que era sua (decidir e legislar sobre questões relativas à saúde) para o governo federal, Hochman afirma que “a condição para que uma unidade decisória autorizasse a estatização de uma atividade seria que os custos externos fossem maiores do que os custos da ação estatal, ou que os benefícios esperados fossem superiores a esses custos. A chave desse cálculo são as regras pelas quais uma atividade é transferida para o setor público”.¹⁴⁰ Analisando a adesão de diversos estados à política de saneamento e profilaxia rural dirigida pelo DNSP, o autor observa que os custos de recorrer ao poder central na busca por solução

¹³⁷ Hochman apresenta como exemplos da interdependência sanitária e seus efeitos negativos questões referentes à lepra, à qualidade dos alimentos e à febre amarela (Ibidem, p. 153-160).

¹³⁸ Ibidem, p. 163-164.

¹³⁹ Ibidem, p. 164. Segundo Gilberto Hochman, “as três etapas analíticas, se transformadas em etapas cronológicas, podem ser apresentadas como a história do surgimento de políticas de saúde de caráter público e nacional. A seqüência I-II-III é histórica, por ter sido a trajetória que correspondeu às soluções dadas pelas elites aos problemas derivados do crescimento exponencial da interdependência social. [...] Essa seqüência refletiria a trajetória mais geral dos países que instauraram políticas públicas de bem-estar, entre meados do século XIX e o início do século XX” (Ibidem, p. 164-165). Para o autor, estas etapas estariam se sucedendo no Brasil a partir de 1891, quando temos a etapa I. A partir do início do século XX, o arranjo da saúde pública caminhou em direção às etapas II e III.

¹⁴⁰ Ibidem, p. 166.

para os problemas de saúde [basicamente, a perda de autonomia] foram percebidos por alguns estados da Federação [a maioria] como inferiores aos seus benefícios.

A partir da década de 1920, então, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, os serviços sanitários federais tornaram-se mais extensos e complexos. Os estados brasileiros também foram ampliando suas responsabilidades no que se referia à saúde, com o desenvolvimento de serviços sanitários próprios, maiores investimentos e legislação pertinente. Nas palavras de Hochman, “uma infra-estrutura nacional de saúde pública insinuava-se lentamente pelas portas abertas pelos acordos para o saneamento rural, preenchendo os espaços vazios de autoridade e repletos de doenças”.¹⁴¹

Mas, e isto é importante no contexto deste estudo, nem todos os estados estabeleceram acordos com a União para combater as endemias rurais. Além do governo federal, havia outro recurso ao qual os estados podiam recorrer para combater uma das endemias rurais, a ancilostomíase. Este recurso era a Fundação Rockefeller, instituição filantrópica norte-americana presente no país a partir de 1916. A cooperação entre a Fundação e governos estaduais significava, no contexto do movimento sanitarista, mais uma possibilidade de suporte político, técnico e financeiro à disposição dos estados para o combate à doença. A maioria dos estados que contou com a cooperação da Fundação, estabeleceu acordos também com o governo federal, com exceção dos estados de São Paulo e do Rio Grande do Sul, que cooperaram apenas com a instituição norte-americana.

Antes, porém, de passarmos a discussão sobre o combate à ancilostomíase no país a partir da cooperação entre a divisão internacional de saúde da Fundação Rockefeller e estados brasileiros e, mais especificamente, entre a Fundação e o governo do Rio Grande do Sul, gostaríamos de reforçar a importância atribuída ao combate às endemias rurais no contexto do movimento sanitarista brasileiro e o próprio alcance deste movimento, que ecoaria também no estado mais ao sul do país. Para tanto, recorreremos à obra de um dos mais conhecidos escritores brasileiros, Monteiro Lobato, que, “convertido” pelo movimento, sintetizou seu ideário através do célebre personagem Jeca Tatu. Um dos milhares de brasileiros vitimados pela ancilostomíase, parte da “trindade maldita” denunciada como obstáculo ao desenvolvimento da Nação, o Jeca tornou-se “símbolo genérico do homem rural brasileiro”¹⁴² e acabou por exemplificar o impacto das endemias rurais sobre a população do país e as possibilidades de redenção através da ação do Estado e da ciência.

¹⁴¹ Ibidem, p. 190.

¹⁴² LIMA, 1999, p. 142. Como veremos ao longo do texto, o personagem de Monteiro Lobato aparecerá referido em diversas fontes de pesquisa mencionadas ao longo do trabalho quase como um sinônimo do homem rural brasileiro e, mais especificamente, do homem rural brasileiro doente.

1.2 O JECA TATU DE MONTEIRO LOBATO, UM ILUSTRE OPILADO

No Brasil, como já apontamos anteriormente, o combate à ancilostomíase foi uma das bandeiras do movimento pelo saneamento rural a partir da segunda metade da década de 1910. No contexto do movimento sanitário, a doença tornou-se o símbolo da apatia do trabalhador rural e do descaso das elites políticas diante dos problemas do país.

O médico sanitário Belisário Penna afirmava que a doença atingia 70% da população rural do país no período e deveria ser “o primeiro alvo de uma campanha nacional de saneamento e educação higiênica”.¹⁴³

Penna afirmava, sobre a doença, que

[...] é incalculável o dano que à nação causa a ancilostomose, doença que não impressiona as massas como a varíola, a peste ou a febre amarela, porque tem a marcha crônica, efeitos progressivos lentos, [...], não tem enfim as manifestações violentas das moléstias agudas, embora prejudique e sacrifique muito maior número de pessoas do que outras.¹⁴⁴

Não tendo o apelo causado por uma epidemia como a de febre amarela, por exemplo, a ancilostomíase não recebia, na opinião de Penna, a atenção necessária. A permanência da doença, endemicamente, levava ao enfraquecimento do brasileiro, que se tornava mais suscetível a outras doenças. Tornando improdutivo pela ação de doenças “evitáveis”, o trabalhador nacional representava entraves ao progresso e ao desenvolvimento econômico do país. Além disso, a política de imigração também seria prejudicada com a constatação de um país doente e improdutivo. Segundo o médico, os imigrantes eram “abrasileirados” ao serem acometidos pelas verminoses que identificavam os habitantes do Brasil.¹⁴⁵

Como já afirmamos, Penna foi um grande defensor e divulgador da campanha pelo saneamento rural e, através de suas publicações e palestras, conquistou outros militantes para o movimento, como o escritor Monteiro Lobato¹⁴⁶. Lobato divulgou, através de alguns de seus textos, os problemas causados, no país, pelas endemias rurais.

¹⁴³ HOCHMAN, 1998, p. 74-75. Em anexo (ANEXO A), é possível visualizar parte de um trabalho elaborado por Penna e que tinha por objetivo educar à população no que se referia ao tratamento e ao combate da ancilostomíase e da malária e cuja primeira edição foi publicada em 1924.

¹⁴⁴ PENNA, Belisário. *O Saneamento do Brasil*. Rio de Janeiro: Editora dos Tribunais, 1923, p. 218 apud HOCHMAN, 1998, p. 74, nota 18.

¹⁴⁵ Ibidem, p. 75.

¹⁴⁶ José Bento Monteiro Lobato (1882-1848) nasceu em Taubaté (São Paulo), filho de José Bento Marcondes e de Olímpia Monteiro Lobato. A família do pai de Lobato possuía grandes fazendas de café no vale do rio Paraíba, e seu avô materno, José Francisco Monteiro, visconde de Tremembé, também era um rico proprietário de terras. Monteiro Lobato cursou o primário e o ginásio em Taubaté, nos Colégios Paulista e Coração de Jesus. Em 1896, transferiu-se para a capital paulista, concluindo seus estudos preparatórios no Instituto de Ciências e Letras. Com o falecimento de seus pais (o pai de Lobato faleceu em 1898 e sua mãe, no ano seguinte), Lobato passou a viver com seu avô materno, que o induziu a matricular-se na Faculdade de Direito de São Paulo em

Da vasta produção literária de Monteiro Lobato, gostaríamos de destacar duas publicações: *Urupês* e *Problema Vital*. Nestas duas obras, podemos observar as “[...] mudanças verificadas na compreensão do escritor paulista sobre o que acreditava ser os males do Brasil” através da trajetória de seu personagem Jeca Tatu.¹⁴⁷ Como veremos, a tomada de consciência da gravidade dos efeitos, no Brasil, de doenças como a ancilostomíase teve parte nestas mudanças verificadas na compreensão de Lobato sobre quais seriam os problemas nacionais.¹⁴⁸

1900. Desde o ginásio, Lobato já se dedicava a publicações em jornais e outras atividades literárias. Em 1904, formado, Lobato voltou para Taubaté. Em 1906, começou a trabalhar como procurador público da cidade e, em 1907, foi efetivado na promotoria de Areias, São Paulo. No ano seguinte, 1908, Lobato casou-se com Maria Pureza Natividade, com quem teve quatro filhos. Lobato colaborava com diversos jornais e trabalhava também como tradutor. Em 1911, com a morte do avô, Lobato herdou a fazenda Buquira e, mudando-se para a propriedade, trabalhou como administrador, empreendimento que fracassou. Em 1914, Lobato publicou em *O Estado de São Paulo* artigo sobre a sua experiência como administrador da fazenda e caracterizou os caboclos como indolentes, preguiçosos e ignorantes. Lobato vendeu a propriedade em 1917 e continuou a escrever para o jornal paulista e para outros periódicos. Em 1915, Lobato comprou a *Revista do Brasil* e publicou *Urupês*. Em 1918, o autor publicou *Problema Vital*. No mesmo ano, Lobato fundou a Editora Monteiro Lobato, fechada, por problemas econômicos, em 1925. Com os recursos que lhe restaram, Lobato associou-se a outros na fundação da Companhia Editora Nacional. Na mesma época, Lobato candidatou-se a uma vaga na Academia Nacional de Letras, mas foi derrotado. Em 1927, na presidência de Washington Luís, foi nomeado adido comercial do Brasil em Nova York. Deslumbrado com o progresso e a economia (especialmente a siderurgia e a indústria petrolífera) norte-americanos, Lobato vendeu suas ações da Companhia Editora Nacional e investiu na bolsa de Nova York, perdendo todo o seu capital em 1929. Voltando ao Brasil em 1931, o escritor atraiu a atenção do governo brasileiro para o problema siderúrgico e petrolífero, mas sem sucesso. Buscando apoio de empresários, Lobato fundou o Sindicato Nacional de Indústria e Comércio e a Companhia Petróleos do Brasil. Lobato investiu em petróleo e debateu sua importância [do petróleo] para a economia do Brasil, mas suas atividades como empresário não renderam lucros. Na década de 1930, Lobato escrevia e traduzia para sobreviver e envolvia-se em polêmicas relacionadas à exploração do petróleo no país, que levaram à sua prisão em 1941. Na década de 1940, participou da fundação, juntamente com Arthur Neiva e Caio Prado Júnior, da Editora Brasiliense. Após decepções políticas com o comunismo, o escritor viajou para a Argentina e fundou a Editora Acteon. Em 1948, Lobato voltou ao Brasil e reaproximou-se do comunismo. Monteiro Lobato faleceu em São Paulo naquele mesmo ano. A produção literária de Monteiro Lobato é vasta e pode ser conferida, em parte, no Dicionário Histórico-Biográfico Brasileiro, Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, Fundação Getúlio Vargas. Disponível em: <<http://cpdoc.fgv.br/acervo/dhbb>>. Acesso em: 21 ago. 2010.

¹⁴⁷ LIMA; HOCHMAN, 2004, p. 509.

¹⁴⁸ Ilana Löwy discute questões interessantes ao abordar a participação de escritores, como Monteiro Lobato, no movimento sanitarista brasileiro da segunda metade de década de 1910. Segundo Löwy, “a participação dos escritores no movimento sanitarista reflete uma convergência entre discurso médico e discurso artístico no Brasil durante as primeiras décadas do século XX. Os intelectuais brasileiros procuraram desenvolver um discurso identitário apoiado simultaneamente na ciência, especialmente na biologia e na medicina (que vai explicar a ‘verdadeira natureza do Brasil’) e na literatura que, por meios muito diferentes, também pode exprimir as verdades essenciais do país. As duas verdades foram vistas como complementares. Cientistas, tais como os médicos Afrânio Peixoto, Miguel Couto e Oswaldo Cruz, foram eleitos membros da Academia Brasileira de Letras, enquanto um dos autores mais venerados da época, Euclides da Cunha, é engenheiro. Esses intelectuais rejeitaram a noção da ‘arte pela arte’ e afirmaram a importância de inserção da literatura na sociedade de seu tempo. [...] Nos anos 1910 e 1920, o campo literário brasileiro é invadido pela área médica, e vice-versa. A literatura e a medicina tornaram-se os veículos dos problemas nacionais, e ambos tentaram encontrar ‘remédios’ para os ‘males’ do país, e meios de curar ‘um organismo social doente’” (LÖWY, 2006, p. 107).

Em *Urupês*, conto publicado em *O Estado de São Paulo* em 1914, Monteiro Lobato caracterizava o habitante das zonas rurais do Brasil, representado pelo caipira do vale do Paraíba de nome Jeca Tatu, como sendo indolente, imprevidente, parasita, sujo e burro.¹⁴⁹

O caipira brasileiro apresentado por Lobato em *Urupês* não produzia, servia-se do que a natureza lhe dava; era seguidor da lei do menor esforço; morava numa casa de sapé e lama que fazia “gargalhar ao João-de-Barro”; não utilizava mobília, talheres ou roupas; não possuía senso estético; era um nômade sem sentimentos patrióticos que buscava em mezinhas, curadores, simpatias e crendices as soluções para os seus problemas de saúde. O Jeca, bonito no romance e feio na realidade, era “maravilhoso epítome onde se resumem todas as características da espécie”.¹⁵⁰

Para Monteiro Lobato, os brasileiros dos agrestes e das matas do país em nada se pareciam aos personagens do indianismo ou do “caboclisto”. O caboclo vegetava de cócoras, incapaz de evolução, impenetrável ao progresso. Feio e sorno, nada colocava o caboclo de pé:

Quando Pedro I lança aos ecos o seu grito histórico e o país desperta estrouvinhado à crise duma mudança de dono, o caboclo ergue-se, espia e acocora-se de novo.

Pelo 13 de Maio, mal esvoaça o florido decreto da Princesa e o negro exausto larga num *uf!* o cabo da enxada, o caboclo olha, coça a cabeça, imagina e deixa que do velho mundo venha quem nele pegue de novo.

Em 15 de Novembro troca-se o trono vitalício pela cadeira quadrienal. O país bestifica-se ante o inopinado da mudança, o caboclo não dá pela coisa.¹⁵¹

Para Lobato, a raça e o meio eram os condicionantes para que o homem do interior do Brasil fosse assim.¹⁵²

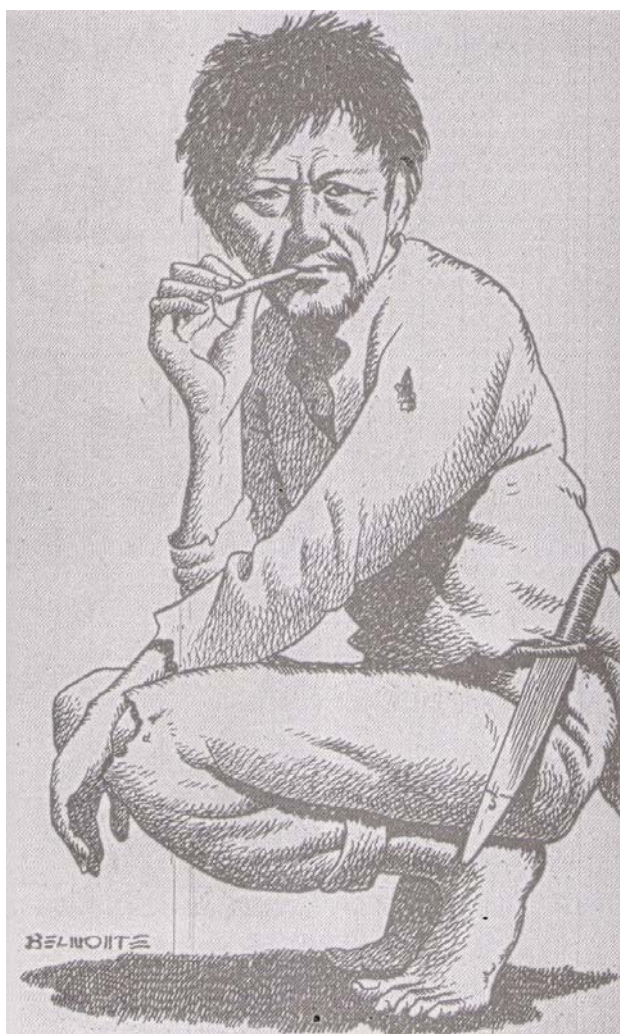
¹⁴⁹ LOBATO, Monteiro. *Urupês*. 2. ed. São Paulo: Globo, 2010, p. 166-177; LIMA; HOCHMAN, 2004, p. 510; LÖWY, 2006, p. 143. Sobre a representação dos tipos humanos das áreas rurais por viajantes, cronistas e escritores, ver LIMA, 1999, p. 134-138.

¹⁵⁰ LOBATO, 2010, p. 169.

¹⁵¹ *Ibidem*, p. 169. Grifos do autor.

¹⁵² SILVEIRA, Éder. Sanear para integrar: a cruzada higienista de Monteiro Lobato. *Estudos Ibero-Americanos*, Porto Alegre, v. 31, n. 1, jun. 2005, p. 191. Segundo Nísia Trindade Lima, intensa polêmica sucedeu à publicação de *Velha Praga e Urupês*. Segundo Lima, periódicos questionavam a importância, a conveniência e a abrangência do caboclo acocorado e indolente retratado por Lobato (LIMA, 1999, p. 133).

FIGURA 3 – Jeca Tatu



“Imagem de Jeca Tatu, retratado por Belmonte, na revista *Vamos Ler*, p. 6, Rio de Janeiro, 1946 (acervo da Biblioteca Nacional).” Fonte: LIMA, 1999, p. 198.

Mas essa visão de Lobato sobre os habitantes do interior do Brasil se transforma quando ele toma conhecimento dos relatórios, já mencionados, das viagens de cientistas do Instituto Oswaldo Cruz, como Belisário Penna e Arthur Neiva, ao interior do país. A partir de então, o escritor percebe que o Jeca Tatu estava, na verdade, doente.¹⁵³

Após ter contato com as ideias e propostas dos defensores da campanha pelo saneamento rural, Lobato passa a defender a ideia de que o caipira indolente, imprevidente e parasita poderia transformar-se e tornar-se “um agente de mudança social e modernização”.¹⁵⁴ Como afirma Nísia Trindade Lima, “o diagnóstico sobre a preguiça do caboclo mudara; às doenças, reveladas à nação por meio dos relatórios das viagens dos cientistas do Instituto

¹⁵³ LÖWY, 2006, p. 143.

¹⁵⁴ LIMA; HOCHMAN, 2004, p. 511.

Oswaldo Cruz ao interior, cabia a responsabilidade pela situação de miséria e indignação em que se encontrava o caboclo”.¹⁵⁵

Em 1918, mesmo ano em que Belisário Penna lançou *Saneamento do Brasil*, Lobato publica *Problema Vital*, uma coletânea de artigos sobre saneamento divulgados no jornal *O Estado de São Paulo* e editado, entre outros, pela Liga Pró-Saneamento.

Em *Problema Vital*, Monteiro Lobato dedicou algumas páginas às doenças que compunham a “trindade infernal” ou “trindade maldita”: o Brasil possuía 17 milhões de opilados (ancilostomíase), três milhões de idiotas (doença de Chagas) e 10 milhões de impaludados (malária) numa população composta por aproximadamente 25 milhões de habitantes.¹⁵⁶

A ancilostomíase, doença causada por “horrendos vermes” que se “aboletavam no duodeno do homem como em sua casa”, trazia diversos males ao homem, segundo Lobato, sendo responsável por anemia, baixa do tônus vital, enfraquecimento da defesa natural do organismo e, ainda por cima, inclinava o opilado ao vício da cachaça, “[...] lenitivo a que recorre para contrabater a permanente sensação de frio que o desequilíbrio sanguíneo acarreta”.¹⁵⁷ Além disso, a ancilostomíase causava o atrofiamento da inteligência do “amarelado”, que se tornava “um soturno urupê humano, incapaz de ação, incapaz de vontade, incapaz de progresso”.¹⁵⁸

Para Lobato, os heroicos sertanejos, fortes e generosos, e as caipirinhas com faces cor de jambo ainda não passavam de “licenças bucólicas de poetas jamais saídos das cidades grandes”, mas assim o eram por causa da doença, miséria fisiológica responsável pela miséria econômica do país.¹⁵⁹

O que nos campos a gente vê, deambulando pelas estradas com ar abobado, é um lamentável naufrago da fisiologia, a que chamamos homem por escassez de sinonímia. Feiíssimo, torto, amarelo, cansado, exangue, faminto, fatalista, geofago – viveiro ambulante do verme destruidor.

Do lado feminino é a mulher sem idade, macilenta aos doze anos, velha aos dezesseis, engrouvinhada aos vinte, mumia aos trinta, e como o homem, ocupada na tarefa de abrigar carinhosamente no seio a fauna infernal.¹⁶⁰

O grave problema, entretanto, tinha solução: defender os pés com o uso de calçados e evitar a infecção com o uso da fossa. A tarefa, a princípio simples, segundo Lobato, era fácilíssima e difícilíssima ao mesmo tempo. Entre as dificuldades para o combate à ancilostomíase,

¹⁵⁵ LIMA, 1999, p. 146.

¹⁵⁶ LOBATO, 1959, p. 231-252.

¹⁵⁷ Ibidem, p. 233.

¹⁵⁸ Ibidem, p. 233.

¹⁵⁹ Ibidem, p. 234.

¹⁶⁰ Ibidem, p. 234.

Lobato destacava o desinteresse dos governos brasileiros em estudar e buscar soluções para “problemas internos”, como a doença. Curar e sanear o Brasil eram tarefa de governos e particulares. Não era a raça que explicava os problemas nacionais, e sim “[...] o longo e ininterrupto estado de doença transmitido de pais a filhos e agravado dia a dia”.¹⁶¹

Mas o saneamento do Brasil, apesar das dificuldades e dos obstáculos, traria infindáveis benefícios ao Brasil. Em *Problema Vital*, o Jeca Tatu de Lobato, antes desanimado, preguiçoso, bêbado e idiota, transforma-se ao acreditar na ciência e ao seguir as suas prescrições. Diagnosticado e curado da ancilostomíase, e assim livre do cansaço e do desânimo, Jeca Tatu passa a ser um trabalhador produtivo, incansável e valente e, pouco depois, torna-se um próspero fazendeiro, com uma propriedade moderna, novas lavouras e tecnologias. O Jeca agora sabia falar inglês, possuía automóvel e telefone. Em competição com um vizinho italiano, Jeca Tatu ultrapassa-o e vence. Mas, além de próspero fazendeiro, Jeca Tatu transforma-se também em educador sanitário, transmitindo o que aprendera aos empregados de sua propriedade. Rico e estimado, Jeca resolveu “ensinar o caminho da saúde aos caipiras das redondezas” e abriu postos de combate à ancilostomíase. Morrendo aos 89 anos, o personagem de Lobato tinha a satisfação de ter cumprido sua missão.¹⁶²

Ao regenerar seu personagem, afirmando que o Jeca era um brasileiro doente e não um degenerado, Lobato operou um “importante deslocamento conceitual”. Para Éder Silveira, “[...] passa a ser transitório o estado de apatia em que o Jeca se encontra. Assim, era possível, segundo parecer redentor da ciência, explorar de forma plena as potencialidades do contingente populacional brasileiro, pois a apatia, antes inata, agora era medicável”.¹⁶³

No início dos anos 1920, Monteiro Lobato criou o Jeca Tatuzinho, personagem que retomava a defesa do saneamento rural e, adaptado pelo autor, foi propaganda de “preparados medicinais contra malária e opilação” do Laboratório Fontoura.¹⁶⁴

Como observamos, a ancilostomíase era a doença responsável pela apatia e improdutividade de Jeca Tatu, personagem que, transformado, passou a ser mais um meio de

¹⁶¹ Ibidem, p. 306.

¹⁶² LIMA; HOCHMAN, 2004, p. 511; LÖWY, 2006, p. 143-144; LIMA, 1999, p. 147.

¹⁶³ SILVEIRA, 2005, p. 194.

¹⁶⁴ Em nota do texto *Jéca Tatú – A Ressurreição*, lemos: “Esta pequena historia teve um curioso destino. Adotada por Candido Fontoura, esse homem de visão tão penetrante, para propaganda de seus preparados medicinais contra a malária e a opilação, vem sendo espalhada pelo país inteiro na maior abundancia. As tiragens já alcançaram quinze milhões de exemplares – e prosseguem. Não ha recanto do Brasil, não há fundo de sertão, onde quem sabe ler não haja lido o ‘Jecatatzinho’, que é o nome popular da historia por causa do pequeno formato das edições distribuidas. E desta forma, graças á ação de Fontoura, as noções dadas no ‘Jecatatzinho’ sobre as origens da malária e da opilação já entraram no conhecimento do povo roceiro, habilitando milhares e milhares de criaturas a se defenderem e tambem a se curarem, quando por elas alcançados” (LOBATO, 1959 p. 340).

propaganda da campanha pelo saneamento rural do Brasil. Ao optar pela doença como uma das responsáveis pelos “males do Brasil”, o escritor apostava também na possibilidade de sanar os problemas do país, fazendo eco às ideias defendidas por homens como Belisário Penna.¹⁶⁵ A ancilostomíase, segundo Lobato, era “[...] praga tão grande que moveu a piedade de Rockefeller e o levou a organizar no mundo inteiro uma campanha contra [...]”¹⁶⁶, campanha que chegaria ao Brasil em 1916 e, ao Rio Grande do Sul, em 1920.

O combate a esta endemia rural no Rio Grande do Sul, a partir da cooperação entre o governo estadual e a Fundação Rockefeller e suas conseqüências, é o objeto central de nosso estudo. Mas, antes de abordarmos as campanhas contra a ancilostomíase realizadas em solo sul-rio-grandense, algumas discussões sobre a doença e sobre o envolvimento dos Rockefeller em seu combate são necessárias. O próximo capítulo será dedicado a estas discussões.

¹⁶⁵ Nísia Trindade Lima destaca, porém, que “em contraste com a ênfase de Belisário Penna, e de outros participantes da campanha de reforma da saúde pública, no saneamento dos sertões, Monteiro Lobato afirma que a idéia de sanear os sertões mais longínquos, quase desérticos, parecia pouco exeqüível e discutível do ponto de vista econômico, pois para tanto nem toda a fortuna de Rockefeller seria suficiente. [...] Monteiro Lobato nos fala de atribuir prioridade aos povoados, às vilas e às cidades do interior, impedindo sua estagnação” (LIMA, 1999, p. 149).

¹⁶⁶ LOBATO, 1959, p. 305.

CAPÍTULO II – O ENCONTRO ENTRE A DOENÇA E A FILANTROPIA DOS ROCKEFELLER

“Hookworm was where it all started.”¹⁶⁷

Como buscamos demonstrar até aqui, o combate às endemias rurais foi uma das principais preocupações do movimento sanitário brasileiro, com destaque, no contexto deste estudo, para a ancilostomíase. A doença também passou a receber a atenção do governo do Rio Grande do Sul a partir do final da década de 1910, quando foram estabelecidos os primeiros contatos entre o governo estadual e a Fundação Rockefeller para combatê-la. Neste segundo capítulo, gostaríamos de destacar, num primeiro momento, algumas questões relacionadas a aspectos biológicos da ancilostomíase, importantes para compreender a proposta de combate à doença elaborada pela Fundação e apresentada a governos estaduais brasileiros, e à história do conhecimento médico sobre a doença, área em que se destacaram cientistas de renome no cenário nacional como Otto Wucherer e Adolpho Lutz. No segundo ponto do capítulo, vamos discutir brevemente como o combate à ancilostomíase passou a integrar a agenda filantrópica dos Rockefeller, que se envolveram no combate à doença no sul dos Estados Unidos através da *Sanitary Commission for the Eradication of Hookworm Disease* a partir de 1909. No terceiro e último ponto do capítulo, vamos abordar a atuação da Fundação Rockefeller no combate à ancilostomíase para além das fronteiras norte-americanas, a partir de 1913, através da sua divisão internacional de saúde, a *International Health Board*.

2.1 A ANCILOSTOMÍASE

Atualmente sabemos que a ancilostomíase¹⁶⁸ ou ancilostomose, também conhecida como uncinariose, amarelão, opilação, mal da terra, anemia dos mineiros, anemia tropical e mofina, é uma verminose que pode ser causada tanto pelo nematelminto¹⁶⁹ *Ancylostoma duodenale* como pelo *Necator americanus*. O primeiro é mais comum, dando, por este

¹⁶⁷ FARLEY, 2004, p. 2.

¹⁶⁸ As informações apresentadas sobre a doença foram retiradas de REY, Luís. *Parasitologia: parasitos e doenças parasitárias do homem nas Américas e na África*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001a e REY, Luís. Um século de experiência no controle da ancilostomíase. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 34, n. 1, p. 61-67, jan./fev. 2001b.

¹⁶⁹ Os nematelmintos são vermes cilíndricos e com extremidades afiladas.

motivo, nome à doença. Ambos são vermes redondos, de cor branca e de pequenas dimensões, medindo cerca de um centímetro.¹⁷⁰

Os vermes adultos vivem no intestino delgado da pessoa infestada, onde machos e fêmeas copulam, e os ovos são eliminados com as fezes. Se as condições do meio externo – solo e temperatura – são favoráveis¹⁷¹, estes ovos formam pequenas larvas entre 18 e 24 horas. Estas larvas abandonam sua casca e se deslocam no solo, nutrindo-se principalmente de bactérias e, entre cinco e oito dias, transformam-se em larvas de 2º e 3º estágios. As larvas de 3º estágio são as únicas infectantes para o homem, capazes de penetrar ativamente na pele dos hospedeiros. A larva geralmente penetra no corpo humano através da pele mais macia localizada entre os dedos dos pés, mas as mãos e outras partes do corpo também podem ser a “porta de entrada do parasita” se estiverem em contato constante com a terra contaminada. Pessoas descalças, trabalhadores rurais e crianças que brincam com terra podem ser facilmente contaminados.

As larvas atravessam a pele e entram nas correntes sanguínea ou linfática, através das quais chegam aos pulmões, perfuram os alvéolos pulmonares e sobem pela traqueia. Depois, as larvas passam à laringe e à faringe e são engolidas, chegando ao intestino, onde se estabelecem definitivamente e atingem a maturidade sexual, completando assim o seu ciclo de vida.

A contaminação do hospedeiro também pode acontecer pela larva encistada no solo que, ingerida através de alimentos ou água contaminados, alcança o estado adulto no intestino delgado, sem percorrer os caminhos descritos anteriormente (ciclo pulmonar).¹⁷²

Os vermes, uma vez no intestino delgado, causam lesões na parede intestinal, provocando hemorragias. Toda vez que o verme se desloca pelo intestino, repete-se a agressão; as feridas por ele causadas continuam a sangrar por algum tempo.

A perda de sangue pode tornar a pessoa anêmica, fraca e desanimada, apresentando dores musculares e uma palidez típica na face, “amarelada”. Quando a carga parasitária é

¹⁷⁰ Entre outras sinônimas da doença estão ainda cansaço, *mal-coeur*, *mal d'estomac des nègres*, anemia intestinal e geofagia (EDLER, Flavio Coelho. *A Medicina no Brasil Imperial: clima, parasitas e patologia tropical*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, p. 105). Segundo Luís Rey, dados da Organização Mundial da Saúde de 1998 apontam que o número de indivíduos infectados pela doença em todo o mundo naquele período era de 1,25 bilhão (REY, 2001a, p. 591). Dados coletados entre 1974 e 1976 e referentes especificamente ao Brasil apontavam a existência de aproximadamente 22 milhões de infectados no país (Ibidem, p. 609).

¹⁷¹ A umidade do solo é essencial para o desenvolvimento das larvas dos ancilostomídeos, bem como a temperatura adequada. A preferência da endemia pelos climas tropicais e subtropicais, e sua ocorrência no interior de minas, em regiões temperadas, deve-se ao fato destes locais apresentarem temperaturas ótimas para o desenvolvimento larvário (entre 23 e 35°C). Temperaturas inferiores a 17°C tornam o crescimento e a evolução lentos e impedem que seja atingido o estágio infectante (Ibidem, p. 610).

¹⁷² O *Necator americanus* penetra no organismo do hospedeiro através da pele. O *Ancylostoma duodenale* penetra através da pele ou por via oral (Ibidem, p. 597).

grande, entre a terceira e a quinta semana surgem sintomas como mal-estar abdominal, náuseas e vômitos, podendo haver também cólicas e diarreia, febre, cansaço e perda de peso. Em crianças e indivíduos subnutridos, as infecções maciças podem levar a um quadro de anemia grave, ocasionando, eventualmente, a morte. Além de apresentar os sintomas apontados, as pessoas infectadas tornam-se mais suscetíveis a outras doenças. Devemos sublinhar, porém, que algumas pessoas infectadas podem não apresentar os sintomas da doença, fato este que está relacionado, entre outros aspectos, à condição nutricional do indivíduo parasitado. Indivíduos bem nutridos suportam bem cargas leves ou médias de vermes, sem manifestações clínicas ou com poucos sintomas.

O diagnóstico é realizado através da análise das fezes do paciente, pois os ovos dos ancilostomídeos são típicos e costumam ser abundantes na matéria fecal.

É possível interromper a transmissão da ancilostomíase da seguinte maneira: (1) através do tratamento de indivíduos parasitados com anti-helmínticos, reduzindo ou suprimindo as fontes de infecção; (2) através de saneamento básico, com o uso de fossas sanitárias e latrinas ligadas a um sistema de esgoto, assegurando assim um destino adequado às fezes humanas e impedindo a contaminação do solo com os ovos e as larvas dos parasitas; (3) com o uso de calçados, protegendo, desta maneira, as pessoas contra a penetração das larvas infectantes.¹⁷³

Estes foram alguns aspectos biológicos da ancilostomíase e que serão, de alguma maneira, referidos ao longo do trabalho. Contudo, como sabemos, a doença é um fenômeno complexo que ultrapassa sua dimensão biológica, estando relacionada à história intelectual e institucional da medicina, à política e à sociedade, por exemplo.

Inspirados em Charles Rosenberg, Diego Armus e Gilberto Hochman afirmam que saúde e doença são mais do que apenas a ausência ou a presença de um vírus ou uma bactéria:

[...] a doença existe a partir de uma espécie de negociação e acordo entre múltiplos atores, o que resulta em sua nomeação como entidade patológica específica, passível de ser reconhecida e diagnosticada, e este evento biossocial – sua nomeação – é motivador de ações de saúde pública ou privada específicas com profundas conseqüências na vida social. [...] Diferentes espaços geográficos, períodos históricos, grupos sociais e indivíduos produzem seus próprios meios de definir a etiologia, a transmissão, a terapêutica, e os sentidos de uma doença. Assim, também é um processo político, social e culturalmente contingente a transformação de uma doença ou evento biológico em um problema de saúde pública.¹⁷⁴

¹⁷³ REY, 2001b, p. 62.

¹⁷⁴ HOCHMAN; ARMUS, 2004, p. 17-18. Jacques Le Goff também apontou a “mortalidade” das doenças ao afirmar que estas pertencem “[...] não só a história superficial dos progressos científicos e tecnológicos como também à história profunda dos saberes e das práticas ligadas às estruturas sociais, às instituições, às

Nas palavras de Diego Armus, “[...] razones particulares y coyunturas temporales enmarcan la vida y muerte de una enfermedad, su ‘descubrimiento’, ascenso y desaparición”.¹⁷⁵ Vejamos então, brevemente, que “razões particulares e conjunturas temporais” delimitaram o “descobrimento” e a percepção da ancilostomíase como problema de saúde pública.

Apesar de estudos apontarem, segundo Steven Palmer¹⁷⁶, que os humanos têm hospedado ancilostomídeos há aproximadamente 12.000 anos – Ásia, Europa e África –, o “descobrimento” da doença ocorreu apenas em meados do século XIX, quando médicos começaram a vincular a presença do parasita com o quadro patológico de uma enfermidade. Angelo Dubini (Milão) foi o primeiro a descobrir, a partir de autópsias realizadas entre 1838 e 1843, a presença do verme em seres humanos, mas sem lhe atribuir um papel patogênico. Dubini deu-lhe o nome de *Agychylostoma*, que significa “boca de gancho”, *duodenale*, pois o parasita engancha-se no duodeno. Uma segunda espécie foi identificada, no início do século XX, no sul dos Estados Unidos pelo zoólogo Charles Wardell Stiles, que, como veremos, esteve diretamente envolvido com o início das atividades da Fundação Rockefeller no combate à doença, e em Porto Rico por Bailey Ashford, médico do exército norte-americano. Esta segunda espécie possuía uma formação bucal diferente e foi denominada *Necator americanus*.¹⁷⁷ A suposição de que a espécie era particular das Américas – *americanus* – acabou, segundo Palmer, mostrando-se equivocada.¹⁷⁸

As primeiras investigações sobre a ancilostomíase foram realizadas na Itália, no Egito e no Brasil, onde estavam localizadas as zonas mais afetadas pela doença. Estas regiões experimentavam, na segunda metade do século XIX, transformações econômicas radicais e concentravam grande quantidade de mão de obra vulnerável. Steven Palmer afirma, sobre as regiões afetadas pela doença, que

Todos los lugares afectados se caracterizaron por un auge en la explotación de la agricultura comercial en grandes terrenos con irrigación constante y por ser lugares de conexión fronteriza con túneles, canales y ferrocarriles en

representações e às mentalidades” (LE GOFF, Jacques. Uma história dramática. In: LE GOFF, Jacques (Org.). *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1985, p. 8).

¹⁷⁵ ARMUS, 2005, p. 14.

¹⁷⁶ PALMER, Steven. “Cansancio” y Nación: el combate precoz de los salubristas costarricenses contra la anquilostomiasis. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 5, n. 3, p. 403-412, set./dez. 2009a; PALMER, Steven. Migrant Clinics and Hookworm Science: Peripheral Origins of International Health, 1840-1920. *Bulletin of the History of Medicine*, v. 83, p. 676-709, 2009b, e PALMER, 2010a.

¹⁷⁷ John Ettling discute a relação entre Stiles e Ashford e a “disputa” sobre quem seria o descobridor do *Necator americanus* em ETTLING, John. *The Germ of Laziness: Rockefeller Philanthropy and Public Health in the New South*. Cambridge: Harvard University Press, 1981.

¹⁷⁸ PALMER, 2009b, p. 683-684; PALMER, 2010a, p. 25.

construcción, y minas en expansión. Los enfermos eran jornaleros o, en el caso de Brasil, esclavos.¹⁷⁹

Na argumentação desenvolvida pelo autor, a ancilostomíase estava relacionada a regiões de fronteira durante a expansão capitalista do final do século XIX e início do século XX, afetando regiões tropicais, mas também regiões europeias de clima temperado. O autor relaciona a então crescente incidência da doença com o desenvolvimento e a exploração de fronteiras – agricultura para exportação, exploração mineral, derrubada de matas, construção de estradas – e a migração de grandes contingentes de mão de obra que trabalhavam em péssimas condições para a saúde dos seres humanos, mas em ambientes propícios para o desenvolvimento da doença.¹⁸⁰

Em 1855, Wilhelm Griesinger e Theodor Bilharz, pesquisadores alemães que trabalhavam na Escola Nacional de Medicina do Egito, vincularam o verme a uma anemia aguda que acometia um grande número de pessoas substituídas pela agricultura comercial e convertidas em jornaleiras. Esta anemia era conhecida como clorose egípcia ou anemia perniciosa do Egito. Em 1866, as conclusões de Griesinger e Bilharz foram confirmadas, no Brasil, por Otto Wucherer, cujo trabalho merece algum destaque.¹⁸¹

A ancilostomíase, segundo Flavio Edler, fazia parte de um conjunto de moléstias brasileiras que mais intensamente foram investigadas pela medicina do país na segunda metade do século XIX, mesmo que não fossem unanimemente consideradas as principais em termos de impacto na saúde pública naquele momento.¹⁸²

Otto Wucherer¹⁸³ era um dos médicos estrangeiros que se sobressaíam na chamada Escola Tropicalista Baiana¹⁸⁴. Seus estudos sobre a ancilostomíase basearam-se nos realizados

¹⁷⁹ PALMER, 2009a, p. 404; Idem, 2009b, p. 685-691.

¹⁸⁰ Idem, 2009b; Idem, 2010a. Sobre a “tropicalização” da ancilostomíase, ver Idem, 2010a, p. 42-46.

¹⁸¹ Idem, 2009a, p. 404; Idem, 2009b, p. 686; Idem, 2010a, p. 27.

¹⁸² EDLER, 2011, p. 224-225. Nas palavras do autor, “ainda que alguns médicos acreditassem que a hipoemia [ancilostomíase] fosse responsável por grande mortalidade no campo, tal hipótese não era consensual e não havia, como no caso das estatísticas urbanas, qualquer dado quantitativo que pudesse corroborá-la” (Ibidem, p. 225).

¹⁸³ Otto Edward Henry Wucherer (1820-1875) nasceu em Portugal, filho de pais alemães. Em 1841, graduou-se em medicina pela Universidade de Tübingen, no reino de Wurtemberg (Alemanha). Wucherer trabalhou como assistente no hospital londrino de São Bartolomeu. Em 1843, Wucherer mudou-se para o Brasil, onde se tornou médico da comunidade alemã de Salvador em 1847, após um período de clínica nas cidades de Nazareth e Cachoeira. Wucherer foi um estudioso das doenças parasitárias, considerado o fundador da helmintologia brasileira. O médico manteve relações importantes com os parasitologistas mais destacados da época, como o próprio Griesinger. Outros dois médicos estrangeiros se destacam entre os tropicalistas baianos: o escocês John Ligertwood Paterson (1820-1882) e o português José Francisco da Silva Lima (1826-1910) (BENCHIMOL, Jaime Larry. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 265-292, 2000; EDLER, 2011; Wucherer, Otto Edward Henry em Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/pdf/wucheothe.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2012).

por José Maria da Cruz Jobim em 1841. Segundo Jaime Benchimol e Flavio Edler, Cruz Jobim, ao elaborar um trabalho sobre as doenças que mais afligiam os escravos e indigentes do Rio de Janeiro, estudou uma doença que se sobressaía e que era vulgarmente conhecida, entre outros nomes, por opilação, cansaço ou caquexia africana. Cruz Jobim descreveu a doença (sintomatologia, patogenia, evolução e terapêutica) que chamou hipoemia intertropical, e apontou que a entidade mórbida era devida à “inferioridade ou pobreza do sangue, própria dos países que ficam entre os trópicos”.¹⁸⁵

Em 1865, Otto Wucherer diagnosticou, baseando-se no trabalho de Cruz Jobim, um caso de hipoemia em um escravo. Com o falecimento do escravo, Wucherer encontrou vermes da espécie *Anchylostomum duodenale* durante a autópsia. Conhecedor da obra de Griesinger, Otto Wucherer concluiu que a hipoemia e a clorose egípcia eram a mesma doença.¹⁸⁶

Wucherer morreu prematuramente, mas os estudos sobre a doença continuaram no Rio de Janeiro e no Brasil. Contudo, Benchimol afirma que os autores destes estudos se limitavam a “[...] negar ou confirmar a etiologia parasitária, a explorar lesões anatomopatológicas e a propor novos tratamentos”.¹⁸⁷ Somente em meados dos anos 1880, Adolpho Lutz, autor de “trabalho fundamental” sobre o *ankylostoma duodenal* e a *ankylostomiase*, retomaria “questões fundamentais relativas à biologia e aos hábitos do parasito”.¹⁸⁸ O trabalho de Lutz será comentado mais adiante.

¹⁸⁴ O nome Escola Tropicalista Baiana foi cunhado por Antônio Caldas Coni, em 1952, para designar um grupo de médicos que se organizou em torno da *Gazeta Médica da Bahia* (1866-1915), à margem da Faculdade de Medicina da Bahia. Este grupo de médicos se dedicou à pesquisa da etiologia das doenças tropicais e notabilizou-se por seus trabalhos em beribéri, ancilostomíase, filariose e ainhum (BENCHIMOL, 2000, p. 266; EDLER, 2011; Escola Tropicalista Baiana em Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930). Disponível em: <<http://dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/pdf/esctroba.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2012). Sobre a Escola Tropicalista Baiana, ver também o estudo de Julyan Peard (PEARD, Julyan G. *The Tropicalist School of Medicine of Bahia, Brazil, 1869-1889*. Michigan: Columbia University, 1990).

¹⁸⁵ BENCHIMOL, 2000, p. 267; EDLER, 2011, p. 171. Luís Rey afirma que, em 1637, um médico holandês de nome Piso, que acompanhava Maurício de Nassau, já assinalava epidemias de uma doença que tinha como características perturbações intestinais, fraqueza e anemia e que era comum entre os escravos (REY, 2001b, p. 61).

¹⁸⁶ BENCHIMOL, 2000, p. 267; EDLER, 2011, p. 175-179. O texto de Otto Wucherer intitulado “Sobre a molestia vulgarmente denominada opilação ou canção”, publicado na *Gazeta Médica da Bahia* em setembro de 1866 (ano 1, números 5 e 6), pode ser consultado em endereço eletrônico da Universidade Federal da Bahia. Disponível em: <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/24/18>>. Acesso em: 09 ago. 2010. Apesar de não ser nosso objetivo realizar uma discussão mais aprofundada sobre a construção do conhecimento médico referente à ancilostomíase, é importante sublinhar que houve acirradas disputas no campo médico brasileiro no que dizia respeito à hipótese, levantada por Wucherer, de que o ancilóstomo era a etiologia específica da ancilostomíase, e não o clima. Estas disputas, que teriam colocado em campos opostos a chamada Escola Tropicalista Baiana e a Academia Imperial de Medicina, são discutidas por Flavio Edler (EDLER, 2011), tendo sido apontadas também por Nísia Trindade Lima (LIMA, 1999).

¹⁸⁷ BENCHIMOL, 2000, p. 268.

¹⁸⁸ *Ibidem*, p. 268.

Em fins dos anos 1870, os pesquisadores italianos Batista Grassi e os irmãos Ernesto e Corrado Parona demonstraram a possibilidade de realizar o diagnóstico da ancilostomíase a partir da análise das fezes dos doentes e não mais apenas pela procura dos vermes em autópsias.¹⁸⁹

Uma epidemia de ancilostomíase atingiu os trabalhadores do túnel de São Gotardo, na Itália, no fim de 1879 e início de 1880. Um médico milanês chamado Edoardo Perroncito descobriu a causa da anemia fatal que vitimava os trabalhadores – a ancilostomíase – e as discussões geradas em torno do seu diagnóstico reacenderam o interesse pela ancilostomíase na América Latina.¹⁹⁰

Depois das descobertas de Perroncito, outro médico milanês, Camillo Bozzolo, desenvolveu um tratamento com timol¹⁹¹ que poderia diminuir a infestação do hospedeiro pelo parasita.¹⁹²

Segundo Palmer, a partir de meados da década de 1880, no contexto do *boom* agroexportador e da mobilização e migração massiva de força de trabalho para explorar novas regiões e recursos, a ancilostomíase também experimentou uma grande expansão e foi alvo de atenção de pioneiros da microbiologia na América Latina, entre os quais estão o já destacado Adolpho Lutz (Brasil, 1885), Andrés Posada Arango (Colômbia, 1886), Hermán Prowe (El Salvador e Guatemala, 1889) e Juan Bautista Agnoli (Peru, 1893).¹⁹³ Em países como o Brasil e a Costa Rica, por exemplo, a ancilostomíase tornou-se, posteriormente, uma preocupação nacional, como procuramos demonstrar no que se refere ao primeiro.

¹⁸⁹ PALMER, 2009b, p. 688; Idem, 2010a, p. 29; REY, 2001b, p. 62.

¹⁹⁰ PALMER, 2009a, p. 404; Idem, 2009b, p. 689; Idem, 2010a, p. 29.

¹⁹¹ Atualmente, sabe-se que, quando ingerido, o timol (C₁₀H₁₄O) pode provocar dor abdominal, náusea, vômito, hiperatividade e, ocasionalmente, coma e parada cardiorrespiratória. Óleos e álcool podem promover a sua absorção. O timol pode causar dano ao fígado e aos rins. Informação encontrada em MSDS – *Material Safety Data Sheet*. Disponível em: <http://www.avantormaterials.com/documents/MSDS/usa/English/T3328_msds_us_Default.pdf>. Acesso em: 28 set. 2011.

¹⁹² PALMER, 2009b, p. 690; PALMER, 2010a, p. 30. Luís Rey, ao abordar os tratamentos para a ancilostomíase, afirma que o timol foi utilizado até 1917, quando se passou a utilizar o óleo de quenopódio. Em 1922, adotou-se o tetracloreto de carbono e, em 1925, o tetracloroetileno. Este último foi, segundo Rey, largamente utilizado em campanhas de massa, até surgirem os anti-helmínticos modernos, de largo espectro (REY, 2001b, p. 62). Alguns destes tratamentos serão discutidos ao longo do trabalho.

¹⁹³ PALMER, 2009a, p. 404-405. Palmer discute mais detalhadamente os estudos sobre a ancilostomíase realizados na Colômbia, em El Salvador, na Guatemala, no Peru, na Costa Rica e em Porto Rico em Idem, 2009b e em Idem, 2010a. Para o autor, as principais descobertas sobre a doença foram feitas por pesquisadores que participavam da construção de uma ciência médica acadêmica e aplicada em Estados-nação periféricos em construção (Idem, 2009b, p. 698; Idem, 2010a, p. 35-38).

Abriremos aqui um parêntese para comentar rapidamente as contribuições de Adolpho Lutz¹⁹⁴ aos estudos sobre a ancilostomíase.

As primeiras investigações de Lutz sobre vermes ocorreram no período em que o médico atuou como clínico em Limeira, interior paulista, entre 1882 e 1885. Segundo Jaime Benchimol, Adolpho Lutz publicou, em 1885, trabalho intitulado *Über Ankylostoma duodenale und Ankylostomiasis* (Sobre *Ankylostoma duodenale* e *Ankylostomiasis*), um “estudo decisivo sobre a ancilostomíase”. O estudo foi publicado numa série de artigos em uma coleção de lições de clínica médica editada em Leipzig. Contribuição importante, o trabalho de Lutz foi publicado na íntegra e em português no *Brazil Médico* e na *Gazeta Médica da Bahia*, além de ser reunido em livro.¹⁹⁵

Ao destacar a contribuição das pesquisas de Lutz aos estudos sobre a ancilostomíase, Benchimol afirma que

Lutz examinava o helminto e a doença que ocasionava sob os aspectos histórico e geográfico, morfológico, biológico, clínico, terapêutico e profilático [...]. Havia controvérsias sobre o papel dos ancilóstomos na patologia que muitos ainda classificavam como hipoemia tropical [...], encarando os vermes como consequência da doença produzida por má alimentação, dormida ao relento, depressão física etc. Segundo Deane (1955, p. 75), Lutz confirmou as verificações de Grassi, Leuckart e outros acerca do ciclo de vida livre do helminto e estudou as condições que favorecem a evolução do parasita, desde a fase de ovo, eliminado com as fezes do

¹⁹⁴ Adolpho Lutz (1855-1940) era filho dos suíços Gustav e Mathilde Lutz. Nascido no Brasil, Lutz realizou seus estudos na Suíça. Em 1874, iniciou seus estudos superiores, diplomando-se médico em 1879. Frequentou também universidades em Leipzig, Estrasburgo e Praga neste período. Em 1880, Lutz titulouse doutor em medicina, com a tese sobre os efeitos terapêuticos do quebracho (planta). Trabalhou, ainda em 1880, como assistente no Hospital Cantonal de Sankt-Gallen. Publicou seu primeiro artigo de medicina, sobre bronquite fibrinosa, em periódico de Berna. Depois de doutorar-se, Adolpho Lutz prosseguiu seus estudos em Viena, Londres e Paris. Voltou para o Brasil para reencontrar-se com a família em 1881. Entre os anos de 1881 e 1892, Lutz dedicou-se à clínica e, nas horas vagas, pesquisou e escreveu. Entre 1882 e 1885, o médico clinicou em Limeira, interior de São Paulo, uma expressiva colônia suíço-alemã. Em 1885, Lutz foi trabalhar em clínica de Hamburgo, regressando ao Brasil no ano seguinte. Entre 1889 e 1890, o médico trabalhou em pesquisas sobre a lepra no Havaí. Em 1891, ainda morando no Havaí, Lutz casou-se com a enfermeira inglesa Amy Marie Gertrude Fowler, que conheceu durante o trabalho com a lepra. Lutz e sua esposa se mudaram para a Califórnia em 1892. No ano seguinte, 1893, estabeleceram-se em São Paulo. O casal teve dois filhos: Bertha Maria Júlia (1894) e Gualter Adolpho (1903). Adolpho Lutz perdeu os pais no início da década de 1890: o pai de Lutz faleceu em 1891, e sua mãe, em 1893. Também em 1893, o médico foi nomeado subdiretor do Instituto Bacteriológico de São Paulo. Ainda no final do mesmo ano, Lutz foi nomeado diretor interino e, em 1895, foi efetivado no cargo. Segundo Jaime Benchimol, “a alma, o cérebro e a força de trabalho principal do Instituto Bacteriológico de São Paulo foi Adolpho Lutz”. Entre as pesquisas e polêmicas em que esteve envolvido Lutz, Benchimol destaca os trabalhos do médico no que referiu à febre amarela, à cólera e à febre tifoide. Em 1908, Lutz transferiu-se para o Instituto Oswaldo Cruz. Adolpho Lutz faleceu no Rio de Janeiro em 1940, pouco antes de completar 85 anos. As breves informações aqui apresentadas sobre Adolpho Lutz são encontradas em BENCHIMOL, Jaime L. Adolpho Lutz: um esboço biográfico. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 13-83, jan./abr. 2003. Neste artigo, Benchimol analisa dois dos três períodos em que divide a carreira do clínico e investigador de temas relacionados à helmintologia, parasitologia, veterinária e bacteriologia: desde 1881 até 1908, quando Lutz se transfere para o IOC – Instituto Oswaldo Cruz.

¹⁹⁵ BENCHIMOL, 2003, p. 23-24; PALMER, 2010a, p. 30-31; EDLER, 2011, p. 226.

hospedeiro, até a fase de larva enquistada. Identificou o hematofagismo do verme adulto, fato ainda controvertido [...].¹⁹⁶

Fechando este parêntese, apontamos que, entre os anos de 1885 e 1888, Lutz publicou trabalhos que enfocavam “os aspectos epidemiológicos das helmintíases humanas”. Nestes trabalhos, Lutz ressaltou, segundo Benchimol, “[...] o papel do solo em sua propagação, [e] correlacionou-as com os hábitos de vida e alimentação das populações migrantes [...]”, entre outros aspectos.¹⁹⁷ Além disso, Lutz teria conduzido, segundo Palmer, experimentos que confirmaram a efetividade do tratamento da ancilostomíase realizado com timol.¹⁹⁸

Entre 1894 e 1901, Arthur Looss, parasitologista alemão que atuava como professor da *Government School of Medicine*, no Egito, documentou pela primeira vez o ciclo de vida do parasita e revelou que este penetrava, em estado larval, pela pele dos pés do hospedeiro, descoberta esta que trazia importantes implicações na prevenção da doença.¹⁹⁹

Entre 1903 e 1914, a Alemanha realizou um programa para tratar a doença entre os mineiros de carvão do país e para melhorar as condições sanitárias das minas. Em 1904, o já citado médico do exército norte-americano Bailey Ashford iniciaria uma campanha contra a ancilostomíase em Porto Rico e que seria institucionalizada pelo governo e dirigida por médicos locais em 1906.²⁰⁰

A campanha iniciada por Ashford em Porto Rico merece algum destaque, pois foi a primeira campanha contra a ancilostomíase a utilizar a combinação de diagnóstico e tratamento: a ancilostomíase era (a) detectada a partir do exame microscópico de fezes e (b) tratada com timol e purgativos.²⁰¹ Ashford também desenvolveu o método do dispensário – *dispensary method* – para tratamento da doença. Em dispensários móveis, os pacientes eram examinados, diagnosticados e recebiam tratamento para a ancilostomíase. O método seria utilizado, alguns anos depois, nas primeiras atividades da Fundação Rockefeller no combate à ancilostomíase.

Em 1910, a Costa Rica desenvolveu o primeiro programa nacional de tratamento da ancilostomíase baseado em pesquisas médicas locais.²⁰²

No Brasil, algumas ações de combate à ancilostomíase foram ensaiadas nos primeiros anos do século XX. Em São Paulo, em 1906, a Sociedade de Medicina e Cirurgia – SMCSP –

¹⁹⁶ BENCHIMOL, 2003, p. 24.

¹⁹⁷ Ibidem, p. 25.

¹⁹⁸ PALMER, 2010a, p. 30.

¹⁹⁹ Idem, 2009b, p. 697-698; Idem, 2010a, p. 34.

²⁰⁰ Idem, 2010a, p. 38-39.

²⁰¹ BIRN, 2006, p. 19.

²⁰² PALMER, 2010a, p. 38-42; Idem, 2009a.

iniciou uma tímida campanha contra a doença através da Comissão de Profilaxia e Tratamento do Tracoma, uma comissão do Serviço Sanitário estadual. A Comissão foi extinta na década de 1910.²⁰³ No estado do Rio de Janeiro, a primeira experiência de combate à ancilostomíase ocorreu em 1911. Descontinuada em 1915, a campanha foi precária em recursos, mas considerada pioneira no país. Tendo entre seu corpo de inspetores o sanitarista Belisário Penna, a experiência é considerada o embrião para a criação, por exemplo, do já discutido Serviço de Profilaxia Rural em 1918.²⁰⁴

Também na primeira década do século XX, em 1909, John D. Rockefeller, que já atuava, naquele momento, nas áreas da educação e da pesquisa médica nos Estados Unidos, direcionaria parte de sua fortuna para o combate à ancilostomíase no sul daquele país através da *Sanitary Commission for the Eradication of Hookworm Disease*²⁰⁵ (Comissão Sanitária para a Erradicação da Ancilostomíase). A partir de 1913, a Fundação Rockefeller levaria, através da *International Health Board*, sua divisão internacional de saúde pública, o combate à ancilostomíase a uma escala sem precedentes.

2.2 UM FILANTROPO ENCONTRA UMA AGENDA: A *SANITARY COMMISSION* E O COMBATE À ANCILOSTOMÍASE NO SUL DOS ESTADOS UNIDOS

A Fundação Rockefeller foi criada nos Estados Unidos em 1913 e reuniu instituições pertencentes à família Rockefeller como a *General Education Board* e a *Sanitary Commission for the Eradication of Hookworm Disease*.

De acordo com Maria Gabriela Marinho, a história oficial da Fundação Rockefeller aponta o espírito filantrópico de John Davison Rockefeller²⁰⁶, o patriarca da família e

²⁰³ RIBEIRO, 1993, p. 191-196.

²⁰⁴ HOCHMAN, 1998, p. 103-104; PALMER, 2010a, p. 46.

²⁰⁵ Os ancilóstomos e necátos são chamados coletivamente de *hookworms* em inglês (REY, 2001a, p. 592).

²⁰⁶ John Davison Rockefeller nasceu no estado de Nova York (Estados Unidos), em 1839, filho de William Avery e Eliza Davison Rockefeller. Ainda jovem, Rockefeller envolveu-se nas atividades da Igreja batista. Morando em Ohio com a família desde 1853, frequentou um curso de negócios no *Folson Mercantile College*, em 1855, e conseguiu seu primeiro emprego como contador na firma de *commodities* Hewitt & Tuttle. Em 1859, com suas economias e um empréstimo de seu pai, John D. Rockefeller estabeleceu parceria com Maurice B. Clark para abrir sua própria firma de *commodities* e, em 1863, eles ingressam na então recente indústria petrolífera norte-americana. Com um novo sócio, Samuel Andrews, construíram e operaram uma refinaria de petróleo, a Andrews, Clark & Co. Os sócios continuaram atuando também em *commodities*, mas, em 1865, os então cinco sócios discordaram sobre a gestão dos negócios e a refinaria foi vendida para Rockefeller e rebatizada Rockefeller & Andrews. Em 1870, com a indústria petrolífera em expansão, Rockefeller organizou a *Standard Oil Company* com seu irmão William e o sócio Andrews, entre outros. Na década de 1890, a *Standard Oil* era proprietária de três quartos dos negócios petrolíferos nos Estados Unidos. Em 1896, John D. Rockefeller passou a concentrar sua atenção nas atividades filantrópicas, deixando os negócios nas mãos de outros. John D. Rockefeller casou-se com a professora Laura C. Spelman (1839-1915) em 1864. O casal teve quatro filhas e um filho: Bessie (1866-1906), Alice (1869-1970), Alta (1871-1962), Edith (1872-1932) e John D. Jr. (1874-1960).

fundador da *Standard Oil*, como o “[...] *móvel* para a criação da filantropia em larga escala que resultou na constituição da Fundação Rockefeller”.²⁰⁷

O enriquecimento da família Rockefeller ocorreu a partir da segunda metade do século XIX, quando os Estados Unidos vivenciaram um intenso surto de industrialização e desenvolvimento em áreas como ferrovias, petróleo, manufaturas e finanças (*finance*) após a Guerra Civil (1861-1865), possibilitando um notável acúmulo de capitais.²⁰⁸

Mas neste mesmo período, conhecido na história norte-americana como *Progressive Era* (entre as últimas décadas do século XIX e o início da I Guerra Mundial), a promessa de empregos nestes setores levou milhões de imigrantes aos Estados Unidos, assim como a uma migração interna das regiões rurais do sul do país, em difícil situação econômica e social após a derrota na Guerra de Secessão, para as cidades industriais do nordeste e meio-oeste norte-americanos. Desemprego, exploração da mão de obra (em especial, de mulheres e crianças), má distribuição de renda, rápido e desordenado crescimento urbano e péssimas condições de vida alimentaram uma crescente situação de descontentamento por parte de setores da sociedade norte-americana. No final do século XIX, diversos grupos reformistas propunham uma série de reformas políticas, econômicas e sociais que incluíam, por exemplo, o combate à corrupção e a instituição de uma legislação que limitasse a exploração do trabalho feminino e infantil.²⁰⁹

Citando o exemplo de Andrew Carnegie, Anne-Emanuelle Birn afirma que alguns líderes capitalistas, preocupados com essa instabilidade e com a impossibilidade de contar com o governo para defender seus interesses, passaram a perceber nesta situação uma nova possibilidade de investimento para as fortunas acumuladas.²¹⁰

John D. Rockefeller faleceu na Flórida em 1937. As informações sobre John D. Rockefeller podem ser encontradas no site do *Rockefeller Archive Center*. Disponível em: <<http://www.rockarch.org/bio/jdrsr.php>>. Acesso em: 21 jul. 2011.

²⁰⁷ MARINHO, 2001, p. 16. Grifos do autor.

²⁰⁸ Ibidem, p. 17-18; BIRN, 2006, p. 17.

²⁰⁹ MORISON, Samuel Eliot; COMMAGER, Henry Steele; LEUCHTENBURG, William E. *Breve Historia de los Estados Unidos*. México: Fondo de Cultura Económica, 1988, p. 613-653. No que se referia especificamente à saúde, Elizabeth Fee afirma que, no período, ficaram evidentes, por exemplo, os problemas relacionados à inadequação dos suprimentos de água potável e dos sistemas de esgotos; doenças endêmicas e epidêmicas se alastravam rapidamente. Nas palavras de Fee, “poverty and disease could no longer be treated simply as individual failings” (FEE, Elizabeth. *Disease and Discovery: a History of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, 1916-1939*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1987, p. 12). Argumentos humanitários e econômicos eram elencados pelos grupos reformistas para que mudanças imediatas fossem realizadas.

²¹⁰ BIRN, 2006, p. 17. Segundo a autora, Andrew Carnegie, cuja fortuna se originou da indústria do aço, publicou um artigo, em 1889, em que defendia que indivíduos ricos tinham a responsabilidade de orientar suas fortunas para o bem público por meio do apoio a indivíduos ambiciosos e trabalhadores (Ibidem, p. 17). Ainda segundo a autora, John D. Rockefeller era admirador dos esforços de Carnegie. John Ettling, discutindo o mesmo artigo de Carnegie, publicado na *North American Review*, afirma que ajudar indivíduos que queriam prosperar teria duas consequências na visão de Carnegie: facilitaria a marcha da civilização e protegeria a posição dos

Gisele Sanglard afirma, sobre este novo tipo de filantropia surgida nos Estados Unidos no início do século XX, que estava

[...] baseada [a filantropia] na criação, por parte de grandes famílias norte-americanas, de fundações que se diferenciavam profundamente do antigo conceito de legados com fins caritativos. Tais fundações eram formadas graças a doações de grande vulto para finalidades e atuação diversas, e tinham como característica primordial a liberdade de ação.²¹¹

Ainda segundo a autora, a associação histórica com a sociedade civil é outra especificidade da filantropia norte-americana, uma vez que o Estado era malvisto nesses empreendimentos.²¹²

Já na juventude, John D. Rockefeller fazia contribuições regulares a orfanatos, creches, hospitais, escolas e ações da Igreja batista, à qual pertencia e da qual era membro destacado.²¹³ No final do século XIX, John D. Rockefeller, não mais satisfeito com o padrão destas doações, optou então por investir seu dinheiro de maneira mais sistemática e efetiva, de modo a beneficiar a sociedade e resolver problemas sociais através de iniciativas científicas e educacionais.²¹⁴ Em 1891, Rockefeller doou US\$ 1 milhão para fundar a Universidade de Chicago, projeto de instituição de ensino superior da Igreja batista.²¹⁵

O envolvimento com a criação da Universidade de Chicago aproximou John D. Rockefeller e Frederick T. Gates, ministro da Igreja batista, chefe administrativo da Sociedade Americana de Educação Batista (*National Baptist Education Society*) e intermediário das doações de Rockefeller à Universidade. A partir de 1891, Gates tornou-se o principal conselheiro de Rockefeller nos negócios e nas atividades filantrópicas. Nas palavras de Maria Gabriela Marinho,

Gates tem sido historicamente apontado como o ideólogo que concebeu e orientou o deslocamento das ações filantrópicas de Rockefeller, induzindo-as à transição de uma escala reduzida ao âmbito ampliado que alcançaram. O pastor teria sido, portanto, o responsável pelo delineamento e implantação do modelo de filantropia racional e em larga escala, característico, a partir de

próprios filantropos ao controlar questões sociais potencialmente explosivas (ETTLING, 1981, p. 51). Marinho também discute estas questões ao analisar a passagem da filantropia em pequena escala de Rockefeller para a filantropia em larga escala (MARINHO, 2001, p. 18-21).

²¹¹ SANGLARD, 2005, p. 89. A filantropia dos Rockefeller é, segundo Sanglard, a filantropia de modelo anglo-saxão. Esta autora afirma, apoiada nos estudos da historiadora Sandra Cavallo, que “uma das principais características do modelo anglo-saxão [de socorro à pobreza] [...] é o papel preponderante da filantropia privada, em que há uma valorização da ação dos benfeitores, do prestígio advindo dessa ação, das relações sociais e da competição entre os diversos grupos envolvidos” (Ibidem, p. 18).

²¹² Ibidem, p. 89-90.

²¹³ MARINHO, 2001, p. 16; BIRN, 2006, p. 17.

²¹⁴ BIRN, 2006, p. 17.

²¹⁵ MARINHO, 2001, p. 17, BIRN, 2006, p.17.

então, das ações filantrópicas da família Rockefeller, o qual resultou num “padrão” para iniciativas do gênero nas primeiras décadas do século XX.²¹⁶

Em 1897, Gates, influenciado pela leitura do livro de William Osler, *Principles and Practice of Medicine*, observou que o estudo científico da medicina era extremamente negligenciado nos Estados Unidos e, sob sua influência, John D. Rockefeller passou a apoiar as áreas da ciência e da medicina.²¹⁷

Em 1901, John D. Rockefeller criou o *Rockefeller Institute for Medical Research*, atual *Rockefeller University*. Com sede em Nova York, o Instituto tinha como objetivo “desenvolver a medicina experimental”. Willian Welch e Simon Flexner, figuras importantes da medicina norte-americana, estiveram ligados ao Instituto.²¹⁸

Dois anos mais tarde, em 1903, a família Rockefeller instituiu a *General Education Board*, com atuação dirigida principalmente para a região sul dos Estados Unidos, que apresentava graves deficiências nas áreas de saúde e educação, reflexos da derrota na Guerra de Secessão. O objetivo da *General Education Board* era criar um amplo projeto educacional que contemplasse principalmente a região sul norte-americana e promovesse a educação pública tanto da população branca quanto da negra.²¹⁹

Em 1908, o primeiro secretário da *General Education Board*, Wallace Buttrick, conheceu Charles Wardell Stiles, e este encontro foi o início da relação entre a filantropia da família Rockefeller e a ancilostomíase.

O zoólogo Charles Wardell Stiles é apontado por John Ettlíng como o primeiro a estabelecer a conexão entre a ancilostomíase e as más condições de saúde da população do sul dos Estados Unidos.²²⁰ Com doutorado em zoologia na Alemanha, onde tomou conhecimento da ancilostomíase, Stiles trabalhava no *Bureau of Animal Industry*, um ramo do Departamento de Agricultura norte-americano, desde 1891. Já na década de 1890, Stiles denunciava a existência da ancilostomíase no sul dos Estados Unidos, mas poucos o levavam a sério, pois,

²¹⁶ MARINHO, 2001, p. 18.

²¹⁷ FARLEY, 2004, p. 3. Nas palavras de Farley, “an astute businessman and former Baptist minister, Gates turned the Rockefeller fortunes towards medicine” (Ibidem, p. 3).

²¹⁸ MARINHO, 2001, p. 22; BIRN, 2006, p. 18.

²¹⁹ MARINHO, 2001, p. 22. John Ettlíng (ETTLING, 1981) explora, no capítulo *Philanthropy for the Ages*, a criação do *Rockefeller Medical Research* e da *General Education Board*.

²²⁰ ETTLING, 1981. Charles Wardell Stiles (1867-1941) nasceu em Nova York, Estados Unidos. Filho e neto de pastores metodistas, Stiles foi estudar na Europa com 18 anos. Estudou na Universidade de Berlim e em Leipzig, onde tomou conhecimento da ancilostomíase. Doutorou-se em zoologia em 1890. Depois do doutorado, Stiles passou por instituições como o Instituto de Robert Koch e o Instituto Pasteur. Segundo Ettlíng, Stiles possuía boa reputação nos círculos internacionais da zoologia e realizou importante atividade nos Estados Unidos ao trabalhar para que zoólogos daquele país usassem os mesmos procedimentos e nomenclaturas que seus pares europeus (Ibidem, p. 9-21).

como o zoólogo viria a descobrir, a doença era praticamente desconhecida dos médicos norte-americanos.²²¹

Em 1902, ano em que identificou e batizou o *Necator americanus* (ver primeira parte deste capítulo), Stiles foi a campo para conhecer melhor a situação da doença no país. Ao realizar levantamentos nos estados da Virgínia, Carolina do Sul, Carolina do Norte, Geórgia e Flórida, Stiles concluiu que a ancilostomíase não apenas existia no sul dos Estados Unidos, mas era um dos principais problemas da região. Ainda em 1902, o relatório preliminar de Stiles foi publicado pelo governo norte-americano e nele o zoólogo afirmava:

There is... not the slightest room for doubt that uncinariasis is one of the most important... diseases of... the South, especially on farms and plantations in sandy districts, and... that much of the trouble popularly attributed to “dirt-eating”... and even some of the proverbial laziness of the poorer classes of the white population are... manifestations of uncinariasis.²²²

As afirmações de Stiles sobre a ocorrência e a importância da ancilostomíase nos estados do sul norte-americano foram confirmadas por médicos da região e acabaram chegando ao grande público quando foram divulgadas por jornais como o *New York Sun*, veículo através do qual se afirmava que Stiles havia descoberto o “germe da preguiça” que acometia muitos sulistas. Para a infelicidade de Stiles, a divulgação da doença em periódicos não resultou em iniciativas para combatê-la.²²³

Stiles iniciou então uma campanha solitária contra a ancilostomíase no sul dos Estados Unidos.²²⁴ Em 1908, quando estava a serviço da *Commission on Country Life*, comissão criada pelo presidente Theodore Roosevelt para investigar as condições econômicas, sociais e sanitárias da vida no campo nos Estados Unidos, Stiles conheceu, como já afirmamos, Wallace Buttrick. Impressionado com a fala de Stiles sobre a ancilostomíase, Buttrick foi o elo de ligação entre o zoólogo e Frederick Gates, entre a ancilostomíase e a família Rockefeller.²²⁵

Stiles teve a oportunidade de apresentar suas ideias sobre a doença para Gates e, em 1909, foi criada a *Sanitary Commission for the Eradication of Hookworm Disease*, cujo objetivo era realizar uma campanha de cinco anos e um milhão de dólares para combater a

²²¹ Ibidem. É possível, segundo Ettlíng, que os médicos não ligassem os sintomas da ancilostomíase a uma doença. Segundo o autor, um médico chamado Frank Herff apontou em publicação no *Texas Medical Journal*, em 1894, que havia atendido vítimas de ancilostomíase por anos, mas que desconhecia o nome e a causa da doença (Ibidem, p. 27).

²²² ETTLING, 1981, p. 35.

²²³ Ibidem, p. 35-38.

²²⁴ Ibidem, p. 38-39; FARLEY, 2004, p. 28.

²²⁵ ETTLING, 1981, p. 97-102.

doença no sul dos Estados Unidos.²²⁶ A ancilostomíase era entendida como um fator-chave na baixa produtividade do sul norte-americano, e a sua erradicação abriria caminho para a industrialização e o avanço da região, interpretação, como vimos, bastante semelhante à dos defensores do movimento sanitarista brasileiro discutida na primeira parte deste estudo.²²⁷

Segundo Anne-Emanuelle Birn, a *Sanitary Commission* marcou o início de uma longa associação entre a filantropia dos Rockefeller e a saúde pública científica, associação esta que será explorada ao longo do trabalho.²²⁸

A *Sanitary Commission* foi criada sob um espírito de otimismo, pois os homens que a conceberam acreditavam que a ancilostomíase podia ser facilmente reconhecida, pronta e efetivamente tratada, e que ela poderia ser prevenida (evitada) com sucesso através de precauções sanitárias simples, a partir do que já se sabia sobre a doença. A experiência no sul dos Estados Unidos mostraria, contudo, que as coisas não eram tão simples.²²⁹

Em dezembro de 1909, Gates ofereceu a direção da *Sanitary Commission* a Wickliffe Rose, um educador nascido no Tennessee e que, provavelmente, nunca havia escutado falar da ancilostomíase.²³⁰ Personalidade eminente do mundo da educação no sul dos Estados Unidos, Rose possuía experiência em administração, inclusive de organizações beneficentes.

²²⁶ FARLEY, 2004, p. 28-29.

²²⁷ BIRN, 2006, p. 18. Gilberto Hochman estabelece relações entre o sul dos Estados Unidos e o Brasil no que se refere ao papel que era atribuído à ancilostomíase no desenvolvimento e no progresso das regiões. Segundo o autor, “as análises sobre a atuação desse organismo [Fundação Rockefeller] no Sul dos Estados Unidos revelam uma preocupação com a representação popular muito próxima da que encontramos no Brasil, frequentemente associando à precariedade física e à improdutividade dessas populações esta verminose causada pelo ‘germe da preguiça’. Mais ainda, chamando a atenção para os dilemas colocados pela existência de uma vasta população ‘indolente e improdutiva’ para a constituição de uma identidade nacional americana. De certa maneira, a polêmica e o desconforto causados pelo encontro da América urbana com seus estranhos compatriotas, quase ‘estrangeiros’, do sul rural durante a era progressiva antecederam e guardam muitas semelhanças com a perplexidade das elites brasileiras ao serem apresentadas pelos sanitaristas aos habitantes dos ‘sertões do Brasil’. Nesse sentido, o fator distintivo tanto do Sul americano quanto dos sertões brasileiros seria a doença” (HOCHMAN, Gilberto. Logo ali, no final da avenida: Os sertões redefinidos pelo movimento sanitarista da Primeira República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, jul. 1998, nota 9. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459701998000400012&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2011).

²²⁸ BIRN, 2006, p. 18.

²²⁹ FARLEY, 2004, p. 29. Segundo John Ettlíng, a palavra *Eradication* foi colocada por Gates no nome da Comissão (*Sanitary Commission for the Eradication of Hookworm Disease*) apesar dos avisos de Stiles sobre as dificuldades de combater a doença (ETTLING, 1981, p. 109).

²³⁰ FARLEY, 2004, p. 3. Wickliffe Rose (1862-1931) nasceu em uma região rural do Tennessee, Estados Unidos. Em meados da década de 1880, Rose entrou para a Universidade de Nashville, onde recebeu seu diploma de Bacharel em 1889 e seu título de Mestre em 1890, quando a Universidade passou a se chamar *Peabody Normal College and University of Nashville*. Rose foi professor de História e Filosofia da Educação na instituição durante 10 anos. Em 1902, aceitou um cargo na Universidade do Tennessee, mas retornou ao *Peabody Normal College and University of Nashville* dois anos depois para tornar-se decano. Rose foi Secretário Executivo da *Sanitary Commission* (1910-1915), Diretor da *International Health Board* (1913-1923) e Presidente da *General Education Board* e da *International Education Board* (1923 e 1928) (ETTLING, 1981, p. 115 e site do *Rockefeller Archive Center*. Disponível em: <<http://www.rockarch.org/collections/individuals/rf/>>. Acesso em: 31 out. 2011).

Seus conhecimentos em medicina, biologia ou saúde pública, porém, eram limitados, se não inexistentes. Segundo Ilana Löwy, a escolha de Rose para dirigir a *Sanitary Commission* atestava “[...] a importância conferida, na comissão, à educação em saúde durante o primeiro período da intervenção sanitária da Fundação Rockefeller”.²³¹

Entre 1910 e 1914, a *Sanitary Commission* alcançou mais de um milhão de pessoas em 11 estados do sul dos Estados Unidos – Virgínia, Carolina do Norte, Carolina do Sul, Geórgia, Alabama, Mississippi, Tennessee, Kentucky, Arkansas, Texas e Ilhas Filipinas – com um investimento de mais de 15 milhões de dólares (em valores atualizados, 2004).²³²

Durante as atividades da *Sanitary Commission*, o dispensário, método desenvolvido por Bailey Ashford em Porto Rico, foi introduzido nas ações de combate à ancilostomíase no sul dos Estados Unidos. O primeiro dispensário foi aberto, em dezembro de 1911, no estado do Mississippi. Outros estados também aderiram ao método. Cada dispensário era estabelecido por um período definido de tempo e se locomovia de acordo com um itinerário previamente divulgado. Nos dispensários, um inspetor sanitário e seus ajudantes forneciam explicações sobre a ancilostomíase, realizavam exames microscópicos de amostras de fezes para diagnosticar a doença e distribuíam tratamentos com timol, o vermífugo adotado, associado a sais purgativos. Além disso, as pessoas tratadas recebiam orientações sobre as formas de se evitar a doença, com o uso de calçados e a construção de latrinas.²³³

As campanhas contra a ancilostomíase no sul dos Estados Unidos tinham como objetivo erradicar a doença através do tratamento e da cura dos doentes, e também através da educação da população sobre a doença e as formas de evitá-la. Mas, além disso, a *Sanitary Commission* pretendia estimular e guiar ações governamentais e locais no sentido de estabelecer, em cada estado, um sistema de agências permanentes de saúde pública.²³⁴

Segundo Anne-Emanuelle Birn, a erradicação foi uma questão persistente durante as atividades da *Sanitary Commission* no sul dos Estados Unidos: a ancilostomíase deveria ou não ser erradicada para que a campanha fosse considerada um sucesso? A erradicação da doença era o objetivo declarado, e os médicos que trabalharam no sul norte-americano acreditavam na possibilidade de eliminação da ancilostomíase na região. Mas até mesmo

²³¹ LÖWY, 2006, p. 124.

²³² BIRN, 2006, p. 19.

²³³ ETTLING, 1981, p. 157-159; LÖWY, 2006, p. 125. A associação entre o dispensário e a tenda do pregador ambulante – *revivalist tent* –, familiar aos habitantes do sul dos Estados Unidos, é estabelecida por Ettlring.

²³⁴ ETTLING, 1981, p. 110.

Stiles, o primeiro a acusar a gravidade da doença naquela porção dos Estados Unidos, tinha sérias dúvidas quanto a essa possibilidade.²³⁵

Ao final de 1914, as atividades da *Sanitary Commission* foram encerradas por decisão de Gates, que acreditava que os principais objetivos haviam sido alcançados. A ancilostomíase não havia sido erradicada em nenhum dos estados do sul norte-americano onde a *Sanitary Commission* havia atuado, mas os números da doença haviam sido reduzidos, a maneira de combatê-la havia sido demonstrada e as atividades realizadas haviam chamado a atenção dos governantes e da população para questões relativas à saúde pública. A organização de departamentos permanentes de saúde, a educação sanitária e o treinamento profissional se tornariam, como veremos, a preocupação central da filantropia dos Rockefeller por praticamente meio século.²³⁶

Quando as atividades da *Sanitary Commission* foram encerradas, Wickliffe Rose já era diretor da *International Health Board*, uma importante divisão da recém-criada Fundação Rockefeller²³⁷, instituição filantrópica reconhecida pela legislação do estado de Nova York em 1913 e que tinha como objetivos

[...] promover a civilização e ampliar o bem-estar dos povos dos Estados Unidos da América, de seus territórios e suas possessões, assim como daqueles dos países estrangeiros, por meio da aquisição e disseminação do saber, da prevenção e do alívio do sofrimento, e a promoção de todos os elementos do progresso humano.²³⁸

Para os administradores (*trustees*) da Fundação à época, o meio mais eficaz de atingir estes objetivos era melhorar a saúde pública no mundo através da pesquisa médica e da

²³⁵ BIRN, 2006, p. 20. Marcos Cueto (CUETO, 1995) discute as mudanças e os “altos e baixos” do conceito de erradicação de doenças, o mais ambicioso e controverso conceito na saúde pública moderna segundo o autor, em texto que aborda as atividades da Fundação Rockefeller no combate à ancilostomíase, à malária e à febre amarela.

²³⁶ ETTLING, 1981, p. 177; FARLEY, 2004, p. 30-31; BIRN, 2006, p. 20. Apesar do encerramento oficial das atividades da *Sanitary Commission* no sul dos Estados Unidos, alguns estados contaram com o auxílio dos Rockefeller nos anos seguintes. O combate à ancilostomíase, por exemplo, foi retomado pela *International Health Board* (FARLEY, 2004, p. 30-31).

²³⁷ O desejo de formalizar as atividades filantrópicas da família Rockefeller através da criação de uma Fundação foi manifesto antes mesmo de 1910, mas, devido a dificuldades enfrentadas junto ao Senado e ao governo dos Estados Unidos, a Fundação Rockefeller só foi oficialmente estabelecida e reconhecida pela legislação do estado de Nova York em 1913. Segundo John Ettlign, havia grande ceticismo no que se referia às boas intenções de John D. Rockefeller. O ceticismo, segundo o autor, surgira em virtude de suas ações como homem de negócios e a partir da suspeita de atividades ilegais da *Standard Oil* (ETTLING, 1981, p. 180-182).

²³⁸ FOSDICK, 1989, p. 15 apud LÖWY, 2006, p. 123. Segundo Anne-Emanuelle Birn, os objetivos da Fundação transcendiam a saúde pública *per se*: “The potential to stimulate development, stabilize nation-states by helping them meet the social demands of their populations, improve diplomatic relations, expand consumer markets, and encourage overall economic vitality combined with the more direct activities of diffusing and internationalizing scientific, bureaucratic, and cultural values. Through this arrangement, national elites were linked to elites of the world’s great economic powers, enabling ‘backward’ countries to join ‘world culture’” (BIRN, 2006, p. 9).

educação em saúde. Para Frederick Gates, por exemplo, a doença era “[...] a desgraça suprema da vida humana, e a principal fonte de todos os outros males – tais como a pobreza, o crime, a ignorância, o vício, a incapacidade ou as taras hereditárias”.²³⁹ Na interpretação de Ilana Löwy, as palavras de Gates resumiam a ideologia que se estendeu sob a ação da Fundação na área da saúde, ou seja, se a doença era a principal fonte de pobreza, o meio mais eficaz de eliminar problemas econômicos e sociais era melhorar a saúde das populações.²⁴⁰

Criada em 1913 com o objetivo de estender o trabalho de combate à ancilostomíase da *Sanitary Commission* para outros países, a divisão internacional de saúde da Fundação Rockefeller chamou-se *International Health Commission* (IHC) entre 1913 e 1916, *International Health Board* (IHB) entre 1916 e 1927 e *International Health Division* (IHD) entre 1927 e 1951 e, ao encerrar as suas atividades em 1951, havia estado presente em mais de 80 países do mundo, incluindo todos os países da América do Sul. Entre 1913 e 1951, a *International Health Board* havia atuado no combate à ancilostomíase, à febre amarela e à malária e em outras campanhas de saúde pública no sul dos Estados Unidos e em quase uma centena de outros países ao redor do mundo. Durante o mesmo período, a *International Health Board* fundou uma série de escolas de saúde pública na América do Norte, Europa, Ásia e Brasil e distribuiu milhares de bolsas de estudos para profissionais da saúde.²⁴¹ A formação de profissionais da área da saúde será discutida ao final deste estudo. Agora, porém, deter-nos-emos no combate à ancilostomíase, primeira atividade da *International Health Board* para além dos limites territoriais dos Estados Unidos.

2.3 A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER E O COMBATE À ANCILOSTOMÍASE PARA ALÉM DAS FRONTEIRAS NORTE-AMERICANAS

Em maio de 1913, na primeira reunião dos administradores (*trustees*) da Fundação Rockefeller, quando as possíveis linhas de atuação foram discutidas, a expansão das atividades de combate à ancilostomíase para outros países se impôs como uma decisão natural.²⁴²

Ainda em 1910, Gates obtivera a permissão de John D. Rockefeller para que Rose realizasse um levantamento sobre a incidência da ancilostomíase ao redor do mundo. Rose elaborou um questionário e o colocou em circulação com o auxílio do Departamento de

²³⁹ LÖWY, 2006, p. 123

²⁴⁰ Ibidem, p. 123.

²⁴¹ FARLEY, 2004, p. 2; BIRN, 2006, p. 9.

²⁴² Idem, 2004, p. 4; Idem, 2006, p. 20.

Estado dos Estados Unidos, através dos consulados norte-americanos.²⁴³ Em 1911, o resultado deste levantamento foi publicado sob o título *Hookworm Infection in Foreign Countries*²⁴⁴.

O questionário elaborado por Rose e enviado a representantes norte-americanos, médicos e autoridades de saúde pública em diversos países continha as seguintes questões: (1) se o país estava infectado ou não; (2) a distribuição geográfica da infecção no país; (3) uma estimativa aproximada do grau de infecção; (4) se a infecção estava localizada na superfície ou em minas; (5) o que estava sendo feito por agências privadas ou públicas para erradicar ou aliviar/diminuir a infecção.²⁴⁵

Complementando as informações recebidas através dos questionários com a bibliografia existente sobre o assunto, Rose afirmou que, dos países sobre os quais a *Sanitary Commission* recebera informações, 54 apresentavam casos da doença. Segundo o relatório, em alguns poucos países, a doença estava completa ou principalmente localizada em minas, como eram os casos da Alemanha, da França e da Espanha. Porém, na grande maioria dos países abordados (pelo menos 46), a contaminação era geral e disseminada. Entre os países onde a contaminação era extremamente disseminada, Rose citava Porto Rico, Colômbia, Guiana Britânica, Egito, Ceilão e Índia.²⁴⁶

Ainda segundo a introdução do relatório, as perdas econômicas resultantes da doença eram enormes, pois a produção em minas e lavouras ficava extremamente comprometida. Além das perdas econômicas, a doença também retardava a educação e a civilização em diversos países.²⁴⁷ A ancilostomíase não era mais apenas uma questão local, mas sim “um problema internacional de sérias proporções”.²⁴⁸

Quando da criação da Fundação Rockefeller, em 1913, foi estabelecido que a missão da *International Health Board* seria tripartite: (1) estender a outros países o trabalho de combate à ancilostomíase e a outras doenças, (2) promover a saúde pública e (3) disseminar o conhecimento da medicina científica. Para executar esta missão, a *International Health Board*

²⁴³ ETTLING, 1981, p. 187-188. Segundo Etting, isto poderia ser uma indicação de que Gates já pensava em uma campanha mais ampla contra a doença em 1909, quando as atividades de combate à doença estavam apenas começando no sul dos Estados Unidos.

²⁴⁴ ROSE, Wickliffe. *Hookworm Infection in Foreign Countries*. Washington: Offices of The Sanitary Commission for the Eradication of Hookworm Disease, 1911 (Biblioteca da Universidade da Califórnia, doravante BUC).

²⁴⁵ *Ibidem*, p. 3 (BUC). No original, as questões eram as seguintes: “1. whether or not the country has been found infected; 2. the geographic distribution of the infection within the country; 3. an approximate estimate of the degree of infection; 4. whether the infection is surface or mine infection; 5. what is being done by private or public agencies to eradicate or relieve it”.

²⁴⁶ *Ibidem*, p. 3-5 (BUC). Na documentação, não há a informação de quantos foram, no total, os países pesquisados.

²⁴⁷ *Ibidem*, p. 5-10 (BUC).

²⁴⁸ *Ibidem*, p. 10 (BUC).

optou por combater doenças como a discutida neste estudo, cuja cura fosse técnica, rapidamente demonstrável e de baixo custo. Além disso, o combate à doença serviria como um “meio para um fim maior”, ou seja, para despertar o interesse no controle de doenças e incentivar a participação dos governos em ações de saúde pública, para estimular esforços locais e estatais para o desenvolvimento de agências permanentes de saúde. Neste esquema, segundo Anne-Emanuelle Birn, o combate à ancilostomíase funcionaria como um levantamento preliminar das condições de saúde de determinado lugar, uma demonstração de cura e prevenção e uma introdução ao papel e ao valor da saúde pública.²⁴⁹

Segundo John Farley, a orientação de que o combate à ancilostomíase era “um meio para um fim” não sobreviveu para além do período de gestão de Wickliffe Rose, primeiro e único diretor da *International Health Board* a não possuir diploma médico.²⁵⁰ Seu substituto, Frederick Fuller Russel, reorientou as atividades da instituição para as pesquisas de laboratório e, no que se referia ao combate a doenças, o combate passou a ser o fim em si mesmo. A ancilostomíase já não era mais o foco principal da ação da divisão internacional de saúde da Fundação Rockefeller quando Rose deixou a direção da *International Health Board* em 1923.²⁵¹

Sob a direção de Wickliffe Rose, período em que se inserem as atividades de combate à doença realizadas pela Fundação no Brasil, porém, o combate à ancilostomíase tornou-se marca da atividade internacional da Fundação Rockefeller, não por causa da importância epidemiológica da doença, mas por causa da simplicidade e utilidade da campanha.²⁵² Segundo Birn, “more than anyone else, he shaped the IHB’s mandate to institutionalize public health throughout the world, going well beyond the disease eradication vision [...]”.²⁵³

Já no início das atividades da divisão internacional de saúde da Fundação Rockefeller, alguns aspectos que marcariam o trabalho desenvolvido em diversas partes do mundo,

²⁴⁹ BIRN, 2006, p. 25-26.

²⁵⁰ Os diretores da *International Health Board* foram Wickliffe Rose (1913-1923), Frederick Russell (1923-1935), Wilbur Sawyer (1935-1944) e George Strode (1944-1951) (FARLEY, 2004, p. 9).

²⁵¹ FARLEY, 2004, p. 5-6. Entre 1913 e 1951, a *International Health Board* investiu aproximadamente 665 milhões de dólares (estimativa de 1990), dos quais 31% foram direcionados para o combate a doenças. Rose (1913-1923) direcionou 70% do orçamento da *International Health Board* para combate e controle a doenças, enquanto Russell (1923-1935), seu sucessor, direcionou apenas 27% do orçamento para estes fins. Do orçamento direcionado por Rose ao combate a doenças, 51% foram utilizados nas campanhas contra a ancilostomíase e 14% no combate à febre amarela. Sob a direção de Russel, os números se inverteram, com 15% do orçamento para atividades de combate à ancilostomíase e 53%, contra a febre amarela (Ibidem, p. 20).

²⁵² BIRN, 2006, p. 26.

²⁵³ Ibidem, p. 22. John Farley destaca as discordâncias existentes entre os próprios membros da *International Health Board* no que se referia aos objetivos das campanhas de combate à ancilostomíase. Para Frederick Gates, por exemplo, o combate à doença e sua erradicação eram um fim em si mesmo. Para Wickliffe Rose, como temos apontado, o combate e a erradicação da ancilostomíase eram um meio para envolver e mobilizar governos e populações em questões relativas à saúde pública (FARLEY, 2004, p. 5).

inclusive no Brasil, foram estabelecidos, o que não significa, porém, que estes aspectos não tenham sofrido modificações com o passar do tempo.

A filantropia da Fundação Rockefeller não deveria ser confundida com caridade. Os recursos disponibilizados pela instituição deveriam ser vistos como um investimento oferecido a governos, e não a indivíduos, por um período limitado de tempo, evitando assim a dependência. Além disso, o investimento deveria ser realizado somente quando quem o recebia se comprometia a dar continuidade ao trabalho desenvolvido depois de cessado o auxílio.²⁵⁴

A *International Health Board* adotou a política de sempre trabalhar com governos locais e, de preferência, através de agências já existentes. O foco deveria estar nos governos e agências locais, e não na Fundação, o que evitaria, por exemplo, acusações de interferência indevida por parte da Fundação.²⁵⁵ Outro aspecto que marcou o trabalho da Fundação foi a busca por se dissociar do governo norte-americano, pois a ligação entre ambos poderia dificultar a inserção e as atividades da *International Health Board* em países onde havia resistência à presença dos Estados Unidos.²⁵⁶

No que se referia especificamente ao combate à ancilostomíase, as causas subjacentes da doença, como a pobreza e a ausência de infraestrutura sanitária, não eram alvo de atenção da Fundação. Sobre esta questão, Anne-Emanuelle Birn afirma:

Hookworm control, for example, entailed drug treatment and education stressing personal responsibility for prevention through shoe-wearing and latrine construction. That the disease was rooted in rural poverty and could be permanently addressed through improved living conditions, including indoor plumbing and an adequate sewage system, did not form part of the Rockefeller credo.²⁵⁷

Em termos técnicos, a atuação da Fundação no combate à doença foi marcada pelo desenvolvimento e aplicação do método intensivo, que merece aqui alguma explicação.

Já em 1913, quando da decisão de estender o combate à ancilostomíase para outros países, a Fundação Rockefeller estava abandonando o método do dispensário móvel elaborado por Ashford em Porto Rico e utilizado nas campanhas no sul dos Estados Unidos em favor de um novo e mais sistemático método, o método intensivo.²⁵⁸

²⁵⁴ FARLEY, 2004, p. 4.

²⁵⁵ BIRN, 2006, p. 24.

²⁵⁶ PALMER, 2010a, p. 79.

²⁵⁷ BIRN, 2006, p. 25.

²⁵⁸ PALMER, 2010a, p. 61.

O método intensivo foi elaborado pelo médico G. F. Leonard, a serviço da *Sanitary Commission*, na ilha de Knott, uma comunidade isolada situada na costa da Carolina do Norte. Durante quase quatro meses, em 1913, o médico buscou livrar a comunidade da ilha de Knott da ancilostomíase e da malária.²⁵⁹

Após mensurar a prevalência da ancilostomíase nessa comunidade isolada, o objetivo de Leonard era verificar a possibilidade de eliminar a doença. Em teoria, toda a população de uma pequena ilha poderia ser examinada, tratada e reexaminada para determinar a percentagem de cura.²⁶⁰

Dos 567 habitantes da ilha, 560 foram examinados e 93 receberam diagnóstico positivo para a ancilostomíase, sendo tratados com vermífugo – o timol – repetidas vezes até a constatação da cura. Após três tratamentos, apenas uma das pessoas ainda apresentava resultado positivo para a doença. A partir destes resultados, acreditava-se que a ancilostomíase havia sido praticamente eliminada da ilha e que o método poderia ser utilizado em outros lugares.²⁶¹

Mas as sociedades e os contextos de saúde que os Diretores da *International Health Board* iriam encontrar nas atividades internacionais da Fundação Rockefeller seriam bastante diferentes dos encontrados na pequena ilha de Knott, cuja população estava concentrada em uma pequena área, apresentava baixos índices da doença e já contava com estrutura médica e sanitária.²⁶² A situação no Brasil, como veremos no próximo capítulo, seria bastante distinta.

Em manual intitulado *The Eradication of Ankylostomiasis* [A Erradicação da Ancilostomíase], Hector Howard, responsável pelas atividades da *International Health Board* na Guiana Britânica e no Caribe, estabelecia, em 1915, o funcionamento do método intensivo. O primeiro passo seria (1) a seleção de uma área geopoliticamente definida: um território com limites legais ou naturais e uma população de, no máximo, 15 mil pessoas. Depois de selecionada a área, (2) um escritório deveria ser estabelecido próximo ao centro desta área, onde seriam realizados os trabalhos administrativo e microscópico e onde também seriam guardados registros, equipamentos e suprimentos. O terceiro passo era (3) a realização de um censo completo e apurado de todos os indivíduos da área onde as atividades seriam realizadas, com o registro de cada pessoa – nome, raça, sexo e idade – e a numeração ou marcação das habitações, para que os indivíduos pudessem ser facilmente localizados. Cada habitante da área de trabalho deveria receber um número, que era escrito, juntamente com o nome da

²⁵⁹ PALMER, 2010a, p. 67.

²⁶⁰ FARLEY, 2004, p. 32.

²⁶¹ Ibidem, p. 32.

²⁶² PALMER, 2010a, p. 67-68.

peessoa, numa etiqueta de identificação que ligaria a amostra de fezes aos registros do escritório/laboratório. O diagnóstico positivo para a ancilostomíase desencadearia um ciclo de tratamento e reexame, até que a amostra de fezes estivesse livre dos ovos do ancilóstomo, determinando, assim, a cura do paciente.²⁶³

O tratamento era desagradável. Era requerido ao paciente que ficasse em jejum na noite anterior e que ingerisse uma dose de purgante. Na manhã seguinte, ainda em jejum, o paciente deveria ingerir uma dose de timol às 6h e, novamente, às 8h. Às 11 horas, o paciente deveria ingerir nova dose de purgante, que eliminaria os parasitas de seu corpo. Depois de um segundo tratamento, uma semana depois, as fezes eram novamente examinadas. Se o resultado ainda fosse positivo para ancilostomíase, o paciente deveria repetir o tratamento até a constatação da sua cura.²⁶⁴

De acordo com Steven Palmer, o método intensivo objetivava erradicar a ancilostomíase de uma determinada área através da vigilância sistemática, da realização de censos, de exames físicos e de tratamento. O método também era caracterizado por sua constante autoavaliação e por sua concepção fordista de organização da força de trabalho e da técnica, buscando alcançar a máxima eficiência na relação entre custo e cura. De acordo com Palmer, a pessoa tratada através do método intensivo estava sujeita ao alcance biopolítico e disciplinar do Estado moderno: registrada, inspecionada, individualizada e instruída a como processar a si mesma.²⁶⁵

Mas o método intensivo era “poroso”, sendo modificado de acordo com os diferentes contextos que a *International Health Board* encontrou nos países em que atuou no combate à ancilostomíase, como veremos no caso do Brasil.

²⁶³ Ibidem, p. 115.

²⁶⁴ FARLEY, 2004, p. 32.

²⁶⁵ PALMER, 2010a, p. 116. *Disciplina* ou *poder disciplinar* e *biopolítica* são conceitos desenvolvidos por Michel Foucault. Roberto Machado, em introdução à coletânea *Microfísica do Poder*, define o que Michel Foucault chamou de *disciplina* ou *poder disciplinar* da seguinte maneira: “[...] é importante notar que ela nem é um aparelho, nem uma instituição, na medida em que funciona como uma rede que as atravessa sem se limitar a suas fronteiras. Mas a diferença não é apenas de extensão, mas de natureza. Ela é uma técnica, um dispositivo, um mecanismo, um instrumento de poder, são ‘métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que asseguram a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma docilidade-utilidade ...’. É o diagrama de um poder que não atua no exterior, mas trabalha o corpo dos homens, manipula seus elementos, produz seu comportamento, enfim, fabrica o tipo de homem necessário ao funcionamento e manutenção da sociedade industrial, capitalista” (FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003, p. xvii). Já *biopolítica*, segundo Michel Foucault, é “[...] a maneira pela qual se tentou, desde o século XVIII, racionalizar os problemas propostos à prática governamental, pelos fenômenos próprios a um conjunto de seres vivos constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, raças [...]. Sabe-se o lugar crescente que esses problemas ocuparam, desde o século XIX, e as questões políticas e econômicas em que eles se constituíram até os dias de hoje” (FOUCAULT, Michel. *Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)*. Tradução de Andrea Daher, consultoria de Roberto Machado. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1997, p. 89).

As primeiras campanhas de combate à doença da *International Health Board* foram realizadas na América Central e no Caribe: Guiana Britânica, Costa Rica, Panamá, Guatemala, Nicarágua e Trinidad. A escolha destes países, segundo Steven Palmer, não foi aleatória: a posição geográfica e as relações políticas com os Estados Unidos tornavam os países atraentes para este fim. Além disso, experiências podiam ser realizadas em pequena escala e sem chamar a atenção.²⁶⁶

O Brasil, primeiro país da América do Sul a estabelecer acordos de cooperação com a Fundação Rockefeller, em 1916, foi o país da América Latina a receber a maior soma de recursos da *International Health Board* para ações de combate à ancilostomíase.²⁶⁷ Além dos países já citados, ações de combate à doença foram realizadas pela Fundação Rockefeller em diversas outras partes do mundo: Colômbia, Honduras, Jamaica, México, Paraguai, Porto Rico, Venezuela, Índia, Ceilão e China, entre outros.

Ao final da década de 1920 e início da década de 1930, as campanhas contra a ancilostomíase na América Latina, e em outras partes, haviam falhado em eliminar a doença. Entre as dificuldades encontradas pela *International Health Board* nas campanhas, podemos destacar as enormes proporções da doença em alguns países, a resistência de alguns curadores e médicos locais ao trabalho da Fundação, a tensão entre especialistas estrangeiros e pessoal local, a natureza temporária da maioria das instalações sanitárias construídas, a situação política conturbada de alguns governos e o fato de a ancilostomíase não ser considerada um problema de primeira importância em muitos países.²⁶⁸

Os resultados de pesquisas sobre a doença realizadas pela própria Fundação também precisam ser considerados. Estudos realizados por William Cort, um dos principais especialistas da IHB em ancilostomíase e uma figura central das pesquisas sobre a doença, indicaram, em meados da década de 1920 e início da década de 1930, a importância de uma dieta equilibrada no combate à ancilostomíase. Como vimos na primeira parte deste capítulo, pessoas bem nutridas suportam melhor a doença. Mas, desta maneira, o combate à doença exigiria outras medidas que envolvessem, por exemplo, o combate à pobreza.²⁶⁹

²⁶⁶ PALMER, 2010a, p. 1.

²⁶⁷ CUETO, 1995, p. 231. Os outros países da América Latina que receberam recursos para este fim e com os quais Marcos Cueto realiza a comparação foram Colômbia, Costa Rica, Guatemala, Guianas, Honduras, Jamaica, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Porto Rico, El Salvador, Venezuela e ilhas do Caribe.

²⁶⁸ Ibidem, p. 228.

²⁶⁹ FEE, 1987, p. 104-108. Elizabeth Fee, comentando os estudos de Cort, afirma: “Unfortunately, Cort was right: to solve the hookworm problem, it would be necessary to deal with poverty and hunger. People needed good food to increase their resistance to hookworm, they also needed shoes and sanitary latrines to prevent constant reinfection from the soil. In this case as in many others, research could clarify the depth of the problem but could not provide easy solutions” (Ibidem, p. 108).

O fato de os dois principais objetivos das campanhas – a erradicação da ancilostomíase e a promoção da reforma dos serviços de saúde pública – não terem sido totalmente alcançados também é apontado por Marcos Cueto como parte da explicação para a ancilostomíase ter perdido sua posição original de prioridade na agenda da *International Health Board*.²⁷⁰

Contudo, como a doença e as realidades sociais e sanitárias dos países em que a Fundação atuou eram mais complexas do que seus diretores haviam imaginado, as campanhas e os esforços no combate à doença e para reformar os serviços de saúde pública tiveram resultados variados.²⁷¹

No próximo capítulo, apresentaremos um panorama do combate à ancilostomíase no Brasil realizado a partir da cooperação entre a *International Health Board* da Fundação Rockefeller e estados brasileiros, cooperação que ocorreu, como vimos, num contexto favorável a acordos para ações de saneamento e de combate a endemias rurais.

²⁷⁰ CUETO, 1994, p. x.

²⁷¹ Idem, 1995, p. 222.

CAPÍTULO III – A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER CHEGA AO BRASIL: COOPERAÇÃO NO COMBATE AO “MAL DA TERRA”

“The purpose of our work in any country is not to bring hookworm disease under control, but to make a demonstration which will lead ultimately to the enlistment of local agencies in the work.”²⁷²

O objetivo deste terceiro capítulo é apresentar um panorama das atividades de combate à ancilostomíase realizadas em diversos estados brasileiros a partir da cooperação entre estes e a Fundação Rockefeller no período de 1916 a 1923. Num primeiro momento, discutiremos o modelo de cooperação apresentado pela Fundação aos estados e como a cooperação teria, em princípio, funcionado. Abordaremos também o processo de retirada da instituição norte-americana das atividades de combate à doença no país, motivada, principalmente, segundo a própria Fundação, pela crescente participação do governo federal no combate àquela endemia rural. Em seguida, discutiremos algumas questões concernentes à utilização do óleo de quenopódio no combate à ancilostomíase, um dos principais alvos de crítica ao trabalho da *International Health Board* no país. Por fim, debateremos, brevemente, alguns aspectos das atividades de combate à doença a partir do diário de Alan Gregg, um dos médicos norte-americanos que atuaram no Brasil a serviço da Rockefeller.

3.1 A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER E O MODELO DE COOPERAÇÃO PARA OS ESTADOS BRASILEIROS

O Brasil foi um dos países enfocados no levantamento sobre a incidência da ancilostomíase ao redor do mundo publicado por Wickliffe Rose em 1911. No país, o questionário enviado por Rose foi respondido por Oswaldo Cruz e Adolpho Lutz, entre outros. A resposta de Lutz sobre a situação da ancilostomíase em terras brasileiras foi a seguinte:

²⁷² Rose to Hackett, April 26, 1917 (*Rockefeller Archive Center*, doravante RAC, *Rockefeller Foundation*, doravante RF, *Record Group*, doravante RG, 1.1, Series 305*Hookworm*, doravante H, Sub-Series H, Box 15, Folder 133).

Rio de Janeiro, 5 XII 11.

Dear Sir,

I received your letter of Oct. 10th and the copy of the Annual Report and thank you for both. I shall be pleased in receiving all the reports issued. As for your question I can tell you the following:

The infection in Brazil is very widely distributed if not found everywhere. The approximate [sic] estimate of the degree of infection varrios [sic] very much according [sic] to locality. It is however as far as I know, everywhere a chronic disease that is to say the infectious conditions are not at the highest degree. There is as yet no general measure officially [... parte não legível]. You will find some more informations [sic] in my publications on Ankylostomiases which, though written 25 years ago, still represent the conditions, as they are generally found.

Hoping these informations [sic] may satisfy you, I am

Dear Sir,

Yours truly,

Adolpho Lutz.²⁷³

Para Lutz, que realizara, como vimos, importantes estudos sobre a ancilostomíase ainda no século XIX, a doença era crônica no Brasil e podia ser encontrada por todo o país. Não havia, segundo ele, medidas gerais oficiais de combate à doença no Brasil. Baseando-se nas repostas dos cônsules norte-americanos no Pará, na Bahia, em Santos e no Rio de Janeiro, e do Diretor do Comércio e da Indústria de São Paulo, entre outros, Rose afirmou que a ancilostomíase podia ser observada em praticamente todos os estados brasileiros, mas que parecia ser mais grave no norte e no centro do país.²⁷⁴

O Brasil já atraía a atenção da Fundação Rockefeller há muitos anos quando, em 1915, como resultado de reuniões do comitê executivo da *International Health Board*, ficou decidido que o país seria o primeiro a ser analisado em um levantamento preliminar – *survey* – sobre a situação da saúde e da medicina a ser realizado nos principais países da América do Sul.²⁷⁵

A escolha do Brasil estava ligada a diversos fatores, entre os quais as relações diplomáticas amigáveis entre o Brasil e os Estados Unidos no período, a posição de liderança

²⁷³ Lutz to Rose, December 5, 1911 (RAC, RF, RG 5, Series 1.2 Correspondence, Sub-Series 305 Brazil, Box 6, Folder 92).

²⁷⁴ ROSE, 1911, p. 22-23 (BUC).

²⁷⁵ CUETO, 1994, p. 3. Sobre os relatórios produzidos a partir dos *surveys* realizados pela Fundação Rockefeller, Marcos Cueto afirma que “the reports reveal the main assumptions about science, medicine, and development that informed the early philanthropic efforts in Latin America” (Ibidem, p. 1).

no continente sul-americano atribuída ao país e a profunda impressão que os trabalhos realizados por Oswaldo Cruz contra a febre amarela e a peste bubônica haviam causado nos membros da Fundação.²⁷⁶ O fato de a ancilostomíase já ser uma preocupação entre governantes e médicos, como vimos no primeiro capítulo deste estudo, também pode ter contribuído para a escolha do país.

Além disso, Marcos Cueto afirma, a partir da análise da documentação da Fundação Rockefeller, que a escolha do Brasil sugere que a Fundação buscou estabelecer programas em países latino-americanos que apresentassem menos obstáculos à implantação efetiva de novas medidas de saúde pública e onde os funcionários da Fundação esperavam uma boa acolhida por parte da burocracia governamental e das elites médicas.²⁷⁷

A partir de sinalizações positivas do Departamento de Estado norte-americano e do governo brasileiro, a Fundação enviou uma Comissão que visitaria o país em 1916²⁷⁸, ano em que, como vimos, Miguel Pereira proferiu seu polêmico discurso caracterizando o país como um imenso hospital e o relatório da expedição médico-científica do Instituto Oswaldo Cruz ao interior, de 1912, foi publicado.

A Comissão Médica – *Medical Commission to Visit the Republic of Brazil* – era composta por Richard M. Pearce, John A. Ferrell e o já mencionado Bailey K. Ashford e tinha como objetivos estudar a educação médica, as doenças prevalentes, as condições sanitárias e as agências de saúde pública do país.²⁷⁹

²⁷⁶ CASTRO SANTOS, 1989, p. 105 apud CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 49-50; CUETO, 1994, p. 3. No plano econômico-financeiro, Boris Fausto sublinha que houve, durante a República Velha brasileira, uma tendência a um maior relacionamento com os Estados Unidos, o que se tornou mais nítido na década de 1920. Desde a I Guerra Mundial, o valor das importações dos EUA já superava o das importações da Grã-Bretanha (FAUSTO, 2001, p. 165).

²⁷⁷ CUETO, 1994, p. 12.

²⁷⁸ Segundo Lina Faria, uma primeira Comissão, formada pelo bacteriologista William Henry Welch e por Wickliffe Rose, veio ao Brasil já em 1915. Segundo a autora, “a Comissão viajou ao Estado de São Paulo com o objetivo de identificar áreas de atuação e coletar informações sobre as condições favoráveis ao combate das doenças infecciosas, como a malária, a ancilostomíase e a febre amarela” (CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 68). Segundo os integrantes desta primeira Comissão, a situação das populações rurais de todo o país era calamitosa. De acordo com documentação da Fundação Rockefeller, tanto o governo brasileiro quanto o Instituto Oswaldo Cruz reagiram positivamente frente à possibilidade da vinda de uma Comissão da Fundação em 1916. O governo brasileiro, através de seu serviço de saúde pública [DGSP], afirmava que “will welcome with very special pleasure the visit of the said Commission and will render it all the assistance in its power in order that it may study tropical diseases and the methods employed in this country to combat them”. Oswaldo Cruz também se colocou à disposição para receber os cientistas norte-americanos (Brazil, Medical Commission, January 25, 1916 – RAC, RF, RG 1.1 – Projects, Series 305 – Brazil, Sub-Series A (Medical Sciences), Box 2, Folder 15).

²⁷⁹ Richard Mills Pearce (1874-1930) era médico patologista, professor da *University of Pennsylvania* e foi Diretor da *Medical Sciences Division* (1919-1930). John Atkinson Ferrell (1880-1965) também era médico e havia sido Diretor Estadual da *Sanitary Commission for the Eradication of Hookworm Disease* para a Carolina do Norte entre 1910 e 1913. Foi Diretor Associado da *International Health Board* entre 1914 e 1944. Bailey Ashford (1873-1934) era médico e major do exército norte-americano (To whom it may concern, January 21, 1916 – RAC, RF, RG 5, Series 1, Sub-Series 2 – 1916 – 305 Brazil, Box 28, Folder 434; CASTRO SANTOS;

Durante quase cinco meses, entre 22 de janeiro e seis de maio de 1916, os membros da Comissão visitaram faculdades e escolas de medicina, hospitais e outras instituições, além de departamentos e diretorias de saúde, e conversaram com médicos, professores e diretores, e também com cidadãos norte-americanos residentes no país, em diversos estados: Rio de Janeiro (Rio de Janeiro e Niterói), Minas Gerais (Belo Horizonte), Rio Grande do Sul (Porto Alegre, Rio Grande e Pelotas), São Paulo (São Paulo, Santos, Campinas), Bahia, Paraná (Curitiba e Paranaguá) e Santa Catarina (Joinville e Florianópolis).²⁸⁰ Merecem destaque os contatos estabelecidos entre os membros da Comissão e o Instituto Oswaldo Cruz, bem como entre a Comissão e Carlos Seidl, então Diretor Geral de Saúde Pública.²⁸¹ Em São Paulo, por sua vez, estes primeiros contatos foram o passo inicial para a criação do Instituto de Higiene, instituição que será brevemente analisada no último capítulo deste estudo. No Rio Grande do Sul, membros da Comissão visitaram, entre outros locais, a Faculdade de Medicina de Porto Alegre e se encontraram com o então Diretor de Higiene do estado, Ricardo Machado.

Além destas visitas e contatos, a Comissão também trouxe consigo um dispensário móvel equipado com medicamentos, equipamentos de laboratório e duas casas portáteis e que foi estabelecido em Capela Nova de Betim, Minas Gerais.²⁸² No dispensário móvel não foram atendidos apenas os casos de ancilostomíase, mas também os de outras doenças; cirurgias e partos foram realizados. Durante 22 dias, entre 16 de março e sete de abril, 1435 pessoas foram tratadas no dispensário da Comissão Médica da Fundação Rockefeller.²⁸³

FARIA, 2003, p. 68). Parte das informações biográficas pode ser encontrada no site *do Rockefeller Archive Center*. Disponível em: <<http://www.rockarch.org/collections/individuals/rf/>>. Acesso em: 31 out. 2011.

²⁸⁰ Alphabetical list of cards, people interviewed etc., during visit of Medical Commission to Brazil. January 22 – May 6, 1916. Revised Feb. 1917 (RAC, RF, RG 5, Series 1 – Correspondence, Sub-Series 2 – Projects, 1916 – 305 Brazil, Box 28, Folder 434); Doctor Bailey K. Ashford’s Report of the Medical Expedition to Brazil in 1916, and the official diary kept during the course of the investigation (RAC, RF, RG 1.1 – Projects, Series 305 – Brazil, Sub-Series A (Medical Sciences), Box 2, Folder 15).

²⁸¹ Segundo Relatório elaborado por Bailey Ashford, as relações entre os integrantes da Comissão e o Instituto Oswaldo Cruz foram muito amigáveis e proveitosas. A Comissão contou, por exemplo, com a cooperação de Adolpho Lutz e Carlos Chagas durante a visita ao Brasil. O trabalho desenvolvido no Instituto Oswaldo Cruz já era conhecido e acompanhado por Ashford. Detalhes sobre as atividades da Comissão no país podem ser encontrados no Relatório de Ashford, que apresenta, inclusive, um diário sobre as visitas e contatos realizados em território brasileiro (Doctor Bailey K. Ashford’s Report of the Medical Expedition to Brazil in 1916, and the official diary kept during the course of the investigation – RAC, RF, RG 1.1 – Projects, Series 305 – Brazil, Sub-Series A (Medical Sciences), Box 2, Folder 15).

²⁸² Segundo Bailey Ashford, a localidade foi indicada por Oswaldo Cruz, pois já contava com uma estação para estudo do tripanossoma e não contava com médico regular (Doctor Bailey K. Ashford’s Report of the Medical Expedition to Brazil in 1916, and the official diary kept during the course of the investigation – RAC, RF, RG 1.1 – Projects, Series 305 – Brazil, Sub-Series A (Medical Sciences), Box 2, Folder 15).

²⁸³ Doctor Bailey K. Ashford’s Report of the Medical Expedition to Brazil in 1916, and the official diary kept during the course of the investigation (RAC, RF, RG 1.1 – Projects, Series 305 – Brazil, Sub-Series A (Medical Sciences), Box 2, Folder 15). A presença da Fundação Rockefeller em Minas Gerais e o trabalho da Comissão Médica em Capela Nova são discutidos por Rita de Cássia Marques (MARQUES, 2004).

FIGURA 4 – Comissão Médica da Fundação Rockefeller, 1916



“Medical Commission to Brazil – February to May, 1916. View of the dispensary from the rear.”
 Fonte: RAC, RF, RG 1.1, Series 305 Brazil H, Box 66, Folder 1483.

Paralelamente às visitas e ao trabalho realizado em Capela Nova, foram estabelecidos os primeiros contatos entre a Fundação Rockefeller e o governo de um estado brasileiro para a organização de trabalho conjunto de combate à ancilostomíase. Em carta enviada ao Presidente do Estado do Rio de Janeiro, Nilo Peçanha, em 12 de março de 1916²⁸⁴, a propósito da possibilidade de cooperação entre a *International Health Board* e o governo estadual no combate à doença, John A. Ferrell expunha qual era o plano mais efetivo de cooperação, elaborado a partir da experiência da Fundação até aquele momento:

1. **o trabalho deveria ser conduzido em nome do governo do estado e em conjunto com agências de saúde já existentes;**
2. **no início, o trabalho deveria ser limitado a uma pequena área**, buscando realizar nesta área o trabalho mais metucioso possível, **de maneira que os resultados obtidos pudessem fornecer um “notável” exemplo** do que poderia ser alcançado em outras áreas, possivelmente maiores, com o mesmo plano, mas com maior investimento;
3. como **o trabalho seria limitado à ancilostomíase** e incidentalmente a outras doenças também relacionadas à poluição do solo, como a disenteria, **seria preferível selecionar uma área de trabalho em que a malária fosse doença de menor importância**, pois a melhora nas condições de saúde e eficiência econômica das

²⁸⁴ John A. Ferrell to His Excellency, The President of the State of Rio de Janeiro, March 12, 1916 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 111, Folder 1432). Grifos nossos.

peças tratadas para ancilostomíase não seria tão notável se estas peças fossem também acometidas pela malária;

4. **a área selecionada** para o trabalho **deveria ser avançada em educação, agricultura e boas estradas**, entre outros aspectos, pois, nestas áreas, a cooperação da população poderia ser obtida mais prontamente do que em áreas mais atrasadas;
5. **a área deveria ser pequena** o suficiente para permitir que a equipe de campo, com escritório e alojamento próximos ao centro da área, se deslocasse durante o dia para qualquer parte e retornasse à noite. **A população da área deveria ter entre mil e quatro mil habitantes**. Numa área assim, sob condições normais, o trabalho poderia ser realizado em três ou quatro meses;
6. **a força necessária para a realização do trabalho consistiria de dois grupos de trabalhadores: (a) o grupo dedicado ao tratamento e à cura da ancilostomíase e (b) o grupo dedicado às medidas profiláticas.**

Ainda segundo Ferrell, o grupo que atuaria no tratamento das peças com ancilostomíase deveria ser composto por um médico especialista na doença, dois ou três assistentes, dois ou três microscopistas, e de quatro a dez enfermeiros, também chamados de guardas na documentação pesquisada. O médico seria providenciado pela *International Health Board*, que também pagaria seu salário. Este médico geralmente recebia algum título do governo do país onde atuaria, como Diretor ou Oficial Médico Encarregado [*Medical Officer in Charge*]. Ele trabalharia em nome do governo local e estaria sob sua autoridade.

Este médico, ou Diretor, treinaria assistentes, microscopistas e enfermeiros. Ocasionalmente, quando o trabalho fosse expandido, ele poderia requisitar um médico assistente. Com a exceção do Diretor, o pessoal seria local, muitas vezes da vizinhança onde o trabalho seria realizado. O treinamento poderia ser realizado em curto espaço de tempo.

Ferrell explicava ainda ao Presidente do Estado do Rio de Janeiro que, se a *International Health Board* assumisse o trabalho em cooperação com o estado, estaria preparada para pagar os salários de todo o pessoal necessário citado, e todo o trabalho estaria direcionado, primeiramente, a medidas para curar a ancilostomíase e, possivelmente, outras doenças causadas por parasitas intestinais. Além de curar os pacientes, um grande trabalho de educação seria realizado, não apenas com relação à ancilostomíase, mas também a outras doenças comuns passíveis de serem prevenidas, como a febre tifoide, a malária e a tuberculose. Neste trabalho de educação, seriam empregados recursos como a realização de

palestras frequentes, a utilização de projeções e de cartazes e a distribuição de panfletos impressos.

Todo o trabalho seria realizado sobre bases científicas e seguiria alguns passos que, como podemos observar, eram os do **método intensivo**: (1) selecionar uma área; (2) realizar um censo completo de todas as pessoas e de todas as famílias da área e inspecionar a moradia de cada família; (3) conseguir amostras de fezes de cada pessoa e examinar estas amostras microscopicamente para averiguar os casos positivos de infecção intestinal; (4) tratar cada pessoa diagnosticada até a sua cura, e (5) reexaminar, tanto quanto possível, as pessoas tratadas para verificar se elas foram ou não curadas. Um registro preciso do trabalho realizado e de seus custos seria mantido, pois assim seria possível saber o custo *per capita* de se controlar a doença.

Ainda segundo o representante da Fundação, as medidas profiláticas seriam de igual ou, até mesmo, de maior importância. A menos que as medidas de profilaxia fossem realizadas, os resultados alcançados através do tratamento da ancilostomíase seriam temporários. **As medidas profiláticas deveriam ser tomadas, porém, pelo governo do estado.** O sucesso do tratamento dependeria da cooperação voluntária da população, mas as medidas profiláticas requereriam, por parte do governo, a adoção de certas regulamentações sanitárias e do emprego de pessoal suficiente – inspetores sanitários – para garantir a execução dessas regulamentações. As regulamentações sanitárias a serem promulgadas pelo governo deveriam estabelecer o seguinte: (1) latrinas que estivessem de acordo com o estabelecido pelo departamento de saúde estadual deveriam ser construídas e utilizadas em todas as residências, escolas, instituições públicas e estabelecimentos comerciais da área onde os trabalhos estivessem sendo realizados e, se possível, em todos os outros lugares; (2) os moradores e proprietários deveriam manter as habitações em perfeitas condições sanitárias, drenar poças de água estagnada, sarjetas e valetas, e remover todo o lixo que pudesse prejudicar a saúde. Essas regulamentações deveriam ser aplicadas especialmente às propriedades públicas; (3) todos os arbustos e vegetação desnecessários deveriam ser limpos nas áreas ao longo de esgotos, sarjetas e valetas nos povoados e perto das habitações.

Seria esperado também que o departamento estadual de saúde assegurasse, além da necessária legislação sanitária, o emprego e o pagamento de um corpo adequado de inspetores para garantir o estabelecido por lei. O pessoal deveria trabalhar sob a direção de um funcionário do departamento estadual de saúde. Seus assistentes poderiam ser das proximidades do local onde o trabalho estivesse sendo realizado e poderiam ser facilmente treinados pelo funcionário do estado. A vantagem, segundo Ferrell, de se manter este grupo de

trabalho separado do grupo dedicado ao tratamento dos doentes é que este último grupo dependeria, para seu sucesso, da cooperação e boa vontade da população, enquanto que a aplicação das medidas profiláticas poderia exigir, algumas vezes, o uso da força e da lei. Este seria um aspecto do trabalho que o governo deveria manter sob sua imediata supervisão.

O equipamento científico necessário neste tipo de trabalho conjunto seria fornecido pela *International Health Board*. Seria desejável que o governo local fornecesse medicamentos, impressões gráficas, material de papelaria, mobília e espaço para escritórios e laboratórios.

Ao final da carta, Ferrell se colocava à disposição para um novo encontro com o Presidente do Estado do Rio de Janeiro, quando poderiam discutir, e até mesmo modificar, o plano de trabalho exposto pelo membro da Comissão Médica da Fundação Rockefeller.

Como veremos ao longo deste estudo, muitos aspectos do “plano ideal” de trabalho apresentado pelo representante da Fundação ao governante do Rio de Janeiro para o combate à ancilostomíase não corresponderam à realidade encontrada nos estados brasileiros ou sofreram modificações durante sua aplicação.

Um acordo de cooperação foi estabelecido entre o governo do estado do Rio de Janeiro – que já tivera, como vimos, uma primeira experiência de combate à doença em 1911 – e a *International Health Board*, e o trabalho foi iniciado no Brasil em outubro de 1916. Um Departamento de Uncinariíase foi criado no estado, e Lewis Wendell Hackett²⁸⁵, Diretor

²⁸⁵Hackett foi o Diretor – *Associate Regional Director* – da *International Health Board* para o Brasil entre 1916 e 1923, ano em que se encerraram as atividades de cooperação para o combate à ancilostomíase no país. Em 1923, Lewis Hackett foi substituído por George Strode. Lewis Wendell Hackett nasceu na Califórnia em 14 de dezembro de 1884. Hackett diplomou-se em Medicina pela Universidade de Harvard em 1912. No ano seguinte, em 1913, recebeu o título de Doutor em Saúde Pública, o primeiro concedido pela Universidade de Harvard, e tornou-se instrutor de Medicina Preventiva da Escola de Medicina da mesma Universidade. Hackett envolveu-se em diversas atividades de pesquisa e ensino e participou, inclusive, da organização da primeira escola de saúde pública dos Estados Unidos, sob o controle da Universidade de Harvard e do Instituto de Tecnologia de Massachusetts (*Massachusetts Institute of Technology*). Em abril de 1914, Hackett foi convidado a trabalhar na *International Health Board* da Fundação Rockefeller. Após receber treinamento no sul dos Estados Unidos, as primeiras atividades de Hackett como funcionário da IHB foram demonstrações no controle da ancilostomíase no Panamá, em Honduras [*British Honduras*] e na Guatemala. Em 1916, Hackett foi convidado a assumir as atividades da Fundação Rockefeller no Brasil, para onde veio com a família. Em 1923, Hackett retornou aos Estados Unidos e pouco depois, em 1924, foi enviado para a Itália para trabalhar no combate à febre amarela. Entre 1940 e 1949, Hackett foi Diretor Regional para a região do Rio da Prata e dos Andes (Argentina, Bolívia, Chile, Equador, Paraguai, Peru e Uruguai). Lewis Hackett atuou em vários países durante o período em que trabalhou para a Fundação: Costa Rica, Panamá, Honduras, Guatemala, Brasil, Paraguai, Itália, Albânia, Egito, Argentina, Bolívia, Chile, Equador, Paraguai, Peru e Uruguai. Hackett aposentou-se em dezembro de 1949. Além das atividades desempenhadas na Fundação, Hackett atuou em Universidades, foi editor e colaborador de periódicos científicos e membro de sociedades científicas. Entre 1952 e 1957, por exemplo, o médico foi editor chefe do *American Journal of Tropical Medicine* e, entre 1958 e 1959, foi presidente da *American Society of Tropical Medicine and Hygiene*. Hackett publicou artigos científicos, principalmente sobre a ancilostomíase e a febre amarela. Após breve enfermidade, Lewis Hackett faleceu em 28 de abril de 1962 (Lewis Wendell Hackett – RAC, RF, RG Special Collection – Lewis Hackett, Series 6.2 – 6.6 Biographical Information, Box 23, Folder

Regional (*Associate Regional Director*) da *International Health Board* para o Brasil entre 1916 e 1923, foi nomeado seu Diretor.²⁸⁶ Entre 21 de novembro de 1916 e 31 de março de 1917, foi realizado um *survey*, um levantamento preliminar para determinar o grau de incidência da ancilostomíase no estado, e o primeiro posto de demonstração do método intensivo foi estabelecido em Rio Bonito em maio de 1917.²⁸⁷

Durante a realização dos trabalhos em Rio Bonito, autoridades de saúde do Distrito Federal e de São Paulo visitaram o posto e convidaram a *International Health Board* a realizar atividades similares. Em agosto de 1917, um posto de combate à ancilostomíase foi instalado na Ilha do Governador, Distrito Federal, e em março de 1918, o primeiro posto instalado no estado de São Paulo foi inaugurado no município de Guarulhos.²⁸⁸

Em 1917, com as atividades da IHB se estendendo a outros estados, foi estabelecido um escritório central, localizado em Niterói, no estado do Rio de Janeiro.²⁸⁹ O trabalho realizado em um estado brasileiro, porém, era considerado independente. Como destacamos anteriormente, as questões relativas à saúde eram tratadas de forma descentralizada durante a Primeira República brasileira, e assim, portanto, a Fundação estabeleceu acordos independentes com estados brasileiros.

O escritório central representava a *International Health Board* no Brasil, como uma subestação que lidava com fundos da instituição norte-americana, estabelecia contato, em nome da instituição, com os estados, fazia encomendas e recebia suprimentos para as atividades realizadas no país e enviava os relatórios destas atividades para o escritório da IHB em Nova York. O escritório central, mesmo localizado no Rio de Janeiro, não era, assim, parte da estrutura administrativa daquele estado.²⁹⁰

Até 1923, ano de encerramento das atividades da Fundação Rockefeller no combate à ancilostomíase em estados brasileiros, acordos de cooperação haviam sido estabelecidos com os governos de 11 estados e do Distrito Federal.

206; Curriculum Vitae – RAC, RF, RG Special Collection – Lewis Hackett, Series 6.2 – 6.6 Biographical Information, Box 23, Folder 206).

²⁸⁶ No. 7537, Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil from November 22, 1916, to December 31, 1919 (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 Brazil, Box 24, Folder 147). É provável que essa nomeação de Hackett tenha sido temporária ou até mesmo simbólica, pois não há mais menções ao médico como Diretor do Departamento na documentação consultada.

²⁸⁷ Brazil (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 111, Folder 1432).

²⁸⁸ No. 7597, Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil from November 22, 1916, to December 31, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438).

²⁸⁹ No. 7339, Report on Work for the Relief and Control of Uncinariasis in Brazil for the year ending December 31, 1917 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 111, Folder 1432).

²⁹⁰ Notes on Organization of the IHB Work in Brazil – April 28, 1919 (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 – Brazil, Box 24, Folder 144).

QUADRO 1 – Cooperação entre a Fundação Rockefeller e estados brasileiros no combate à ancilostomíase (1916-1923)

Estado	Ano do Convite	Período do Survey	Postos*	Período da Cooperação
Rio de Janeiro	1916	22 de novembro de 1916 – 31 de março de 1917	Rio Bonito, Campos, Rezende, Conservatorio, Marica, Itaperuna, Parahyba do Sul, São Gonçalo, Bom Jesus, Sant'Anna de Japuhya, Magé, Itamby	1916-1922
Distrito Federal	1917	Não houve realização de <i>survey</i> .	Ilha do Governador, Jacarépaguá	1917-1920 1922-1923
São Paulo	1917	1 de dezembro de 1917 – 28 de fevereiro de 1918	Guarulhos, Brodowski, Atibaia, Nazareth Plantation, São Simão, Arpuhy – Fortaleza Plantation, Santa Candida Plantation, Orlandia, Cravinhos, Bragança, Sertãozinho, Viradouro, Piracaia, Piracicaba, Tietê, Jardinopolis, Araraquara, Fazenda S. Ernestina, Angatuba	1917-1928**
Minas Gerais	1917	29 de junho de 1918 – 6 de fevereiro de 1919	Caxambu, Aguas Virtuosas, Cambuquira, Muzambinho, Guaxupé, Guaranasia, Oliveira	1918-1923
Paraná	1918	4 de agosto de 1919 – 1 de novembro de 1919	Paranaguá, Jacarezinho	1919-1920
Maranhão	1918	14 de julho de 1919 – 31 de janeiro de 1920	São Luiz, Vianna	1919-1922
Rio Grande do Sul	1919	21 de março de 1920 – 16 de julho de 1920	Montenegro, Torres, Conceição do Arroio, São Sebastião do Cahy, Rio Grande (Ilha dos Marinheiros), São Leopoldo, Gravatahy, Cachoeira, Taquara	1920-1923
Espírito	1919	1921	Castello, Villa de	1921-1922

Santo			Itapemirim	
Bahia	1919	6 de dezembro de 1919 – agosto de 1920	Piraja, Alagoinhas, Santo Amaro da Purificação	1920-1922
Santa Catarina	1919	2 de novembro de 1919 – 2 de março de 1920	Florianópolis, Itajahy, Biguassú, São José	1920-1921
Pernambuco	1920	17 de maio de 1920 – 31 de agosto de 1920	Cabo, Gamelleira, Morenos, Caruarú, Barreiros, Olinda	1920-1922
Alagoas		1921	Santa Luzia do Norte, Viçosa	1921-1922

Fonte: Annual Appropriation and Expenditures of International Health Board in Each State of Brazil for the Period 1916-1922 Inclusive (Casa de Oswaldo Cruz, doravante COC, Fundação Oswaldo Cruz, doravante Fiocruz, Fundação Rockefeller, doravante FR, Documento, doravante Doc., 014); Brazil – Extent of Operations (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438); No. 7537, Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil from November 22, 1916, to December 31, 1919 (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 Brazil, Box 24, Folder 147); No. 7597, Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil from November 22, 1916, to December 31, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438); No. 7339, Report on Work for the Relief and Control of Uncinariasis in Brazil for the year ending December 31, 1917 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 111, Folder 1432); No. 7469, Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil from November 22, 1916, to December 31, 1918 (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 – Brazil, Box 24, Folder 148); Annual Report for Brazil, January 1st to December 31st, 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 022); Progress Reports [1923] (COC/Fiocruz, FR, Doc. 037).

*A grafia das localidades onde os postos foram instalados foi mantida conforme os Relatórios da Fundação Rockefeller.

**A extensão das atividades de combate à ancilostomíase em São Paulo até 1928 é indicada em Relatório de 1923 (Progress Reports [1923], COC/Fiocruz, FR, Doc. 037), mas Luiz Antonio de Castro Santos afirma que a responsabilidade sobre os postos passou para o governo do estado de São Paulo em 1924 (CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 138).

No início de 1917, em carta de 26 de abril endereçada a Lewis Hackett, Wickcliffe Rose, Diretor da *International Health Board*, indicava quais eram os objetivos da Fundação no Brasil naquele momento:

Our purpose is to follow in Brazil the same principle by which we have been guided in the Southern States and in other countries. **The purpose of our work in any country is not to bring hookworm disease under control, but to make a demonstration which will lead ultimately to the enlistment of local agencies in the work.** [...] By this demonstration I do not mean, however, that we should expect to make a demonstration in one small area and close our work with that. Just how extensive our demonstration will have to be depends upon development as we observe it from year to year. **Our purpose should be to use the work to stimulate public interest and**

to enlist state and local agencies in the work. We should expect to continue our work until we can leave behind us permanent agencies that will carry it on. You are on the ground and are becoming familiar with local conditions. We shall expect to be guided by your judgment in all matters of detail.²⁹¹

Segundo Rose, o objetivo das atividades de combate à ancilostomíase da Fundação Rockefeller no Brasil não era colocar a doença sob controle, mas realizar demonstrações que estimulariam o interesse público e levariam à participação de agências estatais e locais no trabalho. Como defendia o Diretor da *International Health Board*, as campanhas seriam “um meio para um fim”, ou seja, para estimular a participação dos governos em ações de saúde pública. Além disso, a carta de Rose também revelava que a extensão das atividades no país seria definida a partir das condições locais encontradas e do próprio desenvolvimento do trabalho, que deveria ser observado e avaliado por Hackett.

Em 1919, Lewis Hackett reforçou, de maneira mais detalhada, quais eram os objetivos da IHB no Brasil: (1) definir, através de *surveys*, os problemas sanitários rurais em cada estado; (2) demonstrar o método intensivo de combate à ancilostomíase; (3) provocar o interesse dos governos estaduais e locais em saneamento rural; (4) estimular maiores investimentos em saúde pública; (5) ajudar a desenvolver organismos estaduais e locais permanentes de saúde pública e saneamento rural; (6) formar profissionais de saúde através de treinamento no Brasil e nos Estados Unidos; (7) manter o trabalho da Fundação sempre inserido harmoniosamente na estrutura do governo, mas de maneira que a Fundação pudesse retirar-se depois de determinado período de tempo, deixando atrás de si uma estrutura nova de funcionamento independente sob o controle do estado e nas mãos de funcionários capazes; (8) educar a população para que demandasse certo nível de condições sanitárias e de proteção à saúde, e que estivesse disposta a pagar por isso; (9) realizar o possível com os fundos à disposição, mantendo, de preferência, uma proporção não maior do que um para três entre as contribuições da *International Health Board* e do estado; (10) evitar que a atuação da Fundação se destacasse em demasia em relação àquela dos governos estaduais.²⁹²

Além de detalhar os objetivos da instituição no país, Hackett também identificou os meios para alcançá-los: (1) obter convites para realizar *surveys* e organizar postos de demonstração do método intensivo de combate à ancilostomíase nos estados; (2) manter, por período indefinido, pelo menos um posto em cada estado sob o controle e direção imediatos

²⁹¹ Rose to Hackett, April 26, 1917 (RAC, RF, RG 1.1, Series 305H, Sub-Series H, Box 15, Folder 133). Grifos nossos.

²⁹² Notes on Organization of the IHB Work in Brazil, April 28, 1919 (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 – Brazil, Box 24, Folder 144).

da *International Health Board*; (3) realizar todo o trabalho de campo através de Diretores de Campo brasileiros, promovendo os mais capazes e enérgicos a Diretores Estaduais e oferecendo aos merecedores (“the worthy ones”), eventualmente, bolsas de estudos em saúde pública nos Estados Unidos; (4) ter pelo menos a metade dos cargos de Diretores Estaduais composta por norte-americanos, numa combinação que poderia ser de um Diretor norte-americano e um brasileiro responsáveis por dois estados contíguos, mas com o norte-americano no comando; (5) aceitar os convites dos estados para organizar serviços sanitários rurais somente com o entendimento claro e documentado de que, depois de determinado período, o controle e os custos do trabalho seriam transferidos para o estado, que deveria continuá-lo na mesma escala; (6) o trabalho não deveria ser realizado em lugar do estado, mas sim pelo estado, que deveria adotá-lo, inspecioná-lo e respaldá-lo através de departamento apropriado. As regulamentações sanitárias, segundo Hackett, não deveriam ser impostas sobre a população por uma autoridade externa sem que esta população tivesse sido educada para entender o sentido e a necessidade das regulamentações, demandando assim sua aplicação e cumprimento.²⁹³ Vejamos, então, como isso ocorreu, de maneira geral, no Brasil.

3.2 A COOPERAÇÃO ENTRE A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER E OS ESTADOS: PANORAMA

Os acordos de cooperação com a Fundação Rockefeller foram estabelecidos a partir dos convites formulados pelos estados brasileiros interessados, convites estes que deveriam ser aprovados pelo escritório da *International Health Board* em Nova York. É importante frisar aqui que os acordos de cooperação entre Fundação e estados foram estabelecidos a partir de decisões locais pela cooperação, e não por uma imposição da instituição norte-americana. Como apontamos anteriormente, a Fundação era percebida pelos estados como mais um recurso à disposição para realizar atividades de combate à ancilostomíase.

Os convites eram endereçados ao representante da Fundação Rockefeller no Brasil, o médico Lewis Wendell Hackett. Nem todos os estados brasileiros interessados, porém, contaram com a cooperação da Fundação Rockefeller para o combate à ancilostomíase e o desenvolvimento de atividades de saneamento rural. Em 1919, autoridades de Pernambuco, Pará, Sergipe e Mato Grosso entraram em contato com Lewis Hackett buscando informações

²⁹³ Notes on Organization of the IHB Work in Brazil, April 28, 1919 (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 – Brazil, Box 24, Folder 144).

sobre a possibilidade da IHB organizar serviços naquelas regiões. Sobre estes contatos, Hackett afirmou o seguinte:

Pernambuco and Sergipe offer excellent fields for the extension of the Board's activities. Pernambuco is a wealthy agricultural state, producing cotton and sugar. Para must be classed, however, with the wilderness states, as it possesses neither agriculture nor industry and exports only products found wild in nature and collected by an unskilled and nomadic native population. Such regions are poorly suited to the application of intensive methods of sanitation and disease control. In Matto Grosso [...] the population is so scattered and the hookworm infection apparently so light that it is inadvisable to attempt to organize relief and control measures there at the present.²⁹⁴

Pernambuco foi o único dos quatro estados a contar com a cooperação da Fundação. Segundo Lina Faria, a percepção dos dirigentes da *International Health Board* em relação ao país explicaria, em parte, a presença da Fundação em alguns estados e sua ausência em outros.

Em meados de 1920, Wickliffe Rose, Diretor da IHB, visitou o Brasil. Em relatório sobre esta visita e sobre as atividades da Fundação no país até aquele momento, Rose estabeleceu uma clara diferenciação valorativa entre regiões do Brasil:

In the development of a public health program, the character of the people upon whose co-operation it depends is fundamental. The northern boundary of the state of Sao Paulo divides Brazil into two sections presenting contrasts, with respect to populations, as sharp as those between Mexico and the United States. [...] These southern states [de São Paulo para o sul do Brasil], having the advantage of a cooler and more variable climate and of a vastly more virile population, have in their keeping the future of Brazil. It is the self-reliant white man who is pushing back the frontier and laying the foundations of a more progressive civilization. The State of Sao Paulo is the center and soul of this movement, with Rio Grande do Sul giving promise of becoming a worthy second. The hope of the North lies in the South's leadership, and in new blood from these States and from Europe.²⁹⁵

As esperanças de civilização para o Brasil estavam depositadas, na leitura de Rose, na porção mais ao sul do país.

No mesmo relatório, ao estabelecer quais deveriam ser as ações da *International Health Board* em relação à administração em saúde pública no Brasil, Rose afirmou que a instituição deveria concentrar os principais esforços nos estados considerados estratégicos: São Paulo e Rio Grande do Sul, no sul do país, e Pernambuco, de menor importância, no

²⁹⁴ No. 7537, Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil from November 22, 1916, to December 31, 1919 (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 Brazil, Box 24, Folder 147).

²⁹⁵ No. 7502, Observation on Public Health Situation and Work of the International Health Board in Brazil, by Wickliffe Rose, General Director, October 25, 1920 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 018). O Relatório de Rose foi parcialmente traduzido e publicado por Lina Faria em FARIA, Lina. Arquivo Rockefeller. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, nov. 1994/dez. 1995. O documento também é comentado por Ilana Löwy (LÖWY, 2006, p. 136-138).

norte. Nas palavras de Rose, “leadership in Brazil is in the south, and so far as one can see, will remain there. The State of Sao Paulo is at least fifty years ahead of the other states; Rio Grande bids fair to become a strong competitor”.²⁹⁶

Segundo Lina Faria, essa percepção dos Diretores da IHB – Hackett e Rose – com relação ao país teve importantes consequências, como o fato de estados mais pobres terem recebido os recursos da Fundação Rockefeller depois de estados mais prósperos e que já desfrutavam de “relativo progresso no terreno da saúde pública”, como era o caso, segundo a autora, do estado de São Paulo. Ainda segundo Faria, a *International Health Board* trabalhava com a noção de “efeito de demonstração”, o que significava, na prática, que “[...] estados mais progressistas na saúde teriam que servir de modelo ou exemplo para as regiões mais atrasadas”.²⁹⁷

Além de “certo porte econômico” e do desenvolvimento de ações na área da saúde, outra condição que poderia facilitar os acordos de cooperação entre a Fundação e um estado brasileiro seria, segundo Faria, a existência de “[...] um pacto político das oligarquias que possibilitasse a aprovação dos programas de governo pelos Congressos estaduais”.²⁹⁸ Estas questões serão retomadas quando discutirmos especificamente a cooperação entre a Fundação e o estado do Rio Grande do Sul.

Acreditamos que é necessária uma análise da cooperação entre a Fundação e cada um dos estados brasileiros envolvidos para estabelecer o contexto e as condições em que os acordos foram realizados, como foram executados e quais seus resultados e consequências. Nesta perspectiva, a visão dos Diretores da *International Health Board* em relação ao Brasil e aos diferentes estados deve ser, certamente, levada em consideração, como apontou Faria.

Quando os convites feitos por estados brasileiros, que muitas vezes mencionavam as “nobres e humanitárias” ações que a Fundação vinha desenvolvendo no Brasil, eram aceitos, um acordo de cooperação era estabelecido entre a IHB e o governo estadual. Os acordos definiam aspectos referentes à realização do *survey* e determinavam aquilo que caberia a cada

²⁹⁶ No. 7502, Observation on Public Health Situation and Work of the International Health Board in Brazil, by Wickliffe Rose, General Director, October 25, 1920 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 018).

²⁹⁷ CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 83. Steven Palmer amplia a discussão sobre o “efeito demonstração” ou “efeito de demonstração” ao afirmar que “de acordo com este princípio da organização, o Estado receptivo gradualmente assumiria o ônus de financiar o trabalho (quando a operação tivesse servido de ‘demonstração’ dos benefícios de tratar a ancilostomíase). Enquanto isso, o cidadão ou súdito das classes populares incorporaria as verdades da microbiologia, da saúde pública e da medicina moderna através das demonstrações de microscópio realizadas pela equipe de campo, e da ‘demonstração’ oferecida pela cura, sua ou de membros de sua família ou vizinhos, e a partir daí manteria uma conduta correspondente” (PALMER, Steven. “O demônio que se transformou em vermes”: a tradução da saúde pública no Caribe Britânico, 1914-1920. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, jul./set. 2006, p. 577).

²⁹⁸ CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 81.

uma das partes envolvidas nas atividades a serem realizadas e que seriam, então, incorporadas aos serviços estaduais de saúde já existentes. Com exceção de São Paulo, onde as atividades da *International Health Board* só passaram a fazer parte dos serviços públicos de saúde em 1922, nos demais estados em que ocorreu a cooperação, as atividades da Fundação integrariam, desde o início, as estruturas estaduais de saúde.

Em linhas bastante gerais, a *International Health Board* se responsabilizava pela realização do *survey*, pela orientação e organização do trabalho nos postos de demonstração do método intensivo de combate à ancilostomíase que fossem estabelecidos, pelo fornecimento de medicamentos, equipamentos e material de trabalho e pelo pagamento de salários. Os estados deveriam fornecer transporte, impressões gráficas, comunicação telegráfica, espaços para escritórios/laboratórios e arcar com parte dos salários, além de estabelecerem a conexão entre a *International Health Board* e os municípios onde a instituição viesse a atuar. O estado ficaria responsável ainda, como Ferrell havia indicado ao governante do Rio de Janeiro, pela instituição e aplicação de legislações sanitárias.

Os acordos, apesar de apresentarem linhas gerais comuns, guardavam espaço para aspectos específicos da relação entre a Fundação e cada um dos estados envolvidos.²⁹⁹ No que se referia ao financiamento das atividades de combate à ancilostomíase e de saneamento rural, a tabela abaixo demonstra as diferentes situações experimentadas pela Fundação em estados brasileiros e que nem sempre correspondiam ao ideal exposto por Ferrell em 1916.

TABELA 1 – Distribuição aproximada de gastos entre IHB e governos estaduais em atividades de saneamento rural, 1920*

	IHB	Estado
Distrito Federal	5%	95%
Bahia	50%	50%
Maranhão	16%	84%
Minas Gerais	13%	87%
Paraná	16%	84%
Pernambuco	50%	50%
Rio de Janeiro	33%	67%
Rio Grande do Sul	40%	60%
Santa Catarina	25%	75%
São Paulo	38%	62%

²⁹⁹ Só nos foi possível localizar, nos arquivos da Fundação Rockefeller, os acordos de cooperação estabelecidos com os estados de Minas Gerais e do Maranhão: Agreement between the State of Minas Geraes and the International Health Board of the Rockefeller Foundation in Brazil (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 111, Folder 1433) e Agreement between the International Health Board and the State of Maranhão (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 11, Folder 1433). O acordo estabelecido entre o estado de Minas Gerais e a *International Health Board* recebeu o acréscimo, em 1918, da regulamentação estabelecida pelo Serviço de Higiene Rural, criado pelo Decreto estadual n. 5.010 de 18 de junho de 1918.

Fonte: Brazil, Hookworm Reports, 1920 Annual (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438).

*Conforme indicado por Gilberto Hochman, o Paraná, o Maranhão e Minas Gerais já haviam estabelecido acordos com o governo federal, a partir da criação do Serviço de Profilaxia Rural, antes de 1920. Não nos foi possível saber se houve participação da União nos recursos indicados pela Fundação como provenientes destes estados.

A partir dos acordos de cooperação estabelecidos entre a *International Health Board* e os governos estaduais, as atividades de combate à ancilostomíase e de saneamento rural eram compostas por quatro partes: (a) o *survey*; (b) a instalação de postos de demonstração do método intensivo de combate à ancilostomíase; (c) a realização de trabalho de educação sanitária, e (d) a melhoria das condições sanitárias, a partir do estabelecimento e da execução de regulamentações que determinassem a instalação de latrinas. Esta última parte, como já foi indicado, era de responsabilidade dos estados.

Como nosso objetivo é realizar uma análise aprofundada da cooperação estabelecida entre a Fundação Rockefeller e o governo do estado do Rio Grande do Sul e seus desdobramentos, o que será desenvolvido nos próximos capítulos, traremos aqui apenas alguns apontamentos gerais sobre as atividades de combate à ancilostomíase e de saneamento rural realizadas pela IHB em cooperação com outros governos estaduais brasileiros.

A primeira atividade da *International Health Board* no estado era (a) a realização de um *survey* para avaliar a distribuição geográfica e a gravidade da ancilostomíase naquela região do país. À exceção do Distrito Federal, levantamentos preliminares foram realizados em todos os estados onde a Fundação atuou em cooperação com os governos.

Os *surveys*, realizados por médicos, microscopistas e enfermeiros³⁰⁰, apresentavam informações sobre trabalhos anteriores de combate à ancilostomíase (se houvesse), geografia, solo, clima, economia, política e história, municípios onde os exames haviam sido realizados e informações sobre os resultados desses exames. Havia espaço, nos relatórios dos *surveys*, para questões específicas de cada estado.³⁰¹

³⁰⁰ É importante destacar que, no caso do Brasil, os chamados enfermeiros ou guardas não possuíam formação em enfermagem.

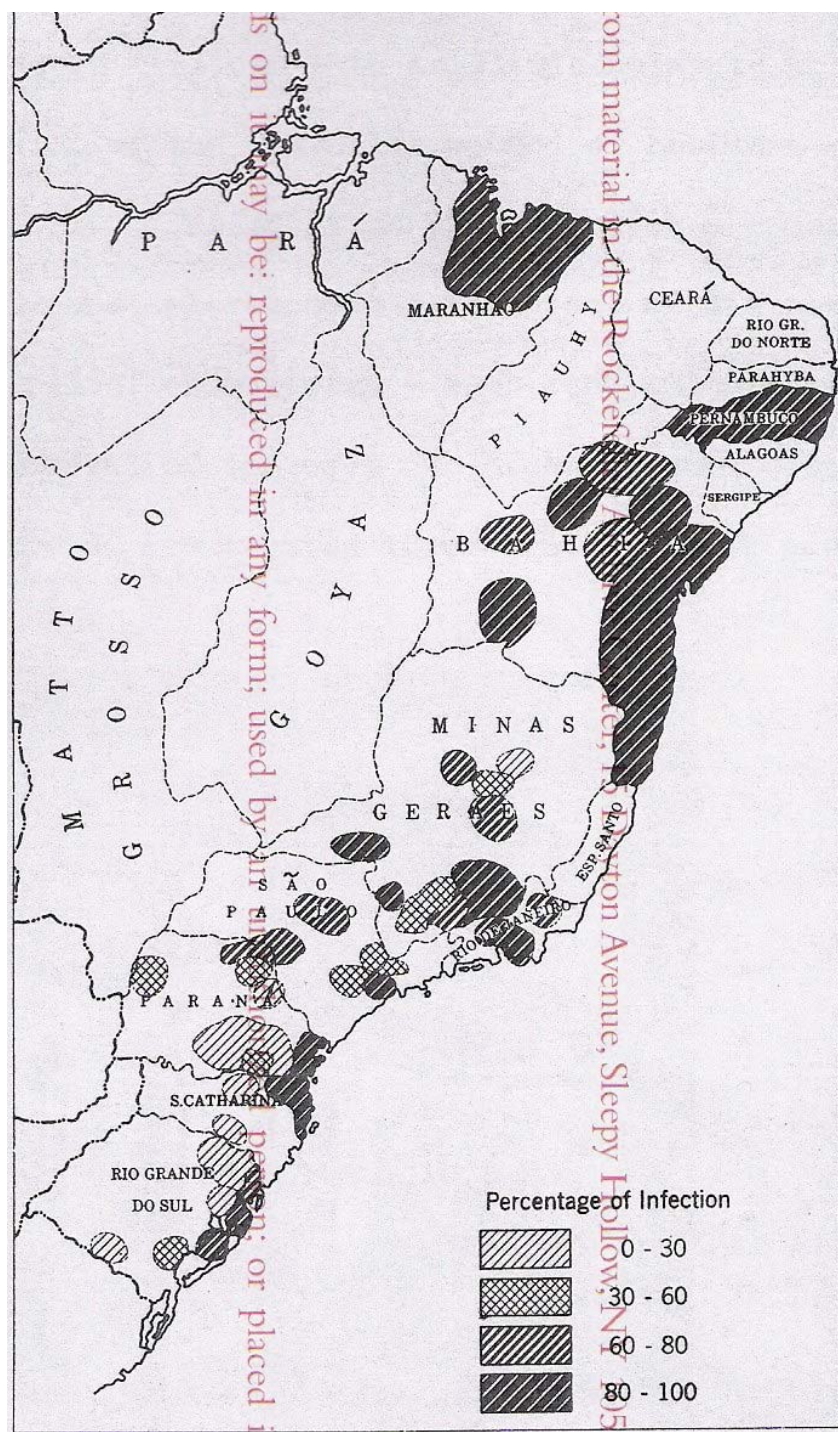
³⁰¹ O relatório do *survey* realizado sob a direção de John Hydrick no estado de São Paulo entre 01 de dezembro de 1917 e 28 de fevereiro de 1918 apresentava as seguintes informações: I State of Sao Paulo – Descriptive 1. Geography 2. Topography 3. Geology 4. Climate 5. Agriculture 6. The “fazenda”, or coffee farm 7. Living conditions of plantation laborers 8. Industries 9. System of communication 10. Population 11. The municipio II. Hookworm Survey 1. Preliminary arrangements 2. The working organization 3. Extent and plan of operation 4. Educational health work 5. Technique of examination 6. Technique of treatment 7. General result of survey 8. Infection according to occupation 9. Infection by towns 10. Infection in relation to location, industry, soil, and water supply 11. Infection by sex 12. Infection by color 13. Infection according to type of latrine used 14. Infection according to type of shoe worn 15. Infection by age 16. Hemoglobin index 17. Infection in relation to hemoglobin index (No. 7468, Report on Hookworm Infection Survey of the State of São Paulo, Brazil, from December 1, 1917, to February 28, 1918. J. L. Hydrick, M. D., State Director in Charge – RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 – Brazil, Box 23, Folder 139).

A partir do exame das amostras de fezes da população examinada, algumas vezes acompanhado do exame do sangue³⁰², era possível estabelecer a distribuição geográfica e os índices da doença no estado.

De acordo com os *surveys*, as situações mais graves, no Brasil, eram encontradas nos estados da Bahia, do Maranhão e de Pernambuco.

³⁰² Para os médicos da IHB, era possível estabelecer uma relação entre os índices de hemoglobina e a gravidade da ancilostomíase de um doente. É claro que a anemia nem sempre podia ser atribuída à ancilostomíase, mas podia ser um indicativo interessante. A Fundação realizava, inclusive, estudos para estabelecer a relação entre o número de vermes e os índices de hemoglobina. O exame de hemoglobina era realizado a critério dos médicos. O exame-padrão para o diagnóstico da ancilostomíase era o de fezes (The Rockefeller Foundation Annual Reports, 1918, 1920 e 1922. Disponível em: <<http://www.rockefellerfoundation.org/about-us/annual-reports>>. Acesso em: 25 jan. 2008).

FIGURA 5 – A ancilostomíase em estados brasileiros (surveys IHB, 1916-1920)



“Fig. 4 – Distribution of hookworm infection in Brazil, as indicated by infection surveys. Note extremely high incidence along the coast.”

Fonte: No. 7597, Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil from November 22, 1916, to December 31, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438). Os resultados dos *surveys* realizados em Alagoas e no Espírito Santo não constam aqui, pois foram realizados em 1921.

Depois de realizados os *surveys*, (b) postos para a demonstração do método intensivo de combate à ancilostomíase eram instalados. A unidade de atuação da Fundação nos estados

era, em princípio, o município. O processo de decisão sobre a quantidade e a localização dos postos não fica claro na documentação consultada, mas havia uma negociação, a partir do resultado do *survey*, entre a *International Health Board* e o governo estadual. Também nos foi possível observar a participação de outros envolvidos nestas negociações, pois a documentação indica que houve postos instalados em fazendas de café em São Paulo e mantidos, em parte, com recursos dos proprietários destas fazendas, bem como postos instalados no estado do Rio de Janeiro e mantidos com recursos de produtores de açúcar e de alguns governos municipais.³⁰³ Em Pernambuco, um posto foi aberto junto à produção de algodão.³⁰⁴

O plano da IHB era que cada estado contasse com um Diretor Estadual (*State Director*) norte-americano indicado pelo escritório em Nova York e assistido por um Diretor Estadual brasileiro, mas as fontes indicam que não foi o que ocorreu. Em carta enviada por Wickliffe Rose a Lewis Hackett em abril de 1917, Rose afirmava que a guerra – I Guerra Mundial – tornava difícil o envio de homens para o trabalho no Brasil e questionava Hackett se não seria possível conseguir pessoal local – “some good local men” – para o serviço no país.³⁰⁵

Mesmo após o final do conflito, os postos de Diretores Estaduais foram ocupados por norte-americanos e brasileiros, não necessariamente em pares onde os últimos estivessem subordinados aos primeiros. Em 1919, por exemplo, havia dois Diretores Estaduais norte-americanos e quatro brasileiros.³⁰⁶ Ocuparam postos de Diretores Estaduais nas campanhas contra a ancilostomíase no Brasil George Strode³⁰⁷, Alan Gregg, Fred Soper³⁰⁸, John Hydrick,

³⁰³ Hackett to Rose, July 10, 1918 (RAC, RF, RG 1.1, Series 305H, Sub-Series H, Box 15, Folder 134). Christian Brannstrom chega a afirmar, em sua análise sobre as atividades da *International Health Board* no combate à ancilostomíase em São Paulo, que “as evidências apresentadas sugerem que os locais de filantropia em São Paulo eram negociados entre os funcionários da IHB e as elites do café” (BRANNSTROM, 2010, p. 46). A participação de usineiros (Rio de Janeiro) e cafeicultores (São Paulo) nas campanhas sanitárias também é indicada por Lina Faria (CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 81).

³⁰⁴ Report on Work for the Relief and Control of Hookworm in Brazil for the quarter ending June 30th, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1439).

³⁰⁵ Rose to Hackett, April 26, 1917 (RAC, RF, RG 1.1, Series 305H, Sub-Series H, Box 15, Folder 133).

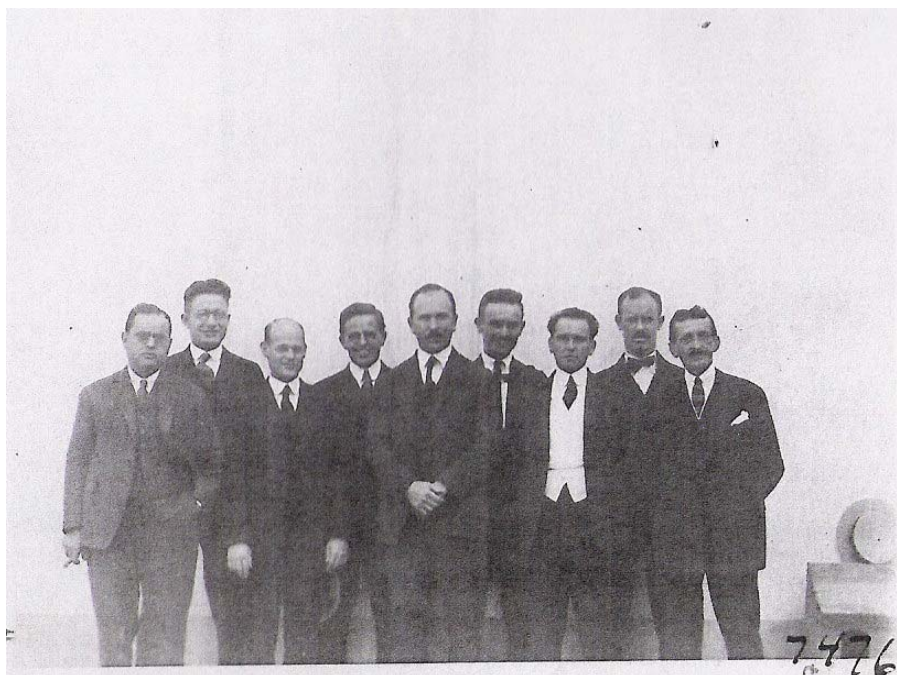
³⁰⁶ Notes on Organization of the IHB Work in Brazil, April 28, 1919 (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 – Brazil, Box 24, Folder 144).

³⁰⁷ George King Strode (1886-1958) ocupou diversos cargos na *International Health Board*. Strode trabalhou nas campanhas contra a ancilostomíase e a malária e nas *county health units* no Brasil a partir de 1920. Em 1923, Strode assumiu o lugar de Lewis Hackett como Diretor Regional da *International Health Board* para o Brasil. Entre 1927 e 1938, Strode trabalhou em Paris e, entre 1944 e 1951, foi Diretor da *International Health Division* (FARLEY, 2004, p. 311).

³⁰⁸ Fred Lowe Soper (1893-1977) nasceu em Kansas, Estados Unidos. Diplomou-se médico pela Universidade de Chicago em 1918. Em 1920, Soper passou a integrar o quadro de pessoal da *International Health Board* e mudou-se para o Brasil para atuar nas atividades de combate à ancilostomíase entre 1920 e 1922. O médico obteve os diplomas de Mestre e Doutor em Saúde Pública pela *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health* (1922-1923 e 1925). Em 1927, Soper retornou ao Brasil em atividades de combate à febre amarela e à

Nelson C. Davis³⁰⁹, Mário Jansen de Faria, Renato Studart, Amilcar Pinto, Mário Pernambuco, Samuel Uchôa, João Thomaz Alves, José Plácido Barbosa da Silva, Eduardo Marques, Décio Parreira e Samuel Libanio, entre outros.³¹⁰

FIGURA 6 – Diretores Estaduais norte-americanos e brasileiros, 1921



“American and Brazilian Directors in Brazil. From left to right: Drs. Mario Pernambuco, F. L. Soper, G. K. Strode. W. G. Smillie, L. W. Hackett, J. H. Janney, M. J. Faria, Alan Gregg, Samuel Uchoa”

Fonte: RAC, RF, RG 1.1, Series 305H – Brazil, Box 66, Folder 1484. Smillie e Janney não ocuparam cargos de Diretores nas campanhas contra a ancilostomíase no Brasil.

A falta de pessoal norte-americano para trabalhar no Brasil também levou Lewis Hackett a determinar, em 1918, que os estados interessados em contar com a cooperação da

malária. Soper deixou o país somente em 1942. Além dos cargos ocupados na Fundação Rockefeller, Soper foi também Diretor do *Pan American Sanitary Bureau* (1947-1959) e Diretor Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (1949-1959). As informações sobre Soper podem ser encontradas no site da *U.S. National Library of Medicine*. Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/Narrative/W/p-nid/76>>. Acesso em: 20 out. 2011.

³⁰⁹ Nelson Caryl Davis (1892-1933) desenvolveu um interesse por doenças tropicais nas Filipinas (1910-1920). Depois de obter o diploma de médico, Davis passou a integrar o quadro de pessoal da *International Health Board* (1922-1933) e realizou pesquisas sobre a ancilostomíase e a malária na América do Sul. Entre 1928 e 1933, Davis foi Diretor do Laboratório de Febre Amarela na Bahia. As informações biográficas de Nelson C. Davis podem ser consultadas no site do *Rockefeller Archive Center*. Disponível em: <<http://www.rockarch.org/collections/individuals/rf>>. Acesso em: 31 out. 2011.

³¹⁰ Annual Report for Brazil – January 1st to December 31st, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1440); Notes on the Work for the Relief and Control of Uncinariasis in Brazil during the quarter ending June 30, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1437); No. 7537, Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil from November 22, 1916, to December 31, 1919 (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 Brazil, Box 24, Folder 147); No. 7597, Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil from November 22, 1916, to December 31, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438).

International Health Board enviassem um médico e pelo menos dois enfermeiros para um dos postos de demonstração do método intensivo em operação nas proximidades do Rio de Janeiro. Duas escolas para treinamento foram abertas, uma no Distrito Federal e outra em São Paulo. Os estados pagariam as despesas de viagem, e a Fundação pagaria os salários do pessoal em treinamento.³¹¹

FIGURA 7 – Posto de Demonstração – Ilha do Governador, Distrito Federal



“Demonstration Post, Ilha do Governador, Federal District, Brazil. Staff and Visiting Physicians: 1 – Dr. Caudido Ribeiro, Field Director, I.H.B.; 2 – Dr. Emilio Gomes, Chief Bacteriologist, Federal Public Health Service; 3 – Dr. Thomaz Alves, State Director for Federal District, I.H.B.; 4 – Dr. L.W. Hackett, Associate Regional Director, I.H.B.; 5 – Dr. Arsemo Tavares, of Medical Commission from Pernambuco; 6 – Dr. Osorio de Almeida, Director of First Hookworm Campaign in Brazil; 7 – Dr. Samuel Libamo, State Director of Hygiene, Minas Geraes.”

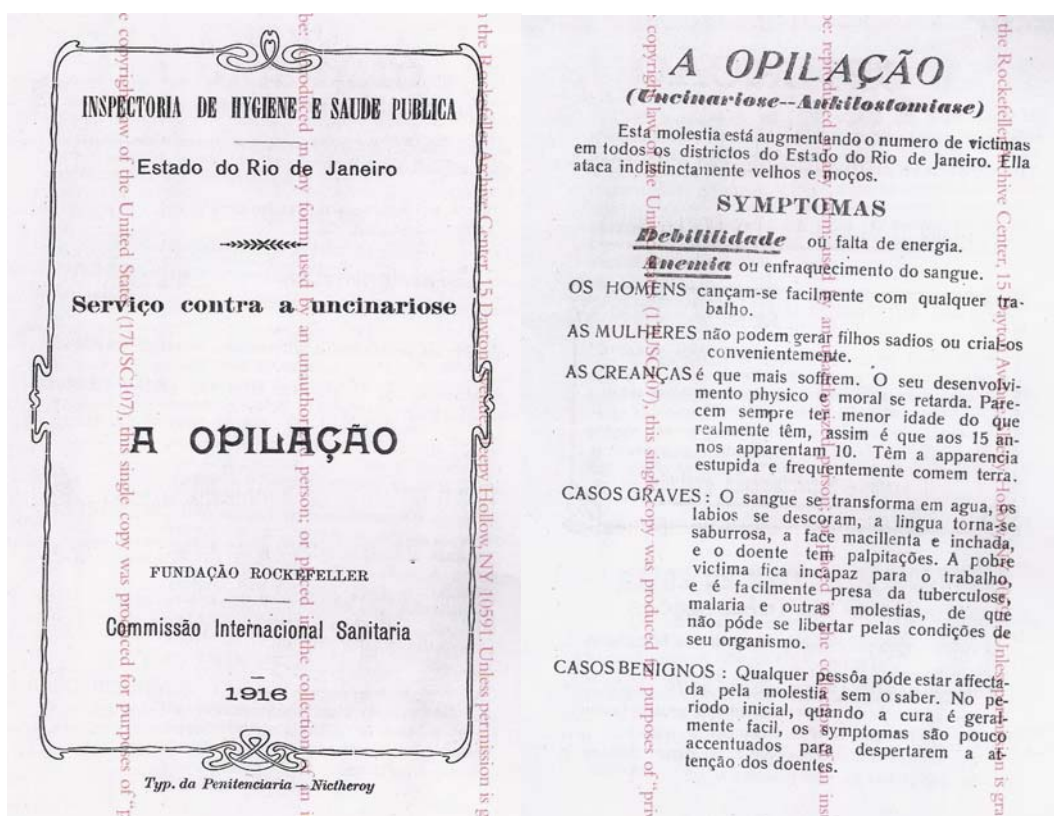
Fonte: RAC, RF, RG 1.1, Series 305H – Brazil, Box 66, Folder 1483.

