

DOI: <http://dx.doi.org/10.18817/ot.v17i30.787>

**O CURSO DA EPIDEMIA:** a Fundação Rockefeller e os surtos de febre amarela na Bahia em 1926<sup>1,2</sup>

**THE EPIDEMIC COURSE:** the Rockefeller Foundation and the yellow fever outbreaks in Bahia in 1926

**EL CURSO DE LA EPIDEMIA:** la Fundación Rockefeller y los brotes de fiebre amarilla en Bahia en 1926

RICARDO DOS SANTOS BATISTA

Doutor em História Social pela Universidade Federal da Bahia/ Programa de Pós-Graduação em História PPGH/UNEB  
Alagoinhas/Bahia/ Brasil  
[kadobatista@hotmail.com](mailto:kadobatista@hotmail.com)

CHRISTIANE MARIA CRUZ DE SOUZA

Doutora em História das Ciências e da Saúde pela Casa de Oswaldo Cruz/ Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia  
Salvador/Bahia/Brasil  
[chrisacruzba@yahoo.com.br](mailto:chrisacruzba@yahoo.com.br)

**Resumo:** Este texto tem como objetivo analisar ações de controle da febre amarela na Bahia, especialmente durante o surto de 1926, que contribuiu para questionar a eficácia da teoria dos “focos-chave”, defendida pela Fundação Rockefeller. Membros da agência filantrópica internacional e médicos baianos atuaram para tentar encontrar o centro difusor da epidemia. Utilizam-se como fontes relatórios, correspondências e fotografias coletados no *Rockefeller Archive Center*, um relatório do Serviço de Profilaxia Rural da Febre Amarela, artigos escritos por médicos em periódicos especializados e notícias publicadas em jornais da época. Inquéritos epidemiológicos e clínicos foram instaurados, enquanto a doença se proliferava ao longo da linha do trem, que atravessava o estado.

**Palavras-chave:** Febre Amarela. Teoria Dos Focos-Chave. Saúde Internacional.

**Abstract:** This paper aims to analyze actions to control yellow fever in Bahia, especially during the 1926 outbreaks, that contributed to question the effectiveness of the theory of “focos-chave”, up held by the Rockefeller Foundation. Members of the international philanthropic agency and doctors of the bahia acted to try to find the spreading center of the epidemic. The sources used are reports, correspondence, and photographs collected at the *Rockefeller Archive Center*, a report from the Yellow Fever Rural Prophylaxis Service, articles written by doctors in specialized journals and news published in newspapers of the time. Epidemiological and clinical investigations were established as the disease proliferated along the railway line that ran across the state.

**Keywords:** Yellow Fever. Focos-Chave Theory. International Health.

**Resumen:** Este artículo tiene como objetivo analizar acciones para control de la fiebre amarilla en Bahia, especialmente durante los brotes de 1926, que contribuyeron a cuestionar la efectividad de la teoría de los “focos-chave”, defendida por la Fundación Rockefeller. Miembros de la agencia filantrópica internacional y médicos brasileños actuaron para tratar de encontrar el centro de

<sup>1</sup> Artigo submetido à avaliação em janeiro de 2020 e aprovado para publicação em junho de 2020.

<sup>2</sup> Essa pesquisa contou com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, processo 428804/2018-7, do Edital Universal 2018.

propagación de la epidemia. Se utilizan como fuentes los informes, la correspondencia y las fotografías recopiladas en el *Rockefeller Archive Center*, un informe del Serviço de Profilaxia Rural da Febre Amarela, artículos escritos por médicos en revistas especializadas y noticias publicadas en periódicos de la época. Se iniciaron investigaciones epidemiológicas y clínicas a la medida que la enfermedad proliferaba a lo largo de la línea del tren que atravesaba el estado.

**Palabras clave:** Fiebre Amarilla. Teoría de Los Focos-Chave. Salud Internacional.

Este texto tem como objetivo analisar ações de controle da febre amarela, na Bahia, levadas a cabo após a eclosão da doença no interior do estado, em 1926. Pretende-se discutir as atividades dos membros do *International Health Board* (IHB) da Fundação Rockefeller<sup>3</sup>, e de médicos do Serviço de Profilaxia Rural da Bahia, os interesses envolvidos, as tensões existentes entre atores, instituições e instâncias, como também os meios empregados para controlar a doença. Para embasar tais reflexões, foram utilizados como fontes relatórios, correspondências e imagens coletados no *Rockefeller Archive Center*, um relatório do Serviço de Profilaxia Rural da Febre Amarela da Bahia, artigos escritos por médicos em periódicos especializados e notícias publicadas nos jornais da época.

Nas últimas décadas, diferentes tipos de abordagens refletem sobre a história para além das fronteiras nacionais, o que não a dissocia das relações estabelecidas em nível local/regional/nacional. Dentre essas perspectivas pode-se citar as histórias conectada, cruzada, transnacional, comparada ou mesmo a história global.<sup>4</sup> Na historiografia da saúde, os estudos sobre a chamada “saúde internacional” possibilitam analisar as interações entre diferentes países, não como a transferência de saberes de um “centro” para uma “periferia”, mas pela ênfase nos agentes e nas mediações do conhecimento, para a construção de projetos desenvolvidos em diferentes áreas do globo.<sup>5</sup>

A saúde internacional surgiu no século XIX, com as primeiras ações coletivas de isolamento sanitário para evitar a transmissão das pandemias.<sup>6</sup> Ações realizadas pela articulação entre diferentes nações, a exemplo dos acordos firmados entre o IHB e o governo brasileiro, na primeira metade do século XX, contribuíram para a realização de experimentos

---

<sup>3</sup> A Fundação Rockefeller foi criada em 1913, em Nova Iorque, como primeira organização filantrópica privada com foco na saúde internacional. Segundo John Farley (2004, p. 2) desde o surgimento do IHB, lhes foram atribuídos diferentes nomes, tais sejam: *International Health Commission* (IHC), entre 1913 e 1916; *International Health Board* (IHB) de 1916 a 1927; e, de 1927 até o seu fechamento, em 1951, funcionou como *International Health Division* (IHD). Cf. FARLEY, John. *To cast out disease: a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation* (1915-1951). Oxford: Oxford University Press, 2004.

<sup>4</sup> SANTOS JÚNIOR, João Júlio Gomes do; SOCHACZEWSK, Monique. História global: um empreendimento intelectual em curso. *Revista Tempo*, Rio de Janeiro, v. 23 n. 3, p. 484-502, set.-dez. 2017.

<sup>5</sup> CUETO, Marcos; PALMER, Steven. *Medicina e saúde pública na América Latina: uma história*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

<sup>6</sup> CUETO, Marcos. *Saúde Global: uma breve história*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. p.17-21.

na América Latina, com desenvolvimento de metodologias que visavam à erradicação de enfermidades como a febre amarela.

No texto *Yellow Fever: the dissemination and ultimate elimination*, J. H. White, diretor da Campanha contra a Febre Amarela no Brasil, apresentou seis áreas endêmicas da doença no mundo em 1900, a saber: Índias Ocidentais ou Zona do Golfo, Zona do Pacífico, Zona do Caribe, Zona Amazônica, Zona do Atlântico Sul e Zona Africana, sendo que a América Latina e a África foram destacadas como os lugares de manifestação mais frequente da enfermidade. Para White, áreas endêmicas integravam rotas comerciais pouco comunicáveis no início do século XX. Barreiras naturais separavam algumas daquelas regiões, como por exemplo a costa oeste da América, isolada por cordilheiras da América do Norte e do Sul, o que impediria o mal amarílico de chegar, vindo do Leste.<sup>7</sup> Ele reconhecia que o canal do Panamá foi o único cruzamento possível entre Leste e Oeste até a construção de ferrovias no México e na América Central, o que o levou a acreditar que a febre amarela chegou à costa do Pacífico por meio do Panamá.<sup>8</sup>

A preocupação sobre os meios de transmissão da enfermidade nessas localidades estava relacionada à “teoria dos focos-chave”.<sup>9</sup> Essa teoria propunha que era viável acabar com a doença eliminando-se os locais onde o mosquito *Aedes Aegypti*, considerado como único vetor da amarílica, se proliferava. As campanhas deveriam ser dirigidas aos grandes centros populosos, em que bastaria reduzir o índice de infestação a um patamar igual ou inferior a cinco por cento para obter o sucesso almejado.<sup>10</sup> A teoria estimulou a crença de que pequenas comunidades não mantinham endemicidade permanente, que, por isso, não precisavam ser tratadas; e que a doença se autoconsumia nos pequenos povoados devido ao esgotamento daqueles que não eram imunes. Esse pensamento se chocava com as ideias defendidas por muitos médicos latino-americanos, para os quais a febre amarela mantinha

---

<sup>7</sup> WHITE, J. H. *Yellow fever: the dissemination and ultimate elimination*. RAC. RF records, IHB, Divison Records, RG5, Series 2, Subseries 2\_305, FA 115, Box 25, Folder 155. 16. jun. 1924.

<sup>8</sup> WHITE, 1924, p. 4.

