

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA**

LUIZA MARIA DE CASTRO AUGUSTO ALVARENGA

**O IMPALUDISMO NO CAMINHO DA ESTRADA DE FERRO
VITÓRIA A MINAS (1920-1942)**

VITÓRIA

2021

LUIZA MARIA DE CASTRO AUGUSTO ALVARENGA

**O IMPALUDISMO NO CAMINHO DA ESTRADA DE FERRO
VITÓRIA A MINAS (1920-1942)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em História.

Orientador: Prof. Dr. Sebastião Pimentel Franco.

VITÓRIA

2021

LUIZA MARIA DE CASTRO AUGUSTO ALVARENGA

**O IMPALUDISMO NO CAMINHO DA ESTRADA DE FERRO
VITÓRIA A MINAS (1920-1942)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em História.

Aprovada em 21 de maio de 2021.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Sebastião Pimentel Franco
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientador

Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Dadalto
Universidade Federal do Espírito Santo
Coorientadora

Prof. Dr.^a Patrícia Maria da Silva Merlo
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr.^a Filomena Eurídice Carvalho Alencar
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. André Luiz Lima Nogueira
Faculdade do Vale do Cricaré

Prof. Dr.^a Sonia Maria da Costa Barreto
Faculdade do Vale do Cricaré

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

C355i

Castro Augusto Alvarenga, Luiza Maria, 1953-
O impaludismo na Estrada de Ferro Vitória a Minas (1920
1942) / Luiza Maria Castro Augusto Alvarenga. - 2021.
187 f.: il.

Orientador: Sebastião Pimentel Franco.

Coorientadora: Maria Cristina Dadalto.

Tese (Doutorado em História) - Universidade Federal do
Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Historiografia. 2. Malária. 3. Estrada de Ferro. 4.
Ferroviários. I. Pimentel Franco, Sebastião. II. Dadalto, Maria
Cristina. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de
Ciências Humanas e Naturais. IV. Título.

CDU: 93/99

Para

Antonella e Vittorio

AGRADECIMENTOS

Iniciei um novo ciclo de vida acadêmica no doutorado em História. Foram muitas horas de estudos, momentos em que encontrei o apoio e o carinho de pessoas, a quem agora agradeço.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Sebastião Pimentel Franco, e à minha coorientadora, Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Dadalto, por terem sido fundamentais no meu percurso acadêmico.

A Maria Zilma Rios, por mostrar aos profissionais da saúde a possibilidade de novos estudos.

Ao Prof. Dr. André Luís Lima Nogueira, por me orientar nas disciplinas Tópicos de História e Historiografia das Doenças, que cursei como aluna especial.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Espírito Santo, pelos ensinamentos que sustentaram os meus estudos.

A Tiago de Matos Alves, do Arquivo Público do Estado do Espírito Santo, e a Felipe Reder Patrício, do Centro de Memória da EFVM, por me auxiliarem nos momentos em que mais precisava.

Aos amigos e companheiros da Saúde Pública, Erivelto Pires Martins, Herlam Wagner Peixoto e Murilo Spala, pelo incentivo e participação especial neste trabalho.

A Afrânio Serapião de Souza, fotógrafo colatinense, Cleomar Feu Correa, ex-Diretor do Museu Ferroviário de João Neiva, Cleia Maria Favarato Batista, professora de História em Acioli, Cristina Pretti, da Secretaria de Cultura de Colatina, Jansen Roberto Cuzzuol, ferroviário aposentado, Luciana, membro do Sindicato dos Ferroviários, Luciana R. Martins Simmer, Secretária de Saúde de Vila Velha, Mariza Esperandio Gaviorno, professora em Baunilha, Michel Leonidio Zahn, historiador do Museu Histórico de Aimorés e do Museu Arqueológico de Aymorés, e Nestor Vieira Scopel, residente de João Neiva, por terem atendido meus pedidos, fornecendo-me pistas para o enriquecimento desta tese.

A Lucílio da Rocha Ribeiro, escritor, e a Mario Abel de Carvalho Neto, editor da revista Caminhos das Gerais, por me disponibilizarem histórias e livros sobre o tema desta pesquisa.

A Dolores Maria Pagani, Pasqua Baptista, José do Patrocínio da Silva, Leonor Matilde Darós, Lucílio Ribeiro da Rocha, Paulo Dadalto e Otto Padilha de Souza, por me contarem as histórias da malária em suas vidas.

Mas tudo foi possível, ainda, pelo apoio incondicional de Arlindo, Ana Luiza, Gabriel, Henrique, Bruna e Alessandro, e pela fé que me move.

RESUMO

O estudo tem como finalidade a construção da historiografia da malária no território percorrido pela Estrada de Ferro Vitória a Minas, entre os anos de 1920 e 1942. Para tanto, utiliza fontes documentais, bibliográficas e orais, buscando apoio nos pressupostos teóricos de Charles Rosenberg, de modo que dois conceitos estruturaram o caminho metodológico: o *framing disease*, em que a ciência enquadra a doença, e o *disease as a frame*, em que a própria doença enquadra a sociedade e é capaz de revelar os acontecimentos sociais do momento. Busca a temática pesquisada na leitura de documentos e entrevistas a partir da análise de conteúdo. Na construção da historiografia da malária, conhecida na ferrovia como impaludismo, expõe a interação de quatro elementos: a doença, o corpo que adocece, a ferrovia e as políticas de saúde para controle da doença, no recorte de tempo estudado, elementos que dão forma aos capítulos. Mostra que a malária revelou a política de saúde estadual, dependente técnica e financeiramente do Governo Federal, cujas ações de controle e prevenção se concentraram na capital, deixando o interior do Espírito Santo sem a devida proteção, não abrangendo a população trabalhadora da Estrada de Ferro Vitória a Minas e não atendendo o norte do Estado. Aponta que os médicos da ferrovia distribuíam quinino e outras fórmulas para tratamento e prevenção da doença, mas em subdoses que não garantiam o tratamento, sem controle da prescrição e dos efeitos colaterais. Relata que a insalubridade do meio ambiente colocou em risco grande parte dos operários, que adoeceram e morreram de malária, diferentemente dos trabalhadores contratados pela ferrovia. Observa que os documentos pesquisados não registram mortes de operários, como denunciado pelos memorialistas. Deixa a história ainda inacabada.

Palavras-chave: Impaludismo. Malária. Ferrovia. Morte invisível. EFVM.

ABSTRACT

The study aims to build the historiography of malaria in the territory covered by the Vitória-Minas Railway, between 1920 and 1942. This is a research, where documentary, bibliographic and oral sources were used, seeking support in the conceptual theoretical assumptions of Charles Rosenberg, where two concepts build up the methodological path: "framing disease", where science fits the disease, and "disease is a frame", where the disease itself frames society, being able to reveal the social events of the moment. With this goal, the documents and interviews were read from the content analysis looking for the researched theme. The historiography of malaria, known on the railway as *impaludism*, was sought in the interaction of four elements, the disease, the sicken body, the railway, the health policies for disease control, in the time frame studied, and these elements build the chapters. Malaria revealed the state health policy, which is technically and financially dependent on the Federal Government, where control and prevention actions were concentrated in the Brazilian capital, leaving the population at the countryside of Espírito Santo without adequate protection and without coverage in the working population of Vitória-Minas Railway, and little attention to the north of Espírito Santo. Railroad doctors distribute quinine and other formulas for the treatment and prevention of malaria, but in underdoses that did not guarantee treatment, without control of the prescription and side effects. The unhealthy environment has put most of the workers who fell ill and died of malaria at risk, unlike workers hired by the Railway. There are no records of workers' deaths in the documents searched as reported by the memorialists. The story is unfinished.

Keywords: *Impaludism*. Malaria. Railway. Invisible death. EFVM.

RESUMEN

El estudio tiene como finalidad la construcción de la historiografía de la malaria en el territorio recorrido por la Ferrocarril Vitória a Minas, entre los años de 1920 a 1942. Se trata de una investigación, donde fueron utilizadas fuentes documentales, bibliográficas y orales, obteniendo apoyo en los presupuestos teóricos conceptuales de Charles Rosenberg, donde dos conceptos estructuraron al camino metodológico, *Framing disease* donde la ciencia encuadra la enfermedad y *disease is a frame*, donde la propia enfermedad encuadra la sociedad, siendo capaz de revelar los acontecimientos sociales del momento. Para eso, los documentos y encuestas fueron leídos a partir de la análise de contenido buscando la temática investigada. La historiografía de la malaria, conocida en la ferrocarril como impaludismo, fue buscada en la interacción de cuatro elementos, la enfermedad, el cuerpo que padece, la ferrocarril, las políticas de salud para control de la enfermedad, en el tiempo de estudio y estos elementos dieron forma a los capítulos. La malaria reveló la política de salud estadual, dependiente técnica y financieramente del Gobierno Federal, donde las acciones de control y prevención se concentraron en la capital, dejando la población del interior de Espírito Santo sin la debida protección y sin abrangencia en la población trabajadora de la ferrocarril Vitoria a Minas y poca atención para el norte de Espírito Santo. Los médicos de la ferrocarril distribuyen quinina y otras fórmulas para tratamiento y prevención de la malaria, pero en subdosis, que no garantizarán el tratamiento y sin control de las prescripciones y de los efectos colaterales. La insalubridad del medio ambiente puso en riesgo grand parte de los obreros que se quedaron enfermos y murieron de malaria, diferentemente de los trabajadores contratados por la ferrocarril. No hay registros de muertes de los obreros en los documentos investigados como denunciado por los memorialistas. La história está inacabable.

Palabras claves: Impaludismo. Malaria. Ferrocarril. Muerte invisible. EFVM.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Mosquito *Anophelles*, mosquito-palha, carapana, muriçoca, mosquito-prego, suvela e pernilongo..... 54
- Figura 2 – Ciclo evolutivo do *Plasmodium vivax* e do *Plasmodium ovale* no homem.... 55

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Fotografia 1 –	Canal de Maré: limite da cidade de Vitória.....	61
Fotografia 2 –	Vista da região da Vila Rubim.....	64
Fotografia 3 –	Aparelhos Clayton para aspersão do vapor sulfúrico nos serviços de profilaxia terrestre.....	66
Fotografia 4 –	Inauguração da Estação Lauro Müller – Ibirapu-ES	68
Fotografia 5 –	Ofício nº 58 do Delegado de Higiene ao Secretário do Interior.....	71
Fotografia 6 –	Família do Rio Doce-ES acometida de malária e verminose (1920).....	74
Fotografia 7 –	Hospital e Isolamento da Ilha da Pólvora.....	75
Fotografia 8 –	Vala de Jucutuquara – Avenida 15 de Novembro, ponto final dos bondes (1936).....	77
Fotografia 9 –	Homens em meio à Mata Atlântica estudando a construção da Barragem de Fradinhos para abastecimento d'água (1924).....	78
Fotografia 10 –	Comunicado divulgado na Revista O Brazil-Médico em outubro de 1937.....	84
Fotografia 11 –	Homens na EFVM nos anos 1920: as modificações do espaço causadas pela ferrovia.....	99
Fotografia 12 –	Assentamento dos trilhos próximo a Aimorés, antiga Estação Natividade.....	101
Fotografia 13 –	Antonio Dias – comboio de inauguração (1927).....	103
Fotografia 14 –	Descarrilamento na EFVM.....	105
Fotografia 15 –	Ponte do Brocotó.....	118
Fotografia 16 –	Implantação do trecho da EFVM denominado Calado, em Coronel Fabriciano-MG (1925).....	126
Fotografia 17 –	Casa de turma construída aproximadamente em 1937.....	130
Fotografia 18 –	Casa de operário construída na beira da EFVM (1920-1942).....	131
Fotografia 19 –	Vila Operária para trabalhadores da Empreiteira Companhia de Melhoramentos (1942).....	132

Fotografia 20 –	Matéria publicada na Revista Semanal da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro em 22 de abril de 1907.....	136
Fotografia 21 –	Virgílio Gomes, agente de estação, com o uniforme característico (1912).....	143
Fotografia 22 –	Virgílio Gomes, agente da Estação de Colatina (1921).....	143

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 – Distribuição populacional por municípios em números absolutos – Espírito Santo, 1939.....	69
Mapa 2 – Densidade demográfica por municípios. Espírito Santo, 1939.....	70
Mapa 3 – Surto de malária nos municípios do Espírito Santo (1930).....	81
Mapa 4 – Traçado das ferrovias que deram origem à EFVM.....	95
Mapa 5 – Traçado da EFVM e sua regionalização, segundo o Projeto Rio Doce, com área de maior mortalidade por malária – Espírito Santo e Minas Gerais (1920-1942).....	120
Mapa 6 – Ações de saúde desenvolvidas pelo SESP no percurso da EFVM – Espírito Santo e Minas Gerais (1942).....	134

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Serviços de assistência aos enfermos cadastrados no Ministério de Educação e Saúde – Espírito Santo, 1933.....	84
Tabela 2 – Categorias de Unidades Sanitárias no Espírito Santo (1938-1941).....	87
Tabela 3 – Categorias de serviços prestados pela EFVM e contribuição percentual na receita total da CEFVM (1933-1937) – Vitória-ES, 1937.....	106
Tabela 4 – Série histórica: procedimentos anotados nos relatórios médicos da EFRVM	113

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APEES	Arquivo Público Estadual do Espírito Santo
BHS	<i>Brasilian Hematites Syndicate</i>
CAPs	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CBMS	Companhia Brasileira de Mineração e Siderurgia
CEFBM	Companhia Estrada de Ferro Bahia e Minas
CEFPA	Companhia da Estrada de Ferro Peçanha a Araxá
CEFVM	Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas
CVRD	Companhia Vale do Rio Doce
DDT	Diclorodifeniltricloroetano
DNSAMS	Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EFCA	Estrada de Ferro Caravelas-Aimorés
EFM	Estrada de Ferro Mauá
EFBM	Estrada de Ferro Bahia e Minas
EFMM	Estrada de Ferro Madeira-Mamoré
EFPA	Estrada de Ferro Peçanha a Araxá
EFVM	Estrada de Ferro Vitória a Minas
EFVP	Estrada de Ferro Vitória a Peçanha
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FSESP	Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GT	Grupo Técnico
HND	História Natural da Doença
MES	Ministério da Educação e Saúde
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MT	Ministério dos Transportes
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PPGHIS	Programa de Pós-Graduação em História
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SIDA/AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINDFER	Sindicato dos Ferroviários
SMNE	Serviço de Malária do Nordeste
SNM	Serviço Nacional da Malária
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
1 A MALÁRIA COMO OBJETO HISTORIOGRÁFICO	31
1.1 MALÁRIA, MALEITA, IMPALUDISMO, PALUDISMO OU FEBRE DE “MAO CARÁCTER”.....	37
1.2 O MAL DOS TRÓPICOS	44
1.2.1 A Complexa Relação entre Homem e Mosquito	53
2 A LUTA PELA SALUBRIDADE NO ESPÍRITO SANTO	59
2.1 A MALÁRIA ACOMPANHANDO O MOVIMENTO DA POPULAÇÃO – OCUPAÇÃO, FIXAÇÃO E EXPOSIÇÃO.....	65
2.2 DECISÕES E OMISSÕES DAS POLÍTICAS DE SAÚDE RELATIVAS AOS IMPALUDADOS.....	78
3 O CAMINHO DE FERRO E DE FEBRE	89
3.1 UMA ESTRADA RUMO AO NOROESTE DO ESPÍRITO SANTO.....	93
3.2 SUBIDAS, PARTIDAS E PARADAS SEM CHEGADAS.....	99
3.3 UM CAMINHO DE FEBRE.....	108
3.4 OS FERROVIÁRIOS E O IMPALUDISMO.....	115
4 TRABALHO, DISCIPLINA, DOENÇA – POBREZA E INVISIBILIDADE	121
4.1 DOENÇA, DISCIPLINA E PROFILAXIA.....	134
4.2 DOENÇA, DISCIPLINA E DOMINAÇÃO.....	141
4.3 O QUE NÃO ESTÁ ESCRITO E PODE SER DITO.....	145
5 CONCLUSÃO	148
REFERÊNCIAS	153
APÊNDICES	169
APÊNDICE A: Caderno de Campo: os percursos da pesquisa enquadrados na memória fotográfica.....	170
APÊNDICE B Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	187

INTRODUÇÃO

Esta tese apresenta o resultado de uma pesquisa em historiografia da malária, no percurso do olhar médico, inquietando-se na busca de provas, além de indícios, e, aos poucos, transformando-se no olhar do historiador que interpreta os fatos que lhe foram apresentados nos documentos, nos livros e nas conversas, para a compreensão da malária como fenômeno interativo na vida das pessoas, um fenômeno que se manifesta e se reconhece nos indivíduos como doença a partir do contexto, e cuja causalidade e formas de tratamento estão inseridas na sociedade em seu tempo histórico. Essa abordagem, vem das afirmações desenvolvidas pela médica Lilia Blima Scraiber (1993), sobre a prática médica, o ato médico e as terapêuticas, construídas no tempo histórico.

Para entender a malária incidente na região que corresponde à área do entorno da Estrada de Ferro Vitória a Minas (EFVM) e sua historiografia, na visão atual de que o adoecimento é um processo em que vários elementos estão em interação, foi necessário, em dado momento, construir um caminho metodológico que expressasse a rede de causas que precipitaram o aparecimento da enfermidade e como esse mal interagiu no ambiente de vida das pessoas. Partindo dessa premissa, a escolha metodológica foi apoiada no conceito de *Framing*, de Charles Rosenberg (2001), que aproxima os elementos envolvidos na doença como redes de causas e efeitos.

Esses elementos, considerados variáveis biológicas ou sociais de risco ou de proteção, interferem no percurso endêmico ou epidêmico, mórbido ou letal de uma doença, isto é, em dado momento a sociedade enquadra a doença e a doença enquadra a sociedade imediatamente. Para que exista uma doença, é necessário que o conhecimento científico qualifique os sinais biológicos, sistematize os achados e diga que ela existe (ROSENBERG, 2001, p. 316), isto é, a existência será dada a partir do ato de diagnosticar, que resulta da estruturação intelectual e social do agente de cura – o médico – em uma determinada sociedade, que, nesta tese, se apoiou nos conhecimentos científicos acumulados e validados entre 1920 e 1942.

Como historiador e professor de história da medicina e da ciência na Universidade da Pensilvânia - Estados Unidos, Charles Rosemberg se torna conhecido após a publicação de seu livro que tratava da Cólera nos Estados Unidos em 1832, 1849, 1866, em 1962, se tornando importante para a saúde pública, história da saúde pública e para a saúde coletiva, ao ressaltar que a contribuição da história para as políticas públicas, incluída a política de saúde, seria dar

sentido a contingência, da complexa experiência dos indivíduos e da sociedade com a saúde e a doença (ROSEMBERG, 2006 apud HOCKMAM, 2020).

No final do século XIX e início do século XX, já consolidado o conceito de doenças infecciosas, um conjunto de sinais e sintomas caracterizou a manifestação clínica da doença denominada malária, ou maleita, paludismo, impaludismo, febre de mal carácter ou febre perniciosa, como está registrada nos documentos pesquisados. Segundo Rosenberg (2001), a doença explicita as relações sociais desde o momento em que é diagnosticada, e já, então, passa a haver um princípio explicativo, substancial, entre doentes, médicos, família, cultura, interferindo nas relações mais íntimas, como na família, até nas relações impostas pelo trabalho. Sua influência é como a de um ator social mudando as relações sociais e impondo uma dinâmica que se expressa nas políticas públicas e na totalidade da vida cotidiana.

[...] como tentei argumentar, o estudo da doença é uma Ferramenta e uma amostragem multidimensional para o pesquisador preocupado com a relação entre pensamento social e a estrutura social [...] a doença é ao mesmo tempo um problema substantivo fundamental e uma ferramenta analítica, não apenas para a história da medicina, mas para as ciências sociais em geral (ROSENBERG, 1997, p. XXIII).

Para entender todos os componentes constitutivos da historiografia da malária no intervalo de 1920 a 1942, no território percorrido pela EFVM no Espírito Santo, na abrangência da linha e das populações à beira da linha, deparamo-nos com um grande número de elementos do contexto tanto social quanto ambiental e humano, cujas relações de causa ou efeito sobre a existência da malária se apresentam como uma rede complexa de difícil controle para o estabelecimento de um esquema explanatório sobre a doença. A partir desse pressuposto, quatro elementos do contexto se destacaram, abarcando grande parte dos componentes da rede de causas que interferem no processo saúde-doença da malária, e foram escolhidos para a construção dos capítulos desta tese.

A esse respeito, Maria Helena Cabral A. Cardoso, historiadora com doutorado em Saúde da Mulher e da Criança, no seu artigo A História e a Medicina: os signos e sinais, identifica a semelhança da ação interpretativa de médicos e historiadores “[...] tanto os médicos quanto os historiadores dependem da interpretação dos sinais observados e das narrativas com as quais se deparam, processando seus conhecimentos de forma indireta, inferencial, conjectural” (CARDOSO, 2008, p. 134).

Para Rosenberg, o esquema explanatório sobre uma determinada doença precisa interagir com muitas interfaces que são dadas pelos pacientes, pelos médicos, pela biologia, que aqui

representa tanto a ciência como o corpo biológico que adocece, pela política, pela estrutura social, entre outras, mas é na doença, como um participante central e protagonista, que se vai configurar a política de saúde, a sociedade, as respostas sociais e institucionais. Sendo assim, a doença enquadra a sociedade – *Framing disease* – e é capaz de mostrar como totalidade todas as relações já nomeadas e que, nesta tese, pretendemos explorar em parte, para construir uma narrativa, no recorte sequencial de tempo e espaço, que configure uma historiografia local da malária.

Pretendemos que o desenvolvimento do tema, a malária no Espírito Santo, no território percorrido pela EFVM, vá preencher a falta de narrativa sobre fatos que envolveram a ferrovia e a doença, por não ter sido objeto de estudo anterior ou por não ter sido suficientemente estudado na historiografia do Espírito Santo. Procuramos, para tanto, relacionar as políticas públicas, as ações direcionadas à população e, principalmente, os acontecimentos que envolveram os trabalhadores e o adoecimento pela malária, objetivando compreender os impactos e as intervenções em torno desse mal no recorte territorial da EFVM e temporal de 1920 a 1942.

É possível que o combate à malária se tenha diferenciado nas populações de acordo não só com a inserção nas atividades produtivas, mas principalmente com a categoria social que essas mesmas populações representavam no Espírito Santo e ocupavam na ferrovia, situações em decorrência das quais sofreram negligência. A malária acompanhou o percurso da estrada de ferro e mostrou-se um fenômeno complexo, multicausal e simbólico. Tal referencial construiu-se a partir de vários cenários onde a ferrovia era um acontecimento na história da doença, seguindo o referencial metodológico do *Framing disease*. A enfermidade existiu, a ferrovia foi construída, mas como tudo isso se processou? No estudo, o caminho percorrido precisou acompanhar os trilhos e a beira da linha, onde, sob a influência da ferrovia, as povoações foram surgindo. Andou nos trilhos e rastros e acompanhou o Vale do Rio Doce¹.

O recorte temporal deste estudo se estabelece entre 1920 a 1942, um período em que já se havia consolidado o conceito de doenças infecciosas, resultado do desenvolvimento da microbiologia como disciplina científica, no final do século XIX e início do século XX. Esse é também um período de tempo marcado pela institucionalização da Saúde Pública na política brasileira, com

¹ O Rio Doce é o Vatu dos Botocudos ou Aimorés, seus primitivos habitantes. A sua bacia abrange terras do Espírito Santo e de Minas Gerais. O Alto Rio Doce vai da nascente do Xopotó até a barra do seu grande afluente Piracicaba; o Médio Rio Doce vai da foz do Piracicaba até receber o seu afluente Manhuaçu; o Baixo Rio Doce estende-se da cidade de Aimorés, no limite de Minas Gerais e Espírito Santo, até o mar (ARARIPE, 1954).

particularidades importantes no desenvolvimento no Brasil e no Espírito Santo, onde os acontecimentos direcionados à saúde do povo brasileiro tomam forma de políticas públicas. Foi mantida a grafia original das fontes que representam um período histórico, em que as leis, os decretos, as prescrições médicas, as mensagens dos governadores são registrados na ortografia da época, o que não impede a leitura fluida e o entendimento, mas valoriza o acervo e as obras raras.

O destaque a esse período de tempo se deu pelos fatos importantes que marcaram a ferrovia, como os relativos à Saúde Pública brasileira. A EFVM, na década de 1920, sofreu as consequências da guerra que irrompeu na Europa em 28 de novembro de 1914. Os trilhos tinham chegado a Cachoeira Escura-MG, inaugurados em 1912, e não seguiram em frente, pois não havia material importado para reposição das locomotivas, como vagões, e para manutenção dos trilhos, o que levou a estrada a precárias condições de tráfego. Mesmo com grandes dificuldades financeiras, a Companhia Estrada de Ferro Vitória Minas (CEFVM) manteve a ferrovia como meio de transporte eficiente e levou o progresso a áreas anteriormente isoladas até o ano de 1942, quando foi transformada em ferrovia nacional (ARARIPE, 1954; ROSA, 1985).

Na Saúde Pública, entender o contexto em que os fatos se desenrolaram e garantiram a consolidação das mudanças na política de saúde no Brasil, no intervalo de vinte anos, remete-nos a destacar fatos considerados sentinelas para doenças infectocontagiosas. Particularmente no ano de 1918, merece destaque o entendimento dos médicos sanitaristas sobre as doenças. Esse ano foi marcado pela instituição do Código Sanitário, pela Fundação da Liga Pro-Saneamento no Brasil e pelas viagens dos médicos sanitaristas, que resultaram em relatórios sobre as condições de saúde da população rural. Esses relatórios ajudaram a criar uma nova visão sobre o Brasil e a Saúde Pública, além das epidemias, o que influenciou na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) (HOCHMAN, 2013).

Em 1919, foi reorganizado o serviço de profilaxia rural, mostrando uma mudança de prioridades para além do núcleo urbano que se configurava nas principais capitais do País. Entretanto, a constituição do aparato estatal na área de saúde só foi garantida nacionalmente a partir da criação do DNSP, em 1920, o que favoreceu o estudo sistematizado das doenças infectocontagiosas e as estratégias de intervenção para além da Capital Federal.

O DNSP foi criado através do Decreto Legislativo nº 3.986, de 2 de janeiro de 1920, e teve como primeiro diretor o médico sanitarista Carlos Chagas, que imprimiu importantes mudanças

nas ações de saúde no Brasil, garantindo a extensão dos serviços de saneamento urbano e rural (HOCHMAN, 2013). Esse Departamento possibilitou o aumento da capacidade do Governo Federal em atuar na maioria dos estados brasileiros, inovou as ações de saúde, introduziu a educação sanitária e a rotina da vacinação em todo o País. Embora adotando ainda as Campanhas Sanitárias como ação de intervenção, passou a sobrepor-se às prioridades dos proprietários rurais e instituiu a saúde como ordem pública, uma “ordem” pautada em extensa regulamentação, estabelecida em 1.195 artigos do Decreto nº 14.354, de 15 de agosto de 1920. Esse Decreto, além de definir as atividades regulatórias para a Saúde Pública, reforçou os poderes dos serviços sanitários, definindo as responsabilidades local e nacional sobre a malária (HOCHMAN, 2005; IYDA,1994).

O ano de 1920 foi um marco na história da Saúde Pública brasileira, e o ano de 1923, particularmente, foi decisivo para as políticas de saúde no Brasil, na perspectiva de um modelo de assistência médica. O modelo de Saúde Pública ficou a cargo do Estado, e a assistência médica individual foi incluída na Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que, além de pensões, seguros, aposentadorias, também garantia assistência médica para uma sociedade em processo de industrialização, em resposta às reivindicações de trabalhadores. A CAPs teve como marco inicial a categoria dos ferroviários – Caixa de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários – a partir da Lei nº 4.682, Lei Eloy Chaves, promulgada em 24 de janeiro de 1923 (OLIVEIRA; TEIXEIRA,1985).

O Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brasil: Faço saber que o Congresso Nacional decretou e eu sanciono a lei seguinte:
 Art. 1º Fica creada em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no paiz uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregado. Art. 2º São considerados empregados, para os fins da presente lei, não só os que prestarem os seus serviços mediante ordenado mensal, como os operarios diaristas, de qualquer natureza, que executem serviço de caracter permanente (BRASIL, 1923).

O recurso da CAPs dos ferroviários era resultado da arrecadação proveniente de 1% da renda bruta das empresas e 3% do salário de cada empregado, dos consumidores dos serviços, com 1,5% correspondente às tarifas da estrada de ferro e de outras fontes eventuais. O total de recursos era depositado pela empresa em conta específica da CAPs, sem interferência ou mediação do Estado, e garantia aos trabalhadores os benefícios da Lei. Nos artigos da Lei, encontrava-se o detalhamento de quem tinha direito aos benefícios e quais seriam eles, incluindo a assistência médica.

[...]

Art. 9º Os empregados ferroviários, a que se refere o art. 2º desta lei, que tenham contribuído para os fundos da caixa com os descontos referidos no art. 3º, letra a, terão direito: 1º, a socorros médicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo tecto e sob a mesma economia; 2º, a medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração; 3º, a aposentadoria; 4º, a pensão para seus herdeiros em caso de morte (BRASIL, 1923).

Outro fator que reitera a importância desse período foi a realização do I Congresso de Higiene, em 1923. Esse Congresso marcou as novas perspectivas para a política pública de saúde, com influência do modelo americano, em face da tradição higienista da escola francesa, que era adotada no Brasil. Organizado pela Sociedade Brasileira de Hygiene, o Congresso tinha o propósito de reunir médicos para discussão sobre diversos temas de Saúde Pública, mas com foco predominante na vertente higienista. Foram desenvolvidos 23 temas; os temas XII, XIII e XIV referiam-se à organização dos serviços e às obras de saneamento (O BRAZIL-MÉDICO², 1924).

Contudo, abordando também temas especiais direcionados à capacitação dos diretores de Saúde Pública dos estados, como, por exemplo, na utilização dos dados estatísticos e na organização dos serviços de estatística, o I Congresso de Higiene foi um marco importante de mudança das instituições na área da Saúde Pública, principalmente para aqueles projetos que vinham sendo defendidos pela Fundação Rockefeller³. Nomes importantes na área da saúde, que apoiavam os projetos de organização de uma rede básica de postos de saúde e o projeto de uma Escola de

² O *Brazil-Médico*, uma revista semanal de medicina e cirurgia, publicada sob a coordenação do prof. da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Dr. Azevedo Sodré, além das publicações divulgando os avanços na área de cirurgia, foi veículo importante de divulgação dos acontecimentos e inovações de diagnóstico e tratamento das enfermidades que traziam acometimento coletivo. Na publicação nº XXXVII, 2º volume, no Editorial de 4 de agosto de 1923, o Congresso de Higiene e sua programação são divulgados no meio médico. Foram temas do Congresso: “I - Ventilação dos edifícios; II - Como melhorar a rede de esgoto do Rio de Janeiro; III - Indicação higienica para remodelação das cidades; IV - Aperfeiçoamento da luta contra mosquitos nas grandes cidades; V - Valor da desinfecção da profilaxia nas doenças infecciosas; VI - Princípios essenciais na fiscalização sanitária dos gêneros alimentícios; VII - Abastecimento higiênico do leite; VIII - Alimentação na idade escolar e pré-escolar; IX - Alimentação do soldado brasileiro; X - Organização de hygiene infantil na cidade e no campo; XI - Organização dos serviços de enfermeiras de Saúde Pública; XII - Inspeção preliminar para organização de um serviço anti-malárico; XIII - Pequenas obras de saneamento anti-malárico; XIV - Indicação de vários métodos de prophylaxiada da malária no Distrito Federal; XV - Typos de latrinas rurais; XVI - Organização sanitária dos municípios do Brazil; XVII - Isolamento hospitalar na profilaxia da tuberculose; XVIII - Funcionamento dos dispensarios anti-tuberculose; XIX - O tratamento gratuito das doenças venéreas; XX - A desinfecção individual na luta venérea” (O BRAZIL-MÉDICO, 1923, p. 84-85).

³ A Fundação Rockefeller é uma instituição filantrópica americana fundada por John D. Rockefeller que teve seus primeiros projetos assistenciais direcionados pela Igreja Batista e a partir de 1901 organizou o *Rockefeller Institute of Medical Research*, apoiado pelo médico bacteriologista Frederick T. Gates. Com o propósito de promover saúde e educação para a civilidade, organizou campanhas de Saúde Pública, inicialmente nos Estados Unidos da América e, posteriormente, no mundo, tendo como elemento-chave da ideologia que orientaria as atividades da Fundação Rockefeller no campo da saúde a convicção de que a pobreza se relaciona, antes de tudo, com a ignorância e a saúde precária, e pode ser eliminada pela educação (MAGALHÃES, 2013, p. 45-51).

Saúde Pública, estavam ao lado de grandes temas sobre os problemas urbanos, médico-sanitários do Brasil (O BRAZIL-MÉDICO, 1924).

Uma década de grandes mudanças, de repercussões internacionais, gerada na interdependência da economia capitalista e consequência da economia americana, chegou ao final com a Crise Econômica de 1929. Essa crise trouxe grandes prejuízos para a América Latina, incluindo o Brasil, cuja economia agroexportadora e de matéria-prima dependia de compradores internacionais. A crise suscitada durante toda a década de 1920 agravou-se com o aparecimento da febre amarela no Rio de Janeiro, entre 1928 e 1929, que desencadeou uma forte manifestação pública por relacionar a doença com o regime oligárquico, nesse momento de crise econômica vista “[...] como sinal eloquente da incompetência das oligarquias para gerir os destinos da nação” (BENCHIMOL, 2000, p. 284).

A crise econômica, as greves e os movimentos dos trabalhadores urbanos expressaram-se nas eleições de 1930, configurando uma nova etapa da sociedade brasileira. As mudanças do Governo Provisório de Getúlio Vargas refletiram negativamente no DNSP, que passou a ter suas ações incorporadas à Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (DNSAMS), subordinada ao Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), criado em dezembro de 1930. A instabilidade política dos primeiros quatro anos de governo repercutiu negativamente na política de saúde do Brasil, estagnando sua organização, que voltou a reorganizar-se institucionalmente como Saúde Pública em 1934, na gestão do ministro Gustavo Capanema (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008; IYDA, 1994).

Ainda como um panorama geral, a década de 1930 apresentou mudanças importantes no perfil epidemiológico das doenças. O crescimento das cidades, a aglomeração da população e dos trabalhadores em locais insalubres favoreceram a ocorrência de novas doenças, principalmente de transmissão respiratória, tais como a tuberculose, a difteria, a escarlatina e a meningite meningocócica, como também a ocorrência de acidentes e mutilações, devido à insegurança no ambiente de trabalho das primeiras indústrias. As reivindicações operárias por assistência médica iniciada na década de 1920 tiveram como resultado uma nova organização de assistência aos trabalhadores, que passaram a se dividir por categorias profissionais com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões.

No final do período estudado, correspondente aos anos entre 1937 e 1942, além da transformação do MESP em Ministério da Educação e Saúde (MES), uma das mais importantes reformas implementadas naquele órgão foi a criação dos Serviços Nacionais (HOCHMAN,

2005, p. 131), entre os quais o de combate à malária, com a criação do Serviço de Malária do Nordeste (SMNE), mediante convênio entre o Governo Brasileiro e a Fundação Rockefeller, firmado em 1939, precipitado pela grave epidemia de malária que assolou o Nordeste Brasileiro no ano de 1938, provocada pelo mosquito *Anopheles gambiae*, em Natal e no Vale do Jaguaribe. Na década de 1940, no Brasil e no Espírito Santo, os projetos e planos para desenvolvimento dos órgãos governamentais de responsabilidade sanitária tiveram influência do modelo de organização institucional a partir da cooperação técnica da Fundação Rockefeller.

Apesar de grandes controvérsias sobre a questão, a cooperação externa na execução do modelo de organização da saúde no Brasil garantiu o desenvolvimento das ações de saúde no interior do País, através da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) durante o governo do Presidente Vargas. Na década de 1940, o Brasil alcançou o controle da malária, principalmente nos locais onde existia interesse internacional em sanear as áreas que recebiam soldados americanos e as regiões produtoras de matérias-primas, estratégicas para a guerra. Entre os estados que receberam efetiva participação econômica e técnica americana estão o Amazonas e o Espírito Santo, ligados às estradas de ferro e à exploração de riquezas naturais: a borracha da região amazônica e o minério de ferro e mica do Vale do Rio Doce (ALMEIDA, 1959; ROSA, 1985).

O sequenciamento dos fatos mais importantes nesse período estabelece uma matriz que emoldura a malária, não necessariamente como limite, mas como cenário, que vai retornar ao texto à medida que esses acontecimentos se desencadeiam com a ocorrência da enfermidade. O final do período está marcado na história da doença nos documentos arquivados pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942, instituído a partir do acordo entre os governos brasileiro e norte-americano, que tinha como funções, primeiramente, manter bases militares no Brasil e, posteriormente, garantir o saneamento de regiões produtoras de matérias-primas estratégicas aos interesses militares dos Estados Unidos (CAMPOS, 2006).

No período abordado neste estudo, a Saúde Pública como intervenção estatal foi-se apoiando, progressivamente, na relação unicausal das doenças, ou seja, para cada doença um agente causador, diferentemente da medicina social, que, desde sua concepção, reconhece a multicausalidade das doenças, com forte interferência da forma como uma sociedade se organiza.

Com forte aproximação do referencial da Saúde Coletiva para a explicação das enfermidades, vamos encontrar na história o modelo explicativo de Charles Rosenberg, que tem elementos de

interpretação na historiografia das doenças os quais nos permitem transitar em aspectos de importância nas relações sociais para esclarecer como ocorrem.

Ainda no contexto das doenças, Madel Luz (1979), filósofa, doutorada em Ciência Política pela Universidade de São Paulo, com estudos importantes no campo da saúde coletiva, ao apresentar as racionalidades médicas, chama a atenção para o fato de que, quando as instituições médicas identificam e qualificam as doenças e suas formas de transmissão, se tornam agências de controle da coletividade e de suas condições sociais de sobrevivência. A partir dessa consideração, remete-se ao Estado a responsabilidade pela coletividade e pela execução de políticas que garantam as condições sociais fundamentais para a vida das populações. Logo, para entender a saúde e a doença, é preciso entender a história política da sociedade e suas políticas de saúde em uma determinada época. Esse pressuposto serve de lastro para as relações buscadas neste estudo.

Na historiografia atual, a história das doenças oportuniza uma reflexão sobre os critérios de classificação da história cultural, cuja fonte oral, ao fazer parte da metodologia, agrega aos documentos as narrativas que se tornam fundamentais para reconstruir a vida das pessoas, as dificuldades encontradas com as doenças e o conseqüente sofrimento; além disso, combina os testemunhos vividos e o que possa estar guardado na memória existente, que reconhecem as situações e os acontecimentos protagonizados pela doença ou de que ouviram falar.

De acordo com o referencial teórico de Roger Chartier (1983), a história da cultura se expressa, no enfoque do cotidiano, como “práticas” e “representações” de um grupo social, demonstrando seus modos de vida, relacionados ao que acredita, ao como reage, a quais as concepções que tem da realidade, que se modificam quando existe interesse de um grupo dominante, logo com interferência de um grupo de poder ou subordinado a um discurso dominante de uma classe. Estão incluídas, nas representações da malária, a doença, com seus efeitos sobre os indivíduos, e todas as formas de tratamento, como também o que significava para a ferrovia o maior risco de adoecimento dos trabalhadores como constituintes de uma categoria social.

A busca por informações sobre a história da malária no Espírito Santo, no território da EFVM, iniciou-se pelas fontes documentais que revelassem a existência da doença em certo tempo/espaço: se ela existiu e com qual intensidade, quem foi afetado, como ocorreu o processo de adoecimento e seu desfecho com a cura ou a morte. No início das buscas, foram contatados os possíveis locais de guarda dos documentos da EFVM, transformada na Companhia Vale do Rio Doce (CVRD) em 1942. Foram visitados o Departamento de Comunicação da CVRD de

Vitória e de Belo Horizonte, o Departamento de Recursos Humanos em Vitória e no Rio de Janeiro, o Museu da Vale e o Arquivo Público Estadual do Espírito Santo (Apees). O Arquivo Estadual de Minas Gerais foi lugar de pesquisa para documentos específicos de Percival Farquhar.

No Centro de Memória da Vale do Rio Doce (Vila Velha), existe um acervo preservado, de onde foram acessados os relatórios da CEFVM apresentados na Assembleia Geral Ordinária aos acionistas, relativos aos anos 1918 a 1926 e 1930 a 1939, com informações sobre as doenças descritas no item Serviço Sanitário. A estrutura dos relatórios foi-se modificando, com pouco detalhamento sobre saúde e médicos que faziam atendimento aos ferroviários a partir de 1930. Dois relatórios das divisões de 1936 e 1937 apresentavam dados estatísticos de produção e transporte.

No Sindicato dos Ferroviários (SINDFER/ES), não existem documentos sobre relações de trabalho no período entre 1920 e 1942. Um único documento sobre a CAPs dos empregados da CEFVM está preservado na Biblioteca Pública do Estado do Espírito Santo (Vitória), um relatório do ano de 1927. No Museu Ferroviário de João Neiva, antiga oficina da EFVM, foram encontrados alguns mapas e fichas de trabalhadores aí cadastrados, informando férias, licenças médicas e acidentes e mortes, mas, por estarem em precário estado de conservação, não foi possível utilizá-los.

No *site* do Apees – biblioteca digital – foram pesquisadas as mensagens anuais apresentadas pelos presidentes do estado do Espírito Santo ao Congresso Legislativo: as do Presidente Nestor Gomes, no período de 1920 a 1924, as do Presidente Florentino Avidos, no período de 1925 a 1928, e as do Presidente Nestor Borges de Aguiar, no período de 1928 a 1930. Outras fontes documentