

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA



UM CENÁRIO MEFISTOFÉLICO: a gripe espanhola no Rio de Janeiro.

ADRIANA DA COSTA GOULART

**Niterói
2003**

ADRIANA DA COSTA GOULART

UM CENÁRIO MEFISTOFÉLICO: gripe espanhola no Rio de Janeiro.

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em História da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em História. Área de concentração moderna e contemporânea; História, poder e sociedade.

Orientadora: Professora Doutora Ângela Maria de Castro Gomes

**Niterói
2003**

ADRIANA DA COSTA GOULART

UM CENÁRIO MEFISTOFÉLICO: gripe espanhola no Rio de Janeiro.

Dissertação apresentada ao programa de pós-graduação em História da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em História. Área de concentração História moderna e contemporânea; História, poder e sociedade.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a Dr^a Ângela Maria de Castro Gomes - UFF

Prof. Dr. Gilberto Hochman - COC/FIOCRUZ

Prof^a. Dr^a. Nísia Trindade de Lima - COC/FIOCRUZ

Prof. Dr. Jorge Ferreira – UFF (suplente)

**Niterói
2003**

RESUMO

A partir do estudo da epidemia de gripe espanhola em 1918, na cidade do Rio de Janeiro, o presente trabalho procura analisar como os impactos políticos e sociais, advindos do evento, permitiram a reafirmação dos sanitaristas, através da atuação do Dr. Carlos Chagas, enquanto burocratas de Estado indispensáveis na implementação dos projetos políticos e administrativos das elites governantes. O texto busca resgatar como esses homens de ciência, arautos da medicina científica, passam a ser vistos como “salvadores da Pátria” mesmo com o fracasso da ciência médica diante da gripe espanhola. Analisamos também, as contribuições da epidemia para a efetivação da reforma sanitária de 1920 e, as conseqüências da mesma para a expansão da governabilidade do Estado sobre o território nacional e a sociedade da Primeira República.

RESUME

A cause de l'étude de l'épidémie de grippe espagnole en 1918, in Rio de Janeiro, la presente dissertation cherche d'analyser comme les impacts politiques et sociales qui se sont présentés, ont permis la reconfirmation des sanitaristes, à travers l'atuation de Dr. Carlos Chagas, comme bureaucratiques de l'État indispensables en la implementations des projets politiques et administratives de les elites du gouvernement.

Le texte essaye rédimmer comme ces hommes de science, les hérauts de la médecine scientifique, passent un habit “salvateur de la patrie” même avec le fracas de la science médicale vers la grippe espagnole. Nous analysons, aussi, les contributions de l'épidémie pour l'effectivité de la réforme sanitaire de 1920 et les conséquences de la même pour l'expansion de la gouvernabilité de l'État sur le territoire national et la société de la Première République.

ABSTRACT

Beginning by studying the Spanish influenza in 1918 in Rio de Janeiro, the present study tries to analyse how the politics and social impacts permit the reaffirmation of the sanitarians, through Dr. Carlos Chagas's play as state's manager useful in the implementation of the political and management's projects of the manager players.

The text tries to show how these science men, transpose the line to “salvation's country” instead of the total failure of medical science in front of Spanish influenza. We show already, the epidemic contributions to effective the sanitary reform 1920 and the consequences to the expanding from the state government to all the national country of the First Republic's society.

A meu pai, por ter sempre acreditado que eu não ficaria aquém das minhas vontades. Por ter sempre incentivado a ir em busca delas.

A Dona Dora e ao Sr. Nelson (*in memorium*) por me contar suas histórias, e transformar minha vida numa louca viagem sem destino.

A Efigênia Maria da Conceição, ou simples e carinhosamente Mãe Genha, por ter sido mãe de todos.

Aos meus irmãos Bruno e Raphael.

**“Oh morte! Não te orgulhes,
Pois ruim como dizes não és,
Medonha e forte.
Quem pensas que abatestes?
Pobre morte!, não morre.
Nem matar podes a mim.
Serve dos reis, destino, acasos, ânsias,
À droga, à peste e a guerra te associas;
E adormece-nos ópios e magias mais do que
teu golpe.
Então porque a jactância?
Um breve sono a vida traz;
E vai-se a morte. Morte, morrerás.
Aqui o paraíso prescreve o fim de minha
peregrinação,
E minha jornada em vão, ainda que
rapidamente,
Corre neste último ritmo.
Meu último espaço. Meus últimos minutos.
E a morte voraz vai separar, imediatamente,
Meu corpo da minha alma.”
(Jonh Donne, 1609)**

AGRADECIMENTOS

Dirijo meus agradecimentos aqui, primeiramente a minha orientadora Professora Doutora Ângela Maria de Castro Gomes pela orientação atenciosa e dedicada em todos os momentos.

Ao Professor Dr. Gilberto Hochman pela gentileza pela indicação e pelo acesso a textos sobre a epidemia. Agradeço ainda, ao professor Hochman e a professora Dr^a Nísia Trindade de Lima o cuidado na leitura do material de qualificação e as preciosas sugestões apresentadas para o trabalho.

As estimadas e muito simpáticas Juceli Santos da Silva e Stela Maria Guerreiro da Silveira, eficientes secretárias do Programa de Pós Graduação em História da Universidade Federal Fluminense, por serem nossos anjos da guarda neste interminável e tempestuoso mar de burocracia.

As funcionárias da Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ, Vânia e Maria Marta pela compreensão, gentileza e presteza na localização de fontes documentais e publicações bibliográficas.

Da mesma forma, agradeço a Adriana da Biblioteca da Academia Nacional de Medicina não só pela dedicação e presteza, assim como, pela luta de tentar preservar a

memória médica sob a salvaguarda desta instituição. E ao Toninho, também da Academia Nacional de Medicina, pela paciência e carinho com que se aplicou ao trabalho de reprodução do meu material.

A senhora Maria Angélica, chefe da Seção de Periódicos da Fundação Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro, os meus maiores e mais sinceros agradecimentos pela gentileza de me permitir consultar fontes documentais, e não foram poucas, de grande importância para este trabalho. Não poderia esquecer de Maria Luiza, funcionária da mesma seção pelo seu eterno bom humor, mesmo diante das toneladas de pedidos diários feitos por mim.

Agradeço a Professora Célia Cristina Tavares e ao Professor Oswaldo Munteal Filho por me ajudarem tanto no início desta longa caminhada.

A D. Madalena Borges pelos anos de amizade e dedicação, e pela aulas de inglês que foram indispensáveis para vencer grandes obstáculos no caminho percorrido.

Agradeço muito ao amigo Sandro Márcio Faustino Torres que, com seu toque mágico, foi o único mago que conseguiu vencer os duendes e gnomos que habitam o meu computador permitindo que esse trabalho se realizasse. A Bruno, Verônica, José Ricardo e Ricardo Daniel pela valiosíssima colaboração no tratamento e reprodução da parte iconográfica desta dissertação.

Aos amigos de longas viagens, com os quais aprendi muito, Nívia Pombo Cirne dos Santos, Marieta Pinheiro de Carvalho, Sandra Mara Silva de Lima, Antonio Filipe Caetano e aos amigos feitos durante este novo caminho, e com os quais não aprendi menos, Elisa Frühauf Garcia e Luiz Alberto Grijó meus agradecimentos pelo apoio, sugestões e pelo bom humor compartilhado.

A minha comadre Rosemaura pelos anos de amizade e pelos meus afilhados Luana e Ramon.

A Dr^a Neitamar Alves Gama pelo incentivo desde o início e, por me ensinar que o exercício de saúde não deve apenas ser executada, mas ser continuamente refletida, e que o convívio com o cotidiano de um hospital, não podem nos apartar de nossa sensibilidade e humanidade por mais dura que seja a realidade que se desfralda sob nossos olhos.

Agradeço finalmente, ao CNPq por me conceder uma bolsa de Mestrado que permitiu o financiamento parcial desse estudo.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	VII
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	XIII
LISTA DE FOTOS EM ANEXO	XV
LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS	XVII
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 – Lembranças de uma primavera inesquecível.	
1. Um breve histórico da gripe.	16
2. A gripe no Rio de Janeiro.	32
ANEXO	62
CAPÍTULO 2 - Uma nação espanholada: o impacto da epidemia de gripe espanhola sobre o campo médico.	73
1. Buscando novos parâmetros, construindo novas respostas.	80
2. Carlos Seidl e a necessidade de um bode expiatório da gripe espanhola.	92
3. Carlos Chagas, o mito da gripe espanhola.	100
4. Sanitaristas, reformadores sociais e burocratas de Estado.	114
CAPÍTULO 3- Entre o bem e o mal público: o impacto da gripe espanhola sobre o campo político.	127
1. Epidemia e governabilidade.	131
2. O mal público como uma ameaça contínua.	149
3. O pós-epidemia: restabelecendo a ordem, modernizando a nação.	161
4. O discurso de Epitácio Pessoa: saúde e engenharia política.	168

CAPÍTULO 4- Saúde e fraternidade: reformando almas, reconstruindo a nação.	181
1. Os Códigos de 1920 e 1923: novas diretrizes em tempos de “paz”.	191
CONCLUSÃO	211
FONTES	216
BIBLIOGRAFIA	223

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ILUSTRAÇÕES

CAPÍTULO 1

- | | |
|--|----|
| 1. Bacilomarino.
<i>A Careta</i> , nº 537.(5 de outubro de 1918. p. 13.). | 29 |
| 2. Enfermos agrupados.
<i>A Careta</i> , nº 542. (9 de novembro de 1918.p.11.). | 33 |
| 3. Semana de Fon-Fon (quadrinhos <i>Authentico</i> - compra de galinhas no Corpo de Bombeiro). <i>Fon-Fon</i> , nº 44. (9 de novembro de 1918. p.30.). | 44 |
| 4. Sem título (espírita que dá receitas contra espanhola).
<i>A Careta</i> , nº 542. (9 de novembro de 1918. p.11.). | 47 |
| 5. Farejando notícias da Tzarina.
<i>A Careta</i> , nº542. (9 de novembro de 1918. p.14.) | 49 |

CAPÍTULO 2

- | | |
|---|----|
| 1. Semana de Fon-Fon (quadrinho sem título) - “drogas infalíveis”. <i>Revista Fon-Fon</i> , nº 40. (5 de outubro de 1918.p.28.) | 87 |
| 2. Semana de Fon-Fon (quadrinho sem título) – “ <i>Num consultório médico</i> ”
<i>Fon-Fon</i> , nº 42. (19 de outubro de 1918.p.26.). | 87 |

3. Semana de <i>Fon-Fon</i> : “Advogado sem causas” <i>Fon-Fon</i> , nº 42. (19 de outubro de 1918.p.26.).	88
4. Tristes Echos. <i>A Careta</i> , nº 542. (9 de novembro de 1918. p.13).	88
5. Congresso Médico. <i>A Careta</i> , nº 543. (16 de novembro de 1918. p.23).	89
6. Semana de <i>Fon-Fon</i> (quadrinho sem título) – “ <i>Carlos Seidl</i> ”. <i>Fon-Fon</i> , nº 44. (9 de novembro de 1918. p.30.).	96
7. Carlos Chagas no posto de assistência do Meyer - A quinzena trágica. <i>Fon-Fon</i> , nº 44. (9 de novembro de 1918. p.30.).	106

CAPÍTULO 3

1. A semana de <i>Fon-Fon</i> (quadrinho sem título) – “ <i>governo manda consertar o lazareto</i> ” <i>Fon-Fon</i> , nº 45. (16 de novembro de 1918. p.32.).	139
2. Rodrigues Alves. <i>A Careta</i> , nº 538. (12 de outubro de 1918. capa)	144
3. Tudo tosse. <i>A Careta</i> , nº 543. (16 de novembro de 1918. p.13.).	145
4. Amor com amor se paga. <i>A Careta</i> , nº 543. (16 de novembro de 1918. p.15.).	146
5. Sem título - “ <i>Pafúncio e Juvêncio</i> ”. <i>A Careta</i> , nº 539. (19 de outubro de 1918. p.10.).	155

ANEXO DE FOTOS

Figura 1 - Aspectos macabros do Rio durante a epidemia <i>Revista da Semana</i> , nº38. 26 de outubro de 1918. p.17.	62
Figura 2 – A devastação da epidemia <i>A careta</i> , nº542. 9 de novembro de 1918. p.17.	63
Figura 3 – “População em busca de socorro” <i>A careta</i> , nº540. 26 de outubro de 1918. p.17.	63
Figura 4 – A epidemia de gripe no Rio <i>A careta</i> , nº540. 26 de outubro de 1918. p.8.	64
Figura 5 – “Enterro dos insepultos” <i>A careta</i> , nº542. 9 de novembro de 1918. p.15.	65
Figura 6 – “Recolha de insepultos” <i>A careta</i> , nº540. 26 de outubro de 1918. p.21.	66
Figura 7 – A devastação da epidemia <i>A careta</i> , nº541. 2 de novembro de 1918. p.21.	67
Figura 8 – Hospital da Escola Benjamin Constant <i>A careta</i> , nº541. 2 de novembro de 1918. p.11.	68
Figura 9 – “Carlos Chagas combatendo a espanhola no Méier” <i>A careta</i> , nº542. 9 de novembro de 1918. p.9.	68
Figura 10 – A epidemia da gripe no Rio <i>A careta</i> , nº540. 26 de outubro de 1918. p.15.	69
Figura 11 – A epidemia reinante	70

Fon-Fon, nº45. 9 de novembro de 1918. p.25.

Figura 12 – Carlos Seidl.

71

Fon-Fon, nº37. 14 de setembro de 1918. capa.

Figura 13 – Rodrigues Alves.

72

Fon-Fon, nº42. 19 de outubro de 1918. capa.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS.

GRÁFICOS

1. Mortes de gripe espanhola em outubro de 1918. 54
2. Mortes de gripe espanhola em novembro de 1918. 55

TABELAS

1. Óbitos em decorrência de gripe de 1904-1917 no Rio de Janeiro. 22
2. Evolução dos créditos orçamentários estipulados para socorro público (1914-1918). 37
3. Quadro demonstrativo do obituário do Rio de Janeiro em outubro e novembro de 1918. 53
4. Sepultamento das vítimas da espanhola nos cemitérios da cidade do Rio de Janeiro. 56

INTRODUÇÃO

“O historiador que, no futuro, procurar descrever as principais epidemias que assolaram o Brasil, com muita dificuldade poderá fazer idéia da formidável calamidade que foi a gripe epidemia.”

Arthur Neiva¹

É realmente verdade quando dizem que não somos nós que escolhemos nossos objetos de estudo, mas que são eles que se impõem a nós. Este trabalho não tem sua raiz nas tendências historiográficas recentes ou na minha vida acadêmica em si. Ele pode ser definido pela seguinte frase de Platão: “*O conhecimento nasce do espanto.*” Então, como não se espantar com um fenômeno tão dramático, indomável, imensurável e que por si só suscita profundas reflexões?

Por que uma epidemia, que acabou colocando por terra muitas das premissas referentes ao discurso médico que se queria de todo triunfalista e, por tabela, à própria

¹ Arthur Neiva. Prefácio. In: Meyer, Carlos Luiz; Teixeira, Joaquim Rebello. *A gripe epidêmica no Brasil e especialmente em São Paulo*. São Paulo: Casa Duprat, 1920. p.III.

racionalidade administrativa republicana, foi relegada ao esquecimento? É difícil tentar entender porque, através dos anos, esse fenômeno tão *suis generis* passou ao largo das atenções de historiadores, merecendo, quando muito, escassas linhas que não lhe fazem justiça.

Como muitas pessoas da minha e de outras gerações, cresci ouvindo histórias e casos referentes a uma epidemia mortal de gripe, doença para nós tão inofensiva, que assolou o mundo no ano de 1918, tornando-se um insondável enigma. Porém, muitos anos depois, no final da década de 1980, a paixão pelo tema se tornaria irresistível, incontrolável, e eu sucumbiria a ela.

Entre os anos de 1989-1990, enquanto trabalhava como enfermeira na seção de oncologia com pacientes terminais de um grande hospital, conheceria a Scheherazade que, em pouco mais de 101 e não 1001 noites, sem nunca saber, transformaria uma curiosidade de criança numa necessidade cada vez mais crescente de conhecimento. Dona Dora², assim se chamava a minha contadora de histórias, passava suas noites delirando sobre os acontecimentos transcorridos na época da gripe espanhola nos fazendo-nos pensar, num primeiro momento, que se tratava de meras elucubrações de uma mente, debilitada pela doença, ou carecendo de memórias.

Durante as noites, o silêncio dos corredores era interrompido por gritos, e faces de pânico, medo, horror e raiva compunham o cenário de histórias impactantes. D. Dora travava uma luta incansável conclamando as forças de seu intelecto e de suas lembranças para subjugar o inimigo voraz, a morte e, assim impedir que seu corpo e sua

² Isadora Frederica Bustamante nascida no dia 21 de outubro de 1909, na cidade de Cruz das Almas no Estado da Bahia, e vindo à falecer no dia 15 de maio de 1990 no Rio de Janeiro, vitimada por um osteossarcoma. Infelizmente não podemos dar maiores dados sobre Dona Dora, apenas que se mudara para o Rio de Janeiro com a família 4 anos antes da epidemia.

alma se separassem definitivamente. Foi essa luta contra um inimigo tão remoto e, para nós meros enfermeiros-espectadores do embate, tão subjetivo e insondável, que fez com que nossa curiosidade não encontrasse limites nos levando a acompanhar, com ávido interesse, as histórias de uma idosa senhora.

A morte não era ali, uma mera peça encenada no palco de suas exclamações e delírios, mas o próprio resumo de sua vida. Tivera pai, mãe e os três irmãos mortos durante a epidemia, que a deixou órfã e cega aos nove anos, tendo que ir morar num orfanato. Seus delírios pareciam-nos uma luta desesperada de agarrar-se à sua própria condição humana e à sua, cada vez mais tênue, sanidade.

A cada capítulo das histórias narradas por dona Dora, minha curiosidade e necessidade de saber se aguçavam, levando-me a entrar em contato mais profundo com outro personagem. O senhor Nelson Antonio Freire³, um professor de filosofia com grande senso crítico sobre esse evento, seria peça fundamental para desvendar parte dos enigmas da espanhola, sendo também uma espécie de orientador nas primeiras pesquisas realizadas, indicando algumas fontes e obras para leitura.

Seu relato apresentava uma abundância de detalhes que trouxe um enorme enriquecimento para o trabalho. A maior parte de seu depoimento me foi entregue em 34 páginas datilografadas em uma velha máquina de escrever, e depois foram gravadas em quase três horas de depoimento em fitas cassetes, onde sua esposa teve uma pequena participação. Mas, não pense o leitor que foi fácil convencê-lo a me falar de suas

³ O Senhor Nelson Freire nasceu no dia 8 de junho de 1900, na cidade do Rio de Janeiro, e faleceu na cidade de Petrópolis em 19 de dezembro de 1994. Formado em Filosofia, com cursos de especialização no exterior, se especializou em filosofia alemã dos séculos XVIII e XIX. No período da epidemia era, juntamente com o pai, a ligação da família com o mundo fora da casa quando buscavam alimentos e remédios pela cidade, ou iam socorrer a vizinhança desamparada pela assistência pública. Tais incursões permitiam uma ampla visão da marcha epidêmica e dos seus efeitos sobre a população.

lembranças mais amargas, porque não foi. Ao pronunciar pela primeira vez o nome da espanhola, vi um homem que até então não esboçava muita sensibilidade diante das desditas do mundo, desabar e tremer dos pés à cabeça, enchendo os olhos de lágrimas. Porém, com o tempo, foi cedendo e passou a encarar seu depoimento como uma oportunidade de desabafar suas tristezas.

Algumas das pessoas procuradas ao longo da pesquisa, e não foram muitas, pois já se tinha passado muitos anos do acontecimento, tiveram reações as mais inesperadas. Algumas lançavam olhares intimidadores, que revelavam perguntas de difíceis respostas: Que direito você tem de querer reavivar nossas lembranças mais angustiantes? Como querer vasculhar tanto desespero e sofrimento, trazendo de volta tanta dor?

Outros obstáculos se fizeram presente ao longo do caminho, entre eles a escassez de fontes que permitissem uma visão mais encorpada da epidemia. Além disso, grande parte das fontes foram encontradas sem nenhum tipo de tratamento, sem catalogação e em péssimo estado de conservação, como foi o caso das volumosas *Série Saúde e Série Administração Geral* do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, sob a salvaguarda do Arquivo Nacional do Rio de Janeiro. Em muitas ocasiões, as descobertas se deram de forma extremamente casual, pois as fontes encontradas estavam organizadas dentro de conjuntos documentais que reuniam documentos de diversas procedências e temas.

Foi preciso também contornar a ausência de certas coleções de documentação, como os volumes dos *Anais do Senado* para os anos de 1918-1920, que não constam na Biblioteca Nacional, no Arquivo Nacional do Rio de Janeiro, nem do acervo do próprio Senado em Brasília, e que poderiam ter acrescentado muito mais riqueza ao trabalho.

Necessitou-se, ainda, intensificar as buscas pelos volumes dos *Anais da Câmara dos Deputados* ao se notar que nenhuma das instituições de pesquisa do Rio de Janeiro dispõe da coleção completa, nem mesmo a própria Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro.

Houve momentos de grande frustração, ao se constatar que instituições médicas, para as quais parte da documentação da época fora enviada, haviam se descartado dela. Houve mesmo momentos de grande irritação, devido a instituições que fazem com que nossas pesquisas se tornem muitas vezes impossíveis dificultando o acesso à documentação, como faz a famosa biblioteca da Santa Casa de Misericórdia.

Mas ao mesmo tempo outras instituições foram de grande valor, não só pelo acervo que disponibilizam, mas também pelos profissionais que prestam imenso auxílio às nossas pesquisas, como é o caso da Casa de Oswaldo Cruz, a Biblioteca Nacional, a Biblioteca da Academia Nacional de Medicina e o CPDOC da Fundação Getúlio Vargas.

A bibliografia não se mostrou menos problemática do que as fontes documentais. Foram três os livros publicados no Brasil imediatamente após a gripe espanhola. O primeiro a ser citado é o livro *A propósito da pandemia de 1918*⁴, publicado em 1919, onde o dr. Carlos Seidl narra suas experiências pessoais e desventuras ao longo do evento no qual era Diretor Geral da Saúde Pública, expondo opiniões e rebatendo críticas à sua atuação. Foram também reunidos no volume, as discussões acadêmicas e as manifestações de apoio, diante da caças às bruxas que originaram profundos ataques à sua figura pública.

⁴ Carlos Pinto Seidl. *A propósito da pandemia de gripe de 1918*. Rio de Janeiro: Tipografia Besnard Fères, 1919.

*O pandemônio de 1918*⁵ escrito pelo dr. Moncorvo Filho, publicado em 1924, traz um histórico sobre as epidemias de gripe no Brasil e no mundo, descrevendo também, a ação do Departamento da Criança do Brasil e de seu autor na luta contra o mal no Rio de Janeiro. Entretanto, existe uma larga veia promocional na obra, que empreende uma narrativa minuciosa da tragédia, ao mesmo tempo em que o autor entoava elogiosas a si mesmo e profere duras críticas ao desempenho de Seidl à frente dos serviços de combate à epidemia.

Carlos Luiz Meyer e Joaquim Rabello Teixeira, ambos médicos e funcionários do Serviço Sanitário de São Paulo, foram os autores de *A gripe epidêmica no Brasil e especialmente em São Paulo*⁶, um compêndio de dados e informações sobre a epidemia nos diversos estados da União. Dentro dessa obra foram reunidas estatísticas, boletins oficiais, relações de hospitais, entre outras informações.

Após a publicação dessas obras, grande foi o silêncio imposto ao tema pelas publicações. Ainda hoje, extremamente reduzida é a produção bibliográfica que se volta para o estudo da gripe espanhola, principalmente em se tratando do Brasil. Somente na metade da década de 1980, o silêncio foi quebrado pelo historiador Cláudio Bertolli Filho, o pioneiro nos estudos sobre o tema, com a dissertação intitulada: *Epidemia e sociedade: a gripe espanhola no município de São Paulo*⁷, onde analisa o aspecto nada democrático da gripe (que vitimou especialmente os pobres) e a desordem social instaurada na capital paulista.

⁵ Moncorvo Filho. *O pandemônio de 1918*. Rio de Janeiro: Departamento da Criança, 1924.

⁶ Carlos Luiz Meyer e Joaquim Rabello Teixeira. *A gripe epidêmica no Brasil e especialmente em São Paulo*. São Paulo: Casa Duprat, 1920

⁷ Cláudio Bertolli Filho. *Epidemia e sociedade: a gripe espanhola no município de São Paulo*. São Paulo: Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 1986.

Outro trabalho que desenvolve a temática é o de Janete Silveira Abrão, em dissertação de 1995: *A “espanhola” em Porto Alegre*⁸. Ela versa sobre as deficiências sanitárias da cidade reveladas pela epidemia e volta sua atenção para suas implicações cotidianas e político-sociais. O trabalho mais recente é a tese de doutorado *Influenza, a medicina enferma: ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo*⁹, de Liane Maria Bertucci, que tem como cenário São Paulo e analisa as práticas terapêuticas e o aspecto comercial das substâncias utilizadas no combate à moléstia reinante.

Não podemos deixar de mencionar alguns artigos sobre a epidemia no Rio de Janeiro, que não são menos importantes. O texto *La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na Cidade do Rio de Janeiro*¹⁰ analisa, através dos jornais da época, o impacto social e psicológico da gripe sobre a cidade, e a falência das instituições de saúde da mesma. A autora entende a gripe como um fenômeno cultural e social, trabalhando com as representações coletivas concernentes à doença e à morte. Pela leitura dos jornais da época, capta a falta de sincronia entre as instituições que administravam a saúde pública e como isso acabou acarretando contratempos no combate à moléstia.

Já o artigo de Luiz Antonio Teixeira, *Medo e morte: a epidemia de gripe espanhola em 1918*¹¹, analisa o imaginário popular diante da gripe e o resgate de práticas médicas e culturais tidas como abolidas ou características de outros períodos

⁸ Janete Silveira Abrão. *A “espanhola” em Porto Alegre*. Porto Alegre: Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de História da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1995.

⁹ Liane Maria Bertucci. *Influenza, a medicina enferma: ciência e práticas de cura na época da gripe espanhola em São Paulo*. São Paulo: Dissertação de Mestrado apresentada ao Departamento de História da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 2002.

¹⁰ Nara de Azevedo Brito. *La dansarina: a gripe espanhola e o cotidiano na Cidade do Rio de Janeiro*. In: *História, ciência, Saúde*. Vol. IV, nº1. pp,11-30. Rio de Janeiro: Fiocruz, mar-jun. 1997.

¹¹ Luiz Antonio Teixeira. *Medo e morte: a epidemia de gripe espanhola em 1918*. In: *Série Estudos de Saúde Coletiva*, nº59. Rio de Janeiro:UERJ/ Instituto de Medicina Social, 1993.

históricos, desencadeado ao longo da epidemia. Contudo, o autor não se volta para um enfoque político mais preciso, optando por um mais cultural.

A produção estrangeira é um pouco mais farta em matéria de publicações, mas que geralmente se encontram esgotadas e sua importação é por demais demorada, não raramente, esbarrando numa grande burocracia.

Um aspecto relevante sobre a bibliografia e que merece ser apontado é que nenhum dos trabalhos se debruça sobre o imediato pós-epidemia e sobre as conseqüências políticas a médio prazo que advém do evento. Geralmente não se busca fazer ligações entre o evento e os impactos acarretados aos campos político e médico. Os poucos trabalhos referentes à epidemia de 1918, voltam-se para a análise do medo causado por ela e seus desdobramentos no imaginário social durante a gripe, ficando a análise política do evento relegada a segundo plano.

São exatamente esses impactos que foram privilegiados no trabalho que aqui se apresenta. O resgate da epidemia de gripe espanhola é significativo, pois torna possível a análise das formas pelas quais a questão da saúde se transformou, no decorrer do evento, num mecanismo de engenharia política que possibilitou o estabelecimento de novas formas de governabilidade do Estado sobre a sociedade da Primeira República. Um outro fator a ser analisado diz respeito aos impactos sobre o campo e o conhecimento médico produzidos, apesar de todas as limitações sofridas pela medicina da época. Entre eles, vale destacar a revalorização do papel dos sanitaristas, enquanto burocratas de Estado comprometidos com a modernização da sociedade brasileira. Dentro desse quadro, a figura de Carlos Chagas emerge como o herói da epidemia, como o salvador de uma população entregue ao descaso das autoridades públicas, enquanto, por outro lado, Carlos Seidl é lançado à execração pública.

Este trabalho propõe um diálogo entre a história política e a história da saúde pública, visando analisar a trajetória pandêmica e suas implicações políticas nos comportamentos coletivos da sociedade carioca da época. Ele utilizou além da bibliografia especializada, fontes escritas, orais e visuais, com o intuito de responder as questões propostas, dividindo-se em 4 capítulos.

O primeiro resume as pandemias e epidemias gripais registradas desde a antiguidade até o final do século XIX. Resume também as principais incursões epidêmicas e surtos da doença no Brasil, dos tempos da Colônia até o ano de 1917. Trata da trajetória da epidemia de gripe espanhola no Rio de Janeiro, demonstrando o cotidiano, a desordem social e o pânico vivido pela cidade, durante o desenrolar de seu cortejo. Ao mesmo tempo, e de forma apenas introdutória, faz um apanhado do impacto da espanhola nos aspectos político, social e econômico.

No segundo capítulo desse trabalho, é feita a análise o impacto da gripe espanhola sobre o campo médico. Como foi possível contornar as limitações da medicina da época e as carências sanitárias e de socorros públicos da cidade. Como se reafirmou o papel dos sanitaristas como burocratas de Estado sendo atores indispensáveis para o estabelecimento de projetos administrativos e políticos das elites governantes. A partir deste enfoque, busca-se compreender que tipos de lutas foram estabelecidas dentro desse campo, visando obter o monopólio da medicina oficial. Ainda dentro desse capítulo, analisa-se a emergência de Carlos Chagas como um herói no combate à espanhola, e a transformação de Carlos Seidl em bode expiatório, visando contornar as perdas políticas acarretadas pela falência das instituições e políticas de saúde pública em vigência.

O terceiro capítulo trata do impacto causado pela epidemia sobre o campo político, enfocando o sentimento de ingovernabilidade e desordem pública. Sentimento que se intensifica com a morte de Rodrigues Alves, que seria o próximo Presidente da República, e que nasce devido às limitações administrativas do governo federal sob a presidência de Wenceslau Braz, transformando, gradativamente, a reforma de saúde num mecanismo de engenharia política. Estuda-se também neste capítulo, como a epidemia permitiu a construção de um discurso que legitimou as demandas do movimento sanitarista, representado pela Liga Pró-saneamento do Brasil, que defendia a criação de um ministério técnico e voltado exclusivamente para as questões sanitárias. Esse discurso foi reforçado pelas constantes ameaças de outras epidemias, inclusive de retorno da gripe, em 1919, diante da incapacidade da defesa sanitária nacional.

Estabelece-se diante disso, uma crescente negociação em torno da necessidade de reformas e da adoção de políticas amplas para a saúde. Nesse contexto, seria de grande importância o papel de Epiácio Pessoa, Presidente da República eleito em 1919, no período imediatamente após a epidemia, desempenhando o papel de articulador na negociação que visava minar as resistências dos representantes dos poderes estaduais, apegados ao princípio da autonomia, estabelecido pela Constituição de 1891.

O quarto e último capítulo tem um caráter conclusivo, e nele se analisa, de forma muito rápida, os códigos sanitários de 1920 e 1923. A atenção está voltada para alguns aspectos que permitiram, não só a expansão do poder do Estado sobre a sociedade e o território nacional, mas também a adequação das estratégias e da administração sanitária às demandas de caráter jurídico que foram estabelecidas pelo desenvolvimento e expansão do capitalismo. Ao mesmo tempo, a análise se volta para alguns aspectos que permitiram assegurar o papel dos sanitaristas enquanto burocratas

de Estado nesse período. As limitações de fontes e bibliografia para a análise de políticas públicas não permitiram um aprofundamento maior neste capítulo, nem era essa a intenção do trabalho. Busca-se apenas dar uma visão de como se estabeleceu as estratégias e políticas sanitárias da década de 1920.

CAPÍTULO I

Lembranças de uma primavera inesquecível.

“Foi uma coisa pavorosa! Nunca, em toda minha vida, vi algo que chegasse perto daquela sassânida infernal! Eu me arrepio só de lembrar daqueles dias! Eu tinha dezoito anos e aquilo me marcou profundamente. Não tinha na cidade, rua em que pelo menos em uma casa, a família inteira fenecera (...). As pessoas colocavam panos negros nas janelas e portas das casas, para que eles soubessem que ali tinha gente doente e viessem socorrer.”

Nelson Antonio Freire¹

As lembranças do Sr. Nelson, descritas no fragmento acima, falam sobre um fato social, uma pandemia de gripe que assolou o mundo no ano de 1918. Sua virulência e morbidade pôs a olhos nus a falência das instituições e das políticas de saúde, não só no Brasil, pois causou, internacionalmente, maior número de mortes do que a Primeira e a

¹ Entrevista concedida pelo senhor Nelson Antonio Freire à autora em 11/9/90.

Segunda Guerra Mundial, a guerra da Coréia e a guerra do Vietnã juntas. Não existe registro histórico de uma gripe como a que ocorreu em 1918. Essa epidemia ficou então conhecida, mundialmente, pelos nomes de influenza² espanhola, gripe espanhola ou simplesmente *a espanhola*. É sobre sua história que este trabalho se debruça.

Meu primeiro contato com essa história deu-se através de D. Dora e seus delírios, o que desencadeou uma indagação: seriam esses relatos verdadeiros ou apenas elucubrações de uma mente carecendo de lembranças? Minhas pesquisas posteriores, entretanto, revelaram se tratar de uma história verdadeira e tão impactante, que vale a pena ser contada.

As primeiras notícias sobre a peste, veiculadas pela imprensa mundial no início do mês de agosto 1918, apontavam o porto de Dakar, no Senegal, como o lugar de origem da doença. Mas a denominação a ela atribuída, influenza espanhola, ocorreu devido ao suposto fato das terras de Espanha - mais especialmente em San Sebastián, na fronteira com a França -, terem sido as primeiras onde o coeficiente de morbidade da moléstia se apresentou particularmente elevado. Até o Rei Afonso XII tombou enfermo. Porém, essa denominação ocorreu, porque a Espanha não estabeleceu nenhum tipo de censura às notícias relacionadas ao mal desconhecido, não fazendo dela um segredo, ao contrário de muitos países europeus que buscaram suavizar o impacto da moléstia reinante.³ Assim, o mundo conheceu a influenza “pela” Espanha, donde sua “nacionalização”: espanhola.

² Influenza é a denominação da gripe em sua forma epidêmica, ou a grosso modo quando uma doença ocorre em toda extensão de um país ou continente, e, como nesse caso, em sua forma pandêmica, quando ocorre em extensão mundial.

³ Ver os jornais da época e ainda: Gina Kolota. *Gripe: a história da epidemia de 1918*. Rio de Janeiro: Record, 2002. pp.20-21.

A idéia de “esconder” a doença fora sustentada no início da pandemia por instituições de prestígio, como a Royal Academy of Medicine de Londres, mas em meados de setembro poucos ainda acreditavam na suposta origem. Portanto, a explicação para a imputação do nome espanhola tem raiz políticas, devendo-se também à posição de neutralidade da Espanha durante a Primeira Guerra Mundial, assim como às demonstrações de simpatia por parte de uma facção do governo espanhol pelos alemães. Os ingleses foram os padrinhos, dando o nome com o qual a epidemia de 1918 ficou conhecida, e reafirmando uma tendência antiga de batizar com o nome do país vizinho, como fizera no século XVII, as doenças que da Espanha atravessavam a fronteira e entravam em seu país. Portugal, onde era grande a comoção da população devido a morte dos pastores Jacinta e Francisco - que tiveram a visão de Nossa Senhora de Fátima - seguiu esse exemplo na denominação da moléstia.

Uma outra explicação para a designação remete-se a questões político-sociais entre os países fronteiriços, França e Espanha, e as atitudes xenófobas de parte da população francesa, diante de trabalhadores espanhóis que para lá migraram no período inicial da epidemia. Essas atitudes levaram à referência da gripe como espanhola. A origem exata da doença, certamente, jamais poderá ser esclarecida exatamente. Isso se deveu não só à sua rápida difusão, para a qual o deslocamento de exércitos contribuiu, como também pela censura imposta por várias nações às notícias relacionadas à doença, em grande parte imposta pelos meios militares, como já se comentou.

As baixas impostas aos exércitos combatentes na Primeira Guerra Mundial, fizeram com que as notícias sobre a nova peste fossem omitidas, numa tentativa de não fornecer armas para o contra-ataque dos inimigos, não trazendo a público o real

conhecimento sobre as condições das tropas. Essas atitudes acabaram por contribuir para relegar a epidemia de 1918 aos mais obscuros porões da memória. O Brasil não fugiu à regra, pois especialmente na Capital Federal a documentação oficial pouco menciona a epidemia, e quando faz suaviza seu impacto, dando a impressão de que se tratou de uma moléstia comum.

Nos Estados Unidos, a gripe começou em fortificações militares situadas na cidade de Denver, somando-se ao pesadelo generalizado da guerra. Ao seu término, 500 mil pessoas tinham fenecido no território norte-americano.⁴ Como em todas as regiões a que chegou, a pergunta feita era a mesma: Porque algo tão familiar e corriqueiro se transformou em algo tão assustador? Como uma doença considerada de menor importância alcançou tal magnitude? Os enigmas que circundavam essa moléstia fizeram com que fragmentos dos pulmões e de outros órgãos de suas vítimas fossem preservados em pequenos pedaços de parafina, na esperança de que as gerações futuras pudessem desvendar o maior paradoxo da ciência.

A gripe espanhola chegou ao Brasil entre finais do mês de agosto e início do mês de setembro de 1918. Os primeiros casos apareceram na região Norte do país, até que em meados de setembro, ela chegou ao Rio de Janeiro, fazendo com que, nas palavras do médico e literato Pedro Nava, “*aqueles dias ninguém que os tenha vivido poderá jamais esquecê-los; tudo era dum cinza purulento, dum roxo podre, poente de chuva, saimento, marcha fúnebre, viscosidade e catarro.*” A capital federal era um cenário composto de “*faces de terror, de crispações de pânico, de vultos de luto*”⁵ correndo desarvorados, sem rumo, num desespero diante do incompreensível. Quase um século depois, a gripe é um fato

⁴ Gina Kolata. *Gripe: a história da epidemia de 1918* (...). p. 28.

⁵ Pedro Nava. *Chão de Ferro*. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editores, 1976. pp.206-207

marcante e permanece na memória de quem tenha vivido aqueles dias sombrios ou que tenha ouvido falar sobre eles.

1 – Um breve histórico da gripe.

A gripe, influenza, grippeta, cortesã, malmatelo, afecção catarral (*Synochus catarrhalis*), febre dos três dias, febre das trincheiras, febre dos combatentes⁶, febre de Flandres⁷, febre siberiana⁸ ou russa⁹, febre chinesa¹⁰, catarro espanhol¹¹, espanhola ou qualquer outro nome dado por médicos ou pelo povo no decorrer dos tempos, é um mal que, segundo os manuais epidemiológicos, data de cerca de 400d.C, sendo descrita por Hipócrates¹². No decorrer dos anos de 870 a 1173 teria sido a gripe o mal que acometera diversas populações européias, como a da França, em 1311 e da Itália, em 1323, apesar do obscurantismo dos fatos apresentados. As gripes epidêmicas ocorridas

⁶ Denominação inicialmente dada à gripe espanhola na Espanha e na Inglaterra. Ver: Gina Kolota. *Gripe: a história da epidemia de 1918*. Rio de Janeiro: Record, 2002. p.30.

⁷ Denominação dada à gripe espanhola no início de sua marcha sobre a Alemanha. Alguns escritores ligam esta denominação à Inglaterra, mas as citações mais recorrentes apontam a Alemanha como a sua fonte original.

⁸ Foram denominação dada pela Rússia à influenza de 1918.

⁹ Denominação dada pela Espanha à gripe

¹⁰ Denominação dada pela Sibéria à mesma moléstia

¹¹ Denominação dada pela França. Todas essas denominações demonstram a visão de invasão, numa tentativa de culpar outros pela causa da moléstia. Ou seja, impera a visão do superior sendo invadido pelo inferior, do civilizado sendo invadido pelo incivilizado. Isto demonstra como a doença pode desencadear a tensões sociais e políticas latentes ou mesmo adormecidas.

¹² Miguel Couto. *Contribuições para o estudo das desordens funcionais na Influenza*. Rio de Janeiro: s/ed. 1898. p.109. Ver também: Moncorvo Filho. *O pandemônio de 1918: Subsídios ao histórico da pandemia de gripe que em 1918 assolou o território do Brasil*. Rio de Janeiro: Departamento da Criança do Brasil, 1924. p.11-13.

nos anos de 1173 e 1239 foram as primeiras descritas com nítida noção de atividade pandêmica.

Em 1505, a gripe novamente devastou a Europa, sendo raro o país que não sofreu seus efeitos. A epidemia de 1510 também atravessou a Europa de um extremo ao outro, e foi considerada por historiadores como a primeira, seguramente, de “gripe”. O pensamento médico ocidental do século XIV confundia sob o nome de peste várias doenças infecciosas, pandêmicas e quase sempre mortais. Esse fato criava muitas dificuldades no registro e mapeamento das epidemias e pandemias ocorridas até então. Outras explosões do mal, no século XVII, ocorreram nos anos de 1669, 1675, 1691, 1693 e 1695 onde o grau de virulência e mortandade da doença foi muito variável¹³. O século XVIII foi marcado pelo aparecimento de focos epidêmicos da gripe, sobretudo na Bélgica, na Dinamarca, na Alemanha, na Itália e na França, entre os anos de 1708 e 1799.

Foi ainda nesse século, mais especificamente por volta de 1729-1730 que, na Itália, observações relacionaram a doença com a influência do frio, surgindo assim a expressão *influenza di freddo* usada, até hoje, em diversos idiomas. Mas foi em 1733 que a doença passou a ser denominada, definitivamente, nos meios médicos, de gripe ou influenza, tendo como pioneiros na sua utilização os doutores ingleses Huxhan e Pringle. Entretanto, a primeira tentativa de decodificação epidemiológica da gripe é registrada em 1870, quando a Europa, a América e a Ásia foram flageladas pela doença. Ainda durante o século XIX, entre 1800 e 1881, a gripe lastrou cerca de onze vezes com fisionomia epidêmica em várias partes do globo.

¹³ Moncorvo Filho. *O pandemônio de 1918* p.15-17.

No Brasil, os primeiros registros de epidemias gripais datam de 1552, em Pernambuco.¹⁴ Já no Rio de Janeiro, a primeira manifestação epidêmica se apresentaria em 1559, ficando registrada como febre catarral e matando uma quantidade considerável de escravos na cidade: cerca de 600. Outro grande surto de gripe ocorreu em 1846, quando foi a moléstia batizada de *Patuléia*.¹⁵ Nos anos de 1852, 1862, 1865 e 1867 outras incursões gripais com feições epidêmicas foram observadas na cidade do Rio de Janeiro, tendo grau de virulência e morbidade variados.¹⁶

Em 1835, no Brasil, a epidemia acabou por ser confundida com uma manifestação da *cholera-morbus* que afetava outros países no mesmo período. Isso fez com que o Barão do Lavradio estabelecesse uma comissão incumbida de estudá-la, devido às divergências no seio da Sociedade de Medicina acerca da natureza da moléstia. A comissão concluiu que as causas principais do desenvolvimento da epidemia eram os fenômenos meteorológicos, as variações súbitas de temperatura, devido à escassez de chuvas e aos tipos de ventos que incidiam sobre a cidade do Rio de Janeiro¹⁷.

Esta visão estava de acordo com os princípios da *teoria miasmática*, que apontava, como causas das moléstias, os eflúvios, os odores fétidos e os miasmas – isto é, as emanções de ar adulterado e viciado, que acabavam por corromper o organismo humano. Isso seria, a partir das décadas de 50 e 60 do século XIX, negado pelas *teorias pasteurianas*, que estabeleceriam a noção de que eram agentes patogênicos – vírus,

¹⁴ Lycurgo Santos Filho. *História Geral da Medicina Brasileira*. São Paulo: Hucitec/EDUSP, 1977. vol.1, p.182.

¹⁵ Segundo o dicionário Aurélio, Patuléia era a denominação dada a um partido popular organizado em Portugal no ano de 1836 – os patolas ou pés frescos -, sendo sinônimo também de ralé.

¹⁶ Bertolli Filho. *Epidemia e sociedade: a gripe espanhola no município de São Paulo*. São Paulo: Dissertação apresentada ao Departamento de História da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 1986. p. 92

¹⁷ Moncorvo Filho. *O pandemônio de 1918* p. 26.

micróbios e bactérias – os causadores das enfermidades. Entretanto, tal descoberta não significou que a crença nos miasmas tenha sido abolida.

Ao longo da história da medicina, conceitos como o de miasma, infecção e contágio tiveram diversos significados, sendo utilizados em teorias as mais diversas, apresentando rupturas e continuidades com as essências gregas de seus termos. As similitudes e dissimilitudes do emprego destes conceitos não podem ser analisadas sem se levar em conta as luzes de cada época, uma vez que não comportavam somente significados médicos. Contudo, deixaremos para fazer uma análise mais profunda sobre esses aspectos mais adiante.

Muitos médicos, como Moncorvo Filho, afirmaram que antes do advento das conclusões a que chegou Louis Pasteur, as lufadas epidêmicas, com todo seu cortejo de horrores, foram alvo das atenções de médicos de todo o mundo, que em geral apresentavam maior preocupação em descrever a doença, que fora alvo de diagnósticos vagos e contraditórios, sendo grande a utilização de profilaxias indeterminadas na tentativa de combatê-la¹⁸. A epidemia de gripe revelaria a impossibilidade da bacteriologia estabelecer respostas a ela, colocando em cheque seu discurso científico.

Na verdade, a gripe era um mal que pouco se conhecia. Tal ignorância fragmentava a comunidade médica e, por isso, alguns médicos acabaram por definir a influenza espanhola como uma patologia nova, devido ao pouco conhecimento da fisiopatologia da doença e das estruturas virais características do mal. A dificuldade de identificar o agente patogênico da espanhola fora agudizada pela rapidez do período de

¹⁸ Moncorvo Filho. *O pandemônio de 1918: Subsídios ao histórico da pandemia de gripe que em 1918 assolou o território do Brasil*. Rio de Janeiro: Departamento da Criança do Brasil, 1924. p.38-40.

incubação e pelo polimorfismo de suas manifestações, que levaram os microbiologistas a se verem impossibilitados de explicar o fenômeno.

No século XIX, nos anos de 1889-1890, uma pandemia gripal devastaria as principais cidades da Ásia, Europa e América. Seu alto grau de virulência e morbidade fez com que os médicos europeus a denominasse “*Morbus Maximus Epidemicus*”.¹⁹ A etiologia da gripe continuou desconhecida por muito tempo, mas avanços no seu estudo foram feitos durante a epidemia de 1889-1890. Após essa epidemia, um grupo de renomados cientistas, entre eles Pasteur e Koch, se interessam em descobrir o agente etiológico da gripe, o maior enigma da época. Em 1891, Friedrich Johann Pfeiffer, chefe do Departamento de Pesquisa do Instituto de Doenças Infecciosas de Berlim, na Alemanha, isolou uma bactéria predominante nos pulmões das vítimas: o bacilo *gram-negativo* que ficou conhecido como o bacilo de Pfeiffer. Assim, surgia para o mundo o *Haemophilus Influenzae*.

Vários foram os agentes atribuídos à gripe, sendo o mais conhecido o bacilo de Pfeiffer. Ele acreditava piamente ter descoberto o agente responsável pela gripe, no que se enganara redondamente, pois o que tinha isolado era apenas um microrganismo secundário no processo de infecção gripal. Foi a pandemia de 1918 que acabou fazendo com que a crença no bacilo Pfeiffer, que atribuía a uma bactéria a causa da doença que tantos horrores causou, fosse abalada.

Durante a epidemia de 1918, as primeiras observações sobre os exames cadavéricos permitiram supor que a influenza não se tratava de uma doença de origem bacteriana. Mas apesar disso, a espanhola foi vista por seus contemporâneos, e mesmo

¹⁹ Cláudio Bertolli Filho. Epidemia e sociedade. Dissertação de Mestrado em História. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas de São Paulo – USP, 1986. p.90.

por alguns historiadores da saúde pública mais antigos, como um marco de consumação da revolução pasteuriana nos países desenvolvidos.²⁰

Nesse mesmo ano de 1918, um interno do Instituto Pasteur – Dujarric²¹ – expõe um conjunto de teorias, com grande consistência, que apontavam para um vírus filtrável, e não uma bactéria ou um micróbio como o real responsável pela gripe. Dujarric, juntamente com outros estudiosos da gripe, os cientistas Charles Nicolle, Lebailly e Violle conseguiram importantes avanços sobre a etiologia gripal no decorrer da epidemia de 1918. Tais investigações desencadearam uma onda de estudos sobre a gripe em vários países. Na Alemanha, Selter se debruçou sobre a questão, sendo seguido no Japão por Yamunuchi. Todos buscavam respostas para o enigma de 1918 e os cientistas brasileiros, como se verá não ficaram atrás.

Anos depois, nos Estados Unidos, Shope confirmaria, ao estudar a gripe porcina, que o papel de causador da gripe era desempenhado por um vírus. Em 1933, os cientistas ingleses Wilson Smith, Christopher Andrews e Patrick Laidlaw conseguiram isolar o vírus da gripe que recebeu a denominação de *Myxovírus Influenzae*. No decorrer dos anos seguintes, dezenas de cepas do vírus da gripe seriam descobertas, classificadas em A, B e C, de acordo com as proteínas que formam o seu núcleo. Constatou-se que as cepas do tipo A eram as que davam origem as grandes epidemias.

Mas o mistério não estava resolvido, e o paradoxo ainda persiste. O que levou a um número de mortes nunca antes visto em se tratando desta doença tão habitual?

²⁰ Jayme L. Benchimol. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Editora UFRJ, 1999. p.116.

²¹ A maioria dos livros que versam sobre o assunto não faz menção ao nome deste interno. Apenas os três outros cientistas tiveram a honra de figurar na história.

Entre 1893 e 1911 a gripe havia vitimado cerca de 4.512 pessoas na cidade do Rio de Janeiro, tornando-se, depois da tuberculose (26.130 óbitos) e da varíola (11.587 óbitos) a doença infecciosa de maior coeficiente mortuário.²² Apesar disso, não era alvo de grandes atenções por parte das políticas de saúde, sendo considerada doença corriqueira. Assim, de 1904 a 1917 registrava-se anualmente, um considerável número de óbitos, chegando o seu total a 8.622 óbitos no espaço desses 13 anos:

Tabela 1 - Óbitos em decorrência de gripe de 1904 a 1917, no Rio de Janeiro.

ANO	Nº ÓBITOS
1904	511
1905	648
1906	530
1907	589
1908	597
1909	600
1910	684
1911	824
1912	750
1913	721
1914	747
1915	584
1916	426
1917	411
Total	8.622

Fonte: ANRJ. *Relatórios do Ministério de Justiça e Negócios Interiores*, 1918. p.235-236.

²² Sampaio Vianna. *Anuário de estatística demográfica*. Rio de Janeiro: Diretoria Geral de Saúde Pública, 1918. p.53.

Embora não fosse considerada doença de notificação compulsória, a gripe aparece na documentação oficial como uma das moléstias a apresentar grande coeficiente de morbidade. Pela tabela notamos que, entre os anos de 1904 e 1910, ocorreu um crescimento do número de falecimentos em decorrência de gripe, totalizando 4.159 casos, sendo a média para o período de 584,14 óbitos por ano. Entre 1911 e 1914 constatamos um *boom* pois ocorreram 3.042 falecimentos, numa média de 760,5 óbitos por ano. Finalmente entre 1915 e 1917 ocorreu um pequeno declínio sendo de 1.421 o número de óbitos, e a média foi de 473,6 óbitos por ano.

Numa cidade que contava com uma população de cerca de 910. 710 habitantes no mês de setembro de 1918, sendo 697.543 concentrados na área urbana e 213.167 na suburbana e rural, os casos fatais de gripe no referido mês foram apenas de 48 óbitos²³. A epidemia, que então começava, já elevava as cifras de óbitos a um patamar nunca antes visto. Contudo, a análise do número de mortos durante a influenza se torna um problema, na medida em que, nas diversas fontes analisadas, são atribuídas contagens diferentes no que se refere ao obituário da moléstia. Nessas fontes são apresentados os seguintes números: 14.279²⁴, 13.713²⁵, 13.424²⁶, 12.388²⁷ e 11.890 óbitos²⁸ para o período que vai de setembro de 1918 à primeira quinzena de novembro, do referido ano. Na cidade de

²³ Fundação Biblioteca Nacional. *Relatório da Comissão de Estatística Demografo-Sanitária da Diretoria Geral de Saúde Pública*. Diretoria Geral de Saúde Pública, 1918. vol.4. pp. 12-14.

²⁴ J.P. Fontenelli. A epidemia de influenza maligna. In: *Revista Saúde*. 1919 vol.3. p. 48.

²⁵ Jornal Correio da Manhã, a 11 de novembro de 1918. p.2.

²⁶ *Relatório da Comissão de Estatística Demografo-Sanitária da Diretoria Geral de Saúde Pública*. Diretoria Geral de Saúde Pública, 1919. Apud: Arthur Moncorvo Filho. *Op.cit.* p. 27.

²⁷ *Relatório da Comissão de Estatística Demografo-Sanitária da Diretoria Geral de Saúde Pública*. Diretoria Geral de Saúde Pública, 1919. Apud: Arquivos brasileiros de medicina, 1919.pp. 477-479.

²⁸ Arquivo Nacional do Rio de Janeiro. *Relatório do Ministério de Justiça e Negócios Interiores*, 1919. p.96. É interessante notar, ser esta a única documentação oficial que menciona a ocorrência de óbitos anteriormente ao mês de outubro.

São Paulo, o coeficiente de morbidade da moléstia se apresentou mais atenuado, sendo o número de óbitos de 6.861.²⁹

Sampaio Vianna, diretor da Comissão de Estatística Demógrafo-Sanitária da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), em 1918, entretanto, acreditava que essas cifras tinham sido bem mais elevadas. Ele talvez estivesse certo, entre outros motivos, pelo fato de que os socorros públicos aos “*hespanholados*” estavam em grande parte restritos aos centros urbanos, ficando os subúrbios – ou sertões, como os sanitaristas denominavam qualquer localidade fora do perímetro urbano – em grande carência. Tal fato certamente fez com que grande número de óbitos não viesse ao conhecimento público. Além disso, a gripe era tomada por outras doenças como tifo, febre amarela, varíola, cólera e peste bubônica, o que atrapalhava o estabelecimento de medidas que visavam o socorro público das vítimas e a adoção de uma profilaxia.

Dentro desse contexto, os médicos e autoridades sanitárias tentaram sustentar, ao longo de um bom tempo, o caráter benigno da gripe. Era uma tentativa de contornar o pânico que se instaurou face à violência da moléstia e das limitações dos órgãos responsáveis pela saúde, no que concerne ao socorro da população. Finalmente, não sendo a gripe doença de notificação compulsória, isso causou embaraços à quantificação dos primeiros óbitos ocorridos.

Não só no Brasil o problema da quantificação dos mortos foi problemático, mas em todos os cantos do mundo, naquele ano de 1918. Em primeiro lugar, porque não havia motivo, naqueles tempos de guerra, para se registrar os casos de um mal que até então era visto como de menor importância. Mas a gripe afetou os esforços de guerra, fazendo com

²⁹ Sampaio Vianna. *Anuário de estatística demográfica*. Rio de Janeiro: Diretoria Geral de Saúde Pública, 1918. p.45.

que os soldados fossem tombando em tamanha quantidade, prejudicando a capacidade bélica dos exércitos. A grande incidência sobre as tropas fez com que fosse inicialmente conhecida como mal dos combatentes ou febre das trincheiras. Segundo Gina Kolata³⁰, a gripe fora o fator que levou a frustração dos planos de batalha do exército alemão, impondo o fracasso da ofensiva de julho de 1918. Um plano militar que quase levou a Alemanha, sob o comando do General Erich Von Ludendorf, a ganhar a Primeira Guerra Mundial.

A história da espanhola no Brasil começa no mês de setembro do ano de 1918, o último do governo Wenceslau Braz. A primeira Guerra Mundial desencadeara a retomada do nacionalismo como forma de superação do atraso do país; e para um grupo de sanitaristas³¹, o atraso de nossa sociedade impunha a melhoria das condições de saúde da população, principalmente da população rural. Sanear o Brasil era uma questão política e moral, uma questão de civilização do país.

A campanha pelo saneamento rural fora desencadeada no começo da década de 1910, fato que muito deveu às expedições do Instituto Oswaldo Cruz ao interior brasileiro. Tais expedições revelaram a precariedade sanitária dos sertões e as mazelas de uma população constituída, segundo o sanitarista Belisário Penna, por uma maioria de *doentes, de incapazes físicos, de maleitosos, opilados, embarbeirados (...)*.³² O quadro sanitário da época fora resumido por Miguel Pereira na famosa frase - “*O Brasil é um imenso hospital*”³³ -, sendo extremamente urgente livrar a população das endemias rurais,

³⁰ Gina Kolata. Gripe: a história da pandemia de 1918. Rio de Janeiro: Record, 2002. pp.38-40.

³¹ Grande parte desses sanitaristas compunha os quadros do Instituto Oswaldo Cruz e da Academia Nacional de Medicina, os dois principais centros de ciência do país à época.

³² Belisário Penna. Editorial. *Revista Saúde*. Rio de Janeiro: s/ed. nº 3, setembro, 1918. p.123-125.

³³ Miguel Pereira. O Brasil ainda é um imenso hospital. In: *Revista médica do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*, 1922. vol. 22. pp. 3-7.

principalmente a conhecida “*trindade maldita*”³⁴: malária, doença de Chagas e a ancilostomíase³⁵. Segundo a visão destes homens de ciência, tais doenças muito embaraçavam o desenvolvimento da nação.

Nesse contexto, surge a Liga Pró-Saneamento do Brasil, chefiada por Belisário Penna, cuja proposta era uma maior intervenção do Estado nas questões de saúde. A visão de saneamento veiculada pela Liga tinha como enfoque central questões ligadas ao trabalho, à saúde do trabalhador e à valorização do elemento nacional. As reivindicações da Liga Pró-Saneamento foram parcialmente atendidas pelo estabelecimento do Serviço de Profilaxia Rural, em maio de 1918³⁶, que teve Belisário Penna como seu diretor. Contudo, o serviço ficava restrito à capital federal e não apresentava uma organização bem delimitada. Não nos aprofundaremos, nesse momento, no desempenho da Liga, mas ela foi de extrema importância nas transformações ocorridas após o surto da espanhola, no que se refere ao código sanitário que se estabeleceria por ocasião da Reforma de Saúde de 1920.

Mas não era só no Brasil que as questões de saneamento e saúde pública chamavam atenção. Como se viu, no mundo do pós guerra se deflagrara uma epidemia, que ficaria conhecida como influenza espanhola. O país tomaria contato com essa peste, antes mesmo dela aqui aportar. O Brasil mandara para a Europa dois grupos militares de auxílio, um era a esquadra de patrulha comandada por Pedro Max de Frontin e o outro era a Missão Médica Militar, chefiada por Nabuco de Gouveia, que saiu do país no dia 18 de

³⁴ Belisário Penna. *Saneamento do Brasil*. Rio de Janeiro: Typografia Revista dos Tribunais, 1918. p. 12.

³⁵ A ancilostomíase é popularmente conhecida como amarelão, opilação ou mal da terra. Refere-se a uma parasitose no intestino humano pelo ancilóstomo.

³⁶ Arquivo Nacional do Rio de Janeiro. *Coleção das leis da República Federativa do Brasil*. Decreto 13001 de 1º de maio de 1918. Vol.2 pp. 535-536.

agosto de 1918, conduzindo vários médicos para o continente africano, aonde iriam atuar combatendo, entre outras, a peste desconhecida.

Notícias de que havia uma espécie de epidemia a bordo do navio La Plata, que levava a Missão Médica brasileira, começavam a ser divulgadas pela imprensa, relatando algumas mortes e vários doentes hospitalizados em Orã, na Argélia. Essa peste desconhecida já alcançara a Europa, a África, podendo a qualquer momento chegar aos nossos portos. Vários nomes foram atribuídos a ela - febre das trincheiras, peste de Dakar, entre outros - sem que realmente se soubesse de que se tratava ou como atuar sobre ela.

Apesar do segredo que se fizera em torno de tal ameaça, as notícias dos jornais da época nos levam a crer que os tripulantes do navio no qual estava embarcada a Missão Médica brasileira tiveram seu primeiro contato com a moléstia ao chegar ao porto francês de Dakar, no Senegal³⁷. Em 29 de agosto muitos já haviam desenvolvido a doença dentro do navio. Outros navios que acompanhavam a divisão de guerra brasileira foram apanhados pela doença em 5 de setembro, quando tocaram em Freetown, Serra Leoa, para realizar reparos e abastecer as embarcações, transformando a viagem numa temporada infernal.

A 9 de setembro são jogados ao mar os primeiros corpos, e a 22 do mesmo mês chegam os primeiros cabogramas confirmando a notícia de que a nova peste atacara os tripulantes da Missão Médica. Notícias confirmadas pelo próprio Nabuco Gouveia, mas que por aqui pouca atenção despertaram, como se o país estivesse a salvo pela distância que o separava da zona dos acontecimentos.

³⁷ Tal assertiva se baliza pela leitura dos jornais *O Paiz*, *O Correio da Manhã* e *o Jornal do Commercio*, assim como das revistas *Careta* e *Fon-Fon* do mês de agosto e setembro de 1918.

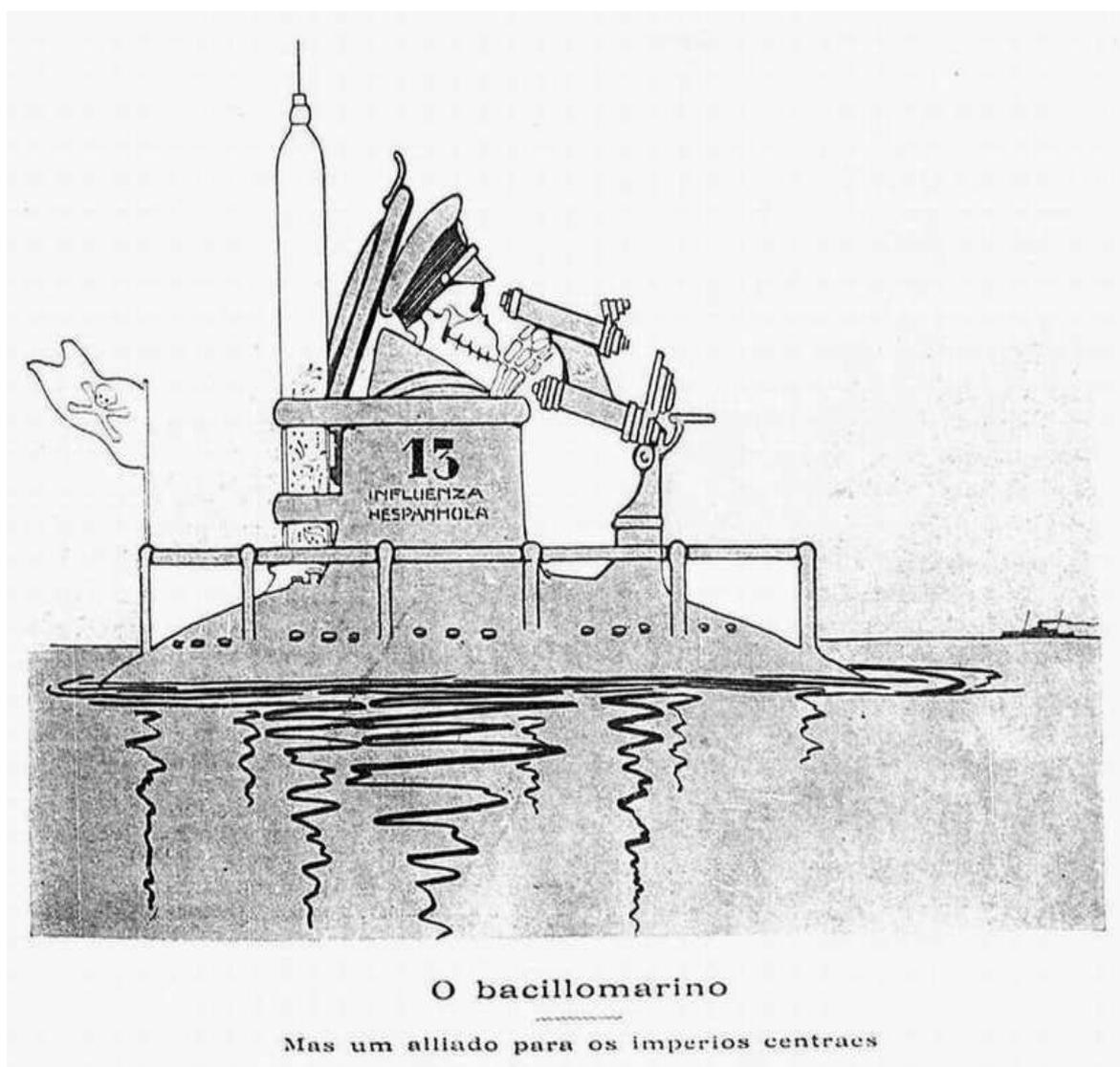
O desconhecimento sobre a doença epidêmica e a pseudocientificidade com que o tema era tratado pelos jornais e pelas autoridades acabou contribuindo para despertar o sentimento de imunidade diante da moléstia reinante. O artigo da *Careta* demonstra, através do tom pilhérico, a desinformação da sociedade sobre o problema que a ameaçava:

“L’influenza hespangneule et les perigues du contagie - cette moleste est une criation des allemands qui l’eparillent dans le monde entier pour interméde de ses submarins. (...) notres officier et mariners de notre escadre et mediques qui parturent le móis passé pour les hospitaux du front, apagnes au millieu du chemin et victimes pour la traideure creation bacteriológica des allemands, pourquoi em notre opinion les mysterieuse moleste furent fabriques dans L’allemagne, carregues de virulence par les sabichons teutoniques, engarrafés et depuis distribués par les submarins qui si encareguent d’espailler les garrafes pert des côtes des pays allies, de manière qui levées par les ondes pour les praies, les garrafes apagnées par gens innocents espaillen le terrible morbus par tout l’universe, de cette manière obriguant les neutres a se conserver neutres (...).”³⁸

A imagem inserida abaixo permite reforçar a visão de incredulidade dada pela citação. Imperava a crença de que se fazia muito alarde por causa da moléstia, tida como corriqueira, que aparecera na cidade.

³⁸ La Carète Économique. In: *O Careta*, 5 de outubro de 1918. p.31.

A tradução do fragmento citado seria mais ou menos o seguinte, visto se tratar de uma linguagem cômica híbrida do francês e do português: “A influenza espanhola e os perigos do contágio – esta moléstia é uma criação dos alemães que a espalham pelo mundo inteiro, por intermédio de seus submarinos (...) nossos oficiais, marinheiros e médicos de nossa esquadra, que partiram a um mês, passam pelos hospitais do *front*, apanhando no meio do caminho e sendo vitimados pela traiçoeira criação bacteriológica dos alemães, porque em nossa opinião a misteriosa moléstia foi fabricada na Alemanha, carregada de virulência pelos sabichões teutônicos, engarrafada e depois distribuída pelos submarinos que se encarregam de espalhar as garrafas perto das costas dos países aliados, de maneira que levadas pelas ondas para as praias, as garrafas apanhadas por gente inocente espalhem o terrível *morbus* por todo o universo, desta maneira obrigando os neutros a permanecerem neutros”.



A Careta, nº537. 5 de outubro, 1918. p.13 – O bacillomarino - Mais um aliado para os Impérios centrais.

Para os jornalistas da revista, assim como para uma grande parcela da população e dos grupos políticos de oposição ao governo Wenceslau Brás, o combate à moléstia era tomado como pretexto para intervenção na vida da população. Era um expediente para a revitalização de medidas sanitárias vistas como coercitivas, e que muitas críticas renderam à figura do sanitarista Oswaldo Cruz, durante sua gestão frente à Diretoria Geral de Saúde Pública no início do século:

“L’influenze hespagneule nois ameace at avec les ameaces de la dite moleste comecem neuvemente las ameaces de la medicine officielle, iste c’est la dictadure cientifique (...). c’est l’ameace d’une incursion em notre chèri pays de l’influenze hespangneule le terrible morbus que actuellement va ceifant les vides des pauvres de la vielle Europe (...).

Nous avons um grand temeur de l’attaque de influenze hespagneule. Non pour la moleste en soi qui est très facile de traiter comme le diron en devu temps. Mas est qui avec barbasesque d’acune moleste, commece imediatement. La Directorie de la santé a tomer une portion de providences dictatoriales ameaçant de ferir les droits du citoyens avec une série de medides coercitives, preparant hospitaux pour recueillir violement les ataquès, enfin preparant tout les armes de la tyrannie cientifique contre les libertès des pauvres civils.”³⁹

³⁹ La Carète Économique. In: *O Careta*, 12 de outubro de 1918. p.28.

A tradução deste fragmento, também em linguagem híbrida, seria : “A influenza espanhola nos ameaça e com as ameaças da dita moléstia, começam as ameaças da medicina oficial, isto é a ditadura científica. (...) é a ameaça de incursão ao nosso querido país da influenza espanhola, o terrível *morbus* que atualmente vai ceifando as vidas dos povos da velha Europa.

Nós temos um grande temor do ataque da influenza espanhola. Não pela moléstia em si, que é muito fácil de tratar como dirão no devido tempo. Mas é aqui com barbasesque (com as barbas de molho) de certas moléstias, comece, imediatamente, a Diretoria de saúde a tomar uma porção de medidas coercitivas, preparando hospitais para recolher, violentamente, os atacados; enfim preparando todas as armas da tirania científica contra as liberdades dos povos civis.

De acordo com o doutor J. P. Fontenelle, Inspetor Sanitário da Diretoria Geral de Saúde Pública, a censura imposta pelos meios militares acabou acarretando contratempos ao combate do mal e a incompreensão da população diante dos acontecimentos.⁴⁰ Enquanto no país imperava um sentimento de imunidade diante do mal, já no dia 5 de agosto, em Lima, no Peru, eram notificados vários casos de Influenza em caráter epidêmico, sendo numerosos os fatais.

Segundo a maior parte das fontes analisadas, a epidemia aportou oficialmente no Rio de Janeiro por volta do dia 14 de setembro, quando o paquete Demerara entrou no porto da cidade com doentes a bordo. A doença irrompeu, em fins desse mês, levando as autoridades a tentar explicar as anomalias que começavam a ser observadas na vida urbana à população.⁴¹

⁴⁰ J. P. Fontenelle. Comentário médico-higiênico sobre a epidemia de influenza maligna. In: Revista Saúde, nº3. Rio de Janeiro: s/ed, 1919. p.46.

⁴¹ Fundação Biblioteca Nacional. *Relatórios do Ministério da Justiça e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1919; Relatório dos Presidentes de Estado, 1918-1919.

2 – A gripe no Rio de Janeiro.

Se tivermos em mente que a gripe se alastrava com grande velocidade e que o vírus não respeita fronteiras, pode-se concluir que a epidemia chegara ao Brasil antes do mês de setembro.⁴² Esse fato, ligado à intensa atividade de navegação de cabotagem, em toda a extensão da costa brasileira, e à presença da gripe em outros estados no Norte e Nordeste reforçava a desconfiança de que a espanhola deve ter chegado à capital federal antes de setembro.

De acordo com o Doutor Octavio Pinto, a gripe já estava entre nós em meados de agosto.⁴³ Porém, muitos médicos acreditavam se tratar de um simples resfriado coletivo. Apenas o que chamavam de *gripe nostra*, moléstia gripal corriqueira, que por incidir preferencialmente sobre indivíduos idosos, fora popularmente denominada de *limpa-velhos*⁴⁴, e que em nada se assemelhava ao mal que grassava na Europa. Fora uma surpresa perceber que a nova fisionomia apresentada pela doença insidia, principalmente, sobre indivíduos mais jovens. Tal fato não deixou de aguçar o humor da imprensa da época.

⁴² *O Paiz*. 5 de agosto de 1918. p.3.

⁴³ Octávio Pinto. *A epidemia de gripe no Rio de Janeiro: Seus prodomos e formas clínicas*. In: Arquivos brasileiros de medicina. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Medicina, 1919. p. 331-340.

⁴⁴ Dr. Ribeiro da Silva. Gripe pandêmica e gripe nostra. In: *Revista Brasil Médico*, vol. XXXIII, nº8. 18/01/1919



A *Careta*, nº542. 9 de novembro de 1918. p.11.

— O que D. Quitéria, a senhora escapou?

- É verdade seu Praxédes. Lá em casa eram 19 doentes, mas eu saí de casa porque não gosto de agrippamentos.

Era comum a visão de que a extensão da moléstia estava relacionada à melhoria dos transportes. Mas após a confirmação do telegrama de Nabuco Gouvêa, em fins de setembro, o então diretor da Saúde Pública, Carlos Pinto Seidl, busca paramentar a cidade para o combate ao mal. Assim, em 30 de setembro, Carlos Seidl estabelece um serviço de assistência domiciliar e de socorros públicos aos necessitados. Estava-se reconhecendo oficialmente o estado pandêmico no Rio de Janeiro. A 3 de outubro, o Diretor da Saúde Pública alerta os portos e determina a adoção de uma *profilaxia indeterminada*, devido ao desconhecimento da natureza da moléstia. Como nos é relatado por Seidl:

“Antes de 26 de setembro o próprio ministro do interior, de quem solicitei insistentes informações, não sabia dizer-me qual a natureza da epidemia - falava-se em cólera e peste pneumônica. (...) na falta de documentação tomei a deliberação de recomendar aqui e nos portos uma profilaxia que denominei de indeterminada, isto é, visando tudo que pudesse ser motivo de transmissão mórbida.”⁴⁵

A cidade, porém, encontrava-se totalmente despreparada para uma emergência epidêmica. Não havia lazaretos para isolar os atingidos, uma vez que a quarentena nosocomial⁴⁶ era considerada obstáculo ao tráfego comercial e ao deslocamento da mão-de-obra. O lazareto da Ilha Grande, única estação quarentenária ainda existente no país,

⁴⁵ Carlos Pinto Seidl. *A propósito da pandemia de gripe de 1918: Argumentos e fatos irrespondíveis*. Rio de Janeiro: Bernard Frères, 1919. p.15-16.

⁴⁶ O termo nosocomial é referente a hospitalar.

situada no litoral fluminense, encontrava-se totalmente desaparelhado. Não possuía instalações, nem material flutuante para as inspeções sanitárias aos navios que atracavam no porto. Os hospitais da cidade não possuíam leitos, remédios, nem médicos suficientes para dar combate ao mal.

O estado sanitário em que se encontrava o país, em face da ameaça epidêmica, acabou fazendo com que, em inícios de outubro, a imprensa veiculasse uma série de artigos nos quais se exigia uma ação mais efetiva da Diretoria Geral de Saúde Pública, no que concerne ao estabelecimento de uma defesa sanitária e de uma profilaxia voltada para o combate do mal que ameaçava o país.

Entretanto, a ação da Diretoria estava obstaculizada pela própria estrutura do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, órgão ao qual estava subordinada, o que retirava a autonomia de suas ações. Sendo um ministério de escopo jurídico, as questões de saúde acabavam recebendo uma atenção menor do que necessitavam. O ministro tinha a última palavra sobre as ações do encarregado da saúde, que ficava impedido de fazer gastos superiores a um conto de réis, sem a devida aprovação de seu superior.

Outro fator que contribuiu para dificultar a atuação das instituições de saúde foi o fato do poder federal só poder intervir nessas questões, dentro dos limites da cidade do Rio de Janeiro. Além disso, os problemas de saúde pública estavam divididos entre os vários ministérios: da Agricultura, regendo as questões de fiscalização dos gêneros alimentícios; da Viação e Obras Públicas, regendo as questões de águas e esgotos, e finalmente da Justiça e Negócios Interiores, que se encarregava das questões de regulamentação da profissão médica e de socorros públicos.

A morosidade no estabelecimento de medidas profiláticas, ou melhor, as limitações estruturais que afetavam as instâncias de saúde durante o combate à gripe, despertaram críticas ao governo Wenceslau Braz e ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, como demonstra a seguinte notícia do jornal *O País*:

“Num momento em que perigos externos e preocupações domésticas tornaram todos os brasileiros apreensivos, sobre o futuro de nossa nacionalidade, parece que deveríamos ser poupados à angustiada ansiedade provocada pelos flagelos epidêmicos. Mas nem dessa ordem de ameaças estamos livres, e, aos muitos problemas que nos defrontamos, temos a acrescentar, agora o da defesa sanitária (...) onde o estado sanitário é muito pouco satisfatório.

Extinta no Rio de Janeiro a febre amarela, graças à tenacidade de Oswaldo Cruz, (...) a opinião pública aceitou implicitamente, como uma verdade axiomática, a idéia de que o problema sanitário estava definitivamente resolvido no país (...) Como reflexo dessa opinião pública generalizada e que circulava como expressão de um conceito indiscutível, os poderes públicos começaram a se desinteressar pelas questões sanitárias. As verbas foram minguando de ano para ano (...).

Infelizmente, a confiança em que se embalava o nosso público, certo de que com a obra de Oswaldo Cruz estava encerrada a missão da higiene pública no Brasil, acarretou um movimento de retrocesso na organização sanitária. (...). O rebaixamento do nível de eficiência do departamento sanitário não é resultado da negligência, ou da incompetência deste ou daquele funcionário, trata-se da inevitável conseqüência do abandono de um ramo da administração, cuja imprescindível necessidade se desabituara em acreditar a opinião pública.

(...) Estamos convencidos de que o problema sanitário vai ser uma das primeiras questões a que terá o eminente Sr. Rodrigues Alves de prestar cuidadosa atenção. Mas nas seis semanas de poder que ainda restam ao atual governo, podem sobrevir graves surpresas em matéria sanitária. E certamente o Sr. Presidente da República e o Sr. Ministro do Interior não desejam legar, como verba testamentária de sua

administração, flagelos epidêmicos que não concorrerem para aumentar as saúdes do quadriênio prestes a encerrar-se.”⁴⁷

A escassez de verbas destinadas à saúde pública dificultava a implantação de projetos sanitários de combate às doenças endêmicas, assim como o aparelhamento e mesmo a manutenção de hospitais e da divisão sanitária dos portos.⁴⁸ No sentido de possibilitar a melhor compreensão do decréscimo das verbas destinadas à saúde pública durante os anos 1910, recorreremos ao gráfico abaixo:

Tabela 2 – Evolução dos créditos orçamentários estipulados para socorros públicos (1914-1918).

ANO	CRÉDITOS ORÇAMENTÁRIOS	CRÉDITOS SUPLEMENTARES
1914	200:000\$000	1.100: 000\$000
1915	50:000\$000	_____
1916	25:000\$000	_____
1917	25:000\$000	_____
1918 ⁴⁹	50:000\$000	_____

Fonte: ANRJ. Anexos despesas do ministério. *Relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores*, 1918. p.36.

⁴⁷ Alexandre Albuquerque. A defesa sanitária. In. *O Paiz*. Rio de Janeiro; 2 de outubro de 1918. p.4

⁴⁸ Ver Arquivo Nacional do Rio de Janeiro. *Série Justiça – Administração Geral*. Pacotes IJ² 549 a 799.

⁴⁹ Créditos apenas orçados para o ano de 1918. Foram gastos somente no primeiro semestre do ano 66:418\$974 no que se refere aos socorros públicos. Ver: Fundação Biblioteca Nacional. *Coleção Relatórios dos Presidentes de Estado*, 1918. p. 25. Logicamente, ver os relatórios relativos à administração do Estado do Rio de Janeiro.

Tal falta de investimentos no âmbito da saúde levou à precariedade das instituições sanitárias e hospitalares, o que contribuiu para maior limitação dos socorros públicos durante a epidemia de gripe. O atendimento da população acabou dependendo, em grande parte, da iniciativa das esferas privadas: igrejas, clubes, associações beneficentes, escolas e a Cruz Vermelha socorreram a sociedade à beira de um colapso.

Os relatos lidos são unânimes em afirmar como eram aterradores a velocidade do contágio e o número de pessoas que eram acometidas pela moléstia. Era apavorante a rapidez com que ela invadia os corpos, devido ao curto período de incubação. A influenza, tida como uma doença benigna, assumia várias fisionomias classificadas como: pneumônica, broncopneumônica, gastroentérica, coleriforme, nevrálgica, intestinal⁵⁰, polineurítica, meningítica, meningo-encefálica, renal, astênica, sincopal e fulminante. O tipo mais letal era descrito como mista, ao mesmo tempo meningo-encefálica, broncopneumônica e gastrintestinal, sendo denominada *morbus extremis*.⁵¹

De simples zoeiras nos ouvidos, surdez, cefaléias e hipertermias simples, a doença se desenvolvia apresentando sintomas como calafrios, hemorragias, urinas e vômitos sangüíneos acompanhados por “*perturbações nos nervos cardíacos, infecções nos intestinos, pulmões, e meninges levando em poucas horas a vítima a sufocações, a diarréias, a dores lancinantes, ao letargo, ao coma, a uremia, á síncope e finalmente a*

⁵⁰ Segundo Miguel Couto essa denominação foi criada no Brasil para denominar a forma de gripe que acarretava vários problemas intestinais. Ver: *Anais da Academia Nacional de Medicina*, 1924. Sessão de 22 de maio. P.119.

⁵¹ Ver, Moncorvo Filho. *O pandemônio de 1918: Subsídios ao histórico da pandemia de gripe que em 1918 assolou o território do Brasil*. Rio de Janeiro: Departamento da Criança do Brasil, 1924. p.38-40; Juliano Moreira. *Arquivos brasileiros de medicina*. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Medicina; Carlos Meyer. *A gripe epidêmica no Brasil: Especialmente em São Paulo*. São Paulo: Casa Duprat, 1920.

morte em algumas horas ou alguns dias.”⁵² Os diferentes sintomas da moléstia levaram a opinião médica a se dividir quanto à forma de tratamento a adotar.

No dia 13 de outubro, o problema era tão grave que Carlos Seidl pediu ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores para contratar pessoal extraordinário que permitisse à Saúde Pública funcionar de acordo com a emergência que se desenhava.⁵³ Médicos adoeciam e entravam em cena os parteiros, laboratoristas e barbeiros sangradores, por exemplo. Apesar dos esforços, a gripe se tornou calamidade de proporções desconhecidas nos meios médicos nacionais, instaurando o pânico e o terror na cidade. Nelson Antonio Freire foi testemunha dos acontecimentos ocorridos:

“A cidade virou um pandemônio, não havia médico para nada. Aí começaram a aparecer os acadêmicos da Faculdade de medicina, mas a situação estava preta. Não tinha hospital para todo mundo que adoecia. Foram as escolas que montaram hospitais, foi a Cruz Vermelha que montou e socorreu o povaréu; e assim foi se levando.

Minha avó estava no hospital e ninguém sabia dela; fui com meu pai e meu irmão ver como ela estava, se estava viva. O hospital da Misericórdia estava lotado, tinha doente espalhado no chão dos corredores. Minha avó estava morta lá na capela junto com um montão de gente. O pior de tudo é que estava morrendo gente aos borbotões e o governo dizia, nas ruas e nas folhas, que a gripe era benigna. As ruas viraram um cemitério, e a gripe era benigna. Certo dia, as folhas noticiaram mais de 500 óbitos e mesmo assim a gripe era benigna, benigna, benigna.

Quando o povo fazia algazarra nas ruas, eles botavam a culpa nos socialistas e nos pobres dos anarquistas que fizeram uma greve⁵⁴ em novembro”.⁵⁵

⁵² Mota Rezende. Basites Pulmonares. In: *Arquivos brasileiros de Medicina*. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Medicina, 1919. p. 305-308.

⁵³ Carlos Seidl. *A propósito da pandemia de gripe de 1918(...)*.p.20.

⁵⁴ O depoente se refere à insurreição anarquista de novembro de 1918.

⁵⁵ Nelson Antonio Freire em entrevista concedida a autora em 11 de setembro de 1990.

A Gripe Espanhola teria colocado no leito, só na cidade do Rio de Janeiro, cerca 600.000 pessoas.⁵⁶ A população se sentindo desamparada e tomada pelo pânico da morte tão próxima organizava procissões imensas.⁵⁷ Eram numerossíssimas e entre elas se destacavam as de São Sebastião, das Irmandades de Nossa Senhora das Dores e São Pedro da Gamboa, que, ao juntar um enorme número de gente, acabavam ironicamente por favorecer o contágio.

Muitas cidades, além do Rio de Janeiro, começaram a viver uma constante de saques, roubos, manifestações de insatisfação com a administração pública, expressas através da destruição de bens públicos. Em Recife as pessoas apavoradas com o início das mortes pela gripe e com as notícias dos jornais sobre o caos que a doença instaurou no Rio de Janeiro, destruíam os postes de iluminação elétrica recém instalados, como se a modernização tecnológica fosse a responsável pela peste.⁵⁸

No dia 16 de outubro, Carlos Seidl pedia em vão a censura aos jornais, devido ao pânico que estavam incutindo na população da cidade. A população acreditava em quaisquer boatos que surgissem nas ruas ou fossem transmitidos pela imprensa. Nesse mesmo dia, porém, o jornal *O Paiz* publicou um artigo noticiando uma segunda epidemia, tão perigosa quanto a Espanhola, que teria sido desencadeada por uma greve atribuída ao movimento socialista. Conforme o jornal:

“Epidemia verdadeiramente democrática, grassa em todos os bairros (...). A sua gravidade não está tanto no seu malefício sobre os doentes, como na sua perturbadora ação social. Sem dúvida não é pelo

⁵⁶ *A Razão*. 1 de novembro de 1918. p.3.

⁵⁷ *A Careta*, 26 de outubro de 1918. p. 9.

⁵⁸ Josué Montello. *Os degraus do Paraíso*. Rio de Janeiro: Editora Martins/ MEC, 1974. pp. 18-23.

seu poder mortífero que ela está causando alarma, mas sim, pela desorganização de todos os serviços públicos e particulares. (...). É porque, na verdade, o que Laura na cidade não é uma epidemia apenas, mas duas (...) sem dúvida a hespanhola e o medo da hespanhola. Contra o medo da hespanhola há apenas uma terapêutica, a terapêutica moral.

(...) A atual epidemia não pode ainda ser considerada uma calamidade nacional, e é por isso que à sua volta existe tão grande celeuma. Os brasileiros, como os portugueses, têm o poder congênito da ampliação.

(...) O movimento da cidade está em grande parte paralisado, como se vê, em virtude de um grande movimento socialista, não porque duas terças partes dos trabalhadores de todas as classes (o socialismo é já hoje também um luxo aristocrático) tivessem abandonado o trabalho, mas, porque neste momento histórico, mais do que nenhum outro, todas as greves são altamente funestas, sejam em consequência da propaganda socialista ou do micróbio da gripe (...).⁵⁹

O grau de desorganização a que foi submetida a cidade do Rio de Janeiro fez com que Carlos Seidl fosse submetido à execração pública pelos meios de comunicação e por parcelas das classes médica e política. Seidl foi acusado de “*pouco caso criminoso ao abusar da paciência do povo*”⁶⁰, não tomando providências enérgicas: isolando os enfermos e expurgando os navios que aportavam na cidade. O medo da morte e o sentimento de abandono face às limitações dos serviços de saúde acabaram por fazer com que Carlos Seidl e a Diretoria Geral de Saúde Pública se tornassem motivo de chalaça, de ironias no seio da população e na imprensa.

No dia 18 de outubro de 1918, o país tomava conhecimento do pedido de demissão de Carlos Seidl, sendo ele substituído por Theophilo Torres.⁶¹ Mas, na verdade,

⁵⁹ Alexandre Albuquerque. A Hespanhola. In: *O Paiz*. 16 de Outubro de 1918. pp. 3-4.

⁶⁰ *Rio Jornal*. 11 de novembro, 1918. p.4

⁶¹ Theophilo Torres era membro da Academia Nacional de Medicina, e assessor de Seidl na Diretoria de Saúde Pública.

foi Carlos Chagas⁶², diretor do Instituto Oswaldo Cruz, e que tinha acabado de ser empossado no cargo quando a epidemia estourou, quem ficou à frente do comando dos socorros públicos. Nessa posição, ele ditou as regras e pôs em prática o programa organizado pelo ex-diretor Carlos Seidl: dotar a cidade de maior número de leitos e distribuir socorro, remédios e gêneros.

O senhor Elmano Cardim⁶³ foi incumbido pelo Presidente da República, através do ministro da Justiça Carlos Maximiliano, de levar, pessoalmente, o convite a Chagas para assumir a direção dos serviços de saúde para o combate à epidemia. Segundo Cardim, anos depois em entrevista a Carlos Chagas Filho, o próprio Chagas sabia que *a sua tarefa era árdua* porque, no fundo, conforme lhe dissera o próprio ministro, o governo procurava um “bode expiatório” e a atuação de Seidl *havia sido a melhor que se podia fazer no momento*.⁶⁴

Os jornais e a população do Rio de Janeiro exigiam a presença de Chagas à frente dos serviços de assistência aos *hespanholados*. Chagas aceitou a tarefa, mas tudo se encontrava envolto por uma atmosfera de incerteza, dentro da qual o sanitarista teria que travar sua luta contra um mal imprevisível e extremamente letal. Não foram poucas as dificuldades enfrentadas por esse homem de ciência.

⁶² Após a morte de Oswaldo Cruz, em 1917, Carlos Chagas se torna diretor de Manguinhos, fato deu origem a uma série de querelas internas, devido ao não reconhecimento de Chagas, principalmente por parte de Arthur Neiva, como dirigente e homem de ciência a altura de Oswaldo Cruz, revelando uma disputa pelo controle do Instituto. Ver: CPDOC/Fundação Getúlio Vargas. *Arquivo Arthur Neiva*. Pacotilhas 1e 3. A posição ocupada por Chagas diante do combate a epidemia, e posteriormente na direção do Departamento Nacional de Saúde Pública, possibilitaram assegurar a autonomia do Instituto. Ver: *Anais da Câmara dos Deputados*, 1919. 14 vols.

⁶³ Não foi possível descobrir muitas informações sobre Elmano Cardim. Cardim era oficial de gabinete da presidência Wenceslau Brás. Formou-se como advogado e trabalhou como jornalista no *Diário de Notícias* e no *Jornal do Comércio*, neste último começou em 1909. Foi funcionário público e trabalhou em várias instituições, entre as quais o Arquivo Nacional. Foi eleito para a Academia Brasileira de Letras em 1950, sendo seu presidente durante o ano de 1958.

⁶⁴ Arquivo Carlos Chagas. Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. Documento: CC 973.08.03 pasta 2.

A falta de alimentos e remédios fazia a situação tornar-se mais apavorante, ficando a população desorientada. Grande foi o impacto emocional causado tanto pela violência da moléstia quanto pelas limitações ao seu combate. As fontes e os relatos analisados nos apresentam descrições da fome e dos saques às padarias, armazéns e quitandas por uma turba de convalescentes esqueléticos.⁶⁵

Numa tentativa de contornar os problemas gerados pela carência de gêneros alimentícios, o Estado lançou mão do confisco de jacás e galinhas, consideradas como um fortificante muito aconselhável no combate de moléstias. Autoridades policiais as requisitavam às granjas da cidade ou mesmo invadiam casas particulares onde se criavam galinhas, frangos ou pintos, não importando se fosse uma única ave.⁶⁶ Tanto que, ao final da epidemia, somava-se um total de 163 reclamantes pelo reembolso dos confiscos efetuados pelo Estado, que arcou com o custo de 10:060\$950. A impossibilidade de prover o total da população com as concorridas aves fez com que se proliferassem boatos de que elas eram reservadas para os privilegiados da cidade, para o pessoal do governo. O povo então invadia as estações ferroviárias e os quartéis do Corpo de Bombeiros, esperando a distribuição das aves, que eram vistas passando sob guarda diante dos olhos da população, que as tinham como bens extremamente preciosos. A charge abaixo reforça a visão da luta pela aquisição das preciosas aves.

⁶⁵ Pedro Nava. *Chão de ferro (...)*. p.197-210. Ver ainda, *O Paiz, O Correio da Manhã, Jornal do Commercio* nos números referentes aos dias 17 a 22 de outubro do ano de 1918.

⁶⁶ Arquivo Nacional do Rio de Janeiro. *Série Saúde-Administração Geral*. Pacote II² 799.



Authentico.
— É para o senhor ver. Fui comprar
uma galinha no Corpo de Bombeiros e
succede que tive a linda sorte de receber...
dous gallos!

Revista Fon-fon, nº46. 9 de novembro de 1918. p.30.

- É para o senhor ver. Fui comprar uma galinha no Corpo de Bombeiros e sucede que tive a linda sorte de receber dois galos.

O Comissariado de Alimentação Pública, criado desde o começo da Primeira Guerra Mundial para assegurar o abastecimento de gêneros de primeira necessidade à população, sofria críticas de todos os lados.⁶⁷ Leopoldo de Bulhões, presidente do referido órgão, foi acusado de permitir a especulação e de transformar o Comissariado num órgão protecionista, gerando “*o monopólio dos produtores sobre o mercado e acarretando o desequilíbrio comercial, financeiro e monetário. Monopólios que refletem a inépcia do governo*”.⁶⁸

A população, entretanto, pôde contar com gestos de solidariedade, como a distribuição de sopa pelos quartéis e por famílias abastadas, entre elas a do próprio Presidente da República, Wenceslau Braz.

Mas não era só a escassez de alimentos que se abatia sobre a cidade; faltavam também remédios. O principal deles, o quinino, tinha a sua comercialização e distribuição regulada pelo Estado através do Serviço de Medicamentos Oficiais que não conseguia prover a procura da população.⁶⁹ A falta do medicamento e o superfaturamento ao qual foi exposto fizeram com que não se conseguisse atender à demanda provocada pela moléstia. Diante dessa realidade, foi utilizada uma série de medicamentos que atuavam sobre os diversos sintomas da moléstia, como a codeína, a terpina, o benzoato de sódio, a esparteína, a digitalina, essência de canela e uma série interminável de purgantes, mas que eram ineficazes para o mal em si. A falta do quinino, que reinava incontestável nos receituários dos *hespanholados*, é comentada por D. Virgínia Mota:

⁶⁷ Ver, Jornal *O Paiz* no período referente de 17 a 22 de outubro de 1918. E ainda; *Anais da Câmara dos Deputados* nos vols. XI e XII (referente aos meses de novembro e dezembro de 1918).

⁶⁸ Nicanor Nascimento. In *Anais da Câmara dos Deputados*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1919. p.83. (sessão de 17/12/1918).

⁶⁹ Estabelecido pelo decreto 13.000 de 1º de maio de 1918. Arquivo Nacional do Rio de Janeiro. *Coleção das Leis da República Federativa do Brasil*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1919.

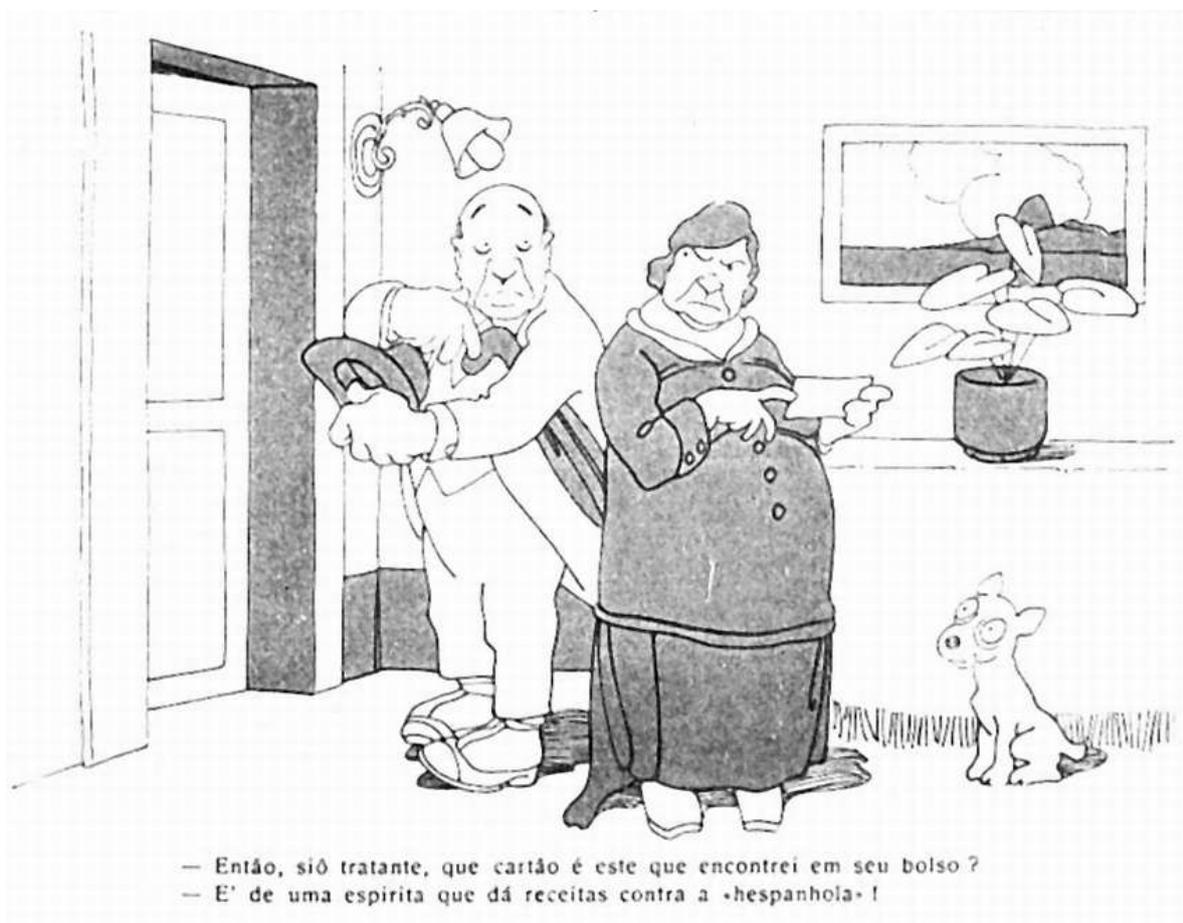
“(...) quinino! Não adiantava procurar que não tinha, sumiu da praça. Diziam que o governo estava distribuindo, mas ninguém via nem cheiro de quinino. (...). Quando aparecia, o preço do infalível quinino era absurdo; chegou a custar 10.000 réis. Usava-se muito clister de café e essência de canela. Foi aí que começaram a aparecer um bando de remédios que ninguém tinha ouvido falar, prometendo cura rápida. Muita gente ganhou dinheiro com a gripe, muita gente mesmo. (...)”⁷⁰

Como relata D. Virgínia, a epidemia acabou dando margem não só à especulação comercial de remédios, como também a um certo oportunismo que prometia cura através de patuás, amuletos, mesinhas e rezas bravas. Os jornais proclamavam as excelências dos *contratosse*, dos elixires e xaropes, e uma grande quantidade de remédios à base de receitas caseiras e fórmulas milagrosas. Até o filtro d’água, peça hoje tão corriqueira no ambiente doméstico, passava a apresentar um miraculoso poder curativo. Tudo tornou-se curativo e preventivo, até a naftalina⁷¹. Na busca de uma medicação eficaz, de um preventivo que valesse, apelou-se para a vacinação jenneriana – vacina animal baseada na inoculação direta do pus variólico retirada de vitelos. Tudo em vão.

A ciranda terapêutica estabelecida no decorrer da epidemia de gripe espanhola, na qual alopátia, homeopatia, como também as crenças herdadas da cultura africana apresentavam suas armas contra o mal reinante, não deixou de ser usada pela imprensa da época como alvo de crítica e de humor.

⁷⁰ Entrevista concedida por D. Virgínia Mota Freire a 11/09/90.

⁷¹ *A Rua*, 15 de outubro de 1918. p.6



A Careta, nº540. 26 de outubro de 1918. p.11.

- Então siô tratante, que cartão é este que encontrei em seu bolso?
- É de uma espírita que dá receitas contra a espanhola!

Os cuidados não se voltavam somente para os *hespanholados*. O ambiente também foi alvo de atenção. Frequentemente eram queimadas pela cidade barricas de alcatrão e enxofre, sendo as casas defumadas com alfazema em brasa, enxofre, entre outras substâncias. A utilização dessas substâncias revelam que o advento das teorias pasteurianas não lograra abolir o emprego das teorias miasmáticas⁷², apontando para o caráter cumulativo da ciência e para a lentidão de mudanças nas crenças e valores sociais. A permanência destas práticas pode ser explicada pelas redes estabelecidas em torno do conhecimento e da prática médica, que acabavam por levar a politização das doenças e do seu combate, e a regular as descobertas científicas.

Além da fome e da falta de remédios, os periódicos noticiavam um número nunca visto de doentes e cifras pavorosas no obituário. Falava-se de famílias inteiras desamparadas, de centenas de órfãos, de pessoas que se suicidavam devido ao pavor gerado pelo impacto psicológico da moléstia no seio da população.⁷³ Havia incontáveis casos onde toda a família falecera em decorrência da moléstia; outros em que todos os membros caíram doentes. Num dado momento, o número de óbitos era tão grande que se tornou impossível recolher os insepultos.

O sentimento de abandono vivido pela população era reforçado pela impossibilidade das instituições hospitalares darem conta de socorrer a todos. Tal sentimento fez com que a ira popular se voltasse contra a Santa Casa de Misericórdia, ou a *Casa do diabo*⁷⁴, como o povo passou a chamá-la no decorrer da epidemia, o que foi

⁷² A Epidemia de Gripe Espanhola é considerada, por alguns como marco da consolidação das teorias pasteurianas e da bacteriologia em todo o mundo. Porém, ela não conseguiu não conseguiu dar respostas a espanhola, revelando os limites de seu discurso científico.

⁷³ Juliano Moreira. Distúrbios psíquicos no curso da influenza durante a última pandemia. In: *Arquivos Brasileiros de Medicina*. Rio de Janeiro; Academia Nacional de Medicina, 1919. pp. 283-305.

⁷⁴ *Correio da Manhã*. 6 de novembro de 1918.p.2.

intensificado após a proibição imposta pela instituição às visitas aos doentes. De forma geral, a Santa Casa passa a ser alvo de severas críticas, como podemos melhor analisar pela charge abaixo.



A Careta, nº 542. 9 de novembro de 1918. p.14.

O repórter: Você é russo?

O Velho: Não, eu era carregador agora não sei o que sou por que saí hoje da Santa Casa.

A Santa Casa era o principal hospital do Rio de Janeiro na época, e contra ela pesou uma grave acusação. Segundo Pedro Nava, dizia-se que para aumentar os lucros no comércio de caixões, criava mais fregueses ministrando aos hospitalizados uma tisana letal, que ficou imortalizada na memória popular como o “Chá da Meia-Noite”.⁷⁵ Para melhor ilustrar essa situação, recorremos ao depoimento do senhor Nelson Antonio Freire:

“Foi uma coisa pavorosa! Nunca, em toda minha vida, vi algo que chegasse perto daquela sassânida infernal! Eu me arrepio só de lembrar daqueles dias! Eu tinha dezoito anos e aquilo me marcou profundamente. Não tinha na cidade, rua em que pelo menos em uma casa, a família inteira fenecera. Em muitas, todos da família estavam acamados e cabia a quem pela rua passasse alimentar e dar remédios. Geralmente eram os coveiros, lixeiros e policiais que acudiam, dando remédio e alimentando, às vezes a família inteira que tinha caído doente. As pessoas colocavam panos negros nas janelas e portas das casas, para que eles soubessem que ali tinha gente doente e viessem socorrer.

Não colocávamos nem o nariz fora de casa. Minha casa vivia fechada o tempo todo e só papai e eu saíamos para comprar comida e remédios, quando tinha, porque tudo faltava. Coitado do meu pai, ele acabou trazendo a espanhola pra casa. Eu tive o tipo mais fraco.

(...) As mortes eram tantas que não se dava conta do sepultamento dos corpos. Eu morava perto do Cajú e a sineta do cemitério não parava um minuto. A gente ficava sobressaltado toda vez que o sino badalava.

(...) Houve um período que o governo proibiu que se acompanhassem os enterros e o povo não gostou nenhuma de não poder levar seus entes queridos à última morada.

Na minha rua, da janela, se via um oceano de cadáveres. As pessoas escoravam os pés dos defuntos nas janelas das casas, para que a assistência pública viesse recolher. Mas o serviço era lento e aí tinha hora que o ar começava a empestear; os corpos começavam a inchar e apodrecer. Muitos começaram a jogar os cadáveres em via pública. Quando a assistência pública vinha recolher os cadáveres, havia trocas

⁷⁵ Pedro Nava. *Chão de ferro (...)*. p.204.

dos podres por mais frescos, era um cenário mefistofélico – cães e urubus roendo os corpos das pessoas jogadas nas ruas. Lembro-me bem quando minha mãezinha foi obrigada a jogar no meio da rua os corpos de meu tio, seu irmão mais novo que ela criara com tanta dedicação e amor, e de meu irmão mais velho. Depois disso ela nunca mais foi a mesma. Ficou tomada de uma melancolia que não melhorava; nada conseguia fazê-la sorrir.”⁷⁶

A cidade foi se transformando num oceano de insepultos e as funerárias não davam vazão. Havia falta de caixões e até mesmo de madeira para fabricá-los. Para suprir as encomendas, que vinham de todos os cantos da cidade, fabricava-se os caixões com tábuas retiradas do teto e do assoalho das casas. Outra dificuldade era o transporte dos corpos, que iam para os cemitérios carregados em burros-sem-rabo, arrastados ou atravessados em carros de aluguel. Bondes fechados da Ligth, utilizados em tempos normais para o transporte de alimentos e carretos transitavam pelas ruas cheios de caixões empilhados e corpos amortalhados com lençóis, levando a população a apelidá-los de “*trens fantasmas ou navio do Drácula*.”⁷⁷ As empresas que detinham a posse de caminhões foram requisitadas para o encaminhamento dos corpos ao cemitério, percorrendo as ruas apregoando *tem cadáver aí?*

No fim da epidemia, os corpos iam empilhados em caminhões, não sendo raro se encontrar vivos misturados aos mortos. Eles eram enterrados em valas comuns, não se respeitando mais as hierarquias sociais. Na tentativa de contornar a situação, foi contratado pessoal extraordinário, mas estes também foram tombando atacados pela moléstia. Em seguida, foram utilizados detentos da Casa de Correção, o que acabou por

⁷⁶ Entrevista concedida pelo Sr. Nelson Antonio Freire a autora 11/09/90.

⁷⁷ Pedro Nava. *Chão de Ferro* (...). p.204.

espalhar mais pânico no seio da população. A idéia de utilizar este tipo de mão-de-obra foi do Sr. Elmano Cardim, o mesmo que ficou responsável por levar o convite a Chagas para comandar o combate à gripe, pela qual era pago cinco mil-réis por dia de trabalho.⁷⁸

Descreviam-se os criminosos cortando dedos e orelhas dos cadáveres para lhes roubar brincos, anéis, medalhas e cordões. Muito mais que isso, fartas eram as descrições, no seio da população, destes e mesmo dos estudantes de medicina que participaram dos socorros às vítimas, cometendo atos de necrofilia. Pedro Nava nos dá uma descrição pavorosa dos boatos, verdadeiros ou não, que surgiram afirmando que retiravam das covas *as moças mortas, arrancavam as capelas e levantavam as mortalhas para ver as partes*. E ainda necrofilavam *as mais frescas antes de enterrá-las*, sendo preferidas as mais moles que eram retiradas dos caixões e violadas *à beira da cova*.⁷⁹

Diante do quadro global instaurado e visando impedir a maior propagação do mal, o governo decreta feriado nos dias 21, 22 e 23 de outubro. A marcha epidêmica se tornou mais violenta entre os dias 21 e 31 de outubro, só perdendo sua morbidade segundo os dados recolhidos, após a primeira semana de novembro, como nos mostra o quadro abaixo:

⁷⁸ Carlos Chagas Filho. *Meu Pai*. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, 1993.p.153.

⁷⁹ Pedro Nava. *Chão de Ferro (...)*. p.204.

Tabela 3 – Quadro demonstrativo do OBITUÁRIO DO RIO DE JANEIRO em outubro e novembro de 1918.

DIAS	OUTUBRO OBITUÁRIO GERAL	OUTUBRO OBITUÁRIO DA GRIPE	%	NOVEMBRO OBITUÁRIO GERAL	NOVEMBRO OBITUÁRIO DA GRIPE	%
1-10	577	9	1,55	3.081	2.274	73,81
11-20	2.392	1.507	63,01	1.403	650	46,33
21-31	8.516	7.317	85,92	1.062	238	22,41
Total	11.485	8.833⁸⁰	76,90	5.546	3.162	57,01

FONTE: Fontenelli. Comentário médico-higiênico sobre a epidemia de influenza maligna. In. *Revista Saúde*, 1919 n°3. p.48.

O primeiro período que vai de 1 a 10 de outubro mostra a epidemia com seu coeficiente de morbidade bem atenuado, sendo de 1,55 % os casos fatais, numa média de 0,9 óbito por dia. De 11 a 20 já percebemos uma grande elevação, significando, dentro do obituário geral, uma porcentagem de 63, 01 % e uma média de 150,7 óbitos por dia. O período entre 21 e 31 de outubro foi aquele em que o coeficiente de virulência e mortalidade da espanhola se apresentou mais acentuado. Temos uma porcentagem de 85,92% de óbitos derivados de influenza, chegando-se a um patamar de 7.317 falecimentos com uma incrível média diária de 731,7 óbitos. Segundo a fonte analisada, o total de mortos foi de 14.379, sendo a média geral para todo o período da epidemia de 239,65 óbitos por dia.

⁸⁰ A soma da tabela na fonte pesquisada é de 8.844, após a soma constatou-se o erro sendo a soma exata de 8.833 óbitos.

Para uma melhor visualização das cifras totais referentes às mortes ocorridas durante o cortejo da espanhola na cidade do Rio de Janeiro, recorreremos aos gráficos abaixo.

Gráfico 1

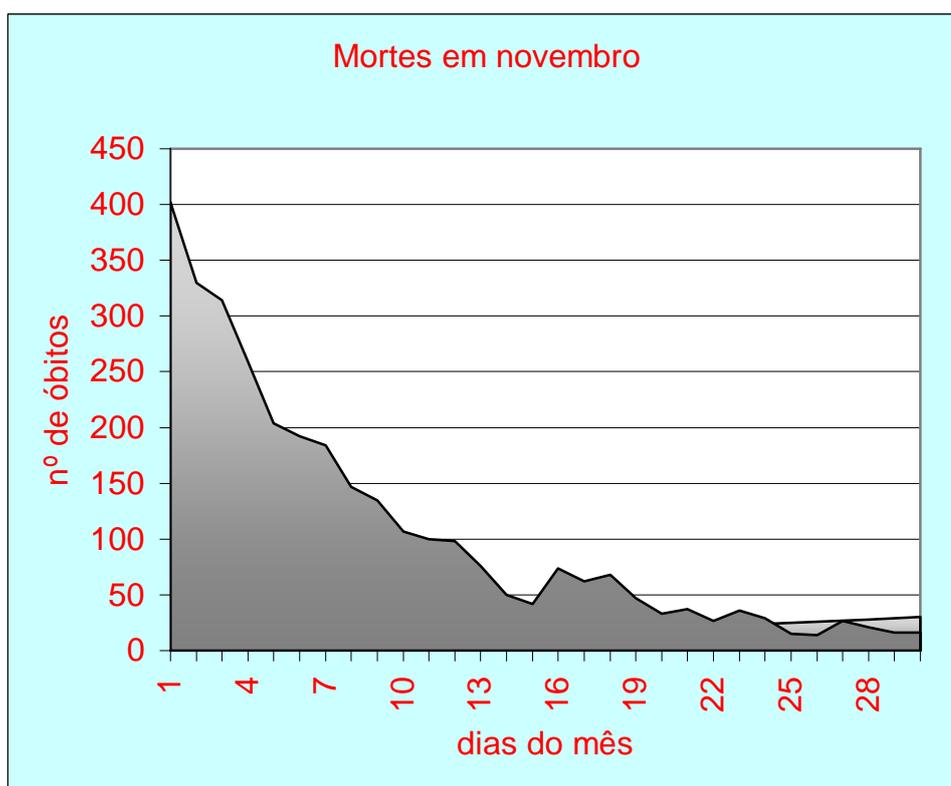


Neste primeiro gráfico podemos perceber mais claramente o auge da epidemia entre os dias 19 e 25 de outubro, no tocante ao número de óbitos diários. O dia 22 de outubro foi o de maior coeficiente de morbidade, registrando-se, só no Distrito Federal, a cifra de 930 óbitos referentes à influenza, num quadro geral de 1.073 falecimentos no dia.

A partir do dia 25 de outubro, a epidemia apresentou os primeiros sinais de declínio, fechando o último dia do mês com o montante de 565 óbitos de gripe.

O gráfico seguinte mostra a epidemia em declínio progressivo. No primeiro dia do mês de novembro foram registrados 402 óbitos relativos à influenza, num total de 496 falecimentos ocorridos na data. Em 30 de novembro foram registrados, segundo a fonte pesquisada, apenas 16 óbitos de gripe num universo de 95 falecimentos referente à data.

Gráfico 2



Parte do total de 14.379 óbitos ocorridos na cidade do Rio de Janeiro foram distribuídos, no tocante aos sepultamentos nos cemitérios da cidade, da seguinte forma:

Tabela 4 – Sepultamento das vítimas da espanhola nos cemitérios da cidade do Rio de Janeiro.

CEMITÉRIO	NÚMERO DE ENTERROS
CAJÚ	6.312
INHAÚMA	1.793
S. JOÃO BAPTISTA	1.587
IRAJÁ	579
REALENGO	382
JACAREPAGUÁ	224
SANTA CRUZ	143
CAMPO GRANDE	132
CARMO	75
ILHA DO GOVERNADOR	54
PENITÊNCIA	49
CATUMBY	30
INGLESES	7
PAQUETÁ	6
TOTAL	11.373

FORTE: *A Razão*. 2 /11/1918. p. 4.

Não foi só a quantidade de mortos que causou espanto, mas também a quantidade de pessoas acometidas pela influenza, e o medo de contrair a doença. Tudo isso desorganizou o comércio e os serviços públicos da capital federal. A cidade se viu impossibilitada de funcionar como centro administrativo do país e dar encaminhamento a vida coletiva. As repartições públicas fecharam devido à falta de funcionários suficientes

para seu funcionamento regular. Os colégios suspenderam as aulas por tempo indeterminado, numa tentativa de se evitar aglomerações que facilitassem a transmissão da peste. As aprovações no ano letivo de 1918 foram concedidas aos alunos por meio de simples requerimento e pagamento de taxas, de acordo com decreto governamental⁸¹.

O comércio e as fábricas da cidade tiveram paralisação quase total, o que acabou fazendo com que muitos estabelecimentos viessem a pedir moratória devido à “*ameaça de pânico financeiro e colapso do crédito*”.⁸² A negativa do governo em adotar tal medida gerou grande insatisfação em parte das elites comerciais e financeiras da cidade. Isso acabou por contribuir para a valorização das figuras políticas de Rodrigues Alves, presidente no quadriênio 1902-1906 e recém-eleito para novo mandato, e do sanitarista Oswaldo Cruz, falecido no ano anterior. No período da epidemia, esses dois personagens ganharam grande projeção, como se pode ver no artigo de *O país*:

“(...) dos grandes serviços prestados no seu fecundo governo pelo Sr. Rodrigues Alves, nenhum se sobrepõe ao do saneamento, é que o Brasil pode receber a visita de muitos capitalistas e representantes de poderosos capitais estrangeiros, que aqui empregaram posteriormente somas imensas, que permitiram ao Brasil ascender ao lugar que de direito lhe compete entre as grandes nações do mundo.

Oswaldo Cruz, com Pereira Passos, o grande, neste particular pode ser considerado o verdadeiro fator do desenvolvimento econômico do nosso país, tendo montado e feito funcionar e regulado perfeitamente os serviços de higiene (...)

Em vez de perseguirem esta obra de incalculável benemerência, os governos que se seguiram aos de Rodrigues Alves burocratizaram e politicalizaram a saúde pública e ali já se não

⁸¹ Arquivo Nacional do Rio de Janeiro. Coleção das Leis da República Federativa do Brasil. Decreto 3.603 de 11 de dezembro de 1918. Vol.1pp.196-198.

⁸² *O Paiz*, 24 de outubro de 1918, p.2

respeitava mais nada de direitos e competências, mas unicamente os títulos eleitorais(...)⁸³.

O que chama atenção é que Oswaldo Cruz estivera em posição semelhante à de Seidl quando, em 1904, fora chamado pelo Prefeito Francisco Pereira Passos para sanear a cidade do Rio de Janeiro. Oswaldo Cruz despertou intensa insatisfação da população, quando estabeleceu medidas de combate à febre amarela, consideradas draconianas. A dimensão do conflito gerado pela atuação sanitária de Cruz foi enorme, resultando no violento episódio conhecido como Revolta da Vacina. Mas esse passado, no período da espanhola, sofria uma rápida e radical releitura, acarretando a reconstrução da imagem do sanitarista, por alguns grupos como herói na luta pela saúde do povo.

O impacto político da gripe foi ainda mais acentuado pelo fato dela atacar, indistintamente, os abastados e os miseráveis. Acostumada a uma tradição de profilaxias voltadas para doenças que incidiam sobre a parcela pobre da população, as autoridades políticas e sanitárias são postas diante de uma cruel realidade: a espanhola não respeitava fronteiras, quer geográficas, quer sociais. O assombro das classes dominantes se intensificou mais ainda quando o mal chegou aos escalões do governo. O caso mais ilustre foi justamente o do recém-eleito Presidente da República, o Conselheiro Francisco de Paula Rodrigues Alves, que veio a falecer em 16 de janeiro de 1919 em consequência de complicações de saúde advindas da gripe. A morte de Rodrigues Alves originou o medo de uma suposta ameaça de ingovernabilidade do Estado.

⁸³ *O Paiz*, 29 de outubro de 1918. p.5.

Por um lado, a epidemia recolocava em pauta as discussões relativas à saúde pública, mobilizando não somente a imprensa, como também a Câmara dos Deputados⁸⁴ e as instituições ligadas à saúde – a Academia Nacional de Medicina principalmente, por ser o grande centro de discussões médicas. Por outro lado, ela colocava como uma das prioridades da agenda política, a reformulação das instituições e políticas de saúde vigentes no período. Nesse contexto, acreditamos que a morte de Rodrigues Alves tenha tido peso relevante.

Segundo os médicos da época, eram menos suscetíveis ao óbito as crianças menores de 12 anos e os adultos acima de 40 anos. A faixa etária privilegiada pela moléstia correspondia exatamente ao período produtivo da mão de obra. Essa constatação acabou fazendo com que a saúde daquele que produzia chamasse a atenção dos políticos e do patronato da época, e fosse anexada às discussões em torno da reforma das políticas e instituições de saúde. A ocorrência de várias greves, entre elas a insurreição anarquista, em novembro de 1918, reivindicando melhores condições de vida e trabalho, agudizou ainda mais o problema. Tais preocupações ficam bem explicitadas pelo artigo:

“Em nossa época, o conceito de propriedade particular está sofrendo uma transformação, cujo alcance jurídico e social convém, nesta ocasião, por em destaque aos nossos favorecidos de fortuna, para que eles compreendam, na sua plenitude, a natureza da missão que lhes cumpre desempenhar na hora trágica que o Brasil atravessa. utilidade que essa distribuição do produto da atividade coletiva oferece para a sociedade.

Segundo essa nova concepção de riqueza particular, o capitalista é um depositário da confiança social, a quem cabe guardar e

⁸⁴ Durante toda a duração da epidemia e ao longo do ano de 1919, as discussões sobre o quadro sanitário do país e a necessidade de reformulação das políticas e instituições de saúde ganharam impulso determinante, sendo coroada pela criação do Departamento Nacional de Saúde Pública.

gerir uma parcela do patrimônio coletivo, auferindo vantagens pessoais que podem ser encaradas como a retribuição que a sociedade lhe permite receber do serviço prestado na intensificação e no desenvolvimento da atividade econômica da comunidade. Daí decorre uma nova interpretação de filantropia (...).

No auxílio, em larga escala, as vítimas da epidemia, na organização das obras estáveis e definitivas de assistência social, cuja necessidade a crise atual vai demonstrando, podem os nossos capitalistas encontrar um meio prático, belo e eficaz de atenuar, senão de eliminar o perigo de um conflito entre o trabalho e o capital, que seria um desastroso obstáculo ao progresso econômico do Brasil.”⁸⁵

A primeira medida sanitária implementada após o período pandêmico foi à reformulação do Serviço de Profilaxia Rural, fixada pelo decreto 13.538, de 9 de abril de 1919⁸⁶, estabelecendo novas bases para sua atuação. Tal serviço atuaria conjuntamente à Fundação Rockefeller, contratada pelo Governo Federal para ajudar no combate das endemias rurais. Contudo, o convênio estabelecido não logrou êxito em contornar os obstáculos impostos pela estrutura ministerial a qual estava ligado o saneamento.

Uma nova ameaça epidêmica de gripe surgiria em 1919 deixando a população assustada. Apesar da Gripe Espanhola ter tornado claro os efeitos negativos da interdependência social e sanitária⁸⁷, novas políticas voltadas para a saúde pública, no que se refere a doenças epidêmicas, não foram implementadas de imediato⁸⁸. Mas a constatação da falência das instituições e das políticas voltadas para a saúde teria

⁸⁵ *O Paiz*, 30 de outubro de 1918. p.3.

⁸⁶ Arquivo Nacional do Rio de Janeiro. *Coleção das Leis da República Federativa do Brasil*. Decreto 13.538 de 9 de abril de 1919. Vol. 3. pp.397-399.

⁸⁷ Gilberto Hochman. *A era do saneamento*. São Paulo: Hucitec/ Anpocs, 1998. passim.

⁸⁸ O fato de Carlos Chagas tentar incluir a gripe como doença de notificação compulsória, no código sanitário publicado em 1923, acabou lhe rendendo uma série de ataques públicos por parte de médicos e políticos. Ver: *Brazil Médico* ao longo dos anos de 1919 a 1923.

desdobramentos com a adoção de novas formas de governabilidade por parte do Estado. A reforma das instituições e políticas de saúde ainda passaria, durante todo o ano de 1919, por uma intensa negociação entre o poder público e as elites dominantes. Era necessário discutir seu formato institucional e a sua constitucionalidade, traduzida no princípio da *defesa da autonomia dos Estados*.

O cotidiano da cidade do Rio de Janeiro durante a epidemia de gripe espanhola.

Figuras 1 – caos social



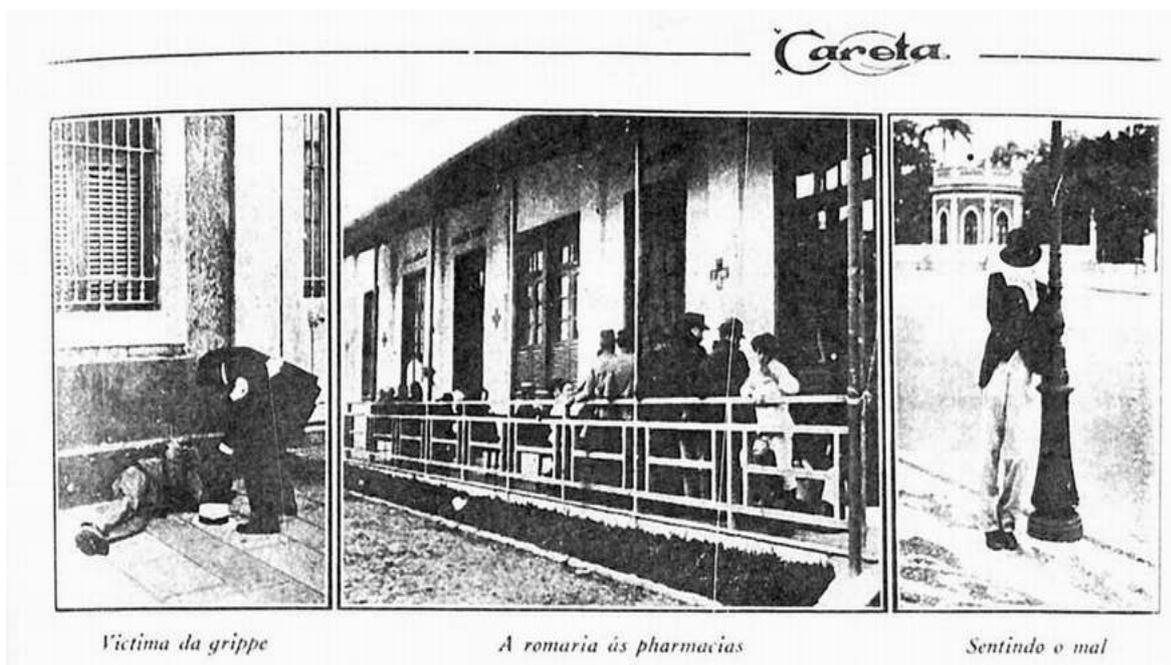
Um féretro em plena rua, esperando condução para o cemitério e que a família não mais pode conservar em casa devido ao fétido cheiro. *Revista da Semana*, nº 38, 26 de outubro de 1918. p.17

Figura 2 – Presidiários substituem os coveiros



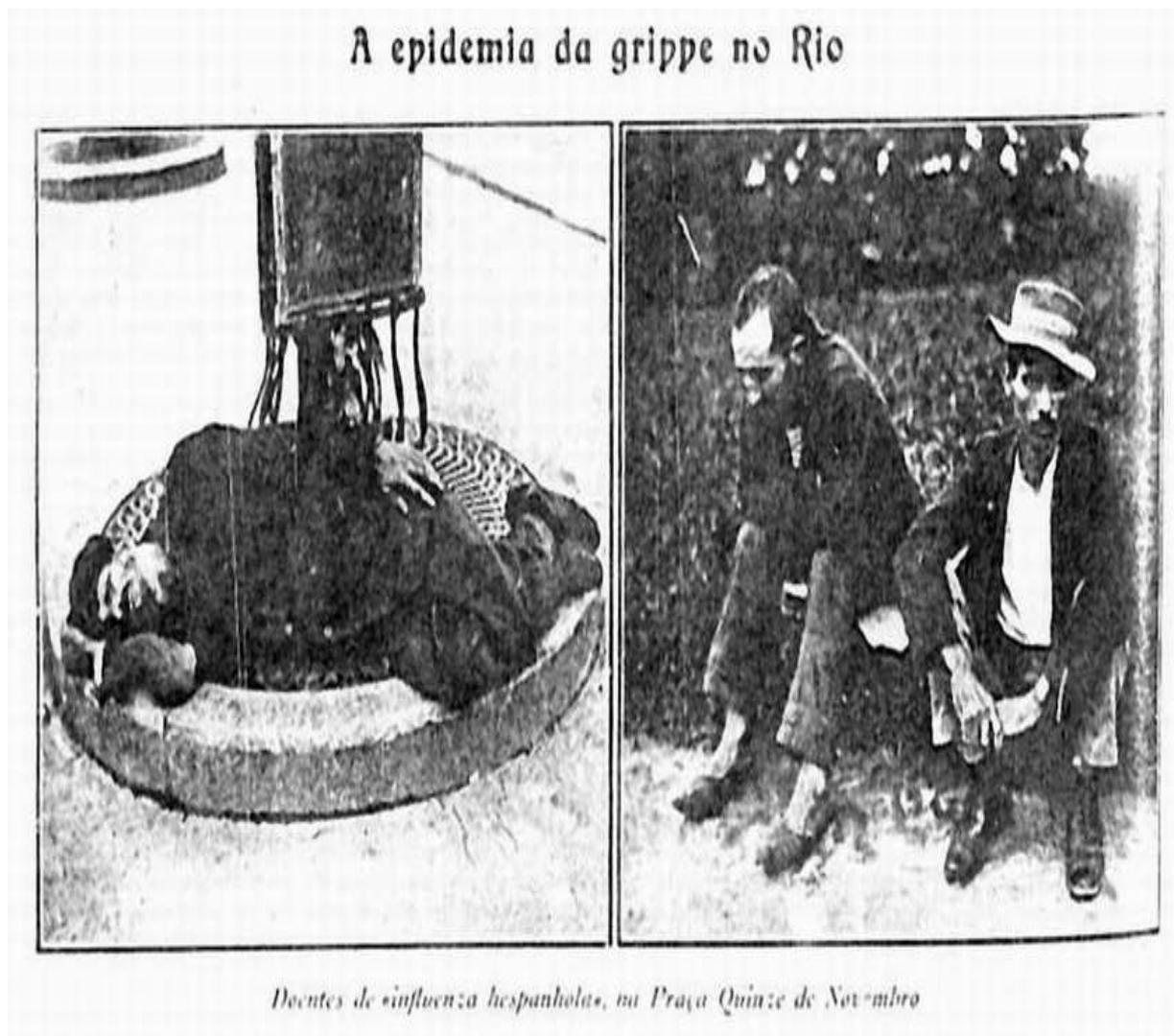
Presos da Correção, destacados como coveiros no Cemitério do Caju. *A Careta*, nº542. 9/11/1918. p.17

Figuras 3 e 4 - População em busca de socorro



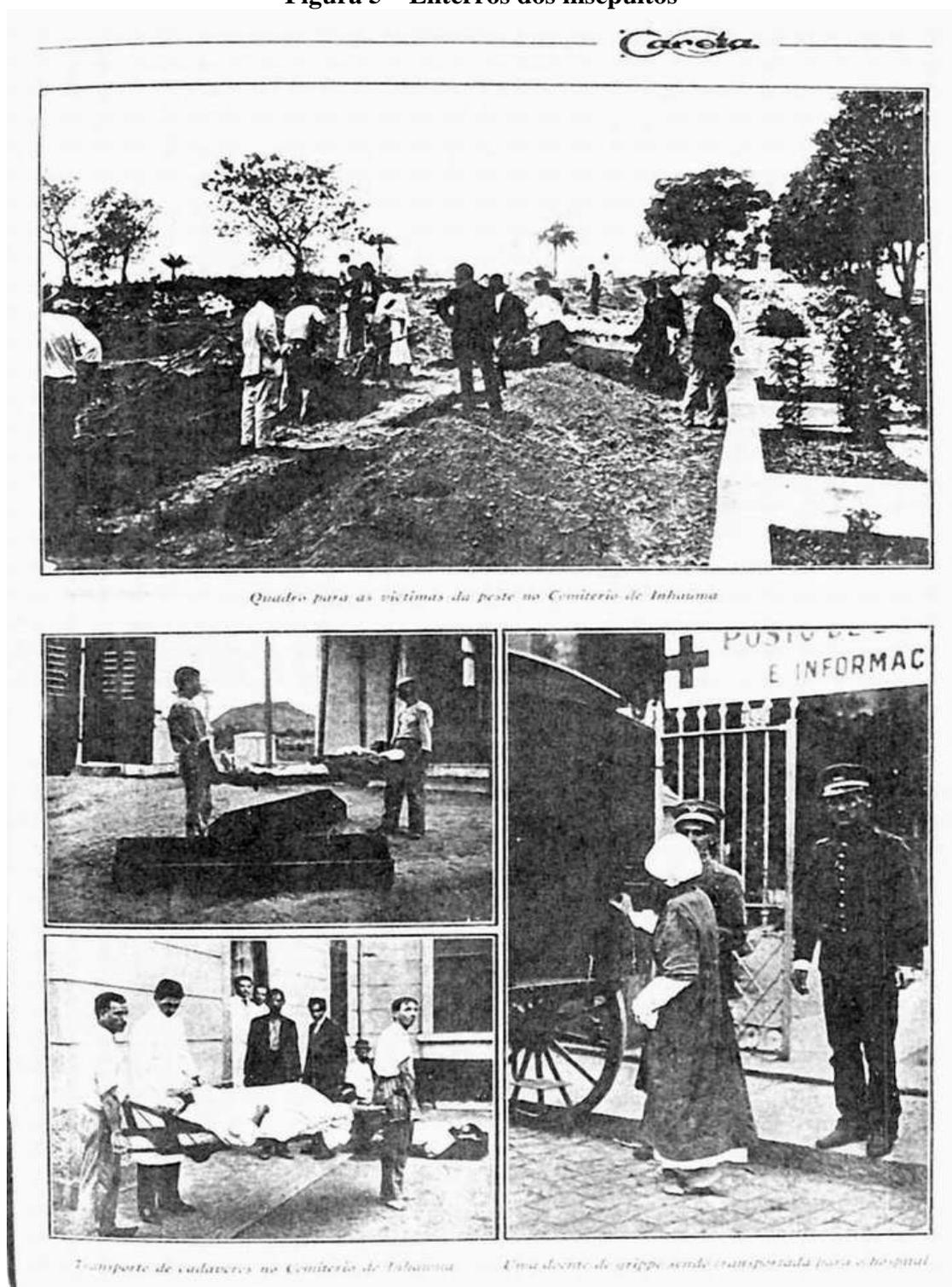
A Careta, nº 540. 26 de outubro de 1918.p. 17.

Figura 4 - Doentes em busca de socorro.



Doentes de influenza espanhola na Praça Quinze de Novembro. *A Careta*, nº540. 26 de outubro de 1918. p.8.

Figura 5 – Enterros dos insepultos



Quadro maior: Quadro para as vítimas da peste no cemitério de Inhaúma. **Quadros menores à esquerda:** Transporte de cadáveres no cemitério de Inhaúma. **Quadro à direita:** Uma doente de gripe sendo transportada para o hospital. *A Careta*, nº 542, 9 de novembro de 1918, p. 15.

Figura 6 – Recolha de insepultos

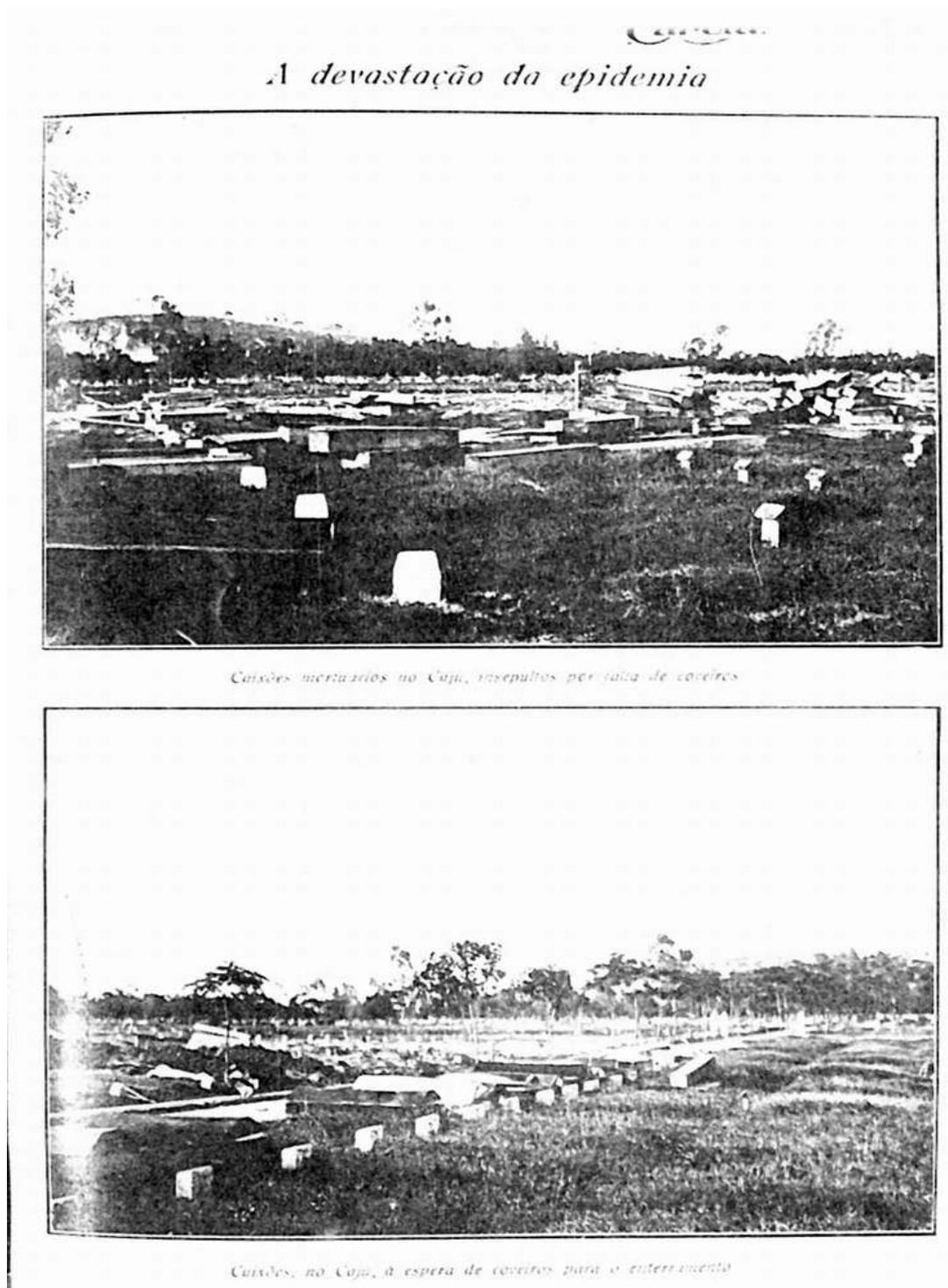
Um caminhão cheio de caixões mortuários saindo do necrotério.



Soldados da Brigada Policial sendo conduzidos ao Hospital.

Quadro superior: Um caminhão de caixões mortuários saindo do necrotério. **Quadro inferior:** Soldados da brigada policial conduzidos ao hospital. *A Careta*, nº540, 26 de outubro de 1918, p.21.

Figura 7 – desorganização dos cemitérios



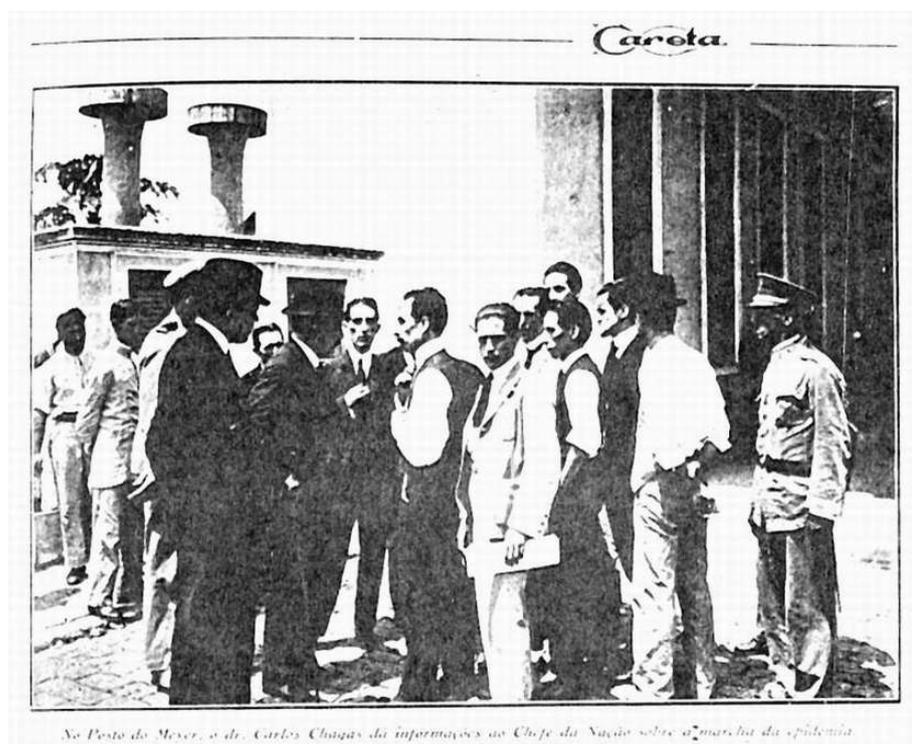
Quadro Superior: Caixões mortuários no Caju, insepultos por falta de coveiros. **Quadro inferior:** Caixões no Caju, a espera de coveiros para o enterramento. *A Careta*, nº 541. 2 de novembro de 1918. p.21.

Figuras 8 - Hospital provisório Benjamin Constant



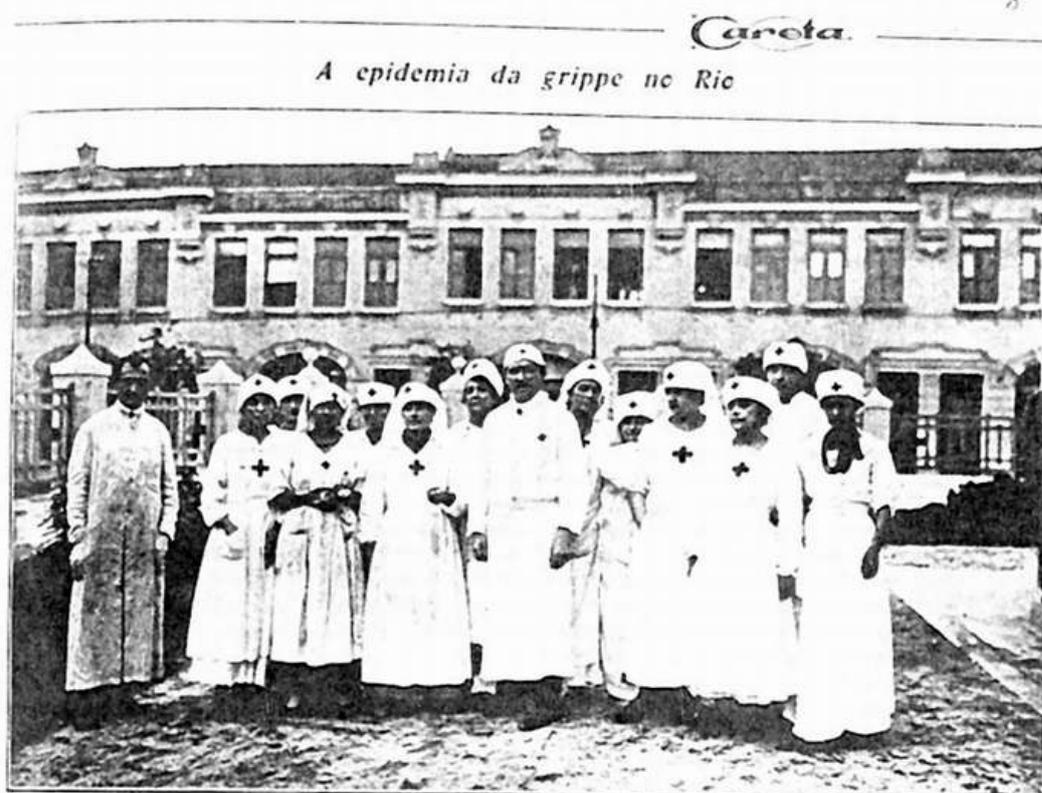
A *Caretta*, nº541, 2 de novembro de 1918. p.11.

Figura 9 – Carlos Chagas combatendo a espanhola no Méier

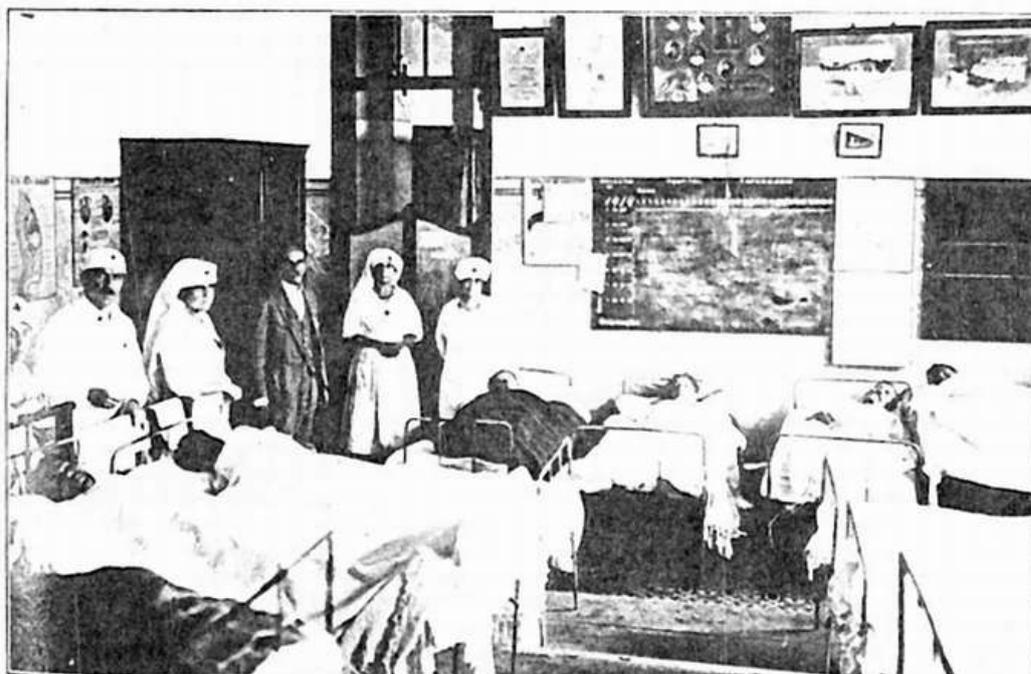


No Posto do Méier, o dr. Carlos Chagas dá informação ao chefe da Nação sobre a marcha da epidemia .
A *Caretta*, nº542. 9 de novembro de 1918. p.9

Figura 10 – A ação da Cruz Vermelha Brasileira



Enfermeiras da Cruz Vermelha que estão tratando dos gripados



Doentes de gripe, no hospital da Cruz Vermelha Brasileira

Quadro superior: Enfermeiras da Cruz Vermelha que estão tratando dos gripados. **Quadro inferior:** Doentes de gripe no hospital da Cruz Vermelha. *A Careta*, 540, 26 de outubro de 1918. p.15.

Figura 11 - A caridade



Vários aspectos da distribuição de pão e caldos aos pobres no posto do Corpo de Bombeiros de Vila Isabel. *Fon-Fon*, nº45. 9 de novembro de 1918. p.25.

Figura 12 – Carlos Seidl



Figura 13 – Rodrigues Alves



Fon-Fon, nº42. 19 de outubro de 1918. capa

CAPÍTULO II

Uma nação espanholada: o impacto da epidemia de gripe espanhola sobre o campo médico.

“Já o verme – este operário das ruínas-
Que o sangue podre das carnificinas
Come, e a vida em geral declara guerra,
Anda a espreitar meus olhos para roê-los,
E há de deixar-me apenas os cabelos,
Na frialdade inorgânica da terra.”

Augusto dos Anjos¹

O estudo da gripe espanhola no Rio de Janeiro se torna um grande desafio na medida que nem os círculos médicos, nem os círculos políticos se preocuparam em, mesmo que *a posteriori*, versar mais amplamente sobre o assunto. Alfred Crosby diz que diante das perdas ocorridas e da falta de respostas possíveis para se entender o evento, *talvez a reação mais reconfortante fosse esquecê-la, empurrá-la para o fundo*

¹ Augusto dos Anjos. Psicologia de um vencido. In: *Eu e outros poemas*. 43ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001, P.98.

*da consciência da humanidade o mais depressa possível. Para não ver o mal, para não ouvir o mal.*²

Se a epidemia foi esquecida, não o foi totalmente. Alguns cientistas norte-americanos e canadenses decidiram empreender uma caçada ao vírus da gripe espanhola com o objetivo de desvendar o enigma sobre a doença mais letal do século XX. No ano de 1996, os pesquisadores norte-americanos Jeffrey Taubenberg, Ann Reid, Thomas G. Fanning e Amy Krafft conseguiram, a partir de amostras de tecidos e fragmentos de pulmões de vítimas da epidemia de 1918, armazenados no museu de patologia do Instituto de Patologia das Forças Armadas de Washington, reconstituir metade da carga genética desse vírus.³ A médica Kirsty Duncan, da Universidade de Toronto, coordenou em 1997 pesquisas na cidade de Longyearbyen, situada no arquipélago de Svalbard na Noruega, onde corpos de mineiros congelados estavam enterrados num cemitério, na esperança de encontrar rastros do vírus ainda ativo. Para Duncan: “o que me deixa horrorizada é que ainda não conhecemos a causa dessa doença”⁴. Entretanto, a caçada da Dr^a Kirsty Duncan, que foi por ela muito divulgada, na busca de colher os louros, foi em vão e nenhuma pista do vírus foi encontrada.

Mais recentemente, no ano de 2002, nova tentativa estava sendo desencadeada por cientistas ingleses do Hospital de São Bartolomeu, que queriam exumar o corpo de Phyllis Burn, que morreu em outubro de 1918 e foi enterrada numa urna de chumbo em jazigo de tijolos, em Twickenham, arredores de Londres. Os cientistas esperavam encontrar células intactas do vírus para restabelecer a sua estrutura genética e prevenir

² Alfred Crosby em entrevista à Gina Kolata: Gripe: história da pandemia de 1918, Rio de Janeiro, Editora Record, 2002. p. 70.

³ Posteriormente os três primeiros pesquisadores mencionados publicaram suas conclusões no artigo The 1918 Spanish influenza: interpreting history and biology. In: *Microbes and infection*. Vol. 3, 2001. pp. 81-87.

⁴ *Observatório da imprensa*. Lisboa. 9 de setembro de 1997.p.11.

uma epidemia similar. Contudo, para isso, é necessário uma busca para encontrar parentes da vítima e obter o consentimento para a exumação. Caso não existam parentes vivos da moça, a permissão pode ser concedida pelo Ministério do Interior.

Mas esse não é o único impecilho a ser vencido. Alguns dilemas, portanto, ainda se colocam para a ciência diante desse fato. De um lado, encontrar o elo que desencadeou a virulência nas proporções alcançadas, o que levaria à possibilidade de estabelecer uma terapêutica e um tratamento adequados a uma moléstia que continua a ser potencialmente mortal, uma vez que o seu nível de mutação é constante e muito rápido. De outro, evitar o desencadeamento de uma nova epidemia caso o vírus ativo consiga se espalhar no ambiente.⁵ Muitos cientistas acreditam que seja apenas uma questão de tempo, para que um vírus tão letal quanto o de 1918 apareça.

A espanhola se traduziu, aos olhos do mundo, no maior exemplo de que vivemos relações biológicas que nem sempre podem ser controladas. Pode-se ter, através desse evento, a noção clara dos prejuízos causados pelo que se chama interdependência social.⁶ Apesar do pânico não ser ferramenta de análise confiável para se medir a violência de uma epidemia, o colapso social advindo da experiência epidêmica criou a necessidade de se empreender um esforço para tentar explicá-la, fato que muito teve a ver com a seleção arbitrária de suas vítimas e com a nivelção social proporcionada por ela. O que se instaurou foi um profundo sentimento de perda social, como também de perda política.

⁵ Virologia. In: *Diário de Notícias*. Lisboa, 6 de maio de 2002. p.19. Ver ainda: Sociedad. In: *El Mundo*: Madrid, 6 de maio de 2002. p.23.

⁶ Norbert Elias. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994. passim. E ainda: *O processo civilizador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993. passim. Ver também: Gilberto Hochman. *A era do saneamento*. Rio de Janeiro: ANPOCS/HUCITEC, 1998. passim

A espanhola foi o maior evento epidêmico do século XX. Talvez o maior de todos os tempos. Tudo fora anormal na gripe de 1918, chegando-se até a ser questionada a atribuição da designação gripe ao mal reinante. A variedade de fisionomias apresentadas pela moléstia e sua letalidade foram fatores por demais assinalados ao longo do tempo. O que é certo, é que essa doença encontrou a medicina de mãos atadas.

Muitas foram as deficiências das estruturas sanitárias e de saúde reveladas durante o período pandêmico, a começar pela administração sanitária, da qual muito se fala que a epidemia mostrou a falência. Entretanto, tal falência já era, há muito, de conhecimento público. A falta de condições das instituições de saúde para socorrer a população foi o primeiro dos muitos problemas revelados durante a epidemia. O Senhor Néelson, observador contemporâneo do fato, agrega valiosas contribuições para o melhor entendimento da estrutura hospitalar da cidade:

“Era lamentável o estado em que se encontravam, já há bastante tempo, os hospitais e repartições de saúde do Rio de Janeiro. Muitos hospitais funcionavam em situações para lá de precárias, como durante muito tempo foi o caso do São Francisco Xavier. Quando os hospitais estavam funcionando, faltava gente preparada e material para trabalhar.

A assistência pública não servia para nada, era apenas figurativa. Caso alguém passasse mal no meio da rua ficava dependendo ou da ajuda dos transeuntes, ou passava a vergonha de ser socorrido ou pelo camburão da brigada policial, ou pelo rabeção de alguma funerária. Vergonha porque você virava a chacota de toda a vizinhança.

A epidemia só fez explodir uma raiva acumulada durante anos contra as instituições de saúde e o desmazelo que o governo tinha para com a saúde de um modo geral. A espanhola veio, com

certeza, tornar imperativo a melhoria da estrutura de saúde da cidade. As localidades mais atacadas foram os subúrbios e vilas operárias em especial, gente pobre que dependia dos serviços públicos para se tratar; então houve muita confusão nas ruas, pois todos queríamos uma explicação para a inércia da saúde e do governo.

A insistência na benignidade da doença diante do mar de insepultos levou a se espalhar boatos que os governantes iriam deixar o povo morrer sem nada fazer.”⁷

Corroborando a percepção e o sentimento desse depoimento, pode-se verificar como o diretor da Higiene e Assistência pública relata, no *Boletim da Prefeitura do Distrito Federal*, a ferrenha campanha da imprensa, que criava uma *situação embaraçosa* ao desempenho das funções da repartição, trazendo a público as limitações no exercício de suas funções. Paulino Werneck também nos dá uma visão da precariedade material e técnica da repartição que administrava, ao versar sobre o *estado lamentável* das ambulâncias e aparelhamento clínico em geral, assim como a falta de regulamento que balizasse as atividades da diretoria e da ausência de formação técnica dos enfermeiros que *muito deixa a desejar(...) porque o acesso a tais cargos lhes é conferido após o tirocínio como serventes e ajudantes de chauffer*.⁸

Esse fato pregresso intensificou, durante a epidemia de gripe, a visão de descaso das autoridades políticas e sanitárias com a saúde pública e, conseqüentemente, com a população. A epidemia trouxe à tona os impecilhos estabelecidos pelo Legislativo, assim como pela estrutura administrativa da qual ficavam a cargo os diversos segmentos funcionais da assistência pública de saúde e higiene, ao

⁷ Néelson Antonio Freire em entrevista à autora em 11/09/90.

⁸ *Boletim da Prefeitura do Distrito Federal*, 1918. vol.56. pp.185 e 194

desenvolvimento das políticas e instituições de saúde. O Dr. José Mendonça, da Academia Nacional de Medicina, compara os hospitais da capital federal, insuficientes para a população do Rio de Janeiro, a uma *gata borralheira* pela qual ninguém se interessa. São repartições públicas onde, por causa das más finanças e das *intromissões políticas e da burocracia, a orientação científica se torna impossível.*⁹

Segundo Richard Evans, tais tensões sociais ocorrem geralmente num momento de crise política, social ou econômica, onde as reformulações das estruturas estatais podem ser desencadeadas com o objetivo de controlar a doença e os descontentamentos gerados por ela. Os distúrbios são também fruto do impacto causado por uma epidemia, não podendo ser acomodados dentro das estruturas emocionais de uma sociedade.¹⁰

A doença contagiosa é um evento social e, no caso da espanhola, desencadeou uma intensa mobilização social, ato que não foi exclusivo do Brasil, uma vez que cada sociedade tenta construir sua própria resposta à doença,¹¹ buscando estabelecer conexões entre ordem biológica e ordem social.¹² A doença só passa a existir enquanto fenômeno social, quando existe uma concordância em sua percepção, classificação e com as respostas que lhe são dadas. Por isso, o reconhecimento oficial de uma epidemia só se concretiza após um grande acúmulo de mortos e doentes. Sua aceitação exige que se estabeleça uma estrutura para lidar com as arbitrariedades que ela origina, forçando

⁹ José Mendonça. In: Anais da Academia Nacional de Medicina. Sessão de 10 de outubro de 1918. pp.629-631.

¹⁰ Richard J. Evans. Epidemics and revolution: cholera in nineteenth century Europe. In: Terence Ranger e Paul Slack. *Epidemics and ideas*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p. 149.

¹¹ Charles Rosemberg. *Explaining epidemic and other studies in the history of medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. Pp.278-279.

¹² Marc Augé e Claudine Herzlich. *The meaning of illness*. Harwood Academic Publishers, 1995. pp. 156-158.

uma reação coletiva.¹³ A doença, quando se apresenta de forma compreensível, pode ser emocionalmente mais tolerável.¹⁴

Mas nem os serviços sanitários, nem a população conseguiram lidar com a violência da epidemia de gripe espanhola, e ela acabou instaurando uma atmosfera de medo e colapso social. Isso porque não se tinha resposta a dar à nova peste que recaía sobre a cidade. O sr. Néelson, mais uma vez, nos fala a esse respeito:

“Feche seus olhos por um momento, e tente se imaginar entrando num quarto onde num leito se estende um corpo com o rosto azulado, cianótico, uma pessoa morrendo asfixiada com os pés pretos – que era o sinal que a hora era chegada. Agora imagine que essa pessoa é um irmão, um pai, uma mãe, ou qualquer ente querido seu. Se isso acontecesse com você e sua família, é lógico que você iria querer entender o que aconteceu.

Vocês que não viveram aquilo podem colocar o seu *juris speculandis* para funcionar como quiserem, mas nunca poderão ter a mínima noção do quão intensa foi aquela catástrofe. Vocês só poderão fazer conjecturas, meras conjecturas, pois a espanhola foi condenada ao esquecimento. Virou tabu mencioná-la, até de certa forma na imprensa era como hoje em dia falar de câncer; as pessoas saíam correndo.

Ninguém sabia explicar o que era. A medicina não sabia, os políticos não sabiam. Diziam que a pessoa morria porque o organismo já tinha infecções escondidas. Mentira! Eu vi gente morrer que gozava da mais perfeita saúde anteriormente. Os remédios, muitas vezes, em vez de ajudar pioravam o estado do enfermo; muitos acabaram se envenenando com as altas doses de quinina, entre outras tantas substâncias e principalmente as que eram à base de arsênico, que os doutores prescreviam.

Muitos médicos recorreram a sangrias e ventosas, para “equilibrar os humores”, e que em muitos casos levavam as pessoas a falecer, pois já estavam por demais debilitadas para perderem mais sangue. O doente virava uma enorme bolha de sangue.

¹³ Charles Rosemberg. *Explaining epidemic and other studies in the history of medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p.305.

¹⁴ Susan Sontag. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984. passim. E ainda: *AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989. pp.64-111.

Cada médico tinha uma “tentativa” de explicação diferente; nós não sabíamos no que e em quem acreditar. Esperávamos por uma explicação que ninguém tinha para dar, como até hoje esperamos para saber o que foi aquela sassa-nida infernal. A coisa foi tão intensa, que os jornais e parte da população passou a reivindicar o retorno das quarentenas e isolamentos.”¹⁵

As tentativas de explicação apresentadas buscavam, entre outras coisas, reverter a grande perda política que se impunha à classe médica, principalmente os componentes da clínica médica, no decorrer do evento estudado. A desmoralização desses atores não pode ser entendida isoladamente das limitações da medicina e da ciência da época. Mas também se deve levar em consideração as expectativas da população por atendimento médico.

