

Território da doença e da saúde: o Vale do Rio Doce frente ao panorama sanitário de Minas Gerais (1910-1950)*.

Territory of the disease and health: The Rio Doce Valley do in the public health context of Minas Gerais (1910-1950).

Jean Luiz Neves Abreu**

Maria Terezinha Bretas Vilarino***

Artigo enviado em 12 de abril de 2009 e avaliado em 1 de junho de 2009

Resumo:

O propósito do artigo é abordar a questão da saúde no Vale do Rio Doce em relação ao panorama sanitário de Minas Gerais entre as décadas de 1910 e 1950. Após a análise dos aspectos que marcaram a atuação do Estado no âmbito da saúde pública, pretendemos situar como a região do Rio Doce se inseriu tardiamente no projeto do saneamento do Estado.

Palavras-chave:

Saúde pública. Vale do Rio Doce. Minas Gerais.

Abstract:

The purpose of this article is to abroad the health issue in Rio Doce Valley in the public health context of Minas Gerais between 1910 e 1940. After analyzing the issues that characterized the work of the State in public heath, it is remarked the late-coming of the Rio Doce region in the State's reorganization project.

* Esse artigo é produto de duas pesquisas: "Saúde, higiene e sociedade: o sanitarismo em Minas Gerais (1889-1930)", financiado pela FAPEMIG, e "Território endêmico: relações de poder e práticas culturais do saneamento no médio Rio Doce (1940-1960)", financiado pelo CNP.

** Doutor em História/UFMG, Professor do Programa de Mestrado em Gestão Integrada do Território e pesquisador do Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais da UNIVALE/MG.

*** Mestre em História/UFMG, Professora do Curso de História e pesquisadora do Núcleo de Estudos Históricos e Territoriais da UNIVALE/MG.

Minas Gerais: breve panorama sanitário

Vários trabalhos chamam atenção para a relevância da campanha de saneamento no Brasil empreendida nas primeiras décadas do século XX como um dos aspectos do processo de modernização do país e de superação de um dos principais motivos de seu atraso: as enfermidades.¹ Apesar disso, a questão do saneamento é ainda pouco discutida pela historiografia em relação a Minas Gerais, principalmente no que se refere a determinadas regiões. Ao longo deste artigo, pretendemos discutir alguns aspectos das reformas ligadas à saúde em Minas e mostrar como essas reformas traziam benefícios a certas regiões, em detrimento de outras, a exemplo do Vale do Rio Doce.

De forma semelhante ao que ocorria em vários estados, nas primeiras décadas do século XX Minas Gerais enfrentava vários problemas médico-sanitários. Tais problemas eram, em grande parte, decorrentes da ausência de uma estrutura e de políticas de saúde capazes de enfrentar os desafios colocados pelas epidemias, como a da febre amarela, que assolou a nova capital, Belo Horizonte, e outros municípios mineiros.² Em 1918, Belisário Penna contrastava a “pujança do clima e da flora” de Minas Gerais com a situação calamitosa das condições de saúde. Segundo o diagnóstico do sanitariano, Minas era o Estado da doença, pois ali se encontrava uma população degenerada, vítima do barbeiro, do impaludismo, dentre outras enfermidades. Este diagnóstico era então atribuído ao descaso dos governos estadual e municipal no tocante aos assuntos de saúde pública³. Segundo apontava o sanitariano, pouca verba era destinada à higiene em comparação com outros estados. Em tom de ironia, Belisário Penna comenta o fato de que nas mensagens presidenciais era descrito como “lisongeiro o estado sanitário da população”.⁴

¹ Sobre essa questão ver: LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, G. Condenado pela Raça, Absolvido Pela Medicina: O Brasil Descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República. In: MAIO, Marcos Chor; SANTOS, Ricardo V. (Org.) *Raça, ciência e sociedade*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/CCBB, 1996, p. 23-40; HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos de interdependência: sobre as relações entre Saúde Pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos Históricos*, v. 6, n.11, p. 40-61, 1993; CASTRO SANTOS, Luiz Antonio de. Poder, ideologias e saúde no Brasil da Primeira República: ensaio de sociologia histórica. In: ARMUS, Diego; HOCHMAN, Gilberto (Orgs.). In: *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004, p. 249-293.

² Sobre a febre amarela em Belo Horizonte, ver a respeito: TORRES, Jacqueline. *A influenza espanhola e a cidade planejada. Belo Horizonte, 1918*. Belo Horizonte: Argumentum, 2007.

³ PENNA, Belisário. Minas e Rio Grande do Sul: estado da doença e estado de saúde. , *Revista dos Tribunais*, Rio de Janeiro, 1918, p. 5-8.

⁴ *Ibidem*, p. 18-19.