Além dos Diretores Estaduais, o pessoal que trabalhava nas campanhas de combate à ancilostomíase nos estados, recrutado localmente, era composto por Diretores de Campo, microscopistas, enfermeiros e auxiliares, entre outros. O método intensivo, que consistia, como vimos, de um ciclo de exames e tratamentos até que a cura do paciente fosse constatada, sofreu modificações no Brasil e foi alvo de críticas. Deter-nos-emos nestas questões de maneira mais detalhada ainda neste capítulo.

³¹¹ No. 7469, Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil from November 22, 1916, to December 31, 1918 (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 – Brazil, Box 24, Folder 148). Não obtivemos mais informações sobre estas escolas e seu funcionamento.

Paralelamente ao tratamento da ancilostomíase ocorreria também um trabalho que visava à (c) educação sanitária da população. Este trabalho educacional envolvia palestras, exposições com projeções luminosas e cartazes, visitas de casa em casa para explicações sobre medidas sanitárias e prevenção de doenças, distribuição de literatura e publicação de artigos em jornais.

FIGURA 8 – Folheto sobre a ancilostomíase para distribuição gratuita



“Folder on hookworm disease for free distribution” (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 111, Folder 1432)

No material impresso e distribuído no país, é possível perceber a preocupação em tornar as explicações sobre a doença, seu tratamento e meios de evitá-la mais acessíveis à população. No que se referia à causa da doença, por exemplo, os folhetos ofereciam a seguinte explicação:

É o causador da OPILAÇÃO um pequeno verme denominado <Uncinaria>. Este parasita tem o comprimento de um centimetro e a espessura de um fio de linha. Vive agarrado á parede dos intestinos, como sanguessuga [sic], sugando-lhes o sangue, e injectando no organismo do individuo, como fazem as cobras, um veneno que altera o sangue e o transforma em agua. O doente

vae pouco a pouco perdendo as forças, tornando-se a vítima de diversas outras molestias.³¹²

É difícil avaliar o alcance e a efetividade do trabalho de educação proposto pela *International Health Board*. Com relação ao alcance da propaganda impressa, porém, podemos inferir que este deveria ser bastante limitado. O censo de 1920 calculava a população brasileira em 30,6 milhões, 75,5% dos quais eram analfabetos, índice que era ainda maior entre a população rural.³¹³ Buscando meios para contornar este problema, Hackett observou, em 1917, que a utilização de imagens poderia ser mais eficiente: “The illiteracy in the Interior is such that practically no one outside of the town proper can read or write. What is needed is a collection of small pictures representing the life history of the hookworm and its effects, which the nurses can carry with them [...]”³¹⁴

Os resultados alcançados com o tratamento só poderiam ser garantidos a partir do (d) trabalho de melhoria das condições sanitárias, com a construção de latrinas, e da utilização de calçados. Também em 1917, Hackett observava que a situação nas regiões agrícolas do Brasil no que se referia a latrinas era de completa inexistência. Segundo ele, o trabalho para garantir a implementação de regulamentações sanitárias no país seria uma “constante batalha contra a ignorância, o preconceito e práticas políticas lamentáveis”.³¹⁵ Alguns estados, como o Rio de Janeiro (1917), aprovaram legislação referente à construção de latrinas, mas, em 1920, Hackett afirmava que as melhorias sanitárias ocorriam lentamente no Brasil. Naquele ano, o progresso no que se referia à construção de latrinas era considerado satisfatório em apenas quatro áreas: Jacarepaguá (Distrito Federal), Águas Virtuosas (Minas Gerais), Itajaí e Florianópolis (ambas em Santa Catarina).³¹⁶

³¹²Folder on hookworm disease for free distribution (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 111, Folder 1432). Steven Palmer (PALMER, 2006) apresenta um interessante exemplo de tentativa de tradução da mensagem científica da Fundação Rockefeller ao discutir a adaptação de uma antiga lenda indiana realizada por um funcionário da Fundação que dirigia campanha de combate à ancilostomíase na Guiana Britânica em 1916.

³¹³CARVALHO, José Murilo de. O pecado original da República. *Revista de História da Biblioteca Nacional*, Rio de Janeiro, ano 1, n. 5, p. 22, nov. 2005.

³¹⁴No. 7339, Report on Work for the Relief and Control of Uncinariasis in Brazil for the year ending December 31, 1917 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 111, Folder 1432). Em 1920, a *International Health Board* produziu um filme (mudo e em preto e branco) de aproximadamente 10 minutos – *Unhooking the Hookworm* – para auxiliar no trabalho de educação sanitária. Com legendas traduzidas para o espanhol, o francês e o português, não sabemos se o filme chegou a ser utilizado nas atividades realizadas no Brasil. O filme pode ser acessado através do site do *Rockefeller Archive Center*. Disponível em: <<http://www.rockarch.org/feature/hookworm.php>>.

³¹⁵No. 7339, Report on Work for the Relief and Control of Uncinariasis in Brazil for the year ending December 31, 1917 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 111, Folder 1432).

³¹⁶No. 7597, Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil from November 22, 1916, to December 31, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438).

No que se referia à utilização de calçados, Hackett observava que o uso dos sapatos era “quase universal” em São Paulo e no Distrito Federal, mas que mesmo nestes estados os trabalhadores rurais tinham o costume de tirá-los quando trabalhavam. Já no estado do Rio de Janeiro, a regra era que a população rural andasse descalça ou usasse sandálias com solas de madeira que eram muitas vezes carregadas nas mãos.³¹⁷

Marcos Cueto, ao abordar a questão da não utilização de calçados pela população rural brasileira, afirma que

In rural Brazil, where the population went unshod or wore sandals with wooden soles, it was difficult for RF doctors to promote the use of shoes since they were considered a luxury (the cheapest pair was equivalent to three-weeks' wages). In addition, during the wet season, shoes and even sandals were considered an inconvenience since they gathered up the sticky mud, increasing the weight on each foot. As a result, adults working in the field rarely and children never used shoes.³¹⁸

Tanto a construção das latrinas quanto o uso de calçados estavam ligados, em parte, às raízes econômicas da ancilostomíase, questão que não era foco de atenção da Fundação. Além dos custos envolvidos na construção das latrinas, os constrangimentos e os tabus relacionados às fezes e seu destino também deveriam influenciar as decisões da população na matéria.³¹⁹ Como apontou Christian Brannstrom em seu estudo sobre a cooperação entre a IHB e o governo do estado de São Paulo no combate à ancilostomíase, foi muito difícil convencer os habitantes rurais a participar dos “curiosos rituais” de coleta de amostras fecais na maioria dos municípios onde a Fundação atuou naquele estado.³²⁰

As quatro etapas que compunham as atividades de combate à ancilostomíase realizadas no Brasil foram registradas pela Fundação em relatórios detalhados, que incluíam os custos envolvidos.

3.3 O GOVERNO FEDERAL ENTRA EM CENA

A *International Health Board* atuava em três estados brasileiros – Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo – e no Distrito Federal quando, em 1918, ocorreu a criação do Serviço de Profilaxia Rural, regulamentado em 1919 (ver primeiro capítulo). A criação do Serviço de Profilaxia Rural possibilitou, como destacamos anteriormente, a celebração dos

³¹⁷ No. 7339, Report on Work for the Relief and Control of Uncinariasis in Brazil for the year ending December 31, 1917 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 111, Folder 1432).

³¹⁸ CUETO, 1995, p. 226.

³¹⁹ PALMER, 2010a, p. 136-138.

³²⁰ BRANNSTROM, 2010, p. 34-35.

primeiros acordos entre a União e estados para o combate a endemias rurais como a ancilostomíase, a malária e a doença de Chagas.³²¹

No caso dos estados que tivessem acordos de cooperação com a Fundação Rockefeller e participassem com, no mínimo, metade das despesas, os governos estaduais poderiam solicitar ao governo federal que este arcasse com um quarto da despesa total para o combate de pelo menos duas endemias rurais: a ancilostomíase e a malária.³²²

Ao comentar a criação do Serviço, em 1918, Hackett afirmava que o governo federal propunha, assim, juntar forças com os governos estaduais em suas “cruzadas” pela saúde ao disponibilizar recursos para ações em saúde pública, mas sublinhava que o estado deveria adotar um código sanitário rural e apontar um funcionário federal como responsável pelo serviço de saúde rural. Essa cooperação entre estados e governo federal era entendida por Hackett como “the beginning of systematic national participation in local health work”.³²³ Estados como Minas Gerais, Maranhão e Paraná, que contaram com a presença da Fundação, estabeleceram acordos de cooperação também com o governo federal antes de 1920.

Em 1920, a partir da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, foi instituída, como já apontamos, a Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural, chefiada por Belisário Penna. Como indicamos, a partir do convite dos estados, o governo federal contribuiria com a mesma quantia disponibilizada pelo governo estadual para realização de atividades de saneamento rural. A direção das atividades, contudo, ficaria a cargo do governo federal, e o estado interessado deveria adotar um código sanitário rural que tornava

³²¹ Durante a epidemia de gripe espanhola, em 1918, os postos de combate à ancilostomíase mantidos em cooperação com a Fundação Rockefeller continuaram em funcionamento nas localidades atingidas pela doença, mas foram convertidos em postos de auxílio para o atendimento das vítimas da *influenza*. Isso ocorreu em postos do Distrito Federal, de Minas Gerais e de São Paulo (Hackett to Rose, December 6, 1918 – RAC, RF, RG 1.1, Series 305, Sub-Series H, Box 111, Folder 134).

³²² Lina Faria afirma que a participação da Fundação nas campanhas antimaláricas no Brasil, a partir da criação do Serviço de Profilaxia Rural, deixa “[...] claro o papel de destaque que o Estado passou a desempenhar na área da saúde a partir do início dos trabalhos de profilaxia, em 1918, e, do ponto de vista da ação da IHB, a influência que o movimento sanitarista brasileiro exercia sobre as decisões daquela instituição”, pois a *International Health Board* “cedia às instâncias” do governo brasileiro (CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 93-94). Gilberto Hochman tece considerações no mesmo sentido ao afirmar que “a obrigatoriedade de incluir a malária nos convênios, originalmente dedicados somente à ancilostomíase, foi uma decisão do Governo federal, de certa forma imposta ao IHB, indicando que as ações da Fundação não eram livres nem baseadas em decisões autônomas” (HOCHMAN, 1998, p. 235, nota 14). Segundo Marcos Cueto, importantes *surveys* e campanhas contra a malária foram realizadas pela Fundação no Brasil entre 1919 e 1928 (CUETO, 1995, p. 235). Contudo, não foi possível verificar, a partir da documentação consultada, em que medida campanhas antimaláricas foram realizadas conjuntamente com as ações de combate à ancilostomíase em estados brasileiros. Nos *Annual Reports* da Fundação Rockefeller, a primeira referência a estudos de campo relativos à malária no Brasil é de 1922. No mesmo Relatório, encontramos a informação de que medidas de controle à doença serão instituídas no país em 1923, ano em que a Fundação encerrou as atividades de combate à ancilostomíase no país. Disponível em: <<http://rockefellerfoundation.org/about-us/annual-reports>>.

³²³ No. 7597, Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil from November 22, 1916, to December 31, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438).

obrigatória, por exemplo, a construção de latrinas. A aplicação do código seria fiscalizada por um funcionário do governo federal. A proposta de cooperação entre o governo federal e os estados brasileiros era entendida por Hackett como uma intervenção da União nos estados, tendo em vista que, na leitura do Diretor Regional da *International Health Board* para o Brasil, o governo federal assumiria as atividades relacionadas à saúde rural nos estados em que o DNSP atuasse.³²⁴

Para o representante da *International Health Board* no Brasil, os argumentos em favor da centralização das questões relativas à saúde pública no país eram fortes. Entre estes argumentos, Hackett destacava, por exemplo, os escassos recursos estaduais disponíveis para a saúde, a falta de pessoal treinado, a inabilidade ou a falta de vontade por parte dos departamentos estaduais de saúde em executar medidas de saúde impopulares por razões políticas e a importância nacional de muitas doenças endêmicas e epidêmicas. A centralização dos serviços de saúde pública nas mãos do governo federal resultaria, porém, em governos estaduais e municipais “pouco educados” em questões relativas à saúde pública.³²⁵

De acordo com Lewis Hackett, em estados que contavam com a cooperação da Fundação Rockefeller, os fundos da IHB seriam considerados fundos estaduais, o que aumentaria, assim, a participação monetária do governo federal. Nos estados onde houvesse esta tripla cooperação – governo federal, governo estadual e *International Health Board* – o governo estadual e a Fundação administrariam seus fundos de acordo com os contratos de cooperação já existentes e concentrariam suas atividades no tratamento da ancilostomíase e da malária, juntamente com a realização de campanhas educativas. Nesta área, o Diretor Estadual responsável pelas atividades de cooperação entre a Fundação e o governo estadual teria completa autonomia. O governo federal, por sua vez, executaria o código sanitário rural nas áreas onde a população estivesse sob tratamento, buscando assegurar a construção de latrinas através do emprego de inspetores sanitários. O governo federal também seria responsável por todas as medidas não terapêuticas relativas à malária.³²⁶

De acordo com a tabela apresentada em documentação de 1921, a maioria dos estados que contava com a cooperação da *International Health Board* para combater a ancilostomíase,

³²⁴ De acordo com Gilberto Hochman, a legislação de 1919/1920 tornou a cooperação entre os estados e a Fundação mais institucional, além de estimulá-la, pois tornava possível a inclusão de recursos federais na parceria (HOCHMAN, 1998, p. 234-235).

³²⁵ Annual Report for Brazil – January 1st to December 31st, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1440).

³²⁶ Hackett to Rose, 15th October, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 1, Sub-Series 2 – 1920 – Brazil – 305, Box 95, Folder 1307). Não fica clara, a partir da bibliografia e das fontes consultadas, a participação da IHB, dos estados e do governo federal em relação aos fundos disponibilizados para as atividades de saneamento rural. Os dados numéricos apresentados pela Tabela 2 também não esclarecem esta questão.

contava também com a cooperação do governo federal. As exceções, como também já apontamos no primeiro capítulo, foram os estados de São Paulo e do Rio Grande do Sul. Este último, foco de nossa discussão, contou apenas com recursos próprios e da Fundação para a realização de atividades de saneamento rural.

TABELA 2 – Fundos do governo federal, dos governos estaduais e da IHB para atividades de saneamento rural no Brasil – 1921 (em dólares americanos)

	Governo Federal	Estado	IHB
Alagoas	37,500.00	37,500.00 +	11,750.00
Amazonas	62,500.00	62,500.00 +	-----
Bahia	62,500.00	62,500.00 +	25,000.00
Ceará	50,000.00	50,000.00 +	-----
Espirito Santo	-----	-----	3,500.00
Goiás	-----	-----	-----
Maranhão	37,500.00	40,000.00	12,500.00
Mato Grosso	62,500.00	62,500.00 +	-----
Minas Gerais	100,000.00	100,000.00	14,250.00
Pará	37,500.00	37,500.00 +	-----
Paraíba do Sul	37,500.00	37,500.00 +	-----
Paraná	50,000.00	50,000.00 +	-----
Pernambuco	50,000.00	37,500.00	20,750.00
Piauí	-----	-----	-----
Rio Grande do Norte	25,000.00	25,000.00	-----
Rio Grande do Sul	-----	28,250.00	18,750.00
Rio de Janeiro	72,500.00	56,000.00	21,000.00
Santa Catarina	50,000.00	37,500.00	12,250.00
São Paulo	-----	175,000.00	25,250.00
Sergipe	-----	-----	-----
Distrito Federal	450,000.00	xxxxxxxxxx	-----
Total	1,185,000.00	899,250.00	165,000.00

+ Amount advanced by Federal Government to be collected by Sanitary tax in State.

Fontes: Report on Work for the Relief and Control of Hookworm in Brazil for the quarter ending June 30th, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1439); Hackett to Rose, 27th June, 1921 (RAC, RF, RG 1 – Correspondence, Sub-Series 2 – Project – 305 Brazil – Hackett, L. W. (July – December), Box 113, Folder 1535). Números um pouco diferentes são apresentados com relação aos fundos da IHB para 1921 em Annual Appropriation and Expenditures of International Health Board in Each State of Brazil for the Period 1916-1922 Inclusive (COC/Fiocruz, FR, Doc. 014): Appropriation IHB – 1921: Espírito Santo - \$ 8,468.75 [diferença mais significativa], Maranhão - \$ 12,260.00, Minas Gerais - \$ 14,390.00, Pernambuco - \$ 20,833.34, Rio Grande do Sul - \$ 18,800.00, Santa Catarina - \$ 12,500.00, São Paulo - \$ 26,890.00.

No contexto do movimento sanitário brasileiro, apenas em Goiás, no Piauí e em Sergipe não havia, em 1921, qualquer investimento em atividades de saneamento rural, segundo dados da Fundação Rockefeller. No Espírito Santo, segundo a tabela apresentada pela FR, apenas a instituição norte-americana realizava investimentos neste sentido.

Em carta datada de 23 de junho do mesmo ano e endereçada a Belisário Penna, então Diretor do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do DNSP, Lewis Hackett fazia uma avaliação das campanhas contra a ancilostomíase realizadas em 11 estados brasileiros e no Distrito Federal e informava que a *International Health Board* se retiraria do combate à doença no país.³²⁷

Como ponto positivo das atividades da Fundação Rockefeller no país até aquele momento, Hackett destacou o aumento dos investimentos estaduais em saneamento rural. Até meados de 1921, a IHB havia instalado postos de demonstração do método intensivo de combate à ancilostomíase em 40 municípios brasileiros e distribuído mais de 600 mil tratamentos. Contudo, no que se referia à construção de latrinas, o Diretor afirmava que apenas no Distrito Federal a cooperação fora satisfatória. Em outros estados, a falta de estrutura legal ou de “intenções sérias” de parte das autoridades competentes havia prejudicado as ações de saneamento.³²⁸ Questões econômicas não foram apontadas por Hackett como elemento que influenciasse os resultados insatisfatórios no que se referia à construção de latrinas no país.

Segundo Hackett, o trabalho de cooperação entre o governo federal e os estados, possível desde 1918, tornaria qualquer atividade da Fundação, nas linhas em que a instituição vinha atuando, desnecessária e supérflua. A *International Health Board* se comprometia a concluir os trabalhos em andamento e a passar a administração dos postos para o Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural, no caso dos estados que cooperavam com o governo federal, e para os governos estaduais nos demais casos.³²⁹ Hackett esperava que o pessoal treinado e os postos equipados fossem mantidos, se possível, pelo governo federal. Não era, contudo, intenção da *International Health Board* se retirar completamente das atividades de

³²⁷ Hackett to Penna, June 23, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1439).

³²⁸ Hackett to Penna, June 23, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1439).

³²⁹ É possível perceber, pela documentação analisada, que a Fundação era bastante favorável aos acordos entre os estados e o governo federal. Com relação à cooperação entre o estado de Santa Catarina e o governo central, por exemplo, Hackett afirma, em carta a Rose, que esta cooperação ocorreu graças à intermediação da *International Health Board*: “I am glad to be able to tell you that the Government of the State of Santa Catharina has at least, through our mediation, agreed to invite the Federal Government to cooperate in the rural sanitation of that State. A previous Federal Commission had caused trouble and economic loss to the State and the feeling has been strongly against any sort of federal intervention. [...] The result of this will be to double the amount of money spent on rural sanitation in Santa Catharina and to insure the permanence of the work organized by the Board in that State” (Hackett to Rose, 27th June, 1921 – RAC, RF, RG 5, Series 1 – Correspondence, Sub-Series 2 – Project – 305 Brazil – Hackett, L. W. (July – December), Box 113, Folder 1535).

saneamento rural realizadas no Brasil, mas sim remanejar os fundos à disposição para outras atividades que não contassem ainda com grandes investimentos públicos.³³⁰

Ao final de 1921, a Fundação Rockefeller atuava no combate à ancilostomíase em 21 municípios de nove estados brasileiros: Alagoas, Bahia, Espírito Santo, Maranhão, Minas Gerais, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e São Paulo.³³¹

Em 1922³³², estava oficialmente encerrado, em princípio, o período das campanhas de combate à ancilostomíase em estados brasileiros a partir da cooperação entre governos estaduais e a *International Health Board*, mas postos de combate à doença continuariam em funcionamento no Rio Grande do Sul, em São Paulo, em Minas Gerais e no Distrito Federal.³³³ Minas Gerais, Rio Grande do Sul e o Distrito Federal contaram com a cooperação da Fundação nas atividades de combate à ancilostomíase até final de 1923.³³⁴ Segundo a documentação analisada, a cooperação entre a *International Health Board* e o estado de São Paulo para atividades de saneamento rural se estenderia até 1928, mas, segundo Luiz Antonio de Castro Santos, os postos passaram à responsabilidade do governo estadual de São Paulo em 1924.³³⁵

Nos estados de Minas Gerais, São Paulo e Rio Grande do Sul, as atividades de combate à ancilostomíase não eram mais entendidas pela Fundação como atividades de demonstração do método intensivo, mas como preliminares para a instalação de *county health units*. Estas unidades de saúde também eram unidades de combate à ancilostomíase, mas, permanentes e não mais apenas para demonstração, voltavam sua atenção para uma série de outras doenças e atividades: malária, tracoma, lepra, doenças venéreas, vacinação, educação sanitária, atividades relativas à saúde escolar, exames laboratoriais, coleta de dados epidemiológicos e estatísticas vitais, por exemplo.³³⁶ São Paulo e Minas Gerais contaram com

³³⁰ Hackett to Penna, June 23, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1439).

³³¹ Preliminary Report on Work for the Relief and Control of Hookworm in Brazil for the year ending December 31, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1439).

³³² Em 1922, a pedido de Carlos Chagas, diretor do DNSP, a IHB participou da Exposição Internacional em comemoração ao centenário da independência do Brasil, apresentando, naquela ocasião, informações sobre as atividades de combate à ancilostomíase desenvolvidas pela Fundação no país (Annual Report for Brazil, January 1st to December 31st, 1922 – COC/Fiocruz, FR, Doc. 022).

³³³ Annual Report for Brazil, January 1st to December 31st, 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 022).

³³⁴ Progress Reports [1923] (COC/Fiocruz, FR, Doc. 037).

³³⁵ CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 138.

³³⁶ FARLEY, 2004, p. 31-32; The Plan and Progress of County Health Work in Brazil, September, Fifth, 1923 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 034).

county health units, mas estas unidades não chegaram a ser instaladas no Rio Grande do Sul, como veremos mais adiante.³³⁷

Em 1923, quando a Fundação se retirou dos últimos estados com os quais mantinha cooperação para o combate à ancilostomíase, a instituição já atuava, no país, em atividades de combate à malária (1919-1928), mantinha cooperação com o Instituto de Higiene de São Paulo (iniciada em 1917), iniciava atividades de combate à febre amarela (1923-1940) e estabelecia cooperação com o DNSP para a formação de enfermeiras.

A partir do que discutimos até aqui, quais teriam sido os resultados, as consequências das campanhas de combate à ancilostomíase realizadas a partir da cooperação entre a *International Health Board* da Fundação Rockefeller e governos estaduais brasileiros entre 1916 e 1923?

Marcos Cueto afirma que um dos subprodutos das campanhas de combate a endemias realizadas pela Fundação na América Latina foi a expansão dos serviços de saúde pública para as áreas rurais.³³⁸

Já Luiz Antonio de Castro Santos afirma, ao analisar especificamente o caso do Brasil, que as campanhas coordenadas pela IHB no país tiveram um “efeito não antecipado” pelas correntes nacionalistas, pois, longe de criar um poder paralelo da Fundação Rockefeller ou grupos profissionais brasileiros subalternos, essas campanhas acabaram reforçando a tendência geral de consolidação dos aparelhos institucionais e das ideias de reforma sanitária, tendência esta que já se esboçava antes da vinda da Rockefeller ao país em 1916, como buscamos demonstrar no primeiro capítulo.³³⁹

No que se refere à cooperação entre a Fundação e governos estaduais, os resultados e desdobramentos devem ser analisados caso a caso, como o faremos com relação ao Rio Grande do Sul a partir do próximo capítulo.

Ao discutir a cooperação entre a instituição norte-americana e o governo de Minas Gerais, Rita de Cássia Marques afirma que “a associação do governo mineiro com a Fundação Rockefeller permitiu à Diretoria de Higiene e ao estado de Minas Gerais um parceiro para os pesados investimentos necessários à implantação do Serviço de Profilaxia Rural”.³⁴⁰ Minas se

³³⁷ Rita de Cássia Marques (MARQUES, 2004) e Christian Brannstrom (BRANNSTROM, 2010) trazem informações sobre as *county health units* em Minas Gerais e em São Paulo, respectivamente. As *county health units* foram “embriões” dos chamados *health centers* ou centros de saúde, modelo norte-americano de saúde pública que começaria a ser implementado em estados brasileiros, inclusive no Rio Grande do Sul, ainda na década de 1920, através de ex-bolsistas da Fundação. Esta questão, porém, será retomada no último capítulo.

³³⁸ CUETO, 1995, p. 222.

³³⁹ CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 170.

³⁴⁰ MARQUES, 2004, p. 186-187.

integrou, assim, à reforma sanitária brasileira, em particular às campanhas nacionais de saúde pública e saneamento rural.

E no estado de São Paulo, quais teriam sido as consequências da abertura dos postos de combate à ancilostomíase no interior? Recorrendo a Castro Santos, este assevera que o vigor mostrado pelas campanhas sanitárias e pelo “evangelho” que propagaram ajudou a legitimar, junto às populações rurais, o trabalho de saúde pública. Além disso, os postos sanitários, sob responsabilidade do governo estadual a partir de 1924, aumentaram o poder político do governo *vis-à-vis* às oligarquias rurais.³⁴¹ Sob o ponto de vista ideológico, as elites paulistas, ao se empenharem na luta para estender as campanhas sanitárias para o interior do estado, participaram da “cruzada nacional”, do movimento nacional pela “salvação dos sertões”, reproduzindo-a em âmbito estadual.³⁴²

Já no tocante à doença em si, Ilana Löwy afirma, ao avaliar especificamente os resultados das campanhas de combate à ancilostomíase realizadas no Brasil, que estes foram mitigados. Segundo a autora, alguns progressos foram registrados, mas “[...] isso não levou à erradicação da doença, nem a uma redução muito importante da prevalência da ancilostomíase, nem mesmo a uma transformação notável dos costumes dos camponeses”.³⁴³

Mas, a consolidação dos trabalhos realizados pela Fundação no Brasil e que discutimos aqui não se fez, segundo Lina Faria, sem percalços e sem alguma oposição. Não foram raras, segundo a autora, as críticas às atividades desenvolvidas pela instituição no país durante a República Velha, críticas estas que chegavam a apontar desde uma possível “invasão americana” por meio das atividades sanitárias até a tentativa de penetração do protestantismo³⁴⁴, contrário às tradições religiosas dos brasileiros. Mas, apesar de algumas críticas e dificuldades, a adesão de profissionais brasileiros, de autoridades governamentais e da opinião pública às atividades da Rockefeller no país acabou por se difundir.³⁴⁵ Ao abordar o apoio de médicos e sanitaristas brasileiros – portadores de um discurso nacionalista acerca da “salvação” do país – às atividades da Fundação, Lina Faria afirma que, de modo geral, estes médicos e sanitaristas acabaram favorecendo as atividades da instituição norte-americana no país “em nome da tradição médica brasileira”, pois a julgavam “valorizada e até mesmo passível de ser aprimorada e consolidada” pelos profissionais da Fundação. Além disso, segundo a autora, “[...] pesou também favoravelmente o interesse demonstrado [...] em

³⁴¹ CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 137-138.

³⁴² Ibidem, p. 141-142.

³⁴³ LÖWY, 2006, p. 140.

³⁴⁴ Rita de Cássia Marques (MARQUES, 2004) discute brevemente a relação entre a Fundação e a Igreja católica em seu texto sobre a cooperação entre a instituição norte-americana e o governo do estado de Minas Gerais.

³⁴⁵ CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 71.

desenvolver trabalhos de combate às doenças infecciosas nas áreas mais pobres e abandonadas do país”.³⁴⁶ Desta maneira, a Fundação ia ao encontro das teses nacionalistas, e a Rockefeller foi percebida como um possível aliado em favor da reforma sanitária. Contudo, um dos principais alvos de crítica ao trabalho da Fundação no Brasil – o método adotado no tratamento da ancilostomíase – merecerá aqui algum destaque.

Entre 1916 e 1923, mais de meio milhão de pessoas diagnosticadas positivamente para ancilostomíase foram tratadas, no Brasil, de acordo com o chamado método intensivo. No país, o método sofreu modificações e foi alvo de críticas, especialmente no tocante ao número de intoxicações e de óbitos relacionados à utilização do óleo de quenopódio, vermífugo adotado pela *International Health Board*. O próximo ponto deste capítulo será dedicado a uma breve discussão destas questões.

3.4 ANIMAL DE LABORATÓRIO? A UTILIZAÇÃO DO ÓLEO DE QUENOPÓDIO NO TRATAMENTO À ANCILOSTOMÍASE

Já no início das atividades da *International Health Board* no Brasil, em 1917, Lewis Hackett apresentava dúvidas quanto à viabilidade da utilização do método intensivo de combate à ancilostomíase no país em sua forma original que, como vimos, consistia em (1) selecionar uma área, (2) recensear a população da área selecionada, (3) analisar amostras de fezes para averiguar os casos positivos da doença e (4) tratar cada pessoa diagnosticada até que a cura fosse constatada através de exame microscópico. Na interpretação de Hackett, as condições encontradas no Brasil eram desfavoráveis para a aplicação do método, pois, entre outros aspectos, o país apresentava uma população dispersa distribuída sobre um vasto território interligado por estradas em péssimas condições.³⁴⁷

Rio Bonito, no estado do Rio de Janeiro, foi a localidade de instalação do primeiro posto de demonstração da Fundação no Brasil. Foi lá também que ocorreu a primeira experiência de aplicação do método intensivo em sua forma original no país.³⁴⁸ A experiência, segundo Hackett, foi de desapontamento, em razão das dificuldades elencadas acima: longas

³⁴⁶ Ibidem, p. 74-75.

³⁴⁷ No. 7537, Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil from November 22, 1916, to December 31, 1919 (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 Brazil, Box 24, Folder 147).

³⁴⁸ Segundo relatório de Hackett, São Paulo e o Distrito Federal haviam testado também o método do dispensário, mas haviam optado pelo método intensivo proposto pela Fundação. Segundo Hackett, era seguro dizer que, ao final de 1918, a sanção oficial era dada apenas ao método intensivo (Report on Work for the Relief and Control of Uncinariasis in Brazil from January 1st to December 31st, 1918 – RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 111, Folder 1434).

distâncias e população esparsamente distribuída.³⁴⁹ Foi também em Rio Bonito que a primeira modificação do método foi realizada. Após 15 meses de trabalho na localidade, decidiu-se que cada paciente seria objeto de dois exames microscópicos e de três tratamentos, e não seria mais realizado o ciclo de exames e tratamentos até a verificação da cura.³⁵⁰ A partir desta modificação, diversas outras são encontradas na documentação produzida pela Fundação com relação ao método de combate à doença no país. As mudanças geralmente estavam relacionadas ao número de exames e tratamentos recebidos por pessoa, mas também ocorreram modificações relacionadas às doses de vermífugo administradas e ao intervalo de tempo entre elas. Além das dificuldades já apontadas para a aplicação do método no país, as péssimas condições sanitárias em que vivia a maioria da população tratada – o que significava a possibilidade de reinfecção – também eram apontadas como motivos para que estas modificações fossem realizadas e para que não se insistisse, assim, na verificação da cura dos pacientes.

Em 1920, o método de combate à ancilostomíase adotado no Brasil passou a consistir em (a) recensear a população; (b) realizar um, e somente um, exame microscópico de todas as pessoas; (c) administrar dois tratamentos-padrão com óleo de quenopódio (1.5 mililitros administrados, pela manhã, em duas doses iguais com intervalo de duas horas, seguidas, depois de outras duas horas, por sulfato de magnésio, um purgante) para os doentes. O intervalo entre os tratamentos era de dez dias. Indivíduos com hemoglobina abaixo de 60% deveriam receber três tratamentos, mas sem exame microscópico adicional.³⁵¹ Todas as pessoas com diagnóstico positivo para qualquer parasita intestinal deveriam receber um tratamento.³⁵²

Realizado desta maneira, o método de combate à doença, segundo Hackett, poderia ser disponibilizado para os “milhões de infectados” sem demora.³⁵³ De acordo com o Diretor Regional da *International Health Board* para o Brasil, estas modificações no método de

³⁴⁹ No. 7537, Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil from November 22, 1916, to December 31, 1919 (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 Brazil, Box 24, Folder 147).

³⁵⁰ Report on Work for the Relief and Control of Uncinariasis in Brazil from January 1st to December 31st, 1918 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 111, Folder 1434).

³⁵¹ O baixo índice de hemoglobina indicaria a anemia causada por elevado número de vermes.

³⁵² No. 7597, Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil from November 22, 1916, to December 31, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438).

³⁵³ Campanhas realizadas sob condições semelhantes, mas com métodos diferentes em Atibaia e em Brodóski, ambas em São Paulo, são utilizadas como exemplo de que a modificação no método poupava tempo e dinheiro. Segundo Hackett, “in Atibaia, treatment was to a cure as determined by microscopic re-examination; in Brodowski, the standart treatment above outlined [método intensivo modificado] was administered. In Atibaia, in sixteen months, 9,393 persons were treated (578 per month) at a per capita cost of \$3.05; in Brodowski, in seven and a half months, 6,720 persons were treated (900 per month) at a cost of \$1.97 apiece” (No. 7537, Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil from November 22, 1916, to December 31, 1919 – RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 Brazil, Box 24, Folder 147).

combate à ancilostomíase possibilitavam que o número de pessoas tratadas em uma localidade fosse duplicado e mantinham praticamente todos os princípios básicos do método intensivo, com exceção de um, o tratamento dos doentes até a verificação da cura.³⁵⁴

Os estudos realizados por Samuel Darling³⁵⁵ e Wilson George Smillie³⁵⁶ também teriam influenciado, segundo relatório de Hackett, as modificações do método de combate à doença empregado no Brasil.³⁵⁷ Os estudos realizados durante dois anos (1918-1920) por Darling e Smillie em São Paulo haviam demonstrado que dois tratamentos com óleo de quenopódio eliminavam aproximadamente 95% dos ancilóstomos de um indivíduo e que, portanto, outras doses de medicação para eliminar os ancilóstomos restantes pareciam desaconselháveis. Além disso, os estudos também demonstraram que o exame microscópico falhava em 50% dos casos leves de ancilostomíase, o que tornava pouco razoável buscar determinar se uma pessoa permanecia infectada depois de dois ou mais tratamentos.³⁵⁸ Além dos estudos de Darling e Smillie, diversos outros foram realizados no país no período de cooperação entre a Fundação e estados.

No Relatório Anual de 1922, encontramos outras informações sobre o método de combate à ancilostomíase utilizado no Brasil a partir de 1920. O combate à endemia seria realizado através da seguinte sequência: (a) realização de exame microscópico em comunidades urbanas e em distritos rurais. Quando o índice da infecção atingia 85%, os exames eram suspensos; (b) nas localidades em que o índice de infecção constatado fosse de 85%, 100% da população era tratada (como se o índice de infecção fosse de 100%); (c)

³⁵⁴ No. 7597, Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil from November 22, 1916, to December 31, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438).

³⁵⁵ Samuel Darling foi o primeiro professor da cadeira de higiene da Faculdade de Medicina de São Paulo e o primeiro diretor (entre os anos de 1918 e 1921) do Instituto de Higiene de São Paulo. Especialista no combate à ancilostomíase, à febre amarela e à malária, Darling participou ativamente das campanhas de saneamento do Canal do Panamá (FARIA, 2007, p. 104, nota 10).

³⁵⁶ Wilson George Smillie foi o segundo professor da cadeira de higiene da Faculdade de Medicina e o segundo diretor (entre 1921 e 1922) do Instituto de Higiene de São Paulo. Smillie graduou-se em Harvard e foi especialista na profilaxia da ancilostomíase (Ibidem, p. 104, nota 11).

³⁵⁷ Os estudos sobre a ancilostomíase realizados por Darling e Smillie no Brasil, com a ajuda do pessoal encarregado pelas campanhas contra a doença no país, são mencionados no *Annual Report* de 1920: “Drs. Darling and Smillie have conducted in Brazil a number of investigations in which they have sought to throw light upon the varying incidence and severity of hookworm disease in different groups of the population, and the factors which determine this variation. Their studies have been based on the careful counting of worms expelled by infected persons. They have carried out their experiments in their capacities of Director and Associate Director of the Laboratory of Hygiene at the University of Sao Paulo, Brazil, and have been assisted in the work by the staff engaged in combating hookworm disease in Brazil” (The Rockefeller Foundation Annual Report, 1920, p. 151. Disponível em: <<http://www.rockefellerfoundation.org/about-us/annual-reports>>).

³⁵⁸ No. 7597, Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil from November 22, 1916, to December 31, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438). É importante observar que as mudanças no método de tratamento da doença não eram influenciadas apenas por observações e por estudos realizados no Brasil, mas também em outros países onde a Fundação realizava atividades de combate à ancilostomíase.

eliminação de todos os exames realizados depois do tratamento; (d) prescrição da dosagem e do número de tratamentos de acordo com a idade e a ocupação (exposição à doença), e (e) alta para os pacientes quando fosse completo o número de tratamentos prescritos. O quenopódio era o medicamento utilizado pela Fundação e deveria ser utilizado conforme tabela elaborada e que considerava as idades e a exposição à doença.³⁵⁹ Estas modificações caracterizavam o que a Fundação denominaria *mass treatment* ou tratamento em massa. A primeira aplicação do tratamento em massa no Brasil ocorreu em uma pequena comunidade rural de Santa Catarina no outono de 1920, sendo estendido, depois, a outras regiões do país, inclusive o Rio Grande do Sul.³⁶⁰ A adoção do tratamento em massa, assim como de outras modificações realizadas pela IHB com relação ao número de exames e de tratamentos por pessoa, implicavam não apenas o aumento do número de pessoas tratadas, mas também vantagens econômicas através da diminuição dos custos do tratamento, com a utilização de quantidades menores de vermífugo e a dispensa, por exemplo, dos microscopistas a partir da diminuição ou da suspensão dos exames microscópicos.³⁶¹

Contudo, e isto é importante que se sublinhe, apesar de falarmos aqui das modificações realizadas no método de combate à ancilostomíase empregado pela Fundação no Brasil, os relatórios produzidos pela instituição também indicam que este podia variar de estado para estado e, até mesmo, de município para município, de acordo com as condições locais e a avaliação dos Diretores Estaduais e de Campo.

Em um curto espaço de tempo, o método havia passado por uma série de modificações no Brasil e, no início da década de 1920, não incluía mais a verificação da cura dos doentes. Essas modificações, principalmente a partir de 1920, deixavam, segundo Hackett, o método mais seguro. E a segurança do método, ou a falta de, foi justamente o que gerou críticas ao trabalho da *International Health Board* nas campanhas de combate à ancilostomíase no país. Um dos vermífugos utilizados pela Fundação, o óleo de quenopódio, era apontado como o principal vilão.

Durante as campanhas contra a ancilostomíase no sul dos Estados Unidos, o timol era o vermífugo adotado pela Fundação Rockefeller. Os riscos envolvidos na sua utilização –

³⁵⁹ Annual Report for Brazil, January 1st to December 31st, 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 022).

³⁶⁰ The Rockefeller Foundation Annual Report, 1922, p. 183. Disponível em: <<http://www.rockefellerfoundation.org/about-us/annual-reports>>.

³⁶¹ Interessante o comentário de Steven Palmer no que se refere à relação entre modificações no método de tratamento e possíveis vantagens econômicas: “Particular care was taken to calculate the cost of treatment, and of cure, and to highlight any efficiencies achieved by modifications to the system. The corporate-managerial ethos of International Health is evident in the inherent ‘modificationism’ of the directors’ approach to the work. U.S. mission directors understood that they were not only mass-producing health but experimenting to find ways that the process might be most productive” (PALMER, 2010a, p. 122-123).

possuía efeitos colaterais como náusea, vômito, tontura e podia ser, ocasionalmente, fatal – e o seu gosto desagradável fizeram com que pesquisadores da Fundação Rockefeller buscassem um vermífugo mais seguro, palatável e eficiente.³⁶² No início do século XX, farmacologistas ficaram interessados em vermífugos feitos a partir da planta do quenopódio, conhecida no Brasil como erva-de-santa-maria. O quenopódio já era utilizado eficazmente como medicamento caseiro para tratar verminoses em crianças.³⁶³ A atenção crescente à ancilostomíase ao redor do mundo motivou mais pesquisas na busca de alternativas ao timol, incluindo as pesquisas realizadas por Samuel Darling e Joseph Barber (Ásia, 1914) para a IHB. Antes que os estudos de Darling e Barber estivessem terminados, a I Guerra Mundial interrompeu o suprimento de timol, e a Fundação passou a utilizar o óleo de quenopódio, disponível e mais barato, em suas atividades de campo.³⁶⁴

Estudos realizados nos Estados Unidos sugeriam que o óleo de quenopódio tinha potencial como vermífugo, mas também já indicavam que a sua utilização poderia trazer riscos. Os diretores da *International Health Board* aprovaram a utilização experimental do óleo nas campanhas realizadas na América Central e no Caribe britânico. Resultados que variavam de “favoráveis” a “excelentes” foram obtidos na Guatemala, na Costa Rica e na Nicarágua. Mas o uso extensivo do quenopódio, em 1916, levou a relatos de “sintomas alarmantes” e mortes nos Estados Unidos, no Panamá, na Nicarágua, no Ceilão e no Egito. Os diretores da *International Health Board* orientaram que o óleo fosse utilizado com cautela até que uma dose e um método de administração seguros fossem estabelecidos.³⁶⁵ Segundo Steven Palmer, “this process of discovery would take place in day-to-day campaigning, using a drug and a methodology that the Foundation and the IHB directors understood was not safe,

³⁶² Segundo o *Annual Report* de 1918, o timol não deveria ser administrado a pessoas com malária, disenteria crônica, doenças cardíacas ou renais, tuberculose pulmonar ou a mulheres grávidas (The Rockefeller Foundation Annual Report, 1918, p. 139. Disponível em: <<http://rockefellerfoundation.org/about-us/annual-reports>>.).

³⁶³ Em publicações nacionais sobre o uso de plantas na medicina doméstica, é possível encontrar informações sobre a utilização da erva-de-santa-maria como vermífugo. Em *A Flora Nacional na Medicina Doméstica*, de Alfons Balbach, há, inclusive, informações sobre a toxicidade da planta: “Fazemos estas referências, só porque o uso desta planta para combater vermes [...] é muito generalizado no Brasil. Caso contrário, não a incluiríamos aqui. As plantas venenosas preferimos deixar de lado, porque o seu uso, ainda que, em doses pequenas, possa trazer algum benefício, é perigoso. [...] Não se ignora tampouco que doses mais ou menos fortes da essência desta erva, quando usada para combater vermes, trazem doenças e algumas vezes até a morte (BALBACH, Alfons. *A Flora Nacional na Medicina Doméstica*. v. 3. 11. ed. São Paulo: Edições “A Edificação do Lar”, [s.d.], p. 610).

³⁶⁴ PALMER, 2010a, p. 128-129 e PALMER, Steven. Toward Responsibility in International Health: Death following Treatment in Rockefeller Hookworm Campaigns, 1914-1934. *Medical History*, n. 54, 2010b, p. 153-154.

³⁶⁵ Idem, 2010a, p. 129; Idem, 2010b, p. 155.

with the children of Latin America, the Caribbean, Asia and the southern United States as experimental subjects”³⁶⁶.

Entre 1914 e 1934, ano em que a *International Health Board* deixou de utilizar o óleo de quenopódio, mais de 200 mortes relacionadas ao tratamento com o vermífugo haviam sido registradas e mais de 80% das vítimas fatais foram crianças com 12 anos de idade ou menos.³⁶⁷

No Brasil, a utilização do óleo de quenopódio nas campanhas de combate à ancilostomíase realizadas a partir da cooperação entre a *International Health Board* e governos estaduais causou intoxicações e deixou vítimas fatais, gerando críticas ao trabalho da Fundação.

Em artigo publicado na *Revista Médico-Cirúrgica do Brazil* em agosto de 1921, Lewis Hackett, ao realizar uma avaliação dos primeiros cinco anos de atuação da Fundação Rockefeller no Brasil, afirmava que o óleo de quenopódio, único vermífugo utilizado pela *International Health Board* no país naquele momento, era utilizado não por ser o vermífugo ideal, mas porque apresentava vantagens que compensavam seus inconvenientes. Nas palavras do de Hackett, “nenhum outro expelle maior, nem mais variado numero de vermes; nenhum é tão barato ou facil de tomar”.³⁶⁸

Mas, apesar das vantagens sublinhadas pelo médico, o óleo de quenopódio era “tóxico para certas pessoas” e “por motivos desconhecidos”. Segundo dados apresentados por Hackett, a Comissão Rockefeller havia realizado, até 30 de junho de 1921, 644 mil tratamentos no Brasil, e o tratamento empregado parecia ter “causado, ou pelo menos precipitado, a morte de 14 pessoas”. Calculada a média da mortalidade – uma morte em cada 46.000 tratamentos – o médico afirmava que esta era menor, por exemplo, do que “os acidentes causados pela anestesia geral”.³⁶⁹ A grande maioria dos casos de morte ocorria em crianças com menos de 10 anos: 13 das 14 mortes indicadas no artigo.³⁷⁰ Se houvesse outro

³⁶⁶ Idem, 2010b, p. 155.

³⁶⁷ Para chegar a estes números, Steven Palmer analisou documentação da Fundação Rockefeller (RAC) relativa às campanhas contra a ancilostomíase, incluindo-se dois arquivos com registros de casos de mortes relacionadas ao tratamento com óleo de quenopódio. Um destes arquivos cobre o período de 1915 a 1934 e documenta 129 mortes em que o óleo de quenopódio foi o único vermífugo utilizado no tratamento. O segundo arquivo, que cobre o período de 1922 a 1933, contém o registro de 69 mortes ocorridas durante o tratamento com a mistura de óleo de quenopódio e tetracloreto de carbono. Segundo Palmer, o número de vítimas fatais apresentado nos relatórios e arquivos da Fundação deve ser visto com reservas, pois mortes podem não ter sido registradas por fatores diversos, como negligência e negação da relação entre o tratamento e óbitos (PALMER, 2010b).

³⁶⁸ HACKETT, Lewis. Os cinco anos da comissão Rockefeller no Brazil. *Revista Médico-Cirúrgica do Brazil*, ano XXIX, n. 8, p. 344-346, ago. 1921 (Biblioteca Nacional, doravante BN).

³⁶⁹ Ibidem, p. 346 (BN).

³⁷⁰ Palmer afirma, ao comentar esta mesma avaliação de Hackett sobre a utilização do óleo de quenopódio no Brasil e o cálculo da mortalidade em relação ao número de tratamentos, que, se Hackett tivesse apresentado o

vermífugo menos tóxico, mas igualmente eficiente, o óleo de quenopódio seria substituído, mas, segundo Hackett, somente uma combinação de drogas poderia fazê-lo. Ainda em defesa do tratamento empregado pela Fundação no combate à ancilostomíase no Brasil, Hackett afirmou que,

A verdade é que o chenopodio não é droga muito perigosa, mas adquirio uma reputação exageradamente má, devido á enorme proporção de seu emprego, sem igual em qualquer outra droga. Muitas centenas de milhares de tratamentos são administrados em uma area limitada, em curto espaço de tempo, e, embora seja excessivamente insignificante o numero de accidentes, elles se repetem com relativa rapidez de maneira a attrahir a atenção publica, não preocupada com os accidentes de outras drogas, em uso quotidiano, e com igual ou maior poder tóxico.³⁷¹

Segundo o médico, o óleo de quenopódio não era muito perigoso, mas a sua ampla utilização em áreas limitadas e em curto espaço de tempo acabava por atrair a atenção pública para o “excessivamente insignificante número de acidentes”. Ao analisar as 14 mortes ocorridas durante o tratamento com o vermífugo, Hackett afirmava que os “acidentes” pareciam “[...] antes uma idiosincrasia por parte dos intoxicados do que mesmo uma toxidez especial do chenopodio usado”.³⁷²

Alguns meses depois da publicação do artigo de Lewis Hackett, o jornal *O Estado de São Paulo* divulgou, em fevereiro de 1922, nota sobre a utilização do óleo de quenopódio no tratamento da ancilostomíase no Brasil.³⁷³ A nota baseava-se numa comunicação, apresentada junto à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, elaborada por dois médicos, Octavio Gonzaga e Francisco Salles Gomes Junior³⁷⁴, como resposta aos argumentos de Hackett acima citados. Segundo os dois médicos, o Brasil, juntamente com outros países como o Panamá, a Costa Rica e a Nicarágua, era campo de experiência dos profissionais norte-americanos no que se referia ao quenopódio. Sublinhavam também que “os acidentes mortais” não eram assinalados nos Estados Unidos, mas eram constatados em todos os outros países onde a Fundação atuava. Segundo Gonzaga e Salles Gomes Junior, profissionais de outros países também apontavam os perigos da utilização do óleo, e havia discordâncias entre os próprios

cálculo da relação entre crianças tratadas e crianças mortas em decorrência do tratamento, os números seriam bem menos favoráveis (PALMER, 2010b, p.157-158).

³⁷¹ HACKETT, 1921, p. 346 (BN).

³⁷² Ibidem, p. 346 (BN).

³⁷³ Emprego do oleo de chenopodio. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 3 de fevereiro de 1922 (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-series 305 – Brazil, Box 24, Folder 144).

³⁷⁴ Segundo Lina Faria, Francisco Salles Gomes Junior, médico hansenólogo e antigo diretor da Inspeção de Profilaxia de Moléstias Infecciosas, poderia ter uma posição desfavorável em relação à Fundação Rockefeller em virtude de uma bolsa de estudos que lhe fora negada pela instituição norte-americana (FARIA, Lina. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1923-30): perspectivas históricas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set./dez. 2002, p. 574).

profissionais da Fundação Rockefeller no que se referia ao método de administração do quenopódio e à dosagem adequada para as crianças, as principais vítimas dos “acidentes mortais”. Os dois médicos entendiam que Hackett não explicara satisfatoriamente as causas das mortes relacionadas ao tratamento com o vermífugo. Não havia justificativa que explicasse a utilização de tratamento tão perigoso em terras nacionais. Para os médicos Octavio Gonzaga e Salles Gomes Junior, segundo a nota publicada,

O óleo de chenopodio seria o vermífugo ideal, se os seus defensores sanassem os seus perigos nas doses aproveitáveis; por enquanto, nada justifica o seu emprego aos azares das campanhas do saneamento, ocasionando tantas victimas sem que até hoje o problema fosse resolvido.³⁷⁵

Ao concluírem, os médicos teceram fortes considerações recorrendo a nomes de destaque da ciência nacional e mencionando, inclusive, o famoso personagem de Monteiro Lobato. Gonzaga e Salles Gomes Junior acreditavam, de acordo com o texto publicado, que

[...] S. Paulo que, no terreno das experiencias scientificas, viu os bellos exemplos de [Emílio] Ribas e [Adolpho] Lutz submettendo-se ás provas com risco da propria vida, tem o direito de estranhar essa experimentação a frio no nosso “Géca”, reduzido á suprema humilhação de animal de laboratório.³⁷⁶

Se houve resposta por parte de Lewis Hackett às considerações de Gonzaga e Salles Gomes Junior, não foi possível localizá-la. Contudo, o óleo de quenopódio foi utilizado pela *International Health Board* no combate à ancilostomíase no Brasil até 1923, ano em que a Fundação se retirou das atividades de combate à doença em estados brasileiros.

A análise de Steven Palmer sobre a utilização do óleo de quenopódio nas campanhas realizadas pela Fundação e as mortes ocorridas em decorrência do tratamento indica que as considerações dos médicos brasileiros Octavio Gonzaga e Francisco Salles Gomes Junior não eram desprovidas de alguma razão. Segundo Palmer, como o próprio programa de combate à ancilostomíase da IHB era considerado um experimento em aberto, todo tratamento era entendido como envolvendo uma dimensão experimental. Todas as instâncias da *International Health Board*, desde o diretor em Nova York até os médicos da IHB espalhados por diferentes países, entendiam todo tratamento contra a ancilostomíase como um experimento, o que estava relacionado, em parte, ao fato de que a *International Health Board*

³⁷⁵ Emprego do óleo de chenopodio. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 3 de fevereiro de 1922 (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-series 305 – Brazil, Box 24, Folder 144).

³⁷⁶ Emprego do óleo de chenopodio. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 3 de fevereiro de 1922 (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-series 305 – Brazil, Box 24, Folder 144).

recrutava jovens formados em um sistema de educação médica norte-americano reformado, que enfatizava a prática da medicina orientada para a pesquisa. Contudo, sublinha Palmer, as pesquisas e estudos realizados por médicos da própria *International Health Board* durante as campanhas não se transformavam em um protocolo mais seguro para o tratamento da ancilostomíase.³⁷⁷

A partir da análise de relatórios sobre experimentos realizados com o óleo de quenopódio durante campanhas de combate à ancilostomíase na Nicarágua entre 1916 e 1920, Palmer afirma que os supervisores locais tinham permissão e eram até mesmo encorajados a agirem como cientistas de saúde pública com licença para usar a população sob tratamento como sujeitos para testes que objetivavam a melhoria de componentes-chave da metodologia e do tratamento. Eles também gozavam de considerável autonomia para elaborar e desenvolver estes experimentos, mesmo que envolvessem sérios riscos, como era o caso dos experimentos com os vermífugos.³⁷⁸

Isso não significava, porém, que a Fundação permanecesse passiva diante das mortes relacionadas ao tratamento com quenopódio. Ações como a redução nas doses dos vermífugos administrados indicavam, por exemplo, uma busca por tratamentos mais seguros. Contudo, segundo Palmer, os diretores locais da Fundação Rockefeller não pareciam ter sido instruídos a agir de acordo com as descobertas científicas da *International Health Board* ou utilizar protocolos definidos para a administração do óleo de quenopódio.³⁷⁹

A análise da documentação produzida pela IHB referente às campanhas contra a ancilostomíase realizadas no Brasil vai ao encontro das considerações tecidas por Palmer.

No primeiro relatório dos trabalhos realizados no Brasil de acordo com o método intensivo, de 1917, Hackett afirma que, naquele momento, três vermífugos eram utilizados no combate à ancilostomíase no país: o óleo de quenopódio, o timol e o naftol B³⁸⁰. O vermífugo utilizado variava de uma unidade – município – para a outra, de acordo com as decisões do Diretor Estadual.³⁸¹

³⁷⁷ PALMER, 2010b, p. 150 e p. 161-162.

³⁷⁸ Ibidem, p. 162.

³⁷⁹ Ibidem, p. 164.

³⁸⁰ O naftol B (C₁₀H₈O) pode causar, quando ingerido, dor abdominal, convulsões, diarreia e vômito. Quando exposto ao naftol B por curto espaço de tempo, o indivíduo pode apresentar irritações nos olhos e na pele. A exposição por ingestão pode causar, entre outros, nefrite, colapso circulatório e até mesmo a morte. As informações sobre o naftol B foram encontradas em *Material Safety Data Sheet – MSDS*. Disponível em: <<https://fscimage.fishersci.com/msds/97239.htm>>. Acesso em: 28 set. 2011.

³⁸¹ No. 7339, Report on Work for the Relief and Control of Uncinariasis in Brazil for the year ending December 31, 1917 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 111, Folder 1432).

Uma grande quantidade de dados sobre a eficiência das três drogas utilizadas estava sendo coletada, mas, segundo o relatório de Hackett, era possível afirmar que a dose adulta considerada segura de quenopódio tinha a mesma eficiência que a dose adulta considerada segura de timol, mas o quenopódio custava a metade do valor pago pelo timol. O naftol B, considerado o vermífugo menos eficiente, substituiu o quenopódio no tratamento de crianças em um município do Rio de Janeiro após uma série de incidentes. Três mortes ocorridas naquele estado foram associadas à utilização do óleo de quenopódio no tratamento contra a ancilostomíase. Depois das mortes, o quenopódio foi substituído pelo timol e pelo naftol B no estado do Rio de Janeiro. Nas outras áreas de atuação da Fundação, a dose adulta do medicamento foi reduzida e o intervalo entre tratamentos foi ampliado.³⁸²

Em carta enviada à mãe após os acidentes fatais ocorridos no Rio de Janeiro, Hackett explicou os prejuízos que as mortes representavam para as atividades da Fundação: “The work is having its setbacks too. We have had two fatal accidents in Rio Bonito within a month from the medicine we are using. We shall have to change the medicine and regain the confidence of the people and that will take time”.³⁸³ As mortes relacionadas ao uso do quenopódio abalavam a confiança das pessoas no tratamento proposto pela Fundação. Ao mesmo tempo, é possível perceber, pelas considerações de Hackett, a sensibilidade da Fundação à reação da população ao tratamento.

Mas, segundo Hackett, todos os Diretores de Campo tinham opinião fortemente favorável ao uso do óleo de quenopódio, pois ele era melhor aceito pelos pacientes quando administrado em cápsulas de gelatina e parecia ser mais eficiente em proporção à quantidade utilizada. Outro aspecto apontado como “imensa vantagem” do óleo de quenopódio em relação ao timol e ao naftol B era o fato de ele expelir também o *áscaris*³⁸⁴, um verme maior e

³⁸² No. 7339, Report on Work for the Relief and Control of Uncinariasis in Brazil for the year ending December 31, 1917 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 111, Folder 1432).

³⁸³ Hackett to mother, September 1, 1917 (RAC, RF, RG – Special Collection – Lewis Hackett, Series 1.3 – Correspondence, Box 8C, Folder 1917 – Hackett, L.W., Correspondence, Personal, July, 1912 – December, 1919).

³⁸⁴ O *Ascaris lumbricoides*, designado também pelo simples nome de *áscaris*, é um verme longo, cilíndrico e com extremidades afiladas, popularmente conhecido por lombriga. A ascariase, parasitismo desenvolvido no homem pelo *áscaris*, é a mais frequente das helmintíases humanas. Um relatório da OMS de 1998 estimou em 1,38 bilhão o número de pessoas infectadas e 250 milhões o de ascariase-doença no mundo, em 1997, causando 60 mil óbitos naquele ano. Normalmente, a única forma infectante do parasita é o ovo embrionado, contendo larva de segundo estágio. A via de penetração do parasita no hospedeiro é oral e compreende obrigatoriamente um ciclo migratório que passa pelos pulmões. O ciclo de vida do *áscaris* se parece com o do ancilóstomo, visto que as fêmeas também põem ovos nos intestinos do hospedeiro, que são expelidos com as fezes. O parasitismo por *áscaris* é, muitas vezes, totalmente assintomático, devido ao fato de que, na maioria dos casos, o número de vermes albergados é pequeno. Nos casos sintomáticos, as manifestações mais frequentes são desconforto abdominal, náusea, perda de apetite e emagrecimento, sensação de coceira no nariz, irritabilidade, sono intranquilo e ranger dos dentes à noite. O diagnóstico é feito, na generalidade dos casos, pelo encontro de ovos nas evacuações do paciente. Mãos sujas de terra, sujeira sob as unhas, alimentos contaminados por mãos que

mais visível do que o ancilóstomo, o que teria um efeito psicológico sobre a população.³⁸⁵ O óleo de quenopódio apresentava, então, duas importantes vantagens com relação ao timol, vermífugo que se equiparava a ele em eficiência: era mais barato e tinha um efeito psicológico, pois expelia vermes maiores (mais visíveis) também. O quenopódio acabou se tornando o vermífugo-padrão no Brasil.³⁸⁶

FIGURA 9 – Resultados do tratamento com óleo de quenopódio



“Worms recovered from nine-year-old boy as result of one treatment with oil of chenopodium. Eighty-nine hookworms and eighty-one Ascaris. This demonstration induced many to apply for treatment. Brazil” [1920]
 Fonte: RAC, RF, RG 1.1, Series 305H – Brazil, Box 66, Folder 1484.

Em 1918, um documento que estabelecia as regras gerais para o trabalho no Brasil também enfocava os cuidados a serem tomados na administração do óleo de quenopódio. O documento estabelecia que os enfermeiros não deveriam administrar tratamentos sem ordem do médico e também não poderiam alterar a dose prescrita por ele. Se o paciente ficasse doente repentinamente ou apresentasse más condições de saúde, o enfermeiro deveria

tocaram o solo e frutas e verduras cruas de hortas adubadas com fezes humanas são alguns dos principais veículos que levam os ovos do parasita à boca, possibilitando sua ingestão pelas pessoas. O tratamento é realizado com medicamentos, mas também exige mudanças no comportamento da população de forma a reduzir a poluição do meio e a reinfecção, como o uso de instalações sanitárias (REY, 2001a, p. 562-574).

³⁸⁵ Esta vantagem do óleo de quenopódio – a expulsão do áscaris e seus efeitos psicológicos – já havia sido percebida nas campanhas realizadas pela Fundação na Guatemala, na Costa Rica e na Nicarágua (PALMER, 2010b, p. 155).

³⁸⁶ No. 7339, Report on Work for the Relief and Control of Uncinariasis in Brazil for the year ending December 31, 1917 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 111, Folder 1432).

suspender o tratamento e consultar o médico. Os enfermeiros e outros empregados das campanhas não tinham permissão para distribuir qualquer outro medicamento que não o fornecido pelo laboratório. Os enfermeiros também não deveriam aceitar dinheiro pelos serviços prestados e medicamentos distribuídos.³⁸⁷

No que se referia especificamente à administração do óleo de quenopódio, o documento estabelecia que o óleo deveria ser administrado em cápsulas de gelatina de tamanho-padrão autorizadas pelo Diretor Estadual. Sob nenhuma circunstância era permitido que enfermeiros medissem a quantidade de óleo de quenopódio a ser dada ao paciente fora do laboratório e sem autorização do médico. Os enfermeiros também deveriam informar aos pacientes, se possível, sua localização nas horas seguintes à administração do quenopódio e não deveriam deixar a área, pois assim poderiam ser localizados e chamados em caso de intoxicação. Se um paciente apresentasse sintomas anormais ou ficasse prostrado depois de receber a medicação, o médico deveria ser chamado com urgência.³⁸⁸ A existência das regras em si aponta a consciência, por parte da Fundação, acerca dos perigos da utilização do óleo de quenopódio e a preocupação com sua administração.

Em 1922, no Relatório Anual, Lewis Hackett não definia os tratamentos com quenopódio realizados no Brasil como experiências, mas apontava que modificações com relação às doses distribuídas tornaram, possivelmente, o tratamento mais seguro a partir do final de 1919 e início de 1920, com a redução das doses utilizadas no tratamento de adultos e crianças. Ainda segundo o relatório, os anos iniciais foram importantes para o treinamento de médicos e enfermeiros: “These first three years of work [referindo-se ao período entre o final de 1916 e 1919] were of great value to the Doctors and nurses in familiarizing them with the clinical signs of chenopodium intoxication and training them in the more or less expert application of the simple methods of treatment”.³⁸⁹

A análise das mortes relacionadas ao tratamento com quenopódio apresentada em documentação de 1923 indica, por sua vez, um entendimento, por parte da *International Health Board*, de que o tratamento estava em fase experimental até 1920 e que somente a partir daquele momento houve uma maior compreensão sobre a toxicidade do vermífugo. Segundo a análise apresentada, “[...] during the first three years of the Board’s work in Brazil

³⁸⁷ International Health Board, Rockefeller Foundation, General Regulations for Brazil – 4/11/1918, Local Rules and Regulations for Brazil – Part IV (COC/Fiocruz, FR, Doc. 014A).

³⁸⁸ International Health Board, Rockefeller Foundation, General Regulations for Brazil – 4/11/1918, Local Rules and Regulations for Brazil – Part IV (COC/Fiocruz, FR, Doc. 014A).

³⁸⁹ Annual Report for Brazil, January 1st to December 31st, 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 022).

the use of oil of chenopodium was still in the experimental stage while since 1920 it has been employed with a much clearer understanding of its toxicity”.³⁹⁰

Naquele ano de 1923, o relatório das atividades realizadas no Brasil indicava que o número total de mortes relacionadas ao tratamento, desde 1917, era de 23. Uma tabela que relacionava o número de mortes ao número de pessoas tratadas e de tratamentos realizados buscava demonstrar a redução da mortalidade a partir de 1920.

TABELA 3 – Quenopódio – Número de mortes em relação ao número de tratamentos (Brasil, 1917-1923)

Período	Pessoas Tratadas	Total de Tratamentos	Número de Mortes	Pessoas Tratadas por Morte	Tratamentos por Morte
1917-1919	97.024	175.809	8	12.128	21.976
1920-1923	657.434	1.147.018	15	43.829	76.467

Fonte: Tabela elaborada a partir de dados disponíveis em Progress Reports [1923] (COC/Fiocruz, FR, Doc. 037).

Contudo, um ano após o encerramento da considerada “fase experimental”, em 1921, das sete mortes registradas como relacionadas ao tratamento administrado pela *International Health Board*, seis eram de crianças que morreram horas depois de terem recebido doses de óleo de quenopódio: cinco meninos (um de cinco anos, três de sete anos e um de 13 anos) e uma menina (de oito anos). Quatro destas seis crianças foram apresentadas, no relatório, como possuindo problemas de saúde prévios ao tratamento.³⁹¹

Em 1922, três crianças morreram depois de receberem tratamento com óleo de quenopódio: um menino de oito anos e duas meninas, uma com cinco anos de idade e outra com quatro. A análise apresentada sobre estas mortes não discutia, porém, as questões relativas à toxicidade do quenopódio e destacava que as três crianças possuíam saúde frágil antes mesmo do tratamento. Segundo as informações apresentadas sobre o histórico médico do menino de oito anos, por exemplo, o relatório aponta que “[...] he had always been frail, suffering from frequent attacks of vertigo and convulsions. He was rachitic and anemic”.³⁹²

Chamamos a atenção para a morte da menina de quatro anos de idade, pois Darling e Smillie também haviam realizado estudos sobre a utilização do óleo de quenopódio no tratamento da ancilostomíase em crianças. Em publicação de 1921, os dois afirmavam que o óleo nunca deveria ser utilizado em crianças com menos de cinco anos de idade. Em crianças entre cinco e oito anos, as doses do medicamento deveriam ser pequenas. A morte de crianças

³⁹⁰ Progress Reports [1923] (COC/Fiocruz, FR, Doc. 037).

³⁹¹ Annual Report for Brazil, January 1st to December 31st, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1440).

³⁹² Annual Report for Brazil, January 1st to December 31st, 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 022).

com menos de cinco anos em decorrência da administração do óleo de quenopódio no Brasil em 1922 parece confirmar a desconexão, apontada por Palmer, entre as pesquisas da própria IHB e o trabalho de campo.³⁹³

Em 1923, três outras mortes ocorreram após o tratamento com o vermífugo: um menino de 14 anos, uma menina de seis anos e um homem de 56 anos. Com relação às mortes das crianças, novamente foi destacada a saúde debilitada das mesmas, afirmando-se que a atribuição das mortes à intoxicação com quenopódio poderia ser, até mesmo, injusta:

In as much as the two children who received chenopodium alone were gravely anemic when treated and one was practically in a moribund condition, it is perhaps unfair to attribute these deaths to chenopodium poisoning. Hookworm disease itself was leading towards the same end.³⁹⁴

Esta interpretação defensiva com relação aos casos de intoxicação também é percebida por outros autores. Em seus estudos sobre as campanhas contra a ancilostomíase realizadas pela *International Health Board*, Steven Palmer e Anne-Emanuelle Birn apontaram que as más condições de saúde das crianças eram frequentemente mencionadas pelos diretores da Fundação como determinantes para as mortes que ocorriam após a administração de doses de óleo de quenopódio.³⁹⁵

O relatório de 1923 trouxe ainda informações sobre a experimentação de um novo tratamento para a ancilostomíase: a mistura do óleo de quenopódio com tetracloreto de carbono³⁹⁶. Segundo o relatório, em uma série de tratamentos, a mistura de tetracloreto de carbono e óleo de quenopódio havia sido administrada na proporção de 3 para 2 e de 2 para 1, respectivamente. Os resultados dos tratamentos haviam sido bastante satisfatórios, e a mistura se mostrava mais eficiente do que o tratamento realizado somente com o óleo de quenopódio. O mesmo relatório apontava, porém, que o tetracloreto de carbono havia se mostrado tóxico em estudos realizados com cães. Independentemente da dose administrada ou da condição nutricional apresentada pelo animal, o tetracloreto produzia danos ao fígado e aos rins. Em

³⁹³ PALMER, 2010b, 161-162.

³⁹⁴ Progress Reports [1923] (COC/Fiocruz, FR, Doc. 037).

³⁹⁵ PALMER, 2010b, p. 157; BIRN, 2006, p. 87-88. Além das más condições de saúde das crianças submetidas aos tratamentos com óleo de quenopódio, Palmer e Birn afirmam também que questões como a má qualidade do vermífugo e a incompetência do pessoal local também eram comumente apontados pelos diretores da IHB como causa das mortes das crianças.

³⁹⁶ A ingestão de tetracloreto de carbono (CCI4) pode causar tontura, dor de cabeça, náusea, dor abdominal e diarreia. Em exposições de curta duração, é irritante aos olhos e pode causar danos ao fígado, aos rins e ao sistema nervoso central, podendo ser fatal. Em exposição prolongada, pode ser cancerígeno. Bebidas alcoólicas podem aumentar os efeitos nocivos do tetracloreto de carbono. Estas informações podem ser encontradas em *Material Safety Data Sheet – MSDS*. Disponível em: <<https://fscimage.fishersci.com/msds/97239.htm>>. Acesso em: 28 set. 2011.

1923, a morte de um homem de 39 anos, ocorrida no Rio Grande do Sul, foi atribuída à mistura de óleo de quenopódio e tetracloreto de carbono.³⁹⁷

Como podemos observar, o método de combate à ancilostomíase proposto pela Fundação Rockefeller sofreu modificações no Brasil, ao longo do período analisado, como resposta às condições encontradas no país e em virtude de estudos e observações realizados durante as atividades desenvolvidas. Além disso, as fontes também indicam que o método podia variar de estado para estado e, inclusive, de município para município. Ao longo dos anos, o tratamento, que inicialmente buscava a confirmação da cura dos doentes, acabou por perder esta característica.

A análise das questões relativas à utilização do óleo de quenopódio e aos óbitos relacionados ao tratamento proposto pela *International Health Board* apontam o caráter experimental do tratamento no Brasil, modificado à medida que este era administrado à população, confirmando as análises de Steven Palmer sobre a liberdade dos diretores e pesquisadores da Fundação para agirem como cientistas de saúde pública durante as campanhas.

3.5 “NOW TELL ME THE REAL STORY”: O COMBATE À ANCILOSTOMÍASE NO BRASIL ATRAVÉS DO DIÁRIO DE ALAN GREGG

Através das questões discutidas até o presente neste capítulo, buscamos traçar, a partir da análise bibliográfica e de fontes como relatórios, publicações e correspondências, um panorama sobre a cooperação entre a Fundação Rockefeller e estados brasileiros no combate à ancilostomíase. Os relatórios enviados ao escritório da *International Health Board* em Nova York referentes às atividades realizadas no Brasil durante o período aqui analisado, porém, raramente apresentavam informações sobre o cotidiano da cooperação entre a instituição norte-americana e governos estaduais. Os relatórios que Lewis Hackett enviou aos Estados Unidos, por exemplo, revelavam poucas informações sobre a relação entre os médicos norte-americanos e o pessoal que realizava o trabalho de campo, ou entre os funcionários das

³⁹⁷Progress Reports [1923] (COC/Fiocruz, FR, Doc. 037). A mistura de óleo de quenopódio e tetracloreto de carbono foi utilizada pela Fundação Rockefeller na campanha contra a ancilostomíase realizada no México entre 1924 e 1928. Durante os anos da campanha, pelo menos quatro mortes e dúzias de casos de intoxicação foram registrados. A maioria das fatalidades ocorreu com crianças. Segundo Anne-Emanuelle Birn, os relatórios sobre os incidentes relacionados ao tratamento também apresentavam interpretações extremamente defensivas sobre os episódios, que poderiam colocar em dúvida a competência dos funcionários da IHB. A causa dos casos de intoxicação, por exemplo, foi identificada não no tratamento, mas no consumo do *pulque*, uma bebida alcoólica caseira, e na atuação dos assistentes mexicanos (BIRN, 2006, p. 86-87).

campanhas contra a ancilostomíase e a população que deveria ser examinada, curada e educada, geralmente definida, na documentação oficial, como cooperante e agradecida.³⁹⁸

Contudo, um outro tipo de fonte, o diário de Alan Gregg, um dos médicos norte-americanos que trabalhou nas campanhas de combate à ancilostomíase no Brasil a serviço da Fundação, dá conta de outras dimensões da cooperação entre a instituição e governos estaduais brasileiros. O diário traz informações interessantes sobre o dia a dia das campanhas e agrega, desta maneira, outros elementos às discussões já abordadas, como aquelas referentes à autonomia dos Diretores Estaduais no trabalho de campo ou à utilização do óleo de quenopódio como vermífugo e suas implicações, além de revelar um cenário mais complexo, composto por atores outros que não apenas os representantes da Fundação no Brasil e os governantes estaduais.

Alan Gregg (1890-1957) nasceu no estado do Colorado, Estados Unidos, em 11 de julho de 1890. Em 1916, diplomou-se médico pela Escola de Medicina de Harvard e, como parte da Unidade Médica de Harvard no Corpo Médico do Exército Britânico (*Harvard Medical Unit, British Army Medical Corps*), Gregg serviu na França, entre 1917 e 1919, tratando feridos durante a I Guerra Mundial. Quando retornou à vida civil, em 1919, o médico foi contratado pela Fundação Rockefeller. Alan Gregg ocupou diversos cargos na Fundação: foi Diretor Associado da Divisão de Educação Médica (*Division of Medical Education*) entre 1922 e 1924, Diretor da Divisão de Ciências Médicas (*Medical Sciences Division*) por mais de 20 anos, entre 1930 e 1951, e Vice-Presidente da Fundação Rockefeller no período entre 1951 e 1956, entre outros. Mas, entre 1919 e 1922, ainda no início de sua carreira dentro da instituição filantrópica norte-americana, o médico atuou nas atividades de combate à ancilostomíase nos estados do Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Alagoas, Espírito Santo e Pernambuco.³⁹⁹ Gregg foi, como veremos mais adiante, o primeiro Diretor Estadual da *International Health Board* para o Rio Grande do Sul.

O diário de Alan Gregg⁴⁰⁰, constituído, na realidade, por um conjunto de cópias de cartas escritas pelo médico a familiares e amigos e colocadas em ordem cronológica⁴⁰¹, cobre com

³⁹⁸ É bem provável que os relatórios elaborados por Hackett se baseassem em relatórios dos Diretores Estaduais e é possível que estes, sim, trouxessem mais aspectos referentes ao dia a dia das campanhas, mas não localizamos esta documentação nos acervos consultados.

³⁹⁹ Informações biográficas sobre Alan Gregg podem ser encontradas em texto de Marcos Cueto (CUETO, 1994, p. 6) e também estão disponíveis para consulta no site da *U.S. National Library of Medicine* – NLM. Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/Narrative/FS/p-nid/212>>. Acesso em: 20 out. 2011.

⁴⁰⁰ O diário de Alan Gregg está disponível para consulta na *U.S. National Library of Medicine* – NLM, em Bethesda, Maryland (Alan Gregg's Brazil diary, April 1919 – 21 November 1920 – MS C 190) e, em arquivo pdf, através do site da instituição. Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011. Doravante as referências ao diário serão abreviadas da seguinte maneira: Alan Gregg's Brazil diary [seguido da data do registro da informação no diário entre

certa regularidade o período de abril de 1919 a fevereiro de 1920, além de dois dias, 20 e 21 de novembro, do final do ano de 1920. O que chama a atenção no diário de Alan Gregg é o seu caráter menos formal, oficial, quando comparado aos relatórios sobre as atividades realizadas no Brasil enviados ao escritório da FR em Nova York. O diário é o que poderíamos definir, a partir das discussões propostas por Angela de Castro Gomes, como uma escrita de si, que cobre um período de tempo – parte da estadia do médico no Brasil – em suas múltiplas temporalidades: do trabalho, do lazer, dos sentimentos e do cotidiano.⁴⁰² Nas páginas redigidas de suas “cartas/diário”, o médico aborda sua adaptação ao novo país, o trabalho desenvolvido pela Fundação Rockefeller no Brasil naquele período, as atividades por ele realizadas e sua relação com outros funcionários da *International Health Board* que também atuavam no Brasil, como Lewis Hackett e Samuel Darling. Além das questões relativas especificamente ao trabalho de combate à ancilostomíase, Alan Gregg também tece considerações a respeito da natureza, da política, da cultura e da sociedade brasileiras, considerações estas que são atravessadas por histórias das pessoas e dos lugares que conheceu. Neste estudo, porém, deter-nos-emos em questões relativas às atividades profissionais realizadas pelo médico no período coberto pelo diário, período de adaptação e de familiarização de Gregg com o idioma e com o trabalho, no Rio de Janeiro e em São Paulo, bem como da realização de *surveys* nos estados do Paraná e de Santa Catarina.⁴⁰³

Alan Gregg chegou ao Brasil em abril de 1919 e, durante os primeiros meses no país, passou, como indicamos, por um período de adaptação e de familiarização, dedicando-se, entre outras atividades, à realização de testes com os vermífugos utilizados pela Fundação no tratamento da ancilostomíase e de visitas a locais onde as atividades da IHB no combate à doença já estavam em andamento. Em maio de 1919, por exemplo, Gregg comentou que realizara, juntamente com Wilson George Smillie, testes para verificar a eficiência do naftol B

colchetes] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011. O diário possui 264 páginas datilografadas, com algumas observações manuscritas, e é ilustrado com fotos tiradas pelo médico, além de alguns cartões postais.

⁴⁰¹Em 19 de maio de 1919, Alan Gregg escreveu, sobre o fato de as cartas serem datilografadas, que “[...] it is so convenient to have all the letters describing things down here done this way to keep the copies of for the future and the rest of the family [...]”. Alan Gregg’s Brazil diary [19 de maio de 1919] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011.

⁴⁰²GOMES, Angela de Castro. Escrita de si, escrita da História: a título de prólogo. In: GOMES, Angela de Castro (Org.). *Escrita de si, escrita da história*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004, p. 7-24. A escrita de si ou escrita autorreferencial abarca diários, correspondência, biografias e autobiografias. O texto de Gomes é uma breve discussão sobre a utilização e os cuidados teórico-metodológicos relativos à escrita de si como fonte e, mais recentemente, como objeto da pesquisa histórica.

⁴⁰³Infelizmente o diário cobre apenas dois dias – 20 e 21 de novembro de 1920 – do período em que Alan Gregg atuou no Rio Grande do Sul, onde foi um dos Diretores Estaduais da IHB durante a cooperação entre a Fundação e o governo do estado no combate à ancilostomíase.

no combate à verminose entre pacientes da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Naquela oportunidade, Gregg afirmou que

The last three days Smillie and I have been getting up at six and hurrying over to the Santa Casa de Misericórdia a huge hospital run by the Catholic Sisters, to run through some clinical tests on the use of beta-naphthol as a remedy for hookworm. The patients are all uneducated Brazilians, in one of the eye wards, most of them having trachoma, and all of them well infected with H* [hookworm].⁴⁰⁴

Algumas semanas mais tarde, em junho, Gregg mencionaria a sua participação em testes, realizados no Rio de Janeiro, relativos à eficiência do tratamento proposto pela Fundação, bem como à utilização do óleo de quenopódio como vermífugo.⁴⁰⁵

O diário escrito por Alan Gregg também traz informações interessantes sobre conflitos e desentendimentos ocorridos durante a realização das atividades de combate à ancilostomíase, indicando que estas não transcorriam sem incidentes. Em junho de 1919, ainda durante seu período de treinamento e adaptação, Gregg presenciou a demissão de três guardas (ou enfermeiros) de um dos postos de tratamento em São Paulo. Os guardas foram demitidos depois de participarem de uma greve que, segundo Gregg, havia acontecido em resposta à repreensão dos mesmos por parte do chefe em função de atrasos. O chefe, sublinhava o médico norte-americano, devia dinheiro a um dos guardas que liderou a greve.⁴⁰⁶

Os *surveys* realizados nos estados do Paraná e de Santa Catarina foram iniciados em agosto e novembro de 1919, respectivamente. Em mais de uma oportunidade, Alan Gregg sublinhou a autonomia de que dispunha para gerenciar homens e recursos financeiros durante a realização destes levantamentos preliminares sobre a incidência da doença. Antes mesmo de começar as atividades nos estados do sul do país, Gregg afirmou que Lewis Hackett era um bom chefe, “[...] who wont [sic] do a thing but give me all the free rein you can think of giving a man [...]”.⁴⁰⁷

⁴⁰⁴ Alan Gregg’s Brazil diary [3 de maio de 1919] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011.

⁴⁰⁵ “We came on the 6th and today is the 8th; yesterday went into a long day of wandering up and down the village [Rezende, Rio de Janeiro] street looking for special cases to treat today – an attempt to test the routine treatment for its efficiency in getting rid of H* [hookworm] infection and to try out the value of some more fresh chenopodium.” Alan Gregg’s Brazil Diary [8 de junho de 1919] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011.

⁴⁰⁶ Alan Gregg’s Brazil diary [3 de junho de 1919] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011.

⁴⁰⁷ Alan Gregg’s Brazil diary [17 de junho de 1919] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011.

Em agosto de 1919, já durante a realização do *survey* no estado do Paraná, Gregg sublinhou as dificuldades que enfrentava em planejar o trabalho que deveria ser realizado pelo pessoal de campo, pois todo o planejamento deveria ser elaborado por ele, que deveria transmiti-lo “energicamente” para que fosse posto em prática. Nas palavras do médico,

The chief difficulty I find in this job is in the abrupt change from trying to like what I get after all is over, to trying to anticipate exactly what I want and then getting it or making other people get it for me. It is the change of existence from one of landing various jobs which were considered as good and then trying to fill them decently, to an existence quite without any criterion or precedent, where the ideas and the necessities must all come from me and be passed on energetically enough to make a go of things. As a matter of fun it is immense – I sit up here planning their tomorrows work as if I was the Lord, or perhaps Chas Storey on the Peace Commission in Paris, something pretty big anyhow, and before I know it I cant think of anything more to be done. The funny thing to me is that they say ‘Sim, Signor’ (which sounds more like ‘Seashore’) and then they go and do it and come back with results miles ahead of what I thought they could have secured.⁴⁰⁸

No trecho acima transcrito, o médico também sublinhava que os funcionários sob seu comando alcançavam bons resultados no desempenho das atividades definidas por ele, “with results miles ahead of what I thought they could have secured”. Pelas informações contidas no diário, é possível inferir que Gregg não tinha maiores críticas ou reclamações no que se referia ao pessoal brasileiro que o acompanhou durante a realização dos *surveys*.

Alan Gregg realizou os *surveys* nos estados do Paraná e de Santa Catarina com o auxílio de um médico brasileiro, de dois microscopistas e dois enfermeiros ou guardas, “the men who ride out and give treatment under the doctors orders”⁴⁰⁹. Ao que tudo indica, o pessoal para o trabalho de campo foi escolhido por Gregg. Segundo o médico, o levantamento preliminar da ancilostomíase era realizado em municípios que possuíam a reputação de apresentarem elevados índices da doença, o que, segundo ele, geralmente se confirmava. O *survey* de uma localidade era iniciado com a realização de uma palestra em que eram explicados os propósitos da Fundação Rockefeller no Brasil e os aspectos mais importantes relativos à ancilostomíase e as formas de se evitá-la. As palestras eram realizadas, muitas vezes, no cinema da localidade, onde eram utilizadas projeções luminosas de imagens impactantes (“lurid and forceful pictures”). Após a realização das palestras, eram distribuídas

⁴⁰⁸ Alan Gregg’s Brazil diary [10 de agosto de 1919] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011. Grifos do autor.

⁴⁰⁹ Alan Gregg’s Brazil diary [3 de junho de 1919] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011.

latinhas para a coleta de fezes, que seriam examinadas, juntamente com algumas amostras de sangue, nos dias seguintes. Depois de realizados os exames, os casos mais graves da doença eram tratados, mas todos os registros eram guardados, pois, caso um posto de demonstração do método intensivo de combate à doença fosse instalado, futuramente, na localidade, o trabalho seria agilizado. O grupo, que carregava consigo desde microscópios e cápsulas de quenopódio a utensílios de cozinha e mosquiteiros, permanecia aproximadamente uma semana em cada localidade, onde procurava examinar entre 500 e 800 pessoas. Segundo Gregg, os postos de demonstração do método intensivo seriam instalados, posteriormente, nas localidades que apresentassem os piores índices da doença no *survey*.

FIGURA 10 – Microscopistas



Fonte: Alan Gregg's Brazil diary [14 de agosto de 1919] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011.

Alguns destes aspectos relativos à realização dos *surveys* estão presentes na explicação elaborada por Gregg em agosto de 1919 e que, apesar de longa, merece ser transcrita :

Now that I am fairly well into the job here and beginning to know from first hand experience what things are like here in Brazil it is easier to do what has for some time been my intention and write to you.