1- Buscando novos parâmetros e construindo novas respostas.

De acordo com Charles Rosenberg, é o entendimento do caráter biológico e da forma como uma doença se apresenta, bem como das maneiras pelas quais a sociedade vai tentar emoldurá-la, que ditam as políticas e terapêuticas que se

¹⁵ Néilson Antonio Freire em entrevista à autora em 11/09/90.

estabelecem para combatê-la.¹⁶ Em si, a doença, como qualquer evento, não tem qualquer significado. É apenas um microorganismo que adquire sentido e significância no contexto humano pelas reações que provoca, e por suas formas de expressão cultural e política, mesmo que temporária. Esses fatores se modificam com o passar do tempo e sofrem influências da regulação governamental.¹⁷

A impossibilidade de se estabelecer alguma explicação ou expectativa positiva face ao violento impacto da moléstia resultou em pânico, acompanhado de severas críticas às atividades da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), mas não deixando de fora outras instituições da época. Estabeleceu-se, conseqüentemente, na cidade, um sentimento de abandono e de negligência, ou melhor, uma visão de *pouco caso criminoso ao abusar da paciência do povo*,¹⁸ como se registrou nos jornais. Assim, o evento epidêmico deu origem a uma crise social e a uma série de contestações às atividades políticas das elites, trazendo à tona o debate sobre os obstáculos impostos pelo modelo republicano ao exercício da governabilidade plena do Estado e à expansão de medidas sanitárias em larga escala. De acordo com o artigo do *Correio da Manhã*:

“A epidemia declina. É o que dizem os interessados na mentira(...).

Essa repartição, que se denomina por uma atroz ironia – Saúde Pública – tinha o dever, senão de impedir por completo a irrupção de uma epidemia nefasta, de minorar-lhe os efeitos, de empregar todos os

¹⁶ Charles Rosenberg. *Explaining Epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. pp.305-306.

¹⁷ Terence Ranger e Paul Slack. *Epidemics and ideas*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. pp.10-11.

¹⁸ *Rio Jornal*, 11/11/1918. p. 4.

meios para impedir essa irradiação tremenda enquanto tinha pessoal em saúde e bastante para o trabalho.

Em vez disso, cruza (...) os braços, declara-se impotente para qualquer medida e confessa, crimosamente a completa falência de suas medidas higiênicas. Em vez das providências que deveriam ser postas, imediatamente, em prática enquanto era tempo de cercear os efeitos que deveriam ocasionar a irradiação da epidemia; ao menos como um consolo feito de bobos a pilharcar com a morte, na sua ignorância confessa do mal que ia principiar.

Eis a hecatombe tremenda, cujo único responsável foi o governo pelas mentiras afirmativas da benignidade, pela falência completa, absoluta e confessa de uma administração de saúde pública, criada para um fim que não cumpriu de forma alguma (...).¹⁹

A falta de resposta para estabelecer socorros imediatos à invasão epidêmica acabou se tornando um problema político de grandes proporções, que precisava ser contornado. O discurso triunfal da bacteriologia, que pregava a facilidade na identificação dos agentes causadores das doenças e o fim das doenças infecciosas, foi posto em xeque. Alfred Crosby, o maior especialista em gripe espanhola no mundo, comprova com suas pesquisas a surpresa demonstrada face incapacidade do conhecimento médico e científico em lidar com a gripe:

“Foi uma época em que a morte quase perdera o seu poder, uma era em que os milagres da medicina eram retratados quase como uma religião. (...).

(...) durante os cinquenta anos que precederam a gripe de 1918 o mundo havia passado por uma das revoluções que mais profundamente mudaram o curso da história: a teoria microbiana da doença. Em cada período de cerca de 18 meses, um novo patógeno era

¹⁹ *Correio da Manhã*. Tribunal popular de execração pública. 24/10/1918. p.1

identificado e isso prosseguiu por vários anos, (...). Cada descoberta inculcava a mensagem de que a ciência estava conquistando a doença. À medida que continuava a rufar os tambores anunciando a descoberta dos agentes das doenças infecciosas, as pessoas davam um grande suspiro de alívio. Enfim, as doenças infecciosas não eram mais tão importantes (...).

Então veio a epidemia de gripe, que zombou do nosso otimismo.”²⁰

Numa tentativa de apresentar alguma resposta para o evento e reafirmar a necessidade de que a população perdesse um pouco do pavor, durante a sessão de 10 de outubro de 1918 da Academia Nacional de Medicina, Carlos Seidl apresenta suas considerações sobre a epidemia reinante, nas quais alega que *“tentar impedir a invasão pela gripe ou influenza de uma região ou de uma cidade é procurar resolver um problema atualmente insolúvel. É um sonho, uma utopia científica (...) sendo a moléstia inacessível às medidas da profilaxia internacional.”*²¹

O discurso impreciso e muitas vezes contraditório de Seidl, que ora apresentava a epidemia como mera *gripe nostra*²², ora como uma entidade completamente diferente desta, sendo confundida com doenças como cólera morbus, sarampo, febre tifóide, demonstrava os limites da medicina da época. Vencidos em seu próprio terreno, os médicos, em sua maioria, reproduziam o discurso da inevitabilidade do mal mas, na verdade, estavam diante de algo muito além do seu conhecimento.

²⁰ Gina Kolata. Gripe(...). p.71.

²¹ Academia Nacional de Medicina. Sessão de 10 de outubro de 1918. p. 591-592. Após o dia 10 de outubro a Academia Nacional de Medicina entraria em recesso só retornando à suas atividades no dia 29 de outubro, em cuja sessão a defesa de Carlos Seidl fora assunto predominante

²² *Gripe nostra* era a denominação dada ao simples e corriqueiro resfriado, como já nos referimos no capítulo 1 desta dissertação.

Diante disso, muitos médicos buscavam passar a visão de que a gripe só fora mortal para aqueles que já apresentavam o organismo debilitado por outras doenças, que eram apontadas como explicações para sua maior letalidade. O Dr. Emílio Gomes revela em sessão da Academia Nacional de Medicina, que dos exames feitos nas fezes dos gripados, 80% delas eram pertencentes a portadores de anquilostomose. Uma doença endêmica com grande difusão pelos sertões.

Na verdade, não existia sequer uma terapêutica ou um exame que identificasse realmente se a pessoa tinha ou não a gripe. Desconhecida a forma de contágio e seu agente causador, a solução encontrada foi a utilização de uma profilaxia individual e sintomática, dando margem a uma terapêutica extremamente heterogênea, assim como uma diversidade de interpretações das causas da doença. Alguns, como o Dr Juliano Moreira²³, atribuíam o mal a uma intoxicação do sistema nervoso, o que levava à ocorrência de delírios e calafrios e, na tentativa de contornar esses sintomas, uma série de purgativos era administrado aos doentes, o que acabava por diminuir a resistência do organismo ao mal.

O dr. Acácio Pires, em artigo publicado na *Revista Saúde*, argumentava que os médicos não podiam ignorar *a ação curativa da natureza, nem contestar a cura espontânea das doenças*. As infecções, febre, disfunções dos órgãos e alterações da circulação modificariam os humores do corpo que seriam responsáveis pelo combate da doença, tornando-os venenosos aos inimigos. Assim sendo, a cura se daria espontaneamente, sem a necessidade de intervenção externa, sem que os médicos

²³ Ver: Juliano Moreira. Distúrbios psíquicos no curso da influenza durante a última epidemia. In: *Arquivos Brasileiros de Medicina*. Pp.283-305; Murillo de Campos. Distúrbios mentais na guarnição do Rio de Janeiro. In: *Arquivos Brasileiros de Medicina*. Pp.341-344. Em diversos outros trabalhos ao se tratar de gripe nervosa esta visão é recorrente.

tivessem que se preocupar.²⁴ Nesse contexto, muito se discutiu sobre a influência do clima na violência apresentada pela moléstia.²⁵

Em tese defendida em 1919, o estudante de medicina Altino de Azevedo sustentou que a explicação para a gripe espanhola estava, entre outros diversos fatores, em certas emanções da terra e no ar *invadido por cheiros proveniente de imundices que liberavam gases que tornavam os corpúsculos de vapor d'água em suspensões no ar mais ricos em matérias nutritivas para certos micróbios que podem aí viver e se desenvolver mais fácil e abundantes.*²⁶

A antiga tradição de queimas de barricas de alcatrão e alfazema,²⁷ e a aplicação de sangrias e ventosas para *equilibrar os humores*²⁸ e regularizar a pressão sobre os órgãos, foram retomadas demonstrando como os conhecimentos médicos têm caráter cumulativo e, como em momentos de crise, podem ser reelaborados numa busca de resposta.²⁹ A doença, vista por muitos médicos como um desequilíbrio do sistema vital do indivíduo, fazia com que a noção de saúde estivesse ligada diretamente ao restabelecimento desse equilíbrio.

Jaime Benchimol, em seu livro *Dos micróbios aos mosquitos*, ao analisar o trabalho do cientista Domingos Freire e sua tentativa de comprovar que descobrira a forma de transmissão da febre amarela, aponta como certas teorias não são totalmente

²⁴ Accacio Pires. A gripe e a terapêutica. In: Revista Saúde, vol.II, nº1 -janeiro/fevereiro de 1919. pp.2-3.

²⁵ Boletim da Academia Nacional de Medicina. Sessão de 10 de outubro de 1918. pp. 595-597.

²⁶ Altino de Azevedo. *Do estudo clínico da gripe*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1919. p. 21.

²⁷ Caroline Hannaway. Environment and miasmata. In: Bynun and Porter (ed). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. London and New York: Routledge, 1993. pp. 292-307.

²⁸ Sr. Nelson Antonio Freire em entrevista à autora em 11/09/90.

²⁹ Ver ainda: Sylvia Tesh. Political ideology and public health in the nineteenth century. In: *Journal of Health Services*, 1982. vol. 12, nº2. pp. 321-342; Margaret Pelling. Contagion, germ theory and specificity. In: W. Bynun and Roy Porter (ed.) *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. 1. London and New York: Routledge, 1993. pp. 328-30

superadas e acabam sendo utilizadas como fonte de erudição e retórica nas disputas que se instauram pela descoberta de um agente causador de doenças ou de sua forma de combate.³⁰ Essas disputas levam à utilização de conhecimentos derivados de teorias, algumas vezes, consideradas ultrapassadas, que passam a serem tidas como verdades possíveis.

Liane Bertucci³¹ analisa as atitudes das correntes alopática e homeopática diante do caos ocasionado pela epidemia. A guerra terapêutica entre essas duas correntes médicas, que anunciavam receitas e drogas milagrosas nos jornais, acabou por seduzir a população com medo de contrair a gripe ou de ter uma recaída, o que era considerado sempre fatal. A sintomatologia da doença ditava as substâncias que no seu combate seriam empregadas. Isto acabou por dar margem ao aparecimento de uma série de remédios nunca vistos ou que durante a epidemia, excepcionalmente, ganharam atribuições curativas para a influenza. Tal análise demonstra que a população, diante da incapacidade da medicina oficial em dar uma resposta à doença, passa a se utilizar de tudo que chega ao seu conhecimento.

As charges apresentadas nas diversas revistas revelam como passaram a ser vistos os médicos da época, principalmente os representantes da clínica médica, que se tornaram as vítimas preferidas dos humoristas. Contudo, é fundamental registrar que a maior parte do material analisado é publicado entre os dias 9 e 16 de novembro, quando os hospitais provisórios são desmontados. Ou seja, foi só quando o medo e a morte foram afastados, que se tornou cabível rir de algo e de alguém.

³⁰ Jaime Larry Benchimol. *Dos micróbios ao mosquito: a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ/Fiocruz, 1999. pp.10-11 e 50.

³¹ Liane Bertucci. *Influenza, a medicina enferma: Ciência e prática de cura na época da gripe espanhola em São Paulo*. Campinas: Tese de doutoramento UNICAMP, 2002.

Figura 1- drogas infalíveis



A « influenza ».
A simples leitura, actualmente, dum
pagina de anuncio de jornal, bastará
para immunizar da « influenza hespa-
nhola ». Neste momento, á falta de afir-
mação positiva da sciencia, toda a droga
cura o já celebre mal...

Fon-Fon, nº40. 05 de outubro de 1918. p.32.

A "influenza" - A simples leitura, atualmente, de uma página de anúncio de jornal, bastará para imunizar da "influenza espanhola". Nesse momento, a falta de afirmação positiva da ciência, toda droga cura já o celebre mal ...

Figura 2 -Num consultório médico



— Ora, doutor! Mas não ha um preser-
vativo contra a «hespanhola»?
— Como não? Ha, e excellent: não lêr
jornaes...

Fon-Fon nº 42. 19 de outubro de 1918. p.32.

-Ora, doutor! Mas não há um preservativo contra a "espanhola"?

-Como não? Há, e excelente: não ler jornais.

Figura 3 -Advogado sem causas



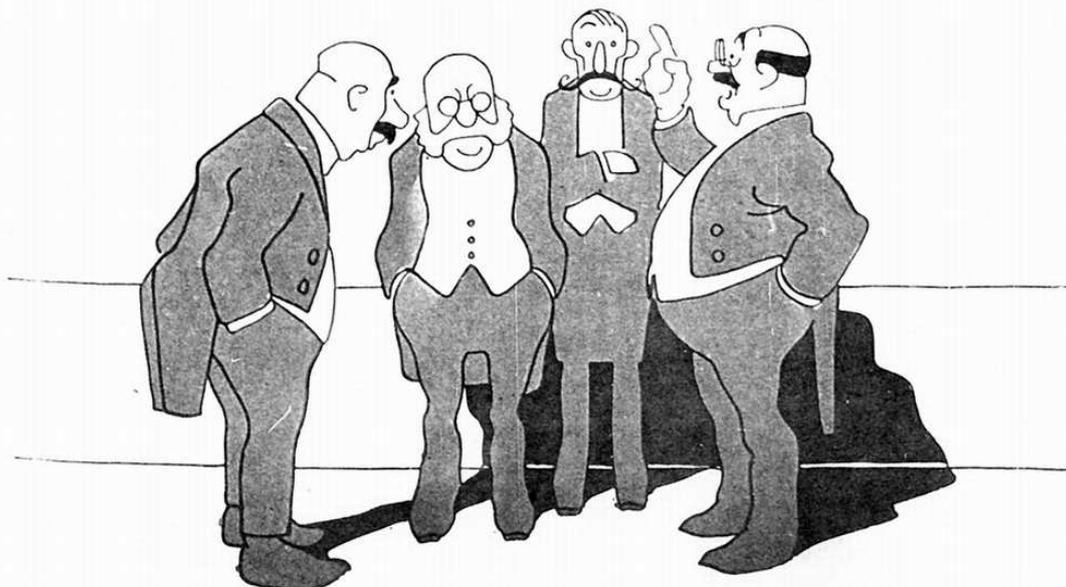
O advogado sem causas — Mais vale adivinhar um dia do que ser rei toda a vida. Imagine se eu me tivesse formado em medicina! Agora, com a «espanhola» !...

Fon-Fon, nº42. 19 de outubro de 1918. p. 32

O advogado sem causas- Mas vale adivinhar um dia do que ser rei toda a vida. Imagine se eu me tivesse formado em medicina! Agora, com a “espanhola” !...

Figura 4

Tristes echos



— Eu continuo a afirmar. A população esteve presa de grande pânico. Eu na minha clinica tive cinquenta casos fataes, mas todos benignos.

A Careta, nº542. 9 de novembro de 1918. pg.13.

Eu continuo a afirmar. A população esteve presa de grande pânico. Eu em minha clínica tive cinquenta casos fatais, mas todos benignos.

Figura 5

Congresso Medico



O SÁBIO MAGRO — Não há motivos para que nos alarmemos com a molestia que dia a dia se espalha e domina esta cidade! Segundo os telegrammas, um sábio francez espera cartas de Tunis, para descobrir em Paris a vaccina da influenza hespanhola. Esperemos com calma essa descoberta, porque os sobreviventes poderão immunisar-se quando o mal reaparecer!

O sábio magro — Não há motivos para que nos alarmemos com a moléstia que dia-a-dia se espalha e domina esta cidade! Segundo telegramas, um sábio francês espera telegrama de Tunis, para descobrir em Paris a vacina da influenza espanhola. Esperemos com calma essa descoberta, porque os sobreviventes poderão imunizar-se quando o mal reaparecer. (*A Careta*, nº543. 19 de outubro de 1918. pg.23.)

A complexidade da enfermidade e do combate a ela apresentam outro fato interessante. Alguns jornais e parte da população a exigem o retorno dos regimes de quarentena e isolamento para navios e passageiros que vinham de países atacados pela moléstia. Em sua tese, o Dr. Altino Azevedo dizia que o isolamento dos doentes *se impõe como a primeira medida de higiene*.³² Mas tal prática não era considerada viável pelos convênios internacionais³³ e, de acordo com as posturas governamentais, não era *nem possível, nem legal, nem científico*.³⁴

Em sessão da Academia Nacional de Medicina, Seidl apresenta uma lista de nove conclusões sobre a doença que grassava na capital, afirmando que *em sua marcha caprichosa e vagabunda a influenza (...) menospreza todos os regulamentos, todas as medidas e todas as quarentenas, sendo o isolamento irrealizável na gripe epidêmica a menos que se interrompa (...) todas as relações sociais e todos os contatos daí oriundos*.³⁵ O regime de quarentena e isolamento era, portanto, considerado inviável até devido aos problemas sociais, políticos e econômicos gerados por sua prática.

Geralmente, as epidemias desencadeiam distúrbios sociais e políticos como forma de reação da população aos estritos controles e regulamentos impostos pelas autoridades, e pela carga de preconceitos embutidos nas formas de se lidar com ela.³⁶ Segundo um artigo da *Revista da Semana* era preciso que:

³² Altino de Azevedo. *Do estudo clínico da gripe*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1919. p. 15.

³³ Os principais convênios foram o de Paris de 3 de dezembro de 1903, ratificado em 1907 e o de Montevideu assinado em 21 de abril de 1914.

³⁴ Carlos Seidl. *A propósito da pandemia de gripe de 1918*. fatos e argumentos irrespondíveis. Rio de Janeiro: Tipografia Besnard Frères, 1919. p.5

³⁵ Carlos Seidl. *Anais da Academia Nacional de Medicina*. Sessão de 10 de outubro de 1918. p.591.

³⁶ Richard J. Evans. *Epidemics and revolution: Cholera in nineteenth century Europe*. In: Terencer Ranger e Paul Slack. *Epidemics and ideas*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. pp.149-173.

“Não se trate, pois, o mal com o desprezo subcolor da inocência, tenham todo o cuidado no resguardo e na assistência aos epidemiados. (...) Nem o seqüestro dos doentes, nem a clausuração dos sãos, são medidas portadoras de confiança. Para muitos doentes que se aferrolhassem nos hospitais, muitos mais seriam os que livremente haviam de ficar nos domicílios e, até a circular nas ruas; sem falar nos próprios que estejam com saúde, mas trazem consigo os germens violentos aos sãos que quisessem se enclausurar. Para se tomarem à ambiência epidêmica, bem difícil lhes seria arranjar torre de marfim que os livrasse da aproximação perigosa de outros homens.”³⁷

Não era só a dificuldade de se saber o que fazer com o portador *são*, ou seja, aquele que contém o micróbio, não desenvolvendo os sintomas da doença, mas que, assim mesmo, se caracteriza como ameaça a terceiros. Havia também a dificuldade de se contornar toda uma gama de empecilhos políticos e econômicos, que se traduziam em exigências das teorias contagionistas e da bacteriologia via quarentenas, isolamentos e que decretavam a inviabilidade de uma sociedade moderna, urbanizada e industrializada. Socialmente, as medidas derivadas da adoção da teoria contagionista acarretavam distúrbios sociais devido à violação das liberdades civis.

Mas o mais interessante deste fato é perceber como a doença, enquanto evento social gera o estabelecimento de um repertório específico de discursos que revitalizam valores sociais, permitindo não só as classes médicas, como também, as classes populares se apropriarem da história intelectual e do conhecimento médico, para legitimar e potencializar políticas públicas. A interpretação que se dá a uma doença ou às formas de se lidar com ela, ligam-se às maneiras como ela foi vista no passado e, a

³⁷ *Revista da Semana*. 26/10/1918. p. 16.

como tais maneiras possibilitaram a comprovação ou a remodelação de suposições políticas, sociais e médicas que existiam sobre ela.³⁸

2 – Carlos Seidl, o bode expiatório da gripe espanhola.

A representação dada a uma doença é fruto de uma intensa e complexa negociação social, raramente livre de uma certa dose de coação cultural, que incorpora e reflete valores e relações de *status*. Como tal, ela se traduz numa entidade alusiva e não simplesmente num estado fisiológico. Ela é construída mediante fatores intelectuais, atitudes profissionais e políticas públicas, e também do conhecimento popular, tudo isso passando por complexas negociações, mediante as quais a sociedade concorda, ou não, em aceitar sua legitimação como um mal determinado.³⁹

Para Slack e Ranger uma epidemia é também uma construção intelectual, que uma vez realizada tem sua própria história e vitalidade. A percepção da doença é modelada por analogias, onde a interação entre idéias não ocorre apenas em uma direção, quer de mudanças biológicas, quer de respostas intelectuais ou políticas. Negociações em torno da definição e das respostas à doença são sempre complexas, dependendo ao mesmo tempo de elementos cognitivos e disciplinares; de mecanismos

³⁸ Terence Ranger e Paul Slack. *Epidemics and ideas*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. pp.-3-7.

³⁹ Charles Rosenberg. *Explaining epidemic and other studies in the history of medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. pp.305.

institucionais e políticos; bem como do ajustamento ou não dos indivíduos aos modelos estabelecidos.

O fator primordial para o reconhecimento de uma doença é sua entidade específica, o agente causador, que lhe dá legitimidade intelectual e moral, e sem o que seu reconhecimento não se concretiza. Contudo, esse processo de legitimação da doença é um evento que se sedimenta aos poucos, criando-se um senso político de percepções do evento. Os efeitos dramáticos da familiaridade ajudam a aceitação de uma epidemia recorrente, mas no caso da espanhola, não foi possível estabelecer a familiaridade, já que era um acontecimento único, sem parâmetro. Além disso, muitas vezes, uma epidemia pode se traduzir mais num choque cultural do que num estímulo para inovações administrativas que visem evitar desastres.⁴⁰

Porém, alguns historiadores da saúde pública, entre os quais citamos Judith Leavitt⁴¹, sustentam que eventos epidêmicos nem sempre desencadeiam transformações. Nesse caso específico, contudo, é preciso reconhecer que o impacto da epidemia de gripe espanhola, quer no seu sentido biológico, quer político e social, teve efeitos, desencadeando reformas sanitárias e a reformulação das instituições de saúde pública.

Entretanto, a falta de familiaridade com a configuração apresentada pela doença, associada aos obstáculos impostos pelo Legislativo, levaram ao atravancamento das funções ministeriais e, conseqüentemente, à morosidade dos socorros aos gripados, fazendo com que se estabelecesse um *tribunal de execração*

⁴⁰ Ver Charles Rosenberg *Epidemic and other studies*. Pp. 305-318. E ainda: Terence Ranger e Paul Slack. *Epidemics and ideas*. pp.1-20. Judith Walzer Leavitt. Typhoid Mary strikes back. *Bacteriological theory and practice in early twentieth-century public health*. In: *Isis*, 1992,83,pp.608-629.

⁴¹ Judith Leavitt. Politics and Public Health: smallpox in Milwaukee 1894-95. In: *Bulletin of the History of Medicine*. Nº50, 1976. pp.553-568.

pública,⁴² onde as principais autoridades políticas e sanitárias eram acusadas de incompetência administrativa. Em seu discurso, o deputado Nicanor Nascimento tece críticas a Wenceslau Braz que, no momento crítico por que passava a Capital Federal, desviava fundos que poderiam ser usados no combate à moléstia, para o financiamento de obras como a estrada de Itajubá. Criticando tal conduta o deputado diz:

“(...) a impressão de uma acefalia do governo. A morte continua ceifando e não se sente as providências, que cumpria o governo tomar neste transe doloroso. A fome, no mais terrível de sua crise, manifesta-se em toda a cidade e vemos, desgraçadamente, que o poder público cruza os braços. Cruza os braços é essa a expressão!

Quando a imprensa reclama contra nossa anarquia administrativa, a inépcia dos dirigentes, a inutilidade desse congresso e desse executivo, os políticos sacodem os ombros indignados, como se perpetuássemos verdadeiros sacrilégios contra vestais intangíveis (...)

(...) Esse governo, que quer sair coroado de louros e de rosas, achou que a epidemia era digna de maiores favores do que o povo passivo, sofredor, a quem oferece essa conjuntura de desespero. Deixa-se que o Sr. Carlos Seidl peça demissão quando deveria ser demitido a bem do serviço público, a cujos interesses cedem servindo a miseráveis injunções estranhas, que tornaram esse país em bargo podre, e perante os quais nós nos anulamos nas fontes vitais da dignidade nacional.

(...) não se pode referir mais expressivo sintoma de *Crack*⁴³ do governo nacional. Ficamos à mercê dos destinos incertos. Nenhum controle, nenhuma energia eficiente nos defende, faltavam homens ou falta homens que indiquem propósitos de defesa para valer a metrópole da República.”⁴⁴

⁴² *Correio da Manhã*. Tribunal popular de execração pública. 24/10/1918. p.1

⁴³ Grifo do autor

⁴⁴ *Correio da Manhã*. 19/10/1918. p.1.

A exoneração de Carlos Seidl foi uma tentativa de se dar uma resposta pública diante das críticas à impossibilidade de conter a expansão da moléstia e socorrer a população. Foi, conseqüentemente, uma forma das elites dirigentes, e, mais diretamente Wenceslau Brás, diminuir suas perdas políticas diante do colapso social que se instaurou. No dia 17 de outubro, Elmano Cardim, secretário de gabinete da presidência da República, e que seria o portador do convite feito a Carlos Chagas para tomar a frente dos serviços de combate à epidemia, fora incumbido por Wenceslau Braz de exigir explicações ao diretor da saúde pública. Braz colocava sobre as costas de Seidl a culpa da invasão epidêmica, caso em que, na sua opinião, foi moroso na organização dos combates e socorros públicos.

A tese sobre a morosidade de Seidl é facilmente posta abaixo pelo exame da *série saúde-administração geral do MJNI* sob a salvaguarda do ANRJ. Nestes conjuntos documentais vários ofícios de insistentes pedidos de verbas para a criação de hospitais provisórios e materiais de diversas naturezas, como também, verba para o aparelhamento do lazareto da Ilha Grande, mesmo em períodos bem anteriores a gripe, podem ser encontrados. O jornal do Comércio refere-se no dia 17 de outubro de 1918, as providências tomadas para a criação dos referidos hospitais.⁴⁵

Em 18 de outubro Seidl pede exoneração de seu cargo, mas suas perdas políticas foram tamanhas que determinam a sua retirada gradativa da vida pública. A charge reproduzida abaixo permite perceber como Carlos Seidl, mesmo após sua exoneração, sofre os efeitos da campanha que se desencadeou contra a sua pessoa por causa da invasão epidêmica. Transformado em motivo de chalaça, Seidl sofre um

⁴⁵ Arquivo Nacional do Rio de Janeiro. *Série saúde-administração geral do MJNI* pacotes II² 549-799. *Jornal do Comércio* de 17 de outubro de 1918, p.3.

processo de profunda perda de poder sócio-político que acabaria por determinar a sua gradativa retirada do cenário político.

Figura 6



Até que se descubra uma maneira eficaz de prevenir a gripe, o Sr Seidl, continuará, naturalmente, a banhar-se em água de rosas...

Fon-Fon, nº45.9 de novembro de 1918. p.32.

Até que se descubra uma maneira eficaz de prevenir a gripe, o Sr, Seidl continuará, naturalmente, a banhar-se em água de rosas ...

A defesa pública de Seidl, reunindo suas falas e a de seus defensores seria publicada no livro *A propósito da pandemia de 1918: fatos e argumentos irrespondíveis*.⁴⁶ As maiores autoridades médicas e sanitárias do país, e mesmo algumas de renome internacional, expõem seus argumentos em defesa de Seidl. Mas o que estava em jogo nesse momento era a própria representação das classes médicas: seu capital político, social e mesmo profissional.

O sucessor de Seidl, Theophilo Torres, foi quem acabou por dar início ao estabelecimento dos hospitais provisórios, segundo orientações anteriores que seriam ampliadas com a nomeação de Carlos Chagas. Mas Torres era visto como *um burocrata da escola de Carlos Seidl*, e a administração sanitária precisava de um nome que *impusesse respeito por sua capacidade moral e intelectual*.⁴⁷ O fragmento da notícia de jornal abaixo dá uma boa visão de como a atuação de Seidl e a sua figura pública foram julgadas naquele momento:

“Carlos Seidl, que o diabo o conserve sempre em guarda (...) tratava-se de um simples defluxo, de uma catarreira ignóbil, que, por muito benigna e prosaica não merecia os cuidados de sua ciência transcendente.

E o governo mau grado todas as reclamações, todos os protestos e todos os gritos de socorro que se levantaram unísono, desprezou tudo, para se fiar só na palavra do seu auxiliar, até que este com a consciência talvez salteada pelo remorso, se deu ao luxo de pedir demissão.”⁴⁸

⁴⁶ Carlos Seidl. *A propósito da pandemia de 1918: fatos e argumentos irrespondíveis*. Rio de Janeiro: Tipografia Besnard Frères, 1919.

⁴⁷ Nicanor Nascimento. *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 28 de outubro de 1918. p.720.

⁴⁸ *Correio da Manhã*. 20/10/1918. p.1.

Carlos Seidl tentou se defender das acusações de incompetência e despreparo técnico, alegando que para ocupar o cargo de diretor da Saúde Pública nunca foram *requisitos essenciais conhecimentos profundos de bacteriologia, nem os louros viventes de investigador ou descobridor e muito menos a auréola de sábio*, sendo apenas indispensável para o exercício desta função ter competência administrativa e ser *versado em assuntos de higiene pública*.⁴⁹

Na Câmara dos Deputados a competência de Seidl foi amplamente discutida, sendo, para muitos dos deputados, inadmissível que o Diretor da Saúde Pública, juntamente com o Presidente da República pudessem sugerir que o micróbio causador da gripe *anda no ar sem vetor orgânico*, acreditando que *as poeiras de Dakar viriam até aqui*.⁵⁰ A situação de Carlos Seidl passa a ser insustentável diante dos ataques maciços da imprensa e de vários representantes políticos da capital federal.

As críticas a Wenceslau Brás não seriam mais amenas. A suposta falta de competência técnica de seus subordinados da saúde pública, aliada às deficiências da assistência às vítimas e à completa ignorância sobre do que se tratava a enigmática espanhola, fizeram com que a população se revoltasse contra o governo e as políticas sociais estabelecidas. As intensas críticas que se voltavam para o presidente, em fim de mandato, apegavam-se a uma crença de que o país estava à beira de um colapso e de um período de ingovernabilidade que seriam fatais à sua soberania. O que se tinha era:

⁴⁹ Carlos Seidl. *A propósito da pandemia de 1918* (...). pp.79-80.

⁵⁰ *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 17 de outubro pp.613-623.

“(...) o capricho do Presidente da República de hoje, seria efetuado com rápido e inevitável esbanjamento de dinheiro, precisamente no instante em que se resgatava dinheiro, afim de pagar os indivíduos que fabricassem caixões para os mortos feitos pela inépcia governamental, e os levassem ao cemitério.

(...) enquanto disso [da construção da estrada Itajubá] se ocupava o Sr. Presidente, eu vi na Santa Casa de Misericórdia trezentos e vinte cadáveres empilhados abandonados, desnudos, apodrecendo (...)

A saúde pública nunca havia despertado sua consciência para a verificação dos *morbus* que surgiam, que nunca tinha levado o olhar vivo e arguto ao reconhecimento de que a obra de Oswaldo Cruz se desvanecera pela inação inconsciente da incapacidade da atividade do governo do Sr. Wenceslau Braz. Foi esse homem, o Sr. Theophilo Torres, que o Sr. encontrou para o cargo.

(...) há neste país alguém que saiba que esse nome equivale aos de Arthur Neiva ou Carlos Chagas? Foi esse homem, e ele mesmo vem declarar que não tem nenhuma responsabilidade científica no caso(...).”⁵¹

No tocante às críticas ao governo, elas refletem as tensões sociais geradas pela falta de políticas sociais que caracterizavam o fazer político das elites. Os efeitos econômicos e sociais devastadores da Primeira Guerra Mundial foram um fator a se somar a uma gama complexa de causas desencadeadoras de tais tensões. No caso da espanhola, o arcabouço simbólico formado ao seu redor apresentou importantes funções no que diz respeito à concorrência pela competência técnica e administrativa.

O discurso de Nicanor Nascimento⁵² nos dá uma ampla visão de como o episódio pandêmico acabou contribuindo para o processo de mitificação da figura de

⁵¹ Nicanor Nascimento. *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 28 de outubro de 1918. pp.714-719.

⁵² Nicanor Nascimento pautava sua atuação na Câmara dos Deputados pela defesa da construção de uma legislação trabalhista, que assegurasse melhor adequação da mão-de-obra urbana e industrial, e a melhoria das condições de trabalho e de vida desses atores sociais. Sendo que as péssimas condições de salubridade dos ambientes de trabalho e moradias se tornavam, fatores contribuintes para a expansão dos efeitos negativos desencadeados pela interdependência social.

Oswaldo Cruz e do reconhecimento de Carlos Chagas como seu herdeiro científico.⁵³ A população da capital federal exigia a figura de Chagas à frente dos serviços de combate a influenza espanhola, exigência que fora encampada pela imprensa da época e acatada pelo governo como uma forma de evitar maiores perdas políticas.

Logicamente, os partidários de Oswaldo Cruz e os defensores da ampliação e reformulação das políticas e instituições sanitárias, vislumbravam esse momento como uma grande oportunidade para a ampliação de seu capital simbólico e político. Os sanitaristas viam não só a oportunidade de reafirmar o seu capital simbólico, seu *habitus* mas também o seu lugar no campo enquanto burocratas de Estado e peças importantes no processo de modernização da sociedade brasileira.

3 – Carlos Chagas, o mito da gripe espanhola

A promoção da figura de Oswaldo Cruz ao posto de herói da nação, após sua morte, foi desencadeada tanto pelos profissionais do Instituto de Manguinhos, como pelos componentes da Liga Pró-Saneamento do Brasil. Oswaldo Cruz tornou-se um fator de legitimação das idéias e atividades desse grupo, e a ligação dele com Carlos

⁵³ Com referência ao processo de mitificação da figura de Oswaldo Cruz e os conflitos gerados dentro do Instituto de Manguinhos ver: Nara Brito. *Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. Contudo a autora não volta sua atenção para a epidemia aqui estudada.

Chagas, visto em 1918 como seu herdeiro intelectual, foram fatores que acabaram proporcionando a Chagas um capital político e social considerável. Tal capital fez com que o sanitarista fosse visto como o único cientista capaz de solucionar os transtornos advindos da epidemia.

Entretanto, Oswaldo Cruz nunca foi uma figura unânime, pois sua atuação à frente da Diretoria Geral de Saúde Pública lhe rendera muitas animosidades pelo constante desafio às elites e a vários grupos econômicos e políticos. Essas animosidades também foram compartilhadas pela população, que se sentiu ameaçada pelas medidas agressivas desencadeadas no combate às doenças, que se chocavam com as liberdades civis. As reformas implementadas pelo sanitarista tiveram que ser constantemente negociadas com os diversos segmentos sociais e políticos. Nara Brito discute muito bem, como a figura de Oswaldo Cruz representava o prestígio e o valor social do médico, e como sua legitimidade científica criava laços de identidade e interesses políticos ao seu redor. Mas a historiadora também salienta como *a morte silenciava todas as malquerenças*,⁵⁴ ou seja, como as críticas realizadas a Oswaldo Cruz foram sendo “esquecidas”, não só após o seu desaparecimento físico, mas também à medida que a epidemia ia se alastrando no território nacional.

A ocorrência da epidemia colocou à disposição dos ocupantes do campo médico todo um arcabouço simbólico, capaz de exercer um poder estruturante na construção de um discurso, que elegia a doença como um item estratégico da agenda de políticas públicas.⁵⁵ Do mesmo modo, reforçava a figura dos sanitaristas como atores capazes de regularizar essas relações biológicas indesejáveis. A dramaticidade do

⁵⁴ Nara Brito. *Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. p.40.

⁵⁵ Pierre Bourdieu. *O poder simbólico*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. passim

evento possibilitou a percepção da interdependência social e, conseqüentemente, da impossibilidade de ações isoladas.⁵⁶

É nesse contexto, que Carlos Chagas passa a ser encarado como um gênio: o único homem capaz de salvar a nação da hecatombe. O gênio, de acordo com Norbert Elias, advém de uma construção social, sendo fruto das pressões sociais exercidas sobre ele e da interdependência com outros atores sociais de sua época. Este tipo de ator se encontra freqüentemente envolvido num processo social não planejado, sendo, muitas vezes, escolhido para atender a uma demanda social.⁵⁷ O depoimento do Sr. Nelson Antônio Freire nos permite entender essa questão sob a ótica da população que era alvo da doença:

“O sentimento geral na cidade, onde quer que se fosse, era de que todos feneceriam mais cedo ou mais tarde; de que a Capital se transformaria numa cidade fantasma. Esperava-se que alguém pudesse fazer alguma coisa, mas, ao mesmo tempo, se sabia que essa espera poderia ser em vão.

A convocação do Dr. Carlos Chagas trouxe grande alívio. Como se ele fosse o único que pudesse controlar aquela hecatombe. Sendo ele o braço direito do Dr. Oswaldo Cruz, que combateu a febre amarela, nada mais certo do que fosse ele a comandar o combate daquela calamidade. Era um cientista, descobriu o micróbio da doença de Chagas, pensou-se que ele poderia achar a explicação e a cura, pois ele tinha credenciais suficientes para legitimá-lo.

Se ele era ou não a pessoa mais indicada eu não sei; só sei que o povo passou a ter um pouco de esperança de que poderia ter alguma salvação, de que o país não fosse totalmente destruído pela peste.

Logicamente, Chagas virou uma ponte entre o governo e o povo. O governo queria evitar críticas e distúrbios e o povo alguém

⁵⁶ Gilberto Hochman. *A era do saneamento*. Rio de Janeiro: ANPOCS/HUCITEC, 1998.p. 135.

⁵⁷ Norbert Elias. *Mozart: sociologia de um gênio*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994. pp. 18-20.

que demonstrasse que estava se importando com as mazelas que o afetava. Esperava-se que, com ele à frente dos serviços de saúde, ocorressem melhorias.

Quando Wenceslau Brás foi visitar a Santa Casa, a brigada policial teve que retirá-lo às pressas na saída, pois o povo queria descer a lenha nele.

Não se podia admitir que a saúde pública desconhecesse os problemas que limitavam sua atuação e as deficiências de sua atividade, depois de tantas discussões, palestras, artigos em jornais, sobre saúde e a nossa capacidade de defesa sanitária interna e externa. Era difícil de entender, principalmente depois de todos os argumentos do Dr. Penna⁵⁸ que, poucos anos antes, publicou uma série de artigos em jornais e ministrou numerosas palestras em todos cantos, que a saúde pública simplesmente dissesse: “não sabemos o que é, como se cura, é benigna não tenham medo; e os jornais e as ruas revelassem que as mortes eram elevadíssimas.”⁵⁹

Ao ser nomeado oficialmente, em 22 de outubro de 1918, Carlos Chagas ajuda a expandir o programa de criação de hospitais provisórios pensado por Seidl – entre eles os hospitais da Praça XI, da Escola Deodoro e da Glória. Homem de ciência de fama internacional, com artigos publicados e ganhador de honrarias como o prêmio Schaudinn em 1912, além de ter trabalhos de grande repercussão realizados para o governo Wenceslau Brás, ele fora cogitado para substituir o diretor exonerado. Mas, segundo Chagas Filho, os sentimentos de amizade para com Seidl, a quem acreditava ter sido vilipendiado sem fundamento algum, pois nada poderia ter feito para impedir a invasão, fizeram-no declinar do convite.⁶⁰

Por essa razão, Theophilo Torres fora nomeado diretor da Saúde Pública e Chagas incumbido de expandir os hospitais provisórios para o atendimento aos

⁵⁸ O depoente se refere ao Dr. Belisário Penna.

⁵⁹ Entrevista concedida pelo Sr. Nelson Antônio Freire à autora em 11/09/1990.

⁶⁰ Carlos Chagas Filho. *Meu pai* (...). pp.151-152.

espanholados. Ao aceitar o cargo Carlos Chagas faz um apelo, através dos jornais, a toda classe médica e aos estudantes de medicina para que viessem auxiliá-lo no combate à espanhola. Foi grande o número de clínicos do Rio de Janeiro que se mobilizaram no combate à doença. Além deles, na Academia Nacional de Medicina, professores e alunos da Faculdade de Medicina e profissionais do Instituto Oswaldo Cruz se colocaram totalmente à disposição do sanitarista.

Médicos de uma comitiva francesa e de uma comitiva baiana, liderada por Clementino Fraga, que estavam no Rio de Janeiro para um congresso médico, também atenderam ao apelo de Chagas. Mas Miguel Couto, Clementino Fraga, Belisário Penna⁶¹ foram os fiéis escudeiros de Chagas nessa cruzada, que ele bem sabia seria das mais difíceis.

Segundo Carlos Chagas Filho, construía-se naquele momento a noção de um líder capaz de vencer os obstáculos, que refletia a imagem de Oswaldo Cruz e dando ao povo *a certeza que estava sendo protegido*.⁶² Chagas era visto pela cidade ajudando no socorro às vítimas e inspecionando os trabalhos nos hospitais provisórios, especialmente no hospital montado na escola Deodoro, que se tornou seu quartel general. Esse tipo de conduta, segundo D. Virginia, que morava nas imediações do hospital e que nele foi internada, começou a render a simpatia da população, pois Chagas:

⁶¹ Logo após controlada a epidemia no capital federal Belisário Penna seria contratado pelo governo de Minas Gerais para chefiar o combate a moléstia e administrar os socorros públicos durante o evento.

⁶² Carlos Chagas Filho. *Meu pai*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1993. p.157

“Sempre com muita calma, e na medida do possível, atendia a todos os que o procuravam. Dava conselhos, até mesmo para evitar o consumismo de remédio milagrosos que apareciam diariamente nos jornais; pedia para mantermos a calma que se estava fazendo todo o possível.

Fazia visitas diárias aos doentes, indo de cama em cama, sempre com um sorriso, com uma palavra de consolo, segurando na mão dos enfermos e se mostrando realmente interessado por nós. Teve dias que foi trabalhar ardendo de febre - também contraíra o mal - mas não nos abandonou. Depois da gripe terminar, ele virou para a população uma espécie de anjo da guarda. Pelo que o povo dizia depois da gripe, teve a mesma conduta em todos os hospitais que ele visitava.”⁶³

A foto abaixo, na qual Carlos Chagas aparece ao lado do Presidente da República Wenceslau Braz, e entre outros médicos, serve para dar uma visão mais nítida de sua atuação à frente dos serviços de combate da gripe espanhola. Sua conduta diante das demandas da epidemia lhe renderia um capital sócio-político de grandes dimensões. Para o povo, ele se tornaria, daquele momento em diante, a pessoa ideal na resolução dos problemas sanitários da nação.

⁶³ D. Virginia Motta Freire em depoimento a autora em 11/09/1990.

Figura 7 – Carlos Chagas no posto de assistência do Meyer



O Dr. Carlos Chagas entretendo-se com o Dr. Wencesláu Braz sobre a marcha da moléstia, no Posto de Assistência do Meyer, sob a direcção do Dr. Carlos Duarte.

Fon-Fon, nº44. 2 de novembro de 1918. p. 19.

O Dr. Carlos Chagas entretendo-se com o Dr. Wenceslau Braz sobre a marcha da moléstia no Posto de Assistência do Méier, sob a direção do Dr. Carlos Duarte.

Carlos Chagas atua entre os dias 22 de outubro e 12 de novembro sendo, que os hospitais provisórios começam a ser desmontados no dia 8 de novembro. Aqueles estabelecidos por ele foram desmontados no dia 12 do mesmo mês, com exceção do hospital de Deodoro que foi mantido até que a situação se regularizasse por completo.⁶⁴ No momento em que Chagas é nomeado, a epidemia está no auge, mas como demonstram as fontes, ela começaria logo a declinar. Em meio a esse período, os jornais começam a noticiar que pesquisas sobre a misteriosa doença estavam sendo empreendidas por Chagas em Manguinhos.

Na verdade, eram pesquisas realizadas pelos Dr. Aristides Marques da Cunha, Octavio de Magalhães e Olympio da Fonseca, e o que se dizia era que teriam descoberto o micróbio da influenza e estavam fazendo testes para uma vacina. Tudo isso contribuiu ainda mais para o aumento da credibilidade de Chagas diante da população, não só da capital, como do resto do país. Esses fatores iriam ser de grande monta para que Chagas se transformasse no único homem capaz de administrar questões sanitárias e humanas como aquela. Por um lado, um alento sobre a possível descoberta da causa de tanta virulência foi para aqueles que buscavam uma explicação de grande efeito apaziguador.

Não só Chagas colheu os louros com sua atuação na epidemia de gripe espanhola, como muitos outros médicos e acadêmicos de medicina foram favorecidos profissionalmente. Ainda no mês de outubro, era apresentado ao Conselho Municipal do Distrito Federal um projeto, (nº 150-A) que dava preferência de nomeação aos

⁶⁴ Não foi possível identificar a data do fechamento deste hospital.

médicos que tinham trabalhado durante a epidemia, no caso de concursos públicos serem abertos.⁶⁵ D. Virginia reforça essa afirmação:

“Meu irmão era sextanista da Faculdade de Medicina e aderiu aos esforços de combate à gripe devido ao apelo feito pelo Dr. Chagas. Ele e mais sete amigos, todos colegas de turma, na faculdade. Após o término da epidemia, nenhum deles encontrou dificuldade de conseguir colocação, uns em consultórios e clínicas particulares, às vezes chamados pelos próprios donos, como foi o caso do Olavo, do Fidélis e do Leopoldo. Outros, como foi o caso do meu irmão e de seu amigo Teobaldo, acabaram sendo aprovados facilmente em concurso.

Um dos amigos do meu irmão, que se chamava Afonso, não me lembro do sobrenome dele, montou um consultório e tinha aqueles clientes pingados, um aqui outro acolá. Um dia ele mandou fazer uma placa enorme, toda em bronze, escrito assim: Dr. Afonso de tal, clínico - *Atou nos serviços de assistência hospitalar organizados pelo Dr. Carlos Chagas, durante a nefasta epidemia de gripe espanhola.* Chovia cliente no consultório dele depois de colocar a placa, e continuou assim durante anos. E ele não foi o único que se aproveitou dessa credencial. A gripe dava credibilidade aos médicos; as pessoas acreditavam que esses médicos tinham algo de especial. Eram vistos como heróis.”⁶⁶

A percepção que a ação e o conhecimento da higiene e saúde pública possibilitam em relação ao meio ambiente, serviços de saúde pública e políticas no controle das epidemias, acabou fazendo com que muitos médicos vissem este campo, em todos os tempos, e não durante a epidemia aqui estudada -, não só como uma fonte de circulação de novos conhecimentos sobre doenças, pesquisas e observações, como

⁶⁵ *Anais do Conselho Municipal do Distrito Federal*. Sessão de 04 de outubro de 1918. p.553.

⁶⁶ D. Virginia da Motta Freire em entrevista concedida à autora em 11/09/90.

também uma ponte para o reconhecimento e para o aumento de capital profissional, social e político. Apesar das distinções de suas áreas de conhecimento e prática elas sempre foram interdependentes.⁶⁷ A saúde pública, com base na arte do laboratório, ditava os parâmetros de atuação da medicina.

Com o declínio da epidemia e com a normalização gradativa do cotidiano da cidade, várias foram as manifestações de apreço à figura de Chagas, a começar pelas festas populares, por ocasião de seu aniversário. Nesse dia, o povo saiu às ruas para saudar *o grande benemérito da cidade, a que nós devemos o jugulamento rápido da gripe*, e que tinha empreendido uma *cruzada humanitária* e salvo a todos de *tão intensa vaga de desgraças* livrando-os da *incúria do governo*.⁶⁸ Os jornais e grande parte da população passam a exigir que se entregue a seu salvador a administração da saúde pública, ao mesmo tempo em que demanda a reformulação das políticas sanitárias. Tais reformulações tiveram sua necessidade acentuada no decorrer da epidemia, como se pode perceber pelo artigo abaixo:

“(...) irrompeu a epidemia e sob a sua pressão imediata e aterradora as medidas têm sido de ocasião. E, neste ponto, não irá senão louvar o governo. (...) mas o perigo de novos flagelos continua. E contra ele devemos premunir-nos, reorganizando o quanto antes os serviços sanitários de modo que possam evitar novas invasões de epidemias, que, se desgraçadamente entrarem no país, não encontrem na sua propagação terreno favorável que se deparou a influenza espanhola e sejam prontos e eficazes os meios de combatê-las. O Congresso está reunido, e ainda há bastante tempo para a sua contribuição na reorganização que se impõe. Dentro de poucos dias teremos novo governo. Seja sua primeira preocupação reparar o

⁶⁷ Allan Brandt e Martha Gardner. Antagonism and accommodation: interpreting the relationship between Public Health and medicine in the United States during the 20th century. In: *American Journal of Public Health*. May 2000, vol.90, nº5. pp. 191-198.

⁶⁸ Um grande benemérito da cidade. In: *A Rua*, 9 de julho de 1919. p.4.

edifício desmoronado de nossa saúde pública, construção de Oswaldo Cruz e caríssima ao Sr. Rodrigues Alves.”⁶⁹

O trabalho empreendido por Chagas teve tamanha repercussão social e política que Paulo de Frontin e Mendes Tavares, importantes chefes políticos do Distrito Federal, foram pessoalmente à sua casa para tentar convencê-lo a apresentar sua candidatura ao Senado, proposta que o sanitarista recusou imediatamente. Chagas não desejava deixar a direção do Instituto Oswaldo Cruz, e afirmava que apenas cumprira o seu dever, por isso, não merecendo nenhuma recompensa. Mas a epidemia lhe dera uma recompensa maior, pois tornou impositiva sua presença à frente das reformulações dos serviços de saúde pública.

Logo em seguida, ocorre o falecimento de Rodrigues Alves, a 16 de janeiro de 1919, que acabara de ser reeleito para um novo mandato presidencial. Esse fato contribuiu mais ainda para a conturbação da ordem pública. O ano de 1919 foi marcado por vários surtos de gripe, que iriam atingir, principalmente, as regiões do interior, o que para a população se traduziria numa constante ameaça de retorno da matança coletiva. A espanhola era uma sentença sempre presente e que, durante o período de 1919 a 1921⁷⁰, deixaria as autoridades sanitárias, mais especificamente Carlos Chagas, em constante prontidão. No mesmo ano se intensificam as discussões sobre a reforma dos aparatos de saúde, quando parte considerável da Câmara dos Deputados, como

⁶⁹ Gil Vidal. Saúde Pública. In *Correio da Manhã*. 8 de novembro de 1918. p.2.

⁷⁰ Um fato muito interessante a ser apontado é que as notícias sobre esses surtos de gripe foram mais largamente noticiados pela imprensa de outros estados. Um dos principais jornais a trazer à tona essas notícias foi o *Jornal A Tarde* da Bahia. Entretanto, iremos explorar essa questão mais amplamente no próximo capítulo.

veremos no capítulo seguinte, concorda que as limitações da Diretoria Geral de Saúde Pública e da defesa sanitária necessitam ser sanadas.

Ao tomar posse em julho de 1919, Eptácio Pessoa, o novo Presidente da República, incumbiu Carlos Chagas de formular um regulamento sanitário que levasse em consideração o estado deplorável em que se encontravam os serviços sanitários. A situação de tais serviços acabara acarretando dificuldades, tanto para o Distrito Federal, como para os demais estados no combate da epidemia. O sanitarista, portanto, tinha a intenção de dar dimensão nacional às ações de saúde.⁷¹

No relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, o diretor em exercício, após a exposição dos dados referentes à epidemia, aponta a urgência de se aparelhar e organizar convenientemente a DGSP, de forma mais completa e eficiente.⁷² O próprio ministro reconhece estar provado que *o estado sanitário depende exclusivamente da liberdade do poder executivo e do legislativo* para que se assegurasse os recursos para a *vitória da profilaxia*.⁷³

Chagas, por sua vez, professando da mesma fé que caracterizava o movimento sanitarista e a Liga Pró-Saneamento do Brasil de Belisário Penna, de quem era amigo pessoal, via a necessidade de centralização das instituições da saúde para por em marcha a *redenção sanitária do elemento nacional*.⁷⁴ A presença de Chagas à frente da administração sanitária possibilitaria, e era intenção do sanitarista, criar condições para a reformulação da medicina pública brasileira, que era influenciada pelo modelo francês, mas tinha sonhos alemães, onde o Estado era presença forte de regulação.

⁷¹ Carlos Chagas Filho. *Meu pai*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1993. p.163.

⁷² *Relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores*, 1919. p.96.

⁷³ *Relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores*, 1919. p. XVII. Ver ainda a mesma citação em: Carlos Seidl. *A propósito da pandemia de 1918* (...). p.116.

⁷⁴ Carlos Chagas Filho. *Meu pai* (...). passim

A epidemia dera provas cabais de que não só para o então Distrito Federal, mas também para os estados, havia enormes limitações no combate às doenças epidêmicas. Estados - como Minas Gerais e Pernambuco - dependeram em larga escala de recursos materiais, humanos e financeiros enviados pela União para lidar com a espanhola.⁷⁵ Mediante todos os aspectos apresentados, se poderia respaldar a necessidade de centralização dos serviços de saúde e a necessidade de uma profunda reforma nas instituições e políticas sanitárias.

Logicamente, questões técnico-científicas são tão importantes quanto os interesses econômicos e políticos que determinam uma mudança do porte da que se trata aqui. Mas o que, nesse momento, queremos deixar claro é que a suposição de que o país estaria constantemente ameaçado por novas epidemias, mesmo de espanhola (que, supostamente, poderia ser desencadeada com a desmobilização das tropas devido ao fim da guerra, e, principalmente pela falta de defesas sanitárias e de uma organização coerente e eficiente das instituições sob as quais ela estava a cargo) reforçava as exigências e as críticas da opinião pública ao desmazelo da administração sanitária. A epidemia teve grande importância na sedimentação de uma consciência sanitária que começou a ser difundida pelo movimento sanitarista ligado a Liga Pró-Saneamento do Brasil.

Temos que ter bem claro, que as medidas de saúde pública foram uma expressão de como as sociedades lidaram com questões de ordem social, nacionalidade e poder público; e não apenas uma resposta automática à violência das epidemias ou aos problemas derivados da industrialização, nem ter sido determinada somente por teorias médicas.

⁷⁵ Série administração geral do MJNI. Pacote IJ²531.

Entretanto, a necessidade de absorção e domesticação das forças desencadeadas pela modernização, quer seja através dos problemas que a urbanização acarreta, quer seja por imperativos advindos da regulamentação das condições de negociação da força de trabalho e a adequação e inserção da classe operária em formação, numa sociedade eminentemente agrícola, entrariam na pauta de recursos utilizados na busca da legitimação da reforma que se buscava empreender. O sanitarista, como reformador social, seria uma importante peça na regularização de todas essas relações.

4- Sanitaristas, reformadores sociais e burocratas de Estado.

Durante a epidemia, Aristides Marques da Cunha, Octavio de Magalhães e Olympio da Fonseca, todos membros do Instituto Oswaldo Cruz levantaram a hipótese de que a gripe seria causada por um vírus filtrável e não, como se pensava, pelo bacilo de Pfeiffer. Esse fato acabou por estimular a crença de que Carlos Chagas tinha descoberto a chave do enigma, - o *micróbio da influenza* – e uma vacina dita milagrosa fosse preparada.

Com as observações feitas, deu-se início à fabricação de uma vacina, que apesar da postura reservada dos próprios pesquisadores, foi utilizada através injeções subcutâneas de sangue retiradas dos próprios doentes. A vacina de escarros filtrável

também foi considerada uma opção para quem buscava a cura para a espanhola. Contudo, em novembro, com a diminuição da intensidade da epidemia, faltava material para outros estudos e as pesquisas tiveram que ser adiadas. Mas isso não quer dizer que trabalhos, teses e discussões sobre a epidemia e a doença tivessem sido acabado. Apenas, a comunidade médica adotou uma postura de cautela e reservada curiosidade. Segundo, o Dr. Dias Barros que escreveu sobre a arte do laboratório e sua inserção nas demais parcelas da medicina:

(...) Digo apenas que atingimos a fase, mais ou menos, científica da medicina tendo atravessado, a passos largos (...) o período da medicina por assim dizer mitológica, no qual se entendia que as causas das doenças eram *os maus ares, as emanções da terra, os eflúvios, os miasmas*, enfim, tudo quanto se achava que pudesse alterar a saúde do homem, sem se saber exatamente o porque, que é afinal, toda a ciência, de tal sorte, tinha o médico a triste sina de se degladiar no escuro (...).

A ciência pura, que instituída nos laboratórios, ainda deles não saiu para exercer, por assim dizer, ação fermentativa sobre a sociedade; ainda não conseguiu emocionar as massas, pela aplicação do material obtido no estudo, na pesquisa,(...) na prática usual e corrente da medicina.”⁷⁶

⁷⁶ Dias Barros. As conquistas da medicina. In: *Anais da Biblioteca Nacional*, 1913. vol.35. pp.153 e 162.

Isso não quer dizer que o bacilo de Pfeiffer fosse de todo renegado. Seria ele um ator coadjuvante, tendo a capacidade de atuar em conjunto com outros agentes nas infecções secundárias, facilitando surgimento de outras moléstias.⁷⁷

Segundo Henrique de Beaurepaire de Aragão⁷⁸, a epidemia influenza espanhola *veio a oferecer ao clínico e ao bacteriologista esplêndida oportunidade para o estudo de interessante entidade mórbida.*⁷⁹ A descoberta do agente causador de uma moléstia se configura numa oportunidade de somar capital simbólico e, conseqüentemente, uma melhor posição no campo, seja profissional ou político, reforçando a sua autoridade científica e o seu papel de reformador social.

A epidemia trouxe a oportunidade desses homens se reafirmarem enquanto burocratas indispensáveis ao bom andamento da sociedade, como os únicos capazes de administrar os efeitos negativos da interdependência social advindos da doença coletiva. Era, então, necessário descobrir o causador de tantos contratempos para se colocar a sociedade novamente em seus trilhos. O dr. Bulhões de Carvalho, em relatório ao Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio, alegava ser *da competência dos higienistas e bacteriologistas dar respostas sobre a verdadeira causa*

⁷⁷ José Zefferino Bastos. *A epidemia de gripe no Rio de Janeiro em 1918*. Rio de Janeiro: tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1919. (sob a salvaguarda da Biblioteca Nacional, encadernada juntamente com outras obras). Passim. Ver ainda: Altino de Azevedo. *Do estudo clínico da gripe*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1919. p. 21.

⁷⁸ Henrique Beaurepaire de Aragão. A propósito da gripe. In: *Brasil Médico*. Nº 45, 9 de novembro de 1918. p.354-356. Henrique de Beaurepaire de Aragão, também membro do Instituto Oswaldo Cruz, onde o vírus filtrável, denominado desta forma por ter a capacidade de ultrapassar poros e membranas, aventado por Novelle e Lebailly passa a ter primazia, nas atenções do estudo, agora microrganismos como diplococos ou stafilococos passavam, neste período, a ocupar um lugar mais destacado nas indagações desses homens que buscavam entender a gripe e sua origem. Esses microrganismos seriam responsáveis, isolados ou em associação, pela configuração assumida pela moléstia.

⁷⁹ Henrique Beaurepaire de Aragão. A propósito da gripe. In: *Brasil Médico*. Nº 45, 9 de novembro de 1918. p.353.

da pandemia, tarefa de grande dificuldade, mas não acreditava na comprovação da entidade mórbida através dos exames bacteriológicos.⁸⁰

Nenhuma das teses teve sucesso em sua comprovação. Ninguém compreendia o que era um vírus, ou tinha a menor noção de como isolá-lo. A medicina ainda não tinha avançado o bastante para entender o papel de materiais genéticos como DNA e RNA, que ainda não haviam sido descobertos, mas que comportavam os mistérios sobre a doença. Na verdade o vírus da gripe estava muito além do alcance da medicina e da ciência da época.

Mais tarde, o bacilo de Pfeifer, mediante os insucessos relacionados ao vírus filtrável, foi novamente adotado como agente da gripe. Em sessão da Academia Nacional de Medicina, ocorrida em 22 de maio de 1924, o Dr. Miguel Couto conclui que os germes da gripe tem por função exaltar a virulência de outros agentes causadores de doenças. Nas epidemias, esses germes se associam a outros como pneumococcus, stafilococcus, estreptococcus, vibrião Coli e o bacilo de Koch que tornam a sua virulência bem maior.⁸¹

A bacteriologia, apesar de ter o seu discurso colocado em cheque durante a epidemia, era um fator que proporcionava a legitimação ideológica e política da saúde pública, e a transformava num fator fundamental para a reafirmação da autoridade científica desses sanitaristas e homens de laboratórios.⁸² Sendo o micróbio (e aqui a expressão é usada de forma genérica para designar qualquer causador de doença: bactérias, vírus, etc...) a terceira pessoa de toda relação social, faz-se necessário a

⁸⁰ Dr. Bulhões de Carvalho. A epidemia de gripe. Relatório apresentado ao Ministro da Agricultura, indústria e comércio. Reproduzido In: *Brasil Médico*. Nº 26, 28 de junho de 1919. pp.202-206.

⁸¹ Dr. Miguel Couto. *Anais da Academia Nacional de Medicina*. Sessão de 22 de maio de 1924. p.119.

⁸² Margareth Pelling. Contagion, germ theory and specificity. In: W. Bynun and Roy Porter (ed.). *Companion Encyclopedia of the history of the medicine*, vol.1. London and New York: Rotledge, 1993. pp.328-330.

presença de uma quarta pessoa: *o descobridor de micróbios*⁸³, o cientista, o homem do laboratório. Estes atores sociais, os descobridores de micróbios, tornam-se presença essencial, pois a sua ciência, a sua arte, lhes permite redefinir as relações sociais das quais esses seres diminutos são sempre componentes e, conseqüentemente, acabam exercendo importante papel ao interromper ou redefinir estas relações.

Mediante as relações biológicas mantidas com o micróbio, até mesmo as relações sociais mais simples, como também a relação com o ambiente, passam a ser reformuladas. Podemos perceber essa afirmativa pela cartilha *Previna-se contra a gripe*:

“Perdigotos, - Que perigo!
Se estás resfriado amigo,
Não chegues perto de mim
Sou fraco, digo o que penso.
Quando tossir use o lenço
E, também se der atchim.

Corrimãos, trincos, dinheiro
São de germes um viveiro
E o da gripe mais freqüente.
Não pegá-los impossível.
Mas há remédio infalível,
Lave as mãos constantemente.

Se da gripe quer livrar-se
Arranje um jeito e disfarce,
Evite o aperto de mão.
Mas se vexado consente
Lave as mãos freqüentemente.
Com bastante água e sabão.

⁸³ Bruno Latour. Le théâtre de la preuve. IN: SALOMON-BAYET, Claire (org.). *Pasteur et la Revolution Pasteurienne*. Paris: Payot, 1986. pp.348-349.

Da gripe já está curado?
Bem, mas não queira, apressado
Voltar a vida normal.
Consolide bem a cura,
Senão você, criatura,
Recai e propaga o mal.”⁸⁴

Como Bruno Latour define, esses homens de ciência, os senhores do laboratório, como os porta-vozes desses pequenos seres. Sua arte pregava que o inimigo podia ser achado e, conseqüentemente, derrotado. Assim, a definição do ator, ou melhor seria, do autor de tais cortejos macabros acarreta o estabelecimento de uma crença, pois a identificação do micróbio, da bactéria, do agente causador enfim, permite que se coloque em ordem não só os problemas epidemiológicos, como também os problemas de ordem pública que a doença coletiva acarreta. Os conhecimentos colhidos no laboratório permitirão traçar novas diretrizes para as relações sociais.

O laboratório é o lugar onde se busca traduzir os fenômenos provenientes dessas relações sociais doente-micróbio, indesejadas, e incontroláveis muitas vezes. Mas é de posse dos resultados obtidos no laboratório que o higienista vai transformá-los em preceitos de higiene. A partir desses preceitos científicos, após serem tornados aplicados, a medicina pode estabelecer os procedimentos médicos e os poderes públicos se tornam aptos para legislar. Redefinindo a composição e as relações sociais, o sábio homem do laboratório ou o descobridor de micróbios se preferirmos, contribui para um deslocamento de poderes subvertendo o papel de atores como o médico, o sanitarista e

⁸⁴ *Previna-se contra a gripe*. Cartilha distribuídas pelas campanhas do Serviço Nacional de Educação Sanitária. S/d. Ver: *Fundação Biblioteca Nacional* – Sessão de Obras Gerais, cód. II – 291,5,18 n-2 – encadernado com outras publicações.

o administrador de saúde.⁸⁵ A descoberta do micróbio, da bactéria, do vírus redefine a liberdade individual, anulando o “direito” de contaminar os outros. O próprio Seidl se refere à idéia exposta no trecho abaixo:

“(…) a prevenção é hoje o dever capital em matéria de higiene, cujo programa é:- regular a vida do homem, de modo a assegurar-lhe o livre exercício de todas as suas funções e o desenvolvimento de todas as suas faculdades.

A higiene tem, porém, para tal fim, de intervir sobre o indivíduo e sobre a coletividade(…). A propaganda dos preceitos de higiene é, portanto, o dever primordial do Estado e esta propaganda deve ser feita intensamente (...)

A liberdade de não ser infectado vale bem a de espalhar tais germens, mas a liberdade de viver deve prevalecer sobre a liberdade de matar (...) A conclusão indiscutível é que a coerção legal, no limite em que ficou demonstrado ser necessária a proteção da saúde do maior número, não é somente legítima, mas ainda se impõe às sociedades como um de seus essenciais deveres.”⁸⁶

A visão da doença como um mal público não excludente, assim como a visão da saúde como um bem público cujas medidas de preservação não podem ser excludentes, desde que o indivíduo se adeqüe ao modelo proposto, são características que se tornam explícitas a partir da experiência pandêmica de 1918. O arcabouço simbólico construído a partir desse evento dramático possibilitou o desencadeamento

⁸⁵ Bruno Latour. *Le theater de la preuve*. (...) pp.352-353.

⁸⁶ Carlos Seidl. *A função governamental em matéria de higiene*, 1913. In: *Anais da Biblioteca Nacional*, 1916, vol.35. pp.175-190.

de um processo de legitimação de outras formas de poder que teriam na administração sanitária sua grande expressão, mesmo que temporariamente.

O sistema simbólico estruturado pela experiência da espanhola se configurou como instrumento de integração social diante de uma sociedade à beira do colapso, possibilitando o estabelecimento de um consenso acerca do sentido do mundo social em crise.⁸⁷ O discurso formulado no decorrer da epidemia cumpria a função política de legitimação das demandas por novas decisões, no que se refere à reformulação das instituições e políticas públicas de saúde.

Segundo Wanderley Guilherme dos Santos, a desordem pode ser uma situação criadora, uma vez que torna visível os problemas, tensões e insatisfações latentes no mundo social, podendo ser fonte de mudanças nas decisões das elites e estimular o surgimento de novos comportamentos tanto políticos como sociais.⁸⁸

A espanhola se traduziu, aos olhos da sociedade, em exemplo inquestionável e pedagógico de que vivemos relações biológicas que nem sempre podem ser controladas. Uma vez que o micróbio se caracteriza como um nivelador social (numa terceira pessoa de qualquer relação), a igualdade que origina é sempre vista como negativa, acarretando, conseqüentemente, a necessidade de regulação dos efeitos perversos que aí se configuram. Uma vez que uma epidemia se caracteriza como paradigma de interdependência se tornava imperativo criar mecanismos capazes de, pelo menos, administrar seus impactos.

A ocorrência de novos surtos de gripe, durante o ano de 1919, ameaçou trazer de volta uma peste que matara de forma descomunal, e que a população queria trancar

⁸⁷ Pierre Bourdieu. *O poder simbólico*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. pp. 8-15.

⁸⁸ Wanderley Guilherme dos Santos. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1987. p.55.

nos recantos mais escondidos de suas lembranças. Isso leva Chagas, mediante os fracassos nas tentativas de descoberta do agente causador da gripe, a restabelecer o regime de quarentenas e isolamento para navios, bem como a notificação compulsória de casos da doença. Entretanto, a medida renderia muitas críticas ao sanitarista, não tanto por parte dos jornais, pois foram estes instrumentos de comunicação que sugeriram tal medida, mas por parte dos próprios círculos médicos. Para esses:

“(...) a confiança que depositamos no saber e inteligência do Dr. Carlos Chagas nos leva a descrever da sinceridade com que esse ilustre profissional ordena aquelas medidas. Ninguém nos convencerá que acredita S.S. na eficácia da quarentena e da desinfecção para impedir uma nova epidemia de influenza nem mesmo que os resultados colhidos com essa prática compensem os enormes sacrifícios por ela exigidos.

Para esse absurdo procedimento da Diretoria Geral de Saúde Pública encontramos uma explicação – receio do julgamento da opinião pública, surpreendida em 1918 pela epidemia de influenza e que, obediente às velhas tradições de defesa sanitária, ignorando os elementos do problema, apela para a quarentena e para a desinfecção de navios, convencida de que esse processo só poderá evitar o mal, dormindo com a ilusão consoladora de uma completa segurança.

Acreditamos que o Dr. Carlos Chagas tem prestígio bastante para desfazer o erro em que labora o nosso público, dizendo-lhes, claramente, insofismavelmente, que a ameaça que vive de uma nova epidemia de influenza, o afastamento não poderá ser garantido de forma alguma (...), pois lhe sobra autoridade para isso, que a quarentena e a desinfecção de navios, reclamadas pela imprensa diária (...) representam um absurdo de tal ordem, que praticá-las seria ele próprio desmerecer gravemente o alto conceito em que é tido, como higienista no Brasil e no estrangeiro.

(...). O grave erro cometido pela Diretoria Geral de Saúde Pública em 1918 não foi certamente não ter estabelecido quarentenas

e desinfecções para os navios (...) teve é certo, um lamentável descaso pela epidemia de influenza que assolava a Europa.”⁸⁹

Mediante o desconhecimento do causador da moléstia, essa parecia ser a única medida capaz de evitar o contágio e preservar a organização sanitária de que dispunha o país. Alguns jornais, nacionais e estrangeiros⁹⁰, defenderam a iniciativa do sanitarista, pois:

“Não se pode constituir nenhuma novidade sensacional a notificação de alguns casos de gripe, verificados nesta capital e em Niterói. Efetivamente, desde que essa moléstia aqui apareceu em outubro passado, com caráter de franca epidemia, nunca mais deixou de figurar no quadro de óbitos, como aliás figurava antes com outros nomes. Apenas como o número de vítimas era relativamente pequeno, não havia motivo para nenhum alarma, e assim fomos vivendo, ou melhor, morrendo da moléstia, sem lhe dedicarmos uma grande importância. Podíamos nesse espaço de tempo ter melhorado nossas condições sanitárias aparelhado mas eficiente o nosso sistema de defesa higiênica.”⁹¹

Todas essas medidas e, em específico, a notificação compulsória, tiveram como intuito convencer a opinião pública e, principalmente setores do aparelho de

⁸⁹ Influenza. In: *Brasil Médico*. 30/01/1920, nº5. p. p.69.

⁹⁰ Arquivo Carlos Chagas. *Livro de recortes III*.p. 135. COC/FIOCRUZ. O recorte extraído do Jornal *El Plata* diz que as medidas adotadas por Chagas para impedir o retorno da gripe é digno de imitação.

⁹¹ Arquivo Carlos Chagas. *Livro de recortes III*.p. 133. COC/FIOCRUZ.

Estado, da importância de uma determinação legal.⁹² A intervenção estatal é concebida como um meio de gestão e produção de serviços e políticas de saúde.

Questões políticas, econômicas e sociais fizeram com que a teoria do contágio e, mais especificamente, as medidas de quarentena e isolamento que ela demandava, fossem vistas como antinaturais, antieconômicas e socialmente desastrosas. Mais ainda, elas foram vistas como um mero capricho burocrático incompatível com o progresso.⁹³ Mesmo entre a classe médica, elas motivaram de profundas controvérsias. Entretanto, para alguns, tornar os casos de influenza doença de notificação compulsória era a única saída capaz de solucionar o problema, pois tornaria possível acompanhar o desenvolvimento da doença e sua expansão sobre a sociedade, buscando diminuir a extensão do contágio. De acordo com o artigo abaixo:

“Merece todo o aplauso a deliberação do Dr. Carlos Chagas, tornando obrigatória a notificação compulsória dos casos de influenza grave. S.S. poderia certamente ir mais longe ainda, e estamos convencidos de que o fará em breve, obrigando a notificação não só dos casos graves, formas congestivas, pneumônicas e bronco-pneumônicas, mas todos os casos de influenza, desde os mais benignos aos mais graves. Só assim, será possível à Direção de Saúde Pública acompanhar *parri passu* o maior ou menor alastramento da doença, afim de intervir com as providências adequadas.”⁹⁴

⁹² André de Faria Pereira Neto. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Coleção história e saúde. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2001. p.53.

⁹³ Sylvia Tesh. Political, ideology and public health in the nineteenth century. In: *International Journal of Health Services*. nº12, vol.2. p.326. Caroline Hannaway. Environment and miasmata. In: Bynun and Porter (ed). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. London and New York: Routledge, 1993. pp. 292-307. Margaret Pelling. Contagion, germ theory and specificity. In: W. Bynun and Roy Porter (ed.) *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. 1. London and New York: Routledge, 1993. pp. 309-34.

⁹⁴ A notificação obrigatória dos casos de influenza. In: *Brasil médico*. Nº 6, 7 de fevereiro, 1920. pp.89-90.

Porém, questões de notificação compulsória, quarentena e isolamento nos remetem à divisão de autoridade, responsabilidade e poder entre medicina e saúde pública, que sempre foi um campo de constantes conflitos, onde o *ethos* profissional estabelecia, vez por outra, obstáculos à possibilidade de uma colaboração mais profunda, apesar delas serem historicamente dependentes e interativas.⁹⁵ A saúde pública era vista, muitas vezes, como um campo com íntima ligação com a política, e por isso, por ela corrompido.

Mas apesar de tudo, a arte do laboratório possibilitava à saúde pública e à medicina transformarem suas descobertas em preceitos de higiene que orientariam os procedimentos médicos. A capacidade estabelecer relações entre meio ambiente e doença; agente causador e condições sanitárias do meio; serviços de saúde pública e políticas sanitárias acabou fazendo com que médicos interagissem nesse campo, não só como uma fonte de circulação de novos conhecimentos sobre doenças e pesquisas, mas também como uma ponte para o reconhecimento e para o aumento de capital profissional, social e político, através das campanhas sanitárias. Apesar das distinções de suas áreas de conhecimento e prática, elas sempre foram interdependentes, não podendo ser isoladas umas das outras.

A participação de médicos nos quadros do Estado era, por sua vez, parte de estratégias de manutenção de poder e *status* e da abertura de espaços dentro da organização pública nacional, através do poder medicalizador. Esse tem, entre outras funções, a autoridade para normatizar os hábitos, costumes e comportamentos dos indivíduos diante da doença, visando diminuir a incidência da mesma e os efeitos

⁹⁵ Allan Brandt e Martha Gardner. Antagonism and accommodation: interpreting the relationship between Public Health and medicine in the United States during the 20th century. In: *American Journal of Public Health*. May 2000, vol.90, nº5. pp. 191-198.

negativos da interdependência, que é parte das relações biológicas que então se estabelecem. As políticas de saúde, por sua vez, aumentavam a capacidade de intervenção do Estado sobre o território nacional, vindo nas ações, tanto urbanas quanto rurais, uma forma de avançar sua governabilidade sobre a sociedade brasileira.

O que estava em jogo durante a epidemia era o poder sobre as visões do mundo social e político e a própria reprodução e preservação do capital político e social⁹⁶ das classes dirigentes e da classe médica. Se a doença, e mais especificamente, a doença epidêmica não é um evento privado e sim público que se traduz num atentado à ordem pública e social⁹⁷, esperava-se que esses atores recolocassem a sociedade em seus trilhos.

Carlos Chagas acabou por atender a uma demanda subjetiva e politicamente necessária do ponto de vista da população. Tal demanda ganhou crédito através da postura desse sanitarista e da sua transformação num gênio salvador da nação e do povo, ao longo do evento epidêmico. A gripe espanhola possibilitou a Chagas, assim como a outros sanitaristas que compunham o seu grupo alcançarem posições de poder político e conhecimento médico sobre o evento. Não se está aqui afirmando que o evento possibilitou o controle do conhecimento médico, mas proporcionou sim, um maior controle sócio-político que fora encarnado na figura de Chagas e em sua associação com Oswaldo Cruz, fortalecendo a posição de um grupo que vinha se articulando e crescendo no decorrer da República Velha.

Se de um lado, a epidemia acarretou uma série de insatisfações com a atividade política das elites governantes e com suas políticas sociais, por outro,

⁹⁶ Pierre Bourdieu. *O Poder Simbólico*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.p.95

⁹⁷ Bruno Latour. Le theater de la preuve. IN: SALOMON-BAYET,Claire (org.). *Pasteur et la Revolution Pasteurienne*. Paris: Payot, 1986. p.375.

inaugurou uma disputa pelo controle da medicina oficial, acabando por transformar esse grupo de sanitaristas em burocratas de Estado indispensáveis à solução da crise instaurada pelo evento. Tal fato acabou por desencadear uma revalorização do conhecimento sanitário. Assim sendo, a colaboração desses homens de ciência seria, mais uma vez, requisitada pelas elites dominantes em seus projetos políticos e administrativos, visto que o grupo em questão detinha um capital político e social necessário para lidar com problemas então desencadeados.

O poder simbólico acumulado por esses sanitaristas, durante a epidemia, transformou-os em atores capazes de moldar atitudes mentais e de estabelecer uma influência social, assim como política, na legitimação e no estabelecimento dos projetos de modernização que se buscavam implementar na década de 1920.

CAPÍTULO III

Entre o bem e o mal público: o impacto da gripe espanhola sobre o campo político.

“A pragmática má de humanos usos
Não compreende que a morte que não dorme
É a absorção do movimento enorme
Na dispersão de átomos difusos.
Não me incomoda esse último abandono.
Se a carne individual hoje apodrece,
Amanhã, como Cristo, reaparece
Na universalidade do carbono!

Augusto dos Anjos¹

O fim da década de 1910 e início da década de 1920 se caracterizaram como períodos de profundas crises, mas também de profundas transformações. Não poderia ser diferente, em função dos impactos da Primeira Guerra Mundial e da Revolução Russa. Contudo, a Primeira Guerra Mundial foi antes uma expressão da decadência e queda da antiga ordem, do que de um *boom* do crescimento do capitalismo industrial.

¹ Augusto dos Anjos. Os doentes (1906). In: *Eu e outras poesias* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. 4ª edição.

Inaugurava-se um período onde as crenças e os projetos políticos precisavam ser revistos, onde a exigência pela extensão de direitos políticos e sociais acarretava grandes agitações. Abria-se assim espaço para novos projetos de modernização, e várias sociedades buscavam explicações para seu atraso. No Brasil, as críticas ao artificialismo político da Primeira República e da autoridade pública estavam na ordem do dia. A produção de interpretações da realidade social e a construção de uma identidade nacional passam a ser apropriadas de diversas formas por diferentes grupos, como fatores legitimadores de projetos políticos e de modernização.²

A Primeira Guerra Mundial desencadeou um movimento de releitura dos nacionalismos, afirmando-se, a seu término, os princípios da nacionalidade e do direito da auto-determinação.³ O Brasil fora palco, desde o início do século XX, de movimentos de vanguarda, e a temática do nacionalismo servia de base para a atuação política das classes dirigentes. Mas se por um lado, esses movimentos se voltaram para pensar a nacionalidade, por outro, acabaram por sustentar as bases de um Estado forte e centralizado.

Foi neste contexto que se originou a Liga Pró-Saneamento do Brasil, que tinha entre seus adeptos Belisário Penna, Carlos Chagas, Afrânio Peixoto e Azevedo Sodré, e englobava uma gama heterogênea de intelectuais e de adeptos de diversos segmentos sociais e políticos, contando também com apoio de setores importantes do aparelho

² Ângela de Castro Gomes. A política brasileira em busca da modernidade: na fronteira entre o público e o privado. In: *História da vida privada no Brasil: contrastes da intimidade contemporânea*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. pp. 492-493.

³ Eric Hobsbawn. *Nações e nacionalismo desde 1870*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991. pp. 125-158.

estatal. A Liga tinha como um de seus objetivos, a reformulação das instituições e políticas de saúde pública, visando a melhoria das condições sanitárias do interior do país e a implementação de um ministério mais técnico e autônomo, que permitiria ao Estado uma maior e mais eficaz intervenção no âmbito sanitário nacional. Para esses médicos, a presença de doenças endêmicas e epidêmicas indicava a ausência de poder e de políticas públicas.⁴

O movimento sanitarista acabou tendo assim grande êxito, ao desencadear uma campanha de opinião pública sobre o papel e a responsabilidade do governo federal em assuntos sanitários, articulando um processo de construção de uma consciência sanitária no país. Ao longo do ano de 1918 produziu uma crescente preocupação da sociedade com os problemas sanitários da nação, preocupação essa que alcançaria, durante a epidemia de gripe espanhola, seu ponto culminante.

Se o movimento pelo saneamento rural “descobriu” ser o Brasil *um imenso hospital*,⁵ levando as idéias deste movimento a ganhar grande força simbólica,⁶ a gripe espanhola, por sua vez, transformou esse imenso hospital num imenso cemitério, principalmente a capital federal, desencadeando uma maior discussão e, conseqüentemente, politização da questão sanitária. A epidemia rendeu, como seu primeiro fruto, a sedimentação de uma consciência sanitária que vinha sendo construída

⁴ Gilberto Hochman. Logo ali, no final da avenida: os sertões redefinidos pelo movimento sanitário da Primeira República. In: *História, ciência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998, vol.V, suplemento. p.218.

⁵ Miguel Pereira. O Brasil ainda é um imenso hospital: discurso pronunciado por ocasião do retorno do professor Aluysio de Castro da República da Argentina. In: *Revista de medicina do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. Nº22, vol.3, 1922, pp.3-7.

⁶ Pierre Bourdieu. *Poder simbólico*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. Passim. Luiz Antônio Castro Santos. O pensamento Sanitário na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. In: *Dados*. 1985, vol. 28, nº2. pp.194-202.

desde meados da década de 1910, e para a qual o papel da Liga Pró-Saneamento foi de importância ímpar.

Portanto, não se pode negar que a gripe espanhola teve um impacto simbólico e político que potencializou as discussões sobre as reformas de saúde, uma vez que revelou, com toda plenitude, a incapacidade das esferas governamentais para lidar com questões sanitárias essenciais. Mas como todo evento traumático e de grande impacto, a espanhola apresentou um diagnóstico complexo e uma negociação tensa e difícil.

Ao revelar a intensidade das relações biológicas às quais uma sociedade está exposta, desencadeou a necessidade de novas formas de intervenção sobre estas relações. Sendo a doença epidêmica um evento público que afeta todas as estruturas sociais e políticas, bem como desorganiza as relações econômicas, ela passa a ser encarada como um atentado à ordem pública.⁷ Desencadeia-se então a necessidade de intervenção dos poderes públicos. Entretanto, a explícita fragilidade da Diretoria Geral de Saúde Pública para solucionar ou, pelo menos, amenizar os problemas de saúde, tornava inquestionável a incapacidade dos serviços estatais.

Estes fatos acabaram servindo de munição para que a opinião pública, juntamente com alguns segmentos da corporação médica (principalmente os sanitaristas ligados ao Movimento Pró-Saneamento do Brasil) e das classes políticas se levantassem contra o descaso das oligarquias dominantes para com a saúde da população.⁸

⁷ Bruno Latour. *Lê théâtre de la preuve*. In: Claire Salomon-Bayet (org). *Pasteur et la révolution pasteurienne*. Prís: Payot, 1986.p.375.

⁸ Jaime Larry Benchimol. *Manguinhos do sonho à vida*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/ Fundação Oswaldo Cruz, 1990.p.56. ____ e Luiz Antonio Teixeira. *Cobras, lagartos e outros bichos: uma história comparada dos institutos Oswaldo Cruz e Butantan*. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 1993. p.94. Lina Rodrigues de Faria. *A fase pioneira da reforma sanitária no Brasil: a atuação da Fundação Rockfeller (1915-1930)*. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1994. pp.37-38.

1-Epidemia e governabilidade

Guerra, fome, peste e morte compunham o cenário dos últimos meses do ano de 1918 e o tornavam propício para o questionamento das ações políticas das elites governantes e do reduzido número de políticas sociais e de saúde. A epidemia foi um evento que representou perdas políticas e sociais não só para Carlos Seidl, mas, como demonstramos no capítulo anterior, para o próprio Presidente da República Wenceslau Braz.

No início do ano de 1918, uma Comissão da Academia Nacional de Medicina - formada pelos doutores Miguel Couto, Miguel Pereira, Carlos Chagas, Carlos Seidl, Aloysio Castro e Afrânio Peixoto - apresentou dois projetos ao Presidente Wenceslau Braz. Pelo primeiro se criava o serviço de quinina oficial⁹ e o Serviço de Profilaxia Rural.¹⁰ No segundo projeto, a comissão insistia na necessidade de formação de um Ministério da Saúde Pública como única forma de resolver os problemas sanitários da nação. Mas o presidente não pensou em executar esta última proposta, pois estava no final de seu mandato e *não podia nem lhe convinha arcar com as dificuldades resultantes da adoção dela.*¹¹

⁹ Arquivo Nacional do Rio de Janeiro. Decreto 13.000. *Coleção das Leis da República Federativa do Brasil*, 1918, vol.2. pp.533-535.

¹⁰ Arquivo Nacional do Rio de Janeiro. Decreto 13.001. *Coleção das Leis da República Federativa do Brasil*, 1918, vol.2. pp.535-536.

¹¹ *Revista Médico Cirúrgica do Brasil*. A criação do Ministério da Saúde Pública pelo Dr. Miguel Couto. Julho de 1919, ano 27, nº7. pp.383-387.

O Tenente Pedro Cavalcanti, oficial da Casa Militar durante o governo Braz, escreveu um livro, intitulado *A Presidência Wenceslau Braz (1914-1918)*¹², que pode ser encarado como um “diário de bordo” da gestão presidencial. O impressionante é que, em sua ode ao presidente injustiçado, que governava a nação num período de extrema turbulência política e econômica, o autor não dedica uma linha se quer à epidemia. Mas não só ele comete este crime de “lesa majestade histórica.” De forma geral, a gripe espanhola foi relegada a um esquecimento proposital, cujas causas não são ingênuas.

O estudo deste evento, em seus aspectos políticos, torna-se um tanto o quanto problemático e complexo na medida em que se percebe contrapontos entre sua força na memória coletiva e seu obscurantismo na documentação oficial. A primeira é rica, impactante, permitindo um amplo exercício de análise. Já a documentação oficial se encontra repleta de ausências e, em parte substancial, revela uma tentativa de suavizar o impacto negativo do evento. Entre as ausências mais sentidas podemos apontar os volumes dos *Anais do Senado*¹³, que não foram encontrados nas instituições de pesquisa para os anos de 1918 a 1920. Nos registros do *Boletim da Prefeitura do Distrito Federal* menciona-se apenas que a epidemia impediu que as funções dessa instituição fossem cumpridas normalmente. Isto acabou acarretando uma maior dependência das fontes de caráter federal para o desenvolvimento desse trabalho, mesmo assim com lacunas, como assinalado.

¹² Pedro Cavalcanti. *A Presidência Wenceslau Braz (1914-1918)*. Brasília: UNB, 1983. *Coleção Temas Brasileiros*, vol.33.

¹³ Constatou-se durante as pesquisas feitas para esta dissertação que os números referentes aos anos de 1918 a 1920 não constam nem do acervo do próprio Senado Federal em Brasília também não sendo encontrados na Biblioteca Nacional, nem no Arquivo Nacional.

Outro conjunto documental pesquisado para este trabalho foi o dos *Relatórios do Ministério da Justiça e Negócios Interiores*.¹⁴ Contudo, devido à sucessão presidencial, o relatório referente ao ano de 1918 foi publicado antes da ocorrência da epidemia de gripe, e o de 1919, publicado no ano seguinte, revelava o processo já concluído. A fonte apenas menciona o aumento na difusão e letalidade de algumas doenças, devido à ocorrência da epidemia, e recomenda que se deva ter em mente a reformulação de lazaretos e a recuperação do material flutuante e dos hospitais, revendo suas antigas funções. Isso se aplicava principalmente ao hospital São Sebastião que deveria se transformar em hospital sanitário para o combate à tuberculose. A vacinação obrigatória e medidas de política sanitária rigorosas, pautadas na fiscalização constante dos focos são pontos extremamente valorizados no relatório, como também a questão do saneamento rural visando impedir que se criasse meio propício para a propagação de outras epidemias.¹⁵

A necessidade de ampliação do saneamento rural é o ponto mais privilegiado pela fonte em questão. Tal medida visaria preservar a saúde coletiva, destruindo focos de virulência, eliminando fatores que contribuíam para o aumento da letalidade de doenças exóticas e endêmicas.

Nota-se, pela análise das fontes públicas e privadas, um certo ocultamento em relação ao evento da epidemia, o que, ao meu ver, pode ser encarado como uma estratégia política para contornar as perdas de capital político e social que ela provocou. Mediante todas essas premissas, as discussões ocorridas na Câmara dos Deputados, que

¹⁴ Arquivo Nacional do Rio de Janeiro. *Relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores*, 1919. pp.I-XXVI

¹⁵ Arquivo Nacional do Rio de Janeiro. *Relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores*, 1919. pp.96-98.

era composta por um número considerável de médicos, foi eleita como base de análise para a compreensão da questão política advinda da epidemia de gripe espanhola.

O primeiro aspecto levantado pelos debates na Câmara dos Deputados foi a total desorganização das instituições sanitárias da Capital Federal, como também o seu desaparecimento. Uma vez que uma epidemia se traduz no maior exemplo de interdependência social, refletindo a complexidade de seus elos, e a potencialização da dependência mútua que incide nas ações estabelecidas pelos indivíduos, ela acaba por se tornar um forte aliado na defesa de uma maior intervenção federal nas questões de saúde pública, inicialmente no Distrito federal e depois na nação inteira. A partir das necessidades de reformulação de defesa sanitária e das instituições de saúde pública busca-se legitimar a ampliação da intervenção da União neste campo, já exigida anteriormente.

A desorganização da capital federal, *locus* privilegiado da representação política, da construção da identidade de uma nação e de sua soberania e, também, dos interesses políticos que representam todo país¹⁶, passa a ser encarada, portanto, como um fruto da incompetência e da falta de estratégias de Wenceslau Braz para contornar o caos social, político e econômico instaurado pela espanhola, ou qualquer outro evento incomum. A desorganização da capital federal passa a ser encarada como motivo de grande vergonha. A postura do então chefe da Nação diante do flagelo acabou fazendo com que a seguinte dúvida pairasse no ar:

¹⁶ Giulio Carlo Argan. *História da arte como história da cidade*. São Paulo: Martins Fontes, 1992. passim.

“Ainda há governo da República ou o Palácio do Catete é *sede vacante*.¹⁷

De fato, pelo aspecto que tomou o país, pelo aspecto da cidade do Rio de Janeiro, podemos afirmar que não está no Palácio o Presidente, mas sim uma cobaia engordada na seva ampla daquela mansão, e inteiramente despreocupada da existência nacional.

Vimos a epidemia irromper atacando a Missão Médica e não sentimos, absolutamente, a ação do governo (...). Ao contrário, a inépcia governamental manifestou-se pela voz do seu diretor da higiene, que declarou não ser possível fazer coisa alguma (...).

(...) a ação do governo, preventiva e repressiva dos males ocorridos nesta cidade durante o último período, foi absolutamente nula (...).¹⁸

Diante da impossibilidade de se estabelecer respostas ou mesmo uma expectativa positiva para contornar os efeitos da epidemia na capital federal, instaurou-se uma sensação de ingovernabilidade¹⁹, ou mesmo de ausência de governo. De acordo com Wanderley Guilherme dos Santos a ingovernabilidade se remete às carências e incapacidades por parte do governo no exercício do poder político e na administração da coisa pública.²⁰ No contexto do evento aqui estudado, a incapacidade do governo se daria pelas limitações do poder federal diante da autonomia dos estados.

A extensão alcançada pela doença, vista até então como corriqueira, fora encarada como um caso de *inconsciência e falta de vigilância*, que acabou levando a uma *trágica miséria*.²¹ Diante da epidemia, a saúde se reafirma como *o fundamento real sobre o qual se apóiam a vida e a felicidade da Nação (...), o primeiro interesse*

¹⁷ Grifos do autor

¹⁸ Nicanor Nascimento. *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 17 de outubro de 1918. vol. X. pp. 610-620. Nicanor Nascimento pautava sua ação na Câmara dos Deputados pela defesa da construção de uma legislação trabalhista, que assegurasse a melhor adequação da mão-de-obra urbana e industrial, assim como; a melhoria das condições de trabalho e de vida desses atores sociais.

¹⁹ Michael Foucault. *A microfísica do poder*. 12ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 1996. pp. 277-293.

²⁰ Wanderley Guilherme dos Santos. *As razões da desordem*. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1993. p.79.

²¹ *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 17 de outubro de 1918. vol. X . pp. 728-729.

que deve ter em mira um homem de Estado, pois para defender a saúde da população, não só em relação a epidemias, seria necessário a facilitação de recursos, de acordo com os *conselhos da ciência e a fundação de ligas sanitárias que por sua propaganda e ação vigilantes zelem pela vida dos habitantes do país*.²² Estes deveriam constituir os pontos de grande relevo de todos os programas de governo.

A conseqüência da morosidade governamental e das limitações de suas instituições, em por em práticas medidas de socorro público, acarretou críticas à representação do Presidente da República, visto, até então, como o homem responsável pela vigilância dos perigos que ameaçavam à nação. A entrevista do Sr. Nelson, que testemunhou a epidemia, deixa claro o nível alcançado pelo descontentamento da população para com seu governante.

“Parecia até que estávamos sendo governados por Caronte, e que ele conduziria a todos a outra margem do Aquaronte, pois a paga já tinha sido por demais onerosa.”²³ Wenceslau Braz passou a ser visto como sinônimo de ineficiência administrativa, de corrupção política e pouco caso com as coisas públicas e com a população que vivia sob seu jugo; como um chefe de uma máfia de sanguessugas e incompetentes. Ele não adotou nenhuma medida de precaução contra a peste que já reinava na Europa, nenhuma estrutura que atendesse aos doentes desde o começo. Só mentiras, só dissimulações.

Depois que deixou a presidência nunca mais se ouviu falar dele. Nunca mais se elegeu a nada. Também quem, em sã consciência, ia votar nesse homem. Séria até imoral votar nele para qualquer cargo público depois dele ter cruzados os braços para a epidemia.

²² *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 28 de outubro de 1918. vol. X. p. 734.

²³ O entrevistado se remete a mitologia greco-romana e ao mito do barqueiro do inferno, responsável pela travessia dos mortos pelo rio Aquaronte que perpassa os círculos infernais, onde o julgamento *post-mortem* seria feito. A alma deveria pagar a travessia, o que equivaleria ao pagamento de seus pecados em vida, caso contrário ficaria vagando pela eternidade. Para isso, era depositada uma moeda sob a língua do morto. Durante a Idade Média as moedas passaram a ser postas sobre as pálpebras do falecido.

Esperávamos que após anos de desmazelos com a saúde pública, o próximo governante tivesse um pouco de vergonha na cara e fizesse alguma coisa nesse aspecto. A esperança da população foi toda depositada no Conselheiro Rodrigues Alves, mas ele, coitado, também foi levado pela espanhola assassina. Eu te digo uma coisa, nesses meus anos de existência, nunca vi tanta ansiedade pela posse de um presidente. (...).

(...). Como explicar que uma cidade que se queria passar por moderna e que não ficava a dever nada para as principais capitais européias, como queriam os esnobes da época, virou a ante-sala do inferno. A vala comum foi a gota d'água para as elites. Era inconcebível para estas serem enterradas ao lado de simples mortais “sem berço”, não respeitando a hierarquia social. Foi aí que se tornou claro como a luz do dia, que o pau que dá em Chico, igualmente dá em Francisco. A doença é igual para todos.”²⁴

A gripe espanhola desencadeou a necessidade do governo federal reavaliar a sua atuação na área de saúde pública. A epidemia deixou claro que sua margem de ação era frágil, uma vez que ficava limitada à organização imposta à Diretoria Geral de Saúde Pública, até mesmo para o Distrito Federal. Devido às limitações das instituições governamentais impostas pelo próprio modelo político adotado durante a República Velha, assim como pelo desaparecimento das instituições sanitárias, não fora possível suavizar os impactos dos efeitos negativos da interdependência social²⁵ que são visivelmente ampliados num momento de crise sanitária, como no evento em questão. Muitas foram as queixas de indiferença para com a Diretoria Geral de Saúde Pública e, do não reconhecimento de suas verdadeiras funções, uma vez que ela *existe também para ilustrar o governo* em matéria de saúde pública.²⁶

²⁴ Sr. Nelson Antonio Freire em entrevista à autora em 11/09/90.

²⁵ Gilberto Hochman. *A era do saneamento*. São Paulo: Hucitec/Anpocs, 1998. passim.

²⁶ Gil Vidal. A saúde pública. In: *O Paiz*. 8 de novembro de 1918.p.3

O desaparecimento progressivo dessa Diretoria, assim como a desorganização progressiva de suas atividades e a perda de atribuições ao longo da década de 1910, entre outros aspectos, passam a compor os discursos apresentados na Câmara dos Deputados. De acordo com o representante do Distrito Federal e grande defensor da reformulação sanitária e da expansão de políticas sociais, Deputado Nicanor Nascimento:

“(...) o momento é trágico, é de extremo sofrer, e não nos permite que venhamos aqui retaliar, nem praticar serviços cortesões de mera política. Mas é indispensável que a Nação saiba que se encontra abandonada, desaparelhada por completo de qualquer defesa, de qualquer organização daquelas a que se refere à higiene, à economia, à saúde material e moral e à segurança nacional.

(...) a gripe espanhola penetrou nesta cidade, encontrando as portas abertas, escancaradas pela incúria do governo (...).

(...) O Dr. Wenceslau Braz mandou desmontar o lazareto e retirar de lá todas as instalações e utensílios, distribuir as peças. E agora, ridiculamente, *post morbis*, depois que os males foram causados, faz declara que organiza o lazareto. Mas se ele sentia que era necessário o lazareto, tanto que mandou reorganizar, porque desorganizou, inutilizou, e abriu às portas a pestilência que nos dizima?”²⁷

A precária estrutura material e técnica das instituições encarregadas de gerir as questões sanitárias, imposta também pela estrutura do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, passa a ser encarada como fonte de desmoralização da nação e sinal de fraqueza diante das proporções alcançadas pela gripe espanhola que, continuaria, junto a outras doenças contagiosas, a ser fonte de constantes preocupações.

²⁷ Nicanor Nascimento. *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 28 de outubro de 1918. vol. X. pp.715-718.

A charge abaixo permite reforçar a sensação de constante ameaça que se instaurou na população, diante das deficiências da defesa sanitária da capital federal.



— Mas então o doutor acha que o cólera...
— Se nos visitar terá recepção condigna.
O Governo já mandou concertar o Lazareto.
'para hospedá-lo.

Revista Fon-Fon, nº 46. 16 de novembro de 1918, nº26. p.32.

- Mas então o doutor acha que o cólera

- Se nos visitar terá recepção condigna. O Governo já mandou concertar o Lazareto para hospedá-lo.

Diante das *misérias e dos erros* da higiene, mal organizada há muitos anos, era de se estranhar que os médicos que compunham os quadros da Câmara, não tivessem procurado corrigir a tempo esses erros.²⁸ As questões orçamentárias, ligadas à esfera da saúde, também passam a ser discutidas, pois a falta de verbas acabou levando a que tudo se desorganizasse e fosse mantido *na mais espantosa improdutividade*.

Entre os ataques à competência de Carlos Seidl, foram levantadas as inúmeras recusas do Presidente da República e de seu Ministro do Interior em atender os seus insistentes pedidos de recursos e de melhorias da estrutura sanitária. O estado sanitário da nação dependeria de uma maior articulação entre os poderes Executivo e Legislativo, visando assegurar os recursos necessários; fossem eles econômicos, técnicos ou legais. A saúde pública era vista como vítima da politicagem desferida por *governos hipócritas*, que pleiteavam a revogação constante de leis sanitárias, desorganizando por completo a obra de Oswaldo Cruz, contribuindo para transformá-la numa organização *burocrática e ilusória*.²⁹ As verbas destinadas à ação de seu órgão competente acabavam sendo convertidas em *elemento eleitoral*.³⁰

Segundo Renato Lessa, o arranjo institucional adotado durante a República Velha revelava uma enorme tensão no seu interior entre formas distintas de comportamento político e de concepção do papel que deveria ser desempenhado pelas instituições, caracterizadas pela ausência de mecanismos claramente delimitados pelo poder público. Ao mesmo tempo, a Câmara deixava de ser o lugar da *res pública* tornando-se uma extensão do domínio das oligarquias e o espaço em que o Executivo tornava públicas suas decisões. A sobreposição do Executivo em relação ao Legislativo

²⁸ Álvaro Carvalho. *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 28 de outubro de 1918. vol.X. p. 730.

²⁹ *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 28 de outubro de 1918. vol. X. pp. 721-724.

³⁰ Oscar Soares. *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 30 de outubro de 1918. vol. X. pp. 781.

acarretava várias conseqüências, entre as quais a inflexão das atividades institucionais e, principalmente, das rotinas dos ministérios que passavam a ser ocupados não por *conselheiros do Presidente*, mas apenas por simples *depositários da confiança do Presidente*.³¹

A lógica política implementada pelo modelo referido acabava por criar antagonismos na condução da coisa pública que dificultavam a reformulação e ampliação das instituições responsáveis pelo tratamento dos problemas da nação, em especial, no que diz respeito à ampliação de projetos que envolviam questões sociais.

A tese da inevitabilidade da doença, proposta por grande parte da classe médica no decorrer do evento, não fora aceita por todos os deputados da Câmara, principalmente àqueles que não exerciam a profissão médica. Juntamente com a crença de má administração, que fizera com que a população perdesse a confiança nas esferas estatais, impusera-se uma visão de que, se uma simples gripe fizera o estrago que fez, foi porque o ambiente se encontrava propício para que ela se tornasse letal.

“Ora, quem conhece um pouco a marcha desta moléstia, seu processo clínico, sabe que nenhuma outra deprime tanto como a gripe. Ela vai desvendar imediatamente o *locus minoris resistentie do indivíduo*.

De gripe, propriamente, quase ninguém morre.

Encontrou-se aqui, por circunstâncias especiais da vida, um meio muito propício para qualquer moléstia infecciosa. Qualquer epidemia que, neste instante de pobreza, de miséria, de necessidade, irrompesse no Rio, teria essa conseqüência, porque acharia meio

³¹ Renato Lessa. *A invenção Republicana: Campos Sales, as bases e a decadência da primeira República*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1999. pp.143-184.

propício para o seu desenvolvimento, qual a debilidade orgânica do indivíduo. (...).

(...) pela legislação vigente, pela nossa aparelhagem, nem nossa higiene municipal, nem a federal estavam habilitadas a acudir uma moléstia dessa ordem (...).

Se censuras devem ser irrogadas³², delas, nós, o Congresso, participamos, porque temos cortado, de ano a ano, as verbas destinadas ao aparelhamento da Saúde Pública, entendendo que são despesas inúteis.

Nós só lembramos de Santa Bárbara no dia que ronca trovoadas. (...).

Se tivéssemos constantemente o aparelho de defesa sanitária, em estado de funcionar, (...) é claro que uma epidemia como esta, seria atenuada com mais eficiência. Mas já mostrei que o nosso serviço hospitalar governamental apenas se destina a essas moléstias que, freqüentemente nos visitam – a varíola e a peste bubônica, e, antigamente, a febre amarela. Não temos outros aparelhos.”³³

No reverso da medalha, o Conselheiro Rodrigues Alves foi outro ator, ao lado de Carlos Chagas, transformado em gênio no decorrer da epidemia, atendendo assim as demandas e pressões sociais que se estabeleciam ao longo do processo.³⁴ Visto como um sinaleiro da esperança, como um grande brasileiro com relevantes serviços prestados à pátria foi tido como o único capaz de domar a politicagem e o próprio sistema político vigente, dando solução ao problema. Durante seu primeiro governo, Rodrigues Alves tinha incumbido Oswaldo Cruz de empreender o saneamento da capital federal, projeto que atraía a ira de todos os segmentos sociais. Durante a epidemia de gripe, contudo, sua figura torna-se grande exemplo de administração da coisa pública e de preocupação com os destinos do país.

³² *Sic*. Irrogadas ou seja, impostas, infligidas.

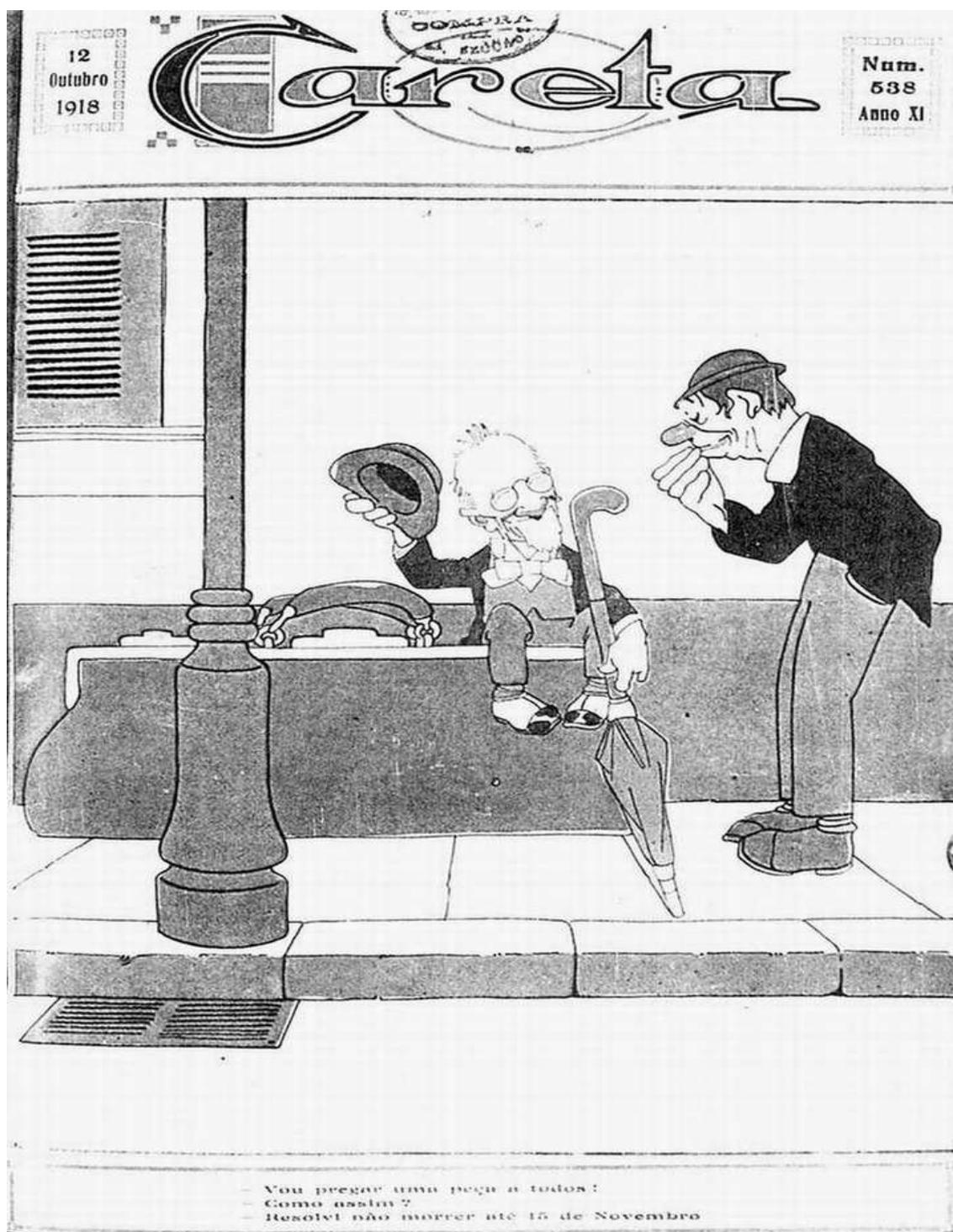
³³ Otacílio Camará. *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 30 de outubro de 1918. vol. X. pp. 785-797.

³⁴ Norbert Elias. *Mozart: a sociologia de um gênio*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994. passim.

Esperava-se que, ao tomar posse em seu segundo mandato, sua primeira medida fosse a *regeneração sanitária da capital federal*, exterminando a *ferrugem burocrática* que havia contaminado a Diretoria Geral de Saúde Pública. Acreditava-se que conseguiria domesticar do Congresso, impedindo que regateasse recursos para a saúde.³⁵ Rodrigues Alves, de uma figura que representaria um velho decrépito e incapacitado para novamente governar, passou a ser representado como o governante que salvaria a nação.

A epidemia estabeleceu uma nova visão sobre o fazer político, que caracterizou a imagem pública do Conselheiro diante da doença, encarada como um mal público a ser neutralizado. Legitimava-se, com tal perspectiva, a postura de que a intervenção governamental se fazia necessária para salvaguardar a soberania nacional, a sociedade e a vida do indivíduo. A epidemia seria, como se pode ver nas charges da época, uma resposta divina às duras críticas lançadas durante seu primeiro governo ao saneamento da cidade do Rio de Janeiro.

³⁵ *O Paiz*. 2 de outubro de 1918. p.4.



A *Careta*, nº 538. 12 de outubro de 1918. Capa

- Vou pregar uma peça em todos.
- Como assim?
- Resolvi não morrer até 15 de novembro.



A *Careta*, nº 543. 16 de novembro de 1918. p.13. Tudo Tosse
Conselheiro — Deus escreve direito por linhas tortas. Estou vingado.



A Careta, nº543. 16 de novembro de 1918. p.15.

O médico- É Madame Sebastianópolis convalescente da gripe.

O Conselheiro- Está melhorsinha, não é verdade? Muito me interessa a sua saúde. Eu sei o quanto lhe preocupa a minha ...

A modernização e o saneamento da capital federal, eximindo-a do título de “paraíso pestilencial”, teve resultados econômicos e sociais favoráveis. Diante dos custos acarretados pela gripe, os benefícios que a gestão anterior de Alves proporcionou, passaram a ser reconhecidos e se transformaram em fonte de capital político para o velho conselheiro, diante da sociedade que iria governar. Segundo artigo de *O Paiz*:

“Para nós como para toda a gente, dos grandes serviços prestados no seu fecundo governo pelo Sr. Rodrigues Alves, nenhum sobreleva ao do saneamento, que o Brasil pode receber a visita de muitos capitalistas e representantes de poderosos capitais estrangeiros, que aqui empregaram, posteriormente, somas imensas, que permitiram ao Brasil ascender ao lugar que de direito lhe compete entre as grandes nações do mundo.

(...) Em vez de perseguirem esta obra de incalculável benemerência, os governos que se seguiram ao de Rodrigues Alves burocratizavam e politicavam a Saúde Pública e ali já não se respeitavam mais nada de direitos e competências, mas unicamente os títulos eleitorais e as preferências eleitorais dos candidatos e dos funcionários da higiene.

Os longos anos de bem-estar sanitário do Rio de Janeiro só serviram para nos desinteressar completamente da defesa sanitária de nossa capital, até que a diretoria passou a constituir uma repartição, para cujo pessoal se aumentavam os vencimentos e os cochos orçamentários, cortando, desapietadamente, as verbas para a aquisição de material (...).”³⁶

Ao se reafirmar que a doença era um mal público que acarretava grandes prejuízos à nação, e não só à capital federal, um governo forte e imparcial face aos

³⁶ *O Paiz*. 29 de outubro de 1918.p.3.

interesses políticos que se apresentavam como obstáculos à implementação das medidas necessárias para contorná-lo se fazia imperativo. Rodrigues Alves se torna sinônimo de governante dotado de pulso forte e comprometido com a questão sanitária que, no momento, representava o maior perigo a ser enfrentado. Se, antes, a ausência de um poder centralizado, assegurado pela Constituição de 1891, era encarada como uma fonte garantidora da lei e da ordem, a presença dele, nesse momento, passou a ser encarada como o único modo de manter a ordem pública e de salvar o país.³⁷

Entretanto, nem mesmo a consciência social é suficiente para determinar a criação de políticas e instituições públicas. Trata-se de um processo muito mais complexo, que envolve questões de poder público, ordem social e nacionalidade, tendo como foco central as estruturas de poder.³⁸ O poder político tem como uma de suas atribuições gerar bens e valores que possibilitem o restabelecimento da confiança da sociedade e da ordem social e pública, fator que torna possível o estabelecimento do contrato social, servindo de matriz e paradigma de conduta.³⁹ A presença de outras epidemias era uma ameaça constante e uma fonte de medo face à falta de confiança na defesa sanitária existente no país. As reformulações e ampliações das políticas de saúde e da defesa sanitária nacional passam a ser encaradas como bens públicos que permitiriam evitar um mal público.⁴⁰

³⁷ Wanderley Guilherme dos Santos. *As razões da desordem*. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1993. p.30

³⁸ Gilberto Hochman. *O era saneamento(...)*. pp. 25-38.

³⁹ Wanderley Guilherme dos Santos. *As razões da desordem*. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1993. pp. 104-110.

⁴⁰ Wanderley Guilherme dos Santos. *As razões da desordem*. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1993. p.62.

2- O mal público como uma ameaça contínua

A guerra, ao acarretar a desorganização das estruturas sanitárias e, conseqüentemente, das resistências do organismo humano face a doença, acabara estabelecendo um desequilíbrio ainda maior nas relações biológicas vivenciadas pelos indivíduos. A desmobilização das tropas no cenário bélico europeu poderia desencadear o aparecimento de novas pandemias, tão ou mais letais do que a gripe, em quaisquer partes do mundo, devido às migrações que se restabeleceriam ao seu término. Uma vez que o micróbio, que é a terceira pessoa de qualquer relação social, não respeita fronteiras, sejam geográficas ou sociais, a intervenção sobre ele não pode ser feita através de medidas isoladas, individuais. O momento era de grande perigo:

“Providências novas se impõem. O que existe em matéria de higiene administrativa, de assistência pública, não pode satisfazer-nos. Fomos tão duramente provados pela visita esperada e não prevenida deste flagelo que já não há mais como conservar uma confiança que se perdeu.

O país inteiro continua ameaçado. Com a assinatura da paz, a desmobilização das tropas, muitas doenças transmissíveis, levadas para as trincheiras e aí agravadas pelas vicissitudes da guerra, poderão assumir surtos epidêmicos, transpor as fronteiras e seguindo as levas humanas, espalhar-se por todo o ocidente.

Como confiar em nossa defesa sanitária, mal orientada, deficiente, manca e desaparelhada? (...).

Por pouco que acha exercido funções públicas, sabe que o seu primeiro dever é velar pela saúde dos seus concidadãos.

(...)Convenho na impossibilidade em que se encontrou a Diretoria Geral de Saúde Pública para evitar a entrada da doença, visto que para tanto não estava aparelhada. Seja em virtude de vícios de organização, já por mim apontados, seja por fraqueza, desleixo ou má orientação de seus dirigentes, o fato é que, no momento, não dispunha ela dos recursos indispensáveis a uma boa defesa marítima. E mesmo que quisesse, com toda a boa vontade e solicitude, não conseguiria impedir a entrada da gripe, nem talvez a cólera asiática, do tifo maculoso, da peste do oriente, se porventura chegassem na mesma ocasião a um dos portos do Brasil.

(...) a organização sanitária federal, feita com o intuito quase exclusivamente de dar combate à febre amarela no Rio de Janeiro, não podia mais satisfazê-lo, tantos os vícios, deficiências e absurdos que encerra.”⁴¹

A história da saúde pública durante toda a República Velha nos remete ao conceito de politização da doença⁴², assim como das descobertas e dos estudos sobre ela⁴³, o que acaba por eleger alguns males endêmicos, em especial a febre amarela, (cujos impactos sobre a vida econômica e sobre a mão-de-obra, principalmente industrial, acarretavam grandes problemas) como objeto privilegiado em detrimento dos demais. A gripe acabou por reforçar, para algumas parcelas da elite governante e da população, a idéia de que *cada moléstia tem virulência especial que é decorrência do*

⁴¹ Azevedo Sodré. *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 11 de novembro de 1918. pp.169-170. Azevedo Sodré era médico, deputado federal pelo estado do Rio de Janeiro de tendência nilista, membro e ex-presidente da Academia Nacional de Medicina, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e membro da Liga Pró-Saneamento do Brasil.

⁴² Nilson do Rosário Costa. *Lutas urbanas e controle sanitário: as origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985. passim.

⁴³ Jayme Larry Benchimol. *Dos micróbios aos mosquitos: a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ/Fiocruz, 1999. passim. Bruno Latour. *A ciência em ação: Como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: UNESP, 1997. _____. Le Théâtre de la preuve. In: SALOMON-BAYET, Claire (org.). *Pasteur et la Revolution Pasteurienne*. Paris: Payot, 1986.

*meio em que age*⁴⁴. Diante de uma nação de opilados e maleitosos, já encarada como um imenso hospital, as relações biológicas passaram a ser ainda mais incontroláveis.

A gripe passou a ser encarada como elemento potencializador dos discursos vinculados ao movimento pelo saneamento do Brasil. Como ela *também é uma moléstia endêmica entre nós, cuja virulência está aumentando em toda parte*⁴⁵, tornava-se imperativo que cuidados, visando prevenir-se de uma nova epidemia nas mesmas proporções, fossem tomados. A defesa sanitária da Capital Federal e saneamento dos sertões passaram a ser coisas indissociáveis, a partir da epidemia de gripe de 1918.

Não adiantava sanear a cidade quando ao se dobrar a esquina, os subúrbios, ou como se dizia os sertões, se traduziam em um foco de doenças e pestilência. As endemias infestavam os sertões, ou seja, qualquer localidade fora do perímetro urbano, fazendo com que os centros comerciais do país estivessem sob ameaça constante. A Liga Pró-Saneamento do Brasil defendia a redenção do elemento nacional, através da recuperação do elemento rural. Este passava a ser visto como fator de progresso nacional. A saúde do trabalhador, entendida enquanto sua capacidade de trabalho e produção, era considerada como capital insubstituível. De acordo com Belisário Penna:

“Economicamente o homem é um valor e o valor de cada um é apreciável pelo que ele produz para a coletividade.

(...). A região ou a terra é o país, o agrupamento de homens ou de valores que vivem num país (...) é a sociedade; esta só poderá desenvolver-se, prosperar em seus valores os que coordenarem às tendências, às atividades, às inclinações do agrupamento que corrijam por leis, não de empréstimo, mas naturais, resultantes da

⁴⁴ Nicanor Nascimento. *Anais (...)*. 30 de outubro de 1918. Vol. X. p.794.

⁴⁵ *Anais da Câmara dos Deputados*. 30 de outubro. Vol. X. pp. 987 e 994.

observação inteligente do meio físico, moral e social dos governos, os efeitos e as deficiências do trabalho; se cuidarem da eficiência desses valores, ampliando a sua capacidade pela cultura, pela educação e pela preservação da saúde. Esta é a função da política.”⁴⁶

Era necessário prevenir, impedindo que o indivíduo se transformasse num disseminador de doenças. Através da análise do conceito de interdependência social, de Norbert Elias⁴⁷, uma epidemia pode ser definida como um paradigma uma vez que ilustra os efeitos externos das adversidades individuais que alcançam toda a sociedade estabelecendo a incerteza quanto à eficácia de soluções individuais e localizadas. Mais ainda, uma epidemia pode ser encarada como fruto da generalização e da complexidade da interdependência, desencadeando a redefinição de seus elos.

Paralelamente ao declínio da epidemia, e à desmobilização das tropas na Europa, o deputado Augusto de Lima chama atenção para o nível de saúde e de saneamento, apresentado naquele momento:

“É necessário também, por conseqüência, um conjunto de providências que ao menos busquem evitar o contato pessoal dos atacados dessa moléstia, providências quanto à defesa sanitária, o comércio marítimo, dos meios profiláticos de que, em dado instante, se tenha que lançar mão.

(...)O Dr. Belisário Penna, referindo-se às condições sanitárias do interior do Brasil, recorda que a miséria psicológica de que padece grande parte dessa população decorre, sobretudo, da nutrição insuficiente, como do abandono de certas medidas, que foram tradicionais entre nós. (...)

⁴⁶ Belisário Penna. *Saneamento do Brasil*. Rio de Janeiro: Editor Revista dos Tribunais, 1918. pp.36-38.

⁴⁷ Norbert Elias. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994. passim. _____. *Introdução à sociologia*. Lisboa: Edições 70, 1980. pp.136-138. Ver também: Gilberto Hochman. *A era do saneamento*. São Paulo: HUCITEC/ANPOCS, 1998. passim.

Toda essa complexa questão está sendo meditada, ponderada, e o problema econômico, o problema sanitário, o problema comercial e industrial, e do intercâmbio de toda ordem, tudo isto, apesar de sua assinalada relevância, passa para um lado inferior, ante a preocupação máxima que constitui a fachada gigantesca do vasto templo em que terá de entrar a comunhão dos representantes das Nações, para assegurar a liberdade de todos os povos e a consagração definitiva do direito.”⁴⁸

Não bastava procurar a cura da doença, era necessário estabelecer programas de saneamento, preservando a saúde da população como um todo e educando o indivíduo para se prevenir, e, assim, contornar os custos que um evento como esses poderia acarretar.

Na verdade, o que Belisário Penna e os adeptos da Liga Pró-Saneamento do Brasil vão propor, com suas concepções sobre o saneamento do país, é a intervenção da União nos estados, por meio de um modelo de centralização política. As idéias defendidas por esse grupo se constituíram, ao longo do período, num sistema simbólico que acarretou uma maior representação do movimento.⁴⁹

Esse sistema simbólico atuou como instrumento de integração social e moral, como instrumento de conhecimento e comunicação que cumpriu funções políticas e sociais. Era, na verdade, um poder de construção da realidade que permitiu a formação de um consenso do sentido do mundo social.⁵⁰ Este arcabouço simbólico foi a base de argumentação dos envolvidos com o movimento pelo saneamento rural, que tentaram explicar a epidemia como fruto dos descasos com a saúde da população nacional.

⁴⁸ Augusto de Lima. *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 5 de novembro de 1918. pp.156-158.

⁴⁹ Pierre Bourdieu. *O poder simbólico*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. Passim.

⁵⁰ Pierre Bourdieu. *O poder simbólico*. (...), pp.10-20.

O Movimento Pró-Saneamento do Brasil, de forte caráter nacionalista, defendia que a doença, e não a raça, era o problema maior da nacionalidade. Para os adeptos desse movimento, se o brasileiro estava *condenado pela raça* poderia ser, facilmente, *absolvido pela medicina*.⁵¹ A salvação nacional estava ligada às teorias do sanitarismo, que seriam o elemento de progresso e reafirmação da soberania nacional.

De acordo com as correntes ligadas ao determinismo científico do século XIX, uma população de mestiços em um país tropical e economicamente atrasado teria poucas chances de se inserir na Ocidentalidade e alcançar o *status* de nação moderna e, conseqüentemente, soberana.⁵² O darwinismo social pregava a excelência de uma população harmoniosa e o Brasil, assim como outras nações “atrasadas” e com população mestiça, encontravam-se em posição desvantajosa. Poderiam ser, no máximo, alvo de campanhas civilizatórias que poucos frutos concretos renderiam.

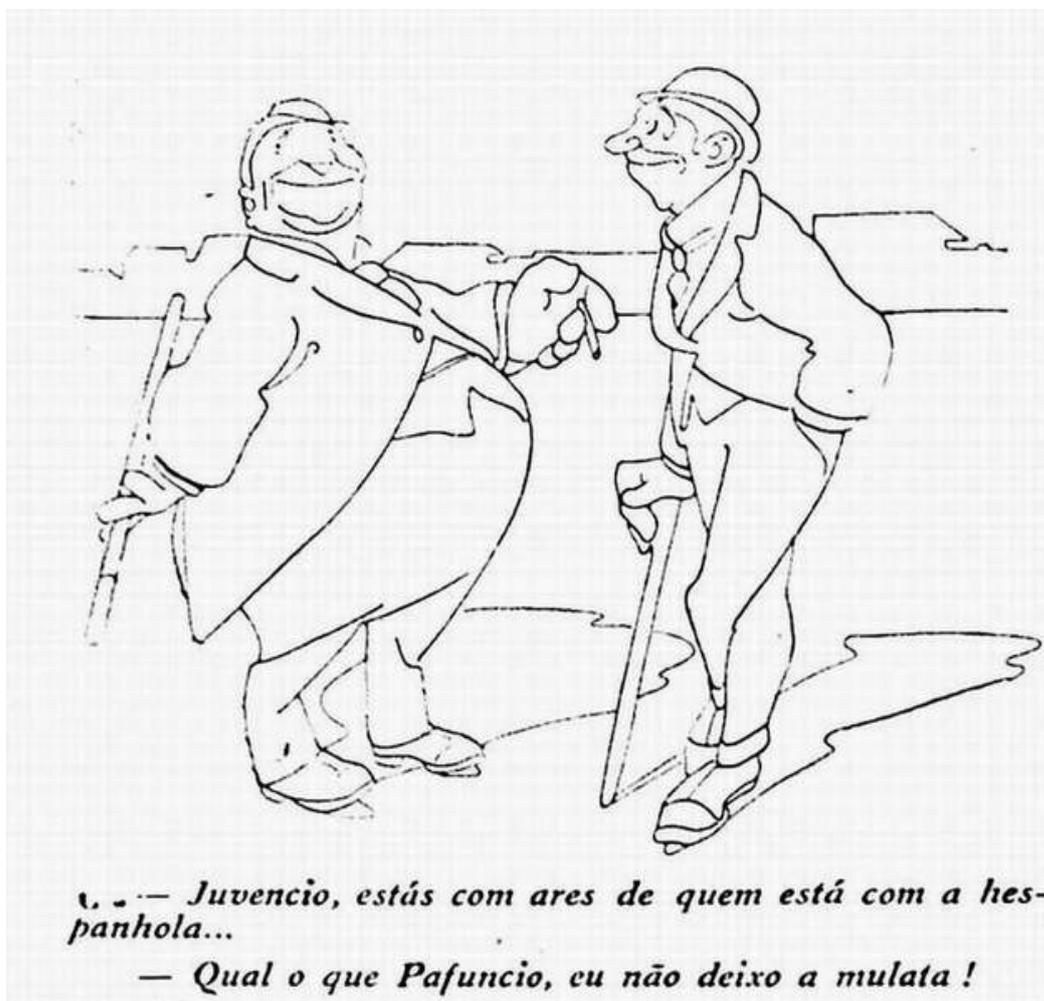
O movimento sanitarista contestava essas teorias, afirmando que o desenvolvimento e a modernidade do país dependeria apenas de políticas públicas de saúde, onde a figura do Estado seria preponderante para transformá-las em leis, estabelecendo com tal intuito campanhas de saneamento em todo o território nacional. Era preciso contornar o isolacionismo, sobrepondo o *Brasil Legal ao Brasil Real*,⁵³ pois só a coletivização dos cuidados e políticas de saúde poderia contornar as conseqüências funestas que a doença desencadeava, não só para os indivíduos, mas para o país em seu todo.

⁵¹ Faz-se aqui alusão ao título do artigo de Gilberto Hochman e Nísia Trindade de Lima. *Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República*. In: Marco Chor Mayo e Ricardo Ventura Santos (Org.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/CCBB, 1996. pp.23-40.

⁵² Edward Said. *O orientalismo: o oriente como invenção do ocidente*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990. passim.

⁵³ Oliveira Vianna. *Populações Meridionais do Brasil*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1973. 2 vol. passim

Durante o evento epidêmico, o discurso de valorização do elemento nacional e o desapego às teorias estrangeiras ganharam nova força na imprensa, popularizando-se.



- Revista *A Careta*, nº539. 19 de outubro de 1918. p.10.
 - Juvêncio, estás com ares de quem está com a espanhola
 - Qual o que Panfúncio, eu não deixo a mulata!

O Deputado Azevedo Sodré tinha apresentado, entre os meses de julho a setembro de 1918, um projeto à Câmara dos Deputados, visando à criação de um ministério autônomo e técnico, voltado exclusivamente para a administração das questões sanitária. Defendia a realização de obras de saneamento rural em todo o país, mediante um prévio acordo entre a União e os estados. Só mediante esses procedimentos, o país poderia alcançar a ordem e a salvação do elemento nacional.

Sodré acreditava que confiar a obra do saneamento ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores era *sacrificá-la de antemão expondo-a inerte aos conluios da politiquice e aos choques de interesses*.⁵⁴ O bacharelismo vigorante no ministério do Interior era visto como fruto direto do artificialismo político da República, que impedia a modernização política e o fortalecimento do poder público⁵⁵, assim como a adoção de medidas sanitárias de caráter nacional, que possibilitassem contornar o fracasso de medidas isoladas.

De acordo com as idéias de Sodré e dos adeptos do saneamento, um ministro teria mais autoridade política que um chefe de departamento, atuando como articulador político entre as diversas esferas do governo federal. Porém, muitos médicos do período foram a favor do veto da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados⁵⁶ a seu projeto, temerosos de que a criação de uma nova instituição só contribuísse para aumentar a burocracia, tornando o desenvolvimento das tarefas sanitárias ainda mais difíceis.

⁵⁴ Azevedo Sodré. *O saneamento do Brasil*: discursos. Rio de Janeiro: Tipografia Bernard Frères, 1918. pp.37-38.

⁵⁵ Ângela de Castro Gomes. A política brasileira em busca da modernidade: na fronteira entre o público e o privado. In: *História da vida privada no Brasil*: contrastes da intimidade contemporânea. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. pp. 494-496.

⁵⁶ A Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados era formada pelos médicos-deputados Azevedo Sodré-RJ, Teixeira Brandão-RJ, Zoroastro Alvarenga-MG, Otacílio Camará-DF, Palmeira Ripper-SP, Alexandrino Rocha-PE, Rodrigues Lima-BA, Domingos Mascarenha-RS, Affonso Barata-RN.

Dessa forma, o projeto, apresentado antes da epidemia, fora vetado várias vezes pelas Comissões de Finanças e de Saúde Pública da Câmara, no período de julho a setembro de 1918, pois era visto como anticonstitucional⁵⁷. Isso porque, demandaria o remanejamento do pacto oligárquico; possibilitando a intervenção do poder central nos estados. Nesse período, imperava a visão de que os prejuízos acarretados pela intervenção federal seriam maiores do que as vantagens que a autonomia política dos Estados proporcionava. Muitos deputados acreditavam que a criação de um novo ministério, dando maior poder de intervenção ao Estado Federal na área de saúde, se traduzia num mecanismo de desvirtuamentos das premissas federalistas e constitucionais.

O modelo de pacto federalista, implementado por Campos Sales, era possuidor de uma lógica própria que estabelecia a política como um exercício próprio dos estados. Ao possibilitar a regulação da competição política, acabou também por facilitar a sobreposição dos interesses de grupos de atores específicos sobre os demais. A política implementada pelo governo Sales possibilitou o congelamento das disputas de poder e, ao mesmo tempo, retirou a possibilidade dos demais estados se revitalizarem no cenário político nacional. O pacto objetivava a rotinização do fazer político, dotando o governo de governabilidade e estabilidade, mas acabou instaurando as bases de sua própria decadência, devido às tensões geradas dentro de um modelo que não almejava a criação de novos atores políticos definindo um arranjo que era compatível com a institucionalização do regime.

⁵⁷ O veto se baseou nos seguintes artigos da constituição de 1891: artigo 5º - Incumbe a cada Estado prover, às expensas próprias, as necessidades de seu governo e administração; a União, porém, prestará socorros ao Estado que, em caso de calamidade pública, os solicitar - e no artigo 6º - O Governo Federal não poderá intervir em negócios peculiares aos Estados, salvo: - destacamos aqui o item 3º- Para restabelecer a ordem e a tranqüilidade nos Estados, à requisição dos respectivos governos.

Entretanto, a ocorrência do evento epidêmico trouxe novas luzes e nova força ao projeto de Sodré, permitindo a construção de um discurso que possibilitou dar maior representação às propostas desencadeadas pelo movimento sanitarista. Os problemas sanitários precisavam ser, de forma mais ampla, englobados à agenda política da nação, devido à importância da instauração de uma instituição mais eficiente e de alcance mais amplo. Ela deveria estabelecer determinações legais para regular e formular novos parâmetros para as relações sociais estabelecidas em torno da doença, e também estabelecer um meio de combatê-las e prestar socorro à população.

Apesar do projeto de reformulação das instituições e políticas de saúde pública ter conseguido aumentar o número de simpatizantes para a causa, questões constitucionais relativas à autonomia dos estados compunham, novamente, a retórica dos opositores, sinalizando para um novo fracasso. A insatisfação de Azevedo Sodré é exposta na citação abaixo:

“(...). Não me conformo e não me conformarei nunca com esta inversão completa das normas essenciais e tradicionais dos governos representativos, inversão que, gradativamente e progressivamente, se vai estabelecendo entre nós, de certo número de anos a esta parte.

Nas democracias, sejam republicanas, sejam monárquicas, os programas devem emanar diretamente da opinião pública; não podem subordinar-se à vontade ou aos caprichos de um candidato, ainda quando vitorioso nas urnas; têm que obedecer às exigências do momento e refletir as idéias já amadurecidas e apoiadas pelos órgãos mais lícitos da opinião nacional.

Não compreendo, pois, que a Câmara, onde se encontram reunidos representantes de todas as circunscções da República, emudeçam e se desinteressem pelo problema, hoje em dia, mais vital para o futuro da nossa nacionalidade, esperando uma palavra que poderá vir ou não do futuro governo.

Esta subserviência ao Poder Executivo, esta servidão rotineira e muda que tanto me revolta, constitui sintoma de doença patogênica grave.

(...) Se não quisermos ver instalados entre nós o regime bolchevique, com seus soviets de operários e soldados, igualmente não podemos desejar seja o país governado por uma ditadura irresponsável e incompetente.

Salvemos ao menos as aparências. Se ao futuro governo não sorri a idéia de um Departamento Nacional de Higiene, de um Ministério da Saúde Pública, que nos diga o que pretende fazer, para que a Câmara, inteirada do seu desejo, se mova, se exercite, discuta e resolva, consoante as suas funções no sistema representativo que nos rege.⁵⁸

Como se vê pela citação acima, segundo Azevedo Sodré, a única saída para a resolução desse impasse era apelar para o futuro Presidente da República, para que ele se compadecesse do *estado de miséria e abandono em que se encontravam milhões de brasileiros*.⁵⁹ O deputado abre, como podemos perceber pelo último parágrafo da citação, as portas para o estabelecimento de uma negociação, que teria como mediador o presidente da República, tentando evitar o veto definitivo do projeto.

O papel de vilão, ao longo de todo o processo, foi desempenhado pelo deputado Teixeira Brandão, que representava o Estado do Rio de Janeiro.⁶⁰ Ele foi o grande articulador da derrota do projeto de Sodré na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados. Utilizando, em várias ocasiões, o voto em separado Brandão, reforçava os obstáculos que impediam o estabelecimento de negociações visando solucionar o problema.

⁵⁸ Azevedo Sodré. *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 11/11/1918. pp.166-167.

⁵⁹ Idem. *Ibidem*.

⁶⁰ Teixeira Brandão era médico, professor da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, membro da Academia Nacional de Medicina e presidente da Comissão de Saúde Pública da Câmara dos Deputados onde era representante do Estado do Rio de Janeiro.

A criação de um ministério era encarada, pelos parlamentares, como uma ameaça ao edifício político inaugurado por Campos Sales, e cujo desmoronamento poderia trazer de volta a *anarquia dos anos entrópicos*.⁶¹ De acordo com Teixeira Brandão:

“O domínio da higiene é incomensurável, abrange tudo o que diz respeito ao bem-estar da humanidade, fazendo dela tributária todas as ciências. Tem por objetivo o ser vivo e o meio em que habita (...).

Assim é que intervir para sanear uma localidade, ou para sanear uma epidemia que depende de influências locais, importa no estado das causas etiológicas do mal, do conhecimento delas e dos meios de impedir-lhes o aparecimento.

Em tal emergência, ou a autoridade sanitária federal, armada de poderes ditatoriais, obrará subordinando à sua vontade no interesse do bem público, é certo, todas as prerrogativas do município ou do Estado ou será forçada a transgredir em respeito a essas mesmas prerrogativas.

Afastada a primeira hipótese na vigência da constituição que nos rege, resta a segunda; é a que se tem realizado e se realizará sempre que os estados reclamem o auxílio da União para dar combate aos surtos epidêmicos ou endêmicos de acordo com as leis em vigor.

Se em relação aos estados o projeto exige para intervenção federal, o acordo dos poderes do Estado; sem complacência nem embaraços avoca para o Ministério da Saúde Pública a maior parte dos serviços do Distrito Federal e os de assistência, cerceando-lhe a autonomia garantida pela constituição a todos os municípios (art.68), invade as atribuições dos estados, em vários de seus artigos, favorecendo dessa arte conflitos de jurisdições que reverterão na mais desabalada anarquia administrativa (...).”⁶²

⁶¹ Renato Lessa. *A invenção Republicana: Campos Sales, as bases e a decadência da primeira República*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1999. passim.

⁶² Azevedo Sodré. *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 18 de novembro de 1918. vol. XI. pp.432-436.

3- Depois da espanhola: restabelecendo a ordem, modernizando a nação.

O veto era um bom exemplo da luta pela preservação da estrutura política da Primeira República. O arranjo institucional revela tensões no seu interior, derivadas da grande regulação exercida sobre o Legislativo, que passou a espelhar as divisões de poder entre os estados. Todo esse quadro acabou por estabelecer obstáculos ao fortalecimento ou à criação de novas instituições, já que delegava aos estados a direção do fazer político e dos negócios da República.⁶³

Mas, já durante o declínio da epidemia, a Insurreição Anarquista, iniciada em 18 de novembro de 1918, reforçaria o clima de desordem social e de crítica às políticas da elite governante. Além disso, comprovou a capacidade de organização dos trabalhadores mesmo durante momentos de crise.⁶⁴ Uma intensa repressão por parte das autoridades policiais foi desencadeada, diante do medo de que a doutrina anarquista se espalhasse, ganhando novos adeptos ou pior ainda, que os anarquistas agravassem ainda mais o caos que se encontrava a capital federal.

A eclosão desse conflito e as tensões que gerou, retratam bem o processo e as transformações políticas que se configuravam no cenário mundial. Contudo, são exageradas as cores com as quais se pintaram o temor desencadeado pela ascensão das teorias socialistas após a Revolução Russa de 1917. O que se temia não era tanto o

⁶³ Renato Lessa. *A invenção Republicana: Campos Sales, as bases e a decadência da Primeira República*. Rio de Janeiro: Topbooks, 1999. pp.163-184.

⁶⁴ Carlos Augusto Addor. *A Insurreição Anarquista no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Dois Pontos, 1986. passim.

socialismo mas, acima de tudo, a ampliação de uma série de direitos políticos, como o voto e a instauração de um governo mais democrático.

Muitas greves marcaram o ano de 1918 com reivindicações por melhorias no ambiente de trabalho e por regulamentação dos conflitos entre capital-trabalho. A questão social estava, crescentemente, na ordem do dia. O Sr. Nelson demonstra, em sua entrevista, alguns pontos de encontro entre os dois eventos que marcaram os últimos meses do ano de 1918. Em suas palavras:

“Os anarquistas foram acusados de quererem se aproveitar da gripe. Era um meio de dar respostas ao que não tinha resposta e tentar manter a visão de que a gripe era benigna. Foram, por muitos, acusados de serem mesmo os disseminadores da moléstia. Ora, no Rio de Janeiro, a colônia espanhola era muito mais numerosa do que a colônia italiana e, muitos deles, talvez mesmo a sua maioria, eram anarquistas. Muita gente, principalmente do governo, queria ver esse povo pelas costas. Naquele tempo, quando se falava de anarquista se falava também, no mesmo pacote, de socialistas, comunistas e todos que faziam reivindicações de trabalho, de melhoria de vida; que colocava a boca no mundo por algum motivo. Eram vistos como baderneiros, como uma ameaça à ordem e ao sossego, pois tiveram papel importante na organização de greves e na luta por políticas sociais e leis trabalhistas. Isso fez com que se tornassem um incômodo para patrões e governantes.

Então você pode perceber como eles se transformaram num prato cheio para nossas autoridades buscarem contornar as críticas e arruaças que, durante a gripe, se instauraram na cidade. As vilas operárias e as habitações coletivas foram os locais mais atacados durante a epidemia. Eram sim um foco de imundices. O ambiente das fábricas não tinha o menor saneamento básico, o ar não tinha como ser arejado. Minha irmã trabalhava numa fábrica de tecido e, volta e meia, ficava intoxicada, passava mal, caía doente.

(...). A espanhola, com toda confusão que armou, possibilitou a mobilização da população que reivindicava políticas sociais não só no campo da saúde, como também por melhores condições de trabalho, de vida. Com a epidemia, logo após que ela foi dada como finda, pois os hospitais começaram a ser desmontados por volta do dia

10, 12 de novembro; mas muita gente adoeceu e morreu ao longo do mês de dezembro, nos subúrbios da cidade, sem socorro. Os “anarquistas” tiveram um prato cheio para ir para as ruas, mais uma vez no dia 18 de novembro e reivindicar. A eles se uniram muitas pessoas que não eram socialistas, comunistas ou qualquer outro “ista”, mas sim pessoas indignadas com a falta de condições de vida e com as mazelas que passamos durante a epidemia.”⁶⁵

Segundo Evan Stark, uma epidemia tem como um de seus aspectos criar a possibilidade das autoridades políticas e governantes repensarem a organização do trabalho.⁶⁶ Numa sociedade que vivia um processo de transição da economia rural para a urbana, a necessidade de adequação da mão-de-obra ao regime industrial de trabalho fora alvo de discussões, ao longo do ano referido, na Câmara dos Deputados.⁶⁷ Na transição para uma sociedade urbana, promove-se o abandono gradual das soluções individuais, mediante a potencialização da dependência mútua.

O desenvolvimento da sociedade acarretou o crescimento e a complexidade da interdependência, incidindo sobre a ação e as relações estabelecidas pelos indivíduos. Dentro desse quadro, o Estado se constituiria num organismo legítimo e, capaz de regular os efeitos negativos da interdependência social e sanitária que, ao longo do tempo, tenderam a ser reduzidas a soluções legais e administrativas, sob a responsabilidade de uma burocracia.

De acordo com Norbert Elias, a coletivização do bem-estar, onde se insere a saúde, se define como um padrão estruturado e variável de dependências recíprocas

⁶⁵ Entrevista concedida a autora pelo Sr. Nelson Antonio Freire em 11/09/90.

⁶⁶ Evan Stark. The epidemic as a social event. In: *International Journal of Health Services*, 1977. vol.7, nº4. pp.681-705.

⁶⁷ *Anais da Câmara dos Deputados*. Principalmente volumes 4, 5 e 6 de 1918.

entre os seres humanos. Assim sendo, o aparecimento de políticas sociais está ligado ao processo histórico de generalização dessa interdependência e das respostas aos problemas gerados na formação de Estados nacionais e no desenvolvimento do capitalismo.⁶⁸ A coletivização do bem-estar e a expansão do capitalismo se traduzem em processos específicos de redefinições nos elos da interdependência humana. Assim sendo, a coletivização da proteção social cria tanto poder público como influencia as atividades humanas. A instituição do setor público é parte integrante do processo civilizatório.

Políticas sociais têm um papel importante na consolidação do sistema capitalista, permitindo a integração da população e a participação dos estados e, conseqüentemente, atua como um poder simbólico sobre a população trabalhadora.⁶⁹

A Insurreição Anarquista não foi a única preocupação surgida no período posterior a epidemia. Em 16 de janeiro de 1919⁷⁰, a morte do Conselheiro Francisco de Paula Rodrigues Alves, devido a complicações de saúde após ter contraído a espanhola, parecia reforçar o clima de ingovernabilidade vivida. Para os defensores da reforma de saúde era um novo impacto que acenava para seu fracasso. Encarado como o homem ideal para domar o sistema político e retirar os obstáculos que impediam o maior domínio da União sobre as questões sanitárias e de saúde pública, Rodrigues Alves era visto como uma perda irreparável.

⁶⁸ Norbert Elias. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994. passim. _____. *Introdução à sociologia*. Lisboa: Edições 70, 1980. pp.136-138. Ver também: Gilberto Hochman. *A era do saneamento*. São Paulo: HUCITEC/ANPOCS, 1998. passim.

⁶⁹ Wanderley Guilherme dos Santos. *As razões da desordem*. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1993. p.30. Ângela de Castro Gomes. *A invenção do trabalhismo*. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 1988. passim.

⁷⁰ Em 15 de janeiro de 1919 é aprovada a 1ª lei previdenciária voltada para acidentes de trabalho – decreto nº 3.724.

Mas a maior de todas as preocupações ficou por conta dos vários surtos de gripe que surgiram ao longo do ano de 1919. A espanhola deixara uma herança que se manifestava em episódios esporádicos, não chegando às proporções de sua primeira manifestação; mas também nem de longe experimentava-se a normalidade dos tempos pré-pandêmicos. A primeira menção ao seu ressurgimento se deu no início do mês de março. A gripe assassina voltou ao convívio da população do Rio de Janeiro, sem ser mencionada pela imprensa local, passando apenas, como uma leve ameaça à qual não se devia dar muita importância.⁷¹

A imprensa de outros estados, principalmente o jornal *A Tarde* da Bahia, documentou amplamente as incursões de surtos de gripe, durante o ano de 1919, e início de 1920, na Capital Federal. No dia 18 de março de 1919, só no Hospital Central do Exército foram contabilizados quinhentos casos de gripe.⁷² Dois dias depois, os postos sanitários da Liga Pró-Saneamento registravam o número de 64.940 pessoas atacadas.⁷³ Em janeiro e fevereiro de 1920, presenciaram-se os surtos mais intensos. Carlos Chagas começou a reaparelhar a cidade para uma eventual epidemia, reabrindo o lazareto da Ilha Grande, que chegou a abrigar 300 pessoas no princípio de fevereiro.

O obscurantismo com que foi tratado o retorno da espanhola, como também ocorreu em sua primeira incursão, pode nos revelar o peso que ela representou para as elites governantes e para as instituições públicas da época. As fontes oficiais que se remetem à cidade do Rio de Janeiro demonstram uma tentativa de suavizar o seu impacto.

⁷¹ Ver: Livros de recortes III e IV do *Fundo Carlos Chagas*. Casa de Oswaldo Cruz/ Fundação Oswaldo Cruz.

⁷² *A Tarde*. 18/03/1919. p. 2. Ver: www.ufba.br

⁷³ *A Tarde*. 20/03/1919. p. 2

O Sr. Nelson nos fala sobre os diversos surtos de gripe que surgiram em 1919 e 1920.

“Por diversas ocasiões, em 1919, parecia que todo o pesadelo recomençaria, novas ameaças do retorno da espanhola se fizeram anunciar. De novo, fora enorme a morosidade no estabelecimento de medidas preventivas. Os jornais não noticiavam as mortes de gripe que foram tratadas como se fossem um mero bicho-de-pé pelos políticos e pelas autoridades. Na verdade ela não tinha se ausentado do país durante todo esse tempo, percorria os subúrbios e zonas rurais.

A segunda onda de espanhola não chegou às proporções da primeira, mas não deixou de apresentar um número elevado de óbitos, se comparado aos tempos normais. Minha esposa perdeu o pai e eu tive uma irmã cega pela febre alta. A gripe se tornou mais do que uma questão política, tornou-se uma questão de sobrevivência para toda a população. Carlos Chagas fez pronunciamento no começo de 1920 dizendo que não acreditava que a espanhola voltaria nas mesmas proporções e que era apenas questão de refluxo. Fosse isso ou não, todos tinham muito medo; o pavor tomou conta das famílias.

Com a morte do Conselheiro Alves, parecia que morriam com ele todas as possibilidades de se implementar transformações na área de saúde pública. Mas não era só a gripe que preocupava, apesar de ser, sem sombra de dúvida, o temor maior, pois não se descobria o que era aquilo. Com os hospitais e toda a organização sanitária em frangalhos, outras epidemias, como a de febre amarela, cólera, tifo, varíola, dengue e sabe-se lá o que mais, poderia arrasar o país.

Aqui só se tinha atenção para a febre amarela! Como se ela fosse a única doença do mundo que matasse e causasse transtornos! Não que ela não fosse uma doença que merecesse atenção; merecia sim. Mas a gripe mostrou que outras doenças mereciam atenção também, e que o caos poderia vir de onde menos se esperava. Quem poderia sequer imaginar, que uma catarreira, uma “limpa-velhos”, poderia causar estragos da dimensão que causou!”⁷⁴

⁷⁴ Sr. Nelson Antonio Freire em entrevista à autora em 11/09/90.

A preparação para um novo processo eleitoral, após a morte de Rodrigues Alves, era parte dos encargos do exercício interino da Presidência da República; o qual ficara a cargo de Delphim Moreira. No decorrer do pequeno período de sua presidência, seria dado o primeiro passo para a modernização da saúde pública, com a reestruturação e ampliação do Serviço de Profilaxia Rural, através do decreto legislativo 13.358 de 9 de abril de 1919.⁷⁵ De acordo com este decreto, se organiza o Serviço de Profilaxia Rural criado em maio de 1918, mas que não contava ainda com suas atribuições delimitadas. Anteriormente sob a alçada da Diretoria Geral de Saúde Pública, o serviço passava agora à administração do Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

Essa medida fora aplaudida pela Academia Nacional de Medicina e pela Liga Pró-Saneamento do Brasil, mas não obteve apoio entre os profissionais envolvidos nos serviços sanitários nem de algumas instituições profissionais, como a Sociedade de Medicina e Cirurgia⁷⁶. Na verdade, essa medida se traduzia numa estratégia pela qual se buscava implementar os serviços de saneamento rural sem que fosse necessário esperar por uma reforma completa da saúde pública.

⁷⁵ Decreto Legislativo 13.358 de 09/04/1919. *Coleção das Leis da República Federativa do Brasil*. Vol.2. pp.397-399.

⁷⁶ Eliane Labra. *O movimento sanitário nos anos 20: da conexão internacional à especialização em saúde pública*. Rio de Janeiro: EBRAP/FGV, 1985. Dissertação de Mestrado.p.119.

4- O discurso de Epitácio Pessoa: saúde e engenharia política

O pouco tempo e os limites de seu poder, enquanto presidente interino, não permitiam que Delphim Moreira empreendesse grandes reformas. Porém, os que tomam decisões devem escolher caminhos de ação alternativos para lidar com a quantidade de demandas que excedem a disponibilidade de atendê-las. As elites decisórias não operam o aparelho estatal a seu bel prazer, pois as burocracias têm força suficiente para criar obstáculos aos planos governamentais, visando garantir o funcionamento do Estado, enquanto a estrutura política sofre abalos e reformulações.⁷⁷

Juntamente a tudo isso, ainda no começo do ano de 1919, as conseqüências da epidemia são passada a limpo. A desorganização da estrutura, ou melhor, a intensificação de tal desorganização, começava a se tornar explícita. No *Relatório da Presidência do Estado de Pernambuco reconhece-se que se não fosse a epidemia de influenza o estado sanitário do Recife seria excelente se comparado aos dois últimos anos*.⁷⁸ O estado sanitário da Bahia abria a possibilidade para a intervenção do poder federal para o saneamento dessa região.

O ressurgimento da febre amarela na Bahia leva a pedidos de intervenção no estado como medida de impedir a expansão da moléstia sobre o resto do território nacional. Num primeiro momento, a Bahia defende sua autonomia com unhas e dentes,

⁷⁷ Wanderley Guilherme dos Santos. *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1987. p.61.

⁷⁸ Fundação Biblioteca Nacional. Relatório da Presidência do Estado de Pernambuco, 1919. pp. 44-45. *Coleção Relatório dos Presidentes de Estado*.

feito traçando-se um paralelo entre as conseqüências da epidemia na capital federal e no estado em questão. Segundo o *Relatório da Presidência do Estado da Bahia*:

“No tocante ao estado sanitário desta capital não vos posso, infelizmente, dizer o mesmo que vos tenho dito nas últimas mensagens, porquanto as excelentes condições que a tal respeito se notaram nos anos anteriores, não se mantiveram tais durante o ano de 1918 (...).

A Bahia teve, naturalmente, de pagar o seu tributo à tremenda pandemia de gripe, que por toda a parte manifestou intensidade e expansibilidade nunca vistas.

A moléstia (...) causou, no seu acometimento mundial, a morte de um número tão elevado de pessoas como jamais fora registrado em todas as anteriores pandemias, não só da mesma natureza, senão também dos *morbus* mais terríveis pela sua gravidade, tais como a cólera *morbus*, a peste bubônica, porque se para estes últimos flagelos, muito maior é a proporção dos casos fatais relativamente ao número de pessoas atacadas, tão grande foi na última pandemia gripal, a quantidade de indivíduos acometidos – metade, ou mais da população, na maior parte das localidades assinaladas, que embora fosse pequena a letalidade, isto é, a percentagem dos casos de terminação funesta, foi assaz considerável o número absoluto destes.

(...) Ora, a vista disso, não pode deixar de consolar-nos o fato de ter sido a Bahia um dos lugares do mundo em que a epidemia de influenza foi mais benigna, menos mortífera e menos intensa.

Na Capital Federal (...) a epidemia de influenza determinou 11.890 óbitos, de outubro à dezembro. Naquela Capital, por conseguinte, o número de pessoas que faleceram de influenza foi, no mesmo trimestre, trinta e duas vezes maior que na capital do nosso Estado, sendo que a população de lá é somente três vezes superior a daqui.⁷⁹

Nesta cidade, a epidemia não trouxe grande perturbação à vida familiar e social como em outros lugares. Na cidade do Rio de Janeiro, por exemplo, como todos sabem, tão brutal e violento foi o assalto do mal, que, na fase aguda da epidemia, todos os serviços de caráter coletivos, públicos ou particulares – por assim dizer, fizeram bancarrota; mais da metade da população foi simultaneamente prostrada pelo *morbus*, houve falta de alimentos, medicamentos, todo

⁷⁹ O número de óbitos registrado na capital baiana no decorrer do período pandêmico foi de 338 falecimentos de gripe.

o comércio se fechou (...) o trabalho das fábricas e outros estabelecimentos industriais, das repartições públicas, estabelecimentos de ensino, etc. Tudo desorganizou-se ou paralisou-se.

Nesta Capital, porém, nada disso foi presenciado na quadra epidêmica de que trato; pequenas foram em verdade, as alterações sobrevindas à vida particular e social (...) tudo continuou a funcionar com leves e passageiros embaraços, apenas, aqui e acolá.”⁸⁰

A defesa da autonomia baiana é estabelecida através do contraponto entre as deficiências e incapacidades do governo federal e a capacidade do estado em questão em manter a sua ordem pública e a governabilidade sobre controle. Uma vez que o governo federal não tinha condições de defender o limitado espaço da Capital Federal, como poderia intervir sobre o resto da nação?

O apego às questões referentes à autonomia dos estados, principalmente no que toca àqueles centrais ao pacto oligárquico, representa, segundo Hochman, uma tentativa de evitar mudanças no ordenamento político-institucional, fato que influenciou os debates sobre as responsabilidades governamentais em matéria de saúde. A moldura constitucional que regulava as relações entre saúde pública e poderes estaduais desencadeou amplas discussões buscando-se chegar a alternativas que não se confrontassem com as autonomias.⁸¹ Segundo o autor; a reforma das políticas de saúde pública:

⁸⁰ Fundação Biblioteca Nacional. Relatórios da Presidência do Estado da Bahia, 1919. pp.50-56. *Coleção Relatório dos Presidentes de Estado*.

⁸¹ Gilberto Hochman. *A era do saneamento*(...). passim.

“(...) denota a existência de um espaço vazio entre a consciência social produzida pela interdependência sanitária e a disposição das elites para agir no sentido de diminuir os efeitos negativos impostos sobre ela e a sociedade em geral. O conteúdo e o sentido da política pública a ser adotada, e a estrutura organizacional que a sustentará, serão objetos de negociação. (...). A consciência social não era suficiente para promover arranjos políticos, compulsórios e de âmbito nacional, que viessem regular os efeitos negativos da interdependência. A política da doença que pega deriva da sociabilidade do micróbio, mas era um processo que envolvia atores, instituições, interesses e regras.”⁸²

A gripe espanhola, assim como as questões de saúde pública e suas soluções, acabaram por transformar-se, ao longo de todo o período aqui trabalhado, num mecanismo de engenharia política valiosíssimo.⁸³ A epidemia e a conduta de Carlos Chagas, durante a vigência da gripe espanhola na Capital Federal, tornariam imperativo para Eptácio Pessoa, o futuro Presidente da República, a reformulação dos serviços sanitários, especialmente do interior. Uma reforma a qual Chagas se dedicaria de corpo e alma, visando *deixar ao governo federal, ações verticais que correspondiam à centralização*.⁸⁴ Eptácio Pessoa não desprezou o valor deste mecanismo, e logo após tomar posse na presidência, proferiu o seguinte discurso para a Câmara dos Deputados:

“(...). O povo tem o instinto da justiça e não perdoa aos que não provam querer servi-lo com dignidade. Ele saberá distinguir entre as críticas justas e os ataques infundados. Ponhamos ao abrigo

⁸² Gilberto Hochman. *A era do saneamento*(...). p.92.

⁸³ Wanderley Guilherme dos Santos. *As razões da desordem*. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1993. p.30.

⁸⁴ Carlos Chagas Filho. *Meu pai*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1993. p.162-165.

das injustiças, que são sempre transitórias, quando não assentam em fundo de verdade.

Devemos fugir de agravar os nossos compromissos com despesas que não sejam reclamadas pela necessidade de assegurar a integridade da Nação, e desenvolver suas fontes de riqueza, como seja o aparelhamento da nossa defesa militar, e saneamento do interior (...). A estas despesas devemos acudir com sacrifício, porque umas são a garantia da nossa própria existência, e as outras importam o pagamento de uma dívida de honra para com a população pobre do interior, a quem quase tudo tem faltado (...).⁸⁵

Epitácio Pessoa, político paraibano oriundo de um estado não central ao pacto oligárquico, dotado de poucos recursos financeiros, foi o presidente eleito para o quadriênio 1919-1922. O presidente da República fora um dos delegados enviados à convenção de Paz de Versalhes, que anexaria no artigo 12º a preocupação quanto à adequação de mão-de-obra ao novo sistema de produção em ascensão. Esse acordo exigia que os países que o assinassem desenvolvessem políticas sociais no sentido de tornar possível a modernização dos projetos políticos e o controle das agitações que derivavam da ascensão do capitalismo e do industrialismo.