<sup>9</sup> A teoria dos focos-chave e a sua contestação já foram discutidas amplamente na historiografia. Cf. BENCHIMOL, Jaime Larry. *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Bio-Manguinhos, 2001; LÖWY, Ilana. *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.; MAGALHÃES, Rodrigo Cesar da Silva. *A Erradicação do Aedes Aegypti: febre amarela, Fred Soper e saúde Pública nas Américas (1918-1968)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

<sup>10</sup> BENCHIMOL, Jaime Larry. *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Bio-Manguinhos, 2001. p. 113-114.

uma endemicidade silenciosa em vastas áreas em que os recém-nascidos, em razão da sua baixa imunidade, constituíam-se em um reservatório quase inesgotável da doença.<sup>11</sup>

Contudo, o IHB passou a ser questionado sobre essa explicação, em 1926, quando surtos de febre amarela se espalharam por cidades do interior do Vale do Rio São Francisco e Juazeiro, no Ceará. Michael Connor, que substituiu White, defendeu a manutenção da teoria com o argumento de que revolucionários não-imunes e tropas do sul, que integraram o movimento tenentista brasileiro, haviam passado por essas áreas e poderiam ter reintroduzido a doença nelas.<sup>12</sup> Enquanto isso, médicos tentavam descobrir as causas das “febres” ocorridas na Bahia e que indicavam, cada vez mais, que a amarílica grassava nos sertões. O elemento decisivo para entender como a febre amarela se disseminava foi a constatação de que o *Aedes Aegypti* não era seu único transmissor. Somente com a verificação e o estabelecimento do chamado ciclo silvestre da doença, o IHB percebeu que a erradicação da febre amarela não seria alcançável nos anos 1930.<sup>13</sup>

Essa não era a única doença que afetava negativamente o quadro nosográfico da Bahia. Era, contudo, uma enfermidade que irrompia periodicamente nas cidades litorâneas brasileiras, com mortalidade maior entre os estrangeiros e que, portanto, afetava negativamente a circulação de pessoas e de bens nas Américas, em período de desenvolvimento do comércio na região. Sendo assim, passou a ocupar lugar de destaque na agenda de políticos e autoridades sanitárias – interesse movido por pressões políticas e econômicas, nacionais e internacionais.

Existem importantes estudos sobre a história da febre amarela e sobre a atuação da Rockefeller no Brasil, que o curto espaço disponível para este artigo não permite listar. Destacam-se, contudo, os trabalhos que embasaram as reflexões apresentadas neste texto, embora não dessem especial destaque ao evento em questão. Nos livros *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil* e *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*, por exemplo, Jaime L. Benchimol analisa controvérsias a respeito das diversas teorias sobre a etiologia da febre amarela em circulação nos meios científico e acadêmico, se debruça sobre o processo de sedimentação de um novo paradigma científico em “cenários periféricos”, problematiza o desenvolvimento de uma vacina para a

---

<sup>11</sup> MAGALHÃES, Rodrigo Cesar da Silva. *A Erradicação do Aedes Aegypti: febre amarela, Fred Soper e saúde Pública nas Américas (1918-1968)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

<sup>12</sup> FARLEY, John. *To cast out disease: a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1915-1951)*. Oxford: Oxford University Press, 2004. p. 100.

<sup>13</sup> Cf. BENCHIMOL, Jaime Larry. *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Bio-Manguinhos, 2001, p. 143-161; MAGALHÃES, 2016, p. 98-103.

doença e discute as relações internacionais estabelecidas nesse processo.<sup>14</sup> Em *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*, Ilana Löwy discute, igualmente, teorias médicas e métodos de investigação científica para descobrir o agente da febre amarela na vigência da bacteriologia, enfatiza a relação entre o laboratório e o campo, além de problematizar o processo de transmissão de conhecimentos do ‘centro’ para a ‘periferia’.<sup>15</sup> Já na obra *A erradicação do aedes aegypti: febre amarela, Fred Soper e saúde pública nas Américas (1918-1968)*, Rodrigo Magalhães analisa o primeiro e mais duradouro programa de erradicação internacional já implementado, que iniciou oficialmente em 1918 e foi reformulado e relançado em 1947, sob o nome de Campanha Continental para a Erradicação do *Aedes Aegypti*.<sup>16</sup>

Na produção específica sobre a febre amarela em estados do Nordeste, destacam-se duas pesquisas. Na primeira delas, Paloma Porto analisou as práticas disseminadas pelos atores envolvidos nas ações de combate à febre amarela, na Paraíba do Norte, para demonstrar que a teoria epidemiológica dos focos-chave foi a base científica dos médicos da agência internacional e motivo de controvérsia com os médicos paraibanos.<sup>17</sup> E, na segunda, Adriano Pontes deu ênfase à atuação da Rockefeller na Bahia da Primeira República, especialmente à reação popular aos métodos adotados pelos cientistas vinculados a essa instituição filantrópica.<sup>18</sup> Por fim, ao analisar a reforma sanitária no Brasil, Luiz Antônio de Castro Santos e Lina Faria mencionaram os surtos de 1926 ocorridos na Bahia e atribuíram importante papel à IHB na expansão e modernização dos serviços sanitários do estado na década de 1920.<sup>19</sup>

Os trabalhos supracitados são de grande importância para a compreensão do desenvolvimento e consolidação do conhecimento científico, da conformação dos serviços sanitários e ações de profilaxia daí resultantes. Pretendemos contribuir para ampliar essa discussão ao trazer à luz as ações do *staff* da Rockefeller no controle dos surtos de febre

<sup>14</sup> BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; UFRJ, 1999; BENCHIMOL, Jaime Larry. *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Bio-Manguinhos, 2001.

<sup>15</sup> LÖWY, Ilana. *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

<sup>16</sup> MAGALHÃES, Rodrigo Cesar da Silva. *A Erradicação do Aedes Aegypti: febre amarela, Fred Soper e saúde Pública nas Américas (1918-1968)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

<sup>17</sup> PORTO, Paloma. *A higiene como missão: Fundação Rockefeller, filantropia e controvérsia científica – Paraíba do Norte (1923-1930)*. 2014. 150 f. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014.

<sup>18</sup> PONTES, Adriano Arruda. *Caçando Mosquitos na Bahia: a Rockefeller e o combate à febre amarela. Inserção, ação e reação popular (1918-1940)*. 147 f. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Bahia, 2007.

<sup>19</sup> SANTOS, Luiz Antônio de Castro; FARIA, Lina Rodrigues de. *A reforma sanitária no Brasil: ecos da Primeira República*. Bragança Paulista: EDUSF, 2003.

amarela que irromperam no interior da Bahia em 1926. A análise desse processo auxilia a compreender como a ciência, em desenvolvimento, partia de formulações teóricas que poderiam ser colocadas em xeque por outras evidências científicas e epidemiológicas.

### **Antes do acordo com a Fundação Rockefeller**

No ano de 1919, o ex-chefe do Serviço de Saúde Pública da Bahia, Francisco Soares de Senna, dividiu a história da febre amarela no estado em duas épocas distintas, elegendo como elemento de ruptura a organização sanitária de 1912. O primeiro período teria sido definido pelo aparecimento da doença em Salvador, com manifestações de maior e de menor intensidade em quase todos os anos, sem que de fato ela tivesse provocado ações, por parte das autoridades de saúde, para frear a “marcha progressiva do mal americano, ao exemplo do que já haviam feito outros Estados”.<sup>20</sup> O médico denunciava que, entre as medidas básicas de profilaxia amarílica – isolamento, vigilância, expurgo e polícia de focos –, somente a vigilância era aplicada. O segundo momento teria se iniciado em 1912, no governo de José Joaquim Seabra (1912-1916), quando o médico Luiz Pinto de Carvalho propôs a organização de um serviço de profilaxia específico, “pautado nos moldes dos conhecimentos modernos da transmissão amarílica”, à forma como havia feito Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro.<sup>21</sup>

Senna enalteceu os feitos do governo de J. J. Seabra, que, ao assumir o governo da Bahia, se preocupou em ordenar, modernizar, embelezar e sanear a capital do estado, cujo porto era visto como portal de entrada das mais exóticas epidemias. Salvador carregava a má fama de ser um porto sujo desde o século XIX, quando, após a epidemia de febre amarela de 1849-1850, a enfermidade tornou-se praticamente endêmica entre os baianos, apesar de não apresentar um número expressivo de casos durante muitos séculos.<sup>22</sup> Os estrangeiros que

---

<sup>20</sup> SENNA, Francisco Soares de. *Relatório do Serviço de Prophylaxia da Febre Amarella apresentado ao Director Geral Interino da Saúde Pública pelo Dr. Francisco Soares de Senna ex-chefe do serviço relativo ao período de janeiro a novembro do ano de 1919*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1920. p. 6.

<sup>21</sup> SENNA, 1920. p. 8.