At the moment I have been assigned the job of investigating [sic] the extent of Hookworm infection in the southern part of Brazil, first in the State of Parana and later in Sta. Catherina, both regions quite cool and comfortable

thusfar [sic] and not at all like the general impression of Brazil which involves white plaster houses cocoa plantations and spare revolutions p.r.n. The survey of this State began on the 4th of August, when with a Brazilian doctor two trained male-nurses and two microscopists well versed in the local parasitology, I started out a wandering region-to-region existence which will keep on till I finish in Sta. Catherina in February.

Our procedure is this: we have our beds and skeeto-netting, our kitchen utensils, three Baush and Lomb'scopes, a special centrifuge, about ten thousand capsules and enough oil of chenopodium to fill them as required, and a good deal more miscellaneous material all ready and in trunks. We choose a series of regions to be visited and with the aid of a pass-book and much paciencia we get to a town. The town prefect is overwhelmed with pride at being visited (often mixed with suspicion and a certain arch 'oh-yes-but-you-wont-find-hookworm-here' expression) and we are installed in the local city hall. That night the Brazilian doctor gives a talk in the local cinema with our lantern slides greatly aiding him in explaining what uncinariose is, and at the end of the service we make not a collection but a distribution of small tin cans for the specimens of feces. The next day the stream begins and I stay in the laboratory examining the spleens and the hemoglobins and seeing that things dont go galley-west and keeping an eye open for whatever interesting may turn up in the way of clinical pathology. The places chosen have been all been small and fairly typical of this part of the country.⁴¹⁰

Entre os objetivos a serem alcançados através da realização das atividades de combate à ancilostomíase, Gregg destacou a educação da população tratada no sentido de adotar preceitos higiênicos, o que, em sua opinião, efetivamente ocorria. Durante sua passagem por Santa Catarina, em janeiro de 1920, Gregg afirmou o seguinte sobre a questão:

After this survey is through with we shall establish posts for the intensive treatment of the infected in the worst places, and by treating the people to a cure show them what they could be having in the way of health, and with this extraordinary lever inculcate the primary ideas of sanitation into them. The curious thing about it really is that the scheme works – they are profitting [sic] by it and adopting slowly the ideas of hygiene. And when you reflect that it was only in 1859 that the courts of Parliament in London had to close during the summer so horrible was the stench from the Thames from poorly disposed waste, or that the connection of sewres [sic] with the municipal drains of Paris was prohibited by law up till 1880 – perhaps the beginnings of sanitation here do not seem so insignificant.⁴¹¹

⁴¹⁰Alan Gregg's Brazil diary [agosto de 1919] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 Out. 2011. Grifos do autor.

⁴¹¹Alan Gregg's Brazil diary [19 de janeiro de 1920] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 Out. 2011. Em fevereiro de 1920, Gregg afirmou também, no que se referia aos objetivos das atividades de combate à ancilostomíase, que “there are a number of interesting things about this public health game: the one that appeals to me the most is that with little instruction all the patients dont [sic] have to have the disease all over again – and the general standard of living is coming up a bit as a result of instruction. We have explained the whole game to about 8000 people and Hackett has certainly got the governments stirred up to a great pitch of enthusiasm” [16 de fevereiro de 1920].

Aos poucos e a partir do trabalho realizado, seriam inculcadas, na população, ideias básicas de saúde e saneamento.

Como destacamos anteriormente neste capítulo, o óleo de quenopódio, utilizado pela Fundação Rockefeller no tratamento da ancilostomíase no Brasil, era potencialmente tóxico e ocasionou diversos óbitos no país. Segundo os relatos de Alan Gregg, havia uma preocupação com as possíveis intoxicações causadas pelo vermífugo, especialmente em crianças, e com a reação, até mesmo violenta, da população frente a estes casos. Durante a realização do *survey* em Araranguá, Santa Catarina, em novembro 1919, o médico registrou a seguinte situação em seu diário:

Yesterday was a barrbarridade [sic]. We treated 318 of the sickest people I have yet seen, men looking as if they had had mortal hemorrhages – weak and stupid they were and took a long time to answer any question that was put to them. Children it seemed by the hundred thousand. Gosh what a day! There is a genuine danger with people like that – the oil of chenopodium may poison themseverly [sic] and I was damned uneasy for the whole of the afternoon, waiting to be called to haul some kid out of convulsions, or the like. But today all is well and I seem to meet nobody who is ready for me with the long cooling knife. Graces [sic] a Deus.⁴¹²

Gregg sublinhava, no trecho destacado, o duplo perigo existente em se administrar quenopódio a pessoas cuja saúde já estava debilitada, perigo de intoxicação para a pessoa tratada e de retaliação para o médico que administrava o medicamento.

⁴¹² Alan Gregg's Brazil diary [22 de novembro de 1919] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011.

FIGURA 11 – O tratamento de crianças com óleo de quenopódio



Fonte: Alan Gregg's Brazil diary [9 de agosto de 1919] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011

A descrição das pessoas examinadas e tratadas durante os *surveys* também merece aqui um breve destaque. Ao iniciar as atividades no Paraná em agosto de 1919, Gregg registrou as seguintes considerações sobre a população local:

The natives can barely read, live in the simplest sort of traditional existence and with swarthy skins, earrings, large straw hats, wooden bowls for the evenings grain, doublestringed bows called bodoques with which they throw stones and kill evenings roast as he sings in the tree, figas or little carved hands to keep off the evil eye, old muzzle-loading flint locks or cap rifles – and the very latest ideas in the treatment of their Hookworm [...].⁴¹³

As considerações de Gregg sobre a população examinada e que lembram, em certa medida, as considerações apresentadas nos relatórios das expedições do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do país realizadas alguns anos antes, indicavam o quão distante a realidade das atividades de campo podia estar dos planos de trabalho apresentados por Ferrell ao Presidente do Estado do Rio de Janeiro, em 1916, quando aquele afirmara que as atividades deveriam ser realizadas em “área avançada em educação e agricultura”.

⁴¹³ Alan Gregg's Brazil diary [10 de agosto de 1919] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011. É interessante destacar que, em mais de uma oportunidade, Alan Gregg referiu-se à população examinada como sendo de “Jeca-Tatus”, fornecendo indícios sobre o alcance do personagem de Monteiro Lobado como sinônimo, naquele momento, da população rural desassistida e doente do país.

Para que os *surveys* pudessem ser realizados, o diário de Gregg revela que eram necessários mais do que acordos entre a Fundação e os governos estaduais. Várias foram as oportunidades em que o médico sublinhou a necessidade de contatar chefes políticos locais para conseguir os meios – alojamento, transporte e apoio – para a realização dos trabalhos, o que ocorreu, por exemplo, em Guarapuava, no estado do Paraná, em setembro de 1919:

I came on here alone to spy out the land for a possible survey and I find everything points to the chances of making a good one. You ought to have seen the formal presentations at the Camara Municipal, a screaming amount of solemn bowing and affable smiles – ‘Tenho muito prazer de conhecê-lo’ etc etc. All with a fearful crowd of hangers-on who when I really got to the point of asking for a house and for cooperation in advertising our stay among the hundreds of out-lying ranches or fazendas, said it would be much better to go to the Chefe Politico and get his word for it all.⁴¹⁴

O apoio dos chefes políticos locais era importante não apenas para garantir os meios materiais para a realização das atividades, mas também para garantir o acesso aos trabalhadores de fazendas, por exemplo, e também como um elemento para convencer a população a participar dos *surveys*, o que nem sempre foi fácil ou mesmo possível. Em julho de 1919, Gregg relatou uma situação que revelava a desconfiança de parcelas da população frente ao trabalho desenvolvido:

I wonder sometimes that the people do not suspect us more, as did a man tother [sic] day in the office. ‘What is this commission of doctors anyway?’ he said to our factotem [sic]. Then all the pride of Alfredo in the patriotic labors of the Brazilians in the Comissao and his pride in being in it came out and he told the man how the health of the Brazilians was being benefited etc. etc. all for nothing, and at no expense. ‘now’ said the men [sic] after Alfredo had finished, ‘tell me the real story!’⁴¹⁵

No final de agosto de 1919, quando realizava o *survey* no estado do Paraná, Gregg escreveu sobre as dificuldades que encontrou para realizar o trabalho no município de São Matheus. Segundo ele, o prefeito da cidade não pareceu muito feliz em receber a equipe que realizaria os exames para determinar os índices da ancilostomíase na região, mas deixou-a usar as dependências da Câmara Municipal. Depois de instalados no município, dois microscopistas foram a uma loja e ao posto do correio munidos de microscópios para fazer

⁴¹⁴ Alan Gregg’s Brazil diary [21 de setembro de 1919] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011.

⁴¹⁵ Alan Gregg’s Brazil diary [27 de julho de 1919] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011.

propaganda do trabalho a ser realizado e para convencer as pessoas a se deixarem examinar, mas a propaganda não alcançou os resultados esperados. Os imigrantes poloneses e seus descendentes, moradores de São Matheus, eram, segundo Gregg, muito desconfiados. Alguns dias depois, o médico descobriu que havia circulado pela cidade o rumor de que ele era um representante do exército norte-americano e que estava coletando informações – nomes e idades – de possíveis recrutas, pois uma nova guerra se aproximava. O exame de mulheres e crianças era apenas um “disfarce” para as “reais intenções” do médico. Gregg pediu a ajuda do padre da localidade para esclarecer a situação: “We went to the Padre who rules with a rod of iron – he will instruct them tomorrow which is Sunday that they are to be examined [...]”.⁴¹⁶ Além disso, Gregg também recorreu a um tradutor para explicar à população as atividades que estavam sendo realizadas pelo grupo naquela localidade.

O idioma representou uma dificuldade a ser superada em diversas oportunidades, e não apenas entre os habitantes, poloneses e seus descendentes, de São Matheus, no Paraná, que, segundo Gregg, estavam naquela localidade há 27 anos e ainda não falavam o português. Ao examinar trabalhadores de uma mina de carvão em Criciúma, Santa Catarina, em novembro de 1919, o médico comparou o local à torre de Babel: “[...] I went up to one of the few coal mines of Brazil this morning and examined about a hundred miners – but it did not have the appearande [sic] of the throne of God – rather the tower of Babel, Polish, German, Portuguese, Spanish and Italian being the languages necessary to success”.⁴¹⁷

⁴¹⁶ Alan Gregg's Brazil diary [setembro de 1919] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011.

⁴¹⁷ Alan Gregg's Brazil diary [12 de novembro de 1919] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011.

FIGURA 12 – *Survey* – Paraná, 1919

“Polak Family in Sao Matheus”

Fonte: Alan Gregg’s Brazil diary [agosto de 1919] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011.

Os habitantes de São Matheus, no Paraná, não foram os únicos a “desconfiar” das intenções de Alan Gregg e de seu pessoal. Em fevereiro de 1920, já durante a realização do *survey* no estado de Santa Catarina, Gregg afirmou que “the inhabitants of the island of Santa Catharina are the most densely ignorant and hopelessly distrustful that we have come across yet and here we ahve [sic] been waiting for people to examine for almost a week and only about 120 have turned up”.⁴¹⁸ De acordo com o médico norte-americano, os “desconfiados” tinham certeza de que havia algum “interesse escuso” por trás das ações de combate à ancilostomíase realizadas pela Fundação, o que dificultava o trabalho.⁴¹⁹

⁴¹⁸ Alan Gregg’s Brazil diary [23 de fevereiro de 1920] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011.

⁴¹⁹ Ainda em fevereiro de 1920, durante a realização do *survey* em Santa Catarina, Gregg escreveu: “We have been down here in this little place nearly a week and have done almost nothing at all because the people are disconfiado and are sure that there is a string to this charity somewhere. So I have lost all my natives to be amused at and life has been very very slow”. Alan Gregg’s Brazil diary [25 de fevereiro de 1920] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011. Grifos do autor.

Além da desconfiança da população com relação às atividades desenvolvidas durante a realização dos *surveys*, Alan Gregg também destacou o importante papel, inclusive político, desempenhado por outros agentes de cura, como curandeiros e benzedores, em diversas localidades visitadas pelo médico e sua equipe de trabalho. Nas palavras de Gregg, “the curandheiro, or wizard-medicine-man here occupies an interesting position. So powerful and widely recognized are they that as yet the medical profession is unable to deal with them, for they frequently have political influence [...]”.⁴²⁰

Em julho de 1919, por exemplo, o médico relatou um episódio em que um curandeiro que, segundo Gregg, estava descontente com a realização do *survey* entre a população por ele atendida, espalhou um rumor sobre os exames de sangue realizados para verificação de anemia, buscando, assim, atrapalhar as atividades:

Dr. Smillie and I had the same sort of thing happen to us up in the interior. We were testing how good people’s blood was by pricking their ears and seeing how red the drop of blood was on a piece of blotting paper. The curandiero [sic] or medicine man there did not like to see his patients being treated by anybody else so he told them that we were selling the blood on the blotting paper to the Devil. So all the people ran home and we had nobody left to work with in that town! That was only just a few weeks ago.⁴²¹

Ao analisar as considerações relativas às atividades de combate à ancilostomíase tecidas por Alan Gregg em seu diário e destacadas aqui brevemente, é possível observar que a realização das ações de combate à doença dependia não apenas da cooperação formalizada entre os governos estaduais e a IHB, mas também da relação estabelecida entre os diversos envolvidos, direta ou indiretamente, no dia a dia das campanhas, como as equipes de campo,

⁴²⁰ Alan Gregg’s Brazil diary [agosto de 1919] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011.

⁴²¹ Alan Gregg’s Brazil diary [13 de julho de 1919] (NLM). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 out. 2011. Outra referência aos curandeiros ou benzedores pode ser encontrada em janeiro de 1920: “The practice of a similar form of belief to Christian science is very common here. The Curandheiros [sic] or benzoadors [sic] can manage a disease very well at a distance, and the Catholic priests are not far behind. A curandheiro [sic] cures but a benzoador [sic] or blesser can avoid such things as the evil eye, cattle pests flights of grasshoppers and frost. I know a priest who sold little calico flags at five mil a piece – value here about \$5 – to keep the grasshoppers off. They did not work very well – but he said he had splendid silk flags at 50 mil that would work wonders! This being more money than a caboclo sees ever at one time – naturally it could not be denied that these big flags are good. I know an intelligent American woman [...] who here employs a blesser for her ranch and believes in him. She has seen the cockroaches in droves swept out of the house after his prayers and she is no questioner of HOW it is done – she wants the results. Instead of people being angry at such stupidity twould [sic] be better for medicine to learn what happens and simply show if possible that with a phsical [sic] cause it works better to have a physical remedy. Instead of flying into a passion with the people who have found spiritismo to work as well as anything else. For if we are right the thing to do is to prove it” [19 de janeiro de 1920]. Grifos do autor.

os chefes políticos e religiosos locais, os diversos agentes de cura e a população em geral. Alguns destes aspectos poderão ser observados também ao abordarmos as atividades de combate à ancilostomíase realizadas no Rio Grande do Sul.

No próximo capítulo, iniciaremos a análise da cooperação entre a *International Health Board* e o governo do estado do Rio Grande do Sul no combate à ancilostomíase ocorrida nos primeiros anos da década de 1920, apresentando um panorama da saúde pública no estado e discutindo o início das atividades de cooperação entre a Fundação e o governo estadual.

CAPÍTULO IV – *GOING LOCAL*: A SAÚDE PÚBLICA NO RIO GRANDE DO SUL E AS PRIMEIRAS ATIVIDADES DA FUNDAÇÃO ROCKEFELLER NO ESTADO

*“In that land of positivism...”*⁴²²

Neste quarto capítulo, nossa proposta é oferecer, inicialmente, um panorama da situação da saúde pública no Rio Grande do Sul durante a Primeira República, destacando aspectos normativos e organizacionais (substrato cultural e intelectual – positivismo – que orientou a ação do estado no campo da saúde), bem como o ambiente profissional médico e a situação sanitária no estado no início do século XX. Em seguida, apontaremos e discutiremos algumas evidências sobre os primeiros contatos entre a Fundação Rockefeller e o governo do estado do Rio Grande do Sul. Por fim, discorreremos sobre a realização do *survey*, orientado pela Fundação, em diversas localidades do estado, entre março e julho de 1920, levantamento preliminar sobre a situação da ancilostomíase no estado que forneceria as bases para a cooperação entre a instituição norte-americana e o governo estadual.

4.1 “AUTONOMIZAÇÃO DAS PRÁTICAS REGIONAIS”: A SAÚDE NO RIO GRANDE DO SUL DA PRIMEIRA REPÚBLICA

O movimento republicano organizou-se tardiamente no Rio Grande do Sul, e o Partido Republicano Rio-Grandense – PRR foi formalmente instituído em 1882. Os fundadores do partido possuíam características distintas das elites políticas da época: eram jovens, com instrução superior e sem experiência partidária anterior. Além disso, os membros do partido republicano sul-rio-grandense se declararam positivistas⁴²³, não partilhando, assim, com os

⁴²² Hackett to Russel, July 18, 1922 (RAC, RF, RG 5, Series 1, Sub-Series 2, Box 135, Folder 1795).

⁴²³ Segundo o *Dicionário do Brasil Imperial (1822-1889)*, “o conjunto de idéias filosóficas denominado positivismo pelo seu próprio fundador, o francês Augusto Comte (1798-1857), ganhou terreno e adeptos no Brasil nas últimas décadas do século XIX. As academias militares, médicas, de engenharia e de direito foram os espaços intelectuais onde primeiro começaram a ser defendidas teses com base nos pressupostos teóricos de Comte. Augusto Comte (Isidore Auguste Marie François Xavier) nasceu na cidade francesa de Montpellier em 1798 e faleceu em Paris, em 1857. O positivismo, em termos gerais, tem como pressupostos básicos uma crença inabalável na ciência e no primado da razão. A história seria regida por leis imutáveis, científicas ou positivas, passíveis de apreensão por parte do homem, sendo que a lei fundamental seria a evolução. A trajetória evolucionária da humanidade estaria sujeita, para o positivismo, à lei dos três estados: teológico, metafísico e positivo. No primeiro, predominavam as crenças no sobrenatural; no segundo, o pensamento metafísico; no terceiro, o pensamento científico. A República seria o regime ideal para a transição em busca da fase final, pois ajudaria a superar a fase metafísica, típica das monarquias hereditárias, embasadas no direito divino dos reis” (ZENI, Maurício. Positivismo. In: VAINFAS, Ronaldo (Dir.). *Dicionário do Brasil Imperial (1822-1889)*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002, p. 585-586). O encontro entre Comte e Clotilde Vaux, em 1845, produziu uma mudança profunda na obra de Comte, com a introdução de elementos religiosos e o predomínio do sentimento

demais partidos republicanos e monárquicos a doutrina liberal como base. Os republicanos sul-rio-grandenses eram membros da elite econômica estadual, mas não pertenciam à tradicional elite pecuária da campanha gaúcha que, em sua quase totalidade, formava o Partido Liberal. Em sua maioria, eram provenientes da região norte do estado, de ocupação mais recente e mais pobre do que a campanha.⁴²⁴

A proclamação da República, em 1889, criou condições para que o PRR chegasse ao poder no estado, mas esse processo não foi simples, mesmo com o apoio do governo central. Entre 1889 e 1897, dez presidentes governaram o Rio Grande do Sul e destes, apenas Júlio de Castilhos e João Abbott eram diretamente ligados ao Partido Republicano estadual.⁴²⁵

Distintamente do que ocorreu na maioria dos outros estados, onde a passagem do poder aos partidos republicanos regionais ocorreu sem maiores traumas, no Rio Grande do Sul esta passagem foi conturbada, pois os republicanos não pertenciam ao mesmo segmento social dos membros do Partido Liberal, que se encontravam próximos à monarquia, nem compartilhavam dos mesmos princípios ideológicos. Entre 1893 e 1895, o estado viveu uma guerra civil, a Revolução Federalista⁴²⁶, da qual o PRR saiu vitorioso com o apoio do governo federal.⁴²⁷

sobre a razão. Essa mudança no conjunto filosófico de Comte foi responsável por rupturas, inclusive no Brasil, entre os que adotaram sua obra filosófica em seu conjunto, incluindo os aspectos religiosos, e os que adotaram apenas a parte dita científica. Em reflexão sobre a importação de ideias, o historiador José Murilo de Carvalho, referindo-se especificamente à importação do positivismo, destaca que havia mais de um positivismo já a partir de Comte, cujos seguidores optavam entre a adoção do sistema completo, incluindo a religião da humanidade, ou a adoção da parte “científica” do sistema. Partindo disso, Carvalho aponta que a importação do positivismo no Brasil poderia ocorrer ao nível de expressões e frases de efeito, de alguns valores ligados ao sistema comtiano (progresso na ordem, cientificismo, incorporação, entre outros), ou de ideias, como as fases da humanidade, por exemplo. Além da diversidade de positivismos importados e da variedade de formas de importação, Carvalho destaca a importância de analisar quem importou. No caso do positivismo, destaca os técnicos e cientistas, como engenheiros, médicos e matemáticos, por exemplo, e os militares. Como consequência, para o cenário nacional, da importação dos “positivismos”, o autor aponta o grande peso adquirido pela retórica cientificista no plano intelectual, a introdução e reforço da ideia de executivo forte e dominante no campo político, e a ideia de sociedade incorporadora, incluindo, no campo social. Consideramos importante destacar ainda as seguintes palavras do autor sobre o fenômeno da importação de ideias: “É preciso atenção aos modos, conteúdo, objetivos e consequências da recepção, e a quem recebe. Mesmo sistemas fechados de pensamento, como o positivismo, podem ser absorvidos de maneira distinta por pessoas distintas e com consequências distintas. As mesmas idéias podem em alguns casos reforçar valores preexistentes, em outros desafiá-los, servir à conservação ou à mudança. As consequências das idéias podem não ter relação alguma com os objetivos de quem inicialmente as adotou, se é que este alguém tinha algum objetivo além do simples consumo individual. Não se trata, portanto, de dizer se as idéias estão ou não em seu lugar. Elas circulam e são apropriadas das maneiras mais variadas” (CARVALHO, José Murilo. *O Positivismo Brasileiro e a Importação de Idéias*. In: GRAEBIN, Cleusa Maria Gomes; LEAL, Elisabete (Orgs.). *Revisitando o Positivismo*. Canoas: Editora La Salle, 1998, p. 26).

⁴²⁴ PINTO, Celi Regina J. *Positivismo: Um Projeto Político Alternativo (RS: 1889-1930)*. Porto Alegre: L&PM, 1986, p. 9-10.

⁴²⁵ *Ibidem*, p. 16.

⁴²⁶ Segundo Fábio Kühn, a Revolução Federalista (1893-1895) pode ser entendida como “[...] uma revolta de coronéis, representantes do poder local, contra a ação política de Júlio de Castilhos. A subida dos republicanos ao poder, contrários a qualquer tipo de privilégio, acabou ferindo a viabilidade da manutenção do *pacto imperial* (que privilegiava os estancieros, os coronéis da fronteira sul). O ‘pacto’ entre os coronéis e o Império pode ser

Nacionalmente, o Partido Republicano sul-rio-grandense foi bem-sucedido, pois seus membros apresentaram-se como a única alternativa republicana no estado, apontando os opositoristas como ameaças monarquistas ao novo regime. Regionalmente, o partido criou um poderoso aparato militar, a Brigada Militar, e aprovou uma Constituição, cujo projeto foi redigido por Júlio de Castilhos, que garantiu sua reprodução no poder durante a República Velha, assegurando estabilidade e construindo uma imagem de governo eficiente e responsável. Júlio de Castilhos e Borges de Medeiros foram os principais nomes do PRR. O primeiro governou o estado até 1898, e o segundo, entre 1898 e 1908 e entre 1913 e 1928.⁴²⁸

A Constituição Estadual do Rio Grande do Sul, de 14 de julho de 1891, teve clara inspiração positivista. Proclamada em nome da família, da pátria e da humanidade (sem menção a Deus), estabeleceu o predomínio completo do Executivo – grande concentração de poderes nas mãos do Presidente do Estado, que legislava por decretos, nomeava seu Vice e podia reeleger-se indefinidamente – e uma Assembleia dos Representantes com atribuições apenas orçamentárias. Ainda de acordo com a Constituição Estadual, o Presidente do Estado era assistido em suas funções por três Secretários de sua livre escolha e incumbidos das Secretarias dos Negócios das Obras Públicas, dos Negócios da Fazenda e dos Negócios do Interior e Exterior.

A situação distinta do Partido Republicano no estado teve, entre suas consequências, a defesa radical do federalismo, com uma clara preocupação do PRR em resguardar a autonomia do governo estadual. Como afirma Celi Pinto,

Se a defesa do federalismo era um ponto central no discurso republicano em geral, ele foi mais central ainda no discurso do PRR. Se o federalismo garantia a autonomia dos estados e a reprodução no poder das oligarquias regionais, no Rio Grande do Sul ele representava a única segurança contra uma possível aliança entre o governo federal e os grupos de oposição ao PRR no estado. No Rio Grande do Sul, o governo federal sempre tinha, pelo menos em teoria, uma alternativa ao PRR, pois as forças de oposição estavam sempre prontas a juntar-se a ele para desalojar o poder do PRR.⁴²⁹

Também é comum encontrarmos, em estudos sobre a República Velha gaúcha e o PRR, discussões sobre a associação entre o Partido e os princípios da “Ordem e Progresso”, “Incorporação”, “Ditadura Republicana”, “Equilíbrio Orçamentário”, “Cientificismo”,

resumido da seguinte forma: os coronéis da fronteira defendiam os interesses territoriais imperiais; em troca, o governo fazia ‘vistas grossas’ ao contrabando” (KÜHN, Fábio. *Breve História do Rio Grande do Sul*. 3. ed. ampl. Porto Alegre: Leitura XXI, 2007, p. 106). Grifos do autor.

⁴²⁷ PINTO, 1986, p. 10 e p. 17.

⁴²⁸ Ibidem, p. 15-40.

⁴²⁹ Ibidem, p. 35-36.

“Educação” e “Liberdade Profissional e Religiosa”. No governo do PRR, positivista, o progresso ocorreria dentro da ordem; haveria a cooperação, integração e incorporação das classes; o Executivo seria forte e dominante, e não haveria nenhuma despesa sem receita. Para os fins deste estudo, porém, concentrar-nos-emos nos aspectos relacionados à discussão proposta.⁴³⁰

4.1.1 Legislação e organização da saúde pública

Como já afirmamos no primeiro capítulo deste estudo, a partir de decreto federal de 30 de dezembro de 1891, que tornou explícita a lei orçamentária referente às despesas de 1892, ficou confirmada a interpretação relativa à Constituição de 1891 de que os governos estaduais seriam responsáveis pelas atividades terrestres de saúde pública em suas regiões. Deste momento em diante, conforme Janete Abrão, “[...] o Estado do Rio Grande do Sul, bem como os demais estados, passaram a definir as questões sanitárias e a se estruturar a partir de seus recursos específicos e de suas próprias problematizações e interesses”.⁴³¹

A Constituição Política do Estado do Rio Grande do Sul de 1891 determinava, a este respeito, em seu Título I, Artigo 5º, que “as despesas do seu govêrno e administração serão feitas a expensas próprias, com o produto de rendas, taxas e contribuições decretadas pelo poder competente, salvo o caso de calamidade pública, no qual poderá ser reclamado auxílio do Govêrno da União, conforme o disposto no art. 5º da Constituição Federal”.⁴³²

⁴³⁰ Nossa proposta aqui não é discutir amplamente o governo do PRR no Rio Grande do Sul ou a influência do positivismo sobre o Partido, mas sim, como já afirmamos, apontar questões e destacar aspectos importantes para a reflexão proposta. Para discussões sobre o Partido Republicano Rio-grandense e sobre a influência do positivismo no Rio Grande do Sul apontamos, entre outros estudos, GRAEBIN, Cleusa Maria Gomes; LEAL, Elisabete (Orgs.). *Revisitando o Positivismo*. Canoas: Editora La Salle, 1998; FRANCO, Sérgio da Costa. *Júlio de Castilhos e Sua Época*. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS; MEC/SESu/PROEDI, 1988; LOVE, Joseph. *O Regionalismo Gaúcho e as Origens da Revolução de 1930*. São Paulo: Perspectiva, 1975; PINTO, Celi Regina J. *Positivismo: Um Projeto Político Alternativo (RS: 1889-1930)*. Porto Alegre: L&PM, 1986; BOEIRA, Nelson. O Rio Grande de Augusto Comte. In: DACANAL, José; GONZAGA, Sergius (Orgs.). *RS: Cultura e Ideologia*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1980, p. 34-59; BOSI, Alfredo. *Dialética da Colonização*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992, cap. 9; AXT, Gunter *et al.* (Org.). *Júlio de Castilhos e o paradoxo republicano*. Porto Alegre: Nova Prova, 2005; RECKZIEGEL, Ana Luiza Setti; AXT, Gunter (Dir.). *República Velha (1889-1930)*. Passo Fundo: Méritos, 2007, v. 3, t. 1 e 2. (Coleção História Geral do Rio Grande do Sul). Gostaríamos de destacar aqui também que os estudos relativos à história da saúde no Rio Grande do Sul são um campo em expansão. Citamos, sabendo que muitos bons estudos acabarão ficando fora da relação, os trabalhos de Beatriz Weber, Nikelen Acosta Witter, Juliane Serres, Éverton Quevedo, Lorena Gill, Nádia Weber Santos, Janete Abrão, Éder Silveira, Yonissa Marmitt Wadi, Cláudia Tomaschewski, Ricardo de Lorenzo, Lizete Kummer, Leonor Schwartzmann, Felipe Vieira, Aline Cadaviz, Gabrielle Werenicz Alves, Vladimir Ferreira de Ávila, Daniel de Oliveira e Cristiano de Brum, entre outros.

⁴³¹ ABRÃO, 2009, p. 50.

⁴³² RIO GRANDE DO SUL. Constituição Política do Estado do Rio Grande do Sul, de 14 de julho de 1891. Consulta realizada no site Biblioteca Borges de Medeiros, da Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande

Janete Abrão, comentando o texto da Constituição estadual no que se referia à saúde, nos informa ainda que,

Conforme o Título III, art. 6º da *Constituição política do Estado do Rio Grande do Sul*, de 1891, competia ao Estado em termos de Higiene Pública: a) o estudo científico da natureza e etiologia das moléstias endêmicas e epidêmicas, assim como os meios profiláticos de as combater e quaisquer pesquisas [sic] bacteriológicas feitas em laboratório especial; b) as providências de caráter defensivo contra a invasão de enfermidades exóticas ou disseminação de moléstias autóctones, tais como rigorosa vigilância sanitária, assistência hospitalar, isolamento e desinfecção; c) a organização da estatística demógrafo-dentista [sic]; d) a fiscalização do exercício da medicina e farmácia; e) as análises dos produtos alimentícios, das bebidas e das drogas importadas; f) a polícia sanitária dos portos internos. Parágrafo único – Compete aos municípios tudo o que se refere à higiene local, excetuadas as anteriores disposições deste artigo.⁴³³

O governo estadual se responsabilizava pelas questões relativas à saúde e repassava aos municípios as relativas à higiene.

O estado do Rio Grande do Sul teve dois regulamentos para as questões da saúde no período da República Velha: o Regulamento para o Serviço de Higiene, de 1895, e o Regulamento da Diretoria de Higiene do Estado do Rio Grande do Sul, de 1907. Em 1929, foi proposta uma reforma dos serviços sanitários do estado, reforma sobre a qual nos deteremos no último capítulo.

Através do Decreto n. 44, de 2 de abril de 1895, ficou estabelecido o Regulamento para o Serviço de Higiene do Estado. Neste primeiro regulamento para as questões da saúde, ficou estabelecido que as atribuições do serviço sanitário do estado seriam as seguintes:

- Art. 1º - O serviço sanitário do Estado do Rio Grande do Sul compreende:
- 1º O estudo de todas as questões relativas á hygiene do Estado.
 - 2º A adopção dos meios tendentes a prevenir, combater ou attenuar as molestias endemicas, epidemicas e transmissiveis.
 - 3º O saneamento das localidades e habitações.
 - 4º A indicação dos meios de melhorar as condições sanitarias das populações industriaes e agricolas.
 - 5º A inspecção sanitaria das escolas, fabricas, officinas, hospitaes, hospicios, prisões e todas as demais habitações collectivas.
 - 6º A organização, direcção e distribuição dos socorros de assistencia publica, em casos de molestias que se possam tornar epidemicas, adoptando os meios para obstar o seu desenvolvimento.

do Sul. Disponível em: <<http://www2.al.gov.br/biblioteca/LinkClick.aspx?fileticket=a2c63QZxmzg%3d&tabid=3107&language=pt-BR>>. Acesso em: 27 jul. 2010.

⁴³³ OSÓRIO, 1981, p. 223 apud ABRÃO, 2009, p. 52.

7º A fiscalização sanitaria dos grandes trabalhos de utilidade publica, distribuição de aguas, cemiterios, remoção de immundicies e quaesquer outras obras que interessem a saúde publica.

8º A fiscalização dos serviços destinados á alimentação publica, do fabrico e consumo de bebidas nacionaes e estrangeiras, naturaes ou artificiaes.

9º A organização da estatística demographo-sanitaria.

10. A fiscalização do exercicio da medicina em qualquer de seus ramos e da pharmacia.

11. A policia sanitaria sobre tudo o que, directa ou indirectamente, possa influir na salubridade das cidades, villas ou povoações do Estado.

12. A superintendencia do serviço de vacinação ministrada pelo Estado.⁴³⁴

Como podemos observar, foram incluídas no Regulamento de 1895 questões relativas à profilaxia de doenças; ao saneamento e sua fiscalização; ao controle de gêneros alimentícios; à fiscalização do exercício da medicina, farmácia, drogaria, obstetrícia e arte dentária; à estatística demográfico-sanitária e à polícia sanitária.

Segundo Beatriz Teixeira Weber, o Regulamento de 1895, assinado por Júlio de Castilhos, então Presidente do Estado, e pelo médico João Abott, “[...] expressava a preocupação com a salubridade das áreas urbanas, com ações sanitárias que visavam a vigiar e controlar o meio externo para garantir a sua higiene, por meio de instrumentos coercitivos, como polícia e campanhas”.⁴³⁵

A Diretoria de Higiene do Estado, órgão subordinado à Secretaria dos Negócios do Interior e Exterior, foi oficialmente instituída neste ano e tinha por objetivo executar os serviços estabelecidos pelo Regulamento.⁴³⁶ De acordo com o Regulamento de 1895, a Diretoria de Higiene era composta por um diretor, um ajudante e um secretário, que deveriam ser médicos, além de um químico farmacêutico, um escriturário e desinfetadores, entre

⁴³⁴ RIO GRANDE DO SUL. Decreto n. 44, de 2 de abril de 1895 – Dá regulamento para o serviço de higiene (Arquivo Histórico do Rio Grande do Sul, doravante AHRS, Legislação Estadual. Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado, doravante LEG, 626).

⁴³⁵ WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense – 1889/1928*. Santa Maria: Ed. da UFSM; Bauru: EDUSC – Editora da Universidade do Sagrado Coração, 1999, p. 50. Ainda comentando o Regulamento para o Serviço de Higiene de 1895, Weber afirma que “a maior parte da discussão do período referia-se à higiene pública. Nessa visão, o indivíduo seria um componente do meio externo que estaria favorecendo a propagação dos agentes causadores das doenças. As ações sanitárias visavam a livrar os indivíduos saudáveis do contato com os doentes e livrar os doentes dos agentes causadores (o meio de cultura do microorganismo). Os grupos-alvo eram constituídos pelos indivíduos portadores de alguma moléstia transmissível ou mais vulneráveis a elas, como a população pobre, moradora de lugares insalubres. Essa era a perspectiva norteadora da organização de políticas governamentais em vários lugares, com diferentes configurações e intensidades de acordo com cada situação, havendo perspectivas diferenciadas na Inglaterra e na França, por exemplo, assim como no Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre” (Ibidem, p. 50-51).

⁴³⁶ Apesar da Diretoria ter sido organizada pelo Decreto n. 44, de abril de 1895, o governo já apresentava informações sobre higiene e saúde em seus relatórios desde 1893, ano do primeiro Relatório da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior do Rio Grande do Sul encontrado no AHRS. A Diretoria de Higiene foi precedida pela Inspetoria de Higiene.

outros.⁴³⁷ O cargo de Diretor de Higiene do estado foi ocupado por Protásio Antonio Alves⁴³⁸ até 1905, ano em que se tornou Secretário do Estado dos Negócios do Interior e Exterior do Rio Grande do Sul. Nos relatórios referentes aos anos de 1906 e 1907, a Diretoria é ocupada interinamente por A. Campos Velho e, em fins de 1907, Ricardo Machado assume a Diretoria de Higiene do estado. Em 1925, José Flores Soares assume interinamente a Higiene e, em 1928, Fernando de Freitas e Castro, médico ex-bolsista da Fundação Rockefeller, passa a ser responsável pela saúde no Rio Grande do Sul.⁴³⁹

Além do pessoal que compunha a Diretoria de Higiene, o Capítulo II do Regulamento estabelecia que as vilas e cidades do estado contariam com delegados de higiene. Subordinados à Diretoria de Higiene, estes delegados eram responsáveis pela execução dos serviços sanitários. Foram instituídas 21 delegacias de higiene em diversos municípios do Rio Grande do Sul, mas a leitura dos Relatórios da Diretoria de Higiene revela a dificuldade em preencher os cargos nessas delegacias. Em 1897, somente as delegacias de Pelotas, Bagé, Encruzilhada, Caçapava, Quaraí, São Sebastião do Caí, São Gabriel e Uruguaiana contavam com pessoal.⁴⁴⁰

⁴³⁷ Decreto n. 44, de 2 de abril de 1895 (AHRS, LEG 626).

⁴³⁸ Protásio Antonio Alves nasceu em Rio Pardo, em 21 de março de 1859, filho do boticário rio-pardense Patrício Antonio Alves e de Cândida Carolina Ávila Alves, também natural de Rio Pardo. Aprendeu as primeiras letras na terra natal e frequentou, posteriormente, o colégio particular dirigido por Fernando Gomes, em Porto Alegre, onde estudou com Júlio de Castilhos. Iniciou, em 1877, os estudos de medicina no Rio de Janeiro. Durante o período de estudos no Rio, Protásio Alves foi presidente do Club Republicano Evolucionista. Em 13 de dezembro de 1882, obteve o título de Doutor com louvor, com a tese *Paralelo entre a divulsão e a uretrotomia interna*. Em 1883, Protásio viajou para a Europa – Viena, Berlim e Paris –, onde viveu por dois anos e se aperfeiçoou em Urologia, Ginecologia e Obstetrícia. Ao voltar da Europa, Protásio Alves abriu consultório no centro de Porto Alegre. Em 29 de maio de 1886, Protásio Antonio Alves casou-se com Geralda Velho Cardia. Protásio e Geralda tiveram cinco filhos. Em sua vida pública, Protásio Alves exerceu, desde o final do século XIX, muitos cargos e funções: mesário da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (eleito para o biênio 1890 – 1891); deputado na primeira Constituinte (foi um dos 43 signatários da Carta de 14/7/1891); presidente da Assembleia Legislativa; Diretor de Higiene do Estado (até 1907); presidente da Sociedade de Medicina de Porto Alegre (eleito em 1890); diretor da Faculdade de Medicina de Porto Alegre (1898 – 1904 e 1905 – 1907); Professor Catedrático de Anatomia e Fisiologia Obstétrica; Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior (1907 – 1928); Vice-Presidente do Estado do Rio Grande do Sul (dois mandatos entre 1918 e 1928); professor honorário da Faculdade de Medicina de Porto Alegre (1921); presidente da Comissão Organizadora do IX Congresso Médico Brasileiro (Porto Alegre, 1926), entre outros cargos. Além das funções e cargos elencados acima, o médico realizou a primeira operação de cesariana em Porto Alegre e, a partir desta experiência, percebeu a necessidade de uma Enfermaria de Partos. A fundação da Enfermaria, na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, ocorreu entre os anos de 1894 e 1895. Em 1897, Protásio Alves fundou, com os colegas Dioclécio Pereira, Serapião Mariante, Carlos Nabuco e Sebastião Leão, o Curso de Partos na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Protásio Antonio Alves encerrou a sua vida política em janeiro de 1928 e faleceu à meia-noite do dia 4 para o dia 5 de junho de 1933 (CAMPOS, Maria do Carmo; D’AZEVEDO, Martha Geralda Alves. *Protasio Alves e o seu tempo (1859-1933)*. Porto Alegre: Já Editores, 2006).

⁴³⁹ Tendo ocupado o cargo de Diretor de Higiene até 1907, Protásio Alves foi o proponente dos dois Regulamentos de Higiene do estado até 1929, ano em que foi proposta uma reforma na área da saúde.

⁴⁴⁰ RIO GRANDE DO SUL. Relatório da Diretoria de Higiene, 1897 (AHRS, Relatório da Secretaria do Interior e Exterior, doravante SIE.3, 004). É bem provável que a dificuldade em preencher o cargo de delegado de higiene estivesse relacionada ao fato de ser um cargo sem remuneração, conforme declaração de Protásio Alves em Relatório de 1894 (Relatório da Diretoria de Higiene, 1893 – AHRS, SIE.3 – 001).

gêneros alimentícios e medicamentos, e para o estudo da potabilidade da água, por exemplo.⁴⁴²

No que se referia ao exercício da medicina, farmácia, drogaria, obstetrícia e arte dentária, o regulamento estabelecia, em seu Título II, Capítulo I, Artigo 11, que “quem quiser exercer a medicina em qualquer de seus ramos, a pharmacia, drogaria, obstetricia e arte dentaria, deverá requerer inscripção, em registro existente na directoria”.⁴⁴³ Para exercer a medicina e seus ramos, bastava aos interessados inscreverem-se na Diretoria de Higiene. A fiscalização das farmácias e o controle dos erros e abusos cometidos no exercício da profissão mereceram vários parágrafos neste capítulo do regulamento.⁴⁴⁴

O regulamento também estabelecia várias atribuições à polícia sanitária, cujo fim era a observância do disposto no regulamento “relativamente a prevenção e repressão de abusos que possam comprometer a saúde publica”. Entre as atribuições da polícia sanitária estavam a fiscalização das habitações particulares e coletivas; dos alimentos; de fábricas, escolas, maternidades e casas de saúde, além da realização de desinfecções. As doenças transmissíveis de notificação compulsória estabelecidas no regulamento eram febre amarela, cólera morbus, doenças coleriformes, sarampão, escarlatina, varíola, difteria, febre tifoide, febre puerperal e coqueluche. Em épocas de epidemias, o número de funcionários da Diretoria de Higiene poderia ser ampliado.⁴⁴⁵

Segundo Beatriz Teixeira Weber, o Regulamento para o Serviço de Higiene de 1895 era bastante parecido com os regulamentos dos demais estados brasileiros e mais minucioso, se comparado com o seguinte, de 1907. Nas palavras da autora, a orientação de saúde pública nos primeiros anos da República brasileira “[...] parece ter sido semelhante nas várias regiões do País, inclusive no Rio Grande do Sul. Nesse caso, no entanto, as diferenças foram implantando-se de forma mais sistemática após a consolidação do PRR no Estado, com a

⁴⁴² Relatório da Diretoria de Higiene, 1893 (AHRs, SIE.3 – 001). Apesar de estarem oficialmente criados, os laboratórios do estado não passaram a funcionar imediatamente. Em relatório de 1901, o Diretor de Higiene, Protásio Alves, afirmava que o laboratório de química do estado não funcionava, sendo utilizado, para o serviço do estado, o da Faculdade de Medicina e Farmácia. O laboratório de bacteriologia, segundo o diretor, também ainda não funcionava com a devida regularidade, pois não estava completo em termos de material e de pessoal (Relatório da Diretoria de Higiene, 1901 – AHRs, SIE.3 – 010).

⁴⁴³ Decreto n. 44, de 2 de abril de 1895 (AHRs, LEG 626).

⁴⁴⁴ Ficava estabelecido, por exemplo, que a pessoa que exercesse qualquer uma das profissões a que se referia o Regulamento sem o registro na Diretoria de Higiene deveria pagar uma multa, bem como as que incorressem em erro de ofício (Decreto n. 44, de 2 de abril de 1895 – AHRs, LEG 626). Segundo Beatriz Weber, esta fiscalização era tida como “letra morta”, pois o cargo de delegado de higiene era honorário (WEBER, 1999, p. 49).

⁴⁴⁵ Decreto n. 44, de 2 de abril de 1895 (AHRs, LEG 626).

organização de um novo regulamento, que excluiu a maior parte das preocupações de 1895”.⁴⁴⁶

Somente para lembrar, um ano após o decreto do Regulamento para o Serviço de Higiene do estado, em 1895, com a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública – DGSP, em 1896, foram organizados os serviços sanitários em nível federal, e os problemas sanitários foram oficialmente divididos entre os estados e as municipalidades: os estados seriam responsáveis pelas questões referentes à saúde pública e os municípios ficariam encarregados dos serviços de higiene.⁴⁴⁷

O Regulamento da Diretoria de Higiene do Estado do Rio Grande do Sul, Decreto n. 1240A, de 31 de dezembro de 1907, era, como já foi mencionado, menos minucioso do que o anterior. No que se referia ao pessoal, a Diretoria contava, a partir de então, com o acréscimo de um ajudante de químico, um escriturário e “tantos fiscaes, desinfectadores, serventes, guardas, quantos forem necessarios ao serviço”. Além disso, os delegados de higiene “fora da capital” seriam nomeados sempre que “exigisse o serviço”, o que sugere que as delegacias de higiene não funcionariam de maneira permanente.⁴⁴⁸

O novo regulamento afirmava a liberdade do exercício da medicina e da farmácia (Título II, Capítulo I, Artigo 13), cabendo à Diretoria de Higiene investigar e denunciar ao Ministério Público os casos de abuso e crimes (Título II, Capítulo I, Artigo 14), mas a fiscalização do exercício da medicina em qualquer um de seus ramos e da farmácia desaparece da lista de atribuições da Diretoria. O saneamento das localidades e habitações, e a superintendência do serviço de vacinação ministrada pelo estado também não constam mais entre as atribuições da Diretoria de Higiene do Rio Grande do Sul. A polícia sanitária teve suas funções alteradas, passando a ser responsável apenas pelos “casos de doenças de epizootias ou nos de molestias que possam adquirir semelhante character”, e não mais por todas as questões que pudessem influir, direta ou indiretamente, na salubridade das povoações, como em 1895. Além disso, a partir de 1907, os produtos destinados à exportação também passaram a ser fiscalizados, juntamente com os serviços destinados ao consumo.

Este novo regulamento refletia a orientação do governo gaúcho de que não cabia ao governo intervir em assuntos privados, como o eram os relativos à saúde. A intervenção era aceitável apenas em casos extremos de doenças contagiosas. Na prática, porém, “[...] continuava-se isolando doentes, desinfetando lugares contaminados e evitando o cúmulo de

⁴⁴⁶ WEBER, 1999, p. 52.

⁴⁴⁷ ABRÃO, 2009, p. 50-51.

⁴⁴⁸ RIO GRANDE DO SUL. Decreto n. 1240A, de 31 de dezembro de 1907 – Anexa o Laboratório de Análises à Diretoria de Higiene e expede novo regulamento para esta repartição (AHRs, LEG 641).

lixo”.⁴⁴⁹ O Regulamento de 1907 estaria, segundo Weber, mais adequado à perspectiva positivista adotada no Rio Grande do Sul.⁴⁵⁰ Cabe aqui alguma explicação.

4.1.2 Prática médica e situação sanitária

Para os dirigentes positivistas, o cidadão deveria ser educado nos princípios da ciência e, esclarecido, tomaria as decisões relativas à sua saúde e à da sua família. Esse princípio está diretamente relacionado ao ideal da liberdade profissional e religiosa defendido pelo Apostolado Positivista. De acordo com esse ideal, não caberia ao governo republicano regular as profissões e as crenças da população. Ao governo caberia o longo processo de educação da população – moralização dos indivíduos pela tutela do Estado – , e esta população instruída regularia as profissões de acordo com suas preferências.

O princípio de separação entre os poderes temporal e espiritual foi fundamental para articular a visão sobre saúde tida pelos positivistas que assumiram o governo gaúcho. Não apoiavam qualquer intervenção que ferisse a liberdade de escolha de cada indivíduo em seu cotidiano. O poder temporal podia apenas incentivar a educação baseada na ciência.⁴⁵¹

A reorganização social ocorreria em escalas, atingindo primeiramente as ideias, depois os costumes e, por último, as instituições. Não caberia ao Estado interferir em questões individuais. Essa questão atingia diretamente os médicos, pois, no estado, qualquer pessoa poderia praticar a arte da cura, devendo, para isso, apenas inscrever-se na Diretoria de Higiene mediante o pagamento de uma taxa. Deveriam ser multados os que exercessem a medicina sem a inscrição ou que cometessem algum erro, mas essa fiscalização, como já destacamos, simplesmente não acontecia.⁴⁵² O Relatório da Diretoria de Higiene apresentava, por exemplo, os seguintes dados com relação às inscrições para o ano de 1899:

Para o serviço da medicina registraram suas cartas 4 médicos formados em faculdades da República, 5 por universidades estrangeiras e 38 que não exibiram título de habilitação. Para o exercício de farmácia 2, que exibiram cartas, 1 pela faculdade do Rio de Janeiro e outro pela da Bahia, e 7 que não apresentaram título de habilitação. Para o da arte obstétrica inscreveram-se 13, das quais duas exibiram títulos de habilitação por faculdades estrangeiras. Para o da arte dentária 4, e, finalmente, para

⁴⁴⁹ WEBER, 1999, p. 52-53.

⁴⁵⁰ Ibidem, p. 52.

⁴⁵¹ Ibidem, p. 49-50.

⁴⁵² Ibidem.

venderem drogas inscreveram-se 24. Deram essas inscrições uma renda superior a 18:000\$000.⁴⁵³

A liberdade profissional, perspectiva diferenciada adotada somente no Rio Grande do Sul pela “autonomização das práticas regionais”, juntamente com a liberdade de religião, ocasionou uma enxurrada de práticos no estado.⁴⁵⁴ Houve diversos conflitos⁴⁵⁵ entre práticos e médicos diplomados, principalmente depois da fundação da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, em 1892.⁴⁵⁶ Os médicos reagiram constantemente contra a liberdade profissional, e a própria Faculdade foi palco de tensões entre seus membros e entre estes e o governo do estado. Um exemplo bastante conhecido desta situação foi o “caso Barcelos”, cujos desdobramentos evidenciaram a defesa do federalismo – não intervenção do governo federal em instituições gaúchas – por parte do governo do PRR.⁴⁵⁷ O IX Congresso Brasileiro de

⁴⁵³ Relatório da Diretoria de Higiene, 1899 (AHRS, SIE.3 – 007).

⁴⁵⁴ WEBER, 1999, p. 49. A Constituição estadual estabelecia, em seu Título IV, Artigo 71, Parágrafo 5º que “não são admitidos também no serviço do Estado os privilégios de diplomas escolásticos ou acadêmicos, quaisquer que sejam, sendo livre no seu território o exercício de todas as profissões de ordem moral, intelectual e industrial”. O Parágrafo 7º deste mesmo Artigo determinava que “todos os indivíduos e confissões religiosas podem exercer livremente o seu culto, associando-se para esse fim e adquirindo bens, observadas as disposições do direito comum” (RIO GRANDE DO SUL. Constituição Política do Estado do Rio Grande do Sul, de 14 de julho de 1891. Disponível em: <<http://www2.al.gov.br/biblioteca/LinkClick.aspx?fileticket=a2c63QZxmzg%3d&tabid=3107&language=pt-BR>>. Acesso em: 27 jul. 2010). Nos outros estados, o exercício das profissões era amplamente regulamentado.

⁴⁵⁵ Alguns conflitos ocasionados pela liberdade profissional instituída no Rio Grande do Sul são narrados em detalhes por René Gertz no quinto capítulo de *O aviador e o carroceiro* (GERTZ, René. *O aviador e o carroceiro*: política, etnia e religião no Rio Grande do Sul dos anos 1920. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002).

⁴⁵⁶ Em inventário das instituições de saúde de Porto Alegre, encontramos as seguintes informações sobre a Faculdade de Medicina de Porto Alegre: “O governo gaúcho, de 1891 a 1928, defendia a plena liberdade de culto e a completa liberdade espiritual, separando-se tanto da igreja como da ciência do Estado: eliminando-se a ciência oficial, abolia-se, em consequência, o ensino superior custeado pelo erário público. Essa era a posição defendida por Júlio de Castilhos, liderança gaúcha do Partido Republicano Rio-grandense com maior influência na perspectiva positivista no Estado. Em 25 de julho de 1898, foi fundada a Faculdade Livre de Medicina e Farmácia de Porto Alegre, composta pelos cursos de Medicina, Farmácia, Odontologia, Obstetrícia e Química Industrial. Protásio Alves, ativo membro do PRR, foi escolhido como seu primeiro diretor, cargo que exerceu até 1907. Os fundadores da Faculdade de Medicina foram os mesmos que, em 1892, fundaram a Sociedade de Medicina de Porto Alegre. Todos haviam passado pela Santa Casa de Misericórdia, formados pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro ou pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre, após sua fundação, e participavam ativamente das instituições ligadas à Medicina institucional existentes em Porto Alegre no período. A Faculdade de Medicina originou-se da fusão de duas outras escolas: a de Farmácia, fundada em 1895, e o Curso de Partos, instalado em 1897, ambos funcionando na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre” (WEBER, Beatriz Teixeira. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. In: WEBER, Beatriz Teixeira; SERRES, Juliane C. Primon (Orgs.). *Instituições de Saúde de Porto Alegre* – Inventário. Porto Alegre: Ideograf, 2008, p. 44). Para mais informações sobre a história da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, ver também WEBER, 1999.

⁴⁵⁷ O que chamamos aqui de “caso Barcelos” foi a reprovação da tese de doutoramento de Eduardo Barcelos, sobrinho do provedor da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, junto à Faculdade de Medicina em 1906. Segundo Barcelos, sua reprovação estaria ligada a críticas que fazia a professores em seu trabalho. O fato gerou intensa revolta entre os alunos e alguns professores da instituição, com a realização de protestos e manifestações públicas. A Congregação da Faculdade, depois de inquirir os alunos envolvidos, revolveu punir os alunos com suspensões. Os alunos então recorreram ao governo federal e foram atendidos, tendo suas suspensões anuladas. Como consequência, doze professores da Faculdade renunciaram aos cargos. A Congregação da Faculdade, porém, acatou a decisão, provavelmente valorizando o reconhecimento do curso de medicina na esfera federal,

Medicina, realizado em Porto Alegre, em 1926, provocou uma série de reações à liberdade profissional. Apoiados por médicos de outros estados, os médicos gaúchos mais uma vez questionaram o governo do estado no que se referia à liberdade profissional. Mas foi apenas em 1932, através do Decreto n. 20.931 expedido pelo governo provisório de Getúlio Vargas, que foi regulamentado o exercício da medicina.⁴⁵⁸

O Apostolado defendia a liberdade profissional porque, entre outros motivos, a medicina não era uma arte perfeitamente racionalizada, havendo várias teorias e práticas. Em decorrência disso, os médicos não hesitavam em acusar de charlatanismo ou ignorância tudo o que se afastasse do seu modo de ver. No entendimento do Apostolado, a concessão de privilégios à classe médica seria uma forma de oprimir os cidadãos, que poderiam recorrer somente a eles, cabendo aos mesmos se esforçarem para adquirir a confiança da população.⁴⁵⁹

O Apostolado afirmava ainda que

[...] as sociedades modernas sofreriam do flagelo do medicalismo: a exploração da sociedade por meio da Medicina. Esse flagelo seria caracterizado pela imposição de práticas, como o isolamento dos doentes; pela imposição dos médicos do Estado em caso de doença; pela desinfecção, que atacaria a propriedade alheia; pela vacinação, que penetraria nos organismos e lhes introduziriam infecções que julgavam capazes de imunizar outras; pelo monopólio do diploma concedido pelo Estado, que impediria o cidadão de “confiar os cuidados de sua saúde e a intimidade do seu lar ao médico que for de sua inteira confiança espiritual e moral”.⁴⁶⁰

obtido em 1900. A interferência do governo federal na questão foi considerada contrária aos princípios do positivismo, pois constituía intervenção estatal em órgão de ensino livre. Além disso, para o PRR o estado não deveria se submeter a decisões tomadas pelo governo federal. Nas palavras de Beatriz Weber, “um dos pontos nodais da política nacional do partido era a defesa de um federalismo radical, por representar não só um dos princípios filosóficos do positivismo, mas também como garantia de independência do PRR. Essa independência permitia que pudessem adotar as posições políticas mais vantajosas nas diversas disputas com outras forças políticas, e manter a posição dirigente no Estado, onde sofriam forte oposição. [...] Nesse quadro, não era possível aceitar uma intervenção federal numa instituição gaúcha” (WEBER, 1999, p. 107).

⁴⁵⁸ WEBER, 1999. Segundo Beatriz Weber, “o decreto regulamentava o exercício da medicina e profissões correlatas [...] só permitindo o exercício em qualquer parte do território nacional a quem se achasse habilitado de acordo com as leis federais e tivesse seu diploma registrado junto no Departamento Nacional de Saúde Pública e na repartição sanitária estadual competente. Os médicos e cirurgiões dentistas tinham, ainda, que notificar a autoridade sanitária ou policial da sede de seus consultórios ou residências, para ser organizado um cadastro médico e odontológico no primeiro semestre de cada ano” (WEBER, Beatriz Teixeira. Médicos e charlatanismo: uma história de profissionalização no Sul do Brasil. In: SILVA, Mozart Linhares da (Org.). *História, medicina e sociedade no Brasil*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003, p. 111). Ainda segundo Weber, houve dificuldades em implementar, no RS, o que estabelecia o decreto. Para um aprofundamento de questões relativas à luta pela regulamentação do exercício da medicina no Rio Grande do Sul, ver VIEIRA, Felipe Almeida. “Pelos interesses da classe”: o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul e a regulamentação profissional (1931-1939). In: SERRES, Juliane C. Primon; SCHWARTSMANN, Leonor Baptista (Orgs.). *História da Medicina: instituições e práticas de saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009, p. 51-75 e VIEIRA, Felipe Almeida. “Fazer a classe”: identidade, representação e memória na luta do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul pela regulamentação profissional (1931-1943). Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

⁴⁵⁹ WEBER, 1999, p. 45-47.

⁴⁶⁰ Ibidem, p. 47.

A medicina, durante o período abrangido pela pesquisa, não era como a conhecemos hoje, sendo “[...] destituída de consensos terapêuticos e intensamente marcada pelas tentativas de ensaio e erro. Esses médicos experimentavam objetivamente imensas dificuldades em diagnosticar e curar doenças, ou atuar nas freqüentes epidemias [...]”.⁴⁶¹ Muitos médicos, influenciados por sua formação católica, apresentavam dificuldades em separar ciência e religião. Muitos dos procedimentos adotados não estavam vinculados à certeza do seu funcionamento. Os médicos representavam apenas uma das possibilidades de cura às quais a população podia recorrer em caso de doença. Mas os métodos dolorosos e as explicações muitas vezes incompreensíveis, distantes do entendimento popular, aproximavam a população de parteiras, curandeiros, benzedeadas, espíritas e demais práticos.⁴⁶²

A tentativa dos médicos de se organizarem como corporação, o que ocorreu tardiamente no estado, esbarrava na liberdade profissional e nos choques entre os próprios médicos, que possuíam diferentes concepções sobre as doenças e formas de cura (homeopatia, alopatia, teoria dos miasmas, teoria microbiana, etc.).

Contudo, apesar do estabelecimento do ideal da liberdade profissional e religiosa no Rio Grande do Sul e de se dizer contrário ao que chamava de “despotismo e terrorismo sanitário”, o governo gaúcho adotou práticas contrárias ao ideário defendido pelo Apostolado Positivista, priorizando o isolamento dos doentes e a desinfecção das residências para evitar a propagação das doenças.⁴⁶³

Abordando a complexidade da situação vivida no Rio Grande do Sul por médicos como Protásio Alves, que ocupou cargos importantes num governo que defendeu a liberdade profissional, Beatriz Weber afirma que

⁴⁶¹ *Ibidem*, p. 84.

⁴⁶² Para uma análise da ampla diversidade de práticas de cura existentes no Rio Grande do Sul no final do século XIX e primeiras décadas da República, sugerimos o texto de Beatriz Teixeira Weber intitulado “Fragmentos de um Mundo Oculto: práticas de cura no sul do Brasil” (WEBER, Beatriz Teixeira. *Fragmentos de um Mundo Oculto: práticas de cura no sul do Brasil*. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 157-215). Segundo a autora, até o final da década de 1920, curandeiros, espíritas e parteiras, entre outros, ainda eram bastante procurados pela população, compartilhando e disputando espaço com os “médico-doutores”. Analisando fontes como periódicos e processos criminais, Weber afirma que “nos vestígios que chegaram até nós, percebemos que os envolvidos nessas práticas não estavam apenas reagindo aos procedimentos impostos pela medicina científica. Muitas delas eram construções dos grupos sociais com os elementos aos quais tinham acesso, segundo as crenças e rituais tradicionalmente conhecidos por eles. Não havia apenas reações aos controles dos saberes dominantes, mas uma produção/articulação própria de saberes, de acordo com a origem de cada um daqueles grupos sociais ou de acordo com as possibilidades por eles entrevistas” (WEBER, 2004, p. 159). Weber afirma também, sobre o argumento central a ser desenvolvido, que este é o “[...] de que a concepção que entende as sociedades da virada do século [do século XIX para XX] como sociedades totalmente ‘medicalizadas’, expressão do triunfo inquestionável da perspectiva científica de produção da verdade sobre todas as demais, merece ser repensada à luz da experiência dos gaúchos” (*Ibidem*, p. 161).

⁴⁶³ *Idem*, 1999, p. 32.

[...] até os médicos do PRR tinham a preocupação com a organização de suas entidades corporativas, embora defendessem a perspectiva positivista da liberdade profissional. A ambigüidade de certas posições a respeito da vacinação, por exemplo, indica que a argumentação médica, técnica, sobre a questão, podia estar influenciando as discussões. É o caso de Protásio Alves, que era a favor da vacinação apesar de ser contrário aos dogmas positivistas. Os médicos responsáveis pela “ciência” inseriam-se na ambigüidade do cotidiano, não apresentando comportamentos dirigidos coerentemente por uma perspectiva teórica, mas respostas diversificadas às situações, dependendo dos seus interesses pessoais, políticos, ou de necessidades práticas (Cooter, 1982, p. 87). Suas atitudes são um claro indício da complexidade do processo que estavam vivendo.⁴⁶⁴

A adoção e a defesa dos ideais positivistas não significavam, necessariamente, a não adoção/aplicação de medidas consideradas contrárias a estes ideais por parte dos governantes do Rio Grande do Sul. Weber afirma ainda a este respeito que “nas atitudes diárias, os diretores que assumiram a Inspetoria de Higiene não foram tão categóricos quanto à adoção das medidas a respeito da Medicina apregoadas pelos positivistas. A liberdade profissional foi um dos poucos princípios levados a efeito [...]”.⁴⁶⁵

A principal preocupação do governo gaúcho em relação à política adotada para a área da saúde durante a Primeira República foi o saneamento das cidades, com destaque para Porto Alegre, a capital, Pelotas e Rio Grande, as três maiores cidades do estado. Segundo Weber, “[...] a preocupação com a higiene urbana foi um dos aspectos resgatados constantemente pelo governo dentre as medidas consideradas necessárias e cabíveis a uma administração pública”.⁴⁶⁶ É importante destacar que as informações apresentadas nos Relatórios da Diretoria de Higiene referiam-se, em sua grande maioria, à capital do estado. Em anexo, apresentavam-se relatórios de algumas delegacias de higiene, mas sem a mesma regularidade. Grande parcela dos municípios do estado só aparecia nos relatórios quando apresentava problemas que mereciam atenção especial do governo estadual.

As principais reclamações da população com relação à saúde e à salubridade no Rio Grande do Sul eram referentes à sujeira das ruas e às condições dos alimentos, entre outras.⁴⁶⁷ Sobre a situação da capital gaúcha na década de 1910, Anderson Zalewski Vargas afirma que

Durante boa parte dos anos 10, Porto Alegre permaneceu sendo uma cidade provinciana, sem os sinais característicos do processo de homogeneização que acompanhou a transformação do capitalismo em um sistema mundial.

⁴⁶⁴ WEBER, Beatriz Teixeira. Positivismo e ciência médica no Rio Grande do Sul: a Faculdade de Medicina de Porto Alegre. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, nov. 1998/fev. 1999, [s.p]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50104-59701999000100003&lng=pt&nrn=iso>. Acesso em: 25 ago. 2010.

⁴⁶⁵ WEBER, 1999, p. 48.

⁴⁶⁶ Ibidem, p. 50.

⁴⁶⁷ Ibidem, p. 54.

[...] O crescimento econômico-demográfico não foi acompanhado de uma renovação em seu plano urbanístico, em suas edificações e em sua infraestrutura de serviços. A cidade cresceu concentrada em torno de uma exígua área central, reproduzindo uma planificação urbana cujas deficiências eram agravadas pelas péssimas condições de habitabilidade das edificações, pelos limitados e precários serviços de água, luz, esgoto e transportes.⁴⁶⁸

Sandra Jatahy Pesavento também abordou temas como habitação, água, esgoto, luz e transportes em Porto Alegre no período em questão. Segundo Pesavento, o saneamento da cidade era queixa antiga e que se renovava ano após ano: “As ruas não eram limpas, a cidade não tinha esgotos cloacais, o recolhimento do lixo era mal feito e, como coroamento destes ‘descasos das autoridades’, as epidemias encontravam um ambiente propício para se desenvolver.”⁴⁶⁹

Os esgotos de Porto Alegre estavam funcionando em 1913, o projeto de remodelação urbana só foi levado a efeito em 1924, e a população teve água filtrada em 1927.⁴⁷⁰

O coeficiente de mortalidade (mortalidade por mil habitantes) manteve-se elevado no estado durante todo o período em questão, principalmente em Porto Alegre. Mesmo com as constantes definições do estado sanitário da capital como sendo “satisfatório” nos Relatórios da Higiene, a capital apresentava um índice de mortalidade de 25.70 em 1913. No Rio de Janeiro, por exemplo, este índice era de 20.85.⁴⁷¹ As doenças que apareciam com frequência nos Relatórios da Diretoria de Higiene e que preocupavam o governo estadual gaúcho eram a varíola, a tuberculose, a febre tifoide, a difteria, a peste, a disenteria, a coqueluche, o sarampão, a escarlatina e a sífilis. A tuberculose⁴⁷² era considerada o flagelo do período, merecendo atenção especial em praticamente todos os relatórios no período analisado, assim como os altos índices da mortalidade infantil no estado. Além destas doenças, o estado também enfrentou algumas epidemias durante o período em questão, entre as quais destacamos a já mencionada epidemia de gripe espanhola em 1918.

Segundo Janete Abrão, a epidemia de 1918 “aprofundou a precariedade das condições sanitárias que prevaleciam na Capital do Estado” e explicitou “o real quadro sanitário

⁴⁶⁸ VARGAS, Anderson Zalewski. Moralidade, autoritarismo e controle social em Porto Alegre na virada do século 19. In: MAUCH, Cláudia *et al.* *Porto Alegre na virada do século 19: cultura e sociedade*. Porto Alegre/Canoas/São Leopoldo: Ed. Universidade/UFRGS / Ed. ULBRA / Ed. UNISINOS, 1994, p. 33.

⁴⁶⁹ PESAVENTO, Sandra Jatahy. *O cotidiano da república: elite e povo na virada do século*. Porto Alegre: Editora da Universidade, 1998, p. 45.

⁴⁷⁰ WEBER, 1999, p. 54-55. Para uma maior discussão sobre as mudanças ocorridas em Porto Alegre no período, ver MONTEIRO, Charles. Urbanização e Modernidade em Porto Alegre. In: RECKZIEGEL, Ana Luiza Setti; AXT, Gunter (Dir.). *República Velha (1889-1930)*, v. 3, t. 2. Passo Fundo: Méritos, 2007, p. 229-259. (Coleção História Geral do Rio Grande do Sul)

⁴⁷¹ WEBER, 1999, p. 62.

⁴⁷² Sobre a tuberculose no Rio Grande do Sul, ver GILL, Lorena. *O Mal do Século: tuberculose, tuberculosos e políticas de saúde em Pelotas (RS): 1890-1930*. Pelotas: EDUCAT, 2007.

existente na região”. Mas, apesar do medo e da desestruturação gerados em Porto Alegre durante os 57 dias da epidemia, esta não gerou mudanças na estrutura sanitária do estado gaúcho. A espanhola vitimou mais de três mil pessoas no Rio Grande do Sul.⁴⁷³

No que se refere aos investimentos do estado na área da saúde no período analisado, Janete Abrão apresenta dados referentes aos anos de 1917 a 1919, destacando que a média de investimentos do governo gaúcho em saúde era de 2,3% do orçamento para o exercício daqueles anos. A instrução pública, área de maior investimento, recebia, em média 36%, do orçamento.⁴⁷⁴ Os dados relativos à saúde, porém, devem ser relativizados. De acordo com dados apresentados por Gilberto Hochman, entre 1926 e 1927, quatorze dos vinte estados brasileiros gastaram mais de 2% de seus orçamentos em saúde e assistência. O Rio Grande do Sul investia, segundo o autor, apenas 1,9% de seu orçamento. Em termos absolutos, porém, o estado era o quinto em investimentos na área, atrás somente de São Paulo, Bahia, Minas Gerais e Pernambuco. Segundo Hochman, “o total das despesas desses estados correspondia a quase 90% do total dos gastos pelos vinte estados, com saúde”.⁴⁷⁵

Segundo Beatriz Weber, o governo estadual agiu de acordo com “uma mesma perspectiva orientando as políticas de saúde” até 1928, quando Getúlio Vargas assumiu o governo estadual gaúcho.⁴⁷⁶

Em 1929, durante o I Congresso das Municipalidades, o governo estadual apresentaria uma proposta, que seria aprovada, para a reorganização dos serviços sanitários do Rio Grande do Sul. Esta proposta e seu idealizador, Fernando de Freitas e Castro, serão objeto de discussão no sexto capítulo deste estudo, tendo em vista a relação que se estabeleceria entre Freitas e Castro e a Fundação Rockefeller.

⁴⁷³ ABRÃO, 2009. Em *Banalização da morte na cidade calada: a hespanhola em Porto Alegre, 1918*, Janete Abrão se propõe a analisar a trajetória da doença e suas implicações na economia, na política, na medicina, no cotidiano, nos comportamentos coletivos e também nas condições sanitárias em que vivia a população porto-alegrense em 1918.

⁴⁷⁴ *Ibidem*, p. 32.

⁴⁷⁵ HOCHMAN, 1998, p. 201, nota 27. Outros autores apresentam informações um pouco distintas no que se refere aos gastos do estado com a saúde. Berenice Corsetti, em Tese sobre a educação pública no estado, elabora quadro “Gastos com as políticas públicas: participação relativa na despesa ordinária do Rio Grande do Sul – 1896/1929”. De acordo com os dados apresentados pela autora, a participação relativa com saúde na despesa ordinária do estado nunca ultrapassou, no período, o índice de 1,77% (1905). Os gastos com saúde representaram, em média, 1% da despesa ordinária do estado entre 1896 e 1929 (CORSETTI, Berenice. *Controle e Ufanismo: A Escola Pública no Rio Grande do Sul, 1889/1930*. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 1998, p. 261).

⁴⁷⁶ WEBER, 1999, p. 27.

4.2 OS PRIMEIROS CONTATOS ENTRE O GOVERNO ESTADUAL E A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER

As endemias rurais – ancilostomíase, malária e doença de Chagas – cujo combate era bandeira do movimento pela reforma da saúde e pelo saneamento rural, não apareciam com frequência nos relatórios produzidos pelo governo estadual, pois a malária⁴⁷⁷ não era considerada problema de saúde pública e a doença de Chagas era inclusive “desconhecida” no Rio Grande do Sul. Belisário Penna, arauto do movimento pelo saneamento rural, afirmou, em publicação de 1918, que a ancilostomíase era rara no estado, pois dificilmente se encontravam pessoas descalças.⁴⁷⁸ A verminose, porém, começou a figurar com certa regularidade nos relatórios a partir do final da década de 1910, quando o governo estadual e a Fundação Rockefeller iniciaram os contatos para combater, conjuntamente, a moléstia que começava a “se tornar sensível em alguns municípios”.⁴⁷⁹

Segundo estudo sobre o estado sanitário do Rio Grande do Sul, publicado por Euclides de Castro Carvalho, em 1927, a existência da ancilostomíase no Rio Grande do Sul fora confirmada pelo médico Olinto de Oliveira ainda no século XIX, em 1898, quando este verificou um grande número de crianças infectadas oriundas de diversas regiões do estado nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia de Posto Alegre. Ainda segundo o estudo de Carvalho, a população gaúcha sofria com várias espécies de verminoses, mas a ancilostomíase se sobressaía por sua frequência e gravidade.⁴⁸⁰ Contudo, nenhuma ação de combate à doença foi realizada pelo governo estadual até 1920.⁴⁸¹ Como vimos, a doença não figurava entre as que mais preocuparam o governo estadual durante a República Velha, ou estava entre as maiores causadoras de morte no estado. Para exemplificar, em 1921, apenas seis óbitos no estado foram atribuídos à doença, de um total de 23.322, o que correspondia a 0,025%.⁴⁸²

Mas a gravidade da doença não estava em seu número de óbitos, como destacou o Secretário do Interior e Exterior, Protásio Alves, em 1919:

A ancilostomose, moléstia que pouco ou nada figura nas estatísticas demographo-sanitarias, que conheço, do Brasil vem desde algum tempo preocupando os governos dos estados. No registro geral de obitos aqui no

⁴⁷⁷ Na década de 1930, porém, a malária passou a ser endêmica em regiões específicas do estado (ALVES, 2011, p. 105).

⁴⁷⁸ PENNA, Belisário. *Minas e Rio Grande do Sul: Estado da Doença, Estado da Saúde*. Rio de Janeiro: Revista dos Tribunais, 1918, p. 15 (COC/Fiocruz).

⁴⁷⁹ Introdução, 1919 (AHRs, SIE.3 – 031/032).

⁴⁸⁰ CARVALHO, Euclides de Castro. *O Estado Sanitário do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1927, p. 218-219 (Biblioteca da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, doravante BUNISINOS).

⁴⁸¹ Conforme dados disponíveis nos Relatórios da Diretoria de Higiene do Rio Grande do Sul (SIE.3).

⁴⁸² Relatório da Diretoria de Higiene, 1922 (AHRs, SIE.3 – 037).

Rio Grande ella concorre com a parcella de 9 casos⁴⁸³; no boletim da cidade do Rio de Janeiro, do anno passado, organizado pela Directoria Geral de Saude Publica, ella não vem especificada e no de São Paulo, até 22 de dezembro, figura nas cidades a que se refere o boletim do serviço sanitario (S. Paulo, Santos, Campinas, Ribeirão Preto), com 47 casos fataes apenas, sendo o maior numero occorrido em Santos (37). Neste boletim registram-se 6.574 de gripe, 1.084 de tuberculose, 122 de escarlatina, 75 de diphteria-crup, 98 de febre tifoide; entretanto taes entidades morbidas não têm sido objecto de cogitações e providencias directas que tem provocado a ancylostomose. **A explicação do facto está na relativa facilidade de combater o mal e na profunda perturbação que ella produz nos organismos individual e social. Em recente mensagem apresentada ao Congresso Legislativo do Estado de Santa Catharina o seu digno Governador diz: “Para mim, problema sobre todos capital, sem cuja solução teremos de assistir impotentes á derrocada dos nossos esforços em prol da prosperidade do Estado é o que diz respeito á saude das populações ruraes, dominadas por um mal implacavel, definhando dia a dia, retrogradando de geração em geração, apáticas, inertes, inaproveitaveis pela acção depressiva do impaludismo e da uncinariose [ancilostomiase]”. É a repetição *mutatis mutandis* do que têm dito, em suas mensagens, os chefes de Estado do Amazonas, do Pará, Piauhy, Pernambuco, do Rio, Minas Geraes, S. Paulo e Santa Catharina em varios documentos identicos anteriores ao do corrente anno.**⁴⁸⁴

As palavras do médico e então Secretário do Interior e Exterior revelam o alcance da preocupação com esta endemia rural, cuja necessidade de combate era enfaticamente apontada pelos defensores do movimento pelo saneamento rural, como vimos na primeira parte deste estudo. O ideário nacionalista do “saneamento dos sertões” penetrara, assim, também no Rio Grande do Sul. A ancilostomiase, doença considerada “evitável”, produzia, segundo Protásio Alves, perturbação nos organismos individual e social e era apontada como responsável pelo definhamento e apatia das populações rurais do país, que “dominadas por um mal implacável, definhavam dia a dia, retrogradando de geração em geração, apáticas, inertes e inaproveitáveis”. O seu combate era imprescindível para que os “esforços em prol da prosperidade do Estado” não fossem em vão. O governo do Rio Grande do Sul unia-se aos governos de outros estados, como São Paulo, Minas Gerais e Santa Catarina, preocupados com a doença e os problemas que esta acarretava.

No mesmo relatório de 1919, Protásio Alves afirmava que, autorizado por Borges de Medeiros, Presidente do Estado, havia pedido ao médico Carlos Penafiel, então Deputado à Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, que ouvisse o representante da Fundação

⁴⁸³ Os nove casos de óbitos atribuídos à ancilostomiase no estado estavam distribuídos da seguinte forma: cinco em São Leopoldo, um em Montenegro, dois em Camaquã e um em São Francisco de Paula (Relatório da Diretoria de Higiene, 1919 – AHRS, SIE.3 – 031/032).

⁴⁸⁴ Introdução, 1919 (AHRS, SIE.3 – 031/032). Grifos nossos.

Rockefeller no Brasil, Lewis Hackett, sobre a possibilidade de acordo para realizar o combate ao “mal da terra” e ações de profilaxia rural, pois era

Conhecedor da Fundação Rockefeller, que, bem organizada, para dar combate ao mal, conta em seu pessoal 556 medicos, estendendo a sua acção a diversos paizes da Europa, da Asia e da America, exercendo-a já efficazmente no Distrito Federal e estados do Rio, São Paulo, Paraná, Santa Catharina e Minas Geraes, de accordo e com a cooperação dos respectivos governos [...].⁴⁸⁵

Como resultado do contato entre Carlos Penafiel e Lewis Hackett, o representante da *International Health Board* no Brasil veio ao Rio Grande do Sul em junho de 1919 para tratar diretamente com o governo estadual sobre as possibilidades de cooperação. Quando esteve em Porto Alegre, Hackett conheceu a cidade acompanhado de jovens médicos e obteve um acordo satisfatório – “a satisfactory arrangement” – com o governo estadual.⁴⁸⁶ A Fundação realizaria o *survey*, para determinar a extensão e a gravidade da doença no estado e, à luz das descobertas, estabeleceria cooperação com o governo estadual se o combate à ancilostomíase fosse entendido como necessário.⁴⁸⁷

A partir da visita de Hackett, ficou acertado que a Fundação realizaria o *survey* – levantamento preliminar da ancilostomíase no estado – , arcando com praticamente todos os custos desta atividade. O estado se responsabilizaria por uma pequena parcela das despesas, que caberia “na verba inscrita na lei de orçamento ‘rubrica Hygiene’”⁴⁸⁸.

Segundo informações obtidas por Protásio Alves durante a visita de Hackett, o *survey* – chamado no relatório do governo estadual de “geographia medica regional” – seria realizado da seguinte maneira: uma delegação da Fundação, acompanhada de um médico funcionário do estado ou do município, instalaria o laboratório, cujo material seria fornecido pela Fundação. O laboratório seria instalado em uma sala, que poderia ser da própria intendência

⁴⁸⁵ Introdução, 1919 (AHRS, SIE.3 – 031/032).

⁴⁸⁶ Em carta à mãe, Hackett comenta sua vinda ao estado: “It was bitterly cold and there was practically no food to be obtained. It was mainly through the cattle country of the state of Rio Grande, a region of broad rolling plains and cowboys, called in Brazil, gauchos. Eventually we arrived in Porto Alegre, the greatest city of South Brazil and the third in the country. There we were taken in hand again by a group of young doctors and saw all the sights. We went to a big barbecue on the ranch of one of the men, where they cut down a steer and roasted him by a great bonfire. Later the gauchos roped and mounted wild horses for our entertainment. On another occasion we visited a vineyard and vinery, for Rio Grande is like California a good deal, and is noted for its fruit and agriculture. I made a satisfactory arrangement there also with the Government and then statted for home by boat. The consul in Porto Alegre turned out to be an old friend of – I had known him in Costa Rica in the old days. We stopped in on the way home at the city of Rio Grande where the Swift people have an enormous meat packing house” (Hackett to mother, July 23, 1919 – RAC, RF, RG Special Collection, Lewis Hackett, Series 1.3 – Correspondence, Box 8C, Folder 1918-1919). Grifos do autor.

⁴⁸⁷ Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil for the quarter ending September 30, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1437).

⁴⁸⁸ Introdução, 1919 (AHRS, SIE.3 – 031/032).

do município onde as atividades fossem realizadas, e seriam então procurados “os centros de zonas onde houvesse a moléstia”. Pelo uso de projeções luminosas e “outros meios de atração”, a população seria reunida e seriam distribuídos recipientes (latinhas) para a coleta de amostras destinadas ao exame microscópico. No dia seguinte, as amostras seriam recolhidas, submetidas a exame e, verificada a doença, o indivíduo receberia o medicamento – óleo de quenopódio –, que deveria ser ingerido “sob as vistas do pessoal”. Provavelmente reproduzindo o que ouvira de Hackett, Protásio Alves afirmava que “não se dá em regra uma cura definitiva com a 1ª aplicação, mas os resultados obtidos são de tal ordem que dispensam depois qualquer propaganda”⁴⁸⁹. Depois de determinadas as “zonas convenientes”, poderiam ser estabelecidos postos de tratamento, ou seja, postos de demonstração do método intensivo.

As despesas com cada posto, que poderia atender a mais de um município, variavam de quarenta a sessenta contos e poderiam ser custeadas, segundo o Secretário do Interior e Exterior, pelo estado, pelos municípios, pela União e pela Fundação. A participação da União poderia ser solicitada, como vimos, através do Serviço de Profilaxia Rural (1918) e, posteriormente, da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural do Departamento Nacional de Saúde Pública (1920), mas com perda de autonomia por parte dos estados solicitantes do auxílio do governo federal. Protásio Alves afirmava que, para a possível criação de dois postos em 1920, seria “dispensado o auxílio da União”.⁴⁹⁰

Somente após a visita de Lewis Hackett ao estado, quando as condições e os termos básicos da possível cooperação entre a *International Health Board* e o governo do Rio Grande do Sul já haviam sido estabelecidos, o Diretor de Higiene do Estado, Ricardo Machado, enviou um comunicado oficial a Hackett convidando a Fundação para realizar atividades no estado. O convite, datado de 23 de julho de 1919, se resumia a uma frase: “By authorization of the Secretary of State for the Interior, I have the pleasure of inviting you to make a Survey of the State in accordance with the plans outlined in your conversation with the Secretary”.⁴⁹¹ O governo estadual convidava, assim, a Fundação a realizar o *survey* no estado, mas nada era mencionado sobre a instalação de postos de demonstração do método intensivo de combate à ancilostomíase.

⁴⁸⁹ Introdução, 1919 (AHRS, SIE.3 – 031/032).

⁴⁹⁰ Introdução, 1919 (AHRS, SIE.3 – 031/032). Segundo Protásio Alves, além de combater a ancilostomíase, os postos também poderiam realizar atividades relativas à profilaxia da malária, o que, segundo ele, era inútil no caso do Rio Grande do Sul.

⁴⁹¹ Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil for the quarter ending September 30, 1919 – Appendix no. I – Invitation from the Government of the State of Rio Grande do Sul (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1435).

Já no início de agosto, Lewis Hackett escreveu ao Diretor da *International Health Board*, Wickliffe Rose, comentando o convite do estado do Rio Grande do Sul:

I amy [sic] add that this invitation is particularly gratifying to me, since the above State has consistently refused to accept the co-operation of the Federal Government in its public health affairs. The Public Health Service is, therefore, inclined to congratulate us on the opportunity which we have succeeded in obtaining in the far South for a public health survey, to be followed – without doubt – by demonstration, although the invitation intentionally omits any discussion as to what action may arise out of the survey.⁴⁹²

Segundo Hackett, o convite do governo estadual gaúcho lhe era “particularmente gratificante” porque a Fundação atuaria, desta forma, em um estado que se recusava a cooperar com o governo federal em questões referentes à saúde pública. Hackett estava seguro de que o *survey* seria seguido pela instalação de postos de demonstração do método intensivo, apesar de o convite “intencionalmente” omitir qualquer discussão sobre que ações poderiam ocorrer a partir do levantamento preliminar da situação da ancilostomíase no Rio Grande do Sul.