Consciente dos benefícios políticos que poderiam ser colhidos com a concretização das reformas de saúde pública, Epitácio Pessoa a transforma em um dos itens mais importantes da agenda política de seu conturbado governo. Se por um lado, tal reforma possibilitaria o tão desejado avanço da governabilidade do Estado, através da intervenção do poder federal nas atividades sanitárias estaduais, por outro, seria importante para o estabelecimento de mecanismos que ditariam a absorção e

⁸⁵ Mensagem do Presidente da República. In: *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 03 de setembro de 1919. vol. 5. p. 237.

domesticação dos efeitos advindos da modernização, possibilitando a intervenção inclusive sobre a mão-de-obra urbana.

Uma vez que o arranjo existente se mostrava ineficiente, devido a falta de homogeneização dos métodos e, mediante a isso, *gerava soluções incompletas, de curto alcance e pouca eficiência*⁸⁶ diante das doenças infecto-contagiosas, a reforma se tornava inadiável. Os surtos de gripe em 1919 acarretaram, por volta de setembro e outubro desse ano, o restabelecimento de medidas impopulares, como a notificação compulsória e o estabelecimento de quarentenas para navios infectados. Tais medidas tinham como intuito convencer a opinião pública e, principalmente, o Estado, da importância de uma determinação legal.⁸⁷ A intervenção estatal é concebida como meio de gestão e produção de serviços e políticas de saúde. A utilização dessas medidas visava a preservação da deficiente e limitada estrutura sanitária à disposição do país.

Os contornos definitivos da complexa negociação seriam dados pelo Presidente Epitácio Pessoa, estabelecendo a reforma sanitária como um sinal de progresso e uma exigência da modernidade. Em novo discurso à Câmara dos Deputados salienta que:

“A reorganização dos serviços sanitários do Brasil impõem-se como medida de caráter inadiável, a que se ligam os mais altos interesses nacionais, de ordem étnica, humanitária e econômica. (...) Depois da reforma Oswaldo Cruz, porém, novos problemas surgiram trazidos pelo desenvolvimento progressivo do país, pelo incremento de nossas relações internacionais, e ainda pelo conhecimento mais exato, que hoje possuímos das condições

⁸⁶ Gilberto Hochman. *A era do saneamento*(...). p. 139.

⁸⁷ André de Faria Pereira Neto. *Ser médico no Brasil: o passado e o presente*. Coleção História e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. .53.

sanitárias do Brasil, especialmente das zonas rurais. A necessidade urgente de combater as endemias rurais está hoje na consciência unânime da Nação. Seria injustificável que a União continuasse indiferente aos prejuízos de toda ordem delas decorrentes, e estimulasse com essa indiferença o desenvolvimento de um dos fatores perniciosos da inferioridade de nossa raça em algumas regiões. (...).

Os serviços relativos à nossa defesa sanitária marítima e fluvial precisam também ser remodelados. A organização atual apresenta lacunas sensíveis, e não atende senão imperfeitamente à preservação de nosso território contra a invasão de doenças importadas. Exceto o Rio de Janeiro, todas as nossas cidades marítimas e fluviais se acham defeituosamente protegidas contra investidas epidêmicas; e esta deficiência torna-se agora, mais do que nunca, perigosa, devido a condições novas criadas pela guerra e oriundas de aparecimento epidêmico de certas doenças mortíferas.

(...) Ora, dentro da organização sanitária atual, não é possível ao Governo dar, com a amplitude e com a eficiência necessárias, solução a esses problemas; vem por isto, pedir ao Congresso Nacional se digne a reorganizar os serviços de saúde e higiene pública, de acordo com o plano que acaba de esboçar (...).

Dada a extensão e importância que passam a ter assim os serviços sanitários, o Ministério do Interior vai ficar demasiado sobrecarregado e não lhe poderá dispensar a atenção que merecem. Parece, portanto, oportuno o momento de remodelar algumas de nossas secretarias de Estado, distribuindo melhor os serviços que atualmente lhes incumbem. (...).

Crie-se, porém um novo ministério ou mantenha-se a organização atual, o que é indispensável é ampliar a esfera de nossa defesa sanitária.

(...). Os assuntos de saúde pública interessam não, somente, a essa ou aquela região, a esse ou aquele Estado, mas a toda a Nação no que ela tem de mais respeitável, o aperfeiçoamento da raça, a capacidade vital do indivíduo, o desenvolvimento das forças econômicas, o futuro da nacionalidade. Confiar esses serviços, em alguns de seus aspectos, à ação técnica e administrativa dos Estados, fora adiar iniciativas da maior urgência e anuir a permanência de condições altamente prejudiciais aos interesses do país. Os Estados da União, ou pelo menos a sua grande maioria, ainda quando possuam a necessária capacidade técnica em assuntos sanitários, não dispõem de recursos financeiros que autorizam medidas largas e eficazes. Além disso, sem unidade de métodos científicos, sem ação uniforme em todo o país, muitos dos principais problemas de saúde pública não poderão encontrar senão soluções incompletas e transitórias. Qual seria, por exemplo, o alcance de medidas profiláticas locais, contra uma doença infecto-contagiosa, se em

zonas limítrofes, com vias fáceis de comunicação, a mesma doença pudesse grassar sem o obstáculo dessas medidas?

Nada possuímos por enquanto, no que respeita à polícia sanitária interestadual, e isto basta para definir a improficuidade, sob o ponto de vista do interesse geral da Nação, de métodos profiláticos regionais. Como demonstração dessa verdade basta invocar o caso da febre amarela nas principais cidades do Norte. O interesse de cada uma dessas cidades está em ser a profilaxia específica contra o mal executado *em todas* e, ainda, em serem os métodos de vigilância sanitária posterior observados com o mesmo rigor *para todas*.⁸⁸

Aproveitando o discurso do Presidente da República, na sessão do dia 11 de outubro de 1919 o deputado Luiz Domingues do Maranhão pede a intervenção federal sobre o estado sanitário de seu Estado.⁸⁹ O *Relatório da Presidência do Estado do Maranhão* confirma que a epidemia acabou por levar à bancarrota o seu, já precário, estado sanitário que não conseguiu sobreviver ao *terrível furacão*.⁹⁰ Ainda em meados de 1919 a epidemia de gripe não tinha desaparecido por completo do território maranhense. O estado do Maranhão acena para a intervenção federal ao contratar os serviços de profilaxia da União com bases nos decretos nº13.000⁹¹, nº13.055⁹² e nº13.159.⁹³ O objetivo desta intervenção era através do serviço da União desencadear

⁸⁸ Mensagem do Presidente da República. In: *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 24 de setembro de 1919. vol. 5. pp.303-307.

⁸⁹ *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 11 de outubro de 1919. vol. 7. pp. 599-605.

⁹⁰ Fundação Biblioteca Nacional. Relatório da Presidência do Estado do Maranhão, 1919. p.56. *Coleção Relatório dos Presidentes de Estado*.

⁹¹ Decreto Legislativo 13.000 de 01/05/1918. *Coleção das Leis da República Federativa do Brasil*. Vol.2. pp.533-535.

⁹² Decreto Legislativo 13.055 de 06/06/1918. *Coleção das Leis da República Federativa do Brasil*. Vol.2. pp.597-598.

⁹³ Decreto Legislativo 13.159 de 06/08/1918. *Coleção das Leis da República Federativa do Brasil*. Vol.3. pp.43-45.

uma reformulação dos serviços sanitários do estado maranhense cujos padrões obedeceriam ao modelo adotado pela União.⁹⁴

A adoção desta medida demonstra que a consciência sobre os custos da desorganização sanitária e da intervenção federal face à autonomia dos estados, e os benefícios de uma ação coletiva sob a batuta federal no campo da saúde pública, aparecia crescentemente para esses homens de política.

A busca de um paralelo que permitisse contornar os conflitos existentes ao redor do âmbito legislativo dotando-o de representatividade e equilíbrio que possibilitasse implementar as reformas necessárias, parecia ter chegado ao fim. Com base nos pressupostos levantados por Epiácio Pessoa, o deputado sergipano João Rodrigues Dória⁹⁵ apresenta um projeto à Comissão de Saúde Pública da Câmara, no dia 22 de outubro de 1919⁹⁶, que visava a criação do Ministério da Instrução e Saúde Pública.

Para Dória, o analfabeto não sabia como cuidar de sua saúde, pois não compreendia os modos e os meios de se preservar de um grande número de moléstias evitáveis, recusando *apavorado pelo fantasma da sua obscuridade intelectual*⁹⁷ as medidas aconselhadas pela ciência.

Mais uma vez, o implacável Teixeira Brandão usaria o veto em separado para lançar por terra as pretensões de criação do ministério. No dia 18 de novembro, Rodrigues Dória responde ao veto em separado de Brandão, dizendo que já conhecia de

⁹⁴ A apresentação formal do pedido de intervenção da União no Estado do Maranhão seria apresentada à Câmara dos Deputados no dia 11 de outubro de 1918. *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 11 de outubro de 1919. pp.599-605.

⁹⁵ João Rodrigues Dória era professor da Faculdade de Medicina da Bahia e ocupava interinamente posição na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados devido à ausência do Deputado Afonso Barata.

⁹⁶ *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 22 de outubro de 1919. vol. VIII. pp. 159-167.

⁹⁷ João Rodrigues Dória. *O Ministério da Instrução e Saúde Pública: a mensagem presidencial – parecer, projeto de sua criação e discursos*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1919. p.9.

antemão o voto da Comissão. Teixeira Brandão declara em meio à sessão que a criação de um novo ministério, se traduz sempre numa oportunidade para a *colocação da legião de desocupados, que aspiram a nossa carreira burocrática.*⁹⁸ Dória buscou exemplos de outros países que desenvolveram suas reformas sanitárias para respaldar seu projeto.

Apesar do veto, crescia o apoio dentro da Câmara a uma reforma, provocando uma visível divisão entre os defensores e os contrários ao projeto. Após uma série de subscrições e emendas, tais como a não anexação do Instituto Oswaldo Cruz⁹⁹ e a questão do modelo institucional que garantisse a autonomia dos estados, João Rodrigues Dória reapresenta, na sessão de 29 de novembro de 1919¹⁰⁰, um projeto criando o Departamento Nacional de Saúde Pública. Tal projeto centralizava os serviços sanitários do Distrito Federal, descentralizados pela reforma de 1914, mas mantinha-os a cargo do Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

A liberdade de requisitar, através de convênios, os serviços da União para o combate de epidemias e endemias, já presente no projeto de Azevedo Sodré, foi um fator muito importante para o apoio da Câmara, em especial da Comissão de Saúde, à criação do Departamento Nacional de Saúde Pública. Além disso, o Departamento não

⁹⁸ *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 18 de novembro de 1919. vol.XII.p.19.

⁹⁹ A manutenção da autonomia do Instituto Oswaldo Cruz em relação ao Departamento Nacional de Saúde Pública foi uma questão defendida pelo próprio Carlos Chagas, e visava assegurar não só a autonomia financeira e política da instituição, como também assegurar a aos pesquisadores a patente sobre suas descobertas e invenções e de pagamento de royalties. Tal fato serviu de munição para os detratores da reforma de 1920, principalmente o deputado Azevedo Sodré, cujos brios feridos pela derrota de seu projeto o levou a reforçar as fileiras dos críticos da gestão Chagas, e Afrânio Peixoto, que após ter sido preterido consecutivamente por Oswaldo Cruz e Carlos Chagas para a ocupação de cargos na Diretoria Geral de Saúde e, posteriormente, no Departamento Nacional de Saúde Pública se torna um ferrenho detrator de Chagas. Ver: *Anais da Câmara dos Deputados*, ao longo do ano de 1919 e, também *Brazil Médico* no período de janeiro a maio de 1920.

¹⁰⁰ *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 29 de novembro de 1919. vol.XII.pp.1012-1019.

foi, de forma alguma, um obstáculo à criação, pelos estados, de seus próprios serviços de saúde pública.

A aprovação final da Comissão de Saúde Pública da Câmara se daria na sessão de 24 de dezembro de 1919 com 102 votos a favor e nenhum contrário. O texto final seria aprovado no Senado, no penúltimo dia de 1919, com pedidos de urgência e alguns reparos nas emendas, sendo, finalmente, publicado em 2 de janeiro de 1920 (decreto nº 3.987).¹⁰¹

Como já falamos, as elites governantes viam na reforma uma possibilidade não apenas de avanço da governabilidade do Estado sobre a sociedade da República Velha, mas também como uma possibilidade de estabelecimento de um mecanismo de absorção e domesticação de forças desencadeadas pela modernização do sistema de produção. Juntamente a isso, poderiam lidar com a pressão por maior participação popular e pela expansão dos direitos políticos. Contudo, a implantação dos serviços sanitários não obedeceu a um critério único, referente às necessidades reais existentes, mas foi antes de tudo uma resultante da estrutura de poder da Primeira República.¹⁰²

Não estamos dizendo que a gripe espanhola foi condição *sine qua non* para o estabelecimento das reformas de saúde da década de 1920, mas ela não deixou de ser fator importantíssimo para sua concretização, não somente pela desordem pública, mas igualmente, social, econômica e política que estabeleceu. A reforma foi uma demanda estabelecida, paulatinamente, pelo desenvolvimento da sociedade e pela expansão da interdependência social sobre as ações e as relações vivenciadas pelo indivíduo.

¹⁰¹ *Coleção das Leis da República Federativa do Brasil*. Vol. I. pp.1-6.

¹⁰² Luiz Antonio Castro Santos. Estado e Saúde Pública no Brasil (1889-1930). In: *Dados*, 1980.vol.3, nº2. p. 245.

A espanhola permitiu que se forjasse um arcabouço simbólico que legitimou a visão desencadeada pelo movimento pelo saneamento do Brasil, estabelecendo a doença, enquanto mal público, como o maior inimigo da nação e de sua soberania. Mediante a essa visão, tornou a reforma das esferas de saúde pública um mecanismo de engenharia política valioso que possibilitou a instauração do processo de constituição do poder público e o estabelecimento das bases, possibilidades e limites de futuros processos semelhantes.

Em si, uma epidemia não garante o estabelecimento de políticas públicas ou não oferece garantias para sua continuação, caso elas ocorram. Nem mesmo a consciência do que estamos chamando de mal público determina a criação de políticas e instituições públicas. Trata-se de um processo muito mais complexo que envolve questões de poder político, ordem social e nacionalidade, tendo como foco central as estruturas de poder. E como podemos notar pelas descrições feitas ao longo desse trabalho, todas essas questões se apresentaram no decorrer do evento.

A combinação entre consciência sobre a interdependência e as obrigações das elites, assim como a relação de custo e benefício, foram importantes para a expansão do poder público, uma vez que geraram a consciência coletiva sobre a impossibilidade de qualquer solução isolada na solução dos problemas sanitários, a nível nacional. As oportunidades geradas pela adesão dos estados também devem ser analisadas, levando em conta a possibilidade de ganhos políticos e materiais que desencadearam.¹⁰³

A decisão da organização de um setor público que gerisse os problemas de saúde dependeria da escolha de regras e de tomada de posição. Uma vez que a coletivização do bem-estar diz respeito à concepção do Estado, como resultado de

¹⁰³ Gilberto Hochman. *A era do Saneamento* (...). pp.151-152.

processos sociais de longo prazo, é possível explicar o aparecimento de agências estatais e políticas públicas mas, com certeza, não a sua continuidade e o seu desenvolvimento.¹⁰⁴

A instituição de um setor público é, segundo Norbert Elias, parte integrante do processo civilizatório. Uma vez que o aumento da rede de interdependências determina a complexidade e a extensão desse processo, podendo ele sofrer avanços e recuos não se deve encará-lo como coisa linear.¹⁰⁵

Diante do caos desencadeado, por uma epidemia *suis generis* em todos os seus aspectos, a noção de bem-estar ocasionada pela coletivização da saúde, enquanto bem público, se torna um instrumento político importante para fazer com que a população incorpore as normas sanitárias, possibilitando incutir novos hábitos e valores culturais que, intervindo diretamente sobre a vida da população, acabavam por impor os termos nos quais cada classe social pautaria a sua representação social.

¹⁰⁴ Gilberto Hochman. *A era do saneamento(...)*. pp. 25-38.

¹⁰⁵ Norbert Elias. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994. passim. _____. *Introdução à sociologia*. Lisboa: Edições 70, 1980. pp.136-147.

CAPÍTULO IV

Saúde e fraternidade: reformando almas, reconstruindo a nação.

Ao seu término, a epidemia de gripe espanhola deixara um saldo de mortes e de desorganização social, política e econômica. Mas, ao mesmo tempo, revelara a capacidade administrativa de um sanitarista que se transformou, aos olhos do povo, num herói nacional. Tal capacidade, aliada ao poder simbólico alcançado por esse homem, entre outras razões, faria com que o presidente Epitácio Pessoa o incumbisse da administração sanitária federal.

Ao tomar posse como diretor, no final de 1919, Carlos Chagas desenvolveu um código sanitário na intenção de reformar os serviços e a estrutura da Diretoria Geral de Saúde Pública. Tal reforma visava ampliar os poderes do Governo Federal para atuar sobre as questões sanitárias, quer administrativa, quer política, quer técnica, quer materialmente.¹ O novo código sanitário retomava, e ampliava, em muitos aspectos, a

¹ Carlos Chagas Filho. *Meu Pai*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1993, pp.161-166.

reforma empreendida por Oswaldo Cruz² modernizando-a apenas em alguns pontos. Contudo, a grande influência de Chagas na formulação do código, segundo ele próprio, deveu-se à experiência vivida durante a epidemia de gripe espanhola, que tornou patente a decadência do sistema de saúde pública, o desaparecimento e a falta de recursos humanos, técnicos e financeiros, entre outros inúmeros obstáculos que se impuseram ao combate da moléstia.³

A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública atendeu à necessidade de reestruturação e organização para estabelecer novas formas de atuação e administração dos problemas sanitários. Dentro desse contexto, a formação de um quadro técnico foi uma das principais preocupações. Ele visava uma divisão racional e técnica do trabalho, que permitisse a rotinização procedimentos administrativos que facilitassem a incorporação de conhecimentos técnicos e a concentração de recursos materiais, financeiros e humanos.

Ocorreu, dessa forma, uma profunda divisão entre os que administravam e os que executavam os serviços de saúde, o que permitiu uma maior racionalização dos trabalhos de saúde pública através da adoção de rotinas padronizadas e do controle da produção de serviços. Mas, ao mesmo tempo, isso acabou acarretando uma grande hierarquização e burocratização da instituição.⁴

A formação dos quadros do Departamento Nacional de Saúde Pública privilegiou o grupo sanitarista, com diversos membros ligados à Liga Pró-Saneamento do Brasil e, que haviam colaborado com Chagas na formulação do novo código

² Decreto nº5.156 de 8 de março de 1904. *Coleção das leis da República Federativa do Brasil*. Vol.3, Tomo I, 1905.

³ Carlos Chagas Filho. *Meu Pai*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1993.p.163.

⁴ Eliane Labra. *O movimento sanitarista dos anos 20: da conexão internacional à especialização em saúde pública*. Rio de Janeiro: EBRAP?Fundação Getúlio Vargas, 1985. Dissertação e Mestrado. P.116-172.

sanitário. Foram nomeados para os principais postos da instituição, ocupando os cargos de chefes de serviço das inspetorias.⁵ Esse fato foi fruto do movimento empreendido por esses profissionais, ao longo de toda a Primeira República, buscando monopolizar o controle racional e legal da medicina estatal. Para tanto, vinculavam-se ao Estado no qual buscavam ocupar postos.⁶ Esse movimento, já em curso, foi amplamente favorecido no decorrer na epidemia de gripe espanhola.

A reforma então empreendida demonstrava, através da tendência de concentração e centralização, o objetivo desse grupo em ampliar, não só a governabilidade do Estado, mas também a própria capacidade de intervenção desses profissionais sobre a sociedade. Carlos Chagas demonstra a importância desse grupo de profissionais para a redenção sanitária do país, em um trecho de uma de suas conferências:

“Não chegamos (...) até onde nos devem conduzir as aspirações profissionais que orientam o esforço e dirigem as energias da classe médica de nossa terra. Devemos seguir além, zelosos das responsabilidades de uma missão abençoada, na qual lidamos pela felicidade da vida e o comprimento do alto destino em benefício do homem. Mesmo assim, quanto de valia possa ser encontrado na lei atual dos serviços de saúde pública, quanto aí autorize aguardar resultados favoráveis de uma execução criteriosa e bem dirigida,

⁵ Foram nomeados: Raul Leitão da Cunha – Diretor dos Serviços Sanitários Terrestres; Belisário Penna – diretor dos Serviços de Saneamento e Profilaxia Rural; João Pedro Albuquerque – Secretário Geral do Departamento Nacional de Saúde Pública, Alberto Vieira Cunha – Inspetor da Fiscalização dos Gêneros Alimentícios; Domingos da Silva Cunha – Inspetor da Engenharia Sanitária, José Plácido Barbosa – Inspetor da Profilaxia da Tuberculose; José Sampaio Vianna – Inspetor de Estatística Demográfico-Sanitária; Theophilo Torres – Inspetor da Fiscalização do Exercício da Medicina, Farmácia, arte Dentária e Obstetrícia; Eduardo Rebello – Inspetor da Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas e Jayme Silvado – Inspetor da Profilaxia Marítima.

Em 15 de novembro de 1922, devido a discordâncias relativas as questões orçamentárias e de orientação política do Departamento Nacional de Saúde Pública, Belisário Penna pede demissão do cargo de Diretor do Serviço de Profilaxia Rural sendo substituído por Lafayette de Freitas.

⁶ Edmundo Campos Coelho. *As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro (1822-1930)*. Passim

representa a ação perseverante de uma classe, que tem podido salvar, na convicção e propaganda de suas doutrinas, no altruísmo de seus desígnios, os mais elevados interesses nacionais.”⁷

A sedimentação de uma consciência sanitária levava ao reconhecimento da impossibilidade de soluções isoladas e à necessidade de uma intervenção coletiva. Nos 1.195 artigos do código⁸, Chagas buscou colocar à disposição do Governo Federal ações que correspondessem à centralização, apesar do poder legal da instituição a esse respeito se concentrar no Distrito Federal.⁹ Com isso, abria-se margem para a participação dos estados nas ações de saneamento.

Essa medida se insere dentro de um processo que estabelece a interação entre formação do Estado e transformação da saúde em bem público, diante das mudanças e rearranjos dos elos da interdependência humana e seus impactos. Exigia-se, para isso, o estabelecimento de respostas públicas que se estendessem a todo território nacional em caráter compulsório, para transformar o tratamento das deficiências e adversidades humanas, e sua relação diante da doença coletiva, evitando conseqüências sociais não planejadas ou não desejadas.¹⁰

Pelo artigo nº 990¹¹ do Código Sanitário de 1920 possibilitava-se aos estados contratarem os serviços de saneamento da União, dando-se preferência às localidades

⁷ Carlos Chagas. Conferência sobre a nova orientação dos serviços sanitários brasileiros. In: *Jornal do Comércio*. 11/02/1921. p.4.

⁸ Decreto 14.354 de 15 de setembro de 1920. *Coleção das leis da República Federativa do Brasil*. Vol.3, Tomo III, 1921.

⁹ Decreto 3.987 de 2 de janeiro de 1920. (...). Vol.1, pp.1-6.

¹⁰ Gilberto Hochman. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado. In: *Estudos históricos*. Vol.6, nº11, Rio de Janeiro, 1993.p. 42.

¹¹ Decreto 14.354 de 15 de setembro de 1920. *Coleção das leis da República Federativa do Brasil*. Vol.3, Tomo III, 1921.p. 439

mais povoadas, mais atingidas e, principalmente, de maior riqueza econômica, que pudessem colaborar com metade dos custos. Isso levou a uma maior incidência de campanhas sanitárias nos centros urbanos e regiões economicamente favorecidas dos estados. A liberdade de escolha foi um aspecto importante na aceitação da reforma, visto a precariedade de recursos financeiros, humanos e técnicos que a maioria dos estados tinha à sua disposição. Nesse contexto, o Estado seria um ator organizado e estruturado capaz de administrar os efeitos negativos da interdependência social e solucionar as imperfeições e limitações existentes nas ações sanitárias dessas localidades.¹²

A falta de condições de contornar os efeitos sociais, políticos e econômicos da doença demonstrara, por fim, que a criação de um poder público central seria a solução mais eficaz para administrar os males e produzir bens e serviços coletivos, possibilitando a salvaguarda dos interesses econômicos e da ordem social. A proteção contra doenças transmissíveis, por meio de uma atuação preventiva de massa, só poderia ser feita pelo Estado, devido às dificuldades que sua organização e o seu financiamento acarretavam devido à extensão exigida pelos serviços. Ao mesmo tempo, os convênios se transformaram, para alguns estados, numa boa oportunidade para usufruir das vantagens da atividade reguladora da autoridade pública federal.

O caráter provisório dos serviços de profilaxia rural fora outro fator importante para a aceitação dos convênios, cuja intervenção seria interrompida quando terminado o contrato ou quando os problemas a que se referissem fossem solucionados. Voltados para os problemas sanitários mais urgentes de cada localidade, tais contratos não impediam que os estados e municípios constituíssem seus próprios serviços sanitários, o

¹² Gilberto Hochman. *A era do saneamento*. São Paulo: Anpocs/Hucitec, 1998.p. 162.

que possibilitava que se responsabilizassem, gradativamente, por ações de saúde pública. Em alguns casos, a atuação dos técnicos do serviço federal foi um auxílio imprescindível na organização dos serviços locais de saúde pública e para as atividades de saneamento.

A intenção dos contratantes era que, uma vez alcançadas as metas de saneamento, a autoridade federal se retirasse, deixando a continuidade das ações sob a alçada das autoridades sanitárias estaduais e municipais. Porém, as ações profiláticas contra endemias não tinham um resultado imediato, se comparadas àquelas voltadas para manifestações epidêmicas, sendo caracterizadas pela necessidade de uma atuação mais longa e pela presença organizada do poder central.

Politicamente, era uma situação tensa, na medida em que os representantes do poder federal, imbuídos de legitimidade pelos acordos firmados com a União, tinham a possibilidade, através das atividades sanitárias de combate e prevenção de doenças e do convívio cotidiano com a população do interior, e com seus representantes locais, de proporcionar a penetração do poder público nesses territórios. Os serviços de saneamento nas localidades do interior do país abririam caminho para a presença efetiva do poder central, criando possibilidades para a instauração de outras atividades das autoridades públicas.¹³

Um dos mecanismos de intervenção era o Conselho Superior de Higiene¹⁴, para onde eram encaminhadas as solicitações de cooperação feitas pelos estados em caso de calamidade sanitária. Ele também servia como órgão técnico e consultivo em caso de ameaças epidêmicas. A decisão sobre os pedidos de auxílio sanitário, contudo,

¹³ Gilberto Hochman. *A era do saneamento*. São Paulo: Anpocs/Hucitec, 1998. p.185.

¹⁴ Decreto 3.987 de 2 de janeiro de 1920. (...). Vol.1, pp.1-6. Ver ainda: Decreto 14.354 de 15 de setembro de 1920. *Coleção das leis da República Federativa do Brasil*. Vol.3, Tomo III, 1921. Arts. 1.181-1.183.pp.468-469.

passava mais pelo crivo político do ministro da Justiça e Negócios Interiores, do que pela avaliação técnica do colegiado que compunha esse órgão. O Conselho era composto pelo diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, por 3 chefes de serviços, pelo professor catedrático de engenharia sanitária da Escola Politécnica, pelos chefes dos serviços de saúde das forças armadas e pelo Consultor Geral da República.

Sua composição acabou sendo norteadas pelas articulações do ministro e do diretor do Departamento e, envolvia questões políticas, para além da necessidade de se constituir um órgão técnico que se destinasse a assessorar e orientar a conduta sanitária federal. Na verdade, o órgão acabou se transformando num mecanismo de pressão e barganha sobre os estados para obter apoios políticos para os projetos estatais, sendo muito mais uma fonte de poder e de legitimação das medidas adotadas pelo governo federal, do que um colegiado técnico em si.¹⁵ Para que as aspirações do governo fossem implementadas com êxito, a escolha dos membros do conselho era feita entre aqueles que se mostravam aliados da política governamental e das lideranças sanitárias que a auxiliavam.

Gilberto Hochman também analisa a política destinada às doenças transmissíveis ou “doenças que pegam”, como um processo de barganha, de escolhas individuais e ajustes coletivos. Mas isso também estabelecia um caminho possível para a coletivização de saúde. A forma viável se originou em função de constrangimentos políticos impostos pela doença, e por restrições econômicas que inauguraram uma etapa de institucionalização e nacionalização das políticas de saúde e saneamento, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública.¹⁶

¹⁵ Eliane Labra. *O movimento sanitário dos anos 20: da conexão internacional à especialização em saúde pública*. Rio de Janeiro: EBRAP/ Fundação Getúlio Vargas, 1985. Dissertação de Mestrado. pp. 168-171.

¹⁶ Gilberto Hochman. *A era do saneamento*. São Paulo: Anpocs/Hucitec, 1998. p.183.

No momento da aprovação da reforma apenas 3 estados, - Minas Gerais, Maranhão e Paraná - recorreram ao auxílio União. No final do governo Eptácio Pessoa, o número se elevou para 15 estados, além do Distrito Federal, onde funcionaram 88 postos sanitários. E em 1924, o número de estados que recorreram aos contratos chegou a 17. Para que isso fosse possível, a atuação da Fundação Rockefeller¹⁷ foi de suma importância, criando possibilidades para a intensificação, interiorização e diversificação das atividades do Estado na saúde pública.¹⁸

As estratégias sanitárias adotadas tiveram como base de sustentação a medicina preventiva e a assistência médica, que ditaram o tom de um período de grande interferência política, gestão e produção de bens e serviços de saúde. Tais estratégias ampliaram a capacidade do Estado de regular a saúde e a vida higiênica da população, objetivando contornar os efeitos de seu desequilíbrios ou desvirtuamento sobre os elos da interdependência humana. Ao mesmo tempo, possibilitaram a expansão do campo de atuação dos profissionais de saúde pública.¹⁹

A conexão sanitária internacional exigia o compromisso das nações para colocar em prática medidas eficientes para a extinção ou controle de epidemias e doenças transmissíveis, que afetassem a produção e circulação de produtos e

¹⁷ A presença da Fundação Rockefeller no Brasil se iniciou em setembro de 1916, quando o então Presidente do Estado do Rio de Janeiro, Nilo Peçanha – ex-vice-presidente durante o governo de Afonso Pena e, após a morte desse Presidente da República durante os anos de 1909-1910 – requisitou a ajuda da Fundação Rockefeller para erradicar a ancilostomíase na localidade de Rio Bonito. Ver: Fundação Biblioteca Nacional. Relatório dos Presidentes de Estado do Rio de Janeiro, 1916. pp.36-40. *Coleção Relatório dos Presidentes de Estados*. Neste período as despesas das campanhas de saneamento corriam por conta da própria Fundação Rockefeller. A partir de 1919, o Governo Federal passa a se responsabilizar pela maior parte dos encargos financeiros das campanhas que contavam com a participação da instituição, principalmente no Nordeste. O Arquivo Belisário Penna sob a salvaguarda da Casa de Oswaldo Cruz/ FIOCRUZ apresenta documentos referentes aos anos de 1921 e 1922, que revelam o grande apoio dado pelo Exército ao serviço de saneamento em áreas do interior do nordeste.

¹⁸ Lina Rodrigues de Faria. *A fase pioneira da reforma sanitária no Brasil: a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1930)*. Rio de Janeiro: UERJ/ Instituto de Medicina Social, 1994. passim.

¹⁹ Gilberto Hochman. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado. In: *Estudos históricos*. Rio de Janeiro. Vol.6, nº1, 1993. pp.40-61. _____. *A era do saneamento*. São Paulo: Anpocs/Hucitec, 1998. passim. André de Faria Pereira Neto. *Ser médico no Brasil: o passado no presente*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. pp. 122-124.

acarretassem problemas à capacidade produtiva da mão-de-obra, em particular, a urbano-industrial.²⁰ Era preciso estabelecer novas normas que regessem as relações sociais e as relações do indivíduo face à doença.

O final da Primeira Grande Guerra estabeleceu problemas relacionados à imigração e ao controle sanitário, que tinham grande peso para um país exportador de alimentos e que recebia um grande contingente de imigrantes. Problemas como esses, reafirmavam que as deficiências sanitárias de uma determinada localidade produziam efeitos sobre outra, não só por contatos interpessoais, como também, por via de relações sociais e econômicas. Vivia-se um momento de expansão das conexões econômicas, tanto no que diz respeito ao desenvolvimento do capitalismo, como da expansão do complexo cafeeiro. Além disso, a densidade urbana intensificava os efeitos das adversidades individuais, temporárias ou permanentes, sobre o conjunto da sociedade.

A transição de uma sociedade agrário-exportadora para uma sociedade urbana evidenciava os problemas de dependência mútua acarretados pela expansão dos elos de interdependência²¹, revelando a impossibilidade de deixar o indivíduo à mercê das conseqüências desencadeadas pela modernização econômica da sociedade. As conseqüências indiretas das deficiências e adversidades de um indivíduo sobre o outro, refletiam-se não só na ameaça de doenças, como, entre outras coisas, na improdutividade ou mesmo incapacidade para o trabalho, questão muito presente no debate médico e político da época.

A atuação no meio rural fazia parte de um projeto civilizatório que se destinava a contornar o dualismo entre litoral e interior, visto como resistente à

²⁰ Lina Rodrigues de Faria. *A fase pioneira da reforma sanitária no Brasil: a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1930)*. Rio de Janeiro: UERJ/ Instituto de Medicina Social, 1994. pp.141-142.

²¹ Norbert Elias. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994. passim. E ainda: *O processo civilizador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993. passim.

modernização.²² A doença seria fruto do atraso e dos contrastes nacionais, enquanto a saúde e a educação seriam as formas de resgatar a nacionalidade. Tal atuação se pautaria na visão de que as péssimas condições de vida e, conseqüentemente, de saúde de uns tinham efeitos diretos sobre a vida de outros. Assim sendo, a inércia de alguns estados e municípios, geralmente os menos desenvolvidos e de menor recursos financeiros, impunha elevados custos aos mais desenvolvidos e, principalmente, à Capital Federal. De nada adiantaria sanear a Capital Federal se, dobrando-se uma esquina, existisse um viveiro de doenças.

A preocupação com a coletividade e com os efeitos da doença transmissível para a interdependência social e para a capacidade de trabalho da população, tornou possível a ligação das políticas sanitárias com os interesses de grupos econômicos que viam a doença e, conseqüentemente, a incapacidade produtiva da mão-de-obra, como uma fonte de grandes prejuízos. Durante a epidemia de gripe espanhola, essa preocupação levaria ao reconhecimento e valorização da necessidade da intervenção sanitária:

“No auxílio (...) na organização de obras estáveis e definitivas de assistência social, cujas necessidades a crise atual vai demonstrando, podem os nossos capitalistas encontrar meios práticos, belos e eficazes de atenuar, senão eliminar o perigo de um conflito entre o capital e o trabalho, que seria desastroso para o progresso econômico do Brasil.”²³

²² Nísia Trindade de Lima. Missões civilizatórias da República e interpretação do Brasil. In: *História, ciência, saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz, pp.163-193.

²³ *O Paiz*. 30 de outubro de 1918. p.4.

1 – Os Códigos de 1920 e 1923: novas diretrizes em tempos de “paz”.

O ano de 1921 marcaria a mudança na orientação do serviço sanitário brasileiro, que se caracterizou pelo distanciamento das teses do nacionalismo sanitário defendidas pela Liga Pró-Saneamento do Brasil sem, contudo, romper de todo com elas.²⁴ Problemas de ordem financeira²⁵, de orientação política fizeram com que personagens como Belisário Penna se desligassem do Serviço de Profilaxia Rural.

O desencanto de Penna com as barganhas políticas que impediam a plena efetivação de políticas públicas pautadas em preceitos científicos que solucionassem problemas sanitários dos sertões²⁶, e acabou fazendo com que o sanitarista, outrora tão amigo, se tornasse um grande opositor de Chagas. O diretor do Departamento, na conferência feita na Biblioteca Nacional em 1921, deixa claro as pressões exercidas pelas limitações do Tesouro e da economia nacional sobre o desenvolvimento das atividades sanitárias. Para Chagas continuava sendo necessário redimir a nação perante o mundo, mas era fundamental se desapegar do nacionalismo exagerado que marcava a visão parte do grupo sanitarista da época.²⁷

²⁴ Carlos Chagas. Conferência sobre a nova orientação do serviço sanitário brasileiro, realizada na Biblioteca Nacional em 04 de fevereiro. In: *Jornal do Comércio*, 11 de fevereiro de 1921. pp.4-5.

²⁵ Apesar do decreto que criava o Departamento Nacional de Saúde Pública estabelecer um fundo especial originado da taxaço de selos sanitários, da venda de bebidas e jogos de azar, ele nunca fora efetivamente implementados.

²⁶ Ver: Casa de Oswaldo Cruz/ FIOCRUZ. *Arquivos Carlos Chagas e Belisário Penna*.

²⁷ Carlos Chagas. Conferência sobre a nova orientação do serviço sanitário brasileiro (...). pp.4-5. O novo encaminhamento dos serviços sanitários se tornou carga de canhão para velhos e novos desafetos de Chagas, que no ano de 1923 lançaram dúvidas sobre sua autoria na descoberta do *trypanossoma cruzi*. Sobre essa discussão ver: *Anais da Academia Nacional de Medicina e Revista Brazil Médico* no decorrer do ano de 1923.

A impossibilidade, principalmente pelo viés financeiro, do Estado estabelecer programas sanitários que abarcassem até os sertões mais recônditos do país colocavam os sonhos de redenção sanitária nacional sob forte ameaça.²⁸ A perspectiva do Estado assumir as despesas dos serviços de saneamento em sua totalidade, sem esperar indenização, era compartilhada pelos sanitaristas que ocupavam os principais cargos nos serviços federais de saneamento. A exigência de pagamento pelos serviços executados pela União nos estados condenava as políticas públicas à descontinuidade, muitas vezes impedindo a renovação dos convênios, e negava o caráter nacional dos problemas de saúde pública.

O caráter voluntário e as políticas transitórias reforçavam a necessidade de completa estatização e nacionalização dos serviços de saneamento.²⁹ Contudo, tais problemas não impediram que o Estado expandisse seu poder sobre o território nacional e sobre a sociedade da Primeira República.

O Código Sanitário de 1920 sofreu algumas modificações visando adequações jurídicas, mais de acordo com a Constituição de 1891, e institucionais que buscavam uma delimitação mais precisa de cargos e atribuições. O Código de 1923 se traduziu num instrumento extremamente técnico e político. Ao mesmo tempo, novas diretrizes eram apresentadas aproximando-se mais de uma higiene urbano-industrial e que buscava normatizar todos os aspectos da vida numa grande cidade. Buscava também, estabelecer políticas públicas que contornassem os custos da expansão do capitalismo sobre a sociedade.

²⁸ O sanitarista Clementino Fraga substituiria Carlos Chagas na direção do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1926, ficando no cargo até 1930. Entre os anos de 1927 e 1928, Fraga busca ponderar com o governo sobre a inconveniência de interromper os trabalhos regulares do saneamento nos estados do Pará, Paraíba, Rio Grande do Norte, Maranhão e Rio de Janeiro devido à falta de pagamento, ameaçando pôr a perder todo o trabalho já realizado. Arquivo Clementino Fraga. Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ. *Arquivo Clementino Fraga*. CF/DNSP/1926-1940. documentos 1 e 2.

²⁹ Gilberto Hochman. *A era do saneamento (...)*. p. 198.

Para Madel Luz, a ciência médica é parte do Estado, é fruto da necessidade de intervenção sobre a vida social da população, que precisa ser organizada de acordo com novas relações sociais e econômicas. Ela viabiliza a organização racional da produção e da ordem social, através da produção de idéias que possibilitam padronizar o comportamento e os costumes dos grupos sociais, ditando modelos para todos os campos das atividades humanas.³⁰

O Estado atuava como um ator capaz de implantar a ordem, através de um modelo sanitário único e concentrador de poder. As estratégias usadas para assegurar a adequação do indivíduo ao modelo proposto reuniram elementos coercitivos e pedagógicos, visando torná-lo receptivo e apto às noções de higiene, cuja carga político-ideológica objetivava a produção de uma conduta permeável às iniciativas estatais.

A formação da autoridade pública possibilitou a extração, tanto no que toca às elites, quanto à população, dos recursos necessários para se lidar com os efeitos da interdependência humana. A criação da consciência social sobre a doença, que passou pela consciência dos laços de interdependência, se colocou como fundamental para a construção da nacionalidade.³¹

A atuação do Departamento Nacional de Saúde Pública revelava o intuito de medicalizar o conjunto da sociedade sob vários aspectos, como iniciativas políticas preventivas, educativas e higiênicas. O perfil higienista, normatizador e despótico, reforçava a autoridade do médico sobre o paciente, ao mesmo tempo que buscava elevar a qualidade de vida e trabalho dos cidadãos, reduzindo as possibilidades de adoecimento e propagação de doenças.

³⁰ Madel Luz. *Medicina e ordem política brasileira*. Rio de Janeiro: Graal, 1982. pp.16-17.

³¹ Gilberto Hochman. *Regulando os efeitos da interdependência (...)*.pp.43-44.

A higiene das habitações e a polícia sanitária teriam importante papel nas estratégias sanitárias, tanto para o meio urbano, quanto para o meio rural. A higiene das habitações³² viabilizava a ação coercitiva do poder público sobre a população, ao estabelecer minuciosas especificações para o usufruto do espaço doméstico. No meio rural, a eliminação de vetores, assim como a implantação de sistemas de esgoto e águas eram os pontos centrais das estratégias sanitárias para evitar a propagação de doenças.

No Distrito Federal, a atuação sanitária sobre as moradias abarcava aspectos sanitários e estéticos. Suas disposições incluíam metragens específicas para cada cômodo, disposições sobre o terreno, assim como ventilação, impermeabilização, revestimentos de pisos e paredes, regulação térmica, áreas, compartimentos e sistemas de águas e esgotos, que deveriam reger o espaço interno de casas operárias, particulares e coletivas.

Estipulava-se ainda multas e uma série de penalidades de acordo com a legislação federal, ficando a polícia sanitária responsável pela fiscalização da salubridade e dos vícios de construção. Estabeleciam-se exigências muitas vezes impossíveis de serem cumpridas para a maioria da população, sem informação e recursos financeiros.³³ Esse tipo de perspectiva era parte integrante de uma visão de que o ambiente doméstico era foco constante de doenças, que se traduziam em ameaça à

³² Decreto 14.354 de 15 de setembro de 1920. *Coleção das leis da República Federativa do Brasil*. Vol.3, Tomo II, 1921. Arts. 610-758. pp. 369-390. Decreto 16.300 de 31 de dezembro de 1923. *Coleção das leis da República Federativa do Brasil*. Vol.3, 1924. Arts. 1.103 -1.192,pp.468-469.

³³ O exame da documentação referente a 5ª Pretoria Criminal, *Série Infração Sanitária*, sobre a salvaguarda do Arquivo Nacional do Rio de Janeiro, nos permite analisar a grande pressão fiscal exercida sobre as infrações sanitárias na Cidade do Rio de Janeiro e a interferência sobre a vida da população. Após a aprovação do Código Sanitária nota-se um grande aumento de processos envolvendo infrações sanitárias.

coletividade. A casa é representada como o espaço de reprodução física e moral do indivíduo, que tinha na sua saúde seu maior capital.³⁴

As estratégias sanitárias assumiram grande carga político-ideológica, pois o próprio homem era visto como um *reservatório de doenças*.³⁵ Era uma ameaça aos demais indivíduos da sociedade, já que sua atuação corrompia e desequilibrava o meio em que vivia, propiciando a propagação de doenças. Para Fontenelle, por exemplo:

“A presença do homem, num meio limitado, modifica a ambiência (...) nas suas influências sobre o próprio homem. Mas até aí tudo ficaria reduzido aos interesses de uma só pessoa, se não fosse a necessidade de considerarmos as relações higiênicas entre diversos indivíduos, criando problemas sanitários de ordem coletiva que impõem à consideração dos dirigentes. (...).

(...). Nem tudo, no entanto, estará garantido por essa higiene do indivíduo, porque há problemas de proteção a cultura da saúde que escapam ao alcance dos esforços individuais que exigem dispêndio e intervenções que só as coletividades, por seus governos, estão em condições de poder garantir. Para a execução dessas medidas de higiene pública contribuem os indivíduos com uma parte considerável, cada qual cedendo um pouco de suas liberdades pessoais, para o benefício da comunidade, o que resulta por fim, em vantagens para cada um.”³⁶

Fontenelle vê a higiene individual e mesmo a coletiva, não apenas como uma forma de evitar doenças, mas como um mecanismo para aumentar, ao máximo, o rendimento do homem no trabalho. Considerava-se que o homem era o principal

³⁴ Nancy Tomes. The private side of the Public Health: Sanitary science, domestic hygiene and germ theory (1870-1900). In: *The Bulletin of the History of Medicine*. Vol.64, 1990. pp.509-539.

³⁵ Gustavo Lessa. O valor da desinfecção terminal. In: *Boletim sanitário do Departamento Nacional de Saúde Pública*. Maio de 1923.p.14.

³⁶ J.P. Fontenelle. *Introdução ao estudo da higiene pública*. Rio de Janeiro: Livraria Editora Leite Ribeiro, 1921.pp. 5-7.

responsável por sua doença ou saúde, e para preservá-la deveria colaborar com as autoridades sanitárias. Uma epidemia, uma doença transmissível, caracterizava-se como um mal público do qual ninguém escapava. Da mesma forma, a promoção da saúde se traduzia num bem público do qual nenhum indivíduo podia ser excluído, desde que se adaptasse ao modelo proposto para sua promoção.

O Estado, como um conjunto de instituições diferenciadas, reivindicava a centralização das ações, assim como o controle coercitivo sobre a população e o território. A implantação de novas políticas estatais permitiria a transformação e a expansão das capacidades do Estado e do sistema político. Esse processo também afetava as identidades sociais, metas e capacidades dos grupos que estariam tanto em conflito quanto em aliança no processo político.³⁷

O poder coercitivo do Estado se traduzia no mecanismo utilizado pelas elites políticas e sanitárias visando preservar as rotinas institucionalizadas, sem que para isso precisassem negociar com a sociedade civil.³⁸ Entretanto, a atuação sanitária instaurada após a reforma de 1920, buscou passar à população uma visão de neutralidade. Um dos mecanismos usados para tal intento era a educação do povo nos preceitos de higiene, que buscariam estabelecer a aceitação, pela população, das estratégias e políticas higiênicas que objetivavam a produção de uma conduta aberta às iniciativas estatais.

Para isso, em 1923, o Código Sanitário criou a Inspetoria de Propaganda e Educação Sanitária³⁹, que promovia a confecção e distribuição de folhetos, cartazes, filmes e jornais com noções escritas e ilustradas de higiene, visando à educação popular. Além disso, organizava publicações periódicas destinadas aos médicos e profissionais

³⁷ Gilberto Hochman. *A era do saneamento*. São Paulo: Anpocs/Hucitec, 1998. passim. Gilberto Hochman. Regulando os efeitos da interdependência. (...)p.46.

³⁸ Gilberto Hochman. Regulando os efeitos da interdependência. (...)p.45.

³⁹ Decreto 16.300 de 31 de dezembro de 1923. *Coleção das leis da República Federativa do Brasil*. Vol.3, 1924. Art. 108.p.619.

de saúde pública, para difundir os progressos da cultura sanitária. A promoção de conferências e a inserção de chamadas na imprensa diária buscavam ampliar a discussão pública sobre a saúde, buscando levar o indivíduo, através da consciência social, a conhecer o seu papel dentro dos elos da interdependência humana.

A educação seria o meio ideal e sua função política levaria o indivíduo a aceitar os novos preceitos, contornando as resistências às formas de governabilidade⁴⁰ e sanitária atenuando a relação de conflito que caracterizava as relações entre política sanitária e sociedade civil. Assim sendo:

“De efeito, ante à necessidade incontestável de se difundirem as boas noções de higiene, o nosso primeiro cuidado deverá ser o de indagar como se adquirem essas noções, como se fixam elas no psiquismo, sobretudo de indivíduos incultos ou com instrução rudimentar.

Não esqueçamos, em primeiro lugar, que decorrem do próprio instinto de conservação, possui toda a gente, boa e más, noções de higiene muito definidas. Transmitem-se elas de geração, modificando-se aos poucos com a experiência e a cultura intelectual, adquiridas na infância, quando penetram inconscientemente, não compreendidas nem explicadas, mas incorporando-se integralmente à personalidade.

(...). Mas se essas noções erradas se fixam no primeiro quartel de vida, enquanto se constitui a personalidade, fácil será sem dúvida substituí-las durante esse período. Não dependendo a sua fixação de boas premissas, nem de raciocínio algum, tão fácil de incorporar a personalidade do infante os bons quanto os maus princípios de higiene.

Para a educação higiênica do povo não há, pois, caminho mais seguro do que a escola primária. Pode-se adiantar, tal a primazia e superioridade desse meio, que todos os demais não devem ser considerados senão como acessórios, quase inúteis, não merecendo deter a nossa atenção e muito menos qualquer espécie de esforço organizado.”⁴¹

⁴⁰ Michel Foucault. *Microfísica do poder*. 12ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 1996. pp.277-293.

⁴¹ Educação Higiênica do Povo. In: *Brazil Médico*. 4 de fevereiro de 1922. Nº5. p.65.

A criança passa a ser alvo de intervenção político-ideológica-pedagógica através da escola e, principalmente, da professora primária, e as enfermeiras visitadoras, que substituíam as mães, anteriormente vistas como responsáveis pela procriação de uma prole sadia e pela socialização do indivíduo.⁴² Contudo, essas mães, geralmente, sem nenhuma instrução e com noções higiênicas incorretas e viciadas eram, na visão dos sanitaristas, as principais responsáveis pelo índice de mortalidade infantil elevado. Representante do futuro da raça e da nacionalidade, a falta de robustez e saúde e a alta mortalidade infantil, principalmente da criança que habitava o meio rural, era representada como símbolo do atraso nacional.

As reflexões sobre a saúde e a moral sanitária infantil levavam à defesa de uma educação normatizadora que visava a criação e a adoção de hábitos e atitudes considerados saudáveis e preventivos para se estabelecer uma nova forma de se relacionar com a doença. Ao mesmo tempo, revelava a valorização da raça brasileira, pois *nada justifica que nos empenhemos para obter estrangeiros, enquanto assassinamos nossos filhos (...) os criamos fracos, débeis em condições de manifesta inferioridade*.⁴³ A criança seria a forma mais eficaz de atuação por introduzir, no seio da família, os meios de adequação ao modelo proposto pelas políticas sanitárias.

Nesse contexto, reforçava-se a vigilância sobre as amas-de-leite, que só poderiam se empregar com carteira de saúde, considerada medida necessária para evitar a propagação de doenças, como a tuberculose e a sífilis, que eram objeto de grandes preocupações para as autoridades sanitárias, principalmente no meio urbano.⁴⁴ A atenção à criança está ligada também às pressões encaminhadas pelo Tratado de

⁴² Jurandir Costa Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1999. 4ª edição. Pp. 255-264.

⁴³ Educação Higiênica. In: *Brazil Médico*. 8 de maio de 1920, ano XXXIV, nº19. p.301.

⁴⁴ Decreto 16.300 de 31 de dezembro de 1923. *Coleção das leis da República Federativa do Brasil*. Vol.3, 1924. Art. 301. p.661, e art. 361.p.672.

Versalhes.⁴⁵ Por ele, o Brasil havia se comprometido a adequar e a melhorar as condições de vida e trabalho da mão-de-obra industrial, encarando essa questão como referente à soberania das nações.

Dentro dessa expectativa, a Inspetoria da Higiene Infantil⁴⁶ fixava normas para o trabalho de menores e mulheres cada vez mais empregados em fábricas, indústrias e oficinas. Tais normas regulavam a carga horária que não podia ser maior que 6 horas, e a proibição do trabalho noturno. No que diz respeito à criança, estabeleceu-se a proibição do emprego de menores de 12 anos em fábricas⁴⁷ ou de qualquer menor em fábricas de tabaco,⁴⁸ considerando-se para efeito da lei sanitária, como menores, os operários de 12 a 18 anos.

Facultava-se as mães, o repouso de 30 dias antes e depois do parto,⁴⁹ e exigia-se que os empregadores facilitassem a amamentação de seus filhos dentro dos estabelecimentos industriais⁵⁰, destinando para isso locais apropriados às crianças. Fixou-se ainda, através das empresas, a criação das *caixas a favor das mães pobres*, possibilitando às mães dispensarem cuidados aos filhos sem envolver a empresa ou o Estado.⁵¹ Criava-se e ampliava-se regulamentos sobre o funcionamento de creches, recolhimento de expostos, hospitais, maternidades e consultórios infantis, buscando oferecer serviços mais eficientes diante de um período de grande mortalidade infantil.

⁴⁵ *Anais da Câmara dos Deputados*. Sessão de 6 de dezembro de 1920. vol.13. pp. 482-657.

⁴⁶ Decreto 16.300 de 31 de dezembro de 1923. *Coleção das leis da República Federativa do Brasil*. Vol.3, 1924. Art. 379.p.665.

⁴⁷ Decreto 16.300 de 31 de dezembro de 1923. *Coleção das leis da República Federativa do Brasil*. Vol.3, 1924. Art. 351.p.671.

⁴⁸ Decreto 16.300 de 31 de dezembro de 1923. *Coleção das leis da República Federativa do Brasil*. Vol.3, 1924. Art. 354.p.671.

⁴⁹ Decreto 16.300 de 31 de dezembro de 1923. *Coleção das leis da República Federativa do Brasil*. Vol.3, 1924. Art. 345.p.671.