<sup>22</sup> Entre novembro de 1849 e fevereiro de 1850, registrou-se em Salvador 1310 mortes atribuídas à febre amarela. O número de infectados, porém, decresceu e, em período subsequente, entre julho de 1851 e julho de 1852, ocorreram 121 óbitos provocados pela doença. Em 1853, o presidente da província José Mauricio Wanderley criou, com subsídios do Governo Imperial, um espaço específico para atender aos doentes no Alto de Monte Serrat. Cf. MARTINS, Francisco Gonçalves. *Falla que recitou o presidente da provincia da Bahia, o conselheiro desembargador Francisco Gonçalves Martins, n'abertura da Assembléa Legislativa da mesma provincia em 1. de março de 1850*. Bahia, Typ. Constitucional, 1850. Disponível em: <<http://www.crl.edu/content.asp?11=4&12=18&13=330>>. Acesso entre: 30 ago. e 13 out. 2007; WANDERLEY, João Mauricio. *Falla recitada na abertura da Assembléa Legislativa da Bahia pelo presidente da provincia, o doutor João Mauricio Wanderley, no 1.o de março de 1854*. Bahia, Typ. de Antonio Olavo da França Guerra e

aportavam em Salvador eram os mais afetados, e o porto da Bahia era apontado como foco de propagação da doença para o resto do país. Esse fato refletia negativamente no comércio que o estado mantinha com outras unidades da federação e com o exterior. Assim, além das intervenções no espaço público, Seabra reorganizou o serviço sanitário da Bahia, criando uma legislação de apoio para a reforma sanitária. Para tanto, baseou-se em normas de higiene implantadas na capital federal quando era ministro do governo Rodrigues Alves.<sup>23</sup>

Seguindo a orientação de Pinto de Carvalho, Seabra instituiu, em 1912, o Serviço Especial de Saneamento para promover a profilaxia da febre amarela.<sup>24</sup> O serviço de profilaxia da febre amarela consistia basicamente em duas ações: extinguir o mosquito transmissor e suas larvas e proceder à vigilância médica dos passageiros provenientes de portos suspeitos. Francisco Senna avaliava, contudo, que a criação do Serviço Especial de Saneamento não foi suficiente para debelar os casos da doença, visto que entre 1912 e 1914 os números aumentaram. Somente quando Pinto de Carvalho deixou o cargo de Diretor Geral de Saúde Pública, assumido pelo professor Gonçalo Moniz, em outubro de 1914, e se implantou um novo processo de expurgo composto por vapores de creolina, o número de amarílicos decresceu. Essa inovação tecnológica que, segundo o médico, nunca havia sido utilizada no Brasil, era apontada como responsável por resolver as contraindicações existentes nos expurgos por vapores sulfurosos.<sup>25</sup> O decréscimo de casos de febre amarela na Bahia, certamente, resultou em dividendos políticos ao poderoso Seabra no cenário nacional, tendo em vista que se tratava de assunto extremamente preocupante para o país, naquele período.

O Serviço Especial de Saneamento foi mantido por Moniz de Aragão, correligionário e sucessor de Seabra. Contudo, nos dois primeiros anos do seu governo quase não foram registrados casos de febre amarela em Salvador. A doença foi considerada extinta da Bahia pelo Diretor Geral de Saúde Pública, Carlos Seidl, em relatório apresentado pela comissão encarregada da inspeção dos portos no país, em princípios de 1917. Por medida de economia, o governador promoveu um corte de pessoal, o que resultou em certo relaxamento nos serviços realizados até então. Em março de 1918, irrompeu novo surto, sendo registrados

---

Comp., 1854, p.7-11. Disponível em: <<http://www.crl.edu/content.asp?l1=4&l2=18&l3=33>>. Acesso entre: 30 ago. e 13 out. 2007.

<sup>23</sup> SOUZA, Christiane Maria Cruz de. *A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 43.

<sup>24</sup> Art. 54. Lei n. 921 de 29 de novembro de 1912. Manda adoptar como lei sanitária do Estado a organização do Serviço Geral de Saúde Pública, editada pelo Decreto n. 105, de 15 de junho do corrente anno. In: BAHIA. *Leis e Decretos do anno de 1912*. Bahia: Typografia Bahiana, 1913.

<sup>25</sup> SENNA, Francisco Soares de. *Relatório do Serviço de Prophylaxia da Febre Amarella apresentado ao Director Geral Interino da Saúde Pública pelo Dr. Francisco Soares de Senna ex-chefe do serviço relativo ao período de janeiro a novembro do ano de 1919*. Bahia: Imprensa Official do Estado, 1920. p. 10.

49 casos, dos quais 18 foram fatais, mas tão logo declinou a epidemia, o diretor geral da Saúde Pública resolveu destituir os sete inspetores sanitários comissionados para o serviço.

A lei previa a dissolução desse serviço pelo Governo do Estado, com anuência do Diretor Geral da Saúde Pública, caso a doença fosse considerada extinta.<sup>26</sup> Ademais, outras enfermidades afetavam a vida das pessoas nesse período. A gripe espanhola chegou a Salvador em setembro de 1918 e, rapidamente, se espalhou contribuindo para agravar o quadro de insalubridade do estado.<sup>27</sup> Nem bem a epidemia de gripe havia sido debelada, em 1919, a varíola eclodiu de forma virulenta, resultando em grande número de adoecimentos e mortes.<sup>28</sup>

Ainda que o governo do estado precisasse concentrar todos os seus recursos no controle das sucessivas epidemias que se abateram sobre a Bahia, e a aparente extinção da febre amarela não justificasse a manutenção de médicos comissionados no serviço de profilaxia da doença, a dissolução do serviço se mostrou contraproducente. Em princípios de 1919, quando a “espanhola” arrefeceu, foram notificados 129 casos de febre amarela em diferentes locais de Salvador, dos quais 48 resultaram em óbito.<sup>29</sup>

Até aquela data, o serviço especial de profilaxia contra a febre amarela funcionou, exclusivamente, a expensas do estado. Contudo, Urbano Santos, Ministro da Justiça e Negócios Interiores na presidência de Delfim Moreira, firmou um acordo com o médico Theophilo Torres, então Diretor Geral de Saúde Pública na Capital Federal, para tentar extinguir a doença em todo o país. Após acordo com os respectivos governadores, a União passou a custear quase que inteiramente esse serviço, enviando à região Norte<sup>30</sup> comissões chefiadas por médicos vinculados à Diretoria Geral da Saúde Pública da Capital Federal.<sup>31</sup>

Para quebrar possíveis resistências locais à intervenção da União na Bahia, decidiu-se que o serviço de profilaxia da febre amarela seria partilhado: a parte técnica e

---

<sup>26</sup> BAHIA. Lei nº 921, de 29 de novembro de 1912. Manda adoptar como lei sanitária do Estado a organização do Serviço Geral da Saúde Pública, editada pelo Decreto nº 105 de 15 de julho do corrente ano. In: BAHIA. *Leis e Decretos do ano de 1912. Leis do poder Legislativo e decretos do poder Executivo do estado da Bahia do ano de 1912*. Bahia: Typografia Bahiana, 1913.

<sup>27</sup> SOUZA, Christiane. Christiane Maria Cruz de. *A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

<sup>28</sup> SOUZA, Christiane Maria Cruz de; HOCHMAN, Gilberto. Ano de nove, ano de varíola: a epidemia de 1919, em Salvador, Bahia. *Fênix – Revista de História e Estudos Culturais*, Uberlândia, v. 9. ano 9, n. 3, set.-dez., 2012.

<sup>29</sup> MONIZ DE ARAGÃO, Antônio Ferrão. *Exposição apresentada pelo Dr. Antônio Ferrão Moniz de Aragão ao passar o governo da Bahia ao seu sucessor, o Exmo. Sr. Dr. J. J. Seabra empossado nesse dia no cargo de governador do Estado no quadriênio de 1920 a 1924*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1920. p. 87.

<sup>30</sup> Até a década de 1920 a região atualmente denominada como Nordeste era conhecido nacionalmente como Norte.

<sup>31</sup> MONIZ, Gonçalo. *Relatório*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1921. p. 416; MONIZ DE ARAGÃO, 1920, p. 88.



científica ficaria a cargo de Francisco Soares de Senna, médico subordinado à Diretoria Geral da Saúde Pública da Bahia (DGSPB), que, naquele momento, exercia a chefia do serviço no estado; já a administração estaria sob a responsabilidade de um servidor federal, na época, o médico Curiacio de Azevedo.<sup>32</sup> O Ministro da Justiça e Negócios Interiores julgou desnecessário o envio de médicos da capital federal e conservou os médicos que já exerciam aquelas funções no serviço estadual, considerado satisfatório. Levantadas as necessidades para o funcionamento do serviço de profilaxia na Bahia junto ao Governo do Estado, a União enviou uma comissão que chegou a Salvador no dia 19 de maio de 1919, composta por 62 homens, contando-se entre esses o administrador, os chefes de turma, os guardas, os pedreiros e os carpinteiros.<sup>33</sup>

Com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, e a ascensão de Carlos Chagas à função de diretor, realizou-se uma reforma nos serviços de profilaxia do Norte do país, com o objetivo de uniformizar as comissões sanitárias nos diferentes estados, dando-lhes uma única orientação técnica e administrativa.<sup>34</sup> Para dirigir essa repartição na Bahia, foi nomeado o baiano Clementino Fraga, médico diplomado pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), que trabalhou com Oswaldo Cruz na campanha contra a febre amarela no Rio de Janeiro.<sup>35</sup> Após entendimento de Fraga com o Governo do Estado, o serviço de profilaxia da febre amarela foi desligado completamente da DGSPB, passando, a partir de 24 de novembro de 1919, à superintendência e responsabilidade da repartição sanitária federal.<sup>36</sup> Na ocasião, foi criado o cargo de Inspetor Geral dos Serviços de Profilaxia e o médico João Pedro de Albuquerque, que exercia a função de chefe da comissão sanitária de Pernambuco, foi nomeado para dirigi-lo.<sup>37</sup>

Antes da intervenção federal, o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela na Bahia possuía 331 homens, incluindo os médicos. A cidade estava dividida em cinco zonas para o serviço da polícia de focos, cada uma dirigida por um médico, que tinha sob sua ordem turmas de serventes, chefiadas por capatazes. Com serviço e custeio federais nos meses de

---

<sup>32</sup> MONIZ DE ARAGÃO, Antônio Ferrão. *Exposição apresentada pelo Dr. Antônio Ferrão Moniz de Aragão ao passar o governo da Bahia ao seu sucessor, o Exmo. Sr. Dr. J. J. Seabra empossado nesse dia no cargo de governador do Estado no quadriênio de 1920 a 1924*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1920. p. 88-89.

<sup>33</sup> SENNA, Francisco Soares de. *Relatório do Serviço de Prophylaxia da Febre Amarella apresentado ao Director Geral Interino da Saúde Pública pelo Dr. Francisco Soares de Senna ex-chefe do serviço relativo ao período de janeiro a novembro do ano de 1919*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado. 1920. p. 19.

<sup>34</sup> MONIZ, Gonçalo. *Relatório*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1921. p. 417.

<sup>35</sup> MONIZ DE ARAGÃO, 1920, p. 90.

<sup>36</sup> MONIZ, 1921, p. 417.

<sup>37</sup> SENNA, 1920. p. 20. Francisco Senna deixa claro que em carta dirigida a Gonçalo Moniz, Carlos Chagas fez uma consulta sobre o que pretendia realizar e pediu que ele se manifestasse sobre o assunto. Moniz demonstrou apoio às deliberações tomadas.

junho a novembro de 1919, mas com a orientação técnica exclusivamente baiana, Francisco Senna dividiu a cidade em nove zonas, obedecendo a divisão dos distritos sanitários, compreendendo, cada uma, dois distritos. Essa nova organização atribuiu a cada zona um médico, um chefe de turma, e turmas de serventes dirigidas por capatazes e guardas.<sup>38</sup> (cf. Figuras 1 e 2).

Figura 1 – Médicos do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, 1919.



Fonte: SENNA (1920).<sup>39</sup>

<sup>38</sup> SENNA, Francisco Soares de. *Relatório do Serviço de Prophylaxia da Febre Amarella apresentado ao Director Geral Interino da Saúde Pública pelo Dr. Francisco Soares de Senna ex-chefe do serviço relativo ao período de janeiro a novembro do ano de 1919*. Bahia: Imprensa Oficial do Estado, 1920. p. 22-25.

<sup>39</sup> Da esquerda para a direita sentados, doutores José Felix Ribeiro, Enoch Torres, Adroaldo Pires de Carvalho, Armando Vieira Lima, Francisco Soares Senna (chefe do Serviço), Agenor Bomfim, José Seraphim Júnior, Archimedes Fernão Marques e Theophilo Falcão; de pé, Godofredo Vianna, Silio Boccanera, Odilon Machado de Araújo, Alfredo Britto, Flaviano da Silva, Deraldo Dias de Moraes, Pedro Santos Pedreira, Álvaro Garcia Rosa.

Figura 2 – Prédio da Comissão Sanitária Federal, 1919.



Fonte: SENNA (1920).

As autoridades médicas e sanitárias da Bahia buscaram estabelecer contato com a Fundação Rockefeller imediatamente após a chegada dessa instituição filantrópica ao Brasil, em 1916. Segundo o médico Plácido Barbosa, a comissão especial criada pela Fundação Rockefeller para estudar a febre amarela e presidida pelo General Gorgas<sup>40</sup>, colocava especialistas e recursos financeiros à disposição dos países em que a doença era endêmica.<sup>41</sup> No mesmo ano, Gonçalo Moniz, médico que estava à frente da Secretaria do Interior, Justiça e Instrução Pública da Bahia, demonstrou interesse no trabalho que a Rockefeller desenvolvia e funcionou como articulador político de sua vinda ao estado.<sup>42</sup> O médico contactou diretamente Lewis Hackett, diretor Geral do IHB no Brasil, para que ele enviasse o mais breve possível uma junta de médicos e sanitaristas da Rockefeller e avaliasse a situação local.

Havia o interesse, por parte do governo estadual, de instalar o Serviço de Profilaxia Rural na Bahia, mas as sucessivas epidemias de gripe espanhola (1918) e varíola (1919) que assolaram o estado e mobilizaram todos os recursos disponíveis, contribuíram para

<sup>40</sup> William C. Gorgas foi cirurgião geral do Exército norte-americano e, segundo Benchimol (2001, p. 113), também conhecido como “conquistador da febre amarela em Havana e no Panamá”. Em 1914, ele convenceu Wickliffe Rose de que a erradicação da febre amarela poderia ser o primeiro empreendimento mundial bem-sucedido da Fundação Rockefeller. Cf. BENCHIMOL, Jaime Larry. *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Bio-Manguinhos, 2001.

<sup>41</sup> BARBOSA, José Plácido. Pequena historia da febre amarella no Brasil. Oficina Sanitaria Panamericana, *Archivos de Hygiene*, v. 3, n. 1, 1929. p. 336.

<sup>42</sup> PONTES, Adriano Arruda. *Caçando mosquitos na Bahia: a Rockefeller e o combate à febre amarela – inserção, ação e reação popular (1918-1940)*. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007. f. 84.

retardar a consecução do projeto. O acordo com a Rockefeller só foi celebrado em 17 de novembro de 1920, para tratar da ancilostomíase. Já a inauguração do Serviço de Profilaxia Rural na Bahia só foi efetivada em 1921, período em que já estava sob a responsabilidade do DNSP.<sup>43</sup>

Além de Gonçalo Moniz, o médico Augusto César Vianna, diretor da FMB, também escreveu para Hackett, em 1920. Ele solicitou uma parceria com os norte-americanos, à semelhança da que havia sido estabelecida com a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (FMCSPP). Entre os paulistas, a atuação da Rockefeller teve como objetivo a criação de uma instituição-modelo de ensino, com foco na medicina experimental e em conformidade com os critérios de excelência que se encarregava de difundir em ações semelhantes em todo o mundo.<sup>44</sup> Caso recebesse uma resposta positiva, Vianna se comprometeria a cooperar com seus laboratórios e pessoal, além de solicitar a orientação do IHB para amplificar e reorganizar as linhas de conhecimento e investigação da FMB. Ele não hesitou em assegurar que aquela solicitação tinha o apoio dos professores dos departamentos de Higiene, Microbiologia, Parasitologia e Anatomia Patológica, em cujo nome estava autorizado a falar.<sup>45</sup> A Rockefeller, contudo, não aceitou financiar um outro empreendimento da mesma natureza no país, mas ofereceu bolsas de estudos a médicos da FMB, para que se aperfeiçoassem no exterior.<sup>46</sup>

Naquela altura, contudo, o Governo Federal estabeleceu um acordo com a Fundação Rockefeller para que esta assumisse a administração do Serviço de Febre Amarela no Norte, como parte da Campanha Mundial de Erradicação da Febre Amarela no Brasil.<sup>47</sup> Em 13 de setembro de 1923, Carlos Chagas apresentou para J. H. White os termos do contrato a ser realizado: o serviço seria dirigido pelo recém-criado DNSP, com a cooperação técnica e financeira da agência filantrópica. Conforme o acordo firmado, o Serviço de Profilaxia da Febre Amarela seria realizado pelo Governo da União, por intermédio de uma comissão

---

<sup>43</sup> SOUZA, Christiane Maria Cruz de. *A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 76-77.

<sup>44</sup> MARINHO, Maria Gabriela da Silva Martins da. Elites em negociação: breve história dos acordos entre a Fundação Rockefeller e a Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931). In: MARINHO, Maria Gabriela da Silva Martins da Cunha; MOTA, André (orgs.). *Caminhos e trajetórias da filantropia científica em São Paulo: a Fundação Rockefeller e suas articulações no Ensino, Pesquisa e Assistência para a Medicina e Saúde (1916-1952)*. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina: UFABC, Universidade Federal do ABC: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2013, p. 87.

<sup>45</sup> RAC. HACKETT para Rose. RF records, IHB, RG 5, Series 1, FA 115, Box 95, Folder 1307, 19 nov. 1920. p. 1.

<sup>46</sup> RAC. HACKETT para Rose. RF records, IHB, RG 5, Series 1, FA 115, Box 95, Folder 1307, 19 nov. 1920. p. 2.

<sup>47</sup> MAGALHÃES, Rodrigo Cesar da Silva. *A Erradicação do Aedes Aegypti: febre amarela, Fred Soper e saúde Pública nas Américas (1918-1968)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.

especial denominada “Comissão de Febre Amarela”, formada pelo diretor Geral do DNSP, pelo Diretor de Profilaxia Rural e por dois representantes da Seção de Febre Amarela da Fundação Rockefeller. Além disso, os representantes do IHB teriam direito a escolher fiscais nacionais e estrangeiros em número suficiente para superintender os funcionários subalternos. Uma questão relevante é que, embora os chefes da Profilaxia Rural dos estados tivessem poderes como os de nomear guardas chefes, guardas, serventes e pescadores, só poderiam alterar os planos da campanha ou modificar instruções do Governo quando autorizados pela Comissão.<sup>48</sup> (Figura 3).

Figura 3 – Trabalho da febre amarela na Bahia, Serviço Federal de Saúde Brasileiro.



Fonte: RAC, RF records photographs, Series 100-1000 (FA003) 305: Brazil, Box 68.

Embora o governo brasileiro tivesse um poder ampliado no acordo, a instituição filantrópica estabeleceu suas atividades de forma totalmente independente de qualquer outro serviço público de saúde do país.<sup>49</sup> Orientados pela teoria dos focos-chave, com a crença de que a limpeza dos principais centros urbanos acabaria com a infecção, 11 postos de controle

<sup>48</sup> RAC. Chagas para White. RF Records, IHB, Division Records, RG 5, Series 2, Subseries 2\_305, FA 115, Box 24, Folder 141. 13 set. 1923. p. 1-2.

<sup>49</sup> CUETO, Marcos. The cycles of eradication: the Rockefeller Foundation and Latin American Public Health 1918-1940. In: WEINDLING, Paul (edit.). *International Health organizations and movements 1918-1939*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. p. 230.

foram estabelecidos nas cidades portuárias e em Manaus.<sup>50</sup> Logo em seguida a incidência da febre amarela relatada declinou tão satisfatoriamente, que em 1925 todas as estações, exceto quatro, haviam sido fechadas.<sup>51</sup>

Para divulgar o êxito obtido na campanha da Fundação Rockefeller, White concedeu uma entrevista ao jornal soteropolitano *A Tarde*, em 24 de abril de 1925, em matéria intitulada *A febre amarela está extinta: declarações sensacionais do dr. White, chefe da Missão Rockefeller no Brasil*. Ele respondeu questões sobre o trabalho realizado e as perspectivas futuras de atuação da agência internacional: acreditava que ela permaneceria na Bahia até o final do ano, com turmas em Santo Amaro, Cachoeira, Nazaré, Santo Antônio de Jesus, São Félix e Castro Alves, mesmo que não houvesse mais vestígios de febre amarela.<sup>52</sup> Também afirmou que, até janeiro de 1926, não haveria mais nenhum caso de febre amarela no continente, salvo se ela fosse trazida do exterior, como por exemplo da costa da África, onde ainda existia, mas considerava isso difícil de ocorrer devido à distância e ao tempo de 14 dias, necessário para atravessar o Atlântico.<sup>53</sup>

Apesar dos esforços para manter o Norte brasileiro longe dos mosquitos e a convicção de White em relação ao sucesso da erradicação da febre amarela, em 1926 irromperam surtos no interior da Bahia, colocando em questão a teoria dos focos-chave. Foram notificados 179 casos em várias localidades do interior e quatro em Salvador.<sup>54</sup> As cidades situadas no Vale do Rio São Francisco foram atingidas pela febre amarela e a doença chegou até Pirapora, em Minas Gerais. Pequenas epidemias surgiram também no interior de Sergipe, Pernambuco, Paraíba, Ceará, Piauí, Rio Grande do Norte e Maranhão.<sup>55</sup>

Para Barbosa, a eclosão da doença comprovava que a “infecção amarillica continuava viva nos seus centros de endemicidade no interior dos Estados do Norte do Brasil”.<sup>56</sup> Segundo ele, os postulados defendidos pela agência filantrópica, talvez, fossem verdadeiros para o interior de São Paulo e do Rio de Janeiro, mas não se aplicavam ao Norte do país onde as condições de temperatura favoreciam a multiplicação dos “*stegomyias*”<sup>57</sup> durante todo o ano, conservando-se a doença, perenemente, de forma endêmica, a não ser que

<sup>50</sup> BENCHIMOL, Jaime Larry (coord.). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p. 113-114.

<sup>51</sup> CUETO, 1995, p. 230.

<sup>52</sup> A FEBRE... *A Tarde*, Salvador, 24 abr. 1925, p. 1.

<sup>53</sup> A FEBRE... *A Tarde*, Salvador, 24 abr. 1925, p. 1.

<sup>54</sup> BARBOSA, José Plácido. Pequena história da febre amarela no Brasil. *Oficina Sanitaria Panamericana, Archivos de Hygiene*, v. 3, n. 1, 1929. p. 336.

<sup>55</sup> BARBOSA, 1929, p. 336.

<sup>56</sup> BARBOSA, 1929, p. 337.

<sup>57</sup> *Stegomyia fasciata* era a denominação dada ao mosquito transmissor da febre amarela em 1901. A partir de 1920, passou a ser chamado de *Aedes Aegypti*.

fosse “extinta artificialmente por uma campanha anti-larvaria convenientemente organizada e conduzida”.<sup>58</sup> Acreditava, ainda, que tais postulados só se aplicavam ao Sul do país, onde as temperaturas frias observadas em certos períodos do ano eram “suficientes para matar os mosquitos infectados e contrariar a proliferação deles”. Para o médico, os fatores que favoreciam a endemicidade da doença não estavam bem elucidados. Ele criticava as leis demasiado fixas e esquemáticas dos cientistas norte-americanos, argumentando que as condições geográficas, climáticas e sociais do Norte do Brasil concorriam para a endemicidade da doença, conforme observaram mais de uma vez os técnicos brasileiros.<sup>59</sup>

Relatórios, cartas e boletins de médicos comissionados para atender os desvalidos em surtos epidêmicos, ocorridos nas duas primeiras décadas do século XX, informam que a maioria das cidades do interior do estado não dispunham de um serviço amplo e eficiente de água encanada, esgoto e instalações sanitárias. Assim, além dos esgotos a céu aberto, era comum ver nas casas cisternas e barris de água, sem a proteção necessária. Algumas cidades estavam situadas em regiões alagadiças, de rios, lagoas e pântanos, o que favorecia a proliferação dos mosquitos transmissores da malária e da febre amarela de forma endêmica.<sup>60</sup>

Convencidos de que dispunham de conhecimento aprofundado sobre a febre amarela, os médicos da Fundação Rockefeller não davam ouvidos aos argumentos dos médicos sanitaristas brasileiros e defendiam a manutenção da teoria dos focos-chave. Com base nesses postulados, membros do IHB, da Fundação Rockefeller e médicos do Serviço de Profilaxia Rural da Bahia realizaram inquéritos epidemiológicos e investigações clínicas em pequenas cidades do estado, para tentar identificar o centro difusor da epidemia.

### **A doença e a ferrovia**

Ao assumir o Governo do Estado da Bahia para o período de 1924 a 1928, Francisco Marques de Góes Calmon nomeou Antônio Luis Cavalcanti de Albuquerque de Barros Barreto, sanitarista do Instituto Oswaldo Cruz e ex-bolsista da Fundação Rockefeller, para o cargo de Subsecretário de Saúde e Assistência Pública. Barros Barreto, que era Inspetor do DNSP, conseguiu conciliar os ideais do sanitarismo brasileiro da segunda década

---

<sup>58</sup> BARBOSA, 1929, p. 337.

<sup>59</sup> BARBOSA, 1929, p. 337.

<sup>60</sup> SOUZA, Christiane Maria Cruz de. Redes de poder e de solidariedade nos sertões da Bahia em tempos de epidemias. In: CHAVES, Cleide de Lima (org.). *História da saúde e das doenças no interior da Bahia: séculos XIX e XX*. 1 ed. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2013, p. 43-82.



do século XX, presentes na sua formação inicial, com o projeto de saúde proposto pela Fundação Rockefeller, nas ações que desenvolveu na Bahia.<sup>61</sup>

O médico criou a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública em 1925, transformada em Secretaria em 1927, subordinada diretamente ao governador. Com a construção do prédio da Subsecretaria, localizado no Corredor da Vitória, a Comissão da Febre Amarela passou a ocupar uma sala no segundo andar. O apoio institucional oferecido por Barros Barreto à Fundação Rockefeller, na década de 1920, contribuiu para que as atividades da Comissão da Febre Amarela fossem ampliadas e mantivessem bases mais estáveis, após um episódio em que o antigo representante federal da saúde na Bahia, Sebastião Barroso, entregou o cargo por discordar dos métodos da agência norte-americana para o controle da enfermidade.<sup>62</sup> Os guardas usavam a inserção de peixes larvófagos nos reservatórios de água potável e inspeções em residências como métodos de combate à amarela. Mas surgiram queixas de que os peixes eram retirados de rios sujos e que as visitas eram realizadas em horário impróprio.

Os membros do *staff* do IHB, que coordenaram as ações contra a febre amarela, revezavam sua atuação nos diferentes estados do Norte. As ferrovias eram o principal transporte usado em seu deslocamento. Com o intuito de obter um trânsito livre entre as cidades, em fevereiro de 1927, Michael Connor solicitou a John H. Janney, representante do IHB no Rio de Janeiro, que obtivesse de Clementino Fraga a garantia de passes nas ferrovias para os fiscais da Fundação Rockefeller. Connor afirmou que já havia se aproximado dos diretores das estradas de ferro de vários estados, mas a resposta foi que a liberação dos passes só poderia ser garantida pelas autoridades do Rio de Janeiro.<sup>63</sup>

Não foi possível encontrar na documentação uma resposta para essa solicitação, mas a própria existência do pedido indica um grande fluxo de deslocamentos realizados pelos homens de campo, tais como M. E. Connor, J. Austin Kerr, Mario Bião, Arthur Sainz, Henry R. A., A. W. Burke, Lucien C. Smith e G. Ormachea, que a partir de então poderiam se beneficiar com os bilhetes de trem.<sup>64</sup> Entre 1925 e 1926, dirigiram ações de controle da

---

<sup>61</sup> BATISTA, Ricardo dos Santos. Educação e propaganda sanitárias: desdobramentos da formação de um sanitarista brasileiro na Fundação Rockefeller. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, out.-dez. 2019b. Para mais informações sobre a trajetória acadêmica e profissional de Antônio de Barros Barreto, cf. BATISTA, Ricardo dos Santos. A formação inicial de Antônio Luis Cavalcanti de Albuquerque de Barros Barreto: uma trajetória rumo à saúde internacional. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 801-822, jul.-set. 2019a.

<sup>62</sup> BENCHIMOL, Jaime Larry et al. *Cerejeiras e cafezais: relações médico-científicas entre Brasil e Japão e a saga de Hideyo Noguchi*. Rio de Janeiro: Bom Texto, 2009. p. 280-286.

<sup>63</sup> RAC. Connor para Janney. RF records, IHB, RG5, FA115, Box 293, Folder 3714. 19 fev. 1921.

<sup>64</sup> RAC. Connor para Janney. RF records, IHB, RG5, FA115, Box 293, Folder 3714. 19 fev. 1921.



amarílica na Bahia Carleton Hale, Freire, Richardson e G. Jameson-Carr.<sup>65</sup> Esse último, por exemplo, também foi diretor da febre amarela na Paraíba, em 1925.<sup>66</sup>

Ao estudar a epidemia de gripe espanhola na Bahia, Souza afirmou que a doença seguiu as rotas de comércio e de trânsito de passageiros. Os sistemas de transportes ferroviário, fluvial e marítimo facilitaram a propagação da epidemia pelo sertão, ainda que, naquele período, apenas pouco mais da metade dos municípios baianos se comunicassem com a capital e com as cidades circunvizinhas por vias férreas, marítimas ou fluviais.<sup>67</sup> Segundo Benchimol e Silva, as ferrovias que penetravam o interior e ligavam o território nacional brasileiro foram objetos de ações sanitárias relativamente bem sucedidas e, ao mesmo tempo, induziram investigações importantes que ajudaram a conformar a medicina tropical.<sup>68</sup> Se as doenças eram disseminadas por meio das estradas, nas estradas também circulavam os agentes que buscavam erradicá-las. Tanto a estrada *Bahia and San Francisco Railway* (Figura 4), quanto a Estrada Central da Bahia, que mirava a chapada diamantina e sua articulação com o porto da capital a partir do eixo São Félix/Cachoeira, foram utilizadas pela Fundação Rockefeller como lugares privilegiados para o monitoramento e controle da febre amarela no estado.

---

<sup>65</sup> RAC. *Bahia Yellow fever directors*. RF Records, IHB, Division Records, RG5, Series 3, FA115, Box 127, Folder 1522.

<sup>66</sup> PORTO, Paloma. *A higiene como missão: Fundação Rockefeller, filantropia e controvérsia científica – Paraíba do Norte (1923-1930)*. 2014. 150 f. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014. f. 88.

<sup>67</sup> SOUZA, Christiane Maria Cruz de. *A gripe espanhola na Bahia: saúde, política e medicina em tempos de epidemia*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 260.

<sup>68</sup> BENCHIMOL, Jaime Larry; SILVA, André Felipe Cândido da. Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.719-762, 2008.

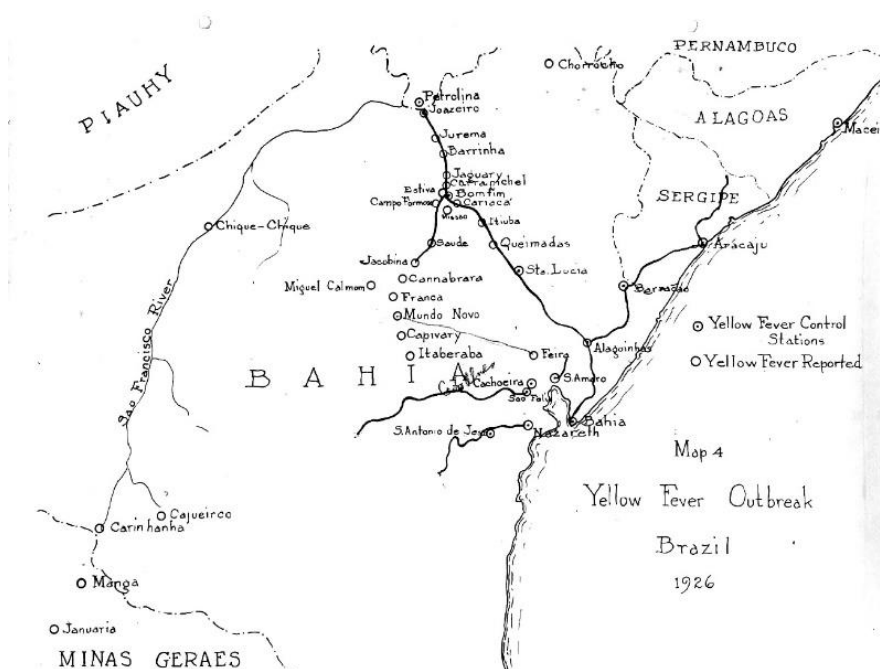
Figura 4 – Estação de trem, Juazeiro-Bahia.



Fonte: Biblioteca Pública do Estado da Bahia. Inventariadas do n.º 4175 a 4191 (17). Salvador-Bahia.

Em relação à estrada de ferro que ligava Salvador a Juazeiro, era possível encontrar estações de controle da febre amarela em Alagoinhas, Santa Lúcia, Bonfim e Juazeiro. O ramal do Timbó, que se iniciava em Alagoinhas e seguia até Aracaju, possuía uma estação, na cidade de Barracão (Figura 5). Médicos da Fundação Rockefeller e brasileiros seguiram, pelos trilhos da ferrovia, para investigar os casos notificados no ano de 1926.

Figura 5 – Mapa das estações de controle da febre amarela, Bahia, 1926.



Fonte: RF Records/ IHB/ Division Records, RG 5, Series 3, FA115, Box 114, Folder 1454. 26 ago. 1926.

O curso da epidemia: os surtos de 1926 e a investigação das “febres de mão caráter na Bahia”

Embora os técnicos da Fundação Rockefeller afirmassem que haviam erradicado a febre amarela no Norte, o relatório de agosto de 1926 trazia um mapa com os lugares onde a doença reincidira. Conforme mencionado anteriormente, a agência filantrópica defendia que bastava controlar a amarílica nos grandes centros para que ela também fosse controlada no interior. Os cientistas da agência internacional argumentavam que as cidades dos sertões, como unidades populacionais individuais, eram pequenas demais para formar centros endêmicos, mas que um grupo dessas comunidades, com intercomunicação fácil e frequente, poderia constituir uma área única de tamanho suficiente para formar um centro endêmico de propagação da febre amarela.<sup>69</sup> Inclusive, acreditavam ter encontrado um exemplo desses, em uma área desconhecida até a primavera de 1926, na parte sudeste do estado do Ceará, onde as cidades de Juazeiro, Crato, Barbalho e Missão Velha formavam um aglomerado de cerca de 50.000 pessoas.

Os relatórios que indicavam a suspeita da febre amarela em cidades do interior começaram a ser recebidos pelo *staff* da Rockefeller em janeiro daquele ano. A estação da agência filantrópica em Recife ouviu rumores de febre na cidade de Logradouro, Pernambuco, localizada a 6 horas da ferrovia, a noroeste de Caruaru. Embora o surto principal na “cidade da Parahyba”, como era chamada João Pessoa até 1930,<sup>70</sup> não tivesse ocorrido até abril, as autoridades suspeitavam que a febre amarela se manifestou por lá em dezembro ou janeiro. O surto em Juazeiro, no Ceará, foi investigado em março e, provavelmente naquele período, as características possivelmente endêmicas daquela região foram descobertas.<sup>71</sup> Ao longo da década de 1920, a Paraíba foi palco de atuação expressiva da Fundação Rockefeller, em controvérsias científicas relativas à amarílica. No ano de 1927, o doutor Guedes Pereira, médico local que, com auxílio de outros médicos paraibanos, fez diagnósticos positivos sobre a doença, gerou uma controvérsia com Michael Connor, que tentava rechaçar o diagnóstico efusivo de febre amarela, no denominado “caso Jacaraú”.<sup>72</sup>

Os primeiros relatórios na Bahia foram recebidos em Salvador no início de março, oriundos da cidade de Xique-xique, no rio São Francisco. Posteriormente, chegaram relatos de

<sup>69</sup> RAC. *Report of yellow fever outbreak Brazil, 1926*. RF Records, IHB, Division Records, RG 5, Series 3, FA 115, Box 114, Folder 1454. 26 ago. 1926. p. 3.

<sup>70</sup> Para mais informações, cf. PORTO, Paloma. *A higiene como missão: Fundação Rockefeller, filantropia e controvérsia científica – Paraíba do Norte (1923-1930)*. 2014. 150 f. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014. f. 17 nota 3.

<sup>71</sup> RAC. *Report of yellow fever outbreak Brazil, 1926*. RF Records, IHB, Division Records, RG, Series 3, FA 115, Box 114, Folder 1454. 26 ago. 1926. p. 4.

<sup>72</sup> PORTO, 2014. Cap. 3.

Alagoinhas, Miguel Calmon, Mundo Novo, bem como da própria Capital. Os membros da Comissão da Febre Amarela, contudo, consideraram a possibilidade da presença amarílica até o dia primeiro de abril, quando ocorreu um surto na cidade da Parahyba e, ao mesmo tempo, foi confirmada a sua presença também no interior do Rio Grande do Norte e na Bahia. O trajeto da epidemia era descrito da seguinte forma:

(...) Um ou dois casos foram relatados no final da epidemia em Petrolina, do outro lado do rio São Francisco, vindo de Joazeiro, Bahia, uma cidade infectada.

Nenhum caso foi relatado nos estados de Alagoas ou Sergipe.

No estado da Bahia, a infecção se espalhou pela estrada de ferro de São Salvador, passando por Alagoinhas, Bomfim e Joazeiro e ao longo do rio São Francisco, ao Sul. Rotas de viagens ao sul de Bomfim para o Mundo Novo estavam bem infectadas, sendo Miguel Calmon e Mundo Novo os centros epidêmicos. Este último foi relatado como um foco endêmico de infecção desde 1922. Se isso for verdade, é um centro populacional maior do que o que foi registrado, ou pode ser um aglomerado de cidades que forma uma unidade endêmica com a de Joazeiro, Ceará.<sup>73</sup>

O IHB tentava encontrar explicações que justificassem a presença da febre amarela no interior em conformidade com a teoria dos focos-chave em vigor. Embora alguns casos tenham sido relatados em maio, junho e até julho, principalmente do interior da Bahia, e de Pirapora, Minas Geraes, acreditava-se que o surto praticamente terminou em meados de maio. O relatório do IHB afirma que os índices caíram em todos os portos marítimos, exceto no Maranhão e em Aracaju.<sup>74</sup> Enquanto as notícias sobre a febre chegavam, inquéritos foram estabelecidos para tentar compreender melhor o mal que atacava o território baiano.

Entre final de abril de 1926 e início de maio, por exemplo, os médicos Freire de Carvalho, fiscal que trabalhava na Comissão da Febre Amarela e Carlos Burle de Figueiredo, diretor do Instituto Oswaldo Cruz da Bahia, enviado pelo Subsecretário de Saúde e Assistência Pública, fizeram uma viagem de inspeção por solicitação de G. J. Carr, para observar as febres de “má caracter” que ocorriam em Carrapichel, Estiva, Corniba, Tanquinho de Miguel Calmon, França, Alagoinhas, Petrolina, Bonfim e Jacobina.<sup>75</sup> No dia 29 de abril, os médicos seguiram de Bonfim para a fazenda Corniba, acompanhados pelos médicos Serafim Junior e Antônio Gonçalves, que há muito atuavam no interior da Bahia e

<sup>73</sup> RAC. *Report of yellow fever outbreak Brazil*, 1926. RF Records, IHB, Division Records, RG5, Series 3, FA 115, Box 114, Folder 1454. 26 ago. 1926. p. 8-9.

<sup>74</sup> RAC. *Report of yellow fever outbreak Brazil*, 1926. RF Records/IHB/ Division Records, Record Group 5, Series 3, FA 115, Box 114, Folder 1454. 26 ago. 1926. p. 10.

<sup>75</sup> RAC. Freire para Carr. RF Records, IHB, Division Records, RG5, Series 2, Subseries 305, FA 115, Box 26, Folder 158. 4 out. 1926. p. 1.

identificaram um doente de 17 anos, que apresentara sintomas da febre amarela (vômitos negros), após ter visitado Carrapichel.<sup>76</sup>

De regresso, Serafim Junior e Antônio Gonçalves seguiram para o arraial denominado Estiva, após a informação de que três pessoas haviam falecido ali. Os médicos estavam atentos a questões consideradas determinantes para encontrar o centro da epidemia, como a existência de deslocamentos realizados pelas pessoas que adoeceram. Todavia, em Carrapichel, a febre inicialmente atacou crianças e alguns adultos que não haviam viajado para lugar algum, tendo falecido 5 crianças, uma mulher e um idoso.<sup>77</sup>

Em 4 de maio, Freire de Carvalho e Burle de Figueiredo já haviam se deslocado até Miguel Calmon, onde houve uma propagação da febre por toda a cidade, mas também não encontraram ninguém em fase latente da doença para examinar e seguiram para o vilarejo de Tanquinho de Miguel Calmon:

Consegui informações e soube mais da existência, cerca duas legoas de distancia, de um doente *da tal febre*. Quando providenciamos para visita-lo, chegou a noticia do seu falecimento. Pela primeira vez nessa inspeção vi um cadáver bem suspeito de febre amarela. A autopsia veio confirmar a minha suspeição.<sup>78</sup> (grifo do original)

Com a necessidade de Burle de Figueiredo retornar a Salvador, Freire de Carvalho seguiu sozinho para Petrolina, Pernambuco, e encontrou Pacífico Rodrigues da Luz, médico piauiense que se formou na FMB e atuava na cidade, onde também foi prefeito em três ocasiões.<sup>79</sup> Segundo o visitante:

O Snr. Dr. Pacifico da Luz, que pela primeira symptomatologia apresentada, em dois doentes seus, suspeitou de *febre amarela* o fez scientificamente bem. Duvidas não podiam existir sobre o seu diagnóstico segundo o que me relatou. Esses doentes vieram a falecer. Infelizmente para mim não havia mais doente algum em que ele suspeitasse atacado de febre amarela.<sup>80</sup>

O médico reconheceu a expertise de Pacifico da Luz em sua atuação nos sertões da Bahia, ao mesmo tempo em que se frustrou com a impossibilidade de analisar um enfermo. Ao sair dali ele ainda seguiu pela linha do trem até Alagoinhas, onde concluiu, em conversa

<sup>76</sup> RAC. Freire para Carr. RF Records, IHB, Division Records, RG5, Series 2, Subseries 305, FA 115, Box 26, Folder 158. 4 out. 1926. p. III.

<sup>77</sup> RAC. Freire para Carr. RF Records, IHB, Division Records, RG5, Series 2, Subseries 305, FA 115, Box 26, Folder 158. 4 out. 1926. p. 7

<sup>78</sup> RAC. Freire para Carr. RF Records, IHB, Division Records, RG5, Series 2, Subseries 305, FA 115, Box 26, Folder 158. 4 out. 1926. p. 3.

<sup>79</sup> BRITO, Ana Clara Farias. *Sanear e curar: saúde pública, higiene e atuação dos postos de profilaxia nos sertões da Bahia (1922-1930)*. 2018. 176 f. Tese (Doutorado em Ensino, Filosofia e História das Ciências) – Universidade Federal da Bahia/ Universidade Estadual de Feira de Santana. Salvador, 2018. f. 121.

<sup>80</sup> RAC. Freire para Carr. RF Records, IHB, Division Records, RG5, Series 2, Subseries 305, FA 115, Box 26, Folder 158. 4 out. 1926. p. 3.

com os médicos Dórea, Guilhermino, Jesuíno e Ferreira Netto, que a febre presente na cidade existia desde 1925, e que a sintomatologia dos doentes era muito clara para febre amarela.<sup>81</sup>

No relatório abril de 1926, G. J. Carr informou ao Diretor Geral do IHB sobre a expedição realizada por Freire de Carvalho e Burle de Figueiredo. Ele admitia a dificuldade de diagnóstico, embora houvesse a suspeita de que os casos poderiam ser de febre amarela. Diferente do que pôde ser observado em outras fontes, Carr atribuiu a responsabilidade dos problemas encontrados à população e aos médicos locais. Segundo ele, as pessoas estavam aptas a esconder febres por medo de hospitais, os médicos não eram cuidadosos em relatar os casos e a sua confirmação poderia ter impacto no comércio:

Rumores continuam a vir sobre suspeitos nas cidades naquela ferrovia e para o nordeste e Dr. Freire está investigando (...) Se isto é febre amarela as áreas recentemente encerradas terão que ser reabertas, distritos 6 e 4 são importantes como temos lá a estação ferroviária e pensões baratas e o Hospital militar, onde seriam encontrados respectivamente refugiados e detalhes sobre doentes.<sup>82</sup>

Mesmo antes da conclusão da expedição, explicações já eram dadas à direção do IHB e se discutiam as medidas que poderiam ser tomadas no caso de confirmação da doença. Os surtos do Vale do São Francisco continuaram nos meses seguintes e, em 30 de julho de 1926, o médico Pacífico da Luz escreveu para Carleton Hale, solicitando a permanência de uma comissão médica especial para verificar qual entidade mórbida estaria causando a “febre de mau caráter” desde o fim de abril naquela região. Para ele, esses casos não poderiam ser diagnosticados como malária, exceto se fosse em uma manifestação ainda desconhecida pela ciência.<sup>83</sup>

Muitos doentes dessa febre morreram em Petrolina. O médico afirmava que nunca tinha observado casos similares na região, não podendo classificá-los senão como “casos verdadeiros de febre amarela”, cuja existência havia sido evidenciada em Boa Vista, onde havia surgido epidemicamente em 1910. E concluiu:

Considero, pois, contaminada pela febre amarela toda a região do S. Francisco de Belém até Pirapora, bem como todo o interior da Bahia, sendo necessário assim nem só que se tire a prova real se é que existe duvida, como se lhe dê combate nos focos a fim de exterminá-la.<sup>84</sup>

<sup>81</sup> RAC. Freire para Carr. RF Records, IHB, Division Records, RG5, Series 2, Subseries 305, FA 115, Box 26, Folder 158. 4 out. 1926. p. 4.

<sup>82</sup> RAC. Carr para The General Director. RF records, IHB, Division Records, RG5, Series 3, subséries 3\_305, FA115, Box 127, Folder 1522. 30 abr. 1926.

<sup>83</sup> RAC. Luz para Hale. RF Records, IHB, Division Records, RG5, Series 3, FA 115, Box 127, Folder 1522. 30 jul. 1926.

<sup>84</sup> RAC. Luz para Hale. RF records, IHB, Division Records, RG5, Series 3, subséries 3\_305, FA115, Box 127, Folder 1522. 30 jul. 1926.

Diante de tal quadro, os membros da instituição filantrópica não tinham mais como duvidar da existência de casos de febre amarela nas pequenas cidades que compunham o interior baiano mas, segundo Rodrigo Magalhães, nem mesmo esses casos e outros verificados no mesmo ano em Sergipe foram capazes de abalar a confiança dos norte-americanos e das autoridades brasileiras sobre a possibilidade de erradicar a doença.<sup>85</sup> Em relação às causas da reinserção da febre amarela na Bahia, em maio de 1926, um contingente da Força Pública Paulista que há tempo seguia os rebeldes da Coluna Prestes em alguns estados do Nordeste chegou a Bonfim. Esses grupos teriam vindo do Ceará e da Paraíba, onde eram notificados casos da enfermidade. Depois disso, novos casos suspeitos foram identificados na região.<sup>86</sup> A explicação dada por Serafim Júnior, chefe do Posto de Saneamento Rural, nomeado pela Fundação Rockefeller como diretor do Serviço de Profilaxia Amarfílica junto às tropas, atendia ao esperado pelo IHB, na manutenção da teoria dos focos-chave, embora, aparentemente, a febre amarela nunca tivesse deixado de ser endêmica no estado, como concluiu Freire de Carvalho em Alagoinhas.

Vinda do interior, a doença parecia já ter chegado a Capital no mês de maio. A imprensa informou o caso de um homem, residente no número 21 da Rua Chile, oriundo de Alagoinhas e chegado a Salvador no dia 20 daquele mês. Ele foi registrado no serviço de vigilância pelo médico Magalhães Neto, assistente de Barros Barreto. O jornal tentava acalmar a população e, para isso, destacava que aquele caso foi observado em pessoa contaminada no interior, como havia ocorrido em ocasiões anteriores. Afirmava-se que as medidas cautelares estavam sendo tomadas: “o serviço de vigilancia de pessôas vindas do interior, está sendo, rigorosamente feito, pelo dr. Barros Barreto pessoalmente, e por vários auxiliares seus”.<sup>87</sup>

### Considerações Finais

Nas primeiras décadas do século XX, epidemias de febre amarela irrompiam periodicamente nas cidades litorâneas brasileiras, com mortalidade maior entre os estrangeiros. A presença contínua da doença nos registros nosográficos de países das

---

<sup>85</sup> MAGALHÃES, Rodrigo Cesar da Silva. *A Erradicação do Aedes Aegypti: febre amarela, Fred Soper e saúde Pública nas Américas (1918-1968)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. p. 74.

<sup>86</sup> BRITO, Ana Clara Farias. *Sanear e curar: saúde pública, higiene e atuação dos postos de profilaxia nos sertões da Bahia (1922-1930)*. 2018. 176 f. Tese (Doutorado em Ensino, Filosofia e História das Ciências) – Universidade Federal da Bahia/ Universidade Estadual de Feira de Santana. Salvador, 2018. f. 151.

<sup>87</sup> OUTRO CASO de febre amarela: o doente trouxe o mal de Alagoinhas, *A Tarde*, Salvador-Bahia, 26 mai. 1926.

Américas Central e do Sul passou a afetar, negativamente, o comércio internacional e a circulação de pessoas na região, constituindo-se em ameaça para os Estados Unidos. Tal conjuntura motivou a Fundação Rockefeller a colocar especialistas e recursos financeiros à disposição dos países em que a doença era endêmica, dentre eles o Brasil.

Após atuações bem-sucedidas no Sul dos Estados Unidos, essa agência filantrópica resolveu delinear um programa de controle da doença em escala mundial. A Rockefeller desenvolveu o seu trabalho com base no pressuposto de que eliminando a doença nos principais centros urbanos acabaria a infecção. Contudo, os surtos de febre que eclodiram em 1926 contribuíram para reforçar os questionamentos a respeito da teoria dos focos-chaves, sustentada pelos profissionais da Fundação Rockefeller para a explicar a propagação da febre amarela e justificar o direcionamento das ações profiláticas, em um momento em que o conhecimento científico a esse respeito se desenvolvia em escala internacional.

As experiências globais mantêm conexões com a esfera locais, nesse caso pela manifestação de febres de “mau-caráter” no interior da Bahia e pela dúvida se aquele era um retorno da enfermidade considerada erradicada pela agência filantrópica internacional. Enquanto prova empírica da existência de centros difusores em pequenas cidades do interior, os surtos começaram a ameaçar um conhecimento científico difundido e aplicado de forma ampla, especialmente na América Latina. A crença nessa teoria norteou os trabalhos da Rockefeller no Brasil e em outros países por alguns anos a mais, quando a epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro, em 1928, ajudou a desconstruí-la e, finalmente, quando foi descoberta a febre amarela silvestre.<sup>88</sup>

As ações de controle da febre amarela na Bahia seguiram um fluxo complexo de organização da saúde, que envolveu a ampliação das estruturas que contemplassem também outras enfermidades<sup>89</sup>, e que cada vez mais alcançava os sertões. As interações entre membros do IHB e do Saneamento Rural do estado, seja no trabalho, na troca de informações ou em outras atividades, foram de extrema relevância para a agilidade nas ações, mesmo que em muitos momentos a Fundação Rockefeller desejasse assumir o protagonismo do controle da doença.

A presença de Antônio de Barros Barreto na Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública contribuiu para ampliar a integração entre os profissionais, mas não excluía a possibilidade de conflitos. Em 23 de julho de 1926, por exemplo, o médico Archimedes

---

<sup>88</sup> BENCHIMOL, Jaime Larry (coord.). *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p. 125, 143-161.

<sup>89</sup> Cf. BATISTA, Ricardo dos Santos. *Sífilis e reforma da Saúde na Bahia (1920-1945)*. Salvador: Eduneb, 2017.



Marques, Chefe do Posto de Saneamento Rural de Nazareth, escreveu para o Subsecretário e informou que os representantes da Comissão Rockefeller se excediam no serviço de polícia de focos, o que resultava em constantes atritos e reclamações de todas as camadas sociais e fazia com que ele fosse requisitado, constantemente, para resolver conflitos que lhes traziam “contrariedades e prejuízo de tempo”.<sup>90</sup>

A análise dos acordos entre a Fundação Rockefeller e o Brasil, e a sua atuação no controle de enfermidades, é de extrema importância para a compreensão de especificidades no processo de construção da saúde internacional. Ela revela como agentes de diferentes nacionalidades atuaram, interagiram e contribuíram para o desenvolvimento de saberes, de práticas, de tecnologias de saúde, em ações que nem sempre foram fáceis de se realizar.

---

<sup>90</sup> RAC. Marques para Barros Barreto. RF Records, RG5, Series 3, Subséries 3\_305, FA115, Box 127, Folder 1522.