O Rio Grande do Sul, como já destacamos no terceiro capítulo, era percebido pela Fundação como um estado importante no contexto nacional.⁴⁹³ Em relatório de 1920, Wickliffe Rose afirmava, após visita ao país, que a IHB deveria concentrar os principais esforços no que se referia à saúde pública nos estados que eram estratégicos: São Paulo, Rio Grande do Sul e Pernambuco, este último de menor importância. O Rio Grande do Sul que aparece na documentação produzida pela Fundação era composto por uma população formada por pessoas independentes, ativas e robustas – destaque para o elemento europeu⁴⁹⁴ –;

⁴⁹² Hackett to Rose, August 1, 1919 (RAC, RF, RG 5, Series 1, Sub-Series 2 – Project, Box 78, Folder 1110).

⁴⁹³ Durante a República Velha, o estado ocupou papel importante nos cenários político e econômico, juntamente com os estados de Minas Gerais e de São Paulo. Em 1920, por exemplo, os estados do Rio Grande do Sul, Minas Gerais e São Paulo respondiam por mais da metade da produção agrária e industrial do país, excluindo-se o Distrito Federal. Além disso, os três estados detinham, juntos, mais da metade da renda recolhida pelos 20 estados da Federação. O Rio Grande do Sul ocupava, em 1920, o terceiro lugar no valor de arrecadações estaduais. Mais informações sobre o Rio Grande do Sul no contexto nacional durante a Primeira República podem ser encontradas em LOVE, Joseph L. *O Regionalismo Gaúcho e as Origens da Revolução de 1930*. São Paulo: Perspectiva, 1975. Capítulo 5.

⁴⁹⁴ Em relatório de 1920, a colonização do Rio Grande do Sul e a presença do elemento europeu eram assim destacadas: “The settlers are divided into the old ‘gaúcho’ families and the European element. The older element is the gaúcho – a cross of Paulista bandeirantes, Guarani Indian and some Spanish and occasional negro blood, which is in effect a white race, and eighth or sixteenth mestiço. The European element, less characteristically pastoral and land-holding, are principally Germans and Italians, and have contributed very greatly to the commercial and industrial life of the state. In 1915 a third of the population was in European colonies, which occupied a ninth of the state area (Annual Report for Brazil, January 1st to December 31st, 1920 – RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438).

governado por um homem capaz (Borges de Medeiros) cujo poder era supremo⁴⁹⁵ e que possuía reputação de “bom pagador” entre os estrangeiros⁴⁹⁶. Assim, o estado possuía o “certo porte econômico” e uma situação política que possibilitava a realização de ações na área da saúde pública, condições que, segundo Lina Faria, poderiam facilitar os acordos de cooperação entre a Fundação e um estado brasileiro.⁴⁹⁷

Talvez seja interessante mencionar também, no contexto de nossa discussão, que o Rio Grande do Sul recebeu, durante a República Velha, vultosos investimentos norte-americanos em setores como transporte ferroviário e frigoríficos.⁴⁹⁸

Tendo recebido do Diretor de Higiene do Rio Grande do Sul, em julho de 1919, o convite para a realização do *survey*, a Fundação só iniciaria o trabalho, de fato, no ano seguinte.

4.3 MAPEANDO A ANCILOSTOMÍASE NO RIO GRANDE DO SUL: O *SURVEY* DE 1920

Em março de 1920, John Hydrick, médico norte-americano da *International Health Board*, veio ao estado para dar início ao *survey*, que seria dirigido por Zenha Machado e três

⁴⁹⁵ “The State is completely under the control of one man whose power is supreme and whose honesty as far as the public money go has never been questioned. No municipio is long without his direct representative in control and no public undertaking can be considered without his approval. He is too clever and too capable to be superceded, and it would be in all probability a calamity if he were” (Annual Report, 1920 – RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438).

⁴⁹⁶ “Government bills are paid promptly and without delays common in other states – so runs the story among the foreigners here” (Annual Report, 1920 – RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438).

⁴⁹⁷ CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 81. Um exemplo de por que a estabilidade política era considerada importante pela Fundação Rockefeller para a realização de atividades em estados brasileiros pode ser encontrado em relatório de 1922. Naquele relatório, Hackett afirma que, em dois municípios de Alagoas que contavam com postos de demonstração do método intensivo de combate à ancilostomíase, os prefeitos indicaram, por questões políticas, homens para trabalharem sob a direção da *International Health Board* como enfermeiros. Tendo sido considerados incompetentes, os homens foram demitidos e os intendentess retiraram o apoio ao trabalho realizado pela Fundação nos dois municípios. O governo estadual, por ser fraco, segundo Hackett, não pode assegurar a cooperação naquelas localidades, o que levou ao encerramento das atividades no município de Viçosa. Aparentemente, esta situação teve relação com o encerramento das atividades da Fundação no combate à ancilostomíase naquele estado, mas esta questão mereceria um estudo mais aprofundado (Report on the Work in Brazil for the quarter ending March 31, 1922 – COC/Fiocruz, FR, Doc. 24).

⁴⁹⁸ Joseph Love afirma, ao discutir a posição do Rio Grande do Sul no contexto nacional da República Velha, que “as fontes de investimento estrangeiro no Rio Grande do Sul diferiam [...] consideravelmente daquelas de São Paulo e Minas. Enquanto o capital britânico predominava em Minas e São Paulo, os investimentos americanos dominaram o Estado do extremo sul até o fim da República Velha. As firmas americanas tinham investido vultosamente no Rio Grande, tanto em serviços de utilidade pública e transporte ferroviário quanto em frigoríficos. O cônsul dos Estados Unidos calculava que em 1930 os americanos possuíam, em Porto Alegre, pelo menos 25 milhões de dólares em investimentos diretos, e que o valor de título em posse de americanos, na cidade de Porto Alegre e do Estado do Rio Grande, excedia 50 milhões” (LOVE, 1975, p. 137).

microscopistas.⁴⁹⁹ O governo estadual forneceu a hospedagem e o transporte do pessoal que realizaria o trabalho e designou um médico auxiliar do Laboratório de Bacteriologia do estado para acompanhar as atividades, além de outros dois empregados.⁵⁰⁰

O começo dos trabalhos, ocorrido em Canoas⁵⁰¹ em 24 de março daquele ano, foi assim descrito nos *Archivos Rio-Grandenses de Medicina*, periódico da Sociedade de Medicina de Porto Alegre:

Em linguagem clara e termos acessíveis aos leigos, servindo-se de projecções, o Dr. Zenha discorreu sobre o parasito, mostrando-o, a sua evolução, o meio de penetração dêle no organismo humano, os malefícios que acarreta etc. Em seguida, disse quais os meios de combate-lo e como, com segurança, se lhe pôde evitar a infestação. Essa palestra se repetiu no dia seguinte, á noite, e os trabalhos continuaram por mais dous dias.⁵⁰²

Essa primeira “palestra de propaganda” proferida por Zenha Machado contou, segundo a nota publicada nos *Archivos*, com “numeroso auditório” e teve a presença de autoridades estaduais, como Protásio Alves (Secretário do Interior e Exterior) e Ricardo Machado (Diretor de Higiene), além de diversos médicos, entre outros.⁵⁰³

Posicionando-se com relação à cooperação entre a Fundação Rockefeller e o governo do estado para combater a ancilostomíase através, primeiramente, do estabelecimento da “geografia” da doença, a Sociedade de Medicina de Porto Alegre assim se manifestava na nota: “[...] nos regosijamos sinceramente com esta ocorrência por ver o Governo de nosso Estado á frente de tão relevante iniciativa, cujos resultados serão grandemente proveitosos para o saneamento do Rio Grande do Sul”.⁵⁰⁴

A Sociedade de Medicina de Porto Alegre, fundada em maio de 1908, foi uma das instituições através das quais os médicos gaúchos, em constante conflito com o governo estadual em virtude da liberdade profissional vigente no estado, procuravam legitimar

⁴⁹⁹ Missão Rockefeller [sic]. *Archivos Rio-Grandenses de Medicina*, Porto Alegre, ano 1, n. 2, p. 58, mar. 1920. Disponível em: <http://muhm.org.br/admin/files_db/ati_280.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2010.

⁵⁰⁰ Introdução, p. XLVIII, 1920 (AHRs, SIE.3 – 033/034).

⁵⁰¹ Ao que tudo indica, a localidade de Canoas foi escolhida para o início do *survey* porque ficava próxima à capital, e o Diretor de Higiene estava “ansioso” para que a *International Health Board* realizasse uma demonstração nas proximidades (Brazil, Hookworm Reports 1920, Quarterly – RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1437).

⁵⁰² Missão Rockefeller [sic]. *Archivos Rio-Grandenses de Medicina*, Porto Alegre, ano 1, n. 2, p. 58, mar. 1920. Disponível em: <http://muhm.org.br/admin/files_db/ati_280.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2010.

⁵⁰³ A presença de autoridades estaduais e de médicos também foi destacada em documentação produzida Fundação (Brazil, Hookworm Reports 1920, Quarterly – RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1437).

⁵⁰⁴ Missão Rockefeller [sic]. *Archivos Rio-Grandenses de Medicina*, Porto Alegre, ano 1, n. 2, p. 58, mar. 1920. Disponível em: <http://muhm.org.br/admin/files_db/ati_280.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2010.

cientificamente suas posições.⁵⁰⁵ A Fundação, por sua vez, condenava práticas de cura que não fossem as propostas pela medicina como sendo primitivas.⁵⁰⁶ Em mais de uma oportunidade, a liberdade profissional foi negativamente destacada nos relatórios de Lewis Hackett sobre as atividades desenvolvidas no estado, como podemos observar em documento de 1920:

One extremely important factor in the position of public health and medical practice in the state is the so-called ‘professional freedom’ here existent. Training and responsibility of the medico here are given all the discouragement possible under the law, and the state of medical practice is beyond the imagination of even a confirmed pessimist.⁵⁰⁷

Não é de se estranhar, portanto, que a Sociedade de Medicina de Porto Alegre se “regozijasse sinceramente” com a cooperação entre o governo do estado e a Fundação. É possível inferir, inclusive, que os médicos gaúchos vissem na presença da Fundação no estado uma maneira de ampliar o prestígio médico e o reconhecimento, por parte do governo estadual, da importância dos serviços de saúde.⁵⁰⁸

Como veremos na continuação, a *International Health Board* empregou, no estado, médicos como Diretores de Campo. Apesar das críticas à liberdade profissional, não há indicativos de que esta tenha representado ou gerado problemas entre o governo estadual e a Fundação, embora, como indicaremos no próximo capítulo, a instituição norte-americana tenha buscado introduzir uma “visão mais moderna de saúde pública” no Rio Grande do Sul através da concessão de uma bolsa de estudos ao médico auxiliar da Diretoria de Higiene, Fernando de Freitas e Castro, para o estudo de saúde pública na *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health* (Baltimore, Estados Unidos) entre os anos de 1922 e 1923.

O *survey* foi realizado no estado entre 21 de março e 16 de julho de 1920, e, além de Canoas, em outras 11 localidades a população foi examinada para determinar a distribuição e

⁵⁰⁵ KUMMER, 2002. Segundo Felipe Vieira, “as primeiras críticas mais contundentes à ‘liberdade profissional’ foram elaboradas a partir da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, na tentativa de elevar a condição dos médicos diplomados. Essa associação de caráter científico promovia reuniões entre médicos diplomados para estudos de casos clínicos e, em 1920, passou a publicar uma revista de divulgação, denominada *Archivos Rio-Grandenses de Medicina*” (VIEIRA, Felipe Almeida. “Pelos interesses da classe”: o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul e a regulamentação profissional (1931-1939). In: SERRES, Juliane Primon; SCHWARTSMANN, Leonor Baptista (Orgs.). *História da Medicina: instituições e práticas de saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009, p. 54).

⁵⁰⁶ Nas palavras de Marcos Cueto, “both the RF and native physicians condemned native healers and domestic medicine as primitive” (CUETO, 1995, p. 226).

⁵⁰⁷ Annual Report, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438).

⁵⁰⁸ Esta interpretação foi elaborada por Anne-Emanuelle Birn ao analisar a relação entre a Fundação Rockefeller e médicos mexicanos (BIRN, Anne-Emanuelle. *Revolution, the Scatological Way: The Rockefeller Foundation’s Hookworm Campaign in 1920s Mexico*. In: ARMUS, Diego (Ed.). *Disease in the History of Modern Latin America: from malaria to AIDS*. Durham: Duke University Press, 2003, p. 158-182 e BIRN, 2006).

a gravidade da ancilostomíase: Bagé, Bento Gonçalves, Caxias do Sul, Conceição do Arroio (atual Osório), Gravataí, Ilha dos Marinheiros (Rio Grande), Montenegro, Passo Fundo, São Jerônimo, São Pedro e Torres.

Em seu relatório sobre o *survey* realizado no Rio Grande do Sul, Zenha Machado assim definia o estado: “Rio Grande do Sul is a large state in the temperate zone, mainly pastoral in the occupation of its 2,000,000 inhabitants, with a litoral under increasing agricultural development”.⁵⁰⁹

Apesar do acerto financeiro prévio de que a IHB arcaria com praticamente todos os custos da realização do *survey*, o relatório de Zenha Machado indica que foi o governo estadual quem financiou mais da metade das despesas para a verificação da extensão e da gravidade da ancilostomíase no Rio Grande do Sul.⁵¹⁰

Durante três meses e meio, 4220 pessoas foram examinadas em 12 localidades do estado.⁵¹¹ A população que habitava a região ao longo do litoral foi considerada de especial importância para os propósitos do *survey*, tendo em vista que as condições climáticas, de solo e ocupação profissional eram favoráveis ao desenvolvimento da doença, pois o clima era mais quente do que no interior e a população se dedicava, em sua grande maioria, à agricultura. Foram visitadas quatro localidades do interior do estado e oito localidades do litoral.⁵¹²

⁵⁰⁹ Report on Hookworm Infection Survey of the State of Rio Grande do Sul from March 21st, 1920 to July 16th, 1920. By Zenha Machado (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 Brazil, Box 25, Folder 149).

⁵¹⁰ Report on Hookworm Infection Survey of the State of Rio Grande do Sul from March 21st, 1920 to July 16th, 1920. By Zenha Machado (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 Brazil, Box 25, Folder 149). Segundo relatório de 1920 da *International Health Board*, o Diretor de Higiene também estaria disposto a pagar certa quantia diária durante a realização do *survey*, o que poderia explicar esta informação, mas não foi possível determinar se isso efetivamente aconteceu (Brazil, Hookworm Reports 1920, Quarterly – RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1437).

⁵¹¹ Zenha Machado afirma que o pequeno número de pessoas examinadas em relação ao tempo de duração do *survey* estava relacionado à combinação de dois fatores: a realização do *survey* no período do inverno, muito frio e chuvoso em 1920, e a baixa incidência da doença em muitas regiões do estado. Segundo o médico, esta combinação “[...] led to an unwillingness on the part of the people to put themselves out for the sake of examination, even when accompanied by free treatment”. De acordo com informações apresentadas no relatório de Zenha Machado, 8122 pessoas foram examinadas no *survey* realizado na Bahia, 8499 em Minas Gerais, 4936 no Paraná, 10577 em Santa Catarina, 8751 em São Paulo e 9344 em Pernambuco (Report on Hookworm Infection Survey of the state of Rio Grande do Sul from March 21st, 1920 to July 16th, 1920. By Zenha Machado – RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 Brazil, Box 25, Folder 149).

⁵¹² A definição dos municípios como localizados no “interior” ou no “litoral” foi atribuída por Zenha Machado.

TABELA 4 – Survey – Rio Grande do Sul (março – julho de 1920)

Localidade	População	Nº de Pessoas Examinadas	Positivo para todos os vermes	Positivo para ancilostomíase
Bagé (Santa Teresa) (interior)	200	26	38.5%	–
Bento Gonçalves (interior)	1500	518	67.5%	2.3%
Caxias do Sul (interior)	6000	120	65.8%	8.3%
Passo Fundo (interior)	7000	567	70.4%	2.6%
Canoas (litoral)	700	411	80%	44.5%
Conceição do Arroio (litoral)	500	229	96.5%	84.7%
Gravataí – litoral	800	350	88.3%	37.1%
Ilha dos Marinheiros (Rio Grande) (litoral)	2000	60	81.7%	66.6%
Montenegro (litoral)	4000	800	94%	65.4%
São Jerônimo (litoral)	4000	626	75.1%	40.8%
São Pedro (litoral)	800	304	72.4%	47%
Torres (litoral)	400	209	96.1%	77.1%

Fonte: Tabela elaborada a partir de informações disponíveis em Report on Hookworm Infection Survey of the State of Rio Grande do Sul from March 21st, 1920 to July 16th, 1920. By Zenha Machado (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 Brazil, Box 25, Folder 149).⁵¹³

⁵¹³ Não é possível saber, pelo relatório, como foi determinado o número de habitantes de cada localidade, tendo em vista que os números apresentados no relatório de Zenha Machado não conferem com os números do censo de 1920 para estas localidades. Além disso, não sabemos exatamente que áreas foram cobertas pelo *survey*, pois os municípios estavam divididos em distritos no período: Bagé (população total: 43800) – Bagé, Piraí, Olhos d'água, Palmas, Santa Rosa, Rio Negro, Candiota e São Domingos; Bento Gonçalves (população total: 22000) – Bento Gonçalves, Monte Belo, Linha Jansen, Nova Pompea e Santa Teresa; Caxias (população total: 33000) – Caxias, Nova Trento, Nova Vicenza, Nova Pádua e Galópolis; Passo Fundo (população total: 65000) – Passo Fundo, Campo do Meio, Alto Uruguai, Carazinho, Marau, Pontão, Alto Jacuí, Distrito e Boa Esperança; Conceição do Arroio (população total: 17200) – Conceição do Arroio, Três Forquilhas, Passinhos, Barra do Ouro e Cachoeira; Gravataí (população total: 19000) – Gravataí, Costa do Ipiranga, Passo Grande, Canoas e Butiá; Ilha dos Marinheiros (em Rio Grande, população total: 51000); Montenegro (população total: 39000) – Montenegro, Brochier, Harmonia, Barão, Bom Princípio, Campestre, São Vendelino, São Salvador e Poço das Antas; São Jerônimo (população total: 25000) – São Jerônimo, Barão do Triunfo, Arroio dos Ratos e Erval; Torres (população total: 10000) – Torres, Três Forquilhas e Glória. Segundo o relatório, São Pedro seria uma

Como podemos observar na tabela, os maiores índices da ancilostomíase, conhecida no estado como “mal da terra”, foram encontrados em Montenegro, na Ilha dos Marinheiros (Rio Grande), em Torres e em Conceição do Arroio. Já as quatro cidades do interior – Bagé, Bento Gonçalves, Caxias do Sul e Passo Fundo – apresentaram não apenas os índices mais baixos da doença no estado, mas, segundo Zenha Machado, no Brasil.⁵¹⁴ As verminoses em geral, porém, apresentavam índices elevados em praticamente todos os municípios, inclusive nas localidades do interior. Passo Fundo, por exemplo, apresentou um índice de 2.6% para a ancilostomíase, mas de 70.4% para outras verminoses.

Buscando explicar esta grande diferença nos índices da doença entre as localidades do interior e do litoral do estado, Zenha Machado afirmou:

How much of this is due to the climate and how much to the type of occupation is a matter of conjecture. The region is approaching the lower limits of latitude for hookworm disease, but the littoral is warmer than the interior. On the other hand the littoral is almost exclusively devoted to agriculture and the interior to cattle raising.⁵¹⁵

Independentemente dos fatores que pudessem explicar esta diferença entre litoral e interior no que se referia aos índices da ancilostomíase – questão de conjectura, segundo Zenha Machado –, apenas no litoral, conforme o relatório, a doença representava um problema para as autoridades de saúde pública.

Em termos bastante gerais, a doença atingia, no Rio Grande do Sul, principalmente pessoas do sexo masculino, com idades entre seis e 18 anos (48,7% das 2011 pessoas examinadas nesta faixa etária apresentaram diagnóstico positivo para a doença) e 19 e 40 anos (34,2% das 1141 pessoas examinadas nesta faixa etária apresentaram diagnóstico positivo para a doença), que se dedicavam a atividades agrícolas e cujas habitações não possuíam latrinas.⁵¹⁶

localidade próxima a Pelotas (FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA – FEE. De Província de São Pedro a Estado do Rio Grande do Sul – Censos do RS: 1803-1950. Porto Alegre, 1981).

⁵¹⁴ Zenha Machado afirma que não havia nome popular para a ancilostomíase no interior do estado, onde a incidência da doença era extremamente baixa (Report on Hookworm Infection Survey of the State of Rio Grande do Sul from March 21st, 1920 to July 16th, 1920. By Zenha Machado – RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 Brazil, Box 25, Folder 149). Nos estados de Santa Catarina e do Paraná também foi observada grande diferença nos índices da ancilostomíase entre municípios localizados no litoral e no interior destes estados, mas esta diferença era, segundo Zenha Machado, mais acentuada no Rio Grande do Sul.

⁵¹⁵ Report on Hookworm Infection Survey of the State of Rio Grande do Sul from March 21st, 1920 to July 16th, 1920. By Zenha Machado (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 Brazil, Box 25, Folder 149). Com relação às localidades do interior, Zenha Machado afirmou ainda que “the population is mainly concerned with meat production, and there is practically no agriculture. The people live scattered widely over the prairies, and the frost winters probably prevent a continuous soil infection with hookworm larvae”.

⁵¹⁶ Segundo o relatório de Zenha Machado, 44,9% dos 2214 homens examinados apresentaram diagnóstico positivo para ancilostomíase, contra 33,7% das 2006 mulheres examinadas. Das 354 pessoas examinadas que

Esse “perfil” dos doentes não apresentava novidades na avaliação do médico responsável pelo *survey* no estado. Segundo Zenha Machado, Wilson George Smillie já havia elaborado uma teoria sobre a ancilostomíase ser uma doença ocupacional, ideia que os dados colhidos no estado reforçavam. Além disso, segundo o médico, a concentração de doentes na faixa etária entre seis e 18 anos era típica de comunidades rurais, pois, a partir dos 19 anos, as mulheres se casavam e, envolvidas com atividades domésticas, apresentavam uma redução nos índices da doença. A relação entre ausência de instalações sanitárias e altos índices da doença também já havia sido estabelecida. Chamava a atenção, contudo, que, no Rio Grande do Sul, 64% das pessoas examinadas afirmassem possuir algum tipo de instalação sanitária, enquanto em Minas Gerais esse índice era de 7,5% e em São Paulo, de 24,2%. A possibilidade de esse ser um dos motivos para os baixos índices da doença no estado não foi, contudo, aventada por Zenha Machado.

No que se referia à distribuição da doença por raças⁵¹⁷, 4015 das 4220 pessoas examinadas foram classificadas como brancas, 133 como negras e 72 como indígenas. Segundo o relatório, os índios e os negros apresentavam um índice mais elevado da doença do que os brancos.⁵¹⁸ O relatório não apresenta comentários sobre estes índices.

Durante a realização do *survey* no Rio Grande do Sul, 1136 das 1670 pessoas diagnosticadas com ancilostomíase receberam um tratamento com óleo de quenopódio. Aproximadamente 4200 pessoas assistiram a 13 palestras realizadas para explicar a doença, seu tratamento e os meios de evitá-la, e também, é claro, para convencer as pessoas a se deixarem examinar.⁵¹⁹

Quando o *survey* foi concluído, em julho de 1920, ainda não havia, como já afirmamos, um acordo entre o governo estadual e a *International Health Board* para a instalação de postos de demonstração do método intensivo de combate à ancilostomíase, mas

exerciam atividades agrícolas, 61% sofriam da doença. Em comparação, das 780 pessoas examinadas que exerciam atividades domésticas, 25% receberam diagnóstico positivo para a doença. Na avaliação das condições sanitárias das habitações das pessoas examinadas, os 1520 indivíduos que afirmaram não possuir latrinas concentravam 59% dos casos positivos para a doença (Report on Hookworm Infection Survey of the State of Rio Grande do Sul from March 21st, 1920 to July 16th, 1920. By Zenha Machado – RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 Brazil, Box 25, Folder 149).

⁵¹⁷ Critério assim referido na documentação da Fundação Rockefeller.

⁵¹⁸ Segundo Zenha Machado, poucos negros e índios foram examinados porque eles não eram “numerosos” no estado. Os números apresentados no relatório indicam que 46,6% dos classificados como negros examinados apresentavam a doença, 56,9% dos classificados como indígenas e 39% dos classificados como brancos. Indígenas foram examinados em Canoas (1), Conceição do Arroio (20), Gravataí (23), Montenegro (6), São Jerônimo (5), São Pedro (8) e Torres (9). Os classificados como negros foram examinados em Canoas (19), Gravataí (16), Montenegro (38), Passo Fundo (9), São Jerônimo (41), São Pedro (9) e Torres (1) (Report on Hookworm Infection Survey of the State of Rio Grande do Sul from March 21st, 1920 to July 16th, 1920. By Zenha Machado – RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 Brazil, Box 25, Folder 149).

⁵¹⁹ Report on Hookworm Infection Survey of the State of Rio Grande do Sul from March 21st, 1920 to July 16th, 1920. By Zenha Machado (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 Brazil, Box 25, Folder 149).

a documentação produzida pelo governo indica que, antes mesmo da conclusão do *survey*, já havia interesse por parte do governo do Rio Grande do Sul em instalar um ou dois postos.⁵²⁰ Em setembro daquele ano, a Fundação iniciou, através do médico Alan Gregg, negociações com o governo do estado e que resultaram num acerto entre as partes. Segundo Ricardo Machado, Diretor de Higiene, os dados colhidos pela Fundação apontaram o que já era “clínicamente conhecido” e levaram o estado a “contratar os serviços de combate à moléstia”, pois, embora a ancilostomíase ainda não tomasse no estado “o desenvolvimento que tem em outros”, já eram “[...] encontradas zonas extensas contaminadas, apresentando grande parte de sua população a apathia e os edemas característicos”.⁵²¹ Ficou estabelecido que o governo do Rio Grande do Sul arcaria com três quintos (60%) do total das despesas para a instalação de três postos que funcionariam, nos últimos meses de 1920 e durante 1921, nos moldes do trabalho que vinha sendo realizado pela Fundação em outros estados. As atividades desenvolvidas a partir da cooperação entre o governo estadual gaúcho e a Fundação Rockefeller estariam integradas e seriam realizadas a partir da Diretoria de Higiene estadual, atendendo, assim, orientação da Fundação.⁵²²

Um dos objetivos da *International Health Board* ao atuar em estados brasileiros já havia sido alcançado no Rio Grande do Sul, que era a definição, através da realização de *survey*, dos problemas sanitários rurais de cada estado. Entre os demais objetivos, como vimos no terceiro capítulo, estavam demonstrar o método intensivo de combate à ancilostomíase; provocar o interesse dos governos locais e estaduais em saneamento rural; estimular maiores investimentos em saúde pública; ajudar a desenvolver organismos estaduais e locais permanentes de saúde pública e saneamento rural; formar profissionais de saúde pública através do treinamento no Brasil e nos Estados Unidos; e manter o trabalho da Fundação sempre inserido de maneira harmoniosa na estrutura do governo, mas de modo que a Fundação pudesse retirar-se depois de determinado período, deixando atrás de si uma estrutura nova de funcionamento independente sob o controle do estado e nas mãos de funcionários capazes.⁵²³

As expectativas da *International Health Board* com relação ao trabalho no estado eram positivas. Nas palavras de Hackett, “in general influence on public health administration

⁵²⁰ Introdução, p. XLVIII, 1920 (AHRS, SIE.3 – 033/034).

⁵²¹ Introdução, p. 32, 1921 e Relatório da Diretoria de Higiene, p. 75, 1921 (AHRS, SIE.3 – 035/036). Não foi possível localizar o acordo de cooperação entre a Fundação Rockefeller e o governo do Rio Grande do Sul.

⁵²² Annual Report, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438).

⁵²³ Notes on Organization of the IHB Work in Brazil, April 28, 1919 (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 – Brazil, Box 24, Folder 144).

[...] the temper of the Rio Grandenses promises to be a more fruitful soil than some of the poorer and more backward states”.⁵²⁴

Vejamos então como este trabalho ocorreu e quais foram suas consequências na saúde pública estadual, tanto no que se refere ao combate à ancilostomíase em si, quanto na organização da saúde no Rio Grande do Sul.

⁵²⁴ Annual Report, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438).

CAPÍTULO V – DOS POSTOS DE DEMONSTRAÇÃO EM COOPERAÇÃO COM A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER AO SERVIÇO DE POSTOS DE PROFILAXIA RURAL ESTADUAL

“A prophylaxia das verminoses tal como está sendo feita no Estado não deixa a menor duvida quanto ao insucesso.”⁵²⁵

A partir dos primeiros contatos e, principalmente, da realização do *survey* discutidos no capítulo anterior, foi estabelecida a cooperação entre a Fundação Rockefeller e o governo do Rio Grande do Sul para a realização de ações de combate à ancilostomíase no estado. Neste quinto capítulo, discutiremos a cooperação entre a Fundação e o governo estadual, entre 1920 e 1923, enfocando o trabalho realizado em municípios gaúchos a partir da instalação dos postos de demonstração do combate à doença propostos pela instituição norte-americana e implementados através da Diretoria de Higiene. Destacaremos também algumas dificuldades e os êxitos parciais alcançados pelo trabalho através das experiências de municípios como Montenegro e Torres. Em seguida, abordaremos a continuidade do trabalho de combate à ancilostomíase através do Serviço de Postos de Profilaxia Rural, mantido pelo governo estadual após o encerramento da cooperação com a IHB, entre 1924 e 1929, quando o Serviço, então sob duras críticas, foi encerrado por Fernando de Freitas e Castro, recém nomeado Diretor de Higiene e ex-bolsista de saúde pública da Fundação Rockefeller.

5.1 O COMBATE À ANCILOSTOMÍASE CHEGA AOS MUNICÍPIOS DO RIO GRANDE DO SUL

Entre 1920 e 1923, a *International Health Board* estabeleceu postos de combate à ancilostomíase, em cooperação com o governo estadual gaúcho, em nove municípios do estado que, ou haviam apresentado altos índices da doença durante o *survey*, ou que se localizavam nas proximidades dos municípios nesta condição. É importante destacar, contudo, que os postos de demonstração do método intensivo de combate à ancilostomíase abertos no Rio Grande do Sul eram postos temporários, que funcionariam em cada município por um período, para demonstração, e depois seriam transferidos para outra localidade. Assim, os nove postos abertos no estado foram, na verdade, os três postos acertados em 1920 e que

⁵²⁵ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 99, 1928 (AHRS, SIE.3 – 044).

foram sendo relocados. Os três primeiros postos foram instalados em Montenegro, Conceição do Arroio e Torres, lugares “onde a população se achava fortemente acometida” pela doença.⁵²⁶ O posto de Torres, por exemplo, aberto em março de 1921, foi transferido para São Sebastião do Caí, em janeiro de 1922, e depois para Taquara em maio de 1923.⁵²⁷

Os dois primeiros postos instalados – Montenegro e Torres – serviriam de escola de aprendizagem para formar pessoal suficiente para a organização de outros postos.⁵²⁸

Nos municípios onde os primeiros postos foram instalados, os índices de ocorrência da ancilostomíase indicados pelo *survey* eram bastante elevados, como vimos: Montenegro apresentava um índice 65.4%; Torres, de 77.1%, e Conceição do Arroio, de 84.7%. Já em Gravataí, por exemplo, um dos últimos postos abertos a partir da cooperação entre a Fundação e o governo estadual, o índice da doença era significativamente menor: 37.1%.

QUADRO 2 – Postos de demonstração instalados no Rio Grande do Sul (1920-1923)

Município	Abertura do Posto	Fechamento do Posto	Período de Funcionamento do Posto*
Montenegro	01 dez. 1920	31 dez. 1922	25 meses
Torres	04 mar. 1921	27 fev. 1922	12 meses
Conceição do Arroio	19 jul. 1921	30 abr. 1922	08 meses e meio
São Sebastião do Caí	09 fev. 1922	17 abr. 1923	14 meses
Ilha dos Marinheiros (Rio Grande)	21 set. 1922	20 jan. 1923	04 meses
São Leopoldo	25 jun. 1922	31 dez. 1923	18 meses
Taquara	03 maio 1922	31 dez. 1923	20 meses
Gravataí	Sem Informação	31 dez. 1923	
Cachoeira	21 fev. 1923	31 dez. 1923	10 meses

*O cálculo do período de funcionamento dos postos foi arredondado.

Fontes: A tabela foi elaborada a partir de informações disponíveis em Annual Report for Brazil, January 1st to December 31st, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1440); Report on the Work in Brazil for the quarter ending March 31, 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 024); Report on the Work in Brazil for the quarter ending June 30th, 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 024); Report on the Work in Brazil for the quarter ending September 30th, 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 024); Progress Reports [1923] (COC/Fiocruz, FR, Doc. 037).

⁵²⁶ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 75, 1921 (AHRS, SIE.3 – 035/036).

⁵²⁷ Progress Reports [1923] (COC/Fiocruz, FR, Doc. 037).

⁵²⁸ Relatório da Diretoria de Higiene, 1921 (AHRS, SIE.3 – 035/036).

Ao contrário do que ocorreu em outros estados, como Minas Gerais, por exemplo, o Rio Grande do Sul não teve Diretores Estaduais brasileiros durante o período de cooperação com a Fundação Rockefeller. Entre 1920 e 1923, foram Diretores Estaduais da IHB no Rio Grande do Sul os médicos Alan Gregg (dezembro de 1920 a novembro de 1921), Fred Soper (novembro de 1921 a julho de 1922) e Nelson C. Davis (julho de 1922 a dezembro de 1923), homens que iniciavam longas carreiras dentro da instituição norte-americana.⁵²⁹ Alan Gregg chegou a Vice-Presidência da Fundação na década de 1950 e Fred Soper trabalhou no Brasil durante mais de uma década nas atividades de combate à febre amarela.

Para compreender a organização e o funcionamento dos postos instalados no estado, e subordinados aos Diretores Estaduais norte-americanos, recorreremos às informações contidas no relatório apresentado ao Conselho Municipal de São Leopoldo pelo intendente Mansueto Bernardi, em outubro de 1922, e publicadas no jornal *A Época*.⁵³⁰

Segundo Mansueto Bernardi, Fred Soper foi a São Leopoldo em maio de 1922 “[...] a fim de entender-se com esta municipalidade sobre o possível estabelecimento aqui de um posto para tratamento das pessoas atacadas de verminoses”.⁵³¹ A partir da visita de Soper, ficou definido que a intendência municipal forneceria a casa para a instalação do posto, luz, asseio e forragem para os animais.

Trabalhariam no posto localizado no município um médico, que seria o Diretor de Campo, um guarda-chefe, um secretário, um microscopista, 10 guardas enfermeiros e alguns outros funcionários, como cocheiro. A documentação da Fundação revela, porém, que o quadro de pessoal podia variar de posto para posto no que se referia, por exemplo, ao número de enfermeiros.

Galdino Nunes Vieira, formado em medicina pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre em 1920, foi o Diretor de Campo do posto estabelecido no município. Também foram Diretores de Campo no Rio Grande do Sul Renato Studart, Abelardo Guimarães, Luiz Ferraz, Luiz Facciolli, Antônio Furlan Jr. e Waldemar da Rocha. Um quadro do pessoal empregado no estado para as atividades desenvolvidas nos postos de Montenegro, Torres e Conceição e apresentado em relatório anual de 1921 indica que todos os funcionários contratados pela

⁵²⁹ Annual Report for Brazil, January 1st to December 31st, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1440); Progress Reports [1923] (COC/Fiocruz, FR, Doc. 037).

⁵³⁰ *A Época*, São Leopoldo, 21 de outubro de 1922 (Museu Histórico Visconde de São Leopoldo, doravante MHVSP).

⁵³¹ *A Época*, São Leopoldo, 21 de outubro de 1922 (MHVSP).

International Health Board no Rio Grande do Sul eram homens, mas não foi possível saber como foram selecionados no estado.⁵³²

A partir do acerto entre a Fundação e os governos estadual e municipal, o município era dividido em zonas e cada zona ficava sob a responsabilidade de um guarda-enfermeiro. Segundo Bernardi,

Os guardas-enfermeiros percorrem as casas recenseando systematicamente a população, collectando as fezes para exame microscopico e medicando gratuitamente os doentes. O guarda-chefe fiscalisa o serviço e dá contas dele ao medico chefe do Posto.

Nesta cidade, o serviço foi iniciado no dia 19 de junho, por uma conferencia realizada no Cine Theatro Coliseu, pelo chefe do Posto, Dr. Galdino Nunes Vieira. No dia 21 começou a distribuição das latinhas para colheita de fezes. No dia 22 fizeram-se os primeiros exames e no dia 25 as primeiras medicações.⁵³³

Como as atividades de combate à ancilostomíase realizadas a partir da cooperação entre o governo estadual e a Fundação só começaram em fins 1920, isto é, depois das modificações realizadas no método intensivo e que teriam tornado, inclusive, o tratamento mais seguro, como discutimos no terceiro capítulo, o combate à doença seguia, no Rio Grande do Sul, as seguintes orientações: (a) a realização de exames microscópicos em comunidades urbanas e em distritos rurais somente até que o índice de infecção atingisse 85%; (b) o tratamento da população não examinada como se o índice de infecção fosse de 100%; (c) a eliminação de todos os exames realizados depois do tratamento; (d) a prescrição da dosagem e do número de tratamentos de acordo com a idade e a ocupação, e (e) a alta dos pacientes quando estivesse completo o número de tratamentos prescritos.⁵³⁴ O vermífugo empregado pela Fundação no estado era o óleo de quenopódio e este deveria ser distribuído conforme a tabela adotada pela *International Health Board* a partir da década de 1920:

⁵³² Annual Report for Brazil, January 1st to December 31st, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1440). Não “seguimos” os nomes dos homens empregados nos postos, mas seria interessante saber quais suas ocupações anteriores. Se fossem professores, por exemplo, poderiam facilitar o trabalho da Fundação junto aos moradores.

⁵³³ *A Época*, São Leopoldo, 21 de outubro de 1922 (MHVSL).

⁵³⁴ Annual Report for Brazil, January 1st to December 31st, 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 022).

TABELA 5 – Método de tratamento adotado pela FR no Rio Grande do Sul (1920-1923)

Idade do Paciente (em anos)	Número de Gotas* de Óleo de Quenopódio	Número de Tratamentos – Exposto à Ancilostomíase**	Número de Tratamentos – Não Exposto à Ancilostomíase
1	2	1	1
2	3	1	1
3	4	1	1
4	5	1	1
5	6	2	2
6	8	2	2
7	10	2	2
8	12	2	2
9	14	2	2
10	16	2	2
11	20	3	2
12	23	3	2
13	26	3	2
14	29	3	2
15	32	3	2
16	35	3	2
17	37	3	2
18	40	3	2
19	43	3	2
20	46	3	2
21 – 50	50	3	2
Mais de 51	50	1	1
Mais de 61	A critério do médico.		

*30 gotas = 1 mililitro

** Exposto à ancilostomíase era aquele que, por exemplo, exercia atividades agrícolas ou que não possuía instalações sanitárias.

Fonte: Annual Report for Brazil, January 1st to December 31st, 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 022).

Em São Leopoldo, os exames microscópicos indicaram que 95% dos habitantes das zonas rurais estavam com ancilostomíase e, por isso, os exames foram suspensos no morro do

Paula e no Carioca, e a população passou a ser tratada sistematicamente, sem a necessidade do diagnóstico positivo para a doença.⁵³⁵

FIGURA 14 – São Leopoldo, década de 1920



“São Leopoldo na época em que a Comissão Rockfeller [sic] estava em atividade.”

Fonte: MOEHLECKE, Germano Oscar. *São Leopoldo – Retalhos de História*. São Leopoldo: [s.n.], 2000, p. 200.

A suspensão dos exames também ocorreu em Torres, em junho de 1921, quando o exame de 3931 pessoas havia apontado um índice de 97% de doentes; em Conceição do Arroio, que apresentava um índice de 87.7%, e em Montenegro, em outubro de 1921, quando, após seis meses de exames, o índice de diagnósticos positivos era superior a 85%.⁵³⁶ É provável que a suspensão dos exames também tenha ocorrido nas demais localidades. Os microscopistas eram dispensados quando os exames eram interrompidos.⁵³⁷

Paralelamente às atividades de combate à ancilostomíase desenvolvidas em cooperação com o governo estadual, a *International Health Board* também realizou “investigações” sobre a doença e seu controle no estado. Em relatório de 1923, Lewis Hackett

⁵³⁵ *A Época*, São Leopoldo, 21 de outubro de 1922 (MHVSL).

⁵³⁶ Annual Report for Brazil, January 1st to December 31st, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1440). Não foi possível saber se os exames microscópicos foram suspensos nos demais municípios.

⁵³⁷ Annual Report for Brazil, January 1st to December 31st, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1440).

afirmou que, dos 11 estudos finalizados durante aquele ano no país, nove haviam sido realizados no Rio Grande do Sul por Nelson C. Davis.⁵³⁸

Três dos estudos realizados no Rio Grande do Sul foram desenvolvidos com 458 moradores da Ilha dos Marinheiros, em Rio Grande. Uma destas investigações tinha como objetivo avaliar a validade do terceiro tratamento com óleo de quenopódio em campanhas intensivas de combate à ancilostomíase⁵³⁹, e uma segunda buscava analisar a influência do uso de calçados nos índices da doença⁵⁴⁰.

A terceira investigação realizada em Rio Grande objetivou, entre outros aspectos, testar a validade da mistura do óleo de quenopódio e do tetracloreto de carbono no tratamento à ancilostomíase. As atividades realizadas na Ilha dos Marinheiros foram comentadas em relatório especial da seguinte maneira:

The present investigation was undertaken to determine the average worm content of rural Brazilians living in the most southern littoral of Brazil (Latitude 32° S); to renew and to stimulate the interest of the State health authorities in the rural health program; to arrive at an estimate of the efficiency of our field methods in hookworm treatment; **to test the value of carbon tetrachloride in combination with oil of chenopodium. The work was carried out in conjunction with the intensive campaign under the immediate supervision of Dr. Waldemar Luiz Rocha to whom is due much of the credit thereof.**⁵⁴¹

É importante lembrar, como indicamos no terceiro capítulo, que o relatório de 1923 sobre as atividades da Fundação no Brasil trazia informações sobre a utilização experimental da mistura do óleo de quenopódio e do tetracloreto de carbono para o tratamento da ancilostomíase e que, mesmo tendo o tetracloreto se mostrado tóxico em estudos com cães, a

⁵³⁸ Progress Reports [1923] (COC/Fiocruz, FR Doc. 037). Os outros dois estudos foram realizados em Jacarepaguá (Rio de Janeiro) por George Strobe.

⁵³⁹ The insignificant value of third treatments with chenopodium oil during intensive hookworm campaigns, by Doctor Nelson C. Davis (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 – Brazil, Box 23, Folder 135). Como conclusão, Davis afirmava que “in view of the small number of worms recovered after the third medication, it is suggested that during intensive hookworm campaigns, waged in regions predominately infested with *necator americanus*, the routine third treatment with chenopodium should be omitted, thus permitting a more rapid extension of the service among the remaining highly infected population”.

⁵⁴⁰ Hookworm infection as influenced by the wearing of shoes, by Nelson C. Davis (RAC, RF, Collected Papers by Members of the Staff of the International Health Board, v. II, 1925, p. 81-86). Este estudo também foi publicado na *The American Journal of Tropical Medicine*, v. V, n. 1, January, 1925. A partir desta investigação, Nelson C. Davis afirmava “in an analysis of hookworm counts made on the Ilha dos Marinheiros, State of Rio Grande do Sul, Brazil, a rather definitive correlation is found between the intensity of infection and the amount of shoe-wearing among the different age groups of both sexes. It is indicated that infections are contracted in this particular area not so much by prolonged contact with the humid earth of the fields as by relatively shorter exposure to highly infected spots of pollution”.

⁵⁴¹ Special hookworm report – number two – B – Results of treatment with a mixture of carbon tetrachloride and oil of chenopodium in the treatment of hookworm disease. Ilha dos Marinheiros – Rio Grande do Sul, by Dr. Nelson C. Davis and Dr. Waldemar Luiz Rocha (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 – Brazil, Box 25, Folder 151). Grifos nossos.

mistura havia sido distribuída no Rio Grande do Sul, causando a morte de um homem de 39 anos.⁵⁴²

Um quarto estudo foi realizado entre militares de um quartel em São Leopoldo e demonstrou que havia uma correlação entre o estilo de vida militar e uma diminuição nos índices da doença, provavelmente relacionada ao uso de calçados e à existência de instalações sanitárias no quartel.⁵⁴³ Um quinto estudo foi realizado em Cachoeira.⁵⁴⁴ Não foi possível obter, na documentação consultada, informações sobre os demais estudos realizados no Rio Grande do Sul.

As informações sobre as “investigações” realizadas no estado referentes à ancilostomíase e seu tratamento vão ao encontro das considerações de Steven Palmer, já destacadas no terceiro capítulo, de que os supervisores locais da *International Health Board* agiam, muitas vezes, como cientistas de saúde pública com licença para usarem a população sob tratamento, no caso, parte da população de Rio Grande, como sujeitos para testes que buscavam a melhoria de componentes-chave da metodologia e do tratamento empregado pela Fundação.⁵⁴⁵

Recuperando brevemente o que foi discutido sobre o funcionamento dos postos de demonstração do método intensivo de combate à ancilostomíase abertos no Rio Grande do Sul a partir da cooperação entre a Fundação Rockefeller e o governo estadual, podemos resumir, de maneira geral, o funcionamento destes postos da seguinte forma: (1) os custos de manutenção dos postos eram divididos entre o governo estadual (60%) e a Fundação (40%), e os municípios contribuíam com o espaço para a instalação do posto, luz e alimento para os animais, entre outros; (2) o trabalho era organizado e realizado pela *International Health Board* através do Diretor Estadual norte-americano, mas implementado a partir da Diretoria de Higiene estadual; (3) as equipes de trabalho eram compostas, em princípio, por pessoal local e contavam com um Diretor de Campo (médico), um guarda chefe, um secretário, um microscopista, 10 guardas enfermeiros e alguns outros funcionários, mas a organização e o número de funcionários podiam variar de posto para posto; (4) o município em que o trabalho era realizado era dividido em zonas, e cada zona ficava sob a responsabilidade de um guarda

⁵⁴² Progress Reports [1923] (COC/Fiocruz, FR, Doc. 037).

⁵⁴³ Progress Reports [1923] (COC/Fiocruz, FR, Doc. 037). Os estudos realizados no quartel de São Leopoldo foram mencionados em nota publicada no jornal do município denominado *A Época* em 2 de setembro de 1922, o que indica que as investigações – ou esta investigação, pelo menos – eram de conhecimento da população e das autoridades municipais (*A Época*, São Leopoldo, 2 de setembro de 1922 – MHVSL).

⁵⁴⁴ Experience with the stool egg counting method in an area lightly infested with hookworm, by Nelson C. Davis, M.D. (RAC, RF, Collected Papers by Members of the Staff of the International Health Board, v. I, 1924). O artigo também foi publicado no *The American Journal of Hygiene*, v. iv, n. 3, p. 226-236, maio 1924.

⁵⁴⁵ PALMER, 2010b, p. 162.

enfermeiro; (5) o tratamento, realizado com óleo de quenopódio, seguia as orientações da IHB elaboradas a partir de 1920; (6) o pessoal dos postos também realizava trabalho de educação sanitária referente à doença, através de palestras públicas e explicações/orientações durante o tratamento.

Como destacamos ainda no terceiro capítulo, a legislação e fiscalização referentes à construção de latrinas eram de responsabilidade dos estados, mas, com a divisão de atribuições entre estados (saúde pública) e municípios (higiene), os municípios acabaram, ao que tudo indica, responsáveis por esta parte do trabalho de combate à ancilostomíase no estado.⁵⁴⁶

Dos postos estabelecidos pela *International Health Board* em municípios do Rio Grande do Sul em cooperação com o governo estadual, dois merecem destaque: Montenegro e Torres.⁵⁴⁷ Estes municípios sintetizam as dificuldades e os êxitos parciais obtidos pela Fundação no Rio Grande do Sul.

5.1.1 Montenegro: desconfiança e resistência

Montenegro foi o primeiro município gaúcho a contar com um posto de combate à ancilostomíase estabelecido a partir da cooperação entre o governo estadual e a Fundação Rockefeller.

⁵⁴⁶ Os relatórios produzidos pela Fundação Rockefeller raramente indicam o número de domicílios cujas instalações sanitárias foram inspecionadas ou o número de instalações sanitárias novas, instaladas a partir do trabalho realizado nos municípios, o que confirma que ela não era responsável por esta tarefa, conforme já indicava Ferrell, em 1916, ao apresentar uma proposta de trabalho ao Presidente do Estado do Rio de Janeiro.

⁵⁴⁷ Um terceiro posto merece ser comentando aqui brevemente. O posto de Cachoeira, aberto a partir da cooperação entre a Fundação e o governo estadual, é o único a aparecer diretamente relacionado a um cultivo específico, o do arroz, e não apenas à atividade agrícola de uma maneira geral. Em 1922, Hackett indicava os planos de instalar um posto no município que, sublinhe-se, não havia sido visitado durante a realização do *survey*: “The future hookworm work in Rio Grande do Sul must concern itself sooner or later with the big rice plantations which are increasing in numbers and extent. Upon the completion of one of the areas now being worked, it is planned to enter a rice county and attack the problems characteristic thereof as well as to develop a public health conscience in this young and growing industry” (Report on the Work in Brazil for the quarter ending June 30th, 1922 – COC/Fiocruz, FR, Doc. 024). Entre 1922 e 1923, um posto de combate à ancilostomíase foi aberto em Cachoeira, município com aproximadamente 50000 habitantes e que era responsável pela maior produção de arroz do estado, possuindo, em 1920, quase dois mil estabelecimentos produtores do grão. Segundo Marli Mertz, Marinês Zandavalli Grando e Luiz Roberto Pecoits Targa, entre 1901 e 1929, o arroz participou, em média, com quase 5% do valor das exportações totais do estado (MERTZ, Marli; GRANDO, Marinês Zandavalli; TARGA, Luiz Roberto Pecoits. *A Agricultura: A Organização dos Sistemas Agrários*. In: BOEIRA, Nelson; GOLIN, Tau (Coord.). *República: República Velha (1889-1930)*. Passo Fundo: Méritos, 2007, v. 3, t. 1, p. 203-223). O posto de Cachoeira foi aberto, segundo Relatório da Diretoria de Higiene de 1927, a convite do intendente municipal Annibal Cordeiro (Relatório da Diretoria de Higiene, p. 633, 1927 – Posto de Profilaxia Rural de Viamão – AHRS, SIE.3 – 043). Não encontramos, porém, informações sobre a participação dos produtores de arroz no trabalho desenvolvido pelo posto instalado em Cachoeira, fosse financeiramente, como ocorreu em São Paulo com os produtores de café, fosse através da colaboração para que os trabalhadores das lavouras buscassem as orientações e o tratamento dispensados pelo posto.

Como vimos, Montenegro era uma das localidades que havia apresentado os maiores índices da doença durante a realização do *survey* – 65.4%. O estado arcaria com 60% das despesas do trabalho em Montenegro, conforme combinado, além de fornecer transporte ferroviário e fluvial, e espaço para depósito e escritório em Porto Alegre. A Fundação arcaria com 40% dos custos de manutenção do posto e seria responsável pela organização e funcionamento do mesmo. O município de Montenegro, por sua vez, disponibilizaria uma casa para a instalação do posto, eletricidade e alimento para os animais.

Segundo ficha que apresenta os dados finais sobre os trabalhos realizados pelo posto instalado em Montenegro⁵⁴⁸, 36120 pessoas foram recenseadas no município, 12880 passaram por um primeiro exame para diagnóstico da doença, das quais 10122 tiveram diagnóstico positivo. Em primeiro de outubro de 1921, em virtude dos altos índices da doença verificados a partir dos exames realizados, os exames microscópicos foram descontinuados. Durante o período de funcionamento do posto em Montenegro, foram distribuídos, de acordo com informações fornecidas pela Fundação, 58819 tratamentos com óleo de quenopódio e 22622 pessoas foram consideradas curadas, pois cumpriram o tratamento prescrito. Paralelamente às atividades para tratamento da doença, foram realizadas 184 palestras (públicas, em escolas e especiais) com um público total de 7064 pessoas, e foram distribuídos 4533 panfletos, entre outros meios de propaganda utilizados.

O posto de Montenegro também foi o que esteve em operação durante o maior período de tempo, funcionando por mais de dois anos. Mas, além destes aspectos, o posto instalado no município de Montenegro chama a atenção por outro motivo: foi o único a receber um comentário negativo na documentação produzida pela Fundação sobre o trabalho realizado no Rio Grande do Sul. Em Relatório de 1922, Lewis Hackett afirmava que a campanha estava progredindo satisfatoriamente no município, apesar de “[...] an apathetic population which speaks only German and views strangers with that suspicion of which only ‘ignorance’ is capable”.⁵⁴⁹

Em artigo publicado no jornal *O Progresso*, periódico do Partido Republicano no município, em dois de junho de 1921, Galdino Nunes Vieira, o Diretor de Campo, forneceu algumas pistas sobre quais poderiam ser os problemas enfrentados pela Fundação em Montenegro. Em um trecho do artigo, o médico afirmava:

⁵⁴⁸ Complete Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Montenegro, State of Rio Grande do Sul, 1st December 1920 – 31st December 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 024).

⁵⁴⁹ Report on the Work in Brazil for the quarter ending March 31, 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 024).

Os que nos podiam acolher acolheram-nos e acolhendo-nos, acolheram-se, porque si a nós déram a satisfação de vermos o nosso dever cumprido, a si déram a saúde e o bem estar.

Aquelles, por cuja responsabilidade nesta terra se destacam, é de justiça salientar, fizeram tudo para divulgar os trabalhos da Comissão [Fundação Rockefeller], auxiliando a com medidas especiaes, convencendo os rebeldes, num trabalho de propaganda elevada e sã, que bem demonstra a estrutura dos seus feitos de homens. A elles, os nossos agradecimentos.

Houve tambem quem, tocado por impulso de ganancia, esquecendo que a sua pseudo-responsabilidade, poderia prejudicar não só aos infelizes que conseguisse convencer mas tambem aos que estes influenciariam, - movesse occulta propaganda contra os trabalhos que vimos realizando.

Os resultados brilhantes obtidos pelo nosso serviço annullam felizmente qualquer tentativa de demonstração de sua inferioridade.⁵⁵⁰

Segundo o médico, o trabalho realizado pela FR no combate à ancilostomíase em Montenegro havia contado com apoiadores, com defensores que se esforçaram em divulgar as atividades e convencer os “rebeldes”. Mas, como indica o texto, também encontrara opositores que, movidos pela “ganância”, realizaram “propaganda oculta” contra o trabalho. No artigo, Galdino Nunes Vieira não cita nomes ou apresenta detalhes, mas parece indicar que essa propaganda contra os trabalhos da Fundação foi movida por pessoas que também atuavam na área da saúde e que, possivelmente, vissem, nos funcionários que trabalhavam no combate à ancilostomíase, seus concorrentes.⁵⁵¹

Seguindo com o artigo, o médico esclarece qual era o objetivo do mesmo:

E é para dissipar uma duvida a respeito da efficacia do tratamento da uncinariose, por nós realizado, que se torna necessario este artigo.

Chegou ao nosso conhecimento que algumas familias accusavam o tratamento da Rockefeller [sic] de produzir maior fraqueza, sobretudo nas creanças. Investigando das causas dessa interpretação que só poderia ser falsa, verificamos que o que se passava era o seguinte: Em algumas casas as creanças, já mal nutridas, enfraquecidas, além disso, pela doença, permanecendo um dia em diéta, não eram nos dias subseqüentes convenientemente alimentadas e por esta razão apresentavam fraqueza maior. E como não ser assim? Passar um dia em diéta, tomar um purgativo e ser mal alimentado nos dias seguintes é o bastante para abater qualquer pessoa. Com mais razão, abaterá, pois, esses desprotegidos da fortuna que a estas condições ajuntam o seu estado organico de depauperamento, de accordo com uma alimentação insufficiente. [...] Não procede, pois, a queixa.⁵⁵²

⁵⁵⁰ *O Progresso*, Montenegro, 02 de junho de 1921 (Coleção Particular de João Baptista Teixeira da Silva, doravante CPJBTS). Grifos nossos.

⁵⁵¹ É interessante lembrar aqui o caso mencionado por Alan Gregg em seu diário, quando este relata o episódio de um curandeiro que teria espalhado boatos sobre o trabalho realizado pela Fundação Rockefeller no sul do Brasil (ver terceiro capítulo). Anne-Emanuelle Birn destacou, em seu trabalho sobre as atividades de combate à ancilostomíase da Fundação Rockefeller no México, que alguns médicos daquele país viram as campanhas da *International Health Board* como uma competição por pacientes (BIRN, 2003, p. 171).

⁵⁵² *O Progresso*, Montenegro, 02 de junho de 1921 (CPJBTS).

Como é possível observar, Vieira buscava lidar, através da publicação do texto em periódico do município, com um aspecto delicado do tratamento para a ancilostomíase proposto pela Fundação e que já foi abordado anteriormente: os efeitos colaterais, algumas vezes fatais, do óleo de quenopódio quando administrado a crianças. Como podemos observar também, a explicação do médico para esses efeitos colaterais era a mesma apresentada por Lewis Hackett, nos relatórios enviados a Nova York, para as mortes de crianças ocorridas no país após a administração do medicamento: a causa de efeitos colaterais ou de “acidentes fatais” não era o medicamento, mas sim a saúde já frágil das crianças. É possível que efeitos colaterais decorrentes da administração do óleo de quenopódio estivessem dificultando os trabalhos da Fundação em Montenegro, aumentando a desconfiança e a resistência da população ao tratamento e exigindo assim a defesa que Vieira fazia dos trabalhos realizados no município, apesar da alegação do médico de que o artigo não tinha este objetivo: “Esta explicação não teve o fim de defeza da Commissão, cujos trabalhos a maioria do povo tem apreciado, fazendo-lhe justiça. O fim foi prevenir os inconvenientes da falta de alimentação.”⁵⁵³

Alguns dados apresentados na já mencionada ficha que indica as atividades realizadas pela *International Health Board* em Montenegro parecem reforçar a ideia de que os efeitos colaterais da medicação empregada no tratamento da ancilostomíase, o óleo de quenopódio, aumentavam a recusa das pessoas em se submeter ao mesmo.

Os funcionários do posto instalado em Montenegro recensearam 36120 pessoas no município, realizaram o primeiro exame microscópico para diagnóstico da doença em 12880 destas pessoas e não o realizaram em 23240. Das 23240 que não foram examinadas, 22329 foram dispensadas dos exames quando, em função dos elevados índices da doença encontrados nos 12880 indivíduos examinados, optou-se pela descontinuidade dos exames e o tratamento passou a ser administrado a todos, independentemente do diagnóstico positivo. Mas, das pessoas não examinadas, 310 não o foram porque se recusaram a passar pelo primeiro exame. Talvez, como indicara Brannstrom com relação às atividades da IHB em São Paulo, estas pessoas também não tivessem sido convencidas a participar dos “rituais” de coleta de amostras fecais.⁵⁵⁴ Outro dado interessante é que, das 36120 pessoas recenseadas, 2666 não receberam o primeiro tratamento com óleo de quenopódio, das quais 1673 não o receberam porque se recusaram a fazê-lo. Agora, o dado que queremos destacar aqui com relação aos tratamentos em Montenegro se refere ao número de pessoas que se recusaram a

⁵⁵³ *O Progresso*, Montenegro, 02 de junho de 1921 (CPJBTS).

⁵⁵⁴ BRANNSTROM, 2010, p. 34-35.

realizar o tratamento até a sua conclusão, após terem recebido a primeira dose do óleo de quenopódio: 7163 indivíduos foram apontados como tendo recebido a primeira dose do medicamento, mas não teriam se curado, dos quais 5463 teriam se recusado a concluir o tratamento. Como podemos observar, 1673 pessoas teriam se recusado a receber o primeiro tratamento com óleo de quenopódio, mas, das que receberam o primeiro tratamento, 5463 teriam se recusado a prosseguir com o mesmo até o fim.⁵⁵⁵

A animosidade de parte dos habitantes do município com relação ao pessoal que trabalhava no combate à doença é indicada por Vieira em outro artigo publicado também no periódico *O Progresso*. Ao comentar o relatório das atividades da Fundação para o ano de 1920, o médico afirmava que

Era bem justo que a Comissão fosse recebida em toda parte com um cavalheirismo e uma boa vontade que correspondessem a tão elevado lema [Galdino referia-se ao lema da Fundação Rockefeller]. Não assistiríamos então, no interior de Montenegro, a scenas bem lamentaveis, infelizmente communs, como aquella de um funcionario que, alta noite, cansado de bater em vão em muitas portas, pediu permissão para pernoitar numa casa de família, onde medicára nesse dia, gratuitamente, recebendo consentimento mediante pagamento de 5\$000!⁵⁵⁶

As dificuldades enfrentadas pela Fundação no estado, porém, mereceram não mais que um comentário bastante geral por parte do governo estadual em relatório de 1922: “A comissão contractante esforçou-se em bem trabalhar superando as dificuldades esperadas em tal genero de serviços, quando practicado pela primeira vez em um logar”.⁵⁵⁷

5.1.2 Torres: um caso de sucesso

Torres, por sua vez, que apresentara um índice de 77.1% para a ancilostomíase durante o *survey*, foi positivamente destacada nos relatórios de Hackett no que se referia às atividades realizadas no Rio Grande do Sul.

Durante o período de funcionamento do posto em Torres, entre março de 1921 e fevereiro de 1922, foram recenseadas 11013 pessoas, das quais 3931 foram examinadas para a realização do diagnóstico da ancilostomíase. Assim como ocorreu em Montenegro, os exames microscópicos foram descontinuados, em junho de 1921, devido aos altos índices da doença encontrados no município (3814 casos positivos para os 3931 examinados), e a população foi

⁵⁵⁵ Complete Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Montenegro, State of Rio Grande do Sul, 1st December 1920 – 31st December 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 024).

⁵⁵⁶ *O Progresso*, Montenegro, 06 de abril de 1922 (CPJBTS).

⁵⁵⁷ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 55, 1922 (AHRs, SIE.3 – 037).

tratada independentemente de diagnóstico. Em Torres, de acordo com dados fornecidos pela *International Health Board*, 174 pessoas se recusaram a ser examinadas, 102 não quiseram receber o primeiro tratamento com óleo de quenopódio, e 750 pessoas foram consideradas não curadas, pois se recusaram a prosseguir com o tratamento após a primeira dose do medicamento. Ao todo, 18296 tratamentos foram realizados em Torres, e 7494 pessoas foram consideradas curadas. Quase 50 palestras foram realizadas no município, com um público total de 2778 pessoas.⁵⁵⁸

Mas o aspecto que mereceu comentários de Lewis Hackett foi o trabalho de saneamento realizado no município, não apenas durante o período de funcionamento do posto, quando 93 novas instalações sanitárias teriam sido construídas, mas principalmente depois do encerramento das atividades da IHB na localidade. Em 1922, Hackett chegou a afirmar que “one of the most satisfying results of our Rio Grande service is to be found in Torres”.⁵⁵⁹

Em Torres, o trabalho de fiscalização e de construção de latrinas foi levado adiante por dois enfermeiros depois que as atividades mantidas no município a partir da cooperação entre a FR e o governo estadual foram encerradas em fevereiro de 1922. O serviço era mantido pelo município e representava, segundo Hackett, o tipo de iniciativa que a *International Health Board* gostava de ver realizada. Segundo relatório da Fundação, somente em fevereiro de 1923, 204 casas foram visitadas no município e 56 latrinas construídas, o que representaria um número impressionante, se considerarmos que durante todo o período de atuação da Fundação em Torres (quase um ano), 93 latrinas haviam sido construídas.⁵⁶⁰

Para destacar os resultados positivos das atividades realizadas em Torres, Hackett recorre inclusive a um comentário de Protásio Alves, então Secretário do Interior e Exterior do Rio Grande do Sul, que costumava veranejar naquele município:

Dr. Protasio is accustomed to spend his vacation in Torres and this year upon his return to Porto Alegre told Dr. Soper that he was most favorably impressed by the difference in the appearance of the people of Torres; that one no more encounters those terrible cases which were so familiar in other years; that he had not expected to note such differences and that other doctors who had spent the summer there had noted the same differences.⁵⁶¹

Protásio Alves também destacou o trabalho realizado em Torres, mencionando, por sua vez, uma carta “elogiosa” escrita pelo chefe da “comissão” norte-americana: “Dirigiu-me

⁵⁵⁸ Complete Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Torres, State of Rio Grande do Sul, 4th March, 1921 – 27th February, 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 024).

⁵⁵⁹ Report on the Work in Brazil for the quarter ending June 30th, 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 024).

⁵⁶⁰ [Report] (COC/Fiocruz, FR, Doc. 041).

⁵⁶¹ Report on the Work in Brazil for the quarter ending March 31, 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 024).

o chefe da comissão uma carta com elogiosa referencia ao municipio de Torres, onde diz a missiva, foi bem compreendida a hygiene, pois com as providencias complementares adoptadas pelo municipio tornar-se-a de inteira eficacia a campanha estabelecida”.⁵⁶²

Tanto Protásio Alves quanto Ricardo Machado, Diretor de Higiene, destacavam, em 1922, a necessidade de que regulamentos municipais estabelecessem obrigações referentes ao destino das matérias fecais. Segundo Ricardo Machado,

O serviço que fazemos agora, é quasi completo, pois com elle conseguimos: 1º) expurgar do maior numero de pessoas os parasitas que os infectam; 2º) diffundir a necessaria educação hygienica entre essas populações. O complemento necessário á erradicação do mal cabe ás posturas municipaes.⁵⁶³

Os municípios eram, assim, responsáveis pelas regulamentações referentes à construção de latrinas, indispensáveis para a manutenção dos resultados alcançados através do tratamento dos doentes.

5.2 A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER SAI DE CENA

Em 1922, ano em que estava oficialmente encerrado, em princípio, o período das campanhas de combate à ancilostomíase em estados brasileiros a partir da cooperação entre a Fundação e os governos estaduais, o Rio Grande do Sul foi identificado por Hackett como um dos estados preparados para a realização de atividades permanentes de saúde pública, e o combate à ancilostomíase passou a ser entendido como uma ação preliminar para a instalação de *county health units*, unidades municipais de saúde que voltariam sua atenção para uma série de outras doenças além da ancilostomíase, como o tracoma e as doenças venéreas, por exemplo. Segundo o relatório anual das atividades desenvolvidas no Brasil em 1922, “in the States of Minas Geraes, São Paulo and Rio Grande do Sul the Board is no longer maintaining hookworm services as demonstrations in control measures but as preliminaries to permanent county health work”.⁵⁶⁴

Em 1923, contudo, os planos da *International Health Board* de cooperar com o governo estadual do Rio Grande do Sul por tempo indeterminado, como declarado em 1922⁵⁶⁵, e realizar a transição dos postos de demonstração do método intensivo de combate à

⁵⁶² Introdução, p. XXIV, 1922 (AHRs, SIE.3 – 037).

⁵⁶³ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 55, 1922 (AHRs, SIE.3 – 037).

⁵⁶⁴ Annual Report for Brazil, January 1st to December 31st, 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 022).

⁵⁶⁵ Em relatório parcial de 1922, Hackett comenta que a IHB estava se retirando das atividades de combate à ancilostomíase, mas que permaneceria em São Paulo e no Rio Grande do Sul por tempo indeterminado: “There will thus remain São Paulo and Rio Grande do Sul with which the Board should continue to cooperate for an

ancilostomíase para *county health units*, o que ocorreu em São Paulo e em Minas Gerais, foram alterados por um conflito local, a Revolução de 1923⁵⁶⁶, em que a oposição buscou derrubar Borges de Medeiros da presidência do estado. Segundo relatório de Hackett, havia grande apreensão no que se referia às atividades desenvolvidas pela Fundação no estado, sentimento que se mostrou justificado quando, em meados de 1923, o governo estadual se negou a pagar a sua parte nos custos referentes a dois meses de trabalho. A questão foi discutida com Protásio Alves que, segundo Hackett, decidiu que o pagamento seria feito, pois o trabalho era “muito importante para ser abandonado”. A partir deste episódio, o desenrolar do conflito foi acompanhado com atenção no estado, pois havia a preocupação, por parte dos norte-americanos, em não sofrer perdas econômicas.⁵⁶⁷

Ainda segundo Lewis Hackett, as atividades relativas ao saneamento foram mais afetadas do que as ações ligadas diretamente ao tratamento da doença. Um exemplo disso podia ser encontrado em Montenegro. O município teria se comprometido, quando as atividades do posto de combate à ancilostomíase foram encerradas, a prosseguir com a campanha para a construção de latrinas, o que não ocorreu, segundo Hackett, em virtude do conflito: “The county ordinance which provides for the construction of sanitary latrines remains non-enforced, because of the fear which has been engendered in the county authorities during these revolutionary times”.⁵⁶⁸

indeterminate period of time” (Report on the Work in Brazil for the quarter ending June 30th, 1922 – COC/Fiocruz, FR, Doc. 024).

⁵⁶⁶ Segundo Fábio Kühn, as principais causas da Revolução de 1923 foram a política borgista de desenvolvimento global da economia gaúcha e também a grande incidência de fraude eleitoral nas eleições de 1922 (KÜHN, 2007, p. 113). O Rio Grande do Sul atravessou uma situação de crise durante os anos de 1920, ocasionada pela recessão econômica e pelo recuo da demanda mundial. Com a retração do consumo europeu de carnes, o setor pecuarista foi o mais duramente atingido. O Presidente do Estado, Borges de Medeiros, decidiu, nessa conjuntura desfavorável, “[...] colocar em prática uma política de modernização dos transportes, cobrando as dívidas dos criadores, o que levou muitos deles à falência” (Ibidem, p. 113-114). Na Revolução de 1923, a parcela opositora da elite gaúcha, articulada em três grupos, pegou em armas para tirar Borges de Medeiros do poder. O conflito, que teve seus primeiros confrontos armados em Passo Fundo e Palmeira, espalhou-se pelo estado. O movimento acabou no acordo conhecido como *Pacto de Pedras Altas*, que estabelecia a revisão da Constituição positivista e a impossibilidade de reeleição de Borges de Medeiros quando fosse completado o seu quinto mandato (Ibidem, p. 114). O conflito gaúcho foi explicado por Lewis Hackett da seguinte maneira em relatório enviado ao escritório de Nova York: “The causes behind the present situation need not be reviewed in detail, enough to say they are purely political. The president of the State, who has been in power many years despite the constitutional limitation as to tenure of office, is a Positivist. Re-elections have been carried out by subterfuge and a political machine established which is very strong. A re-action to this Dictatorship set in prior to the election last November, though actual military operations began only after the election. There is wide spread sympathy and support for the revolutionists which has enable them to hold out many months. Enormous expenditures have been required by the State Government, and, as a consequence many activities have been [ilegível] or discontinued altogether” ([Report], COC/Fiocruz, FR, Doc. 041).

⁵⁶⁷ [Report] (COC/Fiocruz, FR, Doc. 041).

⁵⁶⁸ [Report] (COC/Fiocruz, FR, Doc. 041).

Contudo, apesar do encerramento das atividades da *International Health Board* no estado ter ocorrido antes do previsto, o resultado do trabalho no Rio Grande do Sul não foi considerado insatisfatório:

So far as the Board is concerned the outcome is not an unhappy one. The period of demonstration in Hookworm control was undoubtedly ended yet the outlook for county health work was not bright for the immediate future. Reconstruction must go on for some time before counties will be in a position to cooperate effectively. The Board can wait that time almost as well outside as within the State. When the service was turned over to the State Department of Hygiene it was advised of our interest in county health work and was assured that the IHB would look with favor upon such cooperation at some future time. The impression left by the Board's representatives on the State officials, the county authorities and the people in general was most favorable. Both the Secretary of Interior and the Director of the Department of Hygiene expressed their highest appreciation of what had been done.⁵⁶⁹

Ao encerrar as atividades no Rio Grande do Sul, Hackett deixou em aberto a possibilidade de futura cooperação com o governo estadual para a instalação de *county health units*, mas essa cooperação não ocorreu e as unidades não foram instaladas no estado. Chama a atenção, aliás, que essa possibilidade não tenha sido sequer mencionada nos relatórios da Diretoria de Higiene, permanecendo a dúvida sobre se a instalação dessas unidades chegou a ser efetivamente considerada pelo governo estadual, tendo em vista que alterariam a organização da saúde pública no estado, ou estaria nos planos apenas da Fundação.⁵⁷⁰ No Relatório da Diretoria de Higiene de 1924, Protásio Alves afirma que a cooperação entre o governo estadual e a Fundação chegou ao fim devido ao término do contrato e nada é mencionado sobre problemas decorrentes da Revolução de 1923.⁵⁷¹

A documentação produzida pela Fundação não nos permite saber quantas pessoas foram, ao todo, tratadas durante as atividades de cooperação entre 1920 e 1923, mas os números finais apresentados para o trabalho realizado em Montenegro, Torres e Conceição do Arroio nos dão uma ideia do alcance das ações realizadas nesses municípios. Ao todo, 60986 pessoas foram recenseadas nos três municípios, e foram distribuídos 113489 tratamentos. Em Montenegro, 29785 pessoas receberam pelo menos um tratamento com óleo de quenopódio; em Torres, foram 9724 pessoas, e em Conceição do Arroio, 10867, totalizando 50376 pessoas

⁵⁶⁹ Progress Reports [1923] (COC/Fiocruz, FR, Doc. 037).

⁵⁷⁰ Em Relatório da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior do Rio Grande do Sul de 1928, o então secretário Oswaldo Aranha, ao recuperar brevemente o histórico de cooperação entre a Fundação e o governo estadual, afirmou que a decisão de não prorrogar a cooperação havia sido do governo estadual. No breve histórico apresentado por Oswaldo Aranha, também não há menção a planos de instalação de *county health units* no estado (Introdução, p. 83, 1928 – AHRS, SIE.3 – 044).

⁵⁷¹ Introdução, p. LXIV, 1924 (AHRS, SIE.3 – 040).

que receberam, no mínimo, um tratamento.⁵⁷² Se levarmos em consideração que o censo de 1920 calculava a população total destes três municípios em 66200 habitantes⁵⁷³, 76% da população dos três municípios recebeu, de acordo com dados da Fundação, pelo menos um tratamento para ancilostomíase. Contudo, o número de pessoas que receberam alta, isto é, que cumpriram o número de tratamentos indicados, foi significativamente menor, com 36456 altas registradas, o que indica que muitas pessoas não terminaram o tratamento.

No que se refere à construção de latrinas, porém, as informações são escassas, uma vez que esta parte do trabalho parece ter sido transferida aos municípios, como já indicamos. Assim, a Fundação registrou poucas informações a este respeito, e o estado, através dos Relatórios da Diretoria de Higiene, também não apresentou dados sobre o assunto. A ficha que contém os dados referentes ao trabalho realizado em Montenegro é uma das poucas que apresenta informações sobre este tópico: das 5797 casas inspecionadas no início dos trabalhos do posto, em dezembro de 1920, 5080 não possuíam qualquer tipo de instalação sanitária. Ao final do período de funcionamento do posto no município, em dezembro de 1922, 57 novas latrinas haviam sido construídas.⁵⁷⁴

As atividades em andamento nos municípios de Gravataí, Cachoeira e Taquara ao final de 1923 foram encerradas, no que se referia ao trabalho desenvolvido pela Fundação, sem terem sido concluídas. Como era parte da proposta de cooperação da Fundação aceita pelo estado, as atividades de combate à ancilostomíase foram repassadas ao governo estadual, através da Diretoria de Higiene, em dezembro de 1923. O material pertencente à *International Health Board* e utilizado durante as atividades no Rio Grande do Sul foi doado ao estado.⁵⁷⁵

Antes de passarmos à discussão das atividades de saneamento rural mantidas exclusivamente pelo governo estadual a partir de 1924, dois acontecimentos ligados à cooperação com a Fundação Rockefeller precisam ser aqui mencionados, um dos quais com implicações posteriores na organização da saúde pública estadual, como veremos no último capítulo do estudo.

⁵⁷² Report on the Work in Brazil for the quarter ending March 31, 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 024).

⁵⁷³ FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA – FEE. De Província de São Pedro a Estado do Rio Grande do Sul – Censos do RS: 1803-1950. Porto Alegre, 1981.

⁵⁷⁴ Complete Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Montenegro, State of Rio Grande do Sul, 1st December 1920 – 31st December 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 024).

⁵⁷⁵ Progress Reports [1923] (COC/Fiocruz, FR Doc. 037). O agradecimento do Diretor de Higiene, Flores Soares, foi registrado pela Fundação: “Dr. George K. Strode, Director of the I.H.B. in Brazil. I beg to acknowledge your telegram of Jan. 2 [1924] and on behalf of the State Government this Department takes great pleasure in accepting and expressing thanks for the valuable donation which has just been made to the State including all the material belonging to the Hookworm posts operating in the several counties of Rio Grande do Sul. Further I reiterate my sincere thanks for greatly valued services rendered to the State by the International Health Board. Very sincerely, (sgd) Flores Soares”.

O primeiro destes acontecimentos foi a concessão de uma bolsa de estudos, entre 1922 e 1923, para a realização de curso em saúde pública nos Estados Unidos a Fernando de Freitas e Castro, médico da Diretoria de Higiene do Rio Grande do Sul e professor da Faculdade de Medicina. Freitas e Castro não esteve, até onde pudemos verificar, diretamente vinculado às atividades de combate à ancilostomíase, e a concessão da bolsa parece estar relacionada a certo “incômodo” por parte da Fundação com o princípio da liberdade profissional vigente no estado no período. Em 1929, como já apontamos, Freitas e Castro, então à frente da saúde no estado, propôs uma reforma dos serviços sanitários do Rio Grande do Sul, mas esta discussão será desenvolvida mais adiante.

O outro aspecto a ser mencionado, este sem desdobramentos significativos, foi a solicitação de recursos encaminhada à Fundação Rockefeller pelo diretor do Instituto de Higiene de Pelotas. Em julho de 1923, Pedro Martins, então diretor do Instituto, escreveu uma carta endereçada diretamente ao presidente da Fundação, nos Estados Unidos, solicitando 50 mil dólares para a construção de novas instalações para a instituição e para a aquisição de equipamentos, pois o Instituto, segundo Martins, estava instalado em um prédio antigo cujas dependências não eram adequadas às atividades desenvolvidas. Além disso, os recursos recebidos anualmente do município eram suficientes apenas para manter o funcionamento da instituição.⁵⁷⁶

Pedro Martins solicitava, antes que qualquer contribuição fosse realizada, que um funcionário da Fundação fosse conhecer e avaliar a instituição de Pelotas. Os fundos que viessem a ser disponibilizados pela Fundação norte-americana poderiam ser fiscalizados e, até mesmo, administrados por um representante da mesma. Caso recebesse os fundos solicitados, a Instituto estaria disposto, segundo seu diretor, a se dedicar a execução de trabalhos científicos e de saúde pública de interesse da Fundação e também às campanhas nas quais a Fundação estava envolvida, como a realizada contra a ancilostomíase no estado.

A visita de Nelson C. Davis, representante da Fundação, ao Instituto de Higiene de Pelotas ocorreu em novembro de 1923. Apesar de sua impressão favorável com relação ao Instituto, Davis observou que sua atuação era restrita a uma pequena região do estado.⁵⁷⁷ A

⁵⁷⁶ Translation – Instituto de Hygiene de Pelotas, July 9th, 1923 (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 – Brazil, Box 24, Folder 143). Segundo Pedro Martins, o Instituto de Higiene de Pelotas, fundado no município em 1918, dedicava-se, entre outras atividades, à elucidação de questões relativas a doenças infecciosas e ao estudo de doenças em geral; à orientação e à realização de medidas de higiene para combater tais doenças; à preparação de vacinas como as contra varíola e raiva; à realização de exames químicos, microbiológicos, parasitológicos e histológicos quando solicitado, e à prestação de serviços veterinários. O Instituto, ainda de acordo com Martins, dirigia os serviços de saúde de Pelotas e atendia, além disso, solicitações oriundas de outros municípios.

⁵⁷⁷ The Instituto of Hygiene of Pelotas, by Doctor Nelson C. Davis (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 – Brazil, Box 24, Folder 143).

solicitação do Instituto de Higiene de Pelotas foi negada pela Fundação: “The request for this deserving Institute was submitted with an unfavorable recommendation because its sphere of activity does not fall within the scope of the Board’s work”.⁵⁷⁸

Passemos agora, então, à discussão das atividades de saneamento rural mantidas exclusivamente pelo governo estadual a partir de 1924.

5.3 “TAL QUAL A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER”: O SERVIÇO DE POSTOS DE PROFILAXIA RURAL DO RIO GRANDE DO SUL

Com o encerramento da cooperação entre a *International Health Board* e o governo do estado do Rio Grande do Sul, a Diretoria de Higiene foi autorizada por Borges de Medeiros a prosseguir com os trabalhos de combate à ancilostomíase iniciados através do trabalho conjunto com a Fundação e assumiu os postos de Gravataí, Cachoeira e Taquara, os últimos a serem abertos no estado durante a cooperação com a instituição norte-americana. O estado passou, assim, a realizar o combate às verminoses através de um Serviço de Postos de Profilaxia Rural mantido pelo governo estadual.

A leitura dos Relatórios da Diretoria de Higiene e da Legislação estadual (as despesas ordinárias eram aprovadas através de decretos) nos leva a crer que os postos eram mantidos com os recursos regulares destinados à Diretoria de Higiene, ou seja, sem recursos adicionais ou especiais.

TABELA 6 – Gastos do governo do estado do Rio Grande do Sul no combate à ancilostomíase (1921-1929)

Ano	Gastos em Saúde Pública*	Gastos no Combate à Ancilostomíase	Porcentagem
1921	429:279\$000	110:702\$000**	25,7%
1922	541:298\$000	130:702\$000**	24,1%
1923	Informação	não	encontrada
1924	Informação	não	encontrada
1925	Informação	não	encontrada
1926	775:239\$000	125:000\$000	16,1%
1927	846:900\$000	125:000\$000	14,7%
1928	949:280\$000	125:000\$000	13,1%
1929	1.238:430\$000	250:000\$000	20,1%

*Valores relativos ao orçamento da despesa ordinária.

**Valores alcançados a partir da soma do salário de um médico auxiliar mantido junto à Rockefeller e dos gastos com a manutenção dos postos de profilaxia rural.

⁵⁷⁸ [Report 1924] (COC/Fiocruz, FR, Doc. 050)

Fontes: Tabela elaborada a partir de informações disponíveis em Decreto n. 2.690, de 04 de dezembro de 1920 (AHRS, LEG 665); Decreto n. 2.891, de 08 de dezembro de 1921 (AHRS, LEG 668); Decreto n. 3.554, de 30 de dezembro de 1925 (AHRS, LEG 680); Decreto n. 3.738, de 30 de dezembro de 1926 (AHRS, LEG 683); Decreto n. 3.937, de 13 de dezembro de 1927 (AHRS, LEG 685), e Decreto n. 4.211, de 24 de dezembro de 1928 (AHRS, LEG 688).

Como podemos observar na tabela acima, o governo estadual empregou, no período de 1921 a 1929, entre 13,1% e 25,7% das despesas ordinárias da saúde pública no combate à ancilostomíase e às verminoses. Os valores empregados nas atividades de saneamento rural se mantiveram praticamente inalterados, mesmo com o aumento dos recursos destinados à saúde pública no período em questão.

Os municípios, por sua vez, continuariam a fornecer instalações, luz e água, como ocorrera durante a cooperação com a Fundação. O Serviço de Postos de Profilaxia Rural não alterou a organização administrativa da saúde pública do estado, estabelecida pelo Regulamento de 1907, ou gerou legislação específica.

De acordo com o Secretário do Interior e Exterior, Protásio Alves, a profilaxia rural continuou a ser realizada de acordo com os métodos adotados pela Fundação no estado.⁵⁷⁹ O trabalho era considerado de “real eficácia” pelos governantes gaúchos, alcançando de modo completo o seu objetivo: “[...] descobrir os focos de helminthiasis, demonstrar pela cura dos doentes, a possibilidade e utilidade do tratamento e levar á população rural as regras da hygiene para evitar o mal”.⁵⁸⁰

Como veremos, a Diretoria de Higiene manteve, nos Postos de Profilaxia Rural estaduais, praticamente a mesma organização e o mesmo funcionamento dos postos mantidos em cooperação com a Fundação, mas com algumas diferenças. Apesar da ancilostomíase ainda aparecer em destaque nos Relatórios da Diretoria de Higiene, muitas vezes foi apontado que o estado realizava um trabalho de combate às verminoses (em geral), havendo a preocupação, como veremos, em tratar não apenas a ancilostomíase. Além disso, os Postos de Profilaxia Rural do estado também realizaram vacinações contra o tifo e a varíola quando estas foram consideradas necessárias.⁵⁸¹

⁵⁷⁹ Em Relatório da Diretoria de Higiene de 1927, a manutenção do trabalho de combate à ancilostomíase e de saneamento rural nos moldes do proposto pela Fundação é novamente sublinhada. Segundo o relatório, em 1923, quando o governo estadual assumiu o posto de Cachoeira, “[...] a Directoria de Hygiene Estadual proseguiu [sic], sob sua exclusiva direcção, nos mesmos trabalhos de saneamento, dando-lhe orientação identica á da benemerita instituição norte americana” (Relatório da Diretoria de Higiene, p. 633, 1927 – Posto de Profilaxia Rural de Viamão – AHRS, SIE.3 – 043).

⁵⁸⁰ Introdução, 1925 (AHRS, SIE.3 – 041).

⁵⁸¹ Vacinações foram realizadas nos Postos de Profilaxia Rural de Santo Antônio da Patrulha, Cachoeira, Viamão, Conceição do Arroio, São Jerônimo, Rio Pardo e Taquari (Relatórios da Diretoria de Higiene de 1926, 1927, 1928 e 1929 – AHRS, SIE.3 – 042, 043, 044 e 045).

Até 1929, ano em que foi proposta a reforma sanitária no estado, nove foram os Postos de Profilaxia Rural instalados pelo governo gaúcho: três postos, como destacamos, foram abertos ainda durante a cooperação entre a Fundação e o governo estadual e foram mantidos pelo estado (Taquara, Gravataí e Cachoeira), um subposto⁵⁸² foi aberto em Conceição do Arroio, que, como vimos, já havia contado com um posto entre 1921 e 1922, um posto foi aberto em São Jerônimo, município que havia participado do *survey* realizado pela *International Health Board* no estado, e quatro outros postos (Santo Antônio da Patrulha, Viamão, Rio Pardo e Taquari) foram abertos em municípios na região onde o combate às verminoses estava sendo realizado:

QUADRO 3 – Postos do Serviço de Profilaxia Rural do Rio Grande do Sul (1923-1929)

Município	Abertura do Posto	Fechamento do Posto
Taquara (Cooperação FR)	03 maio 1922	jun. 1925
Gravataí (Cooperação FR)	Sem Informação	Sem Informação
Cachoeira (Cooperação FR)	21 fev. 1923	30 jun. 1926
Santo Antônio da Patrulha	05 jul. 1925	nov. 1927
Conceição do Arroio (Sub-posto)	09 jul. 1925	Sem Informação
Viamão	15 ago. 1926	jul. 1927
São Jerônimo	dez. 1927	Sem Informação
Rio Pardo	23 ago. 1927	Sem Informação
Taquari	dez. 1927	Sem Informação

Fonte: Tabela elaborada a partir de informações disponíveis nos Relatórios da Diretoria de Higiene de 1925, 1926, 1927, 1928 e 1929 (AHRs, SIE.3 – 041, 042, 043, 044 e 045).

O subposto de Conceição do Arroio e o posto de São Jerônimo foram abertos a pedido dos intendentess municipais.⁵⁸³

Os Postos de Profilaxia Rural que funcionaram no Rio Grande do Sul sob a direção do governo do estado, através da Diretoria de Higiene, também foram postos temporários, nos moldes dos postos propostos pela Fundação. O posto de Taquara, por exemplo, encerrou suas atividades em junho de 1925 e foi transferido para Santo Antônio da Patrulha, onde os trabalhos foram iniciados em julho.⁵⁸⁴

⁵⁸² A diferença entre um posto e um subposto estava no número de funcionários, bastante reduzido no caso do subposto (Relatório da Diretoria de Higiene, p. 505, 1926 – Subposto de Conceição do Arroio – AHRs, SIE.3 – 042).

⁵⁸³ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 505, 1926 – Subposto de Conceição do Arroio (AHRs, SIE.3 – 042) e Relatório da Diretoria de Higiene, p. 361, 1929 – Relatório dos Serviços Executados pelo Pessoal do Posto de Profilaxia de São Jerônimo (AHRs, SIE.3 – 045).

⁵⁸⁴ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 482, 1926 – Os Trabalhos do Posto de Profilaxia Rural em Santo Antônio da Patrulha Durante o Ano de 1925 (AHRs, SIE.3 – 042).

A organização dos Postos de Profilaxia Rural mantidos pelo governo estadual era praticamente a mesma dos postos da *International Health Board*: o posto deveria contar com um médico diretor, um guarda chefe, um secretário, um microscopista e guardas enfermeiros, além de um cocheiro que seria também o “capsulista”⁵⁸⁵. Assim como acontecera nos postos organizados pela Fundação, o pessoal podia variar de posto para posto em organização e número, mas o número de guardas enfermeiros mantidos pelo estado dificilmente passava de cinco em um posto.⁵⁸⁶

É possível perceber, na documentação consultada, que havia clara preferência por preencher os cargos dos Postos de Profilaxia Rural com homens que haviam trabalhado nos postos durante as atividades da Fundação no estado. Vários são os nomes que se repetem quando comparamos os quadros de pessoal dos postos mantidos pelo estado com a lista dos funcionários a serviço da Fundação no Rio Grande do Sul em 1921 como, por exemplo, o do médico Luiz Ferraz, o do secretário e guarda enfermeiro Deoclides Martins e os dos enfermeiros Damião Barbosa, Luiz Teixeira da Silva e Jacy Martins.⁵⁸⁷

Essa preferência por homens que já conheciam o método de trabalho empregado pela FR e adotado pelo governo estadual e que, portanto, não precisariam passar por treinamento fica ainda mais evidente no relatório das atividades desenvolvidas no posto localizado em Viamão, em 1926, quando o seu médico diretor, Francisco Salzano, afirmou que, após consultar o Diretor de Higiene, trouxe de Santa Catarina um ex-funcionário da Fundação Rockefeller naquele estado.⁵⁸⁸ Em 1928, um ex-funcionário da Fundação em Minas Gerais foi contratado para trabalhar no posto instalado em São Jerônimo.⁵⁸⁹

Também como ocorreu durante as atividades de combate à ancilostomíase coordenadas pela Rockefeller no estado, nas atividades coordenadas pela Diretoria de Higiene, os municípios eram divididos em zonas que ficavam sob a responsabilidade de guardas enfermeiros, que deveriam recensear a população, coletar as amostras para a realização dos exames microscópicos, ministrar os tratamentos e instruir a população no que se referia à ancilostomíase e às verminoses em geral, bem como orientar a construção de

⁵⁸⁵ Os vermífugos – óleo de quenopódio e tetracloreto de carbono – não vinham nas cápsulas gelatinosas, o que deveria ser realizado pelo pessoal dos postos.

⁵⁸⁶ Relatórios da Diretoria de Higiene de 1925, 1926, 1927, 1928 e 1929 (AHRs, SIE.3 – 041, 042, 043, 044 e 045).

⁵⁸⁷ Relatórios da Diretoria de Higiene de 1925, 1926, 1927, 1928 e 1929 (AHRs, SIE.3 – 041, 042, 043, 044 e 045) e Annual Report for Brazil, January 1st to December 31st, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1440).

⁵⁸⁸ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 648, 1927 – Posto de Profilaxia Rural de Viamão (AHRs, SIE.3 – 043).

⁵⁸⁹ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 363, 1929 – Relatório dos Serviços Executados pelo Pessoal do Posto de Profilaxia de São Jerônimo em 1928 (AHRs, SIE.3 – 045).

latrinas. A legislação referente à construção de latrinas continuava a ser de responsabilidade dos municípios. Os exames para diagnóstico da doença foram suspensos na maioria dos Postos de Profilaxia Rural estaduais: Cachoeira, Santo Antônio da Patrulha, Conceição do Arroio, Viamão e Rio Pardo, e a população foi tratada como se o índice da doença fosse de 100%.⁵⁹⁰

No Relatório da Diretoria de Higiene de 1926, o médico diretor do posto localizado em Santo Antônio da Patrulha, Luiz Ferraz, assim justificava a suspensão dos exames microscópicos naquela localidade:

A actuação da Comissão Rockefeller [sic] em Torres, Conceição do Arroio, Gravatahy, São Leopoldo, Taquara e São Sebastião do Cahy, deixou bem em evidencia o alto numero de infestados de uncinarirose nesta faixa [sic] nordeste do Estado do Rio-Grande. O Municipio de Santo Antonio, estando nella incluído, sendo povoado pela mesma gente com os mesmos modo [sic] de vida e profissões, resente-se de identicos precalços [sic] sanitarios e não se tornava necessario, visando estatísticas, aqui fazermos o saneamento contra as helmintoses acompanhadas do exame de fézes; assim foi pelo Dr. Director de Hygiene dispensado este auxiliar de diagnostico, para poupar tempo e despesas maiores. A porcentagem de infestados é no Municipio grande, o que é fácil verificar por uma visita de inspecção ás varias zonas em que o dividimos.⁵⁹¹

Como podemos ver, os exames foram dispensados em Santo Antônio da Patrulha, pois, como estava localizado próximo a outros municípios onde os exames realizados pela Fundação haviam demonstrado serem altos os índices da ancilostomíase, deduzia-se que o mesmo resultado seria encontrado no município. Em Conceição do Arroio, as atividades realizadas pela Fundação no município já haviam demonstrado ser alto o número de doentes.⁵⁹² Em Rio Pardo, porém, chama a atenção que os exames tenham sido descontinuados, pois a média geral da ancilostomíase no município era de 31.4%, não alcançando assim os 85% estipulados pela Fundação para suspensão dos exames, o que indicava que a maioria das pessoas tratadas possivelmente não tinha a doença. A média geral para todas as verminoses, porém, era de 63%, o que é um dos indicativos de que o governo, apesar de ainda destacar a ancilostomíase, preocupava-se com as verminoses em geral, cujos índices eram, normalmente, mais elevados no estado.⁵⁹³

⁵⁹⁰ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 483, p. 498 e p. 505, 1926 (AHRS, SIE.3 – 042); Relatório da Diretoria de Higiene, 1927 (AHRS, SIE.3 – 043), e Relatório da Diretoria de Higiene, p. 377, 1929 (SIE.3 – 045).

⁵⁹¹ Relatório da Diretoria de Diretoria de Higiene, p. 483, 1926 – Os Trabalhos do Posto de Profilaxia Rural em Santo Antônio da Patrulha Durante o Ano de 1925 (AHRS, SIE.3 – 042).

⁵⁹² Relatório da Diretoria de Higiene, p. 505, 1926 (AHRS, SIE.3 – 042).

⁵⁹³ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 374-378, 1929 (AHRS, SIE.3 – 045). O índice mais alto encontrado em uma zona do município foi 41.6%. Quando Fernando de Freitas e Castro, então Diretor de Higiene do estado,

Sob a direção do governo estadual, o tratamento contra a ancilostomíase era realizado com óleo de quenopódio e tetracloreto de carbono, isolados ou associados. O tetracloreto de carbono, segundo Relatório da Secretaria do Interior e Exterior de 1928, era muito mais eficaz contra a ancilostomíase, mas era menos eficaz contra outras verminoses. Como no Rio Grande do Sul era frequente a associação de vermes, era preferível ministrar os dois vermífugos associados.⁵⁹⁴ Ainda segundo o relatório, o tetracloreto passou a ser empregado depois que “várias experiências” – provavelmente as realizadas pela Fundação no início da década de 1920 e já mencionadas anteriormente – demonstraram a sua eficácia como vermífugo. O relatório do governo estadual não apresenta maiores informações sobre as experiências ou destaca a toxicidade do medicamento.⁵⁹⁵ O tetracloreto de carbono, “puríssimo”, era fornecido pela Fundação Rockefeller.⁵⁹⁶

É possível encontrar nos relatórios dos médicos diretores dos postos informações sobre variadas formas de administração do tratamento. No posto de Cachoeira, que foi inaugurado pela Fundação e passou à administração do governo estadual, através da Diretoria de Higiene, em 1923, o tratamento era realizado com óleo de quenopódio de acordo com a tabela utilizada pela *International Health Board* (ver primeira parte deste capítulo), com algumas poucas modificações.⁵⁹⁷ Em Santo Antônio da Patrulha, por sua vez, era administrada uma mistura de óleo de quenopódio e tetracloreto de carbono na proporção de uma parte de quenopódio para duas de tetracloreto. O tratamento seguia uma tabela distinta da elaborada pela Fundação para o tratamento apenas com óleo de quenopódio:

recupera, em 1928, dados referentes ao *survey* realizado pela Fundação, ele destaca os índices referentes às verminoses em geral, e não à ancilostomíase (Relatório da Diretoria de Higiene, p. 82-83, 1928 – AHRS, SIE.3 – 044).

⁵⁹⁴ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 93, 1928 (AHRS, SIE.3 – 044).

⁵⁹⁵ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 83, 1928 (AHRS, SIE.3 – 044).

⁵⁹⁶ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 99, 1928 (AHRS, SIE.3 – 044). Não foi possível saber se a Fundação também fornecia o óleo de quenopódio ao governo estadual. A Diretoria de Higiene chegou a experimentar cápsulas gelatinosas de tetracloreto de carbono fornecidas por uma empresa do Rio de Janeiro – a Daudt, Oliveira & Cia. O medicamento, conhecido como Necatorina, foi considerado eficaz, mas muito caro. Em 1928, contudo, foi utilizado nos postos localizados em Rio Pardo e Taquari (Relatório da Diretoria de Higiene, 1929 – AHRS, SIE.3 – 045).

⁵⁹⁷ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 495, 1926 (AHRS, SIE.3 – 042).

TABELA 7 – Tratamento a partir da associação de óleo de quenopódio e tetracloreto de carbono

Idade do Paciente (em anos)	Número de Gotas	Número de Tratamentos
1	3	1
2	5	1
3	7	1
4	9	1
5	11	1
6	15	2
7	20	2
8	25	2
9	30	2
10	35	2
11	40	2
12	45	2
13	50	2
14	55	2
15	60	2
16	70	2
17	75	2
18	80	2
19	85	2
20	90	2
21 a 50	100	2
Mais de 50	A critério do médico	

Fonte: Relatório da Diretoria de Higiene, p. 665, 1927 – Posto de Profilaxia de Santo Antônio da Patrulha (AHRS, SIE.3 – 043).

Já em São Jerônimo, o tratamento era realizado com o óleo de quenopódio e o tetracloreto de carbono, mas os vermífugos não eram misturados. O primeiro tratamento era com óleo de quenopódio, e os demais, com tetracloreto “[...] pelo facto da retenção deste [tetracloreto de carbono] por muitas horas, facto aliás, bem perigoso, ser frequentemente devida a vermes grandes, tenias e ascaris que assim serão eliminadas previamente com o chenopodio”.⁵⁹⁸ O tetracloreto de carbono não deveria ser administrado a menores de cinco anos e a maiores de 50 anos, bem como aos alcoólatras, cardíacos e aos portadores de doenças hepáticas e renais. O combate à ancilostomíase e a outras verminoses era realizado com a administração de três tratamentos, mas já era considerado curado quem tomasse dois. As quantidades de óleo de quenopódio e de tetracloreto de carbono por faixa etária foram

⁵⁹⁸Relatório da Diretoria de Higiene, p. 364, 1929 – Relatório dos Serviços Executados pelo Pessoal do Posto de Profilaxia de São Jerônimo em 1928 (AHRS, SIE.3 – 045).

estabelecidas pelo médico diretor do posto, Ilo Marino Flores, médico formado pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre em 1927.⁵⁹⁹

Essas diferenças na administração dos tratamentos parecem indicar que os médicos que trabalharam nos Postos de Profilaxia Rural mantidos pelo governo estadual do Rio Grande do Sul após a saída da Fundação do estado, apesar de realizarem o trabalho de combate à ancilostomíase – ou às verminoses – nos moldes do proposto pela FR, gozaram de autonomia para determinar como os medicamentos introduzidos pela *International Health Board* seriam utilizados. É interessante lembrar que a utilização do tetracloreto de carbono no combate à ancilostomíase era recente quando a Fundação encerrou suas atividades no Brasil e no Rio Grande do Sul, em 1923, mas foi adotado pelo governo estadual.

Contudo, se a administração dos tratamentos foi, em parte, distinta da proposta pela Fundação, os problemas relativos à utilização do óleo de quenopódio e do tetracloreto de carbono como vermífugos parecem ter sido os mesmos: recusas ao tratamento, sintomas de intoxicação e “acidentes fatais”.

Já em relatório referente às atividades realizadas no posto localizado no município de Santo Antônio da Patrulha durante o ano de 1925, o médico diretor do posto, Luiz Ferraz, afirmava que 47% da população recenseada recusava o tratamento oferecido.⁶⁰⁰

Euclides de Castro Carvalho também destacou, em seu já mencionado estudo sobre o estado sanitário do Rio Grande do Sul publicado em 1927, a resistência da população ao tratamento ao abordar o combate às verminoses realizado no estado pelo governo:

Apezar de não ter havido uma aceitação geral do povo, pelas medidas prophylaticas postas em pratica, pois **cerca de 40% da população se recusava a submeter-se ao tratamento e a seguir os conselhos higienicos**, mesmo assim são incontestaveis os resultados obtidos com essa campanha de saneamento, tendo ella cooperado para melhorar o estado de sanidade deste Estado.⁶⁰¹

Contudo, não é entre os descendentes de alemães que Carvalho destacava os “rebeldes” ao tratamento e às medidas higiênicas, como havia feito Hackett com relação aos habitantes de Montenegro, e sim entre os indígenas: “Uma das grandes dificuldades

⁵⁹⁹Relatório da Diretoria de Higiene, p. 364, 1929 – Relatório dos Serviços Executados pelo Pessoal do Posto de Profilaxia de São Jerônimo em 1928 (AHRs, SIE.3 – 045). Segundo o relatório de Ilo Marino Flores, diretor do posto de São Jerônimo, a escala de doses máximas de quenopódio era a seguinte: duas gotas por ano de idade para pessoas de um a 25 anos, 50 gotas para pessoas de 25 a 50 anos, e de 50 anos em diante, deveria ser diminuída uma gota por ano. No que se referia ao tetracloreto de carbono, este seria distribuído em cápsulas gelatinosas contendo um grama, nas seguintes proporções: uma cápsula para pessoas com idade entre cinco e 10 anos, duas cápsulas para pessoas entre 10 e 15 anos e 3, para pessoas entre 15 e 50 anos.

⁶⁰⁰Relatório da Diretoria de Higiene, p. 484, 1926 – Os Trabalhos do Posto de Profilaxia Rural em Santo Antônio da Patrulha Durante o Ano de 1925 (AHRs, SIE.3 – 042).

⁶⁰¹CARVALHO, 1927, p. 223 (BUNISINOS).

encontradas pelos ‘Postos de Prophylaxia’ no meio do elemento indigena e portanto refractario a todas as innovações e leis novas, é a installação de latrinas e o uso de andar calçado”. Ainda segundo Carvalho, “o ‘Jéca Tatú’ de Monteiro Lobato não concorda com isso [com a instalação de latrinas e o uso de calçados], porem o sanitarista aos poucos e persistentemente o convencerá da verdade”.⁶⁰²

Manuel Gomes Reina, diretor do posto de Taquari, destacava, em 1929, que o óleo de quenopódio era “[...] recusado com firmeza por seu máu cheiro e gosto. Raro é o enfermo que o toma por segunda vez, e, ainda mais, sua toxidez é contraproducente nesta campanha”.⁶⁰³

Os efeitos colaterais mais comuns associados aos tratamentos eram vômitos, formigamento das mãos e sonolência.⁶⁰⁴ Quatro casos fatais de intoxicação foram registrados em decorrência dos tratamentos administrados nos Postos de Profilaxia Rural do governo estadual gaúcho: um menino de 10 anos e outro de quatro, ambos tratados em Santo Antônio da Patrulha, e dois homens, sem idades estabelecidas, tratados em Conceição do Arroio e em São Jerônimo.⁶⁰⁵

Como podemos observar, metade dos óbitos ocorreu entre crianças e, assim como acontecera nos casos dos óbitos relacionados aos tratamentos distribuídos pela Fundação durante as atividades de combate à ancilostomíase realizadas no Brasil, os médicos diretores dos postos estabelecidos pelo governo estadual também apontaram a saúde frágil dos pequenos pacientes ou ofereceram outra explicação para o óbito, sem admitir que a causa dos falecimentos podia estar relacionada à toxicidade dos medicamentos utilizados.

No caso do menino de 10 anos que faleceu após receber uma mistura de óleo de quenopódio e tetracloreto de carbono em Santo Antônio da Patrulha, por exemplo, Luiz Ferraz fez a seguinte afirmação:

Muitos são os accidentes mencionados phantastica e aleivosamente pelo povo; entretanto, podemos contestar que são rarissimos os casos de accidenees [sic] graves que correm por conta directa do remedio. Na zona A. um pequeno de uns 10 annos falleceu 4 dias após a medicação, mas era tal o

⁶⁰² CARVALHO, 1927, p. 226 (BUNISINOS). Carvalho também destaca, no texto, os “accidentes” mais comuns relacionados diretamente ao uso do óleo de quenopódio no tratamento da ancilostomíase: formigamento nas mãos, vômitos, calafrios e, muito raramente, surdez (Ibidem, p. 226 – BUNISINOS).

⁶⁰³ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 395, 1929 – Relatório do Posto de Profilaxia Rural de Taquari Durante o Ano de 1928 (AHRS, SIE.3 – 045).

⁶⁰⁴ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 484, 1926 – Os Trabalhos do Posto de Profilaxia Rural em Santo Antônio da Patrulha Durante o ano de 1925 (AHRS, SIE.3 – 42) e Relatório da Diretoria de Higiene, p. 665, 1927 – Posto de Profilaxia Rural de Santo Antônio (AHRS, SIE.3 – 043).

⁶⁰⁵ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 484 e p. 506, 1926 (AHRS, SIE.3 – 042), Relatório da Diretoria de Higiene, p. 665, 1927 (AHRS, SIE.3 – 043) e Relatório da Diretoria de Higiene, p. 362, 1929 – Relação dos Serviços Executados Pelo Pessoal do Posto de Profilaxia de São Jerônimo em 1928 (AHRS, SIE.3 – 045).

estado de infestação que bem provavel seria vir breve a morrer com ou sem medicação.⁶⁰⁶

No caso do óbito de um homem, ocorrido em Conceição do Arroio, este foi justificado pelo fato de que o medicado era um “alcoólatra inveterado” que, tendo ingerido forte bebida após receber a medicação, teria se negado a tomar os purgativos ou a realizar lavagens intestinais, vindo a falecer, então, oito dias depois.⁶⁰⁷ A ingestão de álcool logo após o tratamento também foi apontada como responsável pelo óbito ocorrido em São Jerônimo.⁶⁰⁸ E por fim, no que se referia ao óbito da criança de quatro anos, este ocorrera porque não havia sido observada a dieta prescrita pelo enfermeiro. Em nenhum dos casos é admitida a possibilidade de que o tratamento tivesse causado as mortes.⁶⁰⁹

É interessante abrir um parênteses aqui para apontar que não encontramos, nos Relatórios da Diretoria de Higiene estadual, qualquer comentário ou discussão referente ao método de combate à ancilostomíase proposto pela Fundação e adotado pelo governo estadual, e que foi definido por Steven Palmer como “intrusivo” e “controlador”⁶¹⁰. O tratamento não era obrigatório, é verdade, mas, como vimos, podia ter efeitos colaterais e ser, inclusive, fatal. Além disso, com a descontinuação dos exames microscópicos para a realização do diagnóstico da ancilostomíase, o tratamento poderia ser dado a pessoas que sequer estavam doentes.

Seguindo com o serviço de combate às verminoses “tal como fazia a Fundação Rockefeller”, os Postos de Profilaxia Rural do estado também procuraram realizar um trabalho de educação sobre a ancilostomíase (e as verminoses em geral), seu tratamento e os meios de evitá-la, através de falas públicas e particulares, em linguagem “ao alcance dos trabalhadores rurais”, em que eram utilizados quadros murais e projeções, bem como através da distribuição de panfletos. Os panfletos, porém, eram considerados os meios menos eficientes de educação, como indicado no relatório das atividades realizadas em Santo Antônio da Patrulha em 1926: “De todos estes meios, os mais proficuos são as conferências publicas feitas pelos guardas, com os quadros muraes. Quanto a distribuição de folhetos

⁶⁰⁶ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 484, 1926 – Os Trabalhos do Posto de Profilaxia Rural em Santo Antônio da Patrulha Durante o Ano de 1925 (AHRs, SIE.3 – 042).

⁶⁰⁷ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 505-506, 1926 – Subposto de Conceição do Arroio (AHRs, SIE.3 – 042).

⁶⁰⁸ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 362, 1929 – Relação dos Serviços Executados Pelo Pessoal do Posto de Profilaxia de São Jerônimo em 1928 (AHRs, SIE.3 – 045).

⁶⁰⁹ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 665, 1927 (AHRs, SIE.3 – 043).

⁶¹⁰ PALMER, 2010a, p. 118.

pouco resultado obtemos, visto a grande porcentagem de analphabetos existentes no município”.⁶¹¹

O trabalho de construção de latrinas, elemento, como já apontamos, considerado de extrema importância no combate à ancilostomíase, alcançou, segundo indicam os relatórios, resultados insignificantes nos municípios onde os postos foram instalados. As dificuldades encontradas foram relatadas em mais de uma oportunidade. O médico Luiz Ferraz afirmava, em relatório referente às atividades desenvolvidas em Santo Antônio da Patrulha em 1925, que o número de latrinas encontradas nas zonas do município até então trabalhadas era muito reduzido e que o número de latrinas novas, conseguidas a partir do trabalho realizado, era insignificante: das 1469 casas inspecionadas e que não apresentavam latrinas, em apenas 10 se construíram latrinas novas. O problema, segundo o médico, era a ausência de uma lei que tornasse a construção obrigatória:

Emquanto não fôr resolvido um meoi [sic] pratico de pôr em execução a lei da latrina obrigatoria, difficil será conseguirmos um numero satisfactorio de novas construcções, entre o elemento indigena, que infelizmente é o mais refractario a toda a lei nova. A lei deste Municipio obrigando a todo proprietario a ter latrinas em suas casas ainda não foi possivel entrar em vigor.⁶¹²

No subposto de Conceição do Arroio, o médico diretor, Custódio Vieira da Cunha, afirmava que, em 1926, 352 casas foram inspecionadas, das quais somente duas possuíam latrinas aceitáveis, 32 possuíam latrinas defeituosas e 318 não possuíam qualquer instalação sanitária. Durante o ano de 1926, 31 novas latrinas foram instaladas e cinco foram melhoradas.⁶¹³ Conceição do Arroio possuía, segundo informações da Diretoria de Higiene, uma legislação referente à obrigatoriedade das latrinas, mas esta não estava em vigor.⁶¹⁴

No mesmo sentido iam as declarações do médico Ilo Marino Flores, diretor do posto localizado no município de São Jerônimo em 1929. Segundo o médico, a despeito dos esforços do pessoal do posto, a obra de saneamento não foi “tão perfeita quanto desejavam”:

[...] isto porque o numero de latrinas conseguidas foi diminuto e é bem de ver que sem ellas pouco se terá conseguido em prophylaxia de verminoses.

⁶¹¹ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 665, 1927 – Posto de Profilaxia Rural de Santo Antônio (AHRs, SIE.3 – 043).

⁶¹² Relatório da Diretoria de Higiene, p. 484, 1926 – Os Trabalhos do Posto de Profilaxia Rural em Santo Antônio da Patrulha Durante o Ano de 1925 (AHRs, SIE.3 – 042).

⁶¹³ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 668, 1927 (AHRs, SIE.3 – 043).

⁶¹⁴ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 506, 1926 – Subposto em Conceição do Arroio (AHRs, SIE.3 – 042).

Falta-nos autoridade para intimarmos a fazermos cumprir sob pena de multa, todo o proprietario a ter uma fossa biologica, de preferencia, em sua casa.⁶¹⁵

Ainda segundo Flores, conseguir a instalação de um fossa e calçar a população rural eram tarefas extremamente difíceis, pois os hábitos de “ir ao mato” e “andar descalço ao tempo” eram “muito arraigados”.⁶¹⁶

Questões econômicas não foram apontadas, nos Relatórios da Diretoria de Higiene ou nos relatórios dos médicos responsáveis pelos Postos de Profilaxia Rural, como obstáculos para a construção de latrinas.

5.4 SOB DURAS CRÍTICAS: O ENCERRAMENTO DO SERVIÇO DE POSTOS DE PROFILAXIA RURAL ESTADUAL

Os relatórios elaborados pelos médicos diretores dos Postos de Profilaxia Rural do estado continham avaliações e impressões pessoais dos médicos com relação ao trabalho realizado.

No relatório referente aos trabalhos realizados em Santo Antônio da Patrulha em 1925, Luiz Ferraz, médico que trabalhara tanto nos postos sob direção da Fundação Rockefeller quanto nos mantidos pelo estado, afirmou não ser nem pessimista, nem otimista com relação às atividades de combate às verminoses e de saneamento:

Sobre o resultado obtido com o tratamento e a campanha prophylactica não somos nem dos pessimistas, que acham ser um trabalho inutil, sem maiores resultados, por não ser a acceitação geral, nem somos dos optimistas, que julgam os proveitos maiores do que de facto o são. O que é incontestavel, porém, é que resultados têm apresentado estas campanhas de saneamento e têm ellas cooperado para o melhor estado de sanidade e consequentemente para o progresso destes logares por onde tem trabalhado a Comissão Rockfeller [sic] e a Prophylaxia Rural.⁶¹⁷

Alguns anos mais tarde, porém, já no governo de Getúlio Vargas no estado e com Fernando de Freitas e Castro à frente da Diretoria de Higiene⁶¹⁸, Ferraz apontaria

⁶¹⁵ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 365-366, 1929 (AHRs, SIE.3 – 045).

⁶¹⁶ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 364, 1929 (AHRs, SIE.3 – 045).

⁶¹⁷ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 485, 1926 – Os Trabalhos do Posto de Profilaxia Rural em Santo Antônio da Patrulha Durante o Ano de 1925 (AHRs, SIE.3 – 042).

⁶¹⁸ Em outubro de 1928, o então Diretor de Higiene, José Flores Soares, foi aposentado e afastado do cargo. Fernando de Freitas e Castro, médico ajudante da Diretoria, assumiu interinamente o cargo de Diretor, sendo oficialmente nomeado em janeiro de 1929 (ALVES, 2011, p. 74). O Relatório da Diretoria de Higiene de 1928 (AHRs, SIE.3 – 044) já é assinado por Freitas e Castro.

“imperfeições” no combate às verminoses como este vinha sendo realizado pelo estado, soando mais “pessimista” quanto aos possíveis resultados:

Nos seus efeitos immediatos o tratamento contra a uncinariose e outras verminoses associadas deixa em clara evidencia suas vantagens reaes. [...]

Não obstante, como tudo que paira num estado evolutivo, permite este serviço de prophylaxia perceber algumas imperfeições que uma constituição definitiva, com Postos permanentes, faria desaparecer, senão de todo, ao menos em equitativo apreço. E por isto, o resultado definitivo dos trabalhos actuaes fazem presentir falhas, que mais se evidenciarão na succeção do tempo.

Bem sabemos que a medicação só não é o sufficiente. É necessario tambem sanear, e muito sanear [...] e, mais do que tudo, educar os individuos e instrul-os nos conhecimentos basicos de sanidade, para que todos possam pensar e proceder hygienicamente.

E para tanto, é preciso permanencia, trabalho constante e ininterrupto. Declara a Rockefeller que, se escolheu as campanhas anti-uncinarioses para inicio de seus trabalhos prophylaticos, foi por ser esta molestia muito prestativa para as demonstrações convincentes de prova; pois taes trabalhos não só trazem um allivio immediato á maioria de uma população medicada, como ainda despertam a confiança popular a favor dos planos de hygiene em geral e dos de estabelecimento de postos sanitarios mais amplos e definitivos.⁶¹⁹

Ferraz destacava que as campanhas da Fundação Rockefeller eram demonstrativas, mas que, para estender os efeitos do tratamento contra a ancilostomíase realizado, era necessário um trabalho “constante” e “ininterrupto”, através de “postos sanitários mais amplos e definitivos”.

Como sugestões para buscar sanar os problemas do trabalho realizado nos Postos de Profilaxia Rural estaduais, Ferraz indicava a necessidade, além de um trabalho de caráter permanente e de leis gerais e uniformes para a construção de latrinas, da especialização, através da educação, dos guardas enfermeiros, que deveriam fazer parte de um quadro estável de funcionários e com remuneração satisfatória.⁶²⁰

Duras críticas aos resultados das atividades realizadas pelos postos também foram elaboradas pelo médico Manuel Gomes Reina, diretor do posto instalado em Taquari em 1928. Apesar dos “resultados admiráveis” passíveis de serem alcançados com os enfermos que se curavam e, assim, voltavam às suas ocupações, o serviço de combate às verminoses era considerado caro e ineficaz pelo médico

⁶¹⁹ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 389-390, 1929 – Relatório Sobre os Trabalhos do Posto de Profilaxia Rural de Rio Pardo 1928 (AHRs, SIE.3 – 045). Grifos nossos.

⁶²⁰ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 390, 1929 – Relatório Sobre os Trabalhos do Posto de Profilaxia Rural de Rio Pardo 1928 (AHRs, SIE.3 – 045) .

Contudo, não era no caráter temporário das atividades realizadas pelos Postos de Profilaxia Rural estaduais que o médico via os principais problemas, e sim na população rural, aparentemente pouco inclinada a realizar a sua parte no combate às verminoses:

O povo, apesar da ajuda das autoridades locais e dos esforços dos funcionários, não se interessa tanto quanto devia afim de que o objectivo fosse alcançado.

Das medidas indispensáveis para a extinção das verminoses, só aceita, e isso mesmo com muita recusa, a medicação; não constrói as latrinas, não se calça, não modifica as suas más condições de vida e naturalmente volta dentro de pouco tempo a enfermar-se novamente [...].

A propaganda, os conselhos, as conferências produzem muito pouco resultado e só uma legislação energética sobre a base de multas e castigos podia conseguir modificar esta triste situação.⁶²¹

Reina sugeria, além da elaboração de uma “legislação enérgica”, o investimento na educação sanitária, que poderia ser um auxílio eficaz para o serviço então em funcionamento.

Mas as críticas mais contundentes ao serviço de combate às verminoses realizado pelo governo estadual nos moldes dos postos de demonstração do método intensivo de combate à ancilostomíase operados pela Fundação no estado foram elaboradas por Fernando de Freitas e Castro, Diretor de Higiene do Rio Grande do Sul, a partir de 1928, e ex-bolsista da própria Fundação.

Segundo Gabrielle Werenicz Alves, “a posse de Getúlio Vargas no cargo de presidente do estado e o fim da hegemonia borgista representariam mudanças nas concepções sobre saúde e sobre o papel do Estado neste setor”.⁶²²

Ainda segundo a autora, os Relatórios da Diretoria de Higiene de 1928 e 1929 elaborados por Freitas e Castro demonstravam a insatisfação dos médicos que trabalhavam naquela Diretoria no que se referia à sua estrutura administrativa, às atividades prestadas pelo setor e também quanto às verbas destinadas ao mesmo.⁶²³

No Relatório de 1928, por exemplo, Freitas e Castro afirmava que os serviços sanitários do estado eram “completamente deficientes” e não permitiam “qualquer resultado”. Além disso, a organização sanitária era “muito defeituosa”, com a divisão de atribuições entre o estado e os municípios. Para o médico, era necessária uma reforma dos serviços de higiene e saúde pública do estado e a elaboração de um novo Código Sanitário.⁶²⁴

⁶²¹ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 394, 1929 – Relatório do Posto de Profilaxia Rural de Taquari Durante o Ano de 1928 (AHRs, SIE.3 – 045). Grifos nossos.

⁶²² ALVES, 2011, p. 57.

⁶²³ Ibidem, p. 68.

⁶²⁴ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 120-122, 1928 (AHRs, SIE.3 – 044).

Neste contexto mais amplo de críticas à organização da saúde no Rio Grande do Sul, Fernando de Freitas e Castro afirmava, no que se referia ao Serviço de Postos de Profilaxia Rural estadual, que o governo, ao realizar o combate à ancilostomíase “tal qual” havia sido realizado pela *International Health Board*, acabara não atuando de acordo com a proposta da Fundação. Nas palavras de Freitas e Castro,

A prophylaxia das verminoses tal como está sendo feita no Estado não deixa a menor duvida quanto ao insucesso. A Rockefeller Foundation iniciou o trabalho tal como estamos ainda fazendo, porém, ella vizava apenas a demonstração pratica do effeito de uma campanha sanitaria, destinada a livrar a população rural dos vermes que lhe consomem as energias, e ao mesmo tempo fazer a propaganda. O intuito da Rockefeller Foundation era lançar a semente e tanto assim era que sempre aconselhou a installação dos Postos permanentes.⁶²⁵

Ainda segundo o médico, o serviço de saneamento, realizado no estado em apenas três postos e com reduzido número de funcionários, era desenvolvido nos municípios em períodos de um a três anos, o que prolongaria o trabalho “quase indefinidamente”. Ao analisar a base da profilaxia das verminoses, que consistia no tratamento aos doentes, representado pelo remédio, na defesa individual, representada pelo uso de calçados, e na proteção do solo, representada pela instalação de latrinas, Freitas e Castro afirmava que as três ações deveriam acontecer conjuntamente e que, isoladamente, a de menor valor era a primeira e a de maior, a última: “Varias observações já foram feitas e ficou perfeitamente demonstrado que a campanha contra as verminoses feita exclusivamente por meio do tratamento dos doentes, fracassa completamente”.⁶²⁶ Pouco se havia conseguido, na opinião do médico e então Diretor de Higiene, no que se referia à construção de latrinas.

É importante sublinhar que, ao mesmo tempo em que criticava o serviço de saneamento rural realizado pelo governo do estado até aquele momento, que empregava a mesma organização e os mesmos métodos da *International Health Board*, Freitas e Castro acabava também por indicar os limites das ações da própria Fundação no combate à ancilostomíase. Mas, lembrava o médico, as ações da Fundação objetivavam apenas a demonstração do que era possível realizar em termos de saúde pública, deveriam ser “um meio para um fim”.

Postos permanentes de combate às verminoses e de profilaxia rural eram apontados por Freitas e Castro como solução, mas ele já não sugeria mais a instalação dos mesmos no estado:

⁶²⁵ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 99, 1928 (AHRS, SIE.3 – 044).

⁶²⁶ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 99, 1928 (AHRS, SIE.3 – 044).

Para obter-se qualquer resultado, é necessário impôr o uso da latrina, conseguir por propaganda intensa e bem conduzida a adopção de medidas de protecção individual e o tratamento de doentes. Isso só obtem-se com os postos permanentes, porém, na minha opinião, não convem a instalação delles, porque são com vantagens substituídos pelas Delegacias de Saúde que tem uma acção muito maior.⁶²⁷

No relatório do ano seguinte, 1929, Fernando de Freitas e Castro afirmou que as verminoses mereciam a atenção da autoridade sanitária e que uma campanha em favor do saneamento rural era ‘humanitária’ e ‘patriótica’, mas voltou a criticar os resultados obtidos com os postos itinerantes, que, em sua opinião, ficavam aquém do desejado e não correspondiam às despesas acarretadas, funcionamento, naquele momento, apenas para a assistência aos enfermos e não como meio de profilaxia: “De facto, os tratamentos dados melhoram consideravelmente os doentes, porém a acção da autoridade sanitaria não devia se limitar á assistencia medica e sim ir até a lueta definitiva contra a endemia para fazel-a desaparecer ou, na impossibilidade disso, reduzil-a completamente”.⁶²⁸

Os postos mantidos pelo estado só permaneciam ainda em funcionamento porque a Diretoria de Higiene, “por falta dos elementos necessários”, ainda não conseguira imprimir outra orientação às ações contra as verminoses.⁶²⁹

A “outra orientação às ações contra as verminoses” viria com a Reforma dos Serviços Sanitários proposta por Freitas e Castro ainda em 1929.

A partir da Reforma de 1929, as verminoses, que, juntamente com a sífilis e a tuberculose, eram então consideradas os maiores flagelos no estado, passariam a ser combatidas através das novas instituições de saúde do estado. Segundo Alves, “os antigos Dispensários e Postos de Profilaxia foram substituídos pelos Centros de Saúde e Postos de Higiene, instituições estas que centralizaram os serviços de saúde pública oferecidos pelo governo do estado”.⁶³⁰

Dificuldades financeiras e mudanças políticas fizeram com que a Reforma Sanitária de 1929, apesar de propor inúmeras transformações, fosse executada apenas parcialmente.

⁶²⁷ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 105, 1928 (AHRs, SIE.3 – 044).

⁶²⁸ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 221, 1929 (AHRs, SIE.3 – 045).

⁶²⁹ Relatório da Diretoria de Higiene, p. 220-221, 1929 (AHRs, SIE.3 – 045).

⁶³⁰ ALVES, 2011, p. 175.

Segundo as informações disponíveis no Relatório da Diretoria de Higiene de 1929, os Postos de Profilaxia Rural de São Jerônimo, Rio Pardo e Taquari foram os últimos mantidos pelo governo estadual.⁶³¹

O posto de São Jerônimo merece aqui um rápido comentário. Aberto para realizar o combate principalmente à ancilostomíase e demais verminoses que grassavam entre os trabalhadores das minas de carvão existentes no município, o posto recebeu, em 1928, uma visita ilustre, Belisário Penna, um dos principais nomes do movimento sanitário brasileiro. Convidado pelo governo estadual a aconselhar as remodelações dos serviços de saúde estaduais, Penna realizou conferências em auxílio ao pessoal de um dos últimos postos de profilaxia abertos no estado: “Com sua palavra fácil e atraente, além de mui autorizada, elle conseguiu melhor que qualquer outro, convencer e mesmo entusiasmar o povo”.⁶³²

Segundo Gabrielle Werenicz Alves, outros municípios interessados em contar com Postos de Profilaxia Rural ainda em 1928 tiveram seus pedidos recusados por Fernando de Freitas e Castro, Diretor de Higiene, e por Oswaldo Aranha, Secretário do Interior e Exterior. Estes foram os casos dos municípios de São Borja e Lajeado, por exemplo. Em fevereiro de 1928, médicos de São Borja solicitaram a criação de um Posto de Profilaxia Rural no município, pois acreditavam que mais de 50% da população ribeirinha sofresse com as verminoses. O governo do estado alegou não haver verbas para a instalação de mais um posto. O mesmo argumento foi utilizado por Fernando de Freitas e Castro ao responder à solicitação do intendente do município de Lajeado, que também solicitou a instalação de um posto naquela localidade, onde, desconfiava o intendente, 80% da população ribeirinha do rio Taquari e seus afluentes estivesse doente.⁶³³

Informações disponíveis nos Relatórios da Diretoria de Higiene e organizadas pelos médicos diretores dos Postos de Profilaxia Rural do estado nos permitem uma visão parcial das atividades realizadas pelos postos:

⁶³¹ Relatório da Diretoria de Higiene, 1929 (AHRS, SIE.3 – 045). Por uma lacuna existente na documentação – o Relatório da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior do Rio Grande do Sul de 1929 é o último disponível no AHRS – não foi possível saber como ou quando os três postos foram fechados.

⁶³² Relatório da Diretoria de Higiene, p. 363, 1929 – Relatório dos Serviços Executados pelo Pessoal do Posto de Profilaxia de São Jerônimo em 1928 (AHRS, SIE.3 – 045).

⁶³³ ALVES, 2011, p. 173-174. Não foi possível saber, a partir da documentação consultada, se estas negativas ocorreram com relação ao pedido de outros municípios, mas é possível que sim.

TABELA 8 – Números parciais* do Serviço de Postos de Profilaxia Rural do Rio Grande do Sul (1925-1928)

Pessoas recenseadas	88753
Tratamentos distribuídos	88730
Pessoas que receberam alta	36271
Conferências e preleções	3335
Pessoas presentes nas conferências e preleções	67414
Folhetos distribuídos	13629
Instalações sanitárias inspecionadas	16361
Instalações sanitárias inexistentes	14402
Instalações sanitárias novas	856**

* Não foram localizados dados referentes às atividades realizadas pelo estado nos municípios de Gravatá, Cachoeira e Taquara em 1924, por isso a Tabela não cobre este ano. Não foram incluídos na Tabela os dados referentes à totalidade dos trabalhos realizados em Cachoeira (1923 – 1926), pois incluíam dados referentes ao trabalho realizado pela FR no município. Também não foram localizados os dados sobre as atividades realizadas no município de Taquara em 1925 (Relatório da Diretoria de Higiene, 1926 – AHRS, SIE.3 – 042).

** O elevado número de instalações sanitárias novas apresentado pelos relatórios do governo estadual nos chama a atenção e parece equivocado, pois não confere com as constantes reclamações sobre os pequenos avanços conquistados neste quesito indicados pelos diretores de campo do Serviço de Postos de Profilaxia Rural.

Fontes: Tabela elaborada a partir de dados disponíveis em Quadro Sinóptico Cumulativo do Posto de Santo Antônio da Patrulha, 05 de julho de 1925 – 31 de dezembro de 1925 (AHRS, SIE.3 – 042); Quadro Sinóptico Cumulativo do Posto de Cachoeira, 31 de dezembro de 1924 – 31 de dezembro de 1925 (AHRS, SIE.3 – 042); Quadro Sinóptico Cumulativo do Subposto de Conceição do Arroio, 05 de julho de 1925 – 31 de dezembro de 1925 (AHRS, SIE.3 – 042); Quadro Sinóptico Cumulativo do Posto de Viamão, 17 de agosto de 1926 – 31 de dezembro de 1926 (AHRS, SIE.3 – 043); Quadro Sinóptico Cumulativo do Posto de Santo Antônio da Patrulha, 31 de dezembro de 1925 – 31 de dezembro de 1926 (AHRS, SIE.3 – 043); Quadro Sinóptico Cumulativo do Subposto de Conceição do Arroio, 31 de dezembro de 1925 – 31 de dezembro de 1926 (AHRS, SIE.3 – 043); Posto de Santo Antônio da Patrulha, janeiro – setembro de 1927 (AHRS, SIE.3 – 044); Subposto de Conceição do Arroio, janeiro – setembro de 1927 (AHRS, SIE.3 – 044); Posto de Viamão e Rio Pardo, janeiro – dezembro de 1927 (AHRS, SIE.3 – 044); Posto de Taquari, outubro – dezembro de 1927 (AHRS, SIE.3 – 044); Quadros Sinópticos de São Jerônimo, janeiro – dezembro de 1928 (AHRS, SIE.3 – 045); Quadro Sinóptico Cumulativo do Posto em Rio Pardo, 1º de setembro de 1927 – 31 de dezembro de 1928 (AHRS, SIE.3 – 045), e Relatório do Posto de Profilaxia Rural de Taquari Durante o Ano de 1928 (AHRS, SIE.3 – 045).

Como podemos observar, os resultados alcançados pelo serviço de Postos de Profilaxia Rural mantido pelo governo do Rio Grande do Sul, entre 1924 e 1929, parecem ter sido bem semelhantes aos alcançados pelos postos de demonstração do método intensivo de combate à ancilostomíase propostos pela Fundação Rockefeller: milhares de pessoas tratadas, um número significativamente menor de pessoas consideradas curadas e dificuldades no que dizia respeito à instalação de latrinas. Questões econômicas ligadas à doença e ao seu combate (como os custos envolvidos na construção de latrinas, por exemplo) também não foram discutidas pelo governo estadual.

Contudo, seria um equívoco afirmar que o encerramento das atividades do Serviço de Postos de Profilaxia Rural do Rio Grande do Sul, determinado a partir da Reforma dos Serviços Sanitários estaduais, em 1929, significou o fim da influência das propostas em saúde pública da Fundação Rockefeller no estado. É possível, aliás, que estas tenham tido até

mesmo um maior alcance justamente a partir da Reforma de 1929, elaborada pelo principal crítico do Serviço de Postos de Profilaxia Rural mantido pelo estado a partir de 1924, Fernando de Freitas e Castro, bolsista da Fundação Rockefeller durante o período de cooperação entre a IHB e o governo estadual no combate à ancilostomíase. O próximo capítulo, o último de nosso estudo, será dedicado a uma breve discussão sobre um dos objetivos da Fundação Rockefeller no Brasil indicado por Hackett em 1919, mas que ainda não havia sido alvo de nossa atenção: a formação de profissionais de saúde pública. Discutiremos esta área de atuação da Fundação e seus reflexos na saúde pública estadual a partir da introdução, através de Freitas e Castro, de um modelo de saúde difundido pela instituição norte-americana, o modelo dos centros de saúde.

CAPÍTULO VI – PARA ALÉM DO COMBATE À ANCILOSTOMÍASE: A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER, A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PÚBLICA E A REFORMA DE 1929

*“We must be paying a little attention to South Brazil, and more than all, we should be sending more men to take up the Public Health course, instead of Pathology, Semiology and what not”.*⁶³⁴

Neste sexto e último capítulo, nossa proposta é apresentar uma breve discussão sobre a atuação da Fundação Rockefeller na formação de quadros em saúde pública, nas primeiras décadas do século XX, através do apoio técnico e financeiro a instituições de ensino e pesquisa e, principalmente, da distribuição de bolsas de estudos, meios pelos quais a instituição norte-americana difundia ideias e modelos. Enfocaremos a participação da *International Health Board* na criação e desenvolvimento de instituições no Brasil, como o Instituto de Higiene de São Paulo e a Escola de Enfermagem Anna Nery, além de apresentar um perfil das bolsas (e dos bolsistas) concedidas pela IHB ao país entre 1917 e 1951⁶³⁵. Ao final, destacaremos o caso de Fernando de Freitas e Castro, médico da Diretoria de Higiene do Rio Grande do Sul que recebeu uma bolsa de estudos da Fundação para a realização de um curso de saúde pública nos Estados Unidos entre os anos de 1922 e 1923, ou seja, durante a cooperação entre a Fundação e o governo estadual no combate à ancilostomíase. Em 1929, à frente dos serviços sanitários do estado, Freitas e Castro elaboraria uma reforma destes serviços inspirada no modelo norte-americano de organização em saúde pública divulgado pela Fundação – os *health centers* ou centros de saúde – que influenciou, durante décadas, a organização sanitária em estados como o Rio Grande do Sul e São Paulo, para citar dois exemplos.

6.1 A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER E A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PÚBLICA

No final da década de 1910 e início da década de 1920, a *International Health Board* desenvolvia campanhas de combate à ancilostomíase, à febre amarela e à malária em países

⁶³⁴ Hackett to Pearce, Pará, December 17, 1919 (RAC, RF, RG 5, Series 1 – Correspondence, Sub-Series 2 – Project, Box 78, Folder 1110).

⁶³⁵ Optamos por abordar todo o período de distribuição das bolsas da IHB (1917-1951), pois, no caso do Brasil, como veremos, a maioria das bolsas foi concedida até o final da Primeira República, período de nosso estudo.

da América Latina e do Caribe, bem como do Extremo Oriente. Associado a estas campanhas, a Fundação Rockefeller desempenhou, porém, um importante papel na formação de profissionais de saúde pública, uma área fundada, na interpretação de Anne-Emanuelle Birn, basicamente pela instituição norte-americana.⁶³⁶

A partir da experiência da *Sanitary Commission for the Eradication of Hookworm Disease* no combate à ancilostomíase no sul dos Estados Unidos (ver segundo capítulo), ficou evidenciado que não havia pessoal qualificado, preparado para atuar em saúde pública naquela região do país. Na leitura de Wickliffe Rose, diretor da *Sanitary Commission* e primeiro diretor da IHB, a maioria do pessoal de saúde local era composta por funcionários despreparados, nomeados politicamente, que não trabalhavam em período integral e que se preocupavam, primeiramente, com os cuidados médicos curativos e não com os preventivos.⁶³⁷ Para que a divisão internacional de saúde da Fundação pudesse operar com sucesso, era necessário criar uma nova profissão de saúde pública, com instituições independentes das da clínica médica.⁶³⁸ Nas palavras de Elizabeth Fee, “he [Wickliffe Rose] had thus come to the conclusion that a new profession was needed, composed of men who had been trained in the scientific foundations of public health, and who would devote their careers to the control of disease”.⁶³⁹

Já na década de 1910, a Fundação Rockefeller havia começado a atuar na reorganização da formação médica nos Estados Unidos. Esta atuação estava orientada pelo relatório, intitulado *Medical Education in the United States and Canada*, que o educador Abraham Flexner havia elaborado, em 1910, para a *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, e que ficou conhecido também como Relatório Flexner (*Flexner Report*).⁶⁴⁰ Neste estudo, Flexner indicava a necessidade de que houvesse, nas escolas de

⁶³⁶ BIRN, 2006, p. 29.

⁶³⁷ Segundo Elizabeth Fee, a saúde pública nos Estados Unidos no final do século XIX e início do século XX estava organizada através de departamentos municipais e estaduais de saúde, mas poucos funcionários possuíam qualquer tipo de formação especializada na área. Em geral, eram funcionários de meio-período e que ocupavam o cargo em virtude de questões políticas. Ainda segundo Fee, qualquer conhecimento que estes funcionários possuísem sobre saúde pública era fortuito, resultado de estudos independentes e de experiência prática. A maioria possuía diploma médico, mas alguns eram engenheiros, advogados, químicos ou biólogos. Havia, em verdade, pouca concordância sobre o tipo de conhecimento necessário ou desejável para atuar em saúde pública, área de amadores e de grupos voluntários dedicados a uma ampla variedade de reformas sociais e de saúde (FEE, 1987, p. 1-2).

⁶³⁸ BIRN, 2006, p. 29; FARLEY, 2004, p. 203; FEE, 1987, p. 28.

⁶³⁹ FEE, 1987, p. 28.

⁶⁴⁰ Abraham Flexner (1866-1959) nasceu no estado do Kentucky, Estados Unidos. Em 1886, graduou-se em Artes e Humanidades pela Universidade Johns Hopkins, tendo, então, iniciado carreira como professor. Realizou estudos de pós-graduação na Universidade de Harvard, estudos estes concluídos em 1906. No mesmo ano, Flexner mudou-se para a Alemanha com a família e, em 1907, escreveu seu primeiro livro – *The American college: a criticism* – uma crítica ao sistema educativo norte-americano. O livro foi publicado no ano seguinte,

medicina, professores que trabalhassem em tempo integral e orientados para a pesquisa, uma estreita relação com uma universidade e um hospital, instalações de laboratório adequadas e um corpo estudantil cientificamente preparado.⁶⁴¹

Em 1912, Abraham Flexner passou a integrar a *General Education Board* da Fundação. Como já apontamos anteriormente, a *General Education Board* foi criada em 1902 e tinha como objetivo promover a educação pública, especialmente na região sul dos Estados Unidos. Anos mais tarde, porém, voltou sua atenção para as universidades e o ensino médico, desempenhando importante papel nas transformações ocorridas na educação médica norte-americana.⁶⁴² A Fundação ofereceu, por exemplo, generosos recursos a instituições como a Universidade de Harvard e a Universidade Johns Hopkins para que suas escolas de medicina se adaptassem aos princípios defendidos por Flexner em seu Relatório de 1910.⁶⁴³

Mas, além da influência exercida sobre a educação médica, Flexner também participou de importantes discussões e decisões referentes à saúde pública. No início do século XX, a FR interveio no processo de profissionalização da saúde pública. Em 1914, representantes da Fundação e um pequeno número de líderes em saúde pública se reuniram, a convite da *General Education Board*, e, identificando a necessidade de criar instituições para formar quadros em saúde pública, estabeleceram as linhas gerais da educação nesta área. Entre os participantes das discussões estavam o já mencionado Abraham Flexner (*General Education Board*), Wickliffe Rose (*International Health Board*), William Henry Welch (professor de patologia da *Johns Hopkins Medical School*), Milton J. Rosenau (professor de medicina preventiva da *Harvard Medical School*), George Whipple (professor de engenharia sanitária

quando Flexner retornou aos Estados Unidos. A publicação resultou no convite de Henry S. Pritchett, presidente da *Carnegie Foundation*, para a realização de um estudo sobre a educação médica nos Estados Unidos e no Canadá. Abraham Flexner visitou 155 escolas de medicina nos Estados Unidos e no Canadá durante seis meses. A partir de suas observações e avaliações, elaborou o famoso relatório. Após a publicação do relatório, em 1910, Flexner voltou a Europa para estudar a educação médica, especialmente a da Inglaterra, da França e da Alemanha. Entre 1912 e 1927, integrou a *General Education Board* da Fundação Rockefeller. Também são de autoria de Flexner *Medical Education. A comparative study* (1925) e *Universities: American, English, German* (1930). Abraham Flexner era irmão de Simon Flexner, eminente patologista norte-americano que trabalhou na Universidade Johns Hopkins e na Universidade da Pensilvânia. Simon Flexner foi um dos fundadores da Fundação Rockefeller e diretor do *Rockefeller Institute for Medical Research*. As informações sobre Abraham Flexner estão disponíveis em PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. Segundo Pagliosa e Da Ros, o Relatório Flexner “[...] é considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial” (PAGLIOSA; DA ROS, 2008, p. 493). Já Marcos Cueto, referindo-se ao mesmo Relatório, afirma que este foi “[...] instrumental in the closing of most low-standard and poor medical schools, in the development of full-time positions and adequate laboratory facilities, and in promoting Johns Hopkins Medical School as the prototype of medical training” (CUETO, 1994, p. 10).

⁶⁴¹ BIRN, 2006, p. 29.

⁶⁴² FEE, 1987, p. 30.

⁶⁴³ BIRN, 2006, p. 29.

da Universidade de Harvard) e Jerome Greene (secretário da Fundação Rockefeller), entre outros.⁶⁴⁴

Segundo Fee, entre as tarefas estabelecidas pelos líderes em saúde pública e os representantes da Fundação Rockefeller envolvidos na discussão estavam (a) a definição da base de conhecimento necessária para a prática em saúde pública e (b) o estabelecimento, em linhas gerais, do sistema educacional necessário para formar/preparar uma nova profissão.⁶⁴⁵

O elemento central neste esforço deliberado para criar uma base profissional para o trabalho em saúde pública era o estabelecimento de uma série de escolas para a pesquisa e a formação profissional de pessoal.⁶⁴⁶ Após anos de discussões entre Flexner, Rose e líderes nas áreas de saneamento, medicina preventiva e filantropia, incluindo, como vimos, William Welch, professor de patologia e reitor da *Johns Hopkins Medical School*, além de administrador da *International Health Board*, em 1916, a Fundação Rockefeller decidiu apoiar a Universidade Johns Hopkins, em Baltimore, como o local de fundação da primeira escola de saúde pública dos Estados Unidos: a *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health*.⁶⁴⁷

Elizabeth Fee destaca a importância desta instituição:

As the first independent, degree-granting institution for research and training in public health, the School of Hygiene was crucial to the process of professionalization of public health in the United States. As a leading research center, it helped shape the form and content of public health by developing new scientific knowledge, generating organized research, and training highly educated personnel to put this knowledge into practice. **As a center for training international public health officers, it influenced the development of public health activities around the world.**⁶⁴⁸

A primeira e maior de uma série de escolas de saúde pública criadas nos Estados Unidos e no exterior com investimentos da Fundação Rockefeller, a *Johns Hopkins School of*

⁶⁴⁴ FEE, 1987, p. 3, p. 26-27.

⁶⁴⁵ Ibidem, p. 3-4.

⁶⁴⁶ Ibidem p. 26.

⁶⁴⁷ BIRN, 2006, p. 29. Segundo Elizabeth Fee, os cursos para formação em saúde pública existentes nos Estados Unidos no início da década de 1910 eram insuficientes para atender a demanda. Segundo a autora, a instituição mais desenvolvida e bem-sucedida neste sentido naquele período era a *School of Health Officers*, instituição dirigida conjuntamente pela Universidade de Harvard e pelo *Massachusetts Institute of Technology* – MIT. Tanto a *School of Health Officers* quanto a Universidade de Columbia enviaram propostas para a Fundação Rockefeller para a criação de escolas de higiene e saúde pública, mas a Universidade Johns Hopkins acabou sendo a escolhida (FEE, 1987, p. 31-33).

⁶⁴⁸ Ibidem, p. 1. Grifos nossos.

Hygiene and Public Health foi modelo para as demais instituições, influenciando a saúde pública e sua profissionalização “ao redor do mundo” no século XX.⁶⁴⁹

Doações da Fundação possibilitaram que escolas similares fossem fundadas, por exemplo, em Harvard – *Harvard School of Public Health* – em 1922, e na Universidade de Toronto – *University of Toronto School of Hygiene* – em 1924. Johns Hopkins, Harvard e Toronto treinaram a grande maioria dos funcionários da *International Health Board* da Fundação Rockefeller, bem como centenas de bolsistas das áreas da saúde pública e da enfermagem da América Latina financiados pela Fundação durante décadas, com destaque numérico, como veremos mais adiante, para profissionais e pesquisadores vinculados a instituições brasileiras.⁶⁵⁰

Apesar das intenções de Wickliffe Rose no sentido de separar e elevar o status da saúde pública, o seu papel com relação à medicina permaneceu ambíguo, situação esta que se refletia tanto na organização da própria Fundação Rockefeller, quanto das novas escolas de saúde pública. A *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health*, modelo para outras escolas de saúde pública, enfatizou a pesquisa orientada pela medicina em detrimento de uma combinação entre ciências sociais e médicas.⁶⁵¹

No que se refere especificamente ao envolvimento da Fundação Rockefeller na educação médica e na formação de quadros em saúde pública na América Latina, podemos

⁶⁴⁹Ibidem, p. 1. No final da década de 1950, quando George Rosen publicou *A History of Public Health*, existiam nos Estados Unidos, segundo o autor, 10 escolas de saúde pública capazes de oferecer diplomas. A *Johns Hopkins* ainda era o modelo seguido na formação de sanitaristas norte-americanos (ROSEN, 1994, p. 351).

⁶⁵⁰BIRN, 2006, p. 29; FEE, 1987, p. 216-220.

⁶⁵¹BIRN, 2006, p. 29. Sobre a relação entre medicina e saúde pública, Birn afirma ainda que “the relationship between medicine and public health was ill-defined in both the RF’s New York office and in the field. The IHB/D relied on the existence of ‘trained medical men’ in the countries where it operated, yet it was organizationally separate from the RF’s Division of Medical Education until 1951 when the two entities were merged into the Division of Medicine and Public Health. As evidenced in Latin America, field officers often complained about the dearth of well-trained medical graduates, but the IHB/D sought to distance itself from medical education concerns, concentrating instead on those competent graduates eligible for its own fellowships. Still, at least some RF leaders held that receptivity to public health measures ‘might be stabilized through improvements in medical education’ in Latin America” (Ibidem, p. 30). Elizabeth Fee também discute a complexa e problemática relação entre saúde pública e medicina, relação esta que, segundo a autora, marcou a história da profissionalização da saúde pública. De acordo com Fee, “medicine and public health are intimately related, often overlapping, and yet they also have contradictory interests. Public health is oriented toward the analysis of the determinants of health and disease on a population basis, while medicine is oriented toward individual patients. Public health professionals are usually dependent on government-funded salaried positions, while physicians – at least in the past – have been independent professionals and entrepreneurs involved in private practice. The economic organization of the two fields has been as different as their methods and perspectives, despite the fact that both deal with the basic problems of human health and disease” (FEE, 1987, p. 2). Tensões entre saúde pública e medicina e entre abordagens sociais e biológicas da saúde, bem como disputas pela autoridade no campo em formação entre, por exemplo, médicos e engenheiros sanitários, estruturaram os debates sobre a formação em saúde pública. Neste sentido, as decisões tomadas nas discussões entre representantes da Fundação e líderes em saúde pública acabaram por estabelecer as bases para o desenvolvimento da educação profissional em saúde pública e que enfatizou, como afirmamos, a pesquisa orientada pela medicina.

afirmar que a ênfase recaiu sobre a formação de pessoal em saúde pública, através do investimento em escolas e da distribuição de bolsas de estudos.

Especialistas da FR realizaram avaliações periódicas da educação médica na América Latina a partir de 1916, quando Richard Pearce, integrante, como vimos, da *Medical Commission to Visit the Republic of Brazil*, realizou um *survey* das escolas médicas no Brasil. Embora Pearce, o já citado Alan Gregg e seus colegas elaborassem detalhados relatórios sobre suas visitas, criticando, por exemplo, as salas de aulas superlotadas, a excessiva influência francesa e o papel insuficiente da pesquisa experimental, o envolvimento da Fundação na educação médica na América Latina permaneceu bastante limitado até o período posterior à II Guerra Mundial (1938-1945). A única escola médica da América Latina a receber assistência da Fundação antes deste período foi a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.⁶⁵²

Escolas de medicina foram abertas com o auxílio de recursos da Fundação Rockefeller em países da América do Norte, da Europa e da Ásia, enquanto a maioria das escolas da América Latina foram negligenciadas. A *Peking Union Medical College*, na China, recebeu, segundo Birn, o maior investimento de Fundação: aproximadamente 600 milhões de dólares em estimativas de 2004.⁶⁵³

O limitado envolvimento da Fundação Rockefeller com o ensino médico na América Latina foi justificado na década de 1940 através de relatório de Robert Lambert⁶⁵⁴ (1943). Lambert havia visitado 11 países da América Latina entre 1922 e 1929 e, no relatório em questão, afirmava que a medicina ocidental já era “universalmente” aceita nos países latino-americanos, e que haveria a necessidade apenas de melhorias no que se referia à qualidade do ensino, às instalações e à afiliação institucional.⁶⁵⁵

A linha de raciocínio apresentada por Lambert pode explicar, segundo Birn, o investimento da Fundação em escolas de saúde pública na América Latina, em lugar do investimento em escolas de medicina, mas raras também foram as iniciativas neste sentido. Das 21 escolas de saúde pública localizadas fora dos Estados Unidos que receberam investimentos da FR, praticamente todas estavam localizadas na Europa Ocidental e Central,

⁶⁵² BIRN, 2006, p. 30. Sobre os relatórios produzidos por funcionários da Fundação Rockefeller referentes ao ensino médico em países da América Latina, ver CUETO, 1994, p.1-22.

⁶⁵³ BIRN, 2006, p. 30.

⁶⁵⁴ Robert Lambert realizou seus estudos em medicina em Tulane, na *Johns Hopkins* e em Berlim. Antes de integrar os quadros da Fundação Rockefeller, foi professor de patologia nas Universidades de Columbia e Yale e adquiriu experiência em hospitais de Nova York. Em 1922, Lambert foi enviado a El Salvador para atuar como professor de patologia em uma escola médica local. Entre 1922 e 1925, atuou, a serviço da Fundação, como professor de patologia na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Atuou em Porto Rico entre 1926 e 1928. Em 1929, Lambert foi indicado diretor associado da divisão de ciências médicas (*Medical Sciences*) da Fundação (CUETO, 1994, p. 6).

⁶⁵⁵ BIRN, 2006, p. 30.

com exceção do Instituto de Higiene de São Paulo.⁶⁵⁶ Além disso, a Fundação também investiu recursos em duas escolas de enfermagem, uma localizada no Brasil, a Escola de Enfermagem Anna Nery (Rio de Janeiro), e outra, na Venezuela.⁶⁵⁷ O Instituto de Higiene de São Paulo e a Escola de Enfermagem Anna Nery serão abordados mais detidamente ainda neste capítulo.

O objetivo das escolas de saúde pública era formar mão de obra qualificada para “[...] administrar as operações relativas às campanhas de prevenção e a infra-estrutura de manutenção da saúde pública, bem como treinar professores, estudantes e profissionais qualificados dedicados à questão”.⁶⁵⁸ A premissa era que tais escolas formariam “elementos-chave” para a saúde pública. Como afirma John Farley,

These physicians and nurses were destined to become members of a new cadre of public health professionals, building up public health services where none existed or wresting control of public health matters from incompetent part-time physicians, untrained in public health, who often owed their positions to political patronage rather than professional expertise. Toward this end, the IHD endowed institutes of public health and public health nursing, offering fellowships to study at these schools, located mostly in North America and Europe.⁶⁵⁹

Recorrendo à argumentação desenvolvida por Marcos Cueto e já sublinhada no segundo capítulo deste estudo, é possível afirmar que o Brasil foi o país selecionado para estes investimentos em educação médica e na formação de quadros em saúde pública, pois a Fundação preferia um país onde encontrasse poucos obstáculos à implementação de medidas de saúde pública e onde instituições governamentais e elites médicas fossem mais receptivas.⁶⁶⁰ Além disso, segundo Anne-Emanuelle Birn, os funcionários da instituição norte-americana esperavam que escolas de medicina e saúde pública apoiadas e localizadas em alguns países da América Latina, como o Brasil, atrairiam estudantes dos países vizinhos, o que logo se mostrou um equívoco, pois a maioria destes estudantes preferia ir aos Estados Unidos para realizar seus estudos.⁶⁶¹

⁶⁵⁶ Instituições inspiradas no modelo da *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health* foram criadas, com o apoio da Fundação, em cidades como Praga, Varsóvia, Londres (*The London School of Hygiene and Tropical Medicine*), Toronto, Copenhague, Budapeste, Oslo, Belgrado, Zagreb, Madri, Cluj (Romênia), Ancara, Sofia, Roma, Tóquio, Atenas, Bucareste, Estocolmo, Calcutá, Manila e São Paulo, onde foram gastos, globalmente, mais de US\$ 25 milhões (MARINHO, 2001, p. 24-25; FEE, 1987, p. 220). Informações sobre algumas destas instituições, como *The London School of Hygiene and Tropical Medicine* e *Toronto School of Hygiene*, podem ser encontradas em FARLEY, 2004.

⁶⁵⁷ BIRN, 2006, p. 31.

⁶⁵⁸ MARINHO, 2001, p. 25.

⁶⁵⁹ FARLEY, 2004, p. 2.

⁶⁶⁰ CUETO, 1994, p. 12.

⁶⁶¹ BIRN, 2006, p. 31.

Mas a Fundação não ignorou a formação de quadros em saúde pública nos países latino-americanos, orientando, porém, os investimentos para indivíduos em lugar de instituições. Segundo Birn, a Fundação concedia, todos os anos, várias bolsas de estudos em saúde pública para médicos, enfermeiras e engenheiros sanitários latino-americanos e que ocupariam, esperava-se, posições de responsabilidade ao retornarem aos seus países de origem.⁶⁶²

Para Wickliffe Rose, a educação profissional era um componente essencial para o avanço da saúde pública em âmbito internacional. Na concepção de Rose, um seleto grupo de especialistas em saúde pública difundiria o conhecimento adquirido em seus respectivos países através da pesquisa, da administração e do ensino. Na interpretação de Anne-Emanuelle Birn, esta abordagem não apenas economizaria recursos financeiros, permitindo que a Fundação implementasse programas em um número maior de lugares, como também os bolsistas internacionais estariam em melhor posição com relação aos representantes da Fundação Rockefeller para disseminar, de maneira relevante, teorias, práticas e valores para pesquisadores, agências governamentais, comunidades profissionais e o público em geral. Tendo estabelecido laços com universidades de ponta dos Estados Unidos, os bolsistas, ao retornarem aos seus países de origem, manteriam uma relação com as instituições e ideias norte-americanas durante suas trajetórias profissionais. Ainda segundo Birn, entre as “eventuais” vantagens da distribuição de bolsas de estudos estariam o desenvolvimento de relações com líderes e futuros líderes de outros países e o intercâmbio científico internacional.⁶⁶³

Através da concessão de bolsas de estudos, a FR objetivava a formação de homens e mulheres para atuarem em posições estratégicas em agências de saúde oficiais ou como professores em escolas de higiene e de saúde pública. Através da ocupação de cargos de chefia em instituições e departamentos governamentais em seus países de origem, os bolsistas podiam determinar orientações institucionais e prioridades, refletindo algumas das ideias e práticas com as quais haviam se familiarizado durante o período de estudos. Neste sentido, como bem destaca Birn, os bolsistas, assim como os funcionários da Fundação, eram profissionais transnacionais, movendo ideias e práticas através das fronteiras. A influência direta ou indireta dos bolsistas poderia ser sentida por muitas décadas, pois estes, além de orientarem o trabalho em instituições e departamentos de saúde, eram também, muitas vezes, professores em seus países, influenciando, desta maneira, outras gerações de funcionários da

⁶⁶² Ibidem, p. 31.

⁶⁶³ Ibidem, p. 197.

saúde pública.⁶⁶⁴ Através dos bolsistas, a Fundação e, no caso específico de nosso estudo, a *International Health Board*, poderia ter um efeito duradouro na teoria e na prática de saúde pública nos diversos países e regiões em que atuara, como veremos, por exemplo, no caso da reforma sanitária ocorrida no Rio Grande do Sul em 1929.⁶⁶⁵

Mas o fato de a maioria dos bolsistas realizar seus estudos nos Estados Unidos e com o apoio da Fundação não significava, e isto é importante sublinhar, que estes bolsistas simplesmente transplantassem, em seus países, o que haviam aprendido durante o período de estudos no exterior. Recorrendo novamente a Anne-Emanuelle Birn, esta afirma que “advanced professional training was a propitious means of international health interchange for both sides, one which allowed a role for the donor and left ample room for local developments with selective appropriation of outside ideas”.⁶⁶⁶ O conhecimento e o treinamento adquiridos no exterior eram adaptados de acordo com as necessidades políticas e sociais locais.

O Brasil, como destacamos, recebeu apoio técnico e financeiro da *International Health Board* da Fundação Rockefeller na formação de quadros em saúde pública através de instituições como o Instituto de Higiene de São Paulo e a Escola de Enfermagem Anna Nery, e se beneficiou de um elevado número de bolsas de estudos. A próxima parte deste capítulo será dedicada a uma breve discussão destas questões.

6.2 A FUNDAÇÃO ROCKEFELLER E A PROFISSIONALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: INSTITUIÇÕES E BOLSAS DE ESTUDOS

Luiz Antonio de Castro Santos e Lina Faria afirmam que, se houve efeitos positivos e duradouros da ação da Fundação Rockefeller no Brasil, estes efeitos se concentraram, principalmente, “no assentamento das raízes da educação médica e das profissões de saúde”. Segundo os autores, “as origens da profissionalização médica, sanitarista e da enfermagem em saúde pública [...] estão fortemente associadas aos trabalhos desta instituição no Brasil”.⁶⁶⁷

⁶⁶⁴ Ibidem, p. 201.

⁶⁶⁵ Ibidem, p. 215. “In sum, central to the long-term strategies of the RF in Mexico (and elsewhere) was the creation of a breed of public health professionals who could act as scientific, administrative, and cultural translators for the IHD while it operated in situ and could substitute for it when it was gone. Serving as an educational centrifugal force, the RF’s extensive fellowship and training programs were vital to the institutionalizing in-country cooperative efforts [...]” (Ibidem, p. 215).

⁶⁶⁶ Ibidem, p. 203.

⁶⁶⁷ CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de; FARIA, Lina. A cooperação internacional e a enfermagem de saúde pública no Rio de Janeiro e São Paulo. *Horizontes*, Bragança Paulista, v. 22, n. 2, jul./dez. 2004, p. 124. André de Faria Pereira Neto, ao discutir o que seriam interesses profissionais médicos, afirma que há três diferentes aspectos que se combinam e se complementam, definindo conceitualmente uma “profissão”, a saber: (1) o domínio de um certo conhecimento, (2) o monopólio do mercado de trabalho e (3) a formalização de normas de

Como procuraremos demonstrar, a influência da FR na formação de médicos sanitaristas e de enfermeiras de saúde pública brasileiros e, através destes, na orientação de programas e políticas de saúde pública, ocorreu através do apoio a instituições como o Instituto de Higiene de São Paulo e a Escola de Enfermagem Anna Nery, bem como através da distribuição de quase uma centena de bolsas de estudos a profissionais vinculados não apenas a estas instituições, mas também a outras como o Instituto Oswaldo Cruz, o Departamento Nacional de Saúde e serviços estaduais de saúde, como a Diretoria de Higiene do Rio Grande do Sul.

6.2.1 O apoio da Fundação a instituições de saúde pública brasileiras

É possível afirmar que os primeiros passos, as primeiras experiências da especialização em saúde pública no país ocorreram na década de 1920, período abordado neste estudo e que, como vimos, foi um período marcado pela crescente participação do Estado na implementação e na condução de políticas no campo da saúde. O movimento em favor da profissionalização sanitária originou propostas para a criação de escolas e serviços especializados.⁶⁶⁸

A primeira experiência na área da especialização em saúde pública no Brasil ocorreu em São Paulo, com a criação do Instituto de Higiene, embrião da atual Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP, em 1918. O Instituto foi a segunda instituição do mundo a receber auxílio da Fundação Rockefeller, sendo precedido apenas pela *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health*, modelo institucional e pedagógico para instituições como a paulista.⁶⁶⁹

Ainda em 1916, Richard Pearce, integrante da *Medical Commission to Visit the Republic of Brazil*, recomendou, em seu relatório sobre a viagem ao país, que a *International*

conduta (PEREIRA NETO, André de Faria. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001, p. 37). Além destes três aspectos que definem conceitualmente uma “profissão”, esta deve apresentar altos índices de aderência social: “O profissional deve empreender um conjunto de estratégias de persuasão sobre a clientela para que ela se convença de sua exclusividade no exercício de determinada atividade” (Ibidem, p. 39). As estratégias de afirmação profissional são diferentes na universidade, no mercado de trabalho e nas instituições representativas da corporação. A profissão está longe, segundo Pereira Neto, de ser um todo homogêneo. As reflexões de André de Faria Pereira Neto estão baseadas nos trabalhos de Paul Starr, Claudine Herzlich e Magali Sarfatti Larson.

⁶⁶⁸ CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de; FARIA, Lina. O ensino da Saúde Pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, set. 2006, [s.p.].

⁶⁶⁹ Ibidem, 2006, [s.p.].

Health Board patrocinasse a criação de uma cadeira de higiene na Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.⁶⁷⁰

No ano seguinte, em 1917, foram estabelecidos os primeiros contatos de cooperação entre a IHB e a Faculdade de Medicina, a pedido de Arnaldo Vieira de Carvalho, diretor da mesma. A partir do primeiro acordo de cooperação, firmado em maio de 1917, foram criados o “Laboratório de Higiene” da cadeira de higiene da Faculdade de Medicina, dirigido por Samuel Taylor Darling e Wilson George Smillie, e a cadeira de histologia patológica, sob responsabilidade dos pesquisadores Oscar Klotz e Robert Lambert.⁶⁷¹

O acordo estabelecido entre o governo do estado de São Paulo e a IHB, oficializado em fevereiro de 1918, definia o valor das contribuições da Fundação para equipar os laboratórios e para manter o departamento de higiene, concedia duas bolsas de estudos nos Estados Unidos para profissionais brasileiros e estabelecia que um especialista norte-americano assumiria o departamento.⁶⁷²

A partir deste acordo, Samuel Taylor Darling e Wilson George Smillie assumiram a direção do laboratório nos períodos de 1918 a 1920 e de 1920 a 1922, respectivamente. Geraldo Horácio de Paula Souza⁶⁷³, bolsista da *International Health Board* que realizou estudos na *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health* entre 1918 e 1920, assumiu a direção do Instituto entre 1922 e 1951. Como veremos mais adiante, Paula Souza assumiu também a direção, em 1922, do Serviço Sanitário de São Paulo, cargo que ocupou até 1927. O Instituto de Higiene e o Serviço Sanitário mantiveram contatos estreitos.⁶⁷⁴

⁶⁷⁰ FARIA, 2007, p. 81. A Faculdade de Cirurgia e Medicina de São Paulo foi criada em 1912. Em 1925, passou a denominar-se Faculdade de Medicina de São Paulo e, em 1934, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. A Fundação Rockefeller e instituições de ensino e pesquisa em São Paulo. Procedimentos, práticas e personagens no campo biomédico: uma análise preliminar (1916-1952). *Horizontes*, Bragança Paulista, v. 22, n. 2, p. 151-158, jul./dez. 2004).

⁶⁷¹ FARIA, 2007, p. 82.

⁶⁷² Laboratório de Higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil, 1832-1930 – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/pdf/labhigsp.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2012).

⁶⁷³ Geraldo Horácio de Paula Souza (1889-1951) nasceu em Itu, São Paulo. Diplomou-se pela Escola de Farmácia de São Paulo em 1908 e, em 1913, pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. No ano seguinte, em 1914, Paula Souza iniciou sua carreira como assistente da cadeira de química médica da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Foi bolsista da *International Health Board* da FR entre 1918 e 1920, quando recebeu o diploma de Doutor em Higiene e Saúde Pública pela Universidade Johns Hopkins. Além de diretor do Instituto de Higiene de São Paulo (1922-1951) e do Serviço Sanitário de São Paulo (1922-1927), Paula Souza foi técnico da Seção de Higiene da Liga das Nações (1927-1929), um dos fundadores da Organização Mundial da Saúde, membro da Sociedade Brasileira de Higiene e da Associação Paulista de Medicina, entre outros (FARIA, 2007, p. 29-30).

⁶⁷⁴ Laboratório de Higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil, 1832-1930 – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/pdf/labhigsp.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2012).

Em 1924, o Congresso estadual, aprovando proposta de Paula Souza, transferiu oficialmente o Laboratório de Higiene ao governo estadual, passando a denominar-se Instituto de Higiene de São Paulo em janeiro de 1925. A partir daquele momento, o Instituto ganhou autonomia em relação à Faculdade, ficando subordinado à Secretaria dos Negócios do Interior. Eram atribuições do Instituto estabelecidas por lei, entre outras, seguir realizando o curso de higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, ministrar cursos de aperfeiçoamento técnico para funcionários do Serviço Sanitário e de habilitação profissional para enfermeiras e visitadoras de saúde pública e desenvolver pesquisas científicas de caráter geral e local.⁶⁷⁵

Em 1931, o Instituto foi reorganizado e fortalecido, passando a ser oficialmente reconhecido como Escola de Higiene e Saúde Pública. A esfera de ação do Instituto foi ampliada significativamente, com a criação, por exemplo, de novos cursos.⁶⁷⁶

Em 1934, foi inaugurado novo prédio do Instituto, independente da Faculdade de Medicina, construído com recursos do governo estadual e da Fundação Rockefeller. Quatro anos depois, em 1938, o Instituto foi incorporado à Universidade de São Paulo como uma instituição complementar, subordinada à cadeira de higiene da Faculdade de Medicina da USP.⁶⁷⁷

Um decreto-lei de 1945 concedeu autonomia ao Instituto em relação à Faculdade, e o Instituto passou a denominar-se Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, denominação modificada, novamente, em 1969, para Faculdade de Saúde Pública da USP.⁶⁷⁸

Entre as principais atividades do Instituto de Higiene de São Paulo estiveram a formação profissional, através de cursos de higiene e saúde pública, a pesquisa (em higiene rural, epidemiologia e higiene industrial, por exemplo) e as atividades em saúde pública. Recordamos, mais uma vez, que o Instituto manteve laços estreitos com o Serviço Sanitário do estado.⁶⁷⁹

Mas a influência da Fundação na formação de médicos sanitaristas não se restringiu a São Paulo e à criação do Instituto de Higiene. Embora a formação de recursos humanos não

⁶⁷⁵ Laboratório de Higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil, 1832-1930 – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/pdf/labhigsp.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2012).

⁶⁷⁶ Ibidem.

⁶⁷⁷ Ibidem.

⁶⁷⁸ Ibidem. Atualmente, a Faculdade de Saúde Pública da USP forma especialistas nas áreas de administração e planejamento em saúde, epidemiologia, educação materno-infantil, saúde ambiental, demografia, sociologia da saúde, enfermagem de saúde pública, odontologia sanitária, veterinária de saúde pública e nutrição.

⁶⁷⁹ Ibidem.

tenha recebido, no Rio de Janeiro, o mesmo apoio da instituição norte-americana, os cursos para formação de sanitaristas contaram também com verbas e profissionais norte-americanos. Em 1926, foi criado o Curso Especial de Higiene e Saúde Pública, vinculado à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. O curso, organizado por Carlos Chagas nos moldes propostos pela FR, contou com dois professores (epidemiologia e administração sanitária) da *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health*. Ex-bolsistas da IHB, como João de Barros Barreto, José Paranhos Fontenelle e Éder Jansen de Mello, atuaram como professores no curso. Em 1941, o curso, então anexo ao Instituto Oswaldo Cruz e subordinado ao Departamento Nacional de Saúde, passou a se chamar Curso de Saúde Pública. Em 1954, foi organizada, a partir do curso, a Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP, atual Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, Fiocruz.⁶⁸⁰

No que se refere especificamente à enfermagem de saúde pública, alguns anos antes da criação do curso no Rio de Janeiro, em 1921, Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, solicitou a cooperação da *International Health Board* para o desenvolvimento de um serviço de enfermagem em conexão com o Departamento. Aceito o convite, foi enviada ao Brasil a enfermeira Ethel Parsons, chefe da Missão Técnica de Cooperação para o Desenvolvimento da Enfermagem. A “Missão Parsons”, como ficou conhecida, tinha como objetivo realizar a avaliação das condições existentes para a organização de uma escola ou cursos de treinamento, bem como para o desenvolvimento de serviço público de enfermagem no Brasil. Em 1923, Chagas criou o Serviço de Enfermeiras, sob a direção de Parsons, assistida por outras sete enfermeiras norte-americanas.⁶⁸¹

Em 1923, o Departamento Nacional de Saúde Pública criou, com recursos da Fundação Rockefeller, uma escola de enfermagem em instalações anexas ao Hospital Geral São Francisco de Assis, no Rio de Janeiro. A criação da escola foi oficializada pelo Decreto 16.300, de dezembro daquele ano, e que determinava que o Serviço de Enfermeiras do DNSP teria a seu cargo uma escola para instruir e diplomar enfermeiras. O objetivo da escola era

⁶⁸⁰ CASTRO SANTOS; FARIA, 2006, [s.p.]. Para maiores informações sobre a ENSP e sua história, consultar também o site da instituição. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/linha-do-tempo>>. Acesso em: 13 set. 2012. Atualmente, segundo informações contidas na página eletrônica da instituição, a Escola Nacional de Saúde Pública atua na capacitação e na formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde e para o sistema de ciência e tecnologia, na produção científica e tecnológica e na prestação de serviços de referência no campo da saúde pública. Mantém cooperações técnicas em todos os estados e municípios brasileiros, além de instituições nacionais e internacionais atuantes em diversos campos da saúde.