⁵⁰ Decreto 16.300 de 31 de dezembro de 1923. *Coleção das leis da República Federativa do Brasil*. Vol.3, 1924. Art. 348.p.671.

⁵¹ Decreto 16.300 de 31 de dezembro de 1923. *Coleção das leis da República Federativa do Brasil*. Vol.3, 1924. Art. 349. p.671.

O Código Sanitário publicado em 1923, portanto possibilitou a instauração de uma série de dispositivos que abarcariam tanto as questões sanitárias, quanto questões previdenciárias que, dentro da conjuntura da época, reclamavam intervenção. Devido aos efeitos que o desenvolvimento do capitalismo tem sobre a generalização da interdependência humana, e as pressões que as instituições internacionais exerciam para a uniformização das legislações e organizações sanitárias, exigia-se a criação de burocracias cada vez mais complexas e centralizadoras. Isso possibilitou que as estratégias dos sanitaristas não ficassem alheias aos interesses políticos e econômicos e pudessem ser implementadas.⁵²

O período de 1917-1920 foi de grande movimentação operária e suas reivindicações por melhorias na condição de vida e trabalho, aliadas as pressões de instituições internacionais preocupadas com o avanço da organização operária, levaram o Estado a esboçar respostas intervencionistas em relação a alguns desses problemas. As transformações na estrutura social, econômica e mesmo política ocorridas no Brasil, como também no cenário internacional do pós-guerra, levou ao governo a reconhecer a existência da questão social.

O corpo normativo dos códigos de 1920 e 1923 deve ser entendido como parte integrante do saber jurídico e médico, e não apenas como um simples reflexo da base econômica. A criação de leis e normas sanitárias se traduzia em estratégias de poder que, através da materialização de relações de forças e da legitimação do poder político institucionalizado, produzia efeitos estruturantes sobre a sociedade civil.

Um bom exemplo das relações estabelecidas entre os regulamentos sanitários e o conhecimento jurídico, pode ser visto através dos artigos 933 e 939 do regulamento de

⁵² Eliane Labra. *O movimento sanitarista dos anos 20: da conexão internacional à especialização em saúde pública*. Rio de Janeiro: EBRAP/ Fundação Getúlio Vargas, 1985. Dissertação de Mestrado. p. 131.

1920, que proibia a entrada⁵³ e possibilitava a repatriação⁵⁴ de imigrantes considerados indesejáveis. Ou seja, os portadores de lepra⁵⁵, tuberculose, tracoma, elefantíase ou câncer, ou qualquer outra moléstia ou lesão que se traduzissem em incapacidade para o trabalho, estabelecendo multas aos navios que insistissem em trazê-los para o país.⁵⁶ As atribuições no tocante a esses aspectos seriam mais bem delimitadas pela instauração do Código de 1923, mesmo ano em que seria aprovada pelo Congresso a lei permitindo a expulsão de estrangeiros, considerados ameaça a ordem pública.

O tratado de Versalhes estipulava normas para a inserção de trabalhadores nacionais e estrangeiros, mas deixava, no que diz respeito aos estrangeiros, a cada nação a liberdade de estabelecer limites para que não se criasse ameaças à sua soberania. Indiretamente, as políticas sanitárias abriram margem para uma intervenção política que ia além do aspecto sanitário.

Ao longo da década de 1920 e, principalmente da década de 1930, a legislação social se tornaria mais intensamente um mecanismo sobre o qual o poder público estabeleceria uma relação de proteção e dependência e, conseqüentemente, de reciprocidade com o trabalhador nacional. Pelo artigo 809 do Código Sanitário de 1920 o Departamento Nacional de Saúde Pública abria espaço para a promoção, junto ao Congresso Nacional, de leis relativas aos aspectos sanitários do trabalho industrial.⁵⁷

Esses dispositivos se configuram, de acordo com Ângela de Castro Gomes, num investimento que busca estabelecer a cooperação entre a classe trabalhadora e o Estado, minimizando a repressão desse sobre aquele e garantindo mecanismos capazes

⁵³ Decreto 14.354 de 15 de setembro de 1920. (...). Art. 933.p.426.

⁵⁴ Decreto 14.354 de 15 de setembro de 1920. (...). Art. 939.p.426.

⁵⁵ Decreto 14.354 de 15 de setembro de 1920. (...). Art. 942.p.427. Este artigo proibia o desembarque de leprosos nos portos da República, devendo os mesmos ser repatriados aos portos de origem.

⁵⁶ Decreto 14.354 de 15 de setembro de 1920. (...). Art. 941.p.427.

⁵⁷ Decreto 14.354 de 15 de setembro de 1920. (...). Art. 809.p.400.

de atenuar a desordem pública. Ao mesmo tempo, atendia-se ao patronato, que buscava a cooperação do poder público no processo de implantação da industrialização.⁵⁸

O progresso da industrialização acarretou um aumento dos problemas relacionados à pobreza e ao rebaixamento dos níveis de vida da população, que se refletiam sobre a saúde de todos, tornando necessário a adoção de medidas que visavam a proteção da saúde do trabalhador e a salvaguarda dos recursos humanos: Ou seja, de medidas que resguardassem a capacidade de produção do trabalhador, indispensável ao progresso e à manutenção da ordem pública e do desenvolvimento econômico do país. O artigo abaixo nos permite notar como as idéias tayloristas impregnavam o pensamento médico do período.

“(...) o corpo humano não é somente uma máquina que necessita combustível em forma de alimento para poder trabalhar, é também uma máquina viva, cuja estrutura, em constante atividade metabólica, está sempre a se reconstruir e a destruir-se a si mesma. Pode-se dizer mesmo que o trabalho é mais necessário a saúde do que o repouso, sendo um fenômeno agradável a fadiga resultante de um dia de trabalho suficiente.

(...). Deve-se ainda procurar para cada máquina humana o trabalho que melhor se adapte, isto é, em que grau de fadiga necessário, saudável, seja atingido como um rendimento ótimo. Os instrumentos, máquinas (...) devem ser fabricados para cada trabalhador, visando as suas condições pessoais e o aproveitamento máximo de sua capacidade.

Com a seleção médica e psicológica dos operários para cada espécie de trabalho, (...), é que se conseguirá reduzir o imenso desperdício de energia e de dinheiro que se verifica atualmente. (...). Dessa maneira haverá bem-estar e contentamento, aumento de habilidade e de produção, diminuindo a fadiga crônica e o descontentamento, a ineficiência e a pobreza.⁵⁹

⁵⁸ Ângela de Castro Gomes. *Burguesia e trabalho*. Política e legislação social no Brasil (1917-1937). Rio de Janeiro: Editora Campus, 1979, pp.40-46.

⁵⁹ *Brazil Médico*. 23 de outubro de 1920. Ano XXXIV, nº 43, p.710.

Ao mesmo tempo, as agitações promovidas pelo movimento operário acarretavam problemas de ordem pública e o governo poderia, através dos dispositivos sanitários, promover um equilíbrio inteligente entre as demandas da classe trabalhadora, e o desejo de ordem e proteção social.⁶⁰

Para levar tal intenção a efeito, uma das instituições criadas foi a Inspetoria de Higiene Industrial e Profissional⁶¹, que ficava responsável pela fiscalização do espaço industrial e dos profissionais que neste atuavam. Entre as suas principais atribuições, estava a concessão de licenças para o funcionamento ou transferência para outras localidades de indústrias, fábricas e oficinas. Do mesmo modo, ela estabelecia disposições técnicas e sanitárias para a estruturação do espaço, levando em conta as principais atividades industriais e o controle do grau de insalubridade oferecido pelas mesmas, como por exemplo, o uso de produtos químicos, a produção de vapores e poeiras. Para assegurar a saúde dos trabalhadores às substâncias usadas no processo industrial eram analisadas, cabendo ao inspetor aconselhar sua substituição quando oferecessem riscos à saúde .

As disposições referidas ampliavam e complementavam a lei de acidentes de trabalho, lei Eloy Chaves, que passou a vigorar pelo decreto 3.724 de 15 de janeiro de 1919⁶², que ficava sob a alçada da polícia. Em relação a essa lei, o Código de 1920 estabelecia ainda exames de invalidez, realizados por peritos médicos⁶³ para a concessão de licenças, jubilações e aposentarias de funcionários públicos, visando

⁶⁰ Ângela de Castro Gomes. *Burguesia e trabalho*. Política e legislação social no Brasil (1917-1937). Rio de Janeiro: Editora Campus, 1979. p.89.

⁶¹ Decreto 16.300 de 31 de dezembro de 1923. *Coleção das leis da República Federativa do Brasil*. Vol.3, 1924. Art. 1.019.p.801.

⁶² A lei dos acidentes de trabalho se encontrava em discussão na Câmara dos Deputados desde o ano de 1917, mas sua aprovação contou com um fator importantíssimo que foi a criação, em dezembro de 1918, da Comissão de Legislação Social da Câmara.

⁶³ Decreto 14.354 de 15 de setembro de 1920. (...). Art. 224.p.305.

detectar a incapacidade para o exercício das funções profissionais. Essa medida revelava uma preocupação com a legislação previdenciária, que acarretaria o estabelecimento das Caixas de Pensões e Aposentadorias em 1923,⁶⁴ mas que ficaria restrita, até 1930, aos funcionários das estradas de ferro e setores portuários.

Os empregados domésticos e do comércio também seriam alvo da intervenção sanitária pelos Códigos de 1920 e 1923⁶⁵, com a regulamentação de normas com grande carga normatizadora e coercitiva, através da exigência de carteira de saúde, que visava controlar a incidência de doenças transmissíveis sobre o conjunto da população. As carteiras de saúde estabeleciam um mecanismo de controle da mão de obra, que exercesse funções que pudessem se transformar em vetores de contaminação e transmissão de doenças. Através delas, as autoridades sanitárias controlavam a vacinação e revacinação compulsória, que junto com a própria doença, permitia-lhes negar a readmissão ao trabalho.

Entre as vinte doenças caracterizadas como de notificação compulsória - que os limites deste capítulo não permitem analisar - estão a lepra e a tuberculose, apesar dessa última não ter sua notificação como obrigatória. Elas receberam grande atenção dentro do Código, devido à extensão de sua propagação sobre a classe trabalhadora, principalmente urbana, em função da densidade populacional e das condições de vida sob as quais viviam. A atuação sobre essas duas doenças acarretaria um grande grau de coerção sobre a população, possibilitando a segregação social e espacial de indivíduos,

⁶⁴ No mesmo ano era criado o Conselho Nacional do Trabalho pelo decreto nº 16.027 de 30 de abril de 1923. Era um órgão consultivo e não deliberativo cujo papel era assessorar o Governo Federal em assuntos trabalhistas. Para uma leitura mais profunda ver: Ângela de Castro Gomes. *Burguesia e trabalho: política e legislação social no Brasil 1917-1937*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1979.

⁶⁵ Decreto 14.354 de 15 de setembro de 1920. (...). Art. 216. p.304 que regulamentava a Inspetoria Sanitária dos Empregados Domésticos e Decreto 16.300 de 31 de dezembro de 1923. Art.294.p. 660, que ampliava suas atribuições aos empregados do comércio através da Inspetoria Sanitária dos Empregados Domésticos e Comerciais.

vistos como ameaças constantes ao conjunto da população e à ordem pública e econômica.

A segregação dos leprosos era vista como a única saída disponível para conter a disseminação da doença, inclusive através dos portadores sãos, o que levou à proibição de exercer ofícios que os colocassem em contato com o público e com alimentos e objetos que fossem consumidos por outros.⁶⁶ A autoridade sanitária se incumbia de intimar os empregadores a dispensar o empregado portador dessas doenças. Ao mesmo tempo, o portador de lepra era apartado do convívio de sua família, que era alvo de normatização e de reformulação na convivência entre os seus membros, principalmente no que diz respeito aos filhos e cônjuges dos leprosos.

Ficava vedado aos portadores de tuberculose o exercício de cargos públicos⁶⁷ ou profissões que exigissem o convívio com crianças, professoras, governantas, amas-de-leite, enfermeiras, ou manipulação de alimentos⁶⁸, o que interferia no exercício de profissões como a de padeiro e cozinheiro, entre outras. A Inspetoria da tuberculose exigia, dos estabelecimentos industriais e fabris que empregassem grande número de pessoas, o estabelecimento de um serviço especial para tratamento e profilaxia da tuberculose.⁶⁹

As crianças também sofriam penas sociais, como quando no caso da lepra ficavam impedidas de frequentar escolas, mesmo que não apresentassem sintomas da doença. Além disso, o seu convívio no seio da família era desestruturado pela presença e as sanções da autoridade sanitária.

⁶⁶ Decreto 16.300 de 31 de dezembro de 1923. (...).Art 170. p. 633

⁶⁷ Decreto 14.354 de 15 de setembro de 1920. (...). Art. 454,p.340.

⁶⁸ Decreto 16.300 de 31 de dezembro de 1923. (...). Art. 620.p.718.

⁶⁹ Decreto 14.354 de 15 de setembro de 1920. (...). Art. 461.p.341. E, Decreto 16.300 de 31 de dezembro de 1923. (...). Art. 625. pp. 719-720.

O isolamento dos doentes de lepra e tuberculose poderia ser nosocomial ou domiciliário, dependendo do grau de ameaça que o portador e a doença pela qual ele se encontrava infectado representassem à coletividade. O isolamento domiciliar impunha responsabilidades, inclusive financeiras, à família e aos responsáveis pela casa, estabelecendo multas e sanções aos que não respeitassem os preceitos higiênicos e impedissem, de alguma forma, os trabalhos de vigilância médica. Nesses casos, era proibida a mudança de endereço, dentro ou fora do estado, sem a prévia notificação ao Departamento e à polícia sanitária que se incumbiria de avisar a autoridade sanitária do local de destino do enfermo para que tomasse as medidas cabíveis.

Muitas das doenças listadas como de notificação compulsória, a maioria delas de alto grau de letalidade, não tinham sua etiologia e modo de transmissão e cura conhecidos ou totalmente conhecidos, apesar do crescimento das pesquisas desencadeadas.⁷⁰ Para muitas delas, a cura se traduzia em mera utopia, devido às condições da época, que tinha como armas disponíveis para o combate à propagação, além da notificação, apenas a educação higiênica, o isolamento por pequenos períodos e, para algumas delas, a vacinação. O isolamento era uma questão controversa e foco de conflitos, como no caso da tuberculose de que trata o artigo abaixo:

“Não há como contestar as vantagens e a importância da diminuição dos agentes infecciosos na campanha contra a peste branca.⁷¹

O engano, porém, está em pensar que o combate ao micróbio se faz com isolamento hospitalar do doente, medida impossível de ser realizada sem um profundo desequilíbrio social.

⁷⁰ Pela pesquisa em periódicos médicos, principalmente *Brazil Médico* e a coleção *Trabalhos Diversos*, sob a salvaguarda da Academia Nacional de Medicina, notamos que a lepra, a tuberculose e as doenças venéreas foram alvo de grande quantidade de pesquisas.

⁷¹ Forma como era denominada a tuberculose.

Não importa, porém, que se isolem todos os tuberculosos, basta que se isolem todos os micróbios que ele elimine, basta que destrua os micróbios de seus escarros para que ele se torne inofensivo, e a prova disso é que são raríssimos os casos de médicos e enfermeiros, que se contaminam nos hospitais de tuberculosos.

(...). Basta que saibam se defender e que todos os doentes tenham consciência sobre os crimes que praticam contaminando seus amigos, os seus filhos, os seus parentes, os seus semelhantes. É uma questão de educação que obter-se-a sem isolamento hospitalar de todos, com o isolamento de micróbios virulentos de que é portador.

Para conseguir esse resultado ideal, nada é mais útil do que a propaganda e, sobretudo, a influência branda e persuasiva da enfermeira visitadora (...) impondo-se a confiança, penetrando no coração do doente, consegue o grande trabalho profilático, talvez o maior, o mais humano e o mais útil.”⁷²

O objetivo da notificação compulsória era mapear a ocorrência das doenças de maior letalidade e que mais problemas acarretavam às relações sociais e econômicas. A notificação, nessa época, se traduzia numa medida indispensável para a eficiência dos serviços sanitários. É neste contexto e através da sugestão do diretor do Departamento ao ministro do Interior⁷³ que, em 1923, a gripe⁷⁴ é inserida nesse rol de doenças, pois apenas o Estado tinha a capacidade de implementar políticas que impedissem o seu alastramento sobre outras regiões.

A notificação compulsória representava também os interesses específicos desse segmento da corporação médica que buscava se assegurar, enquanto gestora da saúde pública, da ampliação de sua participação profissional nas esferas de saúde.⁷⁵ As estratégias e ações sanitárias colocavam os interesses coletivos como superiores aos

⁷² Dr Amaury de Medeiros. O problema da Tuberculose. In: *Brazil Médico*. 15 de outubro de 1921. Ano XXXV, nº14. p.198.

⁷³ Através do artigo 315 do decreto de 1920, Carlos Chagas propõe ao ministro da Justiça e Negócios Interiores a inclusão da gripe como moléstia de notificação compulsória.

⁷⁴ Decreto 16.300 de 31 de dezembro de 1923. (...). Art. 59. p. 705.

⁷⁵ André de Faria Pereira Neto. *Ser médico no Brasil: o passado no presente*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. pp.52-56.

interesses particulares, reafirmando as dificuldades existentes na atuação médica em separar o âmbito público do privado, pois:

“A liberdade de não ser infectado vale bem a de espalhar tais germens; mas a liberdade de viver deve prevalecer sobre a liberdade de matar. Envenenar, matar, não é usar de liberdade, é violá-la e a lei que se opuser a semelhante ato não ofende a liberdade, pelo contrário, a salvaguarda. A conclusão indiscutível, é que a coerção legal, nos limites em que ficou demonstrado ser necessária a proteção da saúde do maior número, não é somente legítima, mas ainda se impõe às sociedades como um dos nossos essenciais deveres.”⁷⁶

Porém, a notificação de doenças transmissíveis estabeleceria um frutífero campo de conflito entre sanitarista e clínica médica ou medicina liberal, uma vez que interferia na autonomia do trabalho médico, redimensionando o segredo profissional e, conseqüentemente, a relação médico-paciente, que era predominantemente liberal e caracterizada pelo sigilo.⁷⁷ Da mesma forma, este mecanismo tinha conseqüências desfavoráveis para ambos os lados, pois a possibilidade de ser segregado da sociedade, mediante ao caráter obrigatório do isolamento – nosocomial ou domiciliário -, levava o paciente a evitar o tratamento médico. Além disso, o Código dava ampla margem para o uso de força policial, visando o respeito às normas estabelecidas não só para a notificação compulsória, como também para a higiene das habitações e para a vigilância médica dos portadores de moléstias transmissíveis.

⁷⁶ Carlos Seidl. A função governamental em matéria de higiene. In: *Anais da Biblioteca Nacional*, 1916. vol.35. p.181.

⁷⁷ André de Faria Pereira Neto. *Ser médico no Brasil: o passado no presente*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p.58.

Perdas econômicas se efetivavam para os profissionais da medicina curativa, visto que o estabelecimento de uma perspectiva preventiva, através de medidas higiênicas, tenderia a reduzir a oferta de clientes no mercado da cura. Ao diminuir a incidência de doenças, reduzia-se a demanda de consumo de serviços de medicina curativa.

A excessiva regulação sobre as profissões de saúde, envolvendo médicos, farmacêuticos, obstetras, dentistas e parteiras, permitia um outro mecanismo de controle do mercado de bens e serviços de saúde, através da interferência do Estado. Era também, fruto da necessidade de vigilância sobre os excessos no exercício das liberdades individuais, visando deter a propagação de doenças infecto-contagiosas. Buscava-se evitar também especulações de caráter financeiro, como a atuação de médicos na área de farmácia, e cultural, como fora o caso do combate ao charlatanismo.

A política social ampliava o mercado para os serviços médicos, ampliando as oportunidades para a massa profissional dentro da medicina assalariada. Para Edmundo Campos, diante disso, de nada valeria a perícia se as liberdades e direitos individuais permanecessem como obstáculos à racionalização das diferentes esferas institucionais, ou como entraves aos interesses coletivos representados pelo Estado.⁷⁸ A regulamentação estabelecia canais clientelísticos com o Estado e cedia poderes às lideranças profissionais para o controle do mercado de trabalho, através de uma combinação de organização e disciplina interna, além do controle sobre as práticas profissionais que visavam à eliminação de concorrentes não qualificados.

Esse controle caminhava junto com um movimento de especialização da profissão de sanitarista, objetivando a construção de diferentes identidades profissionais

⁷⁸ Edmundo Campos Coelho. *Profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro (1822-1930)*. Rio de Janeiro: Record, 1999. p.274.

pela diferenciação entre médicos clínicos e higienistas/sanitaristas, o que se efetivaria pela reforma do ensino em 1925. Essa reforma possibilitou a criação de cursos destinados à formação em higiene, saúde pública e doenças tropicais, mas não nos debruçaremos sobre esse interessante aspecto, nesse trabalho.⁷⁹ As profissões em formação, como no caso do sanitarismo no Brasil, dependem do Estado, assim como a formação do Estado é uma das condições para sua autonomia. Nessa relação com o Estado, os profissionais de saúde pública abriam caminho para a ocupação de cargos na administração pública e na participação no poder.

Para Edmundo Campos Coelho, o código de 1920, como também o de 1923, buscava salvaguardar a concepção de uma sociedade administrada por peritos, o que, ao longo da década, se mostraria inviável, não apenas pela decadência das idéias positivistas, como pelos conflitos entre médicos e juristas.⁸⁰

A reforma da saúde pública e as estratégias políticas que se implementaram após a sua concretização visavam garantir o funcionamento do Estado, sobretudo no Distrito Federal, foco do exercício político e símbolo da soberania nacional. Com ela, ampliava-se a capacidade de intervenção do Estado sobre a sociedade, colocando-se à disposição do poder público uma série de procedimentos, técnicas, mecanismos, instituições e conhecimentos. Esses fatores ampliariam o exercício da governabilidade do Estado, aumentando sua capacidade de produzir políticas públicas.

⁷⁹ O curso de especialização em higiene e saúde pública foi inaugurado em 1926 na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sendo ministrado em parceria com o Instituto Oswaldo Cruz. Carlos Chagas inaugurou seu curso de medicina tropical no dia 14 de setembro de 1926.

⁸⁰ Edmundo Campos Coelho. *Profissões imperiais* (...).p.284.

CONCLUSÃO

“É uma trágica festa emocionante!
A bacteriologia inventariante
Toma conta do corpo que apodrece ...
E até os membros da família engulham,
Vendo as larvas malignas que se embrulham
No cadáver malsão, fazendo um s.

Num suicídio graduado, consumir-se,
E, após tantas vigílias, reduzir-se
À herança miserável de micróbios!

Augusto dos Anjos¹

A ocorrência da epidemia de gripe espanhola na cidade do Rio de Janeiro trouxe impactos de médio prazo para os campos político e médico, o que possibilitou a sedimentação da consciência social sobre a necessidade de uma intervenção mais ampla dos poderes públicos sobre as políticas e instituições de saúde. Ao mesmo tempo, estabeleceu a necessidade de se reformar a Diretoria Geral de Saúde Pública, visando

¹ Augusto dos Anjos. Monólogo de uma sombra. In: *Eu e outras poesias*. 43ª Edição. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. p.93.

dotá-la de maior liberdade de ação, de capacidade técnica e material e racionalização da produção dos serviços sanitários. O grande objetivo era evitar que, em tempos de crise, a Diretoria fosse regida pelo signo do imprevisto, e que se pudesse preservar a organização sanitária. A defesa da reforma visava garantir o funcionamento do Estado e ampliar a sua capacidade de intervenção sobre a sociedade, colocando a disposição do poder público uma série de procedimentos, técnicas, mecanismos, instituições e conhecimentos.

A gripe, através da consciência sobre os efeitos da interdependência humana sobre a coletividade, legitimou o discurso do movimento sanitário, que tinha sua maior expressão na Liga Pró-saneamento do Brasil. A Liga defendia a necessidade de políticas coletivas, nacionais e compulsórias para todo o país. Isso acabou dando margem para a valorização das demandas pela construção de um organismo autônomo, que já vinham sendo encaminhadas pelo movimento sanitarista há anos. Nesse sentido, a epidemia transformaria a saúde, definitivamente, num mecanismo de engenharia política que possibilitaria a concretização das almejadas reformas, finalmente implementadas na década de 1920. Através dos impactos políticos e simbólicos da espanhola potencializou-se as discussões sobre a reforma e, mais especificamente, sobre a centralização da administração das questões sanitárias numa única instituição, no Distrito Federal.

A incapacidade de atuar sobre a moléstia no Distrito Federal acabou impedindo o pleno exercício do governo da cidade, legitimando a intervenção governamental não só a nível local, como também nacional, como forma de salvaguardar a ordem pública. Os sanitaristas, por exemplo, buscavam explicar a epidemia como fruto dos descasos com a saúde da população. A desorganização social,

política e econômica do Rio de Janeiro durante a epidemia, transformou-se em campo fértil para que as elites médicas e políticas, e mesmo a sociedade em geral, se levantassem contra os descasos e desmandos em relação à saúde da população.

Juntamente a isso, pedidos de socorro, durante e após a epidemia, devido à falta de recursos técnicos e financeiros dos estados para combater a moléstia e a desestruturação sanitária, se alargariam em algumas localidades. Naquele momento, ampliou-se a intervenção federal sobre as esferas locais, criando-se a oportunidade propícia para a defesa, mediante ao pedido de auxílio dos estados, de uma maior penetração do poder público, através da atuação sanitária federal.

A extensão da epidemia e os limites das instituições governamentais em estabelecer socorros à população da Capital Federal geraram críticas ao exercício de governo, exigindo, assim, que a saúde fosse englobada na agenda política governamental. As diversas incursões de surtos de gripe pela cidade e pelo interior, principalmente no ano de 1919, reforçaria a necessidade do Estado tomar à frente sobre a gestão da saúde pública buscando preservar a organização sanitária e a ordem pública, que poderia acarretar, como no período da epidemia, incapacidades e obstáculos ao exercício de poder.

Contudo, a epidemia se traduziu também num momento de ganhos políticos e sociais para alguns atores, como foi o caso de Carlos Chagas. Através de sua atuação se legitimaria a figura dos sanitaristas enquanto burocratas de Estado, comprometidos com os projetos políticos e administrativos das elites políticas dirigentes da República.

Vistos como um grupo detentor de um capital político, técnico, e social específico e necessário para lidar com as questões de ordem pública os sanitaristas aumentaram sua participação nos quadros do Estado. A presença de Carlos Chagas à

frente da direção sanitária desencadeou o estabelecimento de estratégias de manutenção de poder e status, que privilegiaram o grupo sanitarista, abrindo e ampliando espaços dentro da organização pública nacional.

A epidemia reforçava a necessidade de políticas que se voltassem para as condições de vida da população que, diante de aspectos como a carência alimentar, do saneamento habitacional, das condições de trabalho insalubres e da crescente densidade populacional, se traduziam em fontes de deterioração da saúde do indivíduo transformando-o num potencial vetor de doenças. O evento reafirmaria a necessidade de reorganização da atuação sanitária numa sociedade em grande desenvolvimento, revelada pela complexidade das dependências recíprocas, alargadas pela expansão do capitalismo no mundo.

Como paradigma de interdependência, a gripe desencadearia a necessidade de uma atuação sanitária global intervindo em todos os aspectos da vida da população e em todas as relações sociais vivenciadas pelo indivíduo. Nesse sentido, a desorganização econômica da capital abriu margem para que as classes econômicas pedissem a cooperação do Estado, visando implementar políticas sociais e sanitárias que buscassem lidar com a generalização das interdependências e os efeitos das adversidades e deficiências humanas.

Isso aumentaria a capacidade de intervenção do Estado sobre a população, através da criação de uma complexa burocracia que poderia contornar os efeitos da interdependência, reduzindo-a a soluções legais, administrativas e compulsórias. Ao mesmo tempo, abria e ampliava espaços para esses sanitaristas nos quadros estatais, na administração pública e no mercado de trabalho permitindo um íntimo relacionamento com as esferas de poder.

O estabelecimento de políticas sociais, através dos Códigos Sanitários de 1920 e 1923, tornava-se também uma questão política que visava atender às exigências de organizações internacionais e do Tratado de Versalhes, que buscavam a inserção da mão-de-obra aos padrões de produção industrial. Os códigos se tornariam instrumentos políticos e técnicos que permitiriam ao Estado lançar mão de novas formas de exercício de poder sobre a população nacional.

FONTES

Fontes Impressas

AZEVEDO, Altino de. *Do estudo clínico da gripe*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1919.

BARROS, Dias. As conquistas da medicina. In: *Anais da Biblioteca Nacional*, 1913. vol.35. pp.153-162.

BASTOS, José Zeferino. *A Epidemia de Gripe no Rio de Janeiro em 1918*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina \ Tipografia Leuzinger, 1919.

COUTO, Miguel. *Contribuições para o estudo das desordens funcionais da influenza*. Rio de Janeiro: s/ed., 1898.

_____. A criação do Ministério da Saúde. In: *Revista Médico Cirúrgica do Brasil*, julho 1919, nº 7. pp. 383-387.

DÓRIA, João Rodrigues. Discursos Parlamentares. In: *Academia Nacional de Medicina/ Coleção Trabalhos Diversos*. vol. 46, nº8, 1919.

- FONTENELLE, José Paranhos. *Introdução ao estudo da higiene pública*. Rio de Janeiro: Livraria Editora Leite Ribeiro, 1921.
- FREITAS, Otávio de. *A Influenza Epidêmica em Pernambuco em 1918: Relatório Apresentado ao Governador do Estado*. Recife: Imprensa Industrial, 1918.
- MEYER, Carlos Luiz & TEIXEIRA, Joaquim Rebello. *A gripe epidêmica no Brasil e especialmente em São Paulo*. São Paulo: Casa Duprat, 1920.
- MONCORVO FILHO, Arthur. *A assistência pública e a assistência privada: relações e regulamentações*. Rio de Janeiro: Tipografia Besnard Fères, 1922.
- _____. *O Pandemônio de 1918*. Rio de Janeiro: Departamento Nacional da Criança, 1924.
- _____. & NOVAES, Júlio. *Higiene escolar*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1916.
- MOREIRA, Juliano. *Distúrbios psíquicos no curso da Influenza durante a última Pandemia*. In: Arquivos de Medicina – edição especial Rio de Janeiro: s\ed., 1918.
- PAMPLONA, Ubiratan. *Do tratamento da infecção gripal*. Rio de Janeiro: Tese da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1919.
- PEIXOTO, Afrânio. *Elementos de higiene*. Rio de Janeiro: Francisco Alves e Cia, 1913.
- PENNA, Belisário. Liga Pró-Saneamento do Brasil: alocução do seu presidente e fundador. In: *Revista Médico Cirúrgica do Brasil*. Fevereiro 1918, nº2. pp. 64-73.

- _____. *O Saneamento do Brasil*. Rio de Janeiro: Editora dos Tribunais, 1918.
- _____. *Exército e saneamento*. Rio de Janeiro: Tipografia da Revista dos Tribunais, 1920.
- _____. *Profilaxia do impaludismo no Brasil*. São Paulo: Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, 1921.
- _____. *Defesa Sanitária do Brasil*. Rio de Janeiro: Tipografia da Revista dos Tribunais, 1922.

PEREIRA, Miguel. O Brasil ainda é um imenso Hospital: discurso pronunciado por ocasião do retorno do Prof. Aloysio de Castro da República da Argentina. In: *Revista de medicina do Centro acadêmico Oswaldo Cruz da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. Nº 22, vol.3, 1922. pp.3-7.

PINTO, Otávio. *A epidemia de Gripe no Rio de Janeiro: seus prodomos e formas clínicas*. In: *Arquivos Brasileiros de Medicina*. Rio de Janeiro: s\ed., 1918.

SEIDL, Carlos Pinto. A função governamental em matéria de higiene: conferência realizada em 28 de novembro de 1913. In: *Anais da Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro*, 1916, vol 35. pp. 175-190.

_____. *A Propósito da Pandemia de Gripe de 1918: Argumentos e Fatos Irresponsáveis*. Rio de Janeiro: Bernard Frères, 1919.

SODRÉ, A. A. de Azevedo. *Saneamento do Brasil: discursos*. Rio de Janeiro: Tipografia Bernard Frères, 1918.

_____. *Trabalhos parlamentares: discursos e pareceres*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1920.

TOBIAS, Jose W. *La epidemia de gripe de 1918-1919*. Buenos Aires: Tese da Faculdade de Ciencias Médicas da Universidade Nacional de Buenos Aires, 1919.

Artigos em Jornais e Revistas

Vírus. In: *Observatório da Imprensa*. Lisboa. 9 de setembro de 1997.p.11.

Corpos gelados guardam vírus da gripe espanhola. In: *O Globo*. 8 de novembro de 1997. p. 43.

Caçadores de vírus. In: *Veja*. 5 de novembro de 1997. pp.62-65.

Virologia. In: *Diário de Notícias*. Lisboa. 6 de maio de 2002. p.19.

Científicos britânicos quieran “resucitar” el virus de la española. In: *El mundo*. Madrid, 06/05/2002. p.23.

Jornal A Tarde – www.ufba.br.

Biblioteca da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro.

Boletim da Prefeitura do Rio de Janeiro (1918, vol. 56)

Anais do Conselho Municipal do Distrito Federal – 1918.

Anais da Câmara dos Deputados – 1918-1920.

Academia Nacional de Medicina

Boletim da Academia Nacional de Medicina – 1918 –1920

Brasil Médico –1918-1923

Estatutos da Academia Nacional de Medicina – 1913.

Arquivos Brasileiros de Medicina 1918-1919.

Revista Saúde – Órgão da Liga Pró-Saneamento do Brasil - 1918-1919

Coleção Trabalhos Diversos – 120 volumes

Arquivo Nacional do Rio de Janeiro

Legislação

Coleção das Leis da República dos Estados Unidos do Brasil. Rio de Janeiro: Imprensa nacional. (1917-1923).

Relatórios

Relatório do Ministério da Justiça e Negócios Interiores – 1917-1920.

Conjuntos documentais

Série Justiça-Administração Geral - pacotes IJ² 549 a 799.

5ª Pretoria Criminal – Série Infração Sanitária

Processos 1918 – 70.16525, 70.16526, 70.16527.

Processos 1919 – 70.16528, 70.16537, 70.16541, 70.16586, 70.16592.

Processos 1920 – 70.16544, 70.16561, 70.16567, 70.16575, 70.16583, 70.16591, 70.16595, 70.16599, 70.16608, 70.16611, 70.16645.

CPDOC

Arquivo Arthur Neiva – Centro de Pesquisa e Documentação Histórica \ Fundação Getúlio Vargas.

Fundação Biblioteca Nacional

Relatórios e Boletins

Relatório dos Presidentes de Estado, Rio de Janeiro – 1918-1920.

Relatório dos Presidentes de Estado, Bahia – 1919.

Relatório dos Presidentes de Estado, Espírito Santo – 1919.

Relatório dos Presidentes de Estado, Maranhão – 1919.

Relatório dos Presidentes de Estado, Pernambuco – 1919.

Relatório sobre a Epidemia de Gripe Pneumônica em Lisboa.

Relatórios da Santa Casa de Misericórdia – 1918 -1919.

Relatórios da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro – 1918-1919.

Boletim da Estatística Demográfico-Sanitário da Cidade do Rio de Janeiro – 1918-1919.

Boletim Sanitário do Departamento Nacional de Saúde Pública – 1922-1924.

Jornal de Propaganda e Educação Sanitária – 1925.

Anais da Câmara dos Deputados. Rio de Janeiro: Imprensa nacional – 1918-1920.

Anais da Biblioteca Nacional

Anais da Biblioteca Nacional vol.35 – 1913.

Periódicos (1918-1920)

Correio da Manhã

Jornal do Commercio

O Careta

O Paiz

A Razão

A Rua

Revista Fon-Fon

Revista Saúde

Revista da Semana

Fundação Oswaldo Cruz

Arquivo Belisário Penna – Casa de Oswaldo Cruz \ Fundação Oswaldo Cruz

Arquivo Carlos Chagas - Casa de Oswaldo Cruz \ Fundação Oswaldo Cruz

Memórias do Instituto Oswaldo Cruz - 1918-1919.

Fontes orais.

FREIRE, Nelson Antonio – entrevista concedida à autora em 11/09/1990. (3 horas de entrevista).

FREIRE, Virgínia Motta – entrevista concedida à autora em 11/09/1990. (1 hora de entrevista).

BIBLIOGRAFIA

- ABRÃO, Janete Silveira. *A espanhola em Porto Alegre, 1918*. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1995. Dissertação de Mestrado.
- ADDOR, Carlos. *A Insurreição anarquista no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Dois Pontos, 1986.
- ACKERKNECHT, Erwin H. Anticontagionism between 1821 and 1867. In: *The Bulletin of the History of Medicine*. vol. 22, 1948. pp. 562-593.
- ANJOS, Augusto dos. *Eu e outras poesias*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. 43ª edição.
- ARGAN, Giulio Carlo. *História da arte como história da cidade*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- ARIÈS, Philippe. *O homem diante da morte*. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves, 1982. 2 volumes.
- AUGÉ, Marc e HERZLICH, Claudine. *The meaning of Illness*. Harwood Academic Publishers, 1995.

AYLWARD, Bruce *at alli*. When is a Disease Eradicable? 100 years of leasson learned. In: *American Journal of Public Health*, vol. 90, 2000. pp. 1515-1520. (em pdf. www.apha.org).

BENCHIMOL, Jaime Larry. *Manguinhos do sonho à vida: A ciência na Belle époque*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/ Fundação Oswaldo Cruz, 1990.

_____. *Pereira Passos - um Haussmann tropical: a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, 1992. Coleção Biblioteca Carioca, vol.11.

_____. e Teixeira, Luiz Antonio. *Cobras, lagartos e outros bichos: uma história comparada dos Institutos Oswaldo Cruz e Butantan*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1993.

_____. *Dos micróbios aos mosquitos: a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: UFRJ\Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. *Epidemia e sociedade: A Gripe Espanhola no município de São Paulo*. São Paulo: Dissertação apresentada a Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas de Universidade de São Paulo, 1986.

BERTUCCI, Liane Maria. *Saúde: arma revolucionária*. Campinas: UNICAMP\ Centro de Memória, 1997.

_____. *Influenza, a medicina enferma*. São Paulo: tese apresentada ao Departamento de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, 2002.

- BOCCACCIO, Giovanni. *Decamerão*. São Paulo: Abril Cultural, 1971.
- BOSI, Ecléa. *Memória e sociedade: lembranças dos velhos*. São Paulo: T. A. . Queiroz, 1983.
- BOURDIEU, Pierre. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. 43ª edição.
- BRANDT, Allan e GARDNER, Martha. Anticontagionism and accommodation: Interpreting the relationship between Public Health and medicine in the United States during 20th century. In: *American Journal of Public Health*. vol. 90, nº5, May 2000. pp. 191-198. (em pdf. www. Apha. Org).
- BRITO, Nara de Azevedo. Saúde e Nação: A campanha de saneamento rural pela imprensa do Rio de Janeiro (1918-1919). In: *Estudos de História e Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1990. p. 1-38.
- _____. La dansarina: A Gripe Espanhola e o cotidiano da cidade do Rio de Janeiro. In: *História, Ciência, Saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1991. pp.11-30.
- _____. *Oswaldo Cruz: A construção de um mito na ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 1995.
- BURKE, Peter. *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: Unesp, 1992.
- CARDOSO, Ciro Flamarion e VAINFAS, Ronaldo. *Os domínios da história*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.
- CARVALHO, José Murilo de. *Os bestializados: O Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

- _____. *Formação das almas: o imaginário da República no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- _____. *Pontos e bordados: escritos de história e política*. Belo Horizonte: UFMG, 1999.
- CHAGAS FILHO, Carlos. *Meu Pai*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/ Editora Fundação Oswaldo Cruz, 1993.
- CHALHOUB, Sidney. *Cidade febril: Cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- CHRÉTIEN, Claude. *A ciência em ação*. São Paulo: Papyrus Editora, 1994.
- COELHO, Edmundo Campos. *As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro (1822-1930)*. Rio de Janeiro: Editora Record, 1999.
- CORBIN, Alan. *Les miasme et la jonquille*. Paris: Champs Flammarion, 1986.
- _____. *Sabores e odores*. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.
- COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- COSTA, Nilson Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: as origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985.
- CUNHA, Euclides da. *Os sertões*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1952.
- CZERESNIA, Dina. *Do contágio a transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico*. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 1997.

- DANTES, Maria Amélia M. (org). *Espaços de ciência no Brasil (1800-1930)*. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Oswaldo Cruz, 2001. Coleção História e saúde.
- DONNANGELO, Maria Cecília F. & PEREIRA, Luiz. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- EISENSTADT, S.N. *Modernização, protesto e mudanças: modernização das sociedades tradicionais*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1969.
- ELIAS, Norbert. *Introdução à sociologia*. Lisboa: Edições 70, 1980.
- _____. *O processo civilizador*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1993. 2 volumes.
- _____. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.
- _____. *Mozart: sociologia de um gênio*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1994.
- FARIA, Lina Rodrigues de. *A fase pioneira da reforma sanitária no Brasil: a atuação da Fundação Rockefeller (1915-1930)*. Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1994.
- FAUSTO, Boris (org.). O Brasil republicano: estruturas de poder e economia (1889-1930). In: *História geral da civilização brasileira*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997. Tomo III, vol. 8.
- _____. O Brasil republicano: sociedade e instituições (1889-1930). In: *História geral da civilização brasileira*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997. Tomo III, vol. 9.
- FERNANDES, Tânia Maria. *Vacina antivariolosa: ciência, técnica e o poder dos homens (1808-1920)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

FERREIRA, Marieta de Moraes (coord.). *Rio de Janeiro: uma cidade na história.*

Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 2000.

FERREIRA, Luiz Otávio. *Os Politécnicos: ciência e reorganização social segundo o pensamento positivista da escola politécnica do Rio de Janeiro.*

Rio de Janeiro: Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1989.

FOUCAULT, Michel. *A microfísica do poder.* Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. *Vigiar e punir.* 3 edição. Petrópolis: Vozes, 1984.

_____. *O nascimento da clínica.* 5ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

FOUREZ, Gerard. *A construção das ciências: Introdução à filosofia e à ética das ciências.* São Paulo: UNESP, 1995.

FREE, Elizabeth. Designing schools of Public Health for the United States. In: FREE, E. e ACHESON, R.M. (org). *A history of education in Public Health: Health that Mock the doctor's rules.* Oxford: Oxford University Press, 1991. pp. 155-194.

_____ e PORTER, Dorothy. Public Health, preventive medicine and professionalization: England and América in nineteenth century. In: WEAR, Andrew (org). *Medicine in society: historical essays.* Cambridge: Cambridge University Press, 1992. pp. 249-275.

GARRET, Laurie. *A próxima peste: novas doenças num mundo em desequilíbrio.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.

- GOMES, Ângela de Castro. *Burguesia e trabalho: política e legislação social no Brasil (1917-1937)*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.
- _____. *A invenção do trabalhismo*. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 1994.
- _____. *Essa gente do Rio: Modernismo e nacionalismo*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas Editora, 1999.
- _____. A política brasileira em busca da modernidade: na fronteira entre o público e o privado. In: SCHWARCZ, Lilia Moritz (org.). *A história da vida privada no Brasil 4: contrastes da intimidade cotidiana*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
- HANNAWAY, Caroline. Environment and Miasmata. In: W. F. Bynun and Roy Porter (ed). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol 1. London and New York: Routledge, 1993. pp-292-307.
- HEGENBERG, Leônidas. *Doença um estudo filosófico*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Oswaldo Cruz, 1998.
- HOBBSAWN. Eric e RANGER, Terence. *A invenção das tradições*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.
- HOBBSAWN, Eric. *Nações e nacionalismo desde 1870*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1991.
- _____. *Era dos extremos: o breve século XX (1914-1991)*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- _____. *Sobre a história*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
- _____. *Mundos do trabalho: novos estudos sobre história operária*. 3ª edição. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

HOCHMAN, Gilberto. *Veto e negociação: a centralização da política de saúde na Câmara dos Deputados (1918-1919)*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz \ Fundação Oswaldo Cruz, 1991. datilo.

_____. Regulando os efeitos da interdependência: Sobre as relações entre saúde e a construção do Estado (1910-1930). In: *Estudos Históricos*. Vol.6, nº 11, 1994. pp. 40-61.

_____ e Lima, Nísia Trindade. Condenado pela raça e absolvido pela medicina: O Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da Primeira República. In: CHOR MAIO, Marcos e SANTOS, Ricardo Ventura (org.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Oswaldo Cruz/ Centro Cultural Banco do Brasil, 1996.

_____. Logo ali, no final da avenida: Os sertões redefinidos pelo movimento sanitário da Primeira República. In: *História, Ciência e Saúde*, vol.5, suplemento. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Casa de Oswaldo Cruz, julho 1998. pp 217-236.

_____. *A era do saneamento*. São Paulo: HUCITEC\ANPOCS, 1998.

KOLATA, Gina. *Gripe: a história da pandemia de 1918*. Rio de Janeiro: Record, 2002.

IYDA, Massako. *Cem anos de Saúde Pública: A cidadania negada*. São Paulo: UNESP, 1994.

LABRA, Eliane. *O movimento sanitarista dos anos 20: da conexão sanitária internacional à especialização em saúde pública*. Dissertação de Mestrado –EBRAP\Fundação Getúlio Vargas, 1985.

- LATOUR, Bruno. Le Théâtre de la preuve. In: SALOMON-BAYET, Claire (org.). *Pasteur et la Revolution Pasteurienne*. Paris: Payot, 1986.
- _____. *A ciência em ação: Como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: UNESP, 1997.
- LEAVIT, Judith W. Politics and Public Health: Smallpox in Milwaukee 1894-95. In: *Bulletin of the History of Medicine*. nº50, 1976. pp. 553-568.
- _____. Typhoid Mary strikes back: bacteriological theory and practice in early twentieth-century public health. *Isis*, 1992, vol.83. pp. 608-629.
- LESSA, Renato. *A invenção Republicana: Campos Sales, as bases e a decadência da primeira república*. Rio de Janeiro: IUPERJ \ Vértice, 1990.
- LIMA, Nísia Trindade. Missões civilizatórias da República e interpretação do Brasil. In: *História, Ciência e Saúde*, vol.5, suplemento. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Casa de Oswaldo Cruz, julho 1998. pp 163-194.
- LUZ, Madel T. *Medicina e ordem política brasileira: Políticas e instituições de saúde (1850-1930)*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.
- MAYER, Arno J. *A força da tradição: A persistência do Antigo Regime*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- MERHY, Emerson Elias. *O capitalismo e a saúde pública*. São Paulo: Papyrus, 1987.
- MONTELLO, Josué. *Os degraus do paraíso*. Rio de Janeiro: Editora Martins/MEC, 1974.
- NAVA, Pedro. *Chão de ferro*. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editores, 1976. 2ª edição.

- OLIVEIRA, Lúcia Lippi. *A questão nacional na Primeira República*. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- _____. A conquista do espaço: sertões e fronteira no pensamento brasileiro. In: *História, Ciência e Saúde*, vol5, suplemento. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Casa de Oswaldo Cruz, julho 1998. pp. 1995-216.
- OLIVEIRA VIANNA, Francisco José. *Populações meridionais do Brasil*. Niterói: EDUFF, 1997.
- _____. *Instituições políticas brasileiras*. Rio de Janeiro: Record, 1974.
- _____. *A evolução do povo brasileiro*. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora, 1956. 4ª edição.
- PATTERSON, K. Davidson e PYLE, Gerald. The geography and mortality of the influenza pandemic. In: *Bulletin of the History of medicine*. vol 65, nº1. John Hopkins University Press, 1991. pp. 4-21.
- PELLING, Margaret. Contagion, germ theory, specificity. In: W. F. Bynun and Roy Porter (ed). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol 1. London and New York: Routledge, 1993. pp. 309-334.
- PEREIRA NETO, André de Faria. *Ser médico no Brasil: o presente no passado*. Rio de Janeiro: Editora da Fundação de Oswaldo Cruz, 2001. Coleção História e saúde.
- PERSIANOTTO, Renato M. *As classes dominantes na República Velha*. São Paulo: Unicamp, 1994.
- PINHEIRO, Paulo Sérgio. *Estratégias da ilusão: a revolução mundial e o Brasil (1922-1935)*. São Paulo: Companhia das Letras, 1991.

- PRADO, Paulo. *Retrato do Brasil: ensaio sobre a tristeza nacional*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
- RANGER, Terence e SLACK, Paul. *Epidemics and ideas: Essays on the historical perception of pestilence*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- REID, Ann H., TAUBENBERG, Jeffrey K. e FANNING, Thomas G. The 1918 Spanish influenza: Interpreting history and biology. In: *Microbes and infection*. Washington: Èditions scientifiques et médicales Elvesier SAS, 2001. pp. 81-87.
- REIS, Elisa. Elites agrárias, State Building e autoritarismo. In: *Dados – Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro, vol.25, nº3, 1982. pp. 331-348.
- RIBEIRO, Márcia Moisés. *A ciência dos trópicos: a arte médica no Brasil do século XVIII*. São Paulo: HUCITEC, 1997. Coleção Estudos Históricos, vol.34.
- RINGER, Fritz K. *O declínio dos mandarins alemães*. São Paulo: EDUSP, 2000.
- RISSE, Guenter B. Epidemics and Medicine: The influence disease on medical thought and practice. In: *Bulletin of History of Medicine*. vol. 53, 1979. pp. 505-519.
- RODRIGUES, João Carlos. *Tabu da morte*. Rio de Janeiro: Achimé, 1983.
- ROSEN, George. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec\ UNESCO Abrasco, 1994.

- ROSENBERG, Charles. *Explaining Epidemics and other studies in the history of medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- ROSSI, Paolo. *Os filósofos e as máquinas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- _____. *A ciência e a filosofia dos modernos*. São Paulo: UNESP, 1992.
- ROUQUAYROL, Maria Zélia. *Epidemiologia e saúde*. 4ª edição. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica, 1993.
- SAID, Edward. *O orientalismo: o Oriente como invenção do Ocidente*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- SANTOS, Luiz Antonio Castro. Estado e saúde pública no Brasil (1889-1930). In: *Dados*, nº. 23, vol.2. Rio de Janeiro: IUPERJ, 1980.
- _____. O pensamento sanitário na Primeira República: uma ideologia da construção da nacionalidade. In: *Dados*, nº. 28, vol. 2, Rio de Janeiro: IUPERJ, 1985.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos. *A ordem burguesa e o liberalismo político*. São Paulo: Duas Cidades, 1978.
- _____. *Razões da desordem*. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1993. 2ª edição.
- _____. *Cidadania e justiça: A política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1995.
- SANTOS, Ricardo Ventura. A obra de Euclides da Cunha e os debates sobre mestiçagem no Brasil no início do século XX: Os sertões e a medicina-antropologia do museu nacional. In: *História, Ciência e Saúde*, vol.5, suplemento. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Casa de Oswaldo Cruz, julho 1998. pp. 237-254.

- SANTOS FILHO, Lycurgo. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1977. 2 volumes.
- SCHWARCZ, Lilia Moritz. *O espetáculo das raças: Cientistas, instituições e questão social no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1993.
- SCLAIR, Moacir. *Sonhos Tropicais*. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
- _____. *A paixão transformada: história da medicina na literatura*. São Paulo: Companhia das letras, 1998.
- SEVCENKO, Nicolau. *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- _____. *Orfeu extático na metrópole : São Paulo sociedade e cultura nos frementes anos 20*. 2ª edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- SINGER, Paul, CAMPOS, Oswaldo & OLIVEIRA, Elizabeth M. de. *Prevenir e curar: O controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1978.
- SKIDMORE, Thomas. *Preto no branco: Raça e nacionalidade no pensamento brasileiro*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- SONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. 3ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 2002.
- _____. *A AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- SOURNIA, Jean-Charles e RUFFIE, Jacques. *As epidemias na história do homem*. Lisboa: Edições 70, 1986. Coleção Perspectivas do homem, vol.23.
- STARK, Evan. The epidemic as a social event. In: *Internacional Journal of Health Services*. Vol.7, nº4, 1977. pp.681-705.

- STARR, Paul. *La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América. México*: Fondo de Cultura Económica, 1991.
- TEIXEIRA, Luiz Antônio. Medo e Morte: Sobre a Epidemia de Gripe Espanhola de 1918. Rio de Janeiro: UERJ/IMS. *Série Estudos de Saúde Coletiva*, nº 59, 1993.
- TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho. *Poder e saúde: As epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: UNESP, 1996.
- TESH, Sylvia. Political Ideology and Public Health in the nineteenth century. In: *International Journal of Health Services*, nº12, vol 2, 1982. pp. 321-42.
- TOMES, Nancy. The private side of public health: Sanitary Science, Domestic Hygiene, and Germ Theory, 1870-1900. In: *The Bulletin of History of Medicine*, nº64, vol. 4, 1990. pp. 509-539.
- _____. The Making of a Germ Panic: Then and now. In: *American Journal of Public Health*. vol. 90, 2000. pp. 191-198. (em pdf. www.apha.org).
- TOMKINS, Sandra M. The failure of expertise: Public Health Policy in Britain during the 1918-19 influenza epidemic. In: *Social History of Medicine*. Vol.5, nº1, abril 1997. pp. 435-454.
- XAVIER, Valêncio. *O mez da gripe e outros livros*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.