Embora as críticas do sanitarista tivessem respaldo no precário estado sanitário de Minas, houve esforços no sentido de organizar os serviços destinados à saúde pública. O serviço sanitário foi regulamentado desde 1895 e compunha-se de um Conselho de Saúde Pública e Diretoria de Higiene - encarregada da execução do regulamento sanitário -, além de delegacias de higiene e vacinação, instaladas nos municípios. Desativado em 1898, o serviço sanitário foi reestruturado em 1910.⁵ A Diretoria de Higiene passou por uma reorganização e a ela estavam ligados o Laboratório Químico de Análises, o Serviço Geral de Desinfecção, Hospitais de Isolamento e Repartição de Estatística Demográfica-Sanitária.⁶

Ao longo dos Relatórios dos presidentes do Estado é possível acompanhar as várias atividades da Diretoria de Higiene. Em 1915, relatam-se o exame químico das fontes de águas minerais do Estado, serviços de desinfecção, exames bacteriológicos e distribuição da vacina contra a varíola em parceria com o Instituto Oswaldo Cruz, do Rio de Janeiro.⁷ A filial de Manguinhos, o Instituto Ezequiel Dias, instalado em Belo Horizonte desde 1907, desempenhou um relevante papel na solução de problemas sanitários, principalmente no desenvolvimento de pesquisas experimentais de vacinas.⁸ Outra parceria era com o Instituto Pasteur, de Juiz de Fora, para onde eram encaminhados os “indivíduos pobres”, atacados por animais acometidos de raiva.⁹

À frente da Diretoria de Higiene, Samuel Libânio se esforçou para estender os serviços de profilaxia à maior parte dos municípios mineiros. Em maio de 1918, o Governo firmou convênio com a Fundação Rockefeller, a fim de determinar a extensão e a intensidade da ancilostomíase e seus efeitos na população do campo. No mesmo ano foi criado o Serviço de Profilaxia Rural para o combate às endemias nas zonas rurais do Estado. A Fundação Rockefeller desempenhou, naquele contexto, um papel importante na implantação de um sistema de saúde pública em alguns estados do Brasil, como São Paulo, Mato Grosso, Rio de Janeiro e Minas Gerais.¹⁰ Conforme observa Rita de Cássia Marques, a Fundação teve

⁵ TORRES, Jacqueline. *op. cit.*, p. 124-125.

⁶ Mensagem do Presidente de Estado Dr. Wenceslau Braz Pereira Gomes ao Congresso Mineiro. Belo Horizonte: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1910, p. 47.

⁷ Mensagem do Presidente de Estado Delfim Moreira da Costa Ribeiro ao Congresso Mineiro. Belo Horizonte: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1915, p. 81.

⁸ MARQUES, Rita de Cássia. Ezequiel Dias e a filial de Manguinhos em Belo Horizonte. In: *Anais do VI Seminário Nacional de História da Ciência e da Tecnologia*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de História da ciência, 1997.

⁹ Mensagem do Presidente de Estado Delfim Moreira da Costa Ribeiro ao Congresso Mineiro. Belo Horizonte: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1916, p. 61.

¹⁰ FÁRIA, Lina Rodrigues de. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo

uma recepção positiva por parte da população. Sua atuação foi marcada principalmente pelo combate às verminoses em vários municípios mineiros. Além da unidade de Belo Horizonte, havia também as de Juiz de Fora, Sacramento, Araxá, Patos de Minas e Formiga.¹¹

Os acordos com a Fundação Rockefeller e a questão do saneamento rural não devem ser analisados de forma isolada, pois em diversos aspectos estavam associados com as campanhas de saneamento no Brasil empreendidas na Primeira República. O movimento sanitário no Brasil procurou reunir esforços de médicos e intelectuais do país em uma cruzada contra as doenças que atingiam o país, visto então como um imenso hospital. A campanha sanitária teve duas fases distintas: a primeira, entre 1903 e 1909, com ênfase no saneamento urbano da capital federal (Rio de Janeiro). Concentrou-se especialmente na área portuária, e no combate à febre amarela, peste e varíola; visava garantir ao País condições de manutenção, sem prejuízos causados por desordem sanitária, do comércio exterior marítimo. A segunda fase, nas décadas de 1910 e 1920, teve como marca principal a preocupação com o saneamento rural a partir do combate às endemias que grassavam no interior (malária, ancilostomíase, esquistossomose). Nesse sentido, a segunda fase se diferencia da primeira pelo seu caráter mais político que econômico, apresentando-se como “caminho para a construção da nação”, tendo a higiene como “instrumento central para a reforma do Brasil porque viabilizava a remoção do atributo que o identificava e o desqualificava: a doença”.¹²

Em acordo com esses princípios, entre as décadas de 1920 e 1950 houve várias medidas para combater as doenças enfrentadas pelas populações do interior de Minas. Já em 1918, iniciou-se o sistema de postos de saneamento, criados em algumas cidades, como Leopoldina, Pirapora e Santa Rita do Sapucaí. Segundo o Relatório daquele ano, além da ancilostomíase, os postos mantidos pelo Estado tratavam de todas as verminoses e faziam propaganda em prol da “educação higiênica do povo”.¹³ Uma maior atuação da campanha sanitária no interior data de 1919, “quando os primeiros postos encetaram a propaganda contra as endemias rurais, sobretudo as verminoses, seguindo-se de terapêutica apropriada e de serviços sanitários definitivos”.¹⁴

(1920-30): perspectivas históricas. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, v.9, n. 3, set.-dez. 2002, pp. 561-90, p. 564-565.