⁶⁸¹ Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. Dicionário Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil, 1832-1930 – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br/iah/P/pdf/escenfan.pdf>>. Acesso em: 05 set. 2012.

educar enfermeiras profissionais para serviços sanitários e trabalhos gerais ou especializados de hospitais e clínicas privadas.⁶⁸²

A primeira turma da Escola de Enfermeiras do DNSP, com 15 alunas, formou-se em 1925. No ano seguinte, em 1926, a Escola de Enfermeiras passou a se chamar Escola de Enfermeiras D. Anna Nery. Naquele mesmo ano, em virtude do crescimento da instituição, foram inauguradas novas instalações, localizadas próximas ao Hospital São Francisco de Assis, construídas com apoio da Fundação Rockefeller.⁶⁸³

Em 1931, com a regulamentação do ensino da enfermagem no Brasil (Decreto n. 20.109, de 15 de junho), que fixou as condições para a equiparação das escolas do país, o título de enfermeira ou enfermeiro diplomado só era reconhecido depois de registrado no DNSP, e a Escola de Enfermeiras D. Anna Nery, subordinada ao Departamento, foi considerada a escola oficial padrão.⁶⁸⁴

Em 1937, a então Escola de Enfermagem Anna Nery foi incorporada, como instituição complementar, à Universidade do Brasil. Em 1965, passou a denominar-se Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.⁶⁸⁵

Diversos funcionários, alunas e diretoras da instituição receberam bolsas da IHB. Foi o caso, por exemplo, de Laís Moura Netto dos Reys, formada na primeira turma, em 1925, e que, naquele mesmo ano, recebeu bolsa de estudos para a realização de curso nos Estados Unidos. Reys foi diretora da Escola de Enfermagem Anna Nery entre 1938 e 1950.⁶⁸⁶

Analisando a parceria entre a *International Health Board* da Fundação Rockefeller e instituições brasileiras, entre sanitaristas brasileiros e norte-americanos, Luiz Antonio de Castro Santos e Lina Faria afirmam que

[...] os padrões e métodos de trabalho dos norte-americanos começaram a influenciar e fomentar novas gerações de pesquisadores e sanitaristas brasileiros. Mas não se deu uma relação de importação passiva, mesmo porque as tradições francesa e alemã já eram parte de nossa herança científica “da periferia”, quando aqui chegaram os pesquisadores norte-americanos. **Não obstante ter sido forte a influência européia na ciência nacional, o campo da saúde pública se viu muito cedo sob a influência da comunidade científica norte-americana, em particular da nova geração da Universidade Johns Hopkins.**⁶⁸⁷

Dos muitos personagens envolvidos nas primeiras experiências de especialização em saúde pública no Brasil, um número significativo deles recebeu bolsas de estudos da IHB.

⁶⁸² Ibidem

⁶⁸³ Ibidem.

⁶⁸⁴ Ibidem.

⁶⁸⁵ Ibidem.

⁶⁸⁶ Ibidem.

⁶⁸⁷ CASTRO SANTOS; FARIA, 2006, [s.p.]. Grifos nossos.

Recorrendo novamente a Castro Santos e Faria, estes autores afirmam que “foram estes sanitaristas que alargaram os caminhos para o surgimento de um novo molde de atuação profissional, sustentado na educação sanitária, na prevenção de doenças e na formação de recursos humanos”.⁶⁸⁸

6.2.2 Breve perfil dos bolsistas brasileiros da *International Health Board*

Vários são os autores que destacam o elevado número de bolsas concedidas pela Fundação Rockefeller ao Brasil no contexto latino-americano.⁶⁸⁹

O primeiro profissional que atuava no Brasil a receber uma bolsa de estudos da *International Health Board* da FR foi Carlos Pinheiro Chagas⁶⁹⁰ em 1917. Pinheiro Chagas, vinculado à Universidade de Minas Gerais, recebeu uma bolsa para estudar medicina nos Estados Unidos durante dois anos, entre 1917 e 1919. Depois dele, outros 87 indivíduos ligados a instituições ou departamentos governamentais do país receberam, entre 1917 e 1951, bolsas da IHB, totalizando 88 bolsistas que receberam 92 bolsas, uma vez que quatro bolsistas (Edith Fraenkel, Nuno Guerner, Zilda Almeida Carvalho Hughes e Alayde Borges Carneiro Paraense) receberam duas bolsas cada um (ver a lista completa nos apêndices).⁶⁹¹

⁶⁸⁸ Ibidem. Além de distribuir bolsas de estudos em saúde pública, a *International Health Board* também financiou viagens de estudos aos Estados Unidos e ao Canadá para que ocupantes/titulares de cargos importantes, como Carlos Chagas (DNSP), conhecessem departamentos estaduais e locais de saúde, institutos de pesquisa, escolas de saúde pública e agências nacionais de saúde. De acordo com Anne-Emanuelle Birn, “the IHD held that highlevel officials needed to visit successful North American installations – including IHD-founded schools of public health – in order to be convinced of the cooperative model of public health work” (BIRN, 2006, p. 204).

⁶⁸⁹ Afirmações neste sentido podem ser encontradas em FARIA, 2007; LÖWY, 2006 e CUETO, 1994, por exemplo.

⁶⁹⁰ Carlos Pinheiro Chagas nasceu em Minas Gerais em 1887. Parente de Carlos Chagas, foi selecionado para um curso especial na *Johns Hopkins*, pois deveria chefiar o Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina de Belo Horizonte, o que veio a ocorrer em 1925. A Fundação apoiou a criação da cátedra de Patologia naquela instituição. Faleceu em 1932 (CASTRO SANTOS; FARIA, 2003). Pinheiro Chagas também recebeu uma bolsa de estudos da Divisão de Educação Médica – *Division of Medical Education* – da Fundação entre 1923 e 1924.

⁶⁹¹ Chegamos às informações aqui apresentadas a partir da análise dos dados disponíveis em The Rockefeller Foundation. *Directory of Fellowships and Scholarships* (1917-1970). Nova York: The Rockefeller Foundation, 1972 (Biblioteca da Universidade de Yale, doravante BUY). O Diretório apresenta informações sobre aproximadamente 9.500 bolsistas, dos quais 498 são apontados como residentes no Brasil quando receberam a bolsa (*Country of residence at time of award*), informação considerada para organizar os dados referentes ao Brasil. As informações sobre os bolsistas apresentadas no Diretório são as seguintes: 1. *Name* [sobrenome e nome], 2. *Country of residence at time of award*, 3. *Date and country of birth*, 4. *Academic degree held at time of award with name of granting institution and date*, 5. *Institution where employed or studying at time of award*, 6. *Foundation program designation and dates of award*, 7. *Country of study*, 8. *Degree received during award with name of granting institution and date* e 9. *Field of study*. Dois bolsistas da IHB cujas entradas no Diretório indicam como residindo no Brasil no momento em que receberam as bolsas parecem apresentar esta informação equivocadamente, pois não estavam vinculados a instituições brasileiras (Hugo Widmann Laemmert Jr. estava vinculado ao Serviço de Febre Amarela da Colômbia quando recebeu a bolsa, em 1938, e Josette Marie Ledoux estava vinculada ao *Toronto General Hospital* em 1927, ano em que recebeu a bolsa). Mantivemos, porém, os dois bolsistas na lista, pois não foi possível confirmar o equívoco da informação.

A seleção de profissionais que receberiam as bolsas de estudos da IHB ocorria em parceria com sanitaristas e médicos brasileiros. Houve uma oportunidade, inclusive, em que Lewis Hackett, representante da Fundação no Brasil, solicitou a Carlos Chagas, então Diretor do DNSP, que indicasse profissionais para receber bolsas de estudos para curso na *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health*.⁶⁹² A documentação analisada indica ainda a existência de um Comitê composto por médicos brasileiros – *Brazilian Advisory Committee on Traveling Scholarships* – que também participava do processo de seleção dos candidatos às bolsas.⁶⁹³

O típico bolsista da Fundação Rockefeller era aquele que havia terminado seu treinamento formal e recebido os títulos universitários usuais, e que trabalhava em uma universidade, um instituto de pesquisas ou no governo. Seu nome era, em geral, indicado a um funcionário da Fundação pela instituição em que trabalhava durante visita à respectiva instituição. A apresentação de candidaturas diretas a bolsas não era encorajada pela Rockefeller.⁶⁹⁴

Uma carta escrita por Hackett em janeiro de 1921 destacava dois dos aspectos considerados no processo de seleção dos bolsistas. O primeiro aspecto dizia respeito à área de estudo selecionada pelo candidato, questão que, na opinião de Hackett, poderia ser analisada pelo escritório da *International Health Board* em Nova York. Nas palavras do representante da Fundação no Brasil,

Two questions arise with regard to every candidate, one of which the Board is competent to decide, the other it is not. **The first is whether the field of study selected by the candidate is an important one to be developed at this time and whether the position which the candidate will return to Brazil to occupy is one with sufficient authority and influence to warrant the expenditure of the Board's money in the man's training.** The Board can freely make its decision on this matter without causing the least embarrassment to anyone.⁶⁹⁵

Como é possível observar, era necessário que a área de estudos selecionada pelo candidato fosse considerada importante pela Fundação, como o era, naquele período, a saúde pública. Além disso, esperava-se que o candidato ocupasse uma posição de “suficiente

⁶⁹² CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 64.

⁶⁹³ Hackett to Pearce, Pará, December 17, 1919 (RAC, RF, RG 5, Series 1 – Correspondence, Sub-Series 2 – Project, Box 78, Folder 1110). O Comitê teria, segundo Hackett, dois membros em São Paulo e três no Rio de Janeiro. Lina Faria também indica a existência do Comitê – Comitê de Seleção de Candidatos para Bolsas da Fundação Rockefeller no Brasil – que foi formado, em determinado momento, por Carlos Chagas, Vital Brazil e Alexandre M. Pedrosa (FARIA, 2007, p. 104-105, nota 14).

⁶⁹⁴ CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 64.

⁶⁹⁵ Hackett to Wells, 5th January, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 1, Sub-Series 2 – Project, 305 Brazil – Hackett, L. W. (July-December), Box 113, Folder 1534). Grifos nossos.

autoridade e influência” quando retornasse ao país para justificar os gastos da Fundação com sua formação. Os bolsistas, ao retornarem ao país de origem, deveriam ocupar cargos de responsabilidade.

Outro aspecto considerado na seleção dos bolsistas era a “adequação pessoal” (“personal fitness”) dos candidatos, e, neste quesito, Hackett afirmava que a opinião dos funcionários da Fundação no país deveria ser levada em consideração. Havia uma preocupação, por parte da *International Health Board*, em guiar-se por critérios universalistas na seleção dos bolsistas, fugindo, assim, à influência dos favoritismos políticos, como evidenciado por Hackett no trecho que segue:

The second question refers to the candidate’s personal fitness and in this, I submit, the Board must be guided by the opinion of those of us who are in Brazil and are thoroughly disinterested in the matter. No amount of references or estimates of the candidate’s ability by local committees composed of disinterested people can take the place of first-hand knowledge of the man gained by conversations with those who know him best. **I would go so far as to say that the written documents which a candidate can assemble should be given very little weight indeed even if emanating from the highest sources, and to refuse a man on the basis of any such documents would be impossible.** I myself have just had the occasion to quash the candidacy of a thoroughly worthless individual who had actually succeeded in getting not only the most exalted references but even the approval of the Advisory Committee. The man had a powerful friend whom no one cared to offend. I stopped the matter by announcing that the field of study which the candidate intended to explore was one of minor interest and that in view of the fact that there were more candidates than could possibly be accepted it would be useless to carry the matter to New York.⁶⁹⁶

Na opinião e na experiência de Hackett, deveria ser atribuído pouco valor às cartas de recomendação conseguidas pelos candidatos no processo de seleção dos bolsistas.

Era necessária a autorização prévia do escritório da IHB em Nova York para que Hackett pudesse conceder bolsas de estudos.⁶⁹⁷ Assim como dezenas de bolsas de estudos foram concedidas pela IHB a pesquisadores e profissionais que atuavam no país entre 1917 e 1951, outras tantas bolsas foram negadas, como ocorreu com o já mencionado médico Francisco Salles Gomes Jr., crítico, como vimos, da utilização do óleo de quenopódio no tratamento da ancilostomíase no Brasil.⁶⁹⁸

⁶⁹⁶ Hackett to Wells, 5th January, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 1, Sub-Series 2 – Project, 305 Brazil – Hackett, L. W. (July-December), Box 113, Folder 1534). Grifos nossos.

⁶⁹⁷ Heiser to Hackett, January 7, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 1, Sub-Series 2 (1920 – 305 Brazil), Box 95, Folder 1307).

⁶⁹⁸ Segundo Lina Faria, o nome de Salles Gomes Jr. foi vetado, pois, na opinião de Wickliffe Rose, transmitida a Lewis Hackett, a Fundação não possuía um programa voltado ao tracoma, área de estudos escolhida pelo candidato à bolsa. Se uma bolsa fosse concedida a Salles Gomes Jr., “pareceria uma medida ditada por interesses políticos” (CASTRO SANTOS; FARIA, 2003, p. 64).

Antes de abordarmos o caso específico da bolsa de estudos concedida a Fernando de Freitas e Castro, funcionário da Diretoria de Higiene do Rio Grande do Sul, e da influência de ideias difundidas pela Fundação Rockefeller na Reforma dos Serviços Sanitários do estado elaborada e proposta por Freitas e Castro em 1929, traçaremos um breve perfil, a partir das informações disponíveis no *Directory of Fellowships and Scholarships (1917-1970)*⁶⁹⁹ publicado pela Fundação Rockefeller, das bolsas e dos bolsistas da IHB vinculados a instituições brasileiras, destacando aspectos como áreas e período de estudos e vinculação institucional dos bolsistas quando do recebimento da(s) bolsa(s).

Um primeiro aspecto que gostaríamos de destacar é a concentração de grande parte das bolsas concedidas pela *International Health Board* ao Brasil nos primeiros anos de atuação da Fundação Rockefeller no país. Do total de 92 bolsas de estudos, 59 foram concedidas até 1930, período, como vimos, em que foram criados o Instituto de Higiene e a Escola de Enfermagem Anna Nery, instituições que contaram com ex-bolsistas em seus quadros. Além disso, a concentração de bolsas neste período pode ser entendida, possivelmente, como uma maneira de estreitar laços com instituições e departamentos governamentais neste primeiro momento e, portanto, mais delicado, da presença da Rockefeller no país.

Outro aspecto que gostaríamos de destacar é o país em que os bolsistas realizaram sua formação. No caso dos 88 bolsistas que atuavam no Brasil e que receberam 92 bolsas de estudos da divisão internacional de saúde da FR, a grande maioria realizou os estudos nos Estados Unidos: 78 das 92 bolsas de estudos foram concedidas para a realização de cursos em instituições norte-americanas, oito em instituições canadenses, três em instituições brasileiras e três bolsas foram concedidas para a realização de estudos em instituições de mais de um país (Estados Unidos e França, Estados Unidos e Extremo Oriente, Estados Unidos e Canadá). Como podemos observar, a Fundação não concedia bolsas apenas para instituições norte-americanas.

Em apenas 17 casos, a instituição onde os bolsistas realizaram seus estudos foi indicada no Diretório: 14 bolsistas realizaram estudos na Universidade Johns Hopkins e três, na Universidade de Harvard, o que não significa, porém, que tenham sido os únicos a realizar estudos nestas instituições.⁷⁰⁰

O período de estudos, como bolsistas, dos pesquisadores e profissionais que atuavam no Brasil era, em geral, de um ano, o que ocorreu no caso de 64 das 92 bolsas concedidas.

⁶⁹⁹ The Rockefeller Foundation. *Directory of Fellowships and Scholarships (1917-1970)*. Nova York: The Rockefeller Foundation, 1972 (BUY).

⁷⁰⁰ Sabemos, por exemplo, que Fernando de Freitas e Castro realizou curso na *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health*, mas esta informação não está indicada no Diretório.

Contudo, algumas bolsas permitiram um período maior de estudos: 22 bolsas tiveram dois anos de duração, quatro bolsas tiveram três anos de duração e duas bolsas tiveram quatro anos de duração.

No que se refere à área de estudos dos bolsistas brasileiros, mais de 50% das bolsas foi concedida para a realização de formação em saúde pública: 49 das 92 bolsas (53%).⁷⁰¹ A enfermagem, por sua vez, também foi uma importante área de formação de profissionais brasileiros, com 31 das 92 bolsas (33,6%) sendo concedidas para realização de estudos nesta área. As bolsas restantes foram concedidas para a realização de estudos nas áreas da medicina (oito bolsas ou 8,6%) e das ciências biológicas (quatro bolsas ou 4,3%).

Com relação à distribuição das bolsas por áreas, gostaríamos de destacar, brevemente, dois aspectos.

O primeiro aspecto diz respeito ao gênero dos bolsistas em sua relação com a área de estudos. Das 31 bolsas concedidas a pesquisadores e profissionais que atuavam no Brasil para que realizassem cursos na área da enfermagem, 30 foram concedidas às 28 mulheres que receberam bolsas da *International Health Board*. Em outras palavras, mulheres receberam praticamente a totalidade das bolsas de estudos para a área da enfermagem, enquanto as bolsas para saúde pública, medicina e ciências biológicas foram concedidas a profissionais do sexo masculino.

O segundo aspecto que merece ser sublinhado é a relação numérica entre as bolsas concedidas nas áreas da saúde pública e da enfermagem. Tomando o conjunto de bolsas concedidas pela IHB a profissionais de diferentes países entre 1917 e 1951 – 2056 bolsas – 74,8% destas foram para a realização de estudos na área da saúde pública e 20,7%, na área da enfermagem. No caso específico das bolsas concedidas a profissionais do Brasil, esta diferença é significativamente reduzida: das 92 bolsas distribuídas, 53% destas foram concedidas para a realização de estudos na área da saúde pública e 33,6%, na área da enfermagem. Acreditamos que esta distribuição menos desigual entre as bolsas para saúde pública e para a enfermagem no Brasil esteja relacionada ao envolvimento e aos investimentos, como já apontamos, da Fundação Rockefeller no desenvolvimento da enfermagem no país.

Mas onde foram encontrados os 88 profissionais que receberam as 92 bolsas de estudos da IHB no Brasil até 1951? Quais eram os vínculos institucionais destes profissionais e, assim, quais eram as universidades, institutos de pesquisa e departamentos governamentais

⁷⁰¹ Foi incluída aqui uma bolsa que abrangia duas áreas de estudos: saúde pública e ciências biológicas.

considerados “merecedores” do investimento da Fundação na formação de pessoal qualificado para atuar nas áreas da saúde pública e da enfermagem, em especial, mas também em medicina e ciências biológicas?

As bolsas de estudos concedidas aos 88 profissionais que atuavam em instituições brasileiras foram distribuídas entre bolsistas vinculados a mais de duas dezenas de instituições, entre universidades, faculdades de medicina, institutos e departamentos de saúde, entre outros. Profissionais e pesquisadores ligados ao Departamento Nacional de Saúde receberam uma parcela significativa das bolsas, sendo que 32 dos 88 bolsistas mencionados aparecem como vinculados ao Departamento. Universidades e faculdades de medicina também forneceram um grande número de bolsistas, com destaque para a Universidade de São Paulo, com nove. Dez profissionais vinculados a departamentos estaduais de saúde também receberam bolsas da Fundação, assim como seis profissionais vinculados ao Hospital São Francisco de Assis (cinco profissionais) e à Escola de Enfermagem Anna Nery (um profissional). O Instituto Oswaldo Cruz e o Instituto de Higiene de São Paulo contaram com quatro bolsistas cada um. O Instituto Bacteriológico de São Paulo contou com dois. Outras bolsas foram concedidas, ainda, a profissionais vinculados ao Serviço Especial de Saúde Pública e ao Serviço de Febre Amarela, entre outros.

Diversos bolsistas da Fundação ocuparam posições de destaque nacional e/ou regional nas áreas da saúde pública e da enfermagem, como foram os casos, por exemplo, do já citado Geraldo Horácio de Paula Souza, Francisco Borges Vieira⁷⁰², Edith Fraenkel⁷⁰³ e João de Barros Barreto⁷⁰⁴.

⁷⁰² Francisco Borges Vieira (1893-1950) nasceu em São Paulo. Formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1917. Foi bolsista da Fundação entre 1918 e 1920, realizando curso em saúde pública na Universidade Johns Hopkins. Borges Vieira desempenhou papel preponderante na elucidação da etiologia da febre amarela. Foi figura de destaque no Instituto de Higiene de São Paulo, onde foi diretor interino entre 1927 e 1928. Foi nomeado diretor do Departamento de Saúde Pública do Estado de São Paulo em 1931. Foi diretor do Serviço Sanitário entre 1935 e 1937 (FARIA, 2007, p. 30).

⁷⁰³ Edith Fraenkel é apontada por Luiz Antonio de Castro Santos e Lina Faria como uma das figuras-chave da enfermagem brasileira, possivelmente “uma das mais expressivas lideranças nacionais da enfermagem brasileira de seu tempo” (CASTRO SANTOS; FARIA, 2004, p. 139). Foi bolsista da IHB em duas oportunidades: entre 1922 e 1925 (Estados Unidos) e entre 1940 e 1941 (Canadá). Fraenkel desempenhou atividade docente na Escola de Enfermagem Anna Nery e no Hospital São Francisco de Assis. Foi também diretora da Divisão de Enfermagem de Saúde Pública e do Serviço de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde e chefiou o Serviço de Enfermeiras da Prefeitura do Distrito Federal na década de 1930. Em 1942, após a segunda bolsa da Fundação, assumiu a direção da Escola de Enfermagem de São Paulo (Ibidem, p. 139).

⁷⁰⁴ João de Barros Barreto foi bolsista da Fundação entre 1924 e 1925. Barreto foi diretor do Serviço Sanitário paulista entre março e julho de 1931. Em dois períodos, entre 1935 e 1939 e entre 1941 e 1945, assumiu a direção do Departamento Nacional de Saúde, órgão máximo do Ministério da Educação e Saúde. Organizou, durante estes períodos, diversos cursos para formação de profissionais de saúde pública em vários estados do país (CASTRO SANTOS; FARIA, 2006, [s.p.], nota 5).

Fernando de Freitas e Castro, médico vinculado à Diretoria de Higiene do Rio Grande do Sul, foi bolsista da *International Health Board* na *Johns Hopkins* entre 1922 e 1923, período em que Fundação e o governo estadual cooperavam no combate à ancilostomíase. Em 1929, Freitas e Castro assumiu a Diretoria de Higiene, propondo a reformulação dos serviços sanitários do estado. No próximo ponto, discutiremos brevemente a concessão da bolsa de estudos a Freitas e Castro e a influência, na organização sanitária do Rio Grande do Sul, de uma proposta em saúde pública – os *health centers* ou centros de saúde – difundida pela Fundação Rockefeller.

6.3 FERNANDO DE FREITAS E CASTRO E A REFORMA DOS SERVIÇOS SANITÁRIOS DO RIO GRANDE DO SUL DE 1929

A primeira referência à possibilidade de concessão de uma bolsa de estudos da Fundação a um profissional atuante no Rio Grande do Sul data de 1919, ano em que se iniciaram as tratativas entre o governo estadual e a *International Health Board* para a cooperação no combate à ancilostomíase no estado. Em carta a Richard Pearce, Lewis Hackett questionava:

What do you think of the scheme of offering a traveling scholarship to some student in the Medical School of Rio Grande do Sul (Porto Alegre) for next year. The Professor of Hygiene there is very anxious to have it awarded by competition, provided the winner is in every way a suitable candidate. He must satisfy the Advisory Committee, must be willing to devote himself to the study of Public Health, and must have the assurance of the Government that he will be given a position of responsibility in connection with the Health Department on his return to Brazil. We must be paying a little attention to South Brazil, and more than all, we should be sending more men to take up the Public Health course, instead of Pathology, Semiology and what not.⁷⁰⁵

Hackett sublinhava, como é possível observar, a necessidade de dispensar mais atenção ao sul do Brasil e, principalmente, de conceder mais bolsas para estudos em saúde pública e não em outras áreas como patologia, por exemplo. O candidato da Faculdade de Medicina poderia ser escolhido por competição entre os alunos, devendo atender, porém, a alguns outros requisitos, como satisfazer o Comitê de Seleção (*Advisory Committee*) e dedicar-se ao estudo em saúde pública. Além disso, o governo estadual deveria garantir que o

⁷⁰⁵ Hackett to Pearce, Pará, December 17, 1919 (RAC, RF, RG 5, Series 1 – Correspondence, Sub-Series 2 – Project, Box 78, Folder 1110).

bolsista, ao retornar de seus estudos, ocuparia uma posição de responsabilidade junto ao departamento de saúde, a Diretoria de Higiene.

Contudo, apenas alguns anos depois, em 1922, durante a cooperação com o governo estadual no combate à ancilostomíase, uma bolsa de estudos foi concedida a um candidato não apenas vinculado à Faculdade de Medicina, mas também ao governo do estado. Em carta de julho de 1922 a Frederick Russel, Hackett apresentava Fernando de Freitas e Castro como candidato à bolsa e expunha seus argumentos em favor da concessão da mesma:

For several years, at Dr. Pearce's suggestion, we have been quietly on the lookout for a suitable candidate for a traveling fellowship from the Medical Faculty of Rio Grande do Sul. This Faculty is now accepted by the Federal Government, and is one of the strong-holds in the South of Brazil of the belief that medical practitioners should be licenced by the State. As you know at present there is no restriction on, or requirement for the practice of medicine in the State of Rio Grande do Sul. The Vice-President of the State, Dr. Protasio Alves, a Doctor of medicine and our chief supporter in that land of positivism, and Dr. Ricardo Machado, State Director of Health, now have through Dr. Soper, proposed the name of Dr. Fernando de Freitas e Castro as candidate for a fellowship in hygiene. He is connected in a permanent way with both the Medical School and the State Health Department, being "medico auxiliar" of the Health Department of the State of Rio Grande do Sul (appointment by competitive examination) and "professor substituto" of hygiene in the Faculty of Medicine of Porto Alegre (also by competitive examination). In addition he is an assistant in the biological laboratories of the State Institute of Agronomy, where he was professor of organic chemistry previously. [...]

He would return to Rio Grande do Sul after leave of absence to re-occupy the above named positions. Dr. Soper states in his letter that Dr. Protasio Alves "is very keen to see Dr. Freitas nominated. I believe that from the standpoint of future service in the Department and in the School, that Dr. Freitas is the logical man to send".

I would like very much in view of the possible development of our work in that State and of its desperate need of a modern viewpoint in public health work, to send to the States a good man from that region. If you agree with me, could this be arranged for the present year?⁷⁰⁶

Na carta, como podemos observar, Hackett afirmava que, durante vários anos, buscou-se um candidato adequado da Faculdade de Medicina de Porto Alegre para uma bolsa de estudos da Fundação. Segundo ele, a Faculdade era uma das fortalezas (no sentido de resistir, *strongholds*) no sul do Brasil no que se referia à perspectiva, defendida pelos governantes do PRR, de que os praticantes da medicina deveriam ser licenciados pelo Estado, sem a necessidade, lembremos, de diploma médico. O representante da Fundação no país sublinhava que não havia, no período, nenhuma restrição ou exigência à prática da medicina no Rio

⁷⁰⁶ Hackett to Russel, July 18, 1922 (RAC, RF, RG 5, Series 1, Sub-Series 2 – Projects, Box 135, Folder 1795).

Grande do Sul, questão a que nos referimos anteriormente ao discutirmos a liberdade profissional. Mas, prosseguia Hackett, Protásio Alves, definido como o principal apoiador da Fundação “in that land of positivism”, e Ricardo Machado, Diretor de Higiene, haviam indicado Fernando de Freitas e Castro como candidato a uma bolsa. Freitas e Castro era ligado tanto à Faculdade de Medicina, onde era professor substituto de Higiene, quanto à Diretoria de Higiene, como médico auxiliar. É interessante observar que Hackett sublinhou que ambos os cargos haviam sido conquistados não por questões políticas, mas por mérito (concursos), o que, como vimos, era valorizado pela Fundação. Freitas e Castro deveria reassumir os mesmos cargos quando retornasse, caso a bolsa fosse concedida. Ao concluir, Hackett reforçava que gostaria muito, em virtude do possível desenvolvimento do trabalho da Fundação no estado e da “desesperadora necessidade” do Rio Grande do Sul no que se referia a um ponto de vista moderno no trabalho em saúde pública, que um candidato da região (“*a good man*”) recebesse uma bolsa. E foi o que ocorreu ainda naquele ano de 1922.⁷⁰⁷

Fernando de Freitas e Castro, o escolhido, nasceu em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, em 1887. Formado pela Faculdade de Medicina de Porto Alegre em 1910, foi clinicar em São Francisco de Assis. Freitas e Castro retornou à capital do estado em 1913, quando passou a exercer o cargo de preparador da cátedra de Medicina Legal da Faculdade de Medicina. Dois anos depois, em 1915, aprovado em concurso, foi nomeado professor substituto da 6ª seção, integrada pelas cátedras de Higiene e Medicina Legal. O médico desenvolveu intensa atividade na Faculdade de Medicina, tendo se ocupado também das cátedras de Medicina Social e Legislação Farmacêutica. Em 1921, prestou concurso para o cargo de médico auxiliar da Diretoria de Higiene do estado, concurso em que foi aprovado. Em outubro de 1928, assumiu interinamente a Diretoria de Higiene, substituindo o então diretor José Flores Soares, afastado por problemas de saúde. Em janeiro de 1929, já na administração de Getúlio Vargas, Freitas e Castro foi oficialmente empossado. No mesmo ano, como veremos, o médico propôs uma reforma dos serviços sanitários do estado. Em 1933, Freitas e Castro exonerou-se do cargo no serviço de saúde estadual. Entre 1939 e 1941, foi diretor da

⁷⁰⁷ Fernando de Freitas e Castro não foi o único profissional vinculado a instituições do Rio Grande do Sul a receber uma bolsa da Fundação Rockefeller. Entre 1917 e 1970, outros 57 profissionais e pesquisadores que atuavam no estado receberam bolsas da Fundação, totalizando assim 58 bolsistas. Freitas e Castro foi, contudo, o único a receber uma bolsa da *International Health Board*. As demais bolsas foram concedidas através de outros programas da Fundação e concentraram-se nas áreas da saúde (medicina, enfermagem e ciências biológicas) e da agricultura. As instituições beneficiadas com o maior de números de bolsas foram a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a Escola de Agronomia Eliseu Maciel, atual Faculdade de Agronomia Eliseu Maciel da Universidade Federal de Pelotas, UFPel. Estas considerações sobre a concessão de bolsas de estudos a profissionais que atuavam no Rio Grande do Sul também têm por base as informações disponíveis no *Directory of Fellowships and Scholarships (1917-1970)* (BUY).

Faculdade de Medicina. Além dos cargos citados, Fernando de Freitas e Castro foi ainda membro do Conselho Municipal de Porto Alegre, membro da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, sócio honorário da Sociedade de Higiene e Saúde Pública do Rio Grande do Sul e médico da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, tendo sido diretor de diversas enfermarias. Freitas e Castro faleceu em desastre de avião em Santos, São Paulo, em agosto de 1941, quando viajava para a Capital Federal a serviço da Faculdade de Medicina.⁷⁰⁸

Em 1922, retomando, então, Freitas e Castro licenciou-se, com vencimentos, da Diretoria de Higiene do estado para realizar curso na *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health* durante um ano (entre outubro de 1922 e setembro de 1923).

Durante o período de estudos naquela instituição, Freitas e Castro cursou três trimestres. O primeiro trimestre foi composto pelas cadeiras de Engenharia Sanitária, Estatística n. 1, Temas Escolhidos de Higiene, Organização de Saúde Pública e Estatística n. 1A. No segundo trimestre, as cadeiras cursadas foram as de Bacteriologia n. 1, Epidemiologia n. 1, Epidemiologia n. 2, Temas Escolhidos de Higiene e Problemas de Saúde Pública. O terceiro trimestre contou com cadeiras de Entomologia, Parasitologia, Higiene Infantil, Higiene Individual, Leis Sanitárias e Demonstrações Práticas.⁷⁰⁹

⁷⁰⁸ Informações biográficas de Fernando de Freitas e Castro foram encontradas em SOUZA, Blau (Org.). *Médicos (Pr)escrivem: vidas e obras*. Porto Alegre: AGE/AMRIGS/SIMERS, 2001, p. 97; PIANTA, Dante. *Personalidades Rio-Grandenses*. Porto Alegre: [s.n.], 1962, p. 87; FAILLACE, Jandyr M. Prof. Fernando de Freitas e Castro. *Arquivos do Departamento Estadual de Saúde*, Porto Alegre, v. 2, p. 131-132, 1941 (Biblioteca da Faculdade de Medicina da UFRGS, doravante BFAMED/UFRGS), e na ficha de Fernando de Freitas e Castro disponível no *Rockefeller Archive Center* (RAC, RF, RG 10.2 Fellowship Cards, Series CASTRO, Fernando Freitas e).

⁷⁰⁹ As informações sobre as cadeiras cursadas por Fernando de Freitas e Castro na *Johns Hopkins* foram encontradas em duas fontes: na ficha de Freitas e Castro elaborada pela Fundação (RAC, RF, RG 10.2 Fellowship Cards, Series CASTRO, Fernando Freitas e) e no comentário de Protásio Alves sobre um relatório em cinco volumes elaborado por Freitas e Castro referente ao curso realizado nos Estados Unidos (Introdução, p. LXVI-LXXII, 1924 – AHRS, SIE.3 – 040). As duas fontes merecem aqui algumas observações. A ficha de Fernando de Freitas e Castro traz informações pessoais (cor, religião, estado civil, data de nascimento, peso, altura, endereço, entre outras), educacionais (formação acadêmica, línguas, títulos, entre outras) e profissionais (experiência profissional e salários). Além disso, a ficha traz também informações relativas especificamente à bolsa de estudos, como quem forneceu as referências de Freitas e Castro, qual o período da bolsa, quais cadeiras Freitas e Castro cursou e qual o desempenho obtido nas mesmas, observações diversas e informações profissionais de Freitas e Castro depois que retornou ao Brasil. Estas últimas informações foram coletadas em 1926, 1932, 1940 e 1951. Já o relatório em cinco volumes elaborado por Freitas e Castro referente ao curso realizado nos Estados Unidos e entregue a Protásio Alves, Secretário do Interior e Exterior, não foi encontrado, mas o comentário deste último sobre o relatório, disponível no Relatório da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior do Rio Grande do Sul de 1924, traz informações interessantes. Segundo Protásio Alves, o relatório de Freitas e Castro apresenta, inicialmente, informações sobre as instalações da Universidade Johns Hopkins, onde estava localizada a Escola de Higiene e Saúde Pública, e um breve histórico da relação entre a Universidade, a Escola e a Fundação Rockefeller. Ainda segundo Protásio Alves, Freitas e Castro informa que a Escola contava com 48 professores (entre catedráticos, substitutos e assistentes) com dedicação integral e que lecionam as cadeiras de bacteriologia, imunologia, engenharia sanitária, higiene química, zoologia médica, fisiologia, estatística, epidemiologia e administração. Além das cadeiras, a Escola oferecia ainda um curso livre com preleções regulares chamado *De Lamar Lectures*. Durante o período de estudos de Freitas e Castro, o curso livre contou com as seguintes preleções: Política e Saúde Pública, Educação Sanitária das Crianças Como Um

A bolsa de Fernando de Freitas e Castro foi renovada em 1923, mas, devido a problemas pessoais (enfermidade na família), o médico decidiu retornar ao Brasil, retomando suas atividades na Faculdade de Medicina e na Diretoria de Higiene.

Havia a expectativa, por parte de funcionários da *International Health Board*, de que Freitas e Castro pudesse assumir a Diretoria de Higiene quando retornasse dos Estados Unidos, expectativa esta que não se confirmou antes de 1928.⁷¹⁰

Alguns meses depois de retornar ao país, em fevereiro de 1924, Freitas e Castro escreveu uma carta a George Strode, sucessor de Lewis Hackett como representante da Fundação Rockefeller no Brasil, informando sobre as funções que exercia em Porto Alegre depois de seu retorno:⁷¹¹

After my return to Rio Grande do Sul, Brazil I recommenced my work, devoting almost all my time to hygiene and public health problems. At present I hold the position of Assistant Doctor of the Public Health Service in the State of Rio Grande do Sul; this situation is a great honor to me, as I act as substitute to the Director should he be absent from his duties. At the Medical School of Porto Alegre, an official School and recognized by the Federal Government as such, I am teaching hygiene, where I do all in my power to transmit to the students what I have learned in the United States.⁷¹²

Fator de Saúde Pública, Controle das Moléstias Transmissíveis, Engenharia Municipal e Saúde Pública, Entomologia Médica e Saúde Pública, Aspectos Higiênicos dos Alimentos Enlatados, O Negro Como Um Assunto de Saúde Pública, Higiene Dentária, A Raiva Como Um Problema de Saúde Pública, Controle da Malária, As Tábuas da Vida Aplicadas aos Problemas de Saúde Pública, Os Fatores Mentais em Higiene Industrial e Aspectos Econômicos do Abastecimento dos Alimentos nos Estados Unidos. O relatório de Fernando de Freitas e Castro trazia ainda informações sobre as atividades desenvolvidas durante a vigência da bolsa, bem como sobre a organização de *bureau* de moléstias contagiosas, de higiene infantil (com destaque para a inspeção escolar, o papel das enfermeiras e as escolas para crianças mentalmente retardadas) e de inspeção sanitária. O trabalho de propaganda sanitária é bastante destacado por Freitas e Castro, segundo observações de Protásio Alves, com o anexo de inúmeros exemplos de panfletos e cartões de propaganda ao relatório.

⁷¹⁰ Lemos a seguinte nota na ficha de Fernando de Freitas e Castro: “Dr. Gregg [Alan Gregg] states C has been second in charge and will probably be head when he returns. Important that he make satisfactory contacts (RAC, RF, RG 10.2 Fellowship Cards, Series CASTRO, Fernando Freitas e).

⁷¹¹ Em comentário introdutório à carta de Freitas e Castro, apresentada em relatório de 1924, George Strode afirma: “It is interesting to follow the activities of the men who have enjoyed fellowships in the United States, or elsewhere. The following letter from Doctor Freitas e Castro of Porto Alegre gives an intimate picture of his activities and of his sense of indebtedness to the Board for the opportunity afforded him in the United States” ([Report, 1924] – COC/Fiocruz, FR, Doc. 050). Na carta, Freitas e Castro deixa claro que, ao escrever, está atendendo a uma solicitação de Strode. Este é mais um indicativo da preocupação da Fundação em acompanhar a trajetória profissional dos bolsistas, preocupação que também pode ser observada, como já apontamos, nas fichas dos bolsistas e através de informações contidas no Diretório referentes a cargos ocupados pelos bolsistas depois do retorno aos países de origem.

⁷¹² [Report, 1924] (COC/Fiocruz, FR, Doc. 050). Além de informar sobre as atividades que exercia em Porto Alegre após retornar dos Estados Unidos, Freitas e Castro também avaliou o curso para o qual recebera a bolsa. Segundo Fernando de Freitas e Castro, o curso regular de saúde pública na *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health* fora de grande valor para ele. A orientação e a organização do currículo do curso foram elogiadas pelo médico. A excessiva cobrança de alguns professores foi, por sua vez, criticada por Freitas e Castro. Esta crítica, porém, em nada comprometia a ótima impressão (“the very best impressions”) do missivista com relação ao período que passara nos Estados Unidos e ao curso realizado.

Através do ensino da Higiene na Faculdade de Medicina, Freitas e Castro fazia, segundo trecho destacado, todo o possível para transmitir aos estudantes o que aprendera nos Estados Unidos. Mas é provável que tenha sido através de sua atuação frente à Diretoria de Higiene do Rio Grande do Sul que propostas em saúde pública difundidas pela Fundação Rockefeller, através da *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health*, tenham alcançado maior repercussão no estado.

Cinco anos depois de retornar ao Brasil, em 1928, Fernando de Freitas e Castro foi nomeado, como já apontamos, diretor interino da Diretoria de Higiene do Rio Grande do Sul, sendo oficialmente empossado em janeiro de 1929, ano em que propôs a Reforma dos Serviços Sanitários do estado. Ao assumir a Diretoria de Higiene, Fernando de Freitas e Castro defendia com veemência a necessidade de uma reforma dos serviços de higiene e saúde pública do estado e a elaboração de um novo Código Sanitário.

Primeiro médico com formação específica em saúde pública a assumir a saúde no Rio Grande do Sul, Freitas e Castro criticava a Diretoria de Higiene no que dizia respeito à sua estrutura administrativa, às atividades prestadas e no que se referia às verbas destinadas ao setor. Além disso, afirmava que havia falta de pessoal para trabalhar na área, principalmente de funcionários especializados. Como vimos no capítulo anterior, na opinião do médico, as doenças endêmicas também não estavam sendo devidamente tratadas, como era o caso do combate à ancilostomíase, realizado através do Serviço de Postos de Profilaxia Rural do estado. Na perspectiva de Fernando de Freitas e Castro, as dificuldades enfrentadas pela Diretoria de Higiene impediam que esta atuasse em importantes áreas da saúde pública como a higiene infantil, a inspeção médico-escolar, a higiene industrial, bem como no serviço de propaganda sanitária.⁷¹³

A proposta de transformação dos serviços de saúde do estado foi tornada pública no I Congresso das Municipalidades, evento realizado em Porto Alegre em 1929 e que reuniu intendentess de praticamente todos os municípios gaúchos para discutir questões de interesse geral para o desenvolvimento do estado.⁷¹⁴

Segundo Gabrielle Werenicz Alves, a reforma dos serviços sanitários mereceu largos debates no Congresso, debates que resultaram nas seguintes definições: os serviços sanitários seriam centralizados sob a direção do governo estadual e não mais divididos entre o estado (saúde pública) e os municípios (higiene); os serviços sanitários seriam ampliados para todos os municípios do Rio Grande do Sul; e a direção dos serviços de saneamento rural, profilaxia

⁷¹³ ALVES, 2011, p. 68-69.

⁷¹⁴ Ibidem, p. 73; WEBER, 2003, p. 99.

da sífilis e moléstias venéreas, da luta contra a tuberculose, assim como da inspeção médico-escolar nos colégios municipais e estaduais, também ficariam a cargo do governo estadual. Em contrapartida, os municípios deveriam contribuir com 3% de sua receita bruta. Para que os princípios constitucionais da época, que previam a autonomia dos municípios, não fossem feridos, ficou estabelecido que os serviços de higiene passariam para o governo estadual mediante convênios.⁷¹⁵ O primeiro convênio foi firmado com o governo municipal da capital do estado, Porto Alegre.

A Reforma dos Serviços Sanitários do Rio Grande do Sul, de 1929, consistiu, segundo Alves,

[...] na elaboração de uma complexa estrutura administrativa, que envolvia Delegacias e Centros de Saúde, Postos de Higiene, Inspetorias Sanitárias e uma Repartição Central. As verbas para o setor seriam aumentadas, bem como o número de funcionários e regiões atendidas pelos serviços de saúde pública do Estado.⁷¹⁶

A organização sanitária elaborada por Freitas e Castro no final da década de 1920, e cuja influência se fez sentir sobre a saúde pública do Rio Grande do Sul nas décadas seguintes, foi, segundo autores como Gabrielle Alves e Lizete Kummer, influenciada pelo modelo norte-americano e pela orientação recebida na *Johns Hopkins School of Higiene and Public Health*.⁷¹⁷ O modelo ao qual se referem as autoras é aquele baseado nos centros de saúde ou *health centers*.

6.3.1 O modelo norte-americano dos centros de saúde como eixo da Reforma de 1929

Segundo Lina Faria, o termo “centro de saúde” – *health center* – foi utilizado, inicialmente, nos Estados Unidos, para denominar postos de assistência à infância, cujo objetivo era o de acompanhar o desenvolvimento da saúde da criança desde a fase pré-natal até a idade adulta. Posteriormente, o termo ganhou nova significação, indicando o agrupamento de serviços médicos, de enfermagem e assistência sanitária.⁷¹⁸

⁷¹⁵ ALVES, 2011, p. 73-74.

⁷¹⁶ Ibidem, p. 74-75.

⁷¹⁷ Nas palavras de Gabrielle Werenicz Alves, “este médico [Fernando de Freitas e Castro], quando se tornou diretor de Higiene no estado do Rio Grande do Sul, elaborou a implantação de um sistema sanitário baseado no modelo americano – projeto que ficou conhecido como *Reforma dos Serviços Sanitários de 1929*” (ALVES, 2011, p. 176. Grifos do autor.). Já de acordo com Lizete Oliveira Kummer, “a ‘moderna’ orientação oferecida pela Escola de Higiene e Saúde Pública Johns Hopkins penetrou na Diretoria de Higiene do Rio Grande do Sul através do médico ajudante, o dr. Fernando de Freitas e Castro” (KUMMER, 2002, p. 56).

⁷¹⁸ FARIA, 2007, p. 113.

Os centros de saúde, organizados a partir da integração de esforços particulares e públicos de assistência à saúde e de educação, surgiram num contexto, no início do século XX, de preocupação com as condições de vida e de higiene das populações imigrantes e pobres em cidades como Nova York, Boston, Milwaukee e Chicago. Somavam-se a esta preocupação o “ideal sanitário” existente nos Estados Unidos desde a Guerra de Secessão e a preocupação com a assistência materno-infantil.⁷¹⁹

A primeira cidade norte-americana a organizar este tipo de assistência médico-sanitária foi Milwaukee, em 1911, a partir da iniciativa de Wilbur C. Phillips e sua mulher, Elise Cole Phillips. Phillips havia sido secretário do *New York Milk Committee*, entre os anos de 1907 e 1910, e organizara um plano de saúde comunitária centrado na distribuição de leite de boa qualidade e na assistência educativa materno-infantil.⁷²⁰ Contudo, Phillips “tornou-se um dos primeiros a reconhecer que os centros de distribuição de leite podiam se transformar em centros de assistência materno-infantil, além de promover programas de educação sanitária e serviços sociais para a comunidade local”.⁷²¹ Foi assim estabelecido o embrião dos *health centers* nos Estados Unidos, padrão que seria difundido em todo o mundo durante as primeiras décadas do século XX.⁷²²

Os centros de saúde funcionavam, segundo Lina Faria, “[...] como um tipo de unidade local de saúde e ofereciam assistência unificada, colocando à disposição da população pobre e necessitada os serviços ambulatoriais, além de uma treinada equipe profissional”.⁷²³ Dois elementos apareciam com grande força nos programas dos centros de saúde nos Estados Unidos: a educação sanitária para a promoção de uma *consciência sanitária* (“educar para prevenir”), e a administração sanitária distrital, com a delimitação populacional e territorial para a realização das atividades.⁷²⁴

Os centros de saúde surgiram, assim, nos Estados Unidos entre os anos de 1910 e 1920 e se institucionalizaram naquele país na década de 1930, declinando logo em seguida. O movimento dos centros de saúde atingiu várias cidades do país, especialmente aquelas em que era significativa a presença de imigrantes europeus. Para se ter uma ideia, em 1917, havia 12 centros de saúde localizados nas grandes cidades dos Estados Unidos. Algumas décadas depois, no final dos anos 1930 e início dos anos 1940, havia aproximadamente 1500 centros

⁷¹⁹ CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de; FARIA, Lina Rodrigues de. Os primeiros centros de saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo. *Teoria e Pesquisa*, n. 40 e 41, jan./jul. 2002, p. 144-145.

⁷²⁰ FARIA, 2007, p. 113-114; CASTRO SANTOS; FARIA, 2002, p. 139-140.

⁷²¹ FARIA, 2007, p. 117.

⁷²² *Ibidem*, p. 114, CASTRO SANTOS; FARIA, 2002, p. 140.

⁷²³ FARIA, 2007, p. 116-117.

⁷²⁴ CASTRO SANTOS; FARIA, 2002, p. 142-143.

de saúde em todo o país. No que se refere ao declínio dos centros de saúde nos Estados Unidos, Luiz Antonio de Castro Santos e Lina Faria afirmam, recorrendo a autores como George Rosen e Paul Starr, que este esteve relacionado à interrupção da imigração europeia ao país, à adaptação dos imigrantes à vida americana e à tendência em direção à atenção médica privada e ao surgimento dos grandes hospitais metropolitanos. Os centros de saúde enfrentaram veemente oposição dos médicos norte-americanos, que compreendiam que o poder público, ao apoiar este tipo de intervenção sanitária, estaria competindo com a prática de atendimento privado à saúde.⁷²⁵

O modelo norte-americano dos *health centers* chegou ao Brasil através da divulgação da Fundação Rockefeller. Na interpretação de Luiz Antonio de Castro Santos e Lina Faria,

Os padrões e métodos de trabalho dos norte-americanos começaram a influenciar as novas gerações de pesquisadores e sanitaristas brasileiros. Este grupo [referindo-se aos ex-bolsistas] veio a trazer para o Brasil – não apenas para São Paulo – uma concepção de saúde pública que, até certo ponto, **reforçava** o “padrão Manguinhos”, baseado na profilaxia de doenças infecciosas e nos métodos experimentais da microbiologia. Foi particularmente na educação sanitária e na formação de profissionais na área da saúde pública que o programa da Rockefeller trouxe uma contribuição renovadora. Tratava-se de uma proposta de intervenção sanitária ousada, cujo eixo se localizava nos centros de saúde e postos de higiene.⁷²⁶

Os primeiros centros de saúde do Brasil foram introduzidos em São Paulo durante a administração de Geraldo Horácio de Paula Souza (como vimos, um ex-bolsista da *International Health Board*) frente ao Serviço Sanitário do estado (1922-1925).

Em 1925, Paula Souza deu início a uma profunda reformulação do conjunto dos serviços públicos de saúde de São Paulo. A reforma de 1925 fez surgir uma nova estrutura institucional no Serviço Sanitário, e o “eixo” das atividades de saúde pública em todo o estado seriam os centros de saúde. Inicialmente, três centros de saúde foram organizados em São

⁷²⁵ CASTRO SANTOS; FARIA, 2002, p. 140-141; FARIA, 2007, p. 114-117. Para informações mais detalhadas sobre o desenvolvimento dos centros de saúde nos Estados Unidos, ver FARIA, 2007; CASTRO SANTOS; FARIA, 2002; ROSEN, 1994.

⁷²⁶ CASTRO SANTOS; FARIA, 2002, p. 155-156. Grifos dos autores. A introdução da proposta dos centros de saúde no Brasil através dos ex-bolsistas da Fundação Rockefeller já era apontada por Nilson do Rosário Costa em 1985. Segundo este autor, “os sanitaristas brasileiros tomaram conhecimento dessas proposições dos Centros de Saúde quando participaram, na década de 20, no primeiro curso de especialização de Saúde Pública criado pela Universidade John [sic] Hopkins para médicos” (COSTA, 1985, p. 115). No mesmo sentido, encontramos a afirmação de Carlos Eduardo Aguilera Campos, para quem “os Centros de Saúde e o Sistema Distrital de Administração Sanitária foram, na sua gênese, uma proposta de uma nova geração de sanitaristas formada segundo o ‘modelo Rockefeller’” (CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jul./set. 2007, p. 903).

Paulo: o Centro de Saúde Modelo (anexo ao Instituto de Higiene), o Centro de Saúde do Brás e o do Bom Retiro.⁷²⁷

Partindo da experiência norte-americana difundida pela Fundação Rockefeller, os centros de saúde de São Paulo dedicaram sua atenção para “[...] a assistência educativa materno-infantil, o atendimento de tuberculosos e portadores de doenças venéreas, as medidas profiláticas de controle das doenças infecciosas, as análises laboratoriais e a formação de profissionais na área de higiene e saúde pública”.⁷²⁸

Assim como ocorria nos centros de saúde norte-americanos, a educação sanitária e a administração sanitária distrital também apareceram com força no programa dos centros de saúde paulistas. No que se refere à educação sanitária, destacava-se o papel de “novos agentes de saúde pública”, as educadoras sanitárias, cujas atribuições eram, entre outras, elaborar cartazes de propaganda, realizar palestras, visitar as famílias, transmitir às mães noções de puericultura e encaminhar aos centros de saúde os que necessitavam de cuidados médicos.⁷²⁹

Mas, como alertam Castro Santos e Faria, não houve, em São Paulo, um simples transplante do modelo dos centros de saúde norte-americano, mas uma adaptação que considerava os diferentes contextos políticos, formações históricas, tradições médicas e culturais. Em São Paulo, por exemplo, os centros de saúde possuíam uma ação mais ampla, preventiva e curativa, diferentemente dos centros nos Estados Unidos, com atuação somente na prevenção. Outra diferença, segundo os autores, estava no fato de que os centros de saúde paulistas visavam à realização de atividades urbanas e à coordenação das ações em áreas rurais, enquanto nos Estados Unidos, os centros visavam à realização de atividades que enfocassem as populações pobres urbanas, particularmente imigrantes europeus.⁷³⁰

⁷²⁷ CASTRO SANTOS; FARIA, 2002, p. 156; FARIA, 2007, p. 127-128. Lina Faria (FARIA, 2007) discute a “disputa”, em São Paulo, entre os modelos de organização da saúde pública propostos por Paula Souza (centros de saúde, modelo horizontal) e Francisco Salles Gomes Jr. (inspetorias especializadas, modelo vertical) a partir, entre outros referenciais, de Pierre Biourdieu e sua discussão sobre o campo científico como espaço de disputas.

⁷²⁸ CASTRO SANTOS; FARIA, 2002, p. 140.

⁷²⁹ *Ibidem*, p. 158; FARIA, 2007, p. 130. Lina Faria (FARIA, 2007) dedica o quarto capítulo de seu trabalho às educadoras sanitárias e às enfermeiras.

⁷³⁰ CASTRO SANTOS; FARIA, 2002. No que se refere à difusão e à adaptação do modelo norte-americano, ou “modelo Rockefeller”, Castro Santos e Faria afirmam que “[...] tudo indica que eram as próprias tradições locais e o tipo de nacionalismo vigente – a organização político-profissional, a tradição científica, as práticas de saúde pública, a natureza da ‘consciência sanitária’ em cada país (isto é, as crenças e atitudes das populações diante das enfermidades, das terapias cabíveis etc.) – que ditavam os caminhos a seguir e a distância, maior ou menor, que as políticas de saúde nacionais acabariam por seguir em relação ao ‘modelo Rockefeller/Johns Hopkins’” (*Ibidem*, p. 154). No que se refere especificamente ao Brasil, os autores afirmam que, no caso brasileiro, na “[...] ausência de um movimento de reforma sanitária profundamente politizado como o mexicano [...], o programa até certo ponto ‘despolitizado’ da Rockefeller encontrou resistências menores e ressonâncias mais fortes” (*Ibidem*, p. 154). Para o caso mexicano, ver BIRN, 2006.

Em 1927, operavam em São Paulo quase meia centena de centros de saúde e postos de higiene, dos quais 16 eram mantidos em cooperação com a Fundação Rockefeller.⁷³¹ No mesmo ano, o primeiro centro de saúde – o Centro de Saúde de Inhaúna – foi aberto no Distrito Federal a partir de proposições de João de Barros Barreto e José Paranhos Fontenelle, dois outros ex-bolsistas da Fundação.⁷³² Dois anos depois, em 1929, Fernando de Freitas e Castro também propunha uma organização sanitária para o estado do Rio Grande do Sul baseada nos centros de saúde, nos postos de higiene e na organização sanitária distrital.⁷³³

No Rio Grande do Sul, de acordo com a proposta de Freitas e Castro, os serviços sanitários seriam executados nos municípios por delegacias de saúde, estruturas já existentes na organização da saúde pública estadual, mas de funcionamento irregular até então, como apontamos no quarto capítulo. Haveria aproximadamente 80 delegacias de saúde no estado, uma em cada município, e estas delegacias usufruiriam de certa autonomia na organização e execução dos serviços, mas seriam orientadas e fiscalizadas por uma Repartição Central, que passaria a se chamar Diretoria de Higiene e Saúde Pública, e não mais apenas Diretoria de Higiene.⁷³⁴

À Repartição Central ficaram afetas a Diretoria, a Secretaria, o Instituto de Higiene Borges de Medeiros (Pelotas), o Instituto Pasteur e o Curso de Higiene e Saúde Pública. O Curso de Higiene e Saúde Pública merece aqui algumas considerações.

Segundo Fernando de Freitas e Castro, era necessário preparar o pessoal técnico para trabalhar nos diferentes serviços da Repartição, pois era impossível atuar em higiene e saúde pública sem uma prévia formação especializada. Como não era possível, segundo o médico, contar com os cursos existentes na Capital Federal ou no estrangeiro para realizar esta formação, foi instalado, no Rio Grande do Sul, o Curso de Higiene e Saúde Pública.⁷³⁵

O curso, que formou a primeira turma de educadoras sanitárias, tinha como professores médicos que atuavam em Porto Alegre e que utilizavam, para as aulas, material da Repartição Central e da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Entre as atribuições das educadoras sanitárias, importantes agentes na formação da consciência sanitária, estava a realização de visitas às mães de crianças recém-nascidas para ensinar os princípios da

⁷³¹ CASTRO SANTOS; FARIA, 2002, p. 159; FARIA, 2007, p. 132.

⁷³² CASTRO SANTOS; FARIA, 2002, p. 163-164; CAMPOS, 2007, p. 891.

⁷³³ Um estudo comparativo entre as reformas sanitárias em São Paulo (1925) e no Rio Grande do Sul (1929) seria interessante para discutir como a proposta dos centros de saúde foi adaptada ao contexto de cada um destes estados.

⁷³⁴ FREITAS E CASTRO, Fernando. Organização Sanitaria do Brasil e Reforma dos Serviços Sanitarios do Rio Grande do Sul. *Revista dos Cursos*, ano XIX, n. 19, p. 156-184, 1933 (BFAMED/UFRGS).

⁷³⁵ *Ibidem*, p. 165 (BFAMED/UFRGS).

puericultura.⁷³⁶ Também na proposta de organização sanitária de Freitas e Castro destacava-se a importância da educação sanitária.

No que se referia à organização das delegacias de saúde, como as condições locais variavam – necessidades sanitárias e condições financeiras – haveria quatro tipos diferentes (quatro classes) de delegacias de saúde, distribuídas de acordo com as condições de cada município. A diferença entre as quatro classes de delegacias de saúde, instaladas nas sedes dos municípios, estaria na maior ou menor organização das mesmas. As delegacias de 1ª classe contariam com dezenas de funcionários, incluindo 20 educadoras sanitárias. Já as delegacias de 4ª classe contariam com alguns poucos funcionários e nenhuma educadora sanitária. O programa de atuação das delegacias de saúde, que deveriam executar e resolver os problemas de higiene e saúde pública nos municípios, era vasto – possuía 17 pontos – e incluía executar todos os serviços de epidemiologia, fazendo a profilaxia defensiva ou agressiva das moléstias infecto-contagiosas ou transmissíveis; lutar contra as endemias para extingui-las ou reduzi-las às mínimas proporções possíveis, principalmente contra a sífilis, a tuberculose e as verminoses; fornecer os dados para a organização da estatística demográfico-sanitária; fazer a propaganda para a educação da população, a fim de implantar a chamada *consciência sanitária*, entre outros.⁷³⁷

As delegacias de saúde representariam localmente a Diretoria de Higiene e Saúde Pública, e os serviços executados por elas seriam inspecionados e fiscalizados por inspetorias sanitárias. As 80 delegacias de saúde estariam distribuídas em seis distritos sanitários, para cuja organização seriam levadas em consideração as facilidades de comunicação. Ou seja, a proposta era que houvesse, no estado, uma organização sanitária distrital, como ocorrera nos Estados Unidos e em São Paulo. Cada distrito teria um médico inspetor sanitário, o elo entre a Repartição Central (Diretoria de Higiene e Saúde Pública) e as delegacias de saúde.

No caso da capital, Porto Alegre, esta seria dividida em cinco distritos sanitários e em cada um deles seria instalado um centro de saúde. Os centros de saúde eram constituídos pela reunião de certo número de dispensários e representavam pequenas repartições sanitárias locais, porém sem autonomia e subordinadas ao médico delegado de higiene. Os centros de saúde eram compostos por seções (expediente, fiscalização sanitária, epidemiologia e profilaxia, propaganda e educação sanitária da população) e dispensários (higiene infantil, tratamento da sífilis e moléstias venéreas e profilaxia da tuberculose), além de um gabinete dentário. Para Freitas e Castro, o serviço de propaganda e de educação da população para

⁷³⁶ Ibidem, p. 165 e p. 171 (BFAMED/UFRGS).

⁷³⁷ Ibidem, p. 167-168 (BFAMED/UFRGS).

estabelecer a consciência sanitária era de “valor incontestável”, e o dispensário de higiene infantil era considerado o mais importante, “[...] porque a mortalidade infantil é um dos maiores problemas sanitarios do Estado e pesa, consideravelmente, no coeficiente de mortalidade geral”.⁷³⁸ A assistência médica, assinalava Freitas e Castro, escapava à finalidade do dispensário de higiene infantil do centro de saúde, mas era disponibilizada a crianças de até um ano de idade, pois a assistência médica à criança enferma em Porto Alegre era precária.⁷³⁹ Assim como em São Paulo, o centro de saúde, no Rio Grande do Sul, também atuava na cura e não apenas na prevenção das doenças.

Além disso, a capital contaria ainda com um Serviço de Fiscalização de Importação de Gêneros Alimentícios e um Serviço de Inspeção Médico-Escolar. Seriam serviços auxiliares, em Porto Alegre, o Laboratório de Bacteriologia, o Laboratório de Química, o Serviço de Inspeção de Saúde, o Desinfectório e o Hospital de Isolamento.

Nos outros municípios do estado, com áreas reduzidas e populações menores, não ocorreria a divisão dos serviços por distritos sanitários. Nestes municípios, a delegacia de saúde funcionaria como se fosse um centro de saúde.⁷⁴⁰

Além das delegacias de saúde e dos centros de saúde, a organização sanitária do estado contaria ainda com postos de higiene, instituídos para o tratamento ou a profilaxia de determinadas moléstias como as verminoses (incluindo-se aí a ancilostomíase) ou o tracoma.⁷⁴¹

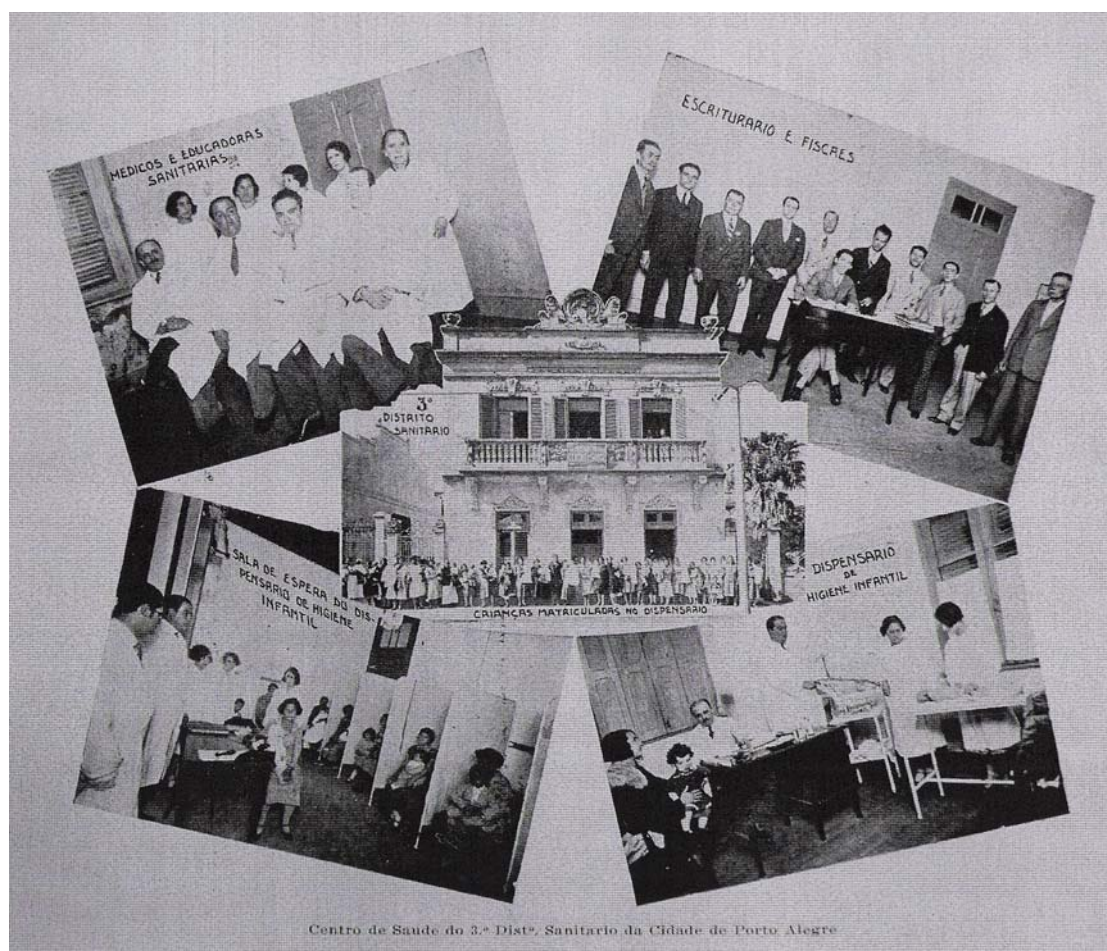
⁷³⁸ Ibidem, p. 171 (BFAMED/UFRGS).

⁷³⁹ Ibidem, p. 171 (BFAMED/UFRGS).

⁷⁴⁰ Ibidem, p. 178 (BFAMED/UFRGS).

⁷⁴¹ Ibidem, p. 160-161 (BFAMED/UFRGS).

FIGURA 15 – Centro de Saúde – Porto Alegre, década de 1930



Fonte: FREITAS E CASTRO, 1933 (BFAMED/UFRGS).

Mesmo que, como já apontamos, a Reforma dos Serviços Sanitários do Rio de Grande do Sul proposta por Fernando de Freitas e Castro em 1929 tenha sido apenas parcialmente implantada⁷⁴² devido a questões políticas e econômicas enfrentadas pelo estado naquele período, decorrentes da Revolução de 1930 e seus desdobramentos, Freitas e Castro é lembrado, segundo Gabrielle Werenicz Alves, “como um importante teórico e formulador de políticas para a saúde pública”⁷⁴³, e sua proposta de organização sanitária influenciou a saúde pública no estado durante as décadas seguintes:

Se durante a República Velha, os serviços oferecidos pelo poder público estadual centravam-se na capital Porto Alegre, e pouco ou nada era oferecido para o interior do estado, entre 1928 e 1945 tal situação se modificou. A implantação do Sistema Distrital de Saúde e a instalação de Centros de Saúde e Postos de Higiene nas mais diversas regiões do Rio Grande do Sul,

⁷⁴² Sobre a execução parcial da Reforma de 1929 em decorrência de dificuldades financeiras e de mudanças políticas, Gabrielle Werenicz Alves afirma que houve, inicialmente, um aumento importante no orçamento destinado aos serviços sanitários, mas uma posterior baixa. Além disso, segundo a autora, não há indicativos de que um novo Código Sanitário tenha sido posto em prática (ALVES, 2011, p. 80-81).

⁷⁴³ Ibidem, p. 128, nota 402.

colaboraram para a descentralização dos serviços de saúde pública oferecidos pelo governo estadual, assim como ampliaram o oferecimento destes serviços para praticamente todos os municípios do estado.⁷⁴⁴

A experiência dos centros de saúde no Brasil, diferentemente do que ocorrera nos Estados Unidos, não declinou quando da ascensão da medicina hospitalar; ao contrário, os centros se constituíram, no país, em uma forma de assistência à saúde que se consolidou com o tempo. Nos anos 1930 e 1940, houve um aumento significativo desse tipo de serviço em todo o país.⁷⁴⁵

A partir de 1934, o sistema distrital dos centros de saúde e postos de higiene foi instituído nos serviços sanitários de vários estados brasileiros, passando a incorporar e a conjugar as atividades que antes eram exercidas pelas inspetorias especializadas. Durante a década seguinte, 1940, essas unidades de saúde firmaram seu lugar no cenário nacional.⁷⁴⁶

Em 1942, São Paulo possuía 93 distritos sanitários, sete centros de saúde e 87 postos de higiene. O Distrito Federal contava com 15 distritos sanitários e 15 centros de saúde. O Rio Grande do Sul, por sua vez, contava com 88 distritos sanitários, cinco centros de saúde e 67 postos de higiene.⁷⁴⁷

⁷⁴⁴ *Ibidem*, p. 188.

⁷⁴⁵ CASTRO SANTOS; FARIA, 2002, p. 138.

⁷⁴⁶ *Ibidem*, p. 164.

⁷⁴⁷ CAMPOS, 2007, p. 902.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa proposta ao desenvolvermos este projeto de pesquisa foi, conforme afirmamos na Introdução, analisar a cooperação entre a divisão internacional de saúde – *International Health Board* – da Fundação Rockefeller e o governo estadual do Rio Grande do Sul no combate a uma endemia rural, a ancilostomíase, na década de 1920, e os desdobramentos, as consequências desta cooperação na saúde pública estadual, tanto no que se refere ao combate à ancilostomíase em si quanto à organização da saúde no estado.

À guisa de conclusão, retomaremos, neste espaço, algumas questões desenvolvidas nos seis capítulos aqui apresentados e que consideramos significativas ao retomarmos nossa proposta inicial.

Como indicamos no início do trabalho, no Brasil da Primeira República, período em que se insere nossa análise, as questões relativas à saúde pública passaram a ser tratadas de forma descentralizada, obedecendo à Constituição de 1891, que estabelecia a autonomia dos estados. Os estados, encarregados dos serviços sanitários, respondiam pela saúde pública e repassavam aos municípios as questões relativas à higiene. Foi este arranjo que possibilitou que, no Rio Grande do Sul, a saúde pública fosse organizada de acordo com as proposições do Partido Republicano Rio-Grandense (PRR), de orientação positivista, e, além disso, possibilitou que os estados estabelecessem acordos de cooperação com a Fundação Rockefeller individualmente.

Enfocamos, em consonância com nossa proposta de estudo, as décadas de 1910 e 1920, período em que, a partir do movimento sanitarista, iniciado ainda na década de 1910, homens como o médico sanitarista Belisário Penna passaram a denunciar o abandono e as precárias condições de saúde de grandes parcelas da população brasileira e conclamavam o Estado a intervir. Segundo os defensores do movimento sanitarista, estados e municípios não tinham competência para solucionarem sozinhos e de maneira eficaz os problemas sanitários. A necessidade do combate às endemias rurais, como a ancilostomíase, enfocada neste trabalho, a malária e a doença de Chagas, foi constantemente enfatizada. Estas doenças estavam fortemente associadas, no contexto brasileiro do início do século XX, a questões mais amplas como a construção da Nação e as possibilidades de progresso do país através da recuperação de significativas parcelas da população, acometidas por estas doenças. As propostas e os argumentos dos defensores da campanha pelo saneamento rural ganharam diversos espaços na sociedade brasileira, ultrapassando os campos médico e político. O

escritor Monteiro Lobato, por exemplo, foi “convertido” e tornou-se um grande divulgador das ideias de saneamento, sintetizadas através de seu célebre personagem Jeca Tatu.

As populações rurais passaram a ser incluídas nas políticas de saúde do governo federal, com destaque para a criação, em 1918, do Serviço de Profilaxia Rural e, em 1920, da Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural do Departamento Nacional de Saúde Pública – DNSP. A partir de 1918 e, principalmente, a partir de 1920, os estados podiam solicitar o auxílio do governo federal para combater as endemias rurais a partir de acordos de cooperação, mas que envolviam como contrapartida, entre outros aspectos, perda de autonomia por parte dos estados. Mas, além do governo federal, os estados podiam recorrer também a outro recurso para combater a ancilostomíase, a Fundação Rockefeller, instituição norte-americana presente no Brasil a partir de 1916 e inserida, assim, num contexto favorável a acordos para ações de saneamento e de combate a endemias rurais. Diversos estados brasileiros recorreram à cooperação com o governo federal e/ou com a Fundação para combater a ancilostomíase. Contaram com a cooperação da *International Health Board* no combate à doença, entre 1916 e 1923, os estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Paraná, Maranhão, Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Bahia, Santa Catarina, Pernambuco e Alagoas, além do Distrito Federal. Destes estados, São Paulo e o Rio Grande do Sul estabeleceram cooperação apenas com a Fundação.

Os contatos entre representantes da IHB no Brasil e o governo estadual foram iniciados em 1919, por iniciativa do governo, preocupado com a situação da ancilostomíase no estado. O ideário nacionalista do “saneamento dos sertões” penetrara também no Rio Grande do Sul, e o governo estadual unia-se, assim, aos governos de outros estados, preocupados com a doença e os problemas que esta acarretava. Até aquele momento, o governo estadual não havia realizado ações no sentido de combater a verminose.

O *survey*, levantamento preliminar sobre a situação da doença, realizado pela Fundação em 1920, indicou que o estado apresentava os menores índices da doença no país, mas algumas localidades apresentavam índices elevados da doença e os índices das verminoses em geral também eram bastante significativos. A partir do *survey*, foi estabelecida a cooperação entre o governo estadual e a IHB para que a ancilostomíase fosse combatida, entre 1920 e 1923, nos municípios onde a situação da doença havia se revelado mais grave.

Durante o período de cooperação entre o governo do estado e a Fundação, postos de demonstração do método intensivo de combate à ancilostomíase, que sofreu modificações no Brasil e que, em 1920, já não buscava mais a confirmação da cura dos doentes, foram instalados em nove localidades do estado: Montenegro, Torres, Conceição do Arroio, São

Sebastião do Caí, Ilha dos Marinheiros (Rio Grande), São Leopoldo, Taquara, Gravataí e Cachoeira.

O trabalho nos postos de demonstração, temporários, foi realizado sob a coordenação da Fundação, através de Diretores Estaduais norte-americanos, mas com pessoal local, alcançando êxitos parciais, mas enfrentando dificuldades também, como destacamos com relação a Torres e Montenegro. Segundo as fontes consultadas, as dificuldades enfrentadas pela Fundação estavam relacionadas, em parte, à resistência da população no que se referia ao óleo de quenopódio, principal vermífugo utilizado pela Rockefeller no Brasil e que fora alvo de críticas em virtude dos casos de intoxicação, inclusive fatais, ocorridos durante as atividades no país. O tratamento possuía um caráter experimental, sendo modificado à medida que era administrado à população. Como a análise do diário do médico Alan Gregg deixou claro, a realização das ações de combate à ancilostomíase no país dependia não apenas da cooperação formalizada entre os governos estaduais e a *International Health Board*, mas também da relação estabelecida entre os diversos envolvidos, direta ou indiretamente, no dia a dia das campanhas, como as equipes de campo, os chefes políticos e religiosos locais, os diversos agente de cura e a população em geral. Isto pode ser verificado também no Rio Grande do Sul.

Ao analisarmos a cooperação entre a Fundação e o governo estadual no combate à ancilostomíase, outra área de atuação da Fundação foi evidenciada: a formação de quadros em saúde pública, nas primeiras décadas do século XX, através do apoio técnico e financeiro a instituições de ensino e pesquisa e, principalmente, da distribuição de bolsas de estudos, meios pelos quais a instituição norte-americana difundia ideias e modelos. Fernando de Freitas e Castro, professor da Faculdade de Medicina e médico da Diretoria de Higiene do Rio Grande do Sul, recebeu uma bolsa de estudos da Fundação para a realização de um curso de saúde pública nos Estados Unidos entre os anos de 1922 e 1923, ou seja, durante a cooperação entre a Fundação e o governo estadual no combate à ancilostomíase. Freitas e Castro foi um dos 88 bolsistas do país a receber bolsas da IHB entre 1917 e 1951 e estudou, durante o período em que esteve no exterior, na *Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health*, primeira escola de saúde pública dos Estados Unidos e que foi criada com investimentos da FR. A partir da análise da documentação, constatamos que a concessão da bolsa a Freitas e Castro esteve ligada, pelo menos em parte, à percepção de funcionários da Fundação de que o estado possuía uma “desesperadora necessidade” no que dizia respeito a um “ponto de vista moderno em saúde pública”, tendo em vista o princípio da liberdade profissional vigente no Rio Grande do Sul no período em questão. Havia a expectativa, por parte de funcionários da

International Health Board, de que Freitas e Castro pudesse assumir a Diretoria de Higiene quando retornasse dos Estados Unidos, expectativa esta que não se confirmou, como vimos, antes de 1928.

Em 1923, a cooperação entre a FR e o governo estadual chegou ao fim. Milhares de pessoas haviam sido recenseadas e receberam tratamentos no estado, mas um número significativamente menor fora considerado curado, ou seja, havia realizado o tratamento até o fim. A construção de latrinas, considerada parte indispensável do combate à ancilostomíase e que havia sido repassada aos municípios, alcançou, ao que tudo indica, resultados ínfimos no Rio Grande do Sul. Ao se retirar das atividades no estado, a FR não conseguira implantar *county health units*, unidades de saúde municipais que voltariam sua atenção para uma série de doenças além da ancilostomíase, como objetivava, mas deixou em aberto a possibilidade de futuras atividades no Rio Grande do Sul. A Fundação não voltou a atuar no estado no período de nossa análise.

Conforme proposta da Fundação, o governo estadual assumiu o trabalho a partir de 1924, com a organização de um Serviço de Postos de Profilaxia estadual. O Serviço foi organizado nos moldes do trabalho realizado pela Fundação, mas com algumas modificações, como a preocupação de combater as verminoses em geral e não apenas a ancilostomíase. Nove localidades contaram com atividades de combate à ancilostomíase e às verminoses em geral entre 1924 e 1929, quando foi encerrado o Serviço: Taquara, Gravataí, Cachoeira, Santo Antônio da Patrulha, Conceição do Arroio, São Jerônimo, Rio Pardo e Taquara. Outros municípios requisitaram a instalação de postos, mas os pedidos foram negados sob a alegação de falta de verbas para tal. Os resultados alcançados pelo Serviço estadual parecem ter sido bem semelhantes aos alcançados pelos postos em cooperação com a Fundação: milhares de pessoas tratadas, um número significativamente menor de pessoas consideradas curadas e dificuldades no que dizia respeito à instalação de latrinas.

O Serviço foi encerrado em 1929 sob duras críticas com relação à sua eficácia. As críticas mais contundentes ao serviço de combate às verminoses realizado pelo governo estadual nos moldes dos postos de demonstração do método intensivo de combate à ancilostomíase operados em cooperação com a Fundação no estado foram elaboradas por Fernando de Freitas e Castro, Diretor de Higiene do Rio Grande do Sul, a partir de 1928, e ex-bolsista da própria Fundação. Num contexto mais amplo de críticas à organização da saúde no Rio Grande do Sul, Fernando de Freitas e Castro afirmou, no que se referia ao Serviço de Postos de Profilaxia Rural estadual, que o governo, ao realizar o combate à ancilostomíase “tal qual” havia sido realizada pela *International Health Board*, acabou não atuando de

acordo com a proposta da Fundação. Reproduzindo o discurso da Fundação, Freitas e Castro afirmava que o objetivo da instituição era a demonstração prática do efeito de uma campanha sanitária, mas que tinha como fim a instalação de estruturas permanentes por parte dos governos. O médico propunha que o combate às verminoses fosse realizado através de novas estruturas sanitárias a serem introduzidas a partir da reforma sanitária proposta por ele em 1929.

Como destacamos ao longo deste estudo, o governo do estado do Rio Grande do Sul não estabeleceu cooperação com o governo federal para o combate à ancilostomíase ou atividades de saneamento rural, apesar do interesse da Fundação de que isso ocorresse, pois a cooperação com o governo federal significaria mais recursos e representaria a garantia da continuidade das atividades iniciadas pela instituição norte-americana.

Retomando a discussão de Gilberto Hochman sobre a transferência da prerrogativa de decidir e legislar sobre questões relativas à saúde de um estado para a União a partir da cooperação entre os estados e a Diretoria de Saneamento e Profilaxia Rural do DNSP (1920), o autor afirma que, para que essa transferência ocorresse, os custos de recorrer ao poder central na busca por soluções para os problemas de saúde deveriam ser percebidos pelos estados como inferiores aos seus benefícios.

Analisando especificamente o caso do Rio Grande do Sul, é possível inferir, mesmo não havendo uma discussão sobre a questão na documentação produzida pelo governo do estado (houve apenas a indicação de que o auxílio da União seria dispensado), que os governantes sul-rio-grandenses não consideraram que os benefícios de uma cooperação com o governo federal para a organização e execução de serviços de saneamento rural fossem superiores aos seus custos, ou seja, à interferência do governo federal em questões relativas à saúde no estado, e, assim, também em aspectos da vida social e em atividades econômicas.

Outras endemias, como a malária e a doença de Chagas, não figuravam entre as preocupações do governo do Rio Grande do Sul na área da saúde, e a ancilostomíase tornara-se “sensível” em algumas localidades do estado, mas, na leitura dos governantes locais, ainda não alcançara a magnitude que possuía em outros estados da federação, o que foi, de certa maneira, confirmado pelo *survey* de 1920.

Ao recorrer à cooperação com a Fundação Rockefeller, por sua vez, o governo estadual pode contar com a experiência que a *International Health Board* já possuía no combate à ancilostomíase, que remontava às atividades da *Sanitary Commission* no sul dos Estados Unidos, a partir de 1909, e da própria divisão internacional de saúde da Fundação; poderia repartir os custos das atividades com Fundação, e o trabalho seria realizado a partir do

governo estadual, através da Diretoria de Higiene, sem ameaça à autonomia do estado ou interferência na organização e execução de serviços de saúde pública estaduais. Neste sentido, é interessante destacar que, em mais de uma ocasião, os governantes do estado se referiram ao trabalho realizado pela Fundação como um trabalho “contratado” pelo estado, reforçando a interpretação de que a Fundação era entendida pelos governos estaduais como mais um recurso à disposição para o combate à ancilostomíase.

A cooperação com a Fundação Rockefeller significou, para o governo do Rio Grande do Sul, recursos políticos, técnicos e financeiros para o combate à ancilostomíase, ação que o estado empreendeu, somados os anos de cooperação com a instituição norte-americana e os de manutenção do Serviço de Postos de Profilaxia Rural estadual, por praticamente uma década. Diferentemente do que ocorria até 1920, o estado realizou um esforço de combate a uma endemia, e uma endemia que não figurava entre as principais preocupações em termos de saúde pública antes de 1919. O combate à ancilostomíase também expandiu a ação do governo na área da saúde para áreas rurais e para municípios que não os três principais do estado no período: Porto Alegre, Pelotas e Rio Grande. Sob o ponto de vista ideológico, como destacou Castro Santos para o caso paulista, o Rio Grande do Sul participou da “cruzada nacional”, reproduzindo-a, com suas limitações, é verdade, em âmbito estadual.

Contudo, a cooperação não gerou estruturas estaduais ou locais permanentes de saneamento rural e de saúde pública como era idealizado pela Fundação. É possível que alguns municípios tenham elaborado legislação referente à construção de latrinas, mas, conforme as fontes consultadas, esta legislação não foi aplicada.

Já no que se refere ao combate à ancilostomíase em si no Rio Grande do Sul, a documentação analisada nos permite afirmar que os resultados foram mitigados, como Ilana Löwy já havia afirmado, em termos gerais, para as campanhas contra a doença realizadas no país a partir da cooperação entre a Fundação e estados brasileiros. Reforça a nossa avaliação um artigo publicado nos *Archivos Rio Grandenses de Medicina* em 1938. Como apontamos, Torres havia sido destacada nos relatórios de Lewis Hackett, Diretor Regional da *International Health Board* para o Brasil entre 1916 e 1923, pelo trabalho realizado principalmente no que se referia à construção de latrinas, elemento indispensável para a manutenção dos resultados alcançados com o tratamento dos doentes. Hackett chegou a afirmar, inclusive, que em Torres haviam sido alcançados os melhores resultados das atividades realizadas no estado. Contudo, em 1938, mais de 15 anos depois da Fundação ter encerrado suas atividades naquele município, Raul di Primio, Catedrático Interino de Parasitologia, ao publicar um artigo nos *Archivos Rio Grandenses de Medicina* sobre o

impaludismo em Torres, afirmou que a população já não apresentava mais sinais dos “grandes benefícios” trazidos pela Fundação Rockefeller. A campanha para a construção de latrinas, assumida pela Intendência municipal depois da saída da Fundação, havia esmorecido “[...] em vista da dificuldade de conseguir a execução deste meio indispensável de profilaxia”⁷⁴⁸, e a população, “rebelde por natureza”, continuava com seus “hábitos primitivos” e assim infestava-se cada vez mais”. O elevado índice da doença no município tornava necessária, na opinião do médico parasitologista, uma campanha “imediate e sistemática”!

Contudo, seria um equívoco, como indicamos no trabalho, afirmar que o encerramento das atividades do Serviço de Postos de Profilaxia Rural do Rio Grande do Sul, determinado a partir da reforma dos serviços sanitários estaduais, em 1929, significou o fim da influência das propostas em saúde pública da Fundação Rockefeller no estado. É possível, aliás, que estas tenham tido até mesmo um maior alcance justamente a partir da reforma de 1929, elaborada pelo principal crítico do Serviço de Postos de Profilaxia Rural mantido pelo estado a partir de 1924, Fernando de Freitas e Castro.

Em 1929, à frente dos serviços sanitários do estado, Freitas e Castro elaborou uma reforma destes serviços inspirada no modelo norte-americano de organização em saúde pública divulgado pela Fundação – os *health centers* ou centros de saúde. A Reforma de 1929 foi apenas parcialmente implantada no estado, em virtude de questões políticas e econômicas decorrentes da Revolução de 1930, mas a proposta elaborada por Freitas e Castro influenciou, durante décadas, a organização sanitária do Rio Grande do Sul.

Do ponto de vista da Fundação, acreditamos que seja válido pensar aqui na avaliação que Anne-Emanuelle Birn desenvolve com relação às atividades de combate à ancilostomíase realizadas pela instituição norte-americana no México e que pode ser interessante também na análise das atividades realizadas no Brasil. Para Birn, as campanhas de combate à ancilostomíase realizadas pela Fundação no México podem ser entendidas como um fracasso se avaliados os resultados do combate à doença através de métodos científicos. Mas, se as atividades forem avaliadas a partir dos objetivos de promover a saúde pública de maneira mais ampla e de manter boas relações com o país, as atividades foram mais bem-sucedidas.⁷⁴⁹ No Brasil, os resultados no que se refere ao combate à ancilostomíase em si foram mitigados,

⁷⁴⁸ Di Primio, Raul. Impaludismo e anofelinas do Rio Grande do Sul. *Archivos Rio Grandenses de Medicina*, Porto Alegre, ano xvii, n. 5, maio de 1938, p. 226. Disponível em: <http://muhm.org.br/admin/files_db/ati_232.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2010.

⁷⁴⁹ “If evaluated according to a standard of hookworm disease control through scientific methods, then the RF hookworm campaign in Mexico was a marked failure. Paradoxically, if evaluated according to the goals of promoting public health more broadly and maintaining good relations between the RF and Mexico, this international health endeavor was far more successful” (BIRN, 2006, p. 108).

mas a Fundação se fez presente em diversos estados brasileiros, inclusive em estados importantes no cenário nacional no período, como São Paulo, Minas Gerais e o próprio Rio Grande do Sul, e iniciou uma relação com o país que se estenderia por décadas.

Seria interessante, no futuro, a realização de estudos comparativos sobre a cooperação entre a Fundação Rockefeller e estados brasileiros no combate à ancilostomíase. Em um pequeno ensaio sobre a comparação em estudos relativos à atuação da Fundação Rockefeller na área da saúde, já advogamos que a análise comparativa destas campanhas, realizadas em estados que possuíam diferenças políticas, econômicas, sociais e culturais, certamente traria contribuições à discussão sobre o grau de transformação e adaptação que a agenda e as propostas da Fundação Rockefeller poderiam sofrer como resposta a preocupações e condições locais. A comparação também poderia enriquecer a análise sobre como as propostas da Fundação foram selecionadas, reelaboradas e adaptadas por agentes locais – governos e médicos, por exemplo –, permitindo uma maior compreensão da organização e do funcionamento da saúde em diversos estados brasileiros no período da Primeira República.⁷⁵⁰

Outro estudo que ainda está por ser realizado é aquele que toma por objeto os bolsistas brasileiros da Fundação Rockefeller como, por exemplo, um estudo prosopográfico sobre os bolsistas da *International Health Board* no país. Esta análise contribuiria para o preenchimento de lacuna apontada por Darwin H. Stapleton em artigo intitulado *The past and the future of research in the history of science: medicine and technology at the Rockefeller Archive Center*, quando este afirma que é preciso investigar mais sobre a relação entre a formação que os bolsistas receberam, suas carreiras quando retornaram aos países de origem e a influência que exerceram sobre as instituições e/ou agências governamentais onde atuaram.⁷⁵¹

Como afirmamos na Introdução, acreditamos que o mérito maior deste trabalho de pesquisa resida na proposta de discutir uma das primeiras atividades da Fundação Rockefeller no Brasil – a cooperação entre a instituição e governos estaduais no combate à ancilostomíase entre 1916 e 1923 – temática ainda pouco explorada. No que se refere especificamente à cooperação entre a Fundação e o governo do Rio Grande do Sul no combate à doença e seus desdobramentos entre 1919 e 1929, objeto central de nossa análise, acreditamos que nosso

⁷⁵⁰ KORNDÖRFER, Ana Paula. Ampliando os horizontes das pesquisas em história da saúde: a comparação em estudos sobre a atuação da Fundação Rockefeller. In: HEINZ, Flávio (Org.). *Poder, instituições e elites: 7 ensaios sobre comparação e história*. São Leopoldo: Oikos, 2012, p. 169-186.

⁷⁵¹ STAPLETON, Darwin H. The past and the future of research in the history of science: medicine and technology at the Rockefeller Archive Center. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, nov.1998/fev. 1999.

trabalho possibilitou a discussão de questões relativas à saúde pública no estado que, se já haviam sido apontadas em alguns poucos estudos, ainda não tinham sido investigadas.

REFERÊNCIAS DOCUMENTAIS

ARQUIVO HISTÓRICO DO RIO GRANDE DO SUL – AHRs

Relatórios da Secretaria de Estado dos Negócios do Interior e Exterior – SIE.3

SIE.3 – 001 – Relatório apresentado ao Presidente do Rio Grande do Sul, em 15 de setembro de 1893, pelo Secretário de Estado Interino dos Negócios do Interior e Exterior Possidonio M. da Cunha Junior. Porto Alegre: Oficinas Tipográficas de A Federação, 1893.

SIE.3 – 004 – Relatório apresentado ao Sr. Dr. Júlio Prates de Castilhos, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul, pelo Dr. João Abbott, Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 30 de julho de 1897. Porto Alegre: Oficinas a Vapor da Livraria Americana, 1897.

SIE.3 – 007 – Relatório correspondente ao ano de 1899. Sem folha de rosto.

SIE.3 – 010 – Relatório apresentado ao Sr. Dr. Antonio Augusto Borges de Medeiros, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul, pelo Dr. João Abbott, Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 15 de agosto de 1901. Porto Alegre, 1901.

SIE.3 – 031/032 – Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. A. A. Borges de Medeiros, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul, pelo Dr. Protásio Alves, Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 30 de agosto de 1919. Porto Alegre: Oficinas Gráficas de A Federação, 1919.

SIE.3 – 033/034 – Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Antonio Augusto Borges de Medeiros, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul, pelo Dr. Protásio Antonio Alves, Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 30 de agosto de 1920. Porto Alegre: Oficinas Gráficas de A Federação, 1920.

SIE.3 – 035/036 – Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. A. A. Borges de Medeiros, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul, pelo Dr. Protásio Alves, Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 30 de agosto de 1921. Porto Alegre: Oficinas Gráficas de A Federação, 1921.

SIE.3 – 037 – Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Antonio Augusto Borges de Medeiros, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul, pelo Dr. Protásio Antonio Alves, Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 04 de setembro de 1922. Porto Alegre: Oficinas Gráficas de A Federação, 1922.

SIE.3 – 040 – Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Antonio Augusto Borges de Medeiros, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul, pelo Dr. Protásio Antonio Alves, Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 06 de setembro de 1924. Porto Alegre: Oficinas Gráficas de A Federação, 1924.

SIE.3 – 04 – Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. A. A. Borges de Medeiros, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul, pelo Dr. Protásio A. Alves, Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 24 de agosto de 1925. Porto Alegre: Oficinas Gráficas de A Federação, 1925.

SIE.3 – 042 – Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Antonio Augusto Borges de Medeiros, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul, pelo Dr. João Pio de Almeida, Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 1º de agosto de 1926. Porto Alegre: Oficinas Gráficas de A Federação, 1926.

SIE.3 – 043 – Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Antonio Augusto Borges de Medeiros, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul, pelo Dr. Protásio Antonio Alves, Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 24 de agosto de 1927. Porto Alegre: Oficinas Gráficas de A Federação, 1927.

SIE.3 – 044 – Relatório apresentado ao Dr. Getúlio Vargas, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul, pelo Dr. Oswaldo Aranha, Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 25 de agosto de 1928. Porto Alegre: Oficinas Gráficas de A Federação, 1928.

SIE.3 – 045 – Relatório apresentado ao Dr. Getúlio Vargas, Presidente do Estado do Rio Grande do Sul, pelo Dr. Oswaldo Aranha, Secretário de Estado dos Negócios do Interior e Exterior em 28 de agosto de 1929. Porto Alegre: Oficinas Gráficas de A Federação, 1929.

Legislação Estadual. Leis, Decretos e Atos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul – LEG

LEG 626 – Decreto n. 44, de 02 de abril de 1895 – Dá regulamento para o serviço de higiene.

LEG 641 – Decreto n. 1.240A, de 31 de dezembro de 1907 – Expede regulamento da Diretoria de Higiene do estado do Rio Grande do Sul.

LEG 665 – Decreto n. 2.690, de 04 de dezembro de 1920 – Manda observar no exercício de 1921, de conformidade com a respectiva lei do orçamento, as tabelas da despesa ordinária.

LEG 668 – Decreto n. 2.891, de 08 de dezembro de 1921 – Manda observar no exercício de 1922, de conformidade com a respectiva lei do orçamento, as tabelas da despesa ordinária.

LEG 680 – Decreto n. 3.554, de 30 de dezembro de 1925 – Manda observar no exercício de 1926, de conformidade com a respectiva lei do orçamento, as tabelas da despesa ordinária.

LEG 683 – Decreto n. 3.783, de 30 de dezembro de 1926 – Manda observar no exercício de 1927, de conformidade com a respectiva lei do orçamento, as tabelas da despesa ordinária.

LEG 685 – Decreto n. 3.937, de 13 de dezembro de 1927 – Manda observar no exercício de 1928, de conformidade com a respectiva lei do orçamento, as tabelas da despesa ordinária.

LEG 688 – Decreto n. 4.211, de 04 de dezembro de 1928 – Manda observar no exercício de 1929, de conformidade com a respectiva lei do orçamento, a tabela da despesa ordinária da Saúde Pública.

ROCKEFELLER ARCHIVE CENTER – RAC

Rose to Hackett, April 26, 1917 (RAC, RF, RG 1.1, Series 305H, Sub-Series H, Box 15, Folder 133)

Lutz to Rose, December 05, 1911 (RAC, RF, RG 5, Series 1.2 Correspondence, Sub-Series 305 Brazil, Box 6, Folder 92)

Brazil, Medical Commission, January 25, 1916 (RAC, RF, RG 1.1 – Projects, Series 305 – Brazil, Sub-Series A (Medical Sciences), Box 2, Folder 15)

To whom it may concern, January 21, 1916 (RAC, RF, RG 5, Series 1, Sub-Series 2 – 1916 – 305 Brazil, Box 28, Folder 434)

Alphabetical list of cards, people interviewed etc., during visit of Medical Commission to Brazil. January 22 – May 6, 1916. Revised Feb. 1917 (RAC, RF, RG 5, Series 1 – Correspondence, Sub-Series 2 – Projects, 1916 – 305 Brazil, Box 28, Folder 434)

Doctor Bailey K. Ashford's Report of the Medical Expedition to Brazil in 1916, and the official diary kept during the course of the investigation (RAC, RF, RG 1.1 – Projects, Series 305 – Brazil, Sub-Series A – Medical Sciences, Box 2, Folder 15)

John A. Ferrell to His Excellency, The President of the State of Rio de Janeiro, March 12, 1916 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 111, Folder 1432)

Lewis Wendell Hackett (RAC, RF, RG Special Collection – Lewis Hackett, Series 6.2 – 6.6 Biographical Information, Box 23, Folder 206)

Curriculum Vitae (RAC, RF, RG Special Collection – Lewis Hackett, Series 6.2 – 6.6 Biographical Information, Box 23, Folder 206)

No. 7537, Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil from November 22, 1916, to December 31, 1919 (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 Brazil, Box 24, Folder 147)

Brazil (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 111, Folder 1432)

No. 7597, Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil from November 22, 1916, to December 31, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438)

No. 7339, Report on Work for the Relief and Control of Uncinariasis in Brazil for the year ending December 31, 1917 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 111, Folder 1432)

Notes on Organization of the IHB Work in Brazil, April 28, 1919 (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 – Brazil, Box 24, Folder 144)

Brazil – Extent of Operations (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438)

Hackett to Rose, July 10, 1918 (RAC, RF, RG 1.1, Series 305H, Sub-Series H, Box 15, Folder 134)

Agreement between the State of Minas Geraes and the International Health Board of the Rockefeller Foundation in Brazil (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 111, Folder 1433)

Agreement between the International Health Board and the State of Maranhão (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 11, Folder 1433)

Brazil, Hookworm Reports, 1920 Annual (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438)

No. 7468, Report on Hookworm Infection Survey of the State of São Paulo, Brazil, from December 1, 1917, to February 28, 1918. J. L. Hydrick, M. D., State Director in Charge (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 – Brazil, Box 23, Folder 139)

Report on Work for the Relief and Control of Hookworm in Brazil for the quarter ending June 30th, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1439)

Annual Report for Brazil, January 1st to December 31st, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1440)

Notes on the Work for the Relief and Control of Uncinariasis in Brazil during the quarter ending June 30, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1437)

No. 7469, Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil from November 22, 1916, to December 31, 1918 (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 – Brazil, Box 24, Folder 148)

Folder on hookworm disease for free distribution (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 111, Folder 1432)

Hackett to Rose, December 6, 1918 (RAC, RF, RG 1.1, Series 305, Sub-Series H, Box 111, Folder 134)

Hackett to Rose, 15th October, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 1, Sub-Series 2 – 1920 – Brazil – 305, Box 95, Folder 1307)

Hackett to Rose, 27th June, 1921 (RAC, RF, RG 1 – Correspondence, Sub-Series 2 – Project – 305 Brazil – Hackett, L. W. (July – December), Box 113, Folder 1535)

Hackett to Penna, June 23, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1439)

Preliminary Report on Work for the Relief and Control of Hookworm in Brazil for the year ending December 31, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1439)

Report on Work for the Relief and Control of Uncinariasis in Brazil from January 1st to December 31st, 1918 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 111, Folder 1434)

Emprego do oleo de chenopodio. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 03 de fevereiro de 1922. (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 – Brazil, Box 24, Folder 144)

Hackett to mother, September 1, 1917 (RAC, RF, RG – Special Collection – Lewis Hackett, Series 1.3 – Correspondence, Box 8C, Folder 1917 – Hackett, L.W., Correspondence, Personal, July, 1912 – December, 1919)

Hackett to Russel, July 18, 1922 (RAC, RF, RG 5, Series 1, Sub-Series 2, Box 135, Folder 1795)

Hackett to mother, July 23, 1919 (RAC, RF, RG Special Collection, Lewis Hackett, Series 1.3 – Correspondence, Box 8C, Folder 1918-1919)

Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil for the quarter ending September 30, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1437)

Report on Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Brazil for the quarter ending September 30, 1919 – Appendix no. I – Invitation from the Government of the State of Rio Grande do Sul (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1435)

Hackett to Rose, August 1, 1919 (RAC, RF, RG 5, Series 1, Sub-Series 2 – Project, Box 78, Folder 1110)

Annual Report, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438)

Annual Report for Brazil, January 1st to December 31st, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1438)

Brazil, Hookworm Reports 1920, Quarterly (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1437)

Report on Hookworm Infection Survey of the State of Rio Grande do Sul from March 21st, 1920 to July 16th, 1920. By Zenha Machado (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 Brazil, Box 25, Folder 149)

Report on Work for the Relief and Control of Hookworm in Brazil for the quarter ending March 31, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 3, Sub-Series 305H – Brazil, Box 112, Folder 1439)

The insignificant value of third treatments with chenopodium oil during intensive hookworm campaigns, by Doctor Nelson C. Davis (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 – Brazil, Box 23, Folder 135)

Hookworm infection as influenced by the wearing of shoes, by Nelson C. Davis (RAC, RF, Collected Papers by Members of the Staff of the International Health Board, v. II, 1925, p. 81-86)

Special hookworm report – number two – B – Results of treatment with a mixture of carbon tetrachloride and oil of chenopodium in the treatment of hookworm disease. Ilha dos Marinheiros – Rio Grande do Sul, by Dr. Nelson C. Davis and Dr. Waldemar Luiz Rocha (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 – Brazil, Box 25, Folder 151)

Experience with the stool egg counting method in an area lightly infested with hookworm, by Nelson C. Davis, M.D. (RAC, RF, Collected Papers by Members of the Staff of the International Health Board, v. I, 1924)

Translation – Instituto de Hygiene de Pelotas, July 9th, 1923 (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 – Brazil, Box 24, Folder 143)

The Instituto of Hygiene of Pelotas, by Doctor Nelson C. Davis (RAC, RF, RG 5, Series 2, Sub-Series 305 – Brazil, Box 24, Folder 143)

Hackett to Pearce, Pará, December 17, 1919 (RAC, RF, RG 5, Series 1 – Correspondence, Sub-Series 2 – Project, Box 78, Folder 1110)

Hackett to Wells, 5th January, 1921 (RAC, RF, RG 5, Series 1, Sub-Series 2 – Project, 305 Brazil – Hackett, L. W. (July-December), Box 113, Folder 1534)

Heiser to Hackett, January 7, 1920 (RAC, RF, RG 5, Series 1, Sub-Series 2 (1920 – 305 Brazil), Box 95, Folder 1307)

Hackett to Russel, July 18, 1922 (RAC, RF, RG 5, Series 1, Sub-Series 2 – Projects, Box 135, Folder 1795)

CASTRO, Fernando Freitas e (RAC, RF, RG 10.2 Fellowship Cards, Series CASTRO, Fernando Freitas e)

Medical Commission to Brazil – February to May, 1916. View of the dispensary from the rear (RAC, RF, RG 1.1, Series 305 Brazil H, Box 66, Folder 1483)

American and Brazilian Doctors in Brazil (RAC, RF, RG 1.1, Series 305H – Brazil, Box 66, Folder 1484)

Demonstration Post, Ilha do Governador, Federal District, Brazil (RAC, RF, RG 1.1, Series 305H – Brazil, Box 66, Folder 1483)

Worms recovered from nine-year-old boy as result of one treatment with oil of chenopodium (RAC, RF, RG 1.1, Series 305H – Brazil, Box 66, Folder 1483)

THE ROCKEFELLER FOUNDATION

The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1918. Disponível em: <<http://rockefellerfoundation.org/about-us/annual-reports>>.

The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1920. Disponível em: <<http://rockefellerfoundation.org/about-us/annual-reports>>.

The Rockefeller Foundation, Annual Report, 1922. Disponível em: <<http://rockefellerfoundation.org/about-us/annual-reports>>.

DEPARTAMENTO DE ARQUIVO E DOCUMENTAÇÃO – CASA DE OSWALDO CRUZ – COC, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

Annual Appropriation and Expenditures of International Health Board in Each State of Brazil for the Period 1916-1922 Inclusive (COC/Fiocruz, FR, Doc. 014)

No. 7502, Observation on Public Health Situation and Work of the International Health Board in Brazil, by Wickliffe Rose, General Director, October 25, 1920 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 018)

The Plan and Progress of County Health Work in Brazil, September, Fifth, 1923 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 034)

Progress Reports [1923] (COC/Fiocruz, FR, Doc. 037)

Annual Report for Brazil, January 1st to December 31st, 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 022)

International Health Board, Rockefeller Foundation, General Regulations for Brazil – 4/11/1918, Local Rules and Regulations for Brazil – Part IV (COC/Fiocruz, FR, Doc. 014A)

Report on the Work in Brazil for the quarter ending March 31, 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 024)

Report on the Work in Brazil for the quarter ending June 30th, 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 024)

Report on the Work in Brazil for the quarter ending September 30th, 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 024)

Complete Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Montenegro, State of Rio Grande do Sul, 1st December 1920 – 31st December 1922 (COC/Fiocruz, FR, Doc. 024)

Complete Work for the Relief and Control of Hookworm Disease in Torres, State of Rio Grande do Sul, 4th March, 1921 – 27th February, 1922 (COC/Fiocruz, Doc. 024)

[Report] (COC/Fiocruz, FR, Doc. 041)

[Report 1924] (COC/Fiocruz, FR, Doc. 050)

PENNA, Belisário. *Minas e Rio Grande do Sul: Estado da Doença, Estado da Saúde*. Rio de Janeiro: Revista dos Tribunais, 1918.

COLEÇÃO PARTICULAR DE JOÃO BAPTISTA TEIXEIRA DA SILVA

O Progresso, Montenegro, 02 de junho de 1921.

O Progresso, Montenegro, 06 de abril de 1922.

U.S. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE – NLM

Alan Gregg's Brazil diary, April 1919 – 21 November 1920 (MS C 190). Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov/ps/browse/ResourceResult/TYPE/Diaries/CID/FS/sort/chron>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

MUSEU DE HISTÓRIA DA MEDICINA DO RIO GRANDE DO SUL – MUHM

Missão Rockefeller [sic]. *Archivos Rio-Grandenses de Medicina*, Porto Alegre, ano 1, n. 2, p. 58, mar. 1920. Disponível em: <http://muhm.org.br/admin/files_db/ati_280.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2010.

DI PRIMIO, Raul. Impaludismo e anofelinas do Rio Grande do Sul. *Archivos Rio Grandenses de Medicina*, Porto Alegre, ano xvii, n. 5, p. 201-241, maio 1938. Disponível em: <http://muhm.org.br/admin/files_db/ati_232.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2010.

BIBLIOTECA NACIONAL – BN

HACKETT, Lewis. Os cinco anos da comissão Rockefeller no Brazil. *Revista Médico-Cirúrgica do Brazil*, ano XXIX, n. 8, p. 336-349, ago. 1921.

BIBLIOTECA DA UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS

CARVALHO, Euclides de Castro. *O Estado Sanitario do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Livraria do Globo, 1927.

BIBLIOTECA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL – FAMED/UFRGS

FREITAS E CASTRO, Fernando de. Organização Sanitaria do Brasil e Reforma dos Serviços Sanitarios do Rio Grande do Sul. *Revista dos Cursos*, ano XIX, n. 19, p. 156-184, 1933.

FAILLACE, Jandyr Maya. Prof. Fernando de Freitas e Castro. *Arquivos do Departamento Estadual de Saúde*, Porto Alegre, v. 2, p. 131-132, 1941.

BIBLIOTECA DA UNIVERSIDADE DE YALE

The Rockefeller Foundation. *Directory of Fellowships and Scholarships (1917-1970)*. Nova York: The Rockefeller Foundation, 1972.

BIBLIOTECA DA UNIVERSIDADE DA CALIFÓRNIA

ROSE, Wickliffe. *Hookworm Infection in Foreign Countries*. Washington: Offices of The Sanitary Commission for the Eradication of Hookworm Disease, 1911.

MUSEU HISTÓRICO VISCONDE DE SÃO LEOPOLDO

A Época, São Leopoldo, 21 de outubro de 1922.

A Época, São Leopoldo, 02 de setembro de 1922.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, Janete Silveira. *Banalização da morte na cidade calada: a hespanhola em Porto Alegre*, 1918. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009.

ALVES, Gabrielle Werenicz. *Políticas de saúde pública no Rio Grande do Sul: continuidades e transformações na Era Vargas (1928-1945)*. Dissertação (Mestrado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

ARMUS, Diego. Disease in the Historiography of Modern Latin America. In: ARMUS, Diego (Ed.). *Disease in the History of Modern Latin America: from malaria to AIDS*. Durham: Duke University Press, 2003, p. 1-24.

_____. Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América latina moderna. In: ARMUS, Diego (Comp.). *Avatares de la medicalización en América latina (1870-1970)*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005, p. 13-40.

BACELLAR, Carlos. Uso e mau uso dos arquivos. In: PINSKY, Carla Bassanezi (Org.). *Fontes Históricas*. São Paulo: Contexto, 2005, p. 23-79.

BALBACH, Alfons. *A Flora Nacional na Medicina Doméstica*, v. 3. 11. ed. São Paulo: Edições “A Edificação do Lar, [s.d].

BENCHIMOL, Jaime Larry. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 265-292, 2000.

_____. Adolpho Lutz: um esboço biográfico. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 13-83, jan./abr. 2003.

BIRN, Anne-Emanuelle. Revolution, the Scatological Way: The Rockefeller Foundation’s Hookworm Campaign in 1920s Mexico. In: ARMUS, Diego (Ed.). *Disease in the History of Modern Latin America: from malaria to AIDS*. Durham: Duke University Press, 2003, p. 158-182.

_____. *Marriage of convenience: Rockefeller International Health and revolutionary Mexico*. Rochester: University of Rochester Press, 2006.

BRANNSTROM, Christian. A Fundação Rockefeller e a campanha de erradicação da ancilostomíase em São Paulo (1917-1926). *Revista de História Regional*, v. 15, n. 2, p. 10-48, Inverno, 2010.

BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 24 de fevereiro de 1891. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao91.htm. Acesso em: 27 jul. 2010.

BRITO, Nara Azevedo de. La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na cidade do Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 11-30, mar./jun. 1997.

BROWN, Theodore M.; CUETO, Marcos; FEE, Elizabeth. A transição de saúde pública 'internacional' para 'global' e a Organização Mundial da Saúde. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 623-647, jul./set. 2006.

CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 877-906, jul./set. 2007.

CAMPOS, Maria do Carmo; D'AZEVEDO, Martha Geralda Alves. *Protasio Alves e o seu tempo (1859-1933)*. Porto Alegre: Já Editores, 2006.

CARVALHO, José Murilo de. *Os bestializados: o Rio de Janeiro e a República que não foi*. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1997.

_____. O Positivismo Brasileiro e a Importação de Idéias. In: GRAEBIN, Cleusa Maria Gomes; LEAL, Elisabete (Orgs.). *Revisitando o Positivismo*. Canoas: Editora La Salle, 1998, p. 13-27.

_____. *Pontos e Bordados: escritos de história e política*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

_____. O pecado original da República. *Revista de História da Biblioteca Nacional*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 5, p. 22, nov. 2005.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 193-210, 1985.

_____. Poder, Ideologias e Saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 249-293.

_____; FARIA, Lina Rodrigues de. Os primeiros centros de saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo. *Teoria e Pesquisa*, n. 40 e 41, p.137-181, jan./jul. 2002.

_____; _____. *A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: EDUSF, 2003.

_____; _____. A cooperação internacional e a enfermagem de saúde pública no Rio de Janeiro e São Paulo. *Horizontes*, Bragança Paulista, v. 22, n. 2, p. 123-150, jul./dez. 2004.

_____; _____. O ensino de Saúde Pública no Brasil: os primeiros tempos no Rio de Janeiro. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 291-324, set. 2006.

CONSTANTINO, Núncia Santoro de. Viajantes italianos, saúde e imigração para o Brasil: Buscaglione, Lomonaco, Mantegazza. In: SERRES, Juliane C. Primon; SCHWARTSMANN,

Leonor Baptista (Orgs.). *História da Medicina: instituições e práticas de saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009, p. 241-260.

CORSETTI, Berenice. *Controle e Ufanismo: A Escola Pública no Rio Grande do Sul, 1889/1930*. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 1998.

COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985.

CUETO, Marcos (Ed.). *Missionaries of science: the Rockefeller Foundation and Latin America*. Bloomington: Indiana University Press, 1994.

_____. The cycles of eradication: the Rockefeller Foundation and Latin American public health, 1918-1940. In: WEINDLING, Paul (Ed.). *International health organisations and movements, 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995, p. 222-243.

DICIONÁRIO HISTÓRICO-BIOGRÁFICO BRASILEIRO – Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil – Fundação Getúlio Vargas – FGV. Disponível em: <<http://cpdoc.fgv.br/acervo/dhbb>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

DICIONÁRIO HISTÓRICO-BIOGRÁFICO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE NO BRASIL (1832-1930) – Casa de Oswaldo Cruz – COC. Disponível em: <<http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

EDLER, Flavio Coelho. *A Medicina no Brasil Imperial: clima, parasitas e patologia tropical*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br>>. Acesso em: 13 set. 2012.

ETTLING, John. *The Germ of Laziness: Rockefeller Philanthropy and Public Health in the New South*. Cambridge: Harvard University Press, 1981.

FARIA, Lina Rodrigues de. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1923-30): perspectivas históricas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 561-590, set./dez. 2002.

_____; COSTA, Maria Conceição da. Cooperação Científica Internacional: Estilos de Atuação da Fundação Rockefeller e da Fundação Ford. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 159-191, 2006.

_____. *Saúde e Política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

FARLEY, John. *To cast out disease: a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*. Nova York: Oxford University Press, 2004.

FAUSTO, Boris. *História Concisa do Brasil*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo/Imprensa Oficial do Estado, 2001.

FEE, Elizabeth. *Disease and Discovery: a History of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health, 1916-1939*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1987.

FÉLIX, Loiva Otero. *Coronelismo, borgismo e cooptação política*. 2. ed. rev. ampl. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1996.

FOUCAULT, Michel. *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Tradução de Andrea Daher, consultoria de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. *Microfísica do Poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA – FEE. *De Província de São Pedro a Estado do Rio Grande do Sul – Censos do RS: 1803-1950*. Porto Alegre, 1981.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – Disponível em: <<http://www.fiocruz.br>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

GOMES, Angela de Castro. Escrita de si, escrita da História: a título de prólogo. In: GOMES, Angela de Castro (Org.). *Escrita de si, escrita da história*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004, p. 7-24.

HERSCHMANN, Micael M.; PEREIRA, Carlos Alberto Messeder (Orgs.). *A invenção do Brasil moderno: medicina, educação e engenharia nos anos 20-30*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec/Anpocs, 1998.

_____. Logo ali, no final da avenida: Os sertões redefinidos pelo movimento sanitarista da Primeira República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, p. 217-235, jul. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459701998000400012&Ing=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 nov. 2011.

_____; ARMUS, Diego. Cuidar, controlar, curar em perspectiva histórica: uma introdução. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 11-27.

HOTEZ, Peter J. *et al.* Rescuing the bottom billion through control of neglected tropical diseases. *The Lancet*, v. 373, 02 de maio de 2009. Disponível em: <http://www.who.int/neglected_diseases/Bottom_billion_ntd_control.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2011.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ. Disponível em <<http://www.ioc.fiocruz.br>>. Acesso em: 17 ago. 2010.

KORNDÖRFER, Ana Paula. Ampliando os horizontes das pesquisas em história da saúde: a comparação em estudos sobre a atuação da Fundação Rockefeller. In: HEINZ, Flávio

Madureira (Org.). *Poder, instituições e elites: 7 ensaios sobre comparação e história*. São Leopoldo: Oikos, 2012, p. 169-186.

KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação, 1909-1962*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

KÜHN, Fábio. *Breve história do Rio Grande do Sul*. 3. ed. ampl. Porto Alegre: Leitura XXI, 2007.

KUMMER, Lizete Oliveira. *A medicina social e a liberdade profissional: os médicos gaúchos na Primeira República*. Dissertação (Mestrado em História) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

LE GOFF, Jacques. Uma história dramática. In: LE GOFF, Jacques (Org). *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar, 1985, p. 7-8.

_____. Documento/Monumento. In: LE GOFF, Jacques. *História e Memória*. Campinas, São Paulo: UNICAMP, 2003, p. 525-541.

LIMA, Nísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil: intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Revan/IUPERJ/UCAM, 1999.

_____; HOCHMAN, Gilberto. “Pouca Saúde e Muita Saúva”: sanitarismo, interpretações do país e ciências sociais. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 493-533.

LOBATO, Monteiro. *Mr. Slang e o Brasil e Problema Vital*. 9. ed. São Paulo: Brasiliense, v. 8, 1959. (Obras completas de Monteiro Lobato)

_____. *Urupês*. 2. ed. São Paulo: Globo, 2010.

LOVE, Joseph L. *O Regionalismo Gaúcho e as Origens da Revolução de 1930*. São Paulo: Perspectiva, 1975. Capítulo 5.

LÖWY, Ilana. *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Tradução de Irene Ernest Dias. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. *O papel da Fundação Rockefeller na organização do ensino e da pesquisa na Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931)*. Dissertação (Mestrado em Política Científica) – Universidade de Campinas, Campinas, 1993.

_____. *Norte-americanos no Brasil: uma história da Fundação Rockefeller na Universidade de São Paulo (1934-1952)*. Campinas, São Paulo: Autores Associados, São Paulo: Universidade São Francisco, 2001.

_____. A Fundação Rockefeller e instituições de ensino e pesquisa em São Paulo. Procedimentos, práticas e personagens no campo biomédico: uma análise preliminar (1916-1952). *Horizontes*, Bragança Paulista, v. 22, n. 2, p. 151-158, jul./dez. 2004.

MARQUES, Rita de Cássia. A filantropia científica nos tempos da romanização: a Fundação Rockefeller em Minas Gerais (1916-1928). *Horizontes*, Bragança Paulista, v. 22, n. 2, p. 175-189, jul./dez. 2004.

MATERIAL SAFETY DATA SHEET – Disponível em: <<https://fscimage.fisherci.com>>. Acesso em: 28 set. 2011.

MERTZ, Marli; GRANDO, Marinês Zandavalli; TARGA, Luiz Roberto Pecoits. A Agricultura: A Organização dos Sistemas Agrários. In: BOEIRA, Nelson; GOLIN, Tau (Coord.). *República: República Velha (1889-1930)*. Passo Fundo: Méritos, 2007, v. 3, t. 1, p. 203-223. (Coleção História Geral do Rio Grande do Sul)

MOEHLECKE, Germano Oscar. *São Leopoldo – Retalhos de História*. São Leopoldo: [s.n.], 2000.

MORISON, Samuel Eliot; COMMAGER, Henry Steele; LEUCHTENBURG, William E. *Breve Historia de los Estados Unidos*. México: Fondo de Cultura Económica, 1988.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PALMER, Steven. “O Demônio que se transformou em vermes”: a tradução da saúde pública no Caribe Britânico, 1914-1920. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 571-589, jul./set. 2006.

_____. “Cansancio” y Nación: el combate precoz de los salubristas costarricenses contra la anquilostomiasis. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, v. 5, n. 3, p. 403-412, set./dez. 2009a.

_____. Migrant Clinics and Hookworm Science: Peripheral Origins of International Health, 1840-1920. *Bulletin of the History of Medicine*, v. 83, p. 676-709, 2009b.

_____. *Launching global health: the Caribbean odyssey of the Rockefeller Foundation*. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 2010a.

_____. Toward Responsibility in International Health: Death following Treatment in Rockefeller Hookworm Campaigns, 1914-1934. *Medical History*, n. 54, p. 149-170, 2010b.

PEREIRA NETO, André de Faria. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. *O cotidiano da república: elite e povo na virada do século*. Porto Alegre: Editora da Universidade, 1998.

PIANTA, Dante. *Personalidades Rio-Grandenses*. Porto Alegre: [s.n.], 1962.

PINTO, Celi Regina J. *Positivismo: Um Projeto Político Alternativo (RS: 1889 – 1930)*. Porto Alegre: L&PM, 1986.

PORTAL DA SAÚDE – Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 fev. 2012.

REY, Luís. *Parasitologia: parasitos e doenças parasitárias do homem nas Américas e na África*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001a.

_____. Um século de experiência no controle da ancilostomíase. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberaba, v. 34, n. 1, p. 61-67, jan./fev. 2001b.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa. *História sem fim...* Inventário da saúde pública. São Paulo – 1880-1930. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

RIO GRANDE DO SUL. Constituição Política do Estado do Rio Grande do Sul, de 14 de julho de 1891. Disponível em: <<http://www2.al.gov.br/biblioteca/LinkClick.aspx?fileticket=a2c63QZxmzg%3d&tabid=3107&language=pt-BR>>. Acesso em: 27 jul. 2010.

ROCKEFELLER FOUNDATION. Disponível em: <<http://rockefellerfoundation.org>>. Acesso em: 27 jul. 2010.

ROCKEFELLER ARCHIVE CENTER. Disponível em: <<http://www.rockarch.org>>. Acesso em: 27 jul. 2010.

ROSEN George. *Uma História da Saúde Pública*. Tradução de Marcos Fernandes da Silva Moreira. São Paulo: Hucitec/Editora da UNESP; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

ROSENBERG, Charles E. Framing Disease: Illness, Society, and History. In: ROSENBERG, Chalers E.; GOLDEN, Janet (Eds.). *Framing Disease: Studies in Cultural History*. 2. ed. New Brunswick: Rutgers University Press, 1997, p. xiii-xxvi.

SANGLARD, Gisele Porto. *Entre os salões e o laboratório: filantropia, mecenato e práticas científicas – Rio de Janeiro, 1920-1940*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2005.

SILVEIRA, Éder. Sanear para integrar: a cruzada higienista de Monteiro Lobato. *Estudos Ibero-Americanos*, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 181-200, jun. 2005.

SOUZA, Blau. (Org.). *Médicos (Pr)escrevem: vidas e obras*. Porto Alegre: AGE/AMRIGS/SIMERS, 2001.

STAPLETON, Darwin H. The past and the future of research in the history of science: medicine and technology at the Rockefeller Archive Center. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, nov. 1998/fev. 1999.

THIELEN, Eduardo Vilela *et al.* *A ciência a caminho da roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913*. 1. reimpr. Rio de Janeiro: Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz, 2002.

_____; SANTOS, Ricardo Augusto dos. Belisário Penna: notas fotobiográficas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 387-404, maio/ago. 2002.

UNITING TO COMBAT NEGLECTED TROPICAL DISEASES – Disponível em: <<http://unitingtocombatntds.org>>. Acesso em: 14 fev. 2012.

U.S. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE – Disponível em: <<http://profiles.nlm.nih.gov>>. Acesso em: 31 out. 2011.

VARGAS, Anderson Zalewski. Moralidade, autoritarismo e controle social em Porto Alegre na virada do século 19. In: MAUCH, Cláudia *et al.* *Porto Alegre na virada do século 19: cultura e sociedade*. Porto Alegre/Canoas/São Leopoldo: Ed. Universidade/UFRGS / Ed. ULBRA / Ed. UNISINOS, 1994, p. 25-42.

VIEIRA, Felipe Almeida. “Pelos interesses da classe”: o Sindicato Médico do Rio Grande do Sul e a regulamentação profissional (1931-1939). In: SERRES, Juliane C. Primon; SCHWARTSMANN, Leonor Baptista (Orgs.). *História da Medicina: instituições e práticas de saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009, p. 51-73.

WEBER, Beatriz Teixeira. Positivismo e ciência médica no Rio Grande do Sul: a Faculdade de Medicina de Porto Alegre. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, nov. 1998/fev. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01045970199900010000&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 ago. 2010.

_____. *As artes de curar: Medicina, Religião, Magia e Positivismo na República Rio-Grandense – 1889/1928*. Santa Maria: Ed. da UFSM; Bauru: EDUSC – Editora da Universidade do Sagrado Coração, 1999.

_____. Médicos e charlatanismo: uma história de profissionalização no Sul do Brasil. In: SILVA, Mozart Linhares da (Org.). *História, medicina e sociedade no Brasil*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003, p. 95-128.

_____. Fragmentos de um Mundo Oculto: práticas de cura no sul do Brasil. In: HOCHMAN, Gilberto; ARMUS, Diego (Orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 157-215.

_____. Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. In: WEBER, Beatriz Teixeira; SERRES, Juliane C. Primon (Orgs.). *Instituições de Saúde de Porto Alegre – Inventário*. Porto Alegre: Ideograf, 2008, p. 43-46.

ZENI, Maurício. Positivismo. In: VAINFAS, Ronaldo (Dir.). *Dicionário do Brasil Imperial (1822-1889)*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002, p. 585-586.

APÊNDICE A

O Brasil e as bolsas de estudos concedidas pela Fundação Rockefeller: um breve panorama

Vários são os autores, como apontamos no texto, que destacam o elevado número de bolsas concedidas pela Fundação Rockefeller ao Brasil no contexto latino-americano.⁷⁵² A tabela abaixo, elaborada por Marcos Cueto, corrobora esta informação:

TABELA 1 – Número de bolsas (*Fellowships*, *Scholarships* e *Training Awards*) concedidas pela Fundação Rockefeller a latino-americanos, 1917-1962

	Agricultural and Natural Sciences	Medical, Health, and Population Sciences*	Humanities and Social Sciences	Total
Argentina	39	77	11	127
Bolívia	9	6	1	16
Brasil	140	274	29	443
Chile	58	120	36	214
Colômbia	100	138	26	264
Costa Rica	16	15	2	33
Cuba	1	12	3	16
República Dominicana	0	5	0	5
Equador	11	16	1	28
El Salvador	0	21	0	21
Guatemala	9	14	0	23
Honduras	7	0	0	7
México	198	114	47	359
Nicarágua	5	15	0	20
Peru	50	34	5	89
Porto Rico	0	2	12	14
Uruguai	16	12	2	30
Venezuela	5	5	2	12
Total	664	880	177	1721

*Inclui a *International Health Division*, a *Medical e Natural Sciences Divisions*. Fonte: Latin American Awards, 7-17-1963, RFA, RG 1.2, Series 300, Box 2, Folder 8, RAC apud CUETO, 1994, p. xi. Grifos nossos.

⁷⁵² Afirmações neste sentido podem ser encontradas em FARIA, 2007; LÖWY, 2006 e CUETO, 1994, por exemplo.

Como é possível observar, o Brasil recebeu uma importante parcela das bolsas concedidas pela Fundação Rockefeller a latino-americanos entre os anos de 1917 e 1962: do total de 1721 bolsas distribuídas entre Ciências Agrícolas e Naturais (664 bolsas); Ciências Médicas, da Saúde e da População (880 bolsas), e Humanidades e Ciências Sociais (177), o país recebeu 443 bolsas, ou seja, quase 26% (25,7%) do total. O México, o segundo colocado, recebeu 359 bolsas (20,8%). Quando consideramos exclusivamente as bolsas relacionadas à área da saúde (Ciências Médicas, da Saúde e da População), esta percentagem é ainda maior: 31% (274 bolsas) de um total de 880 bolsas.

Outro indicativo da relevância do número de bolsas de estudos concedidas a pesquisadores e profissionais que atuavam no Brasil, não apenas no contexto latino-americano, mas também no contexto mundial, pode ser encontrado através da análise das informações disponíveis no Diretório de bolsas concedidas pela Fundação Rockefeller entre 1917 e 1970: *Directory of Fellowships and Scholarships (1917-1970)*.⁷⁵³ O Diretório apresenta informações sobre aproximadamente 9500 bolsistas, distribuídos entre dezenas de países do mundo, dos quais 498 aparecem como residentes no Brasil no momento em que receberam as bolsas de estudos, ou seja, 5,24% do total. Estes 498 bolsistas receberam 516 bolsas de estudos (18 bolsistas receberam duas bolsas cada um) distribuídas entre mais de uma dezena de programas da Fundação, incluindo a *International Health Board*.

TABELA 2 – Bolsas de estudos concedidas pela Fundação Rockefeller a profissionais e pesquisadores que atuavam no Brasil (1917-1970) – Distribuição por programas

Programa da Fundação Rockefeller	Período de Vigência do Programa	Número de Bolsas para o Brasil
International Health Board/Division	1917-1951	92
Division of Medical Education	1919-1929	20
Medical Sciences	1929-1951	26

⁷⁵³ Os dados referentes às bolsas do *International Health Board* concedidas a profissionais que atuavam no Brasil foram organizados a partir das informações disponíveis em The Rockefeller Foundation. *Directory of Fellowships and Scholarships (1917-1970)*. Nova York: The Rockefeller Foundation, 1972 (Biblioteca da Universidade de Yale, Estados Unidos). O Diretório apresenta informações sobre aproximadamente 9.500 bolsistas, dos quais 498 são apontados como residentes no Brasil quando receberam a bolsa (*Country of residence at time of award*), informação considerada para organizar os dados referentes ao Brasil. As informações sobre os bolsistas apresentadas no Diretório são as seguintes: 1. *Name* [sobrenome e nome], 2. *Country of residence at time of award*, 3. *Date and country of birth*, 4. *Academic degree held at time of award with name of granting institution and date*, 5. *Institution where employed or studying at time of award*, 6. *Foundation program designation and dates of award*, 7. *Country of study*, 8. *Degree received during award with name of granting institution and date* e 9. *Field of study*.

Natural Sciences	1929-1951	43
Social Sciences	1929-1962	11
Humanities	1929-1962	15
Medicine and Public Health	1951-1955	17
Natural Sciences and Agriculture	1951-1955	44
Agriculture	1955-1959	34
Biological and Medical Research	1955-1959	28
Medical Education and Public Health	1955-1959	23
Agricultural Sciences	1959-1970	42
Medical and Natural Sciences	1959-1970	83
Humanities and Social Sciences	1962-1970	7
Latin American Scholarship Program in Agriculture		31
TOTAL		516

Fonte: Tabela elaborada a partir das informações disponíveis em The Rockefeller Foundation. *Directory of Fellowships and Scholarships (1917-1970)*. Nova York: The Rockefeller Foundation, 1972 (Biblioteca da Universidade de Yale).

No que se refere especificamente às bolsas de estudos distribuídas pela *International Health Board* entre 1917 e 1951, ano em que as atividades da divisão internacional de saúde da Fundação foram encerradas, o número de bolsas concedidas a profissionais e pesquisadores que atuavam no Brasil também é bastante significativo: de um total de 2056 bolsas distribuídas a profissionais de mais de 80 países, 92 (4,4%) foram concedidas a profissionais que atuavam no país.

Este número pode, à primeira vista, parecer pequeno, o que torna necessária aqui uma observação. Do total de 2056 bolsas, distribuídas entre 1990 bolsistas (64 bolsistas receberam duas bolsas cada um e um recebeu três), 622 (30,2%) foram concedidas a profissionais que atuavam nos Estados Unidos; 207 (10%), a profissionais que atuavam no Canadá e 114 (5,5%), a profissionais que atuavam na Índia. O Brasil, com suas 92 bolsas (4,4%), ocupou o quarto lugar em uma lista composta, recordemos, por mais de 80 países. Somadas as bolsas recebidas por profissionais que atuavam nos Estados Unidos, no Canadá, na Índia e no Brasil, obteremos um total de 1035 bolsas distribuídas a profissionais que atuavam em quatro países, ou seja, mais da metade das bolsas (50,1%). O México, segundo país latino-americano em número de bolsas concedidas pelo *International Health Board*, ocupou o 6º lugar na tabela geral, com 68 bolsas (3,3%), seguido pela Venezuela, em 8º, com 44 bolsas (2,1%).

TABELA 3 – Distribuição das bolsas da *International Health Board/ Division* por países* (1917-1951)

País	Número de Bolsas
Estados Unidos (United States)	622
Canadá (Canada)	207
Índia (India)	114
Brasil (Brazil)	92
Iugoslávia (Yugoslavia)	74
México (Mexico)	68
Japão (Japan)	49
Venezuela (Venezuela)	44
Filipinas (Philippines)	41
Espanha (Spain)	40
Chile (Chile)	38
Turquia (Turkey)	35
Finlândia (Finland)	33
Grécia (Greece)	31
Noruega (Norway)	29
Colômbia (Colombia)	29
Itália (Italy)	28
Porto Rico (Puerto Rico)	25
Dinamarca (Denmark)	24
Jamaica (Jamaica)	24
China (China)	23
Panamá (Panama)	22
França (France)	21
Peru (Perú)	21
Ceilão (Ceylon)	19
Portugal (Portugal)	17
Suécia (Sweden)	17
Coreia (Korea)	15
Equador (Ecuador)	13
Costa Rica (Costa Rica)	13
Nicarágua (Nicaragua)	12
Irlanda (Ireland)	12
Áustria (Austria)	11
Guatemala (Guatemala)	10
Reino Unido (United Kingdom)	9
Egito (Egypt)	9
Suíça (Switzerland)	9
El Salvador (El Salvador)	9
Argentina (Argentina)	9
Sião (Siam)	8
Austrália (Australia)	8
Alemanha Ocidental (West Germany)	7
Holanda (Netherlands)	7
Bolívia (Bolivia)	7
Bélgica (Belgium)	6
Fiji (Fiji)	6

Tchecoslováquia (Czechoslovakia)	5
Hungria (Hungary)	5
República Dominicana (Dominican Republic)	5
Uruguai (Uruguay)	5
Java (Java)	5
Polônia (Poland)	4
Islândia (Iceland)	4
Paraguai (Paraguay)	3
Haiti (Haiti)	3
Líbano (Lebanon)	3
Liga das Nações (League of Nations)	3
Nova Zelândia (New Zeland)	3
Taiwan (Taiwan)	3
Nigéria (Nigeria)	3
Albânia (Albania)	2
Ilhas Windward (Windward Islands)	2
Assentamentos Estreitos (Straits Settlements)	2
Iran (Iran)	2
Ilhas Leeward (Leeward Islands)	2
Palestina (Palestine)	2
Uganda (Uganda)	2
Honduras (Honduras)	2
Alemanha (Germany)	2
União Sul Africana (Union of South Africa)	1
Bulgária (Bulgaria)	1
Ilhas Virgens (Virgin Islands)	1
Coreia do Sul (South Korea)	1
Afeganistão (Afghenistan)	1
Chipre (Cyprus)	1
Estados Federados da Malásia (Federated Malay States)	1
Trinidad	1
Ilhas Salomão (British Solomon Islands)	1
Guiana Britânica (British Guiana)	1
Barbados (Barbados)	1
Bahamas (Bahamas)	1
Nações Unidas (United Nations)	1
Paquistão (Pakistan)	1
Cuba (Cuba)	1
Honduras Britânica (British Honduras)	1
Ilhas Maurício (Mauritius)	1
Total	2056

*Lista inclui a Liga das Nações e as Nações Unidas.

Fonte: Tabela elaborada a partir das informações disponíveis em The Rockefeller Foundation. *Directory of Fellowships and Scholarships (1917-1970)*. Nova York: The Rockefeller Foundation, 1972 (Biblioteca da Universidade de Yale).

A saúde pública foi a área de estudos que concentrou a grande maioria (praticamente três quartos) das bolsas concedidas pela *International Health Board*: 1539 bolsas ou aproximadamente 74,8%. A segunda área de estudos no que se refere à concessão de bolsas foi a da enfermagem, com 427 bolsas (aproximadamente 20,7%), seguida pelas ciências biológicas, com 46 bolsas (aproximadamente 2,2%) e pela medicina, com 32 (aproximadamente 1,5%). As demais bolsas (12 ou aproximadamente 0,5%) foram concedidas para a realização de estudos em áreas como engenharia sanitária, química, virologia e estatística.⁷⁵⁴

No que se refere especificamente à área de estudos dos bolsistas brasileiros, mais de 50% das bolsas foi concedida para a realização de formação em saúde pública: 49 das 92 bolsas (53%).⁷⁵⁵ A enfermagem, por sua vez, também foi uma importante área de formação de profissionais brasileiros, com 31 das 92 bolsas (33,6%) sendo concedidas para realização de estudos nesta área. As bolsas restantes foram concedidas para a realização de estudos nas áreas da medicina (oito bolsas ou 8,6%) e das ciências biológicas (quatro bolsas ou 4,3%).

⁷⁵⁴ Em alguns casos, a área de estudos indicava a combinação de duas áreas, como saúde pública e ciências biológicas, por exemplo. Nestes casos, consideramos a área com maior número de bolsas. É importante destacar, porém, que essas combinações corresponderam a apenas 19 bolsas: saúde pública e ciências biológicas, 15 bolsas (consideradas bolsas em saúde pública); química e ciências biológicas, uma bolsa (considerada bolsa em ciências biológicas); saúde pública e engenharia sanitária, uma bolsa (considerada bolsa em saúde pública); e medicina e saúde pública, duas bolsas (consideradas bolsas em saúde pública).

⁷⁵⁵ Foi incluída aqui uma bolsa que abrangia duas áreas de estudos: saúde pública e ciências biológicas.

APÊNDICE B

QUADRO – Bolsistas da *International Health Board/Division* que atuavam no Brasil (1917-1951)

Nome do Bolsista	Vínculo Institucional Quando Recebeu a Bolsa	Área de Estudo	País e Período de Estudo
Alcantara, Glete de	Universidade de São Paulo	Enfermagem	Canadá: 1941-1945
Almeida, Aristides Paz de	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos: 1937-1938
Almeida, Antonio Ferreira de, Junior	Universidade de São Paulo	Saúde Pública	Brasil: 1922-1924
Alves, Celia Peixoto	Departamento Nacional de Saúde	Enfermagem	Estados Unidos: 1928-1930
Amado, Zulema Lima Castro	Hospital São Francisco de Assis	Enfermagem	Estados Unidos: 1925-1926
Amaral, Afranio Pompilio Bastos do	Universidade de São Paulo	Saúde Pública	Estados Unidos: 1922-1924 (Universidade de Harvard)
Andrade, Jose Amaro Lessa de	Departamento de Saúde Pública, Pernambuco	Saúde Pública	Estados Unidos: 1926
Antunes, Paulo Cesar de Azevedo	Universidade de São Paulo	Saúde Pública	Estados Unidos: 1941-1943 (Universidade Johns Hopkins)
Araujo, Eduardo Lins Ferreira de	Departamento Estadual de Saúde, Bahia	Saúde Pública	Estados Unidos: 1926-1927
Araujo, Luiza Antonia de Barros Thenn	Hospital São Francisco de Assis	Enfermagem	Estados Unidos: 1925-1927
Barretto, Antonio Luiz de Barros	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos: 1921-1922 (Universidade Johns Hopkins)
Barretto, Joao de Barros	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos: 1924-1925
Bica, Alfredo Norberto	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos: 1938-1939 (Universidade de Harvard)
Borges-Vieira, Francisco	Universidade de São Paulo	Saúde Pública e Ciências Biológicas	Estados Unidos: 1918-1920 (Universidade Johns Hopkins)
Brito, Oscar Pereira de	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos: 1926-1927
Cabral, Iracema dos Santos	Departamento Nacional de Saúde	Enfermagem	Estados Unidos: 1927-1928
Calazans, Sebastiao	Instituto Bacteriológico, São	Saúde Pública	Estados Unidos: 1920-1922

	Paulo			
Candau, Marcolino Gomes	Departamento Estadual de Saúde, Rio de Janeiro	Saúde Pública	Estados Unidos: 1940-1941 (Universidade Johns Hopkins)	
Castilho, Jose Alves de, Junior	Departamento Estadual de Saúde, Minas Gerais	Saúde Pública	Estados Unidos: 1919-1920	
Castro, Almir Godofredo de Almeida	Instituto Oswaldo Cruz	Saúde Pública	Estados Unidos: 1940-1941 (Universidade Johns Hopkins)	
Castro, Fernando Freitas e	Departamento Estadual de Saúde, Rio Grande do Sul	Saúde Pública	Estados Unidos: 1922-1923	
Chagas, Agnes Waddell	Serviço Especial de Saúde Pública, Rio de Janeiro	Enfermagem	Canadá: 1945-1946	
Chagas, Carlos Pinheiro	Universidade de Minas Gerais	Medicina	Estados Unidos: 1917-1919	
Christovao, Dacio de Almeida	Universidade de São Paulo	Ciências Biológicas	Estados Unidos: 1944-1945 (Universidade Johns Hopkins)	
Continentino, Lincoln de Campos	Universidade de Minas Gerais	Saúde Pública	Estados Unidos: 1927-1929	
Costa, Aurora Gipsofila de Afonso	Universidade do Brasil	Enfermagem	Estados Unidos: 1937-1938	
Dourado, Haydee Guanais	[Não Consta]	Enfermagem	Canadá: 1941-1942	
Ferreira, Mario Leite Leal	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos: 1930-1932	
Fonseca, Olympio da	Instituto Oswaldo Cruz	Ciências Biológicas	Estados Unidos, França 1920-1922	
Fontenelle, Jose Paranhos	Ministério da Educação e Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos: 1925-1926	
Fraenkel, Edith	Departamento Nacional de Saúde	Enfermagem	Estados Unidos, Canadá: 1922-1925, 1940-1941	
Fraga, Arminio	Departamento Nacional de Saúde	Medicina	Estados Unidos: 1921-1922	
Fragoso, Jorge Dutra	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos: 1922-1923	
Freire, Jose Pericles	Serviço Especial de Saúde	Ciências Biológicas	Estados Unidos: 1948-1949	
Freitas Filho, Lincoln de	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos: 1937-1938 (Universidade Johns Hopkins)	
Gonzaga, Antonio Gaviao	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos: 1922-1923	
Gonzaga, Octavio	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos: 1922-1923	

Guedes, Octavio Carlos Pinto	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos: 1923-1924
Guerner, Nuno	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos, Brasil: 1922-1923, 1923-1924 (Universidade Johns Hopkins)
Hughes, Zilda Almeida Carvalho	Universidade de São Paulo, Serviço Especial de Saúde, São Paulo	Enfermagem	Canadá, Estados Unidos: 1940-1943, 1949-1950
Jardim, Lucia	Instituto de Higiene, São Paulo	Enfermagem	Canadá: 1941-1945
Krisch, Hilda Anna	Universidade do Rio de Janeiro	Enfermagem	Estados Unidos: 1937-1938
Lacorte, Jose G.	Instituto Oswaldo Cruz	Saúde Pública	Estados Unidos: 1945-1946
Lacorte, Olga Campos Salinas	Hospital São Francisco de Assis	Enfermagem	Estados Unidos: 1925-1927
Laemmert, Hugo Widmann, Jr.	Serviço de Febre Amarela da Colômbia	Medicina	Estados Unidos: 1938-1939
Lane, John	Universidade de São Paulo	Medicina	Estados Unidos: 1941-1942
Ledoux, Josette Marie	Toronto General Hospital	Enfermagem	Estados Unidos: 1927-1928
Lessa, Gustavo de Sa	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos: 1923-1925
Leuzinger, Jorge Ribeiro	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos: 1927-1928
Lima, Jose Pedro de Carvalho	Instituto Bacteriológico, São Paulo	Ciências Biológicas	Estados Unidos: 1923-1924
Lima, Yolanda Lindenberg	Universidade do Brasil	Enfermagem	Estados Unidos: 1937-1940
Lobo, Rachel Haddock	Departamento Nacional de Saúde	Enfermagem	Estados Unidos: 1927-1929
Lott, Alaide Duffles Teixeira	Universidade do Rio de Janeiro	Enfermagem	Estados Unidos: 1929-1930
Magalhaes, Aggeu de Godoy	Departamento de Saúde, Pernambuco	Medicina	Estados Unidos: 1929-1930
Magalhaes, Mario	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos: 1927-1928
Maranhao, Sylvia Arcoverde de Albuquerque	Departamento Nacional de Saúde	Enfermagem	Estados Unidos: 1926-1927
Marques, Fabio Vieira	Departamento de Saúde, Minas Gerais	Saúde Pública	Estados Unidos: 1931-1932
Mascarenhas, Rodolfo S.	Departamento Estadual de Saúde Pública [Não Consta o Estado]	Saúde Pública	Estados Unidos: 1944-1945
Mello, Eder Jansen de	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos: 1924-1926

Mello, Iracema dos Guarany's	Departamento Nacional de Saúde	Enfermagem	(Universidade Johns Hopkins)
Miyoshi, Delizeth de Oliveira Cabral	Universidade do Brasil	Enfermagem	Estados Unidos: 1928-1930 Estados Unidos: 1937-1938
Moraes, Arnaldo de	Departamento Nacional de Saúde	Medicina	Estados Unidos: 1927-1928
Moscato, Alexandre Boavista	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos: 1927-1928
Oliveira, Waldomiro de	Ministério de Saúde, São Paulo	Saúde Pública	Estados Unidos: 1922-1923 (Universidade Johns Hopkins)
Pamphiro, Maria de Castro	Departamento Nacional de Saúde	Enfermagem	Estados Unidos: 1926-1927
Paraense, Alayde Borges Carneiro	Universidade do Brasil	Enfermagem	Estados Unidos: 1936-1937, 1937-1938
Perdigão, Telesio	County Health Service, Minas Gerais	Saúde Pública	Estados Unidos: 1927-1928
Pereira, Radcliff Dourado dos Santos	Universidade da Bahia	Enfermagem	Canadá: 1947-1948
Pernambuco, Mario de Almeida	County Health Service, São Paulo	Saúde Pública	Estados Unidos: 1928-1929
Pessoa, Samuel Barnsley	Universidade de São Paulo	Saúde Pública	Brasil: 1922
Pinheiro, Maria Rosa Souza	Instituto de Higiene, São Paulo	Enfermagem	Canadá: 1940-1943
Pinto, Jose Costa	Faculdade de Medicina da Bahia	Saúde Pública	Estados Unidos: 1922-1924 (Universidade Johns Hopkins)
Pinto, Necker	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos: 1938-1939 (Universidade de Harvard)
Piza, Jose de Toledo	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos: 1922-1923
Prado, Maria do Carmo Ribeiro	Hospital São Francisco de Assis	Enfermagem	Estados Unidos: 1925-1926
Rangel, Eurico	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos: 1925-1926
Regis, Maria de Oliveira	Escola de Enfermagem Ana Nery	Enfermagem	Estados Unidos: 1929-1930
Reys, Lais Moura Netto dos	Hospital São Francisco de Assis	Enfermagem	Estados Unidos: 1925-1926
Ribeiro, Benjamin Alves	Instituto de Higiene, São Paulo	Saúde Pública	Estados Unidos: 1931-1933 (Universidade Johns Hopkins)
Souza, Geraldo H. de Paula	Instituto de Higiene, São Paulo	Saúde Pública	Estados Unidos: 1918-1920 (Universidade Johns Hopkins)

Souza-Araujo, Heraclides Cesar de	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos, Extremo Oriente: 1924-1926 (Universidade Johns Hopkins)
Thibau, Ernesto Zeferino da Costa, Junior	Departamento Nacional de Saúde	Saúde Pública	Estados Unidos: 1927-1928
Torres, Alvaro de Lemos	Faculdade de Medicina, São Paulo	Medicina	Estados Unidos: 1919-1921
Torres, Carlos Bastos Magarinos	Instituto Oswaldo Cruz	Medicina	Canadá, Estados Unidos: 1930-1931
Torres, Enoch	Faculdade de Medicina da Bahia	Saúde Pública	Estados Unidos: 1929-1930
Torres, Octavio	Faculdade de Medicina da Bahia	Saúde Pública	Estados Unidos: 1924-1925
Vidal, Zaira Cintra	Departamento Nacional de Saúde	Enfermagem	Estados Unidos: 1927-1929
Waddell, Mary Barhyte	Serviço de Febre Amarela, Rio de Janeiro	Saúde Pública	Estados Unidos: 1948-1949

Fonte: Quadro elaborado a partir das informações disponíveis em The Rockefeller Foundation. *Directory of Fellowships and Scholarships (1917-1970)*. Nova York: The Rockefeller Foundation, 1972 (Biblioteca da Universidade de Yale).

Observações:

Organização da tabela em ordem alfabética por sobrenome. A grafia dos nomes foi mantida conforme Diretório.

Carlos Pinheiro Chagas também recebeu uma bolsa da Divisão de Educação Médica da Fundação Rockefeller (*Division of Medical Education*) entre 1923 e 1924.

Alvaro de Lemos Torres também recebeu uma bolsa da Divisão de Educação Médica da Fundação Rockefeller (*Division of Medical Education*) entre 1919 e 1921.

ANEXO A

PENNA, Belisario. *Amarellão e Maleita*. 2. ed. Rio de Janeiro: Benedicto de Souza, 1928, p. 53-65.

EM RESUMO

O amarellão, também chamado *anceflostomose*, *uncinariose*, *opilação*, *cansaço*, *anemia*, *cangaço* e *mal da terra*, é uma doença muito grave, espalhada em todo o Brasil, onde infelicita 80 pessoas em cada 100 das classes trabalhadoras.

É uma doença causada por uns vermes ou lombrigasinha-brancas, redondas, do comprimento de uma agulha de gramophone e da finura de um fio de linha de novello.

Esses vermes têm uma phase da vida na terra e outra no intestino do homem; a primeira quando filhotes: a segunda depois de desenvolvidos.

Os vermes adultos ou crescidos, dentro do intestino, fazem a mucosa, fazendo escorrer sangue pelas feridinhas, e fabricam um veneno que destrói a hemoglobina e os globulos vermelhos do sangue.

Reproduzem-se por ovos, que são lançados com as fezes na terra, onde amadurecem, saindo de cada ovo um filhote ou larva do verme.

Essas larvas entram no corpo das pessoas, ou pela bocca, quando bebem agua e comem alimentos contaminados, ou pela pelle, quando andam de *pé no chão* ou trabalham na terra.

É, portanto, uma doença que *pega* por meio da agua, dos alimentos e da terra polluida por fezes humanas.

É uma doença que enfraquece o corpo, abate a intelligencia, produz a preguiça e o desanimo, envenena e destrói o sangue,



AGUA DE POÇO

As larvas que se desenvolvem no solo, passando para a terra, são muito pequenas e não são visíveis a olho nu. Quando entram no corpo humano, causam a doença conhecida como amarellão. A figura representa essa situação.

Fig. 42

Belisario Penna

HYGIENE PARA O POVO

Amarellão E Maleita


(2ª Edição)

Combater esses dois feijões endêmicos, é educar o povo; sanear o solo, as aguas e a habitação; é praticar a prophylaxia dos climas brasileiros.

Approved e adoptado pela Directoria Geral de Instrução Publica do Estado de S. Paulo

1. edição — 20.000 exemplares
Presente edição — 25.000 exemplares

1928
BENEDICTO DE SOUZA
Rua do Carmo, 43
Rio



AH1999
614.55
P412a



e faz a desgraça de milhões de brasileiros.

É' uma doença que mata, todos os annos, milhares de crianças patrias; que definha e prejudica o desenvolvimento do corpo e da intelligencia de dezenas de milhares de outras, que escapam á morte; que reduz de mais de metade a capacidade de trabalho de milhares de homens, que, por isso, vivem na miseria e victimam-se na cachaca; que é a causa de muitas ulceras e feridas rebeldes, e de muitas doenças chronicas do coração, dos rins, do fígado, do estomago e dos intestinos, que matam annualmente milhares de pessoas.

O *amarrellão* constitue a maior calamidade do Brasil. Emquanto não fór dado combate decisivo a esse mal não conseguirá o paiz prosperar na proporção das suas riquezas naturaes e das modernas conquistas da sciencia.

COMO ACABAR COM ESSA DOENÇA ? COM ESSE TREMENDO FLAGELLO ?

Dando combate decisivo á ignorancia;

Promovendo, por todos os meios, a educação sanitaria do povo, nas escolas, nas fazendas, nas fabricas, nos lares, etc.; e criando a "consciencia sanitaria" nas classes cultas da sociedade;

Impedindo, — pela construção de esgotos e obrigatoriedade das fossas, — a contaminação do solo e das aguas por fezes humanas;

Empregando todos os meios directos e indirectos de generalisação do uso do calçado em todas as classes da sociedade;

Promovendo a cura dos doentes, com assistencia capaz, facilitando-lhes o uso de remedios, que os ha absolutamente efficazes,

AGUA DE FONTE PROTEGIDA

Agua de fonte nuda e mineral e ser protegida como a da figura, para que se conserve pura e sem perigo para a saúde.



Atmosfera impervia e de abrigar fixo fezes, excrementos de humanos nem conseguir fôssa.

Fig. 43

e que os poderes publicos têm o dever imperioso, social, economico e humanitario de collocar ao alcance de toda a gente;

COMO SE MORA NO BRASIL

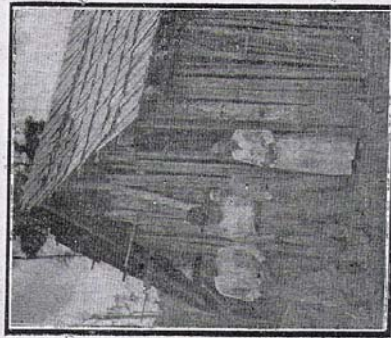


Fig. 44
Casa tosca de madeira (Sta. Catharina)

rídos a installação da *casinha*; que se desentidem dos filhos, deixando-os descalços, ás soltas, pela terra contaminada; que não os educuem no asseo; que não os ensinam a lavar as mãos antes de comer e após as necessidades, a tomar banho geral antes de deitar-se; que não os obriguem a se utilizar da *casinha* para fazer as suas necessidades; que não os ensinam a ter vergonha de fazer isso, ao tempo, como os animaes?

Haverá fazendeiros, industriaes, empreiteiros, etc., lidando com muita gente, que não zelam, no seu proprio interesse, a saúde dos operarios e trabalhadores, installando latrinas convenientes nas habitações e fossas provisorias nos serviços moveis, providenciando efficazmente para que não sejam contaminadas pelas fezes a terra onde trabaham, e a agua de que se utilizam para bebida e demais usos?

Si houver creaturas tão desaturadas, será necessario forçal-as, por lei, com penalidades severas, a executar essas medidas de salvagação publica.

Conhecido o perigo que é para a saúde e vida dos filhos o lançar fezes no chão, haverá paes que continuem a sujar a terra, e consentam que os filhos o façam?

Haverá mães que comhecendo esses factos deixem de exigir dos seus filhos a installação da *casinha*; que se desentidem dos filhos, deixando-os descalços, ás soltas, pela terra contaminada; que não os educuem no asseo; que não os ensinam a lavar as mãos antes de comer e após as necessidades, a tomar banho geral antes de deitar-se; que não os obriguem a se utilizar da *casinha* para fazer as suas necessidades; que não os ensinam a ter vergonha de fazer isso, ao tempo, como os animaes?

Haverá fazendeiros, industriaes, empreiteiros, etc., lidando com muita gente, que não zelam, no seu proprio interesse, a saúde dos operarios e trabalhadores, installando latrinas convenientes nas habitações e fossas provisorias nos serviços moveis, providenciando efficazmente para que não sejam contaminadas pelas fezes a terra onde trabaham, e a agua de que se utilizam para bebida e demais usos?

Si houver creaturas tão desaturadas, será necessario forçal-as, por lei, com penalidades severas, a executar essas medidas de salvagação publica.

Deitar veneno no alimento ou na agua, que alguem tem de beber é um crime nefando, que leva o criminoso á cadeia e o mal-sina no conceito de todo o mundo.

Pois muito mais criminoso é quem defeca no chão. O envenenador mata uma pessoa; o porcalhão prejudica a saude de dezenas, centenas ou milhares de pessoas, muitas das

COMO SE MORA NO BRASIL

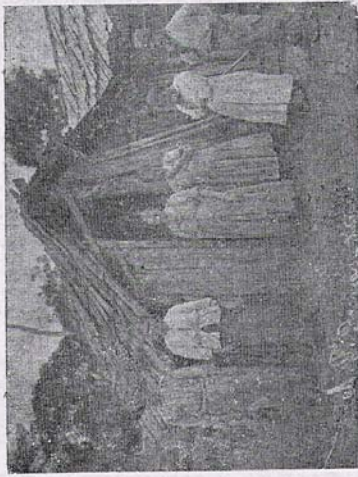


Fig. 45 — Casa de madeira.

quaes vêm a morrer em consequencia do *amarellão* e de outras doenças, que se apanham por causa da terra suja; elle faz a desgraça de innumeradas familias e commette um crime contra a patria.

Ei, conhecendo o povo a causa principal da preguiça e da miseria em que vegeta, quererá ainda fazer o papel de carniceira?

Porque, afinal, o opilado, o individuo atacado de *amarellão*, não é mais do que uma carniça, comida pelos vermes de dentro para fóra. (Fig. 7)

A unica differença é que os bichos varejeiras devoram a carne do animal morto, e os vermes do *amarellão* envenenam o sangue e devoram a carne de gente viva, matam-na, morrem com ella, entregando-a depois á voracidade de outros vermes.

Mais de duas terças partes da população do Brasil estão servindo de pasto aos vermes intestinaes ou da preguiça, são carni-

COMO SE VIVE NO BRASIL

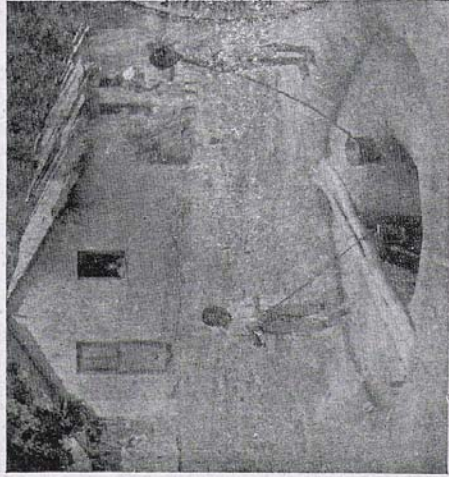


Fig. 46 — A agua para bebida (Suburbio de uma capital do Norte)

ça delles, deixam envenenar-se e aniquilar-se, devido exclusivamente á ignorancia em que vivem do tremendo perigo e do nefando crime que é — *defecar ao tempo*.

D R. O S C A R C L A R K

Clinica medica geral e diabetes em particulas

Telephone C 1974

Rua Republica do Peru', 36 (antiga Assembléa)

Das 15 ás 18 horas

REGRAS QUE DEVEM SER DECORADAS E PRATICADAS POR TODA A GENTE, AFIM DE COMBATER E EXTINGUIR O AMARELLÃO.

Não defecar nem atirar fezes sobre a terra.

* * *

Não deixar de ter em casa uma instalação de latrina, sempre limpa e bem cuidada, ligada á rêde de esgotos, onde houver, ou a uma fossa conveniente, onde não houver rêde de esgotos.

* * *

Em trabalhos no matto ou nas lavouras, cavar um pequeno buraco de um palmo, mais ou menos, e satisfazer nelle a necessidade, cobrindo-o, em seguida, como faz o gato — com a propria terra retirada.

* * *

Quando forem muitos os trabalhadores, em serviço de capina, de derrubada, de preparo da terra ou de colheita, abrir em lugares convenientes, antes de começar o trabalho, um ou mais fossos ou regos com cinco palmos mais ou menos de comprimento, dois ou tres de fundura e a largura de uma enxada, onde todos os trabalhadores farão as suas necessidades.

Esses fossos, conforme o numero de trabalhadores, podem servir durante dois ou tres dias, devendo ser, ao depois, aterrados e socados com a propria terra delles retirada.

* * *

Não se esquecer de lavar as mãos com agua e sabão antes das refeições, logo depois de haver defecado e sempre que pegar em terra, em mãos sujas de outras pessoas, em fructos, verduras e legumes provenientes de lugares suspeitos.

PILULAS 'ANTIANEMICAS'

BELISARIO PENNA

Preçiosa associação ferro-arsenical a substancias vermícidas, destinada a combater com perfeita effieciencia os vermes intestinaes e a anemia causada pelas toxinas que elles segregam.

A sua completa effieciencia está demonstrada por longa experiencia em milhares de pessoas.

O uso das pilulas ANTIANEMICAS, de seis em seis mezes, preserva com segurança contra a infestação verminosa e a consequente anemia.

Ellas são o antidoto contra o desanimo e a indoleiencia resultantes das intoxicações verminosas.

Usar as PILULAS ANTIANEMICAS é assegurar a normalidade do sangue, a energia, a disposição para o trabalho, a saude.

Não levar á bocca alimentos que se pegam com as mãos, como doces seccos, biscoitos, pão, pasteis, empadinhas, *bombons*, sem ter as mãos limpas ou sem lavá-las primeiramente com sabão.

* * *

Não permitir, em absoluto, que as crianças chupem os dedos ou mettam a mão na bocca.

* * *

Não permitir que ellas brinquem na terra suspeita de contaminação por fezes humanas.

* * *

Não beber agua suspeita de contaminação por fezes, sem ser filtrada ou fervida.

* * *

Não regar canteiros de flôres e de verduras com agua polluida laval-os, cuidadosamente, em abundante agua corrente.

* * *

Não regar canteiros de flôres e de verduras com agua polluida por fezes ou suspeita disso. Só fazel-o com agua de canalisação, ou com a de um poço hygienico.

* * *

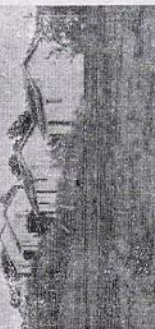


Fig. 47 — Casas de colonos (S. Paulo) Regulares, mas sem fossas.

Não dormir sem tomar um banho geral, ou sem, pelo menos, lavar o rosto, as mãos e os pés.

* * *

Não dormir, absolutamente, com a roupa usada durante o dia.

Procurar por todos os meios habituar-se ao uso do sapato ou da bota. Além de com esse bom costume, evitar-se em grande parte o *amarellão*, evitam-se, igualmente, o tetauo, as picadas de cobras e de outros bichos venenosos, as topadas, as arranhaduras, os ferimentos por espinhos, por pontas de pedras e de páo que causam, ás vezes, serias perturbações e mortes.

* * *

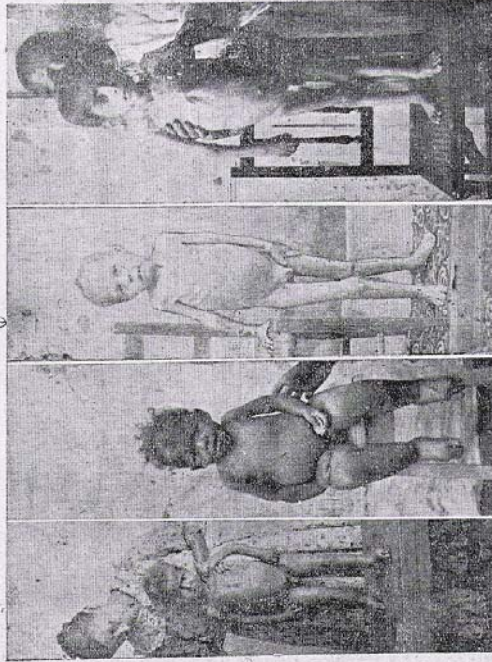


Fig. 48 — Estado lastimavel a que o amarellão reduz as crianças.

Não beber cachaca, ou qualquer outra bebida alcoolica.

* * *

Alimentar-se bem, comendo carne, ovos, leite, cereaes, verduras, legumes e fructos.

Conservar a casa e todas as suas dependencias (cosinha, latrina, quintal, galinheiro, cocheira, horta, etc.) no maior asseio.

* * *

Ter a casa limpa, coberta de telhas, com as paredes rebocadas, lisas e caiadas, chão assoalhado, ou pelo menos forrado de tijolos requemados, com janelas em todos os compartimentos, e a cosinha num puchado.

COMO SE MORA NO BRASIL

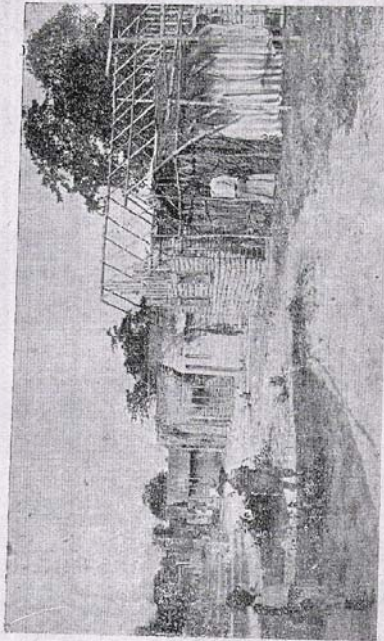


Fig. 49 — Bairro operário de importante capital de um Estado do Norte.

Evitar, por todos os meios, a criação de moscas, dando-lhes combate impiedoso e sem descanso. O maior inimigo das moscas é o asseio do corpo, da casa e das suas dependencias, não se devendo empregar nas hortas e jardins estrume animal, sinão muito bem curtido. Todo o lixo de varreduras da casa e suas dependencias, e os restos da cozinha devem ser enterrados ou removidos para grandes distancias de habitações, não vindo, absolutamente, que fiquem expostos ao tempo. Nessas imundicies e no estrume verde ou mal curtido é onde se criam as moscas.

Quem se sentir cansado, indisposto para o trabalho e tiver os filhos rabujentos, tristes e abatidos, deve ir com elles ao medico ou ao posto sanitario. E' quasi certo estarem todos bichados.



Fig. 50 — Grupo de opilados de varias idades.

Onde não houver medico, pharmacia ou posto sanitario, usar e dar aos filhos o succo de herva de Sta. Maria, como está indicado neste folheto.

* * *

A criança que apanhar o vicio de comer terra, barro, cãrvão e calça, não deve ser castigada e sim tratada contra os vermes. Eliminados estes com remedio proprio, desaparece aquelle vicio.

* * *

Quem praticar estas regras evitará o *amarellão*, assim como todas as outras verminoses, a febre typhoide, as febres paratyphicas, as dysenterias, as diarrhéas e muitas outras doenças; gozará saúde, terá força e disposição para o trabalho, verá a mulher e filhos sadios, alegres e fortes; na casa reinarão a alegria, a tranquillidade, o bem estar e prosperidade.

* * *

Quem, depois do que acabamos de expôr, sujar a terra com fezes ou se oppuzer á installação e uso de latrina em sua casa, ou não se tratar convenientemente, deve ser considerado criminoso e severamente castigado. O que assim proceder praticará um crime contra si mesmo e sua familia, contra as outras familias, contra a sociedade, finalmente, contra a patria e a humanidade. Se-

rá um protector, socio ou cumplice do verme matador, dos outros vermes e dos parasitas e microbios que se encontram nas fezes e produzem doenças das mais graves, que castigam a humanidade.

Haverá maior crime do que esse?

Explicado com clareza o que é o *amarellão*, os males que causa ao Brasil, vamos tratar de outro mal ainda mais grave — a maleita, que, como o amarellão, é um grande flagelo do Brasil.

PILULAS ANTIANEMICAS

Belisario Penna

Ser parasitado por vermes intestinaes é condição habitual do habitante do Brasil, quasi sem remissão nos campos, onde predomina o necator, verme da oplação.

Ora, todos os vermes intestinaes roubam o alimento, traumatizam e ulceram a mucosa intestinal e segregam toxinas, que envenenam e alteram o sangue, causando variados estados morbidos, que terminam por anemia toxica ou pernicioza.

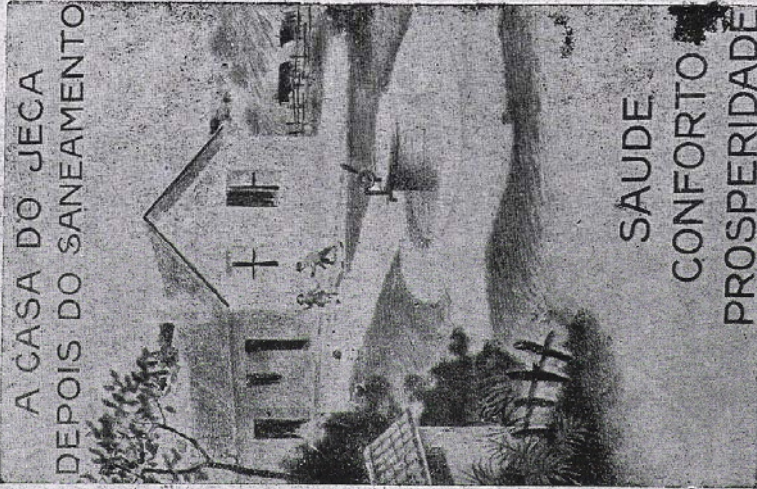
Nem sempre é manifesta a anemia, sendo, porem, constante a intoxicação do sangue, que, além de produzir estados morbidos simulando varias doenças, sobretudo dos apparelhos gastro-intestinal, circulatorio e nervoso, deprimem o organismo, provocando cansaço, indisposição para o trabalho e o movimento, desatenção, negligencia e preguiça intellectual, estados estes frequentissimos nos nossos escolares e collegiaes, nos nossos operarios e rurales, bastante accentuados em todas as classes sociaes.

Somente com a eliminação dos vermes intestinaes e a regeneração do sangue, será restabelecido o equilibrio organico.

E' o que realisam com absoluta efficacia as PILULAS ANTIANEMICAS, cujo uso dispensa qualquer dieta e não offerece o minimo risco de accidentes.

Cada habitante do Brasil que fizer uso destas PILULAS, de seis em seis mezes, além de se fortalecer para beneficio proprio e da familia, deixará de ser um portador de vermes intestinaes, um contaminador da terra e das aguas, concorrendo assim para a saude collectiva e para a prosperidade nacional.

O uso das PILULAS ANTIANEMICAS constitue, pois, um dever de patriotismo e de humanidade.



A CASA DO JECA
DEPOIS DO SANEAMENTO

SAUDE
CONFORTO
PROSPERIDADE