¹¹ MARQUES, Rita de Cássia. A filantropia científica nos tempos da romanização: a Fundação Rockefeller em Minas Gerais (1916-1928). *Horizontes*, Bragança Paulista, v. 22, n.2, jul.-dez., 2004, pp. 175-189, p.9-10.

¹² HOCHMAN, Gilberto. *A Era do Saneamento - As bases da política de saúde pública no Brasil*. 1. ed. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998, p.129-130.

¹³ Mensagem do Presidente de Estado Arthur da Silva Bernardes ao Congresso Mineiro. Belo Horizonte: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1919, p. 61.

¹⁴ Mensagem do Presidente de Estado Raul Soares de Moura ao Congresso Mineiro. Belo Horizonte: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1923, p. 256.

O Serviço de Profilaxia Rural contava ainda com postos ambulantes em lanchas, utilizadas principalmente na região do rio São Francisco. Para que a ação do Serviço se estendesse a pequenas localidades, foram montados também postos ambulantes sobre vagões das Estradas de Ferro Central do Brasil e Oeste de Minas.¹⁵

Nos anos seguintes as campanhas pelo saneamento rural tiveram continuidade. Aspectos do serviço de profilaxia rural podem ser observados em uma notícia publicada no órgão oficial da imprensa do Estado, o *Minas Gerais*, em março de 1949, onde se enfatizavam os benefícios da assistência médica às populações rurais. Naquele ano, durante uma viagem de trinta dias, um comboio saído da capital visitou vários municípios no sul de Minas, onde “médicos e técnicos da Secretaria de Agricultura prestaram serviços assistenciais”¹⁶

Campanhas contra endemias rurais, e contra a malária em particular, são elementos constitutivos da saúde pública no Brasil. Desde o início do século XX, inúmeras ações que incluíam investigação, tratamento e profilaxia do impaludismo foram executadas pelo governo federal e por alguns Estados da federação. Uma tradição de pesquisa sobre a malária e demais endemias se constituiu no eixo Rio-São Paulo, em especial no Instituto Oswaldo Cruz, a partir dos trabalhos de cientistas como Carlos Chagas, Adolfo Lutz e Arthur Neiva. Entre meados da década de 1910 e meados da de 1920, no rastro do movimento político pelo saneamento rural, a malária juntamente com a ancilostomíase e a doença de Chagas adquiriram status de “trindade maldita”, entrave à civilização, ou dos principais males que assolavam o Brasil.¹⁷

Para enfrentar os problemas de saúde que assolavam vários municípios mineiros, O Governo adotou o sistema de Centros de Saúde, que passaram a ser instalados em alguns municípios a partir de 1919. Na década de 1930, Ernani Agrícola, diretor estadual da Comissão Rockefeller, enfatizava a importância dessas unidades para as necessidades de saúde do Estado, como forma de enfrentamento das precárias condições de higiene, principalmente nas cidades do interior de Minas.¹⁸

¹⁵ Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. Affonso Penna Júnior, Secretário de Estados dos Negócios do Interior do Estado de Minas Gerais pelo Dr. Samuel Libanio, Director Geral de Higiene. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1922, p.25.

¹⁶ *Minas Gerais*. Belo Horizonte: 6 de março de 1949, p. 5

¹⁷ HOCHMAN, Gilberto; MELLO, Maria Teresa Bandeira de; SANTOS, Paulo Roberto Elian dos. A malária em foto: imagens de campanhas e ações no Brasil da primeira metade do século XX. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. IX, n. suplemento, 2002, p. 233-273.

¹⁸ FARIA, Lina Rodrigues de. op.cit., p. 583.

A medida foi igualmente incorporada em outros Estados, como São Paulo e Rio de Janeiro, e representava a necessidade de estabelecimentos de maior complexidade e que descentralizavam as ações na esfera da saúde pública. Esta forma de organização tinha como modelos as experiências bem sucedidas nos Estados Unidos. Conforme enfatiza Carlos Eduardo Aguilera Santos, “as bases científicas e filosóficas a nortear o trabalho nesses estabelecimentos sanitários baseavam-se na epidemiologia, na educação sanitária e na administração sanitária”. As unidades de saúde envolviam uma nova metodologia, fundamentada na subdivisão das cidades em distritos sanitários, visando um maior conhecimento, controle e profilaxia das doenças.¹⁹

Para além do saneamento nas áreas urbanizadas, o foco principal continuou a ser o saneamento rural. É significativo observar que o discurso médico-sanitário do Governo não estava dissociado dos interesses econômicos. Com o Serviço de Profilaxia Rural, o intento era fazer chegar ao homem do campo e às populações abandonadas do interior a assistência médica e, ao mesmo tempo, garantir mão-de-obra sadia à lavoura:

Aquilatando devidamente a relevância e urgência dessa obra de defesa da saúde das populações rurais, flageladas por várias endemias, cõscio da situação angustiosa e desesperadora de milhares de patrícios contaminados e reduzidos à mais profunda miséria fisiológica pelo ‘mal de Chagas’ e outras moléstias igualmente aniquiladoras que roubam às lides sadias e nobilitantes da lavoura tantas energias úteis, - pôs o governo o maior empenho em promover o saneamento rural e criar postos profiláticos em diversos pontos do Estado, onde se lhe afigurou mais premente a adoção dessa medida de grande alcance humanitário e patriótico.²⁰

Visando difundir os preceitos de higiene à população, os médicos realizavam conferências, distribuíam folhetos e contavam com a estratégia das “lanternas de projeção luminosa para ilustrar suas palestras”.²¹ Na educação sanitária, os médicos lançavam mão dos recursos modernos de divulgação, tais como folhetos, cartazes, exposições, filmes e radiofonia, além de cursos para professoras públicas.²²

Em sintonia com a perspectiva higienista, diversos médicos sanitaristas mineiros, que atuavam em órgãos e instituições de saúde no Estado, ressaltavam a importância de promover hábitos higiênicos entre a popu-

¹⁹ CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. *História, ciências, saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro*, v. 14, n.3, jul-set. 2007, pp. 877-906, p. 888.

²⁰ Mensagem do Presidente de Arthur da Silva Bernardes ao Congresso Mineiro. Belo Horizonte: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1920, p. 53.

²¹ *Ibidem*, p. 54.

²² Estado de Minas Gerais. Decreto n.69, de 20 de Janeiro de 1938.

lação mineira, o que concorria para o bem da coletividade. Um dos focos principais da educação sanitária eram as crianças, razão pela qual as escolas primárias deveriam receber especial atenção.²³ Para atender a esses ditames, foi organizado um Serviço de Higiene e Profilaxia Escolar em vários municípios. Além das escolas da Capital, havia postos médicos escolares em Juiz de Fora, Uberaba, Araxá, Poços de Caldas, entre outras cidades. Em auxílio ao trabalho dos médicos que visitavam as escolas, criou-se um corpo de enfermeiras escolares. Sua função era a de inculcar hábitos de higiene e fiscalizar a prática dos mesmos, preencher as fichas escolares dos alunos, tomar medidas profiláticas para as “moléstias contagiosas” e apresentar ao médico escolar, por ocasião de sua visita, as crianças doentes.²⁴

Os recursos de propaganda para o conhecimento dos preceitos de higiene só surtiriam efeito se viessem apoiados de uma “orientada organização sanitária”. Neste sentido, o Governo do Estado criou, em 1922, o Serviço Permanente de Higiene Municipal, pelo decreto 6.051.²⁵ Outra mudança foi a transformação da Diretoria de Higiene em Diretoria de Saúde Pública, pelo decreto n. 8.116, de 31 de dezembro de 1927. Dessa maneira, eram confiadas aos municípios as “providências que se tornarem necessárias à saúde pública”²⁶. Segundo o Relatório de 1928, a reorganização dos serviços de saúde pública subordinava-se ao “princípio de descentralização técnica e administrativa”, tendo em vista a extensão territorial do Estado e as difíceis comunicações com o interior. Em razão disso, além da instalação dos Centros de Saúde, o Governo criou várias inspetorias e postos municipais de higiene.²⁷

Em 1930, os Centros de Saúde funcionavam nas seguintes cidades: Belo Horizonte, Juiz de Fora, Uberaba, Três Corações e Montes Claros – tendo responsabilidade sobre os postos sob a jurisdição de cada um. O Governo mineiro exaltava os avanços na saúde pública no Estado e as reformas sanitárias para debelar as epidemias existentes. Dentre as melhorias sanitárias constava a remodelação de bares, armazéns e açougues, a impermeabilização do solo, além de serviços de higiene e pré-natal, em cidades como Juiz de Fora, Belo Horizonte e Barbacena.²⁸

²³ KARVALHO, Keila Auxiliadora. *A Saúde pelo Progresso: Medicina e Saúde Pública em Minas Gerais*. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Juiz de Fora, 2008, p.112-121.

²⁴ Mensagem do Presidente de Estado Fernando de Mello Vianna ao Congresso Mineiro. Belo Horizonte: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1926, p. 128-129.

²⁵ FARIA, Lina Rodrigues de. Op. cit., p. 583.

²⁶ Mensagem do Presidente de Estado Antonio Carlos Ribeiro de Andrada ao Congresso Mineiro. Belo Horizonte: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1927, p.130.

²⁷ Mensagem do Presidente de Estado Antonio Carlos Ribeiro de Andrada ao Congresso Mineiro. Belo Horizonte: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1928, p. 80-81.

²⁸ Mensagem do Presidente de Estado Antonio Carlos Ribeiro de Andrada ao Congresso Mineiro. Belo Horizonte: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1930, p. 150-151.

Observa-se que, em vários aspectos, procurava-se aplicar em Minas Gerais os princípios que orientavam o sanitarismo em outras regiões do país. Tais documentos nos oferecem uma visão parcial das reformas de saúde, já que por meio deles não é possível conhecer os impactos junto às populações e em que medida o discurso oficial sobre a saúde espelhava as condições de saúde vivenciadas. Apesar desses limites, dois aspectos podem ser apreendidos da documentação: em primeiro lugar, os serviços de saúde se concentravam em algumas regiões, sendo a Zona da Mata e o Sul de Minas as mais citadas. Em segundo lugar, nos próprios relatórios há um reconhecimento da dificuldade do Estado chegar a algumas regiões do interior. A esse respeito, no Relatório de 1925 lamentava-se o fato de que a campanha contra o paludismo e as medidas de saneamento não chegaram a determinadas paragens:

Este conjunto de medidas profiláticas deveria tornar-se extensivo a outras zonas do Estado, de terras mais férteis e que assoladas pelo mal, não têm podido fixar o colono, como se verifica nas bacias dos rios Doce e Jequitinhonha, acompanhando a construção dos meios de transporte e abertura de escolas.²⁹

A saúde no Vale do Rio Doce

O diagnóstico acima revela as dificuldades do poder público de fazer chegar a determinadas regiões os serviços de saúde e saneamento, caso da região do Rio Doce, na região leste do Estado. Isto pode ser observado em relação à inexistência de estabelecimentos de assistência médica, como os postos de saúde. No ano de 1927, havia cinco municípios atendidos por esses postos, mas nenhum no Médio Rio Doce. Em 1928, 15 municípios já tinham instalados postos municipais de higiene³⁰, mas o Médio Rio Doce ainda não havia sido contemplado. Finalmente, em 1930, a Vila de Figueira do Rio Doce (Governador Valadares, a partir de 1938) aparece na lista de localidades contempladas pelos postos de higiene. Nas proximidades, consideradas vias de acesso que favoreciam o contato com outras regiões, as cidades de Caratinga (ao sul de Governador Valadares) e Teófilo Otoni (ao norte) já eram atendidas por postos desde algum tempo, e na última cidade, em 1928, já funcionava um Centro de Saúde.³¹ Entretanto, para a população do Médio Rio Doce o acesso não era possível facilmente. Assim, a região poucas vezes recebe menção nos relatórios, a não ser por algumas referências pontuais a algumas cidades que pedem

²⁹ Mensagem do Presidente de Estado Fernando de Mello Vianna ao Congresso Mineiro. Belo Horizonte: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1925, p. 171.

³⁰ Mensagem do Presidente de Estado Antonio Carlos Ribeiro de Andrada ao Congresso Mineiro. Belo Horizonte: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais 1928, p. 80-81.

³¹ Ver as Mensagens do Presidente de Estado de 1927 a 1930.

o socorro do Estado por situações de calamidade sanitária, como Peçanha e Aimorés, que em 1920 solicitaram a intervenção da Diretoria de Higiene em razão de epidemias, especialmente o paludismo.³²

Merece atenção o silêncio oficial sobre o vale do Rio Doce nos relatórios presidenciais de Minas: de um lado, o relator reclama que maiores informações não foram enviadas pelos representantes locais, que também não solicitaram a presença do Estado; de outro lado, o grave quadro nosológico descrito por particulares e cronistas locais e evidenciado *en passant* pelos relatórios demonstra que investimentos na região não eram prioritários oficialmente. Além disso, a região não se enquadrava nos critérios mencionados no Relatório da Diretoria de Higiene de 1918 para o recebimento dos serviços de saneamento rural: índice endêmico elevado, maior densidade populacional e riqueza econômica.³³

As condições de salubridade na região do Rio Doce não diferiam em muito de outras regiões do Estado, já que ali estiveram presentes os surtos epidêmicos que assolaram Minas Gerais nas primeiras décadas do século XX. Apesar disso, foi desde o século XIX que se construiu a imagem de uma região insalubre. As águas do rio e a floresta eram vistos como os principais fatores das enfermidades, segundo a imagem fixada por viajantes do século XIX e cronistas das primeiras décadas do século XX. Saint-Hilaire, que esteve na região em viagem em direção ao Espírito Santo nas primeiras décadas do oitocentos, comentava a insalubridade do rio Doce e seus afluentes, que nas estações de chuva transbordavam “infetando o ar com vapores perigosos”. Tal fato era agravado pelas espessas florestas que dificultavam a evaporação das águas³⁴.

O relato deixado pelo Engenheiro Ceciliano Abel, relacionado à construção da Estrada de Ferro Vitória Minas nas primeiras décadas do século XX, reforça essa visão. O engenheiro revela a peleja para a execução da obra sob sua responsabilidade, destacando entre as dificuldades enfrentadas a insalubridade do ambiente e a presença da malária que atingia os trabalhadores. Muitas referências são feitas sobre a enfermidade, pois era um dos motivos de pedidos de contas e retirada de trabalhadores “atormentados pelo padecimento”. Para atenuar a situação, recorria-se ao médico da ferrovia, que aconselhava: “vinte e cinco centigramas

³² Mensagem do Presidente de Estado Arthur da Silva Bernardes ao Congresso Mineiro. Belo Horizonte: Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais, 1920, p. 55.

³³ Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. José Vieira de Marques, Secretário de Estado dos Negócios do Interior, pelo Dr. Samuel Libânio, Diretor Geral de Higiene referente ao ano de 1917. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1918, p.4.

³⁴ SAINT-HILAIRE, Auguste de. *Viagem ao Espírito Santo e Rio Doce*. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: Edusp, 1974, p. 86.

de sulfato de quinina, pela manhã, e aumentasse a dose fosse necessário; que se almoçasse antes de encetar o serviço; e, finalmente, que se usasse mosquitoireiro”.³⁵

Como medida saneadora, e para combater a multiplicação dos casos de infecção, eram feitas constantes derrubadas e queimadas como consta na justificativa da diretoria da Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas (EFVM) para a Assembleia Geral Ordinária, de 12 de setembro de 1908. Afirmava, nesse sentido, o presidente da companhia, Dr. Teixeira Soares:

O elemento que constitui a principal riqueza da zona onde se desenvolviam os trabalhos, isto é, a extensa mata virgem que a cobre transformou-se em obstáculo grave a permanência dos operários em efetivo serviço.

A camada enorme de húmus, que garante uma fertilidade quase que inesgotável as margens do rio Doce, encerra o germen de febres de mau caráter, que — desaparecem quando se vão descortinando os terrenos por meio das derrubadas em larga escala. [...] as derrubadas que têm sido feitas para passagem da estrada e o descortinamento gradual dos terrenos estão já produzindo seus benéficos efeitos sobre as condições sanitárias.³⁶

A derrubada da mata era tida como medida saneadora que produziria o efeito higienizador. Nas primeiras fases da ocupação do Médio Rio Doce, o paludismo funcionou como obstáculo ao povoamento e à exploração. Afastar a doença se transformava, assim, em luta contra a floresta. Diferentes dos trabalhadores estrangeiros, descritos como saudáveis e vivendo em condições melhores, os nacionais viviam em casas mal edificadas e apresentavam estado de saúde pior. Carentes de tudo, os povoados eram poucos e espalhados desordenadamente na imensidão da mata e a beira-rio. O serviço médico da ferrovia atendia os trabalhadores acometidos pelas febres e outras enfermidades e a população que a ele recorria quando da sua passagem itinerante pelas localidades em que se levantavam os acampamentos.³⁷

Sobre a presença de serviços médicos e farmacêuticos na região nas três primeiras décadas do século XX, as informações do engenheiro são reafirmadas por outros textos de expressão local. Com base neles é possível traçar um perfil sanitário adverso: a ocorrência de enfermidades variadas atingia a população dos povoados e das cidades mais prósperas: “verminose de toda espécie, tuberculose, febre tifoide, sarampo, leishmaniose; [...] o saneamen-

³⁵ Recomendação citada pelo engenheiro é do clínico da estrada Dr. João dos Santos Neves. ALMEIDA, Ceciliano Abel de. *O Desbravamento das Selvas do Rio Doce*. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1959, p. 237.

³⁶ Relatório da Diretoria da EFVM. Apud ROSA, Lea Brígida Rocha de Alvarenga. *Companhia Estrada e Ferro de Vitória a Minas (1890-1940)*. Dissertação de Mestrado - USP, São Paulo, 1976. p. 119-120.

³⁷ ALMEIDA, Ceciliano Abel de. *O Desbravamento das Selvas do Rio Doce*. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1959.

to era o maior problema³⁸; da saúde em geral tratavam os farmacêuticos práticos que se fixavam na região promissora, em vista da ferrovia; dentistas, também práticos, e médicos formados chegavam aos poucos e as dificuldades de assistência em relação à medicina científica eram grandes; comumente, se recorria aos recursos e aos conhecimentos da cultura popular.³⁹

No início da década de 1930, a presença de médicos na cidade de Colatina, beneficiada pela cafeicultura e pela ferrovia, se destacava em comparação à vila de Figueira, no centro do Médio Rio Doce, pois contava com nove médicos contra um único consultório na segunda. Entretanto, nenhuma das duas localidades possuía hospital. Em Aimorés, o primeiro hospital foi inaugurado somente no ano de 1936.⁴⁰ Mas as práticas populares de cura permaneceram dominantes, com o recurso a ervas medicinais e elementos sobrenaturais.⁴¹

No estudo encomendado, em 1951, pela Companhia Vale do Rio Doce sob orientação do geógrafo Ney Strauch, e que apresenta uma análise do perfil econômico da região,⁴² a questão sanitária, embora não seja o foco do relatório, aparece evidenciada. Na conclusão sobre os aportes econômicos advindos da presença da EFVM, recém-reformada para atender a exportação de minérios, essa questão aparece resolvida:

Fator importante, coroando os incalculáveis benefícios prodigalizados pelo vale do rio Doce no setor da economia, foi o saneamento da região, empreendido pelo Serviço Especial de Saúde Pública - SESP, a cargo de uma comissão mista de sanitaristas brasileiros e norte-americanos, com a extinção da malária e outras endemias, instalação de água potável, esgotos, assistência médica e distribuição de medicamentos às populações da vasta zona do vale do rio Doce.⁴³

O vale do Rio Doce se tornará referenciado pelos documentos e pelas intervenções assistenciais dos governos de Minas e/ou Federal por volta de 1940, sob influência da necessidade política e econômica, ou seja, quando

³⁸ PAULA, Antônio Tavares de. História de Aimorés. Belo Horizonte: Usina de Livros, 1993, p. 558.

³⁹ Consultar a respeito: SOARES, Ruth. Memórias de uma cidade. Governador Valadares: S/A Tribuna Fiel, 1983, p. 7, 13 e 35; PAULA, Antônio Tavares. Op. cit., p. 7, 13 e 35; 1993, p. 540, 728, 837, 898 e 963.

⁴⁰ PAULA, Antônio Tavares. Op. cit., 1993, p. 35.

⁴¹ Esse aspecto é analisado por: FONTENELE, L. F. Raposo. Aimorés: análise antropológica de um Programa de Saúde. Rio de Janeiro, DASP: Serviço de documentação, 1959.

⁴² Conforme o geógrafo na Apresentação preliminar de seu trabalho, “o objetivo visado foi o de proporcionar um reconhecimento geográfico amplo, de caráter informativo, e que refletisse o estado atual dos conhecimentos sobre aquela extensa área do país”. STRAUCH, Ney. A Bacia do Rio Doce – Estudo Geográfico. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Conselho Nacional de Geografia, 1955, p. IX. O estudo foi publicado em 1955 pelo serviço gráfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

⁴³ STRAUCH, Ney. Op. cit., p. 188.

se reconhece o potencial de riqueza/desenvolvimento do lugar. Intervenções infraestruturais e sanitárias de vulto somente se estabelecerão especialmente nas décadas de 1940 e 1950.

Esse território, embora guardasse riquezas virtuais, foi de tardio povoamento e recebeu pouca atenção do poder público nas três primeiras décadas do século XX. Todavia, a demanda pelas riquezas e as possibilidades produtivas ali identificadas aceleraram sistematicamente o processo de sua exploração. Durante a II Guerra Mundial, a economia regional foi impulsionada pelas dificuldades de abastecimento interno e a demanda dos países aliados. Cresce a produção de carvão para a siderurgia de aço e derivados para compensar as dificuldades de importação. Amplia-se e passa a representar um mercado lucrativo a exploração de um minério bastante utilizado na indústria elétrica e eletrônica em países desenvolvidos, a mica ou malacacheta, e, principalmente, era preciso reformar a ferrovia para transportar minério de ferro em grande escala pela recém-criada Companhia Vale do Rio Doce.

O interesse dos Estados Unidos se fez presente diretamente na região, motivado pela presença destes dois minérios estratégicos. Em 1943, para executar o saneamento do Vale do Rio Doce e resolver os problemas das endemias, foram estendidos à região os serviços do Serviço Especial de Saúde Pública – SESP –, criado um ano antes para atuar nas regiões Norte e Nordeste. Todo o serviço foi financiado pelo governo dos Estados Unidos da América. Naquele ano, tiveram início o *Programa do Rio Doce* e o *Programa da Mica*, atendendo os estados do Espírito Santo e de Minas Gerais, respectivamente relacionados à reforma da Estrada de Ferro Vitória–Minas e à exploração do minério de ferro e da mica.

A partir de então, o SESP passou a desenvolver programas de assistência sanitária e de saúde às áreas e população diretamente envolvidas com aqueles interesses econômicos geradores de sua presença e intervenção no Médio Rio Doce. Sua área de atuação no Médio Rio Doce⁴⁴ abrangia o curso e as imediações da EFVM, especialmente as três maiores cidades da região (Governador Valadares, Aimorés e Colatina), “com foco nos acampamentos de trabalhadores e nas pequenas vilas espalhadas ao longo dos

⁴⁴ Para efeito de esclarecimento, o Relatório do SESP, 3º trimestre/1947, p. 124 (FSESP, cx. 9, doc. 89), considera “Vale do Rio Doce” a “região atravessada pela Estrada de Ferro Vitória a Minas que, partindo de Vitória, no Espírito Santo, dirige-se para o norte acompanhando os contrafortes da serra do Mar atingindo o Rio Doce após cerca de 150 quilômetros. Daí segue o trajeto do rio até a localidade de Ipatinga (quilômetro 458), ponto em que deixa para acompanhar o curso do rio Piracicaba até Desembargador Drummond, de onde, pelo vale do Rio Peixe, atinge a cidade de Itabira do Mato dentro, depois de um percurso de aproximadamente 600 quilômetros”.

600 quilômetros da estrada de ferro.”⁴⁵ Ao chegar à região, o SESP providenciou o estudo das condições sanitárias e nosológicas locais para, então, definir as ações a serem desenvolvidas.

No vale do Rio Doce, os municípios existentes ao longo da EFVM foram assistidos pela implantação de serviço de água e esgoto, além das ações de saneamento, como a construção de latrinas, identificação dos vetores e combate à malária e a outras endemias. Outras atividades do SESP eram cursos para parteiras e cuidados infantis, treinamento para atendentes de centros de saúde e para guardas sanitários, treinamento para visitantes que faziam trabalho de educação sanitária, entre outras atividades. Nesse sentido, é instigante o depoimento de Hermírio Gomes da Silva, cirurgião-dentista aposentado do SESP, e prefeito da cidade de Governador Valadares por duas vezes (de 21/01/1967 a 31/01/1971 e 31/01/1973 a 31/01/1977):

A guerra trouxe o combate ao anofelino, acabou com a leishmaniose, com o calazar, com o ‘diabo’. Tudo através do programa do SESP de saneamento básico e também de assistência médica, porque ele incorporou o Centro de Saúde, depois construiu um centro de saúde modelar... Naquela época tínhamos poucos médicos em Governador Valadares, quase todos passaram a prestar serviço no SESP, dentro da sua especialização.⁴⁶

As descrições sobre a área de trabalho, sua população e as possibilidades de desenvolvimento, apresentadas nos relatórios de atividades e em artigos da revista do SESP⁴⁷, não deixam dúvidas quanto à sua proximidade do discurso que então se articulava sobre o interior do Brasil e sua população. Este discurso fazia eco às concepções em voga, de que situações como pobreza, ignorância, apatia e superstição, além do abandono pelo poder público, explicavam as mazelas que dominavam o interior brasileiro. As expressões “apatia, ignorância e superstição contribuem para o aumento das doenças”, e comentários semelhantes são recorrentes nos relatórios apresentados pelos técnicos à Superintendência da agência.⁴⁸

⁴⁵ CAMPOS, André Luiz Vieira de. *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p. 174.

⁴⁶ ESPINDOLA, Haruf Salmen. *Associação Comercial de Governador Valadares – Sessenta anos de história*. Governador Valadares: ACGV, 1999, p. 26.

⁴⁷ O SESP iniciou a publicação da Revista em 1947, mantendo-a até 1984 (Fundação SESP). Tornando-se intérprete das ações do Serviço junto aos interessados no campo da saúde pública, a finalidade da publicação era divulgar os trabalhos inéditos ou já publicados no Brasil ou fora dele. Cf.: BASTOS, N.C. Brito. SESP/FSESP: 1942 – Evolução Histórica – 1991. Recife: Comunicarte, 1993, p. 446.

⁴⁸ Pode-se encontrar, por exemplo, nos documentos: Fundo FSESP/ Divisão de Engenharia Sanitária, caixa 33, documentos 33/36/37; e Caixa 34, documento 43/Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

A descrição das cidades, dos vilarejos e dos acampamentos dos trabalhadores da EFVM traça um quadro de carências variadas: em geral, não há serviço de tratamento de água e de escoamento de esgotos, e se existem são precários. Além disso, as construções de casas e comércios não suportariam uma inspeção mais rigorosa. Ruas sem calçamento trazem percalços tanto no tempo da seca (poeira) quanto no tempo das águas (lama). Faltam estradas para comunicação eficiente entre centros urbanos e áreas rurais. A proteção à saúde pública era deficitária, e a maior parte da população não tinha recursos para assistência particular. Somando-se à essa infraestrutura, as dificuldades acentuam-se pela ocorrência de variadas verminoses e presença da malária, endêmica em várias localidades da região.⁴⁹

Podemos associar as posições sobre a ocupação, a industrialização e o saneamento do Vale do Rio Doce aos debates acerca da modernização e da identidade nacional que circulavam mais ou menos intensamente no litoral e no interior do Brasil. O ideário da incorporação e do saneamento dos sertões, bem como a defesa da modernização civilizadora, perpassam as memórias dos cronistas locais, os relatórios técnicos e as projeções sobre o Médio Rio Doce. Neste sentido, é significativa a opinião de Siva Monteiro de Castro, advogado que vivia em Governador Valadares na década de 1950, referindo-se ao trabalho do SESP:

Graças ao admirável programa de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), o saneamento desta região ora se processa a luz de recentes preceitos de medicina e engenharia sanitária, o que vai garantindo a fixação do homem em zonas onde outrora a malária estiolava a força construtiva do braço humano.⁵⁰

Conclusões

O enfoque regional possibilita ao historiador novas matizes para compreender a especificidade dos processos históricos que as análises genéricas não são capazes de elucidar. Esse caso se aplica à análise da construção da saúde pública em Minas Gerais na primeira metade do século XX. Se, por um lado, nota-se o vínculo entre o movimento sanitário no Brasil e as medidas tomadas pelo Governo Mineiro, por outro, há que se observar que os serviços de saúde empreendidos no Estado não foram homogêneos e estiveram circunscritos às especificidades do desenvolvimento regional. Nesse

⁴⁹ Cf. os documentos: FSESP, Cx 21, doc. 29 e 30 e Cx 24, doc. 54 e 60 (Série Assistência Médico-Sanitária); Cx 30, doc. 12, 13 e 17; Cx 39, doc. 82; e Cx 48, doc. 40, 41 e 42 (Série Engenharia Sanitária).

⁵⁰ CASTRO, Siva Monteiro de. Perspectiva do Vale do Rio Doce. *Revista Acaiaca*, Belo Horizonte, n.32, nov. 1951, p. 35-36 (Número especial).

sentido, há uma relação perceptível entre o desenvolvimento econômico e a saúde. As áreas com representatividade econômica receberam uma atenção maior das políticas de saúde desde as primeiras décadas do século XX, o que se nota pela instalação de Centros e postos de saúde, além de serviços de profilaxia rural em determinadas cidades, como Juiz de Fora, da região da Zona da Mata. Já as medidas saneadoras no leste de Minas e nos limites com o Espírito Santo não tiveram a mesma atenção até a década de 1940, quando a região passa a ter lugar de destaque na economia do Estado.

Território da
doença e da
saúde: o Vale
do Rio Doce
frente ao pano-
rama sanitário
de Minas Gerais
(1910-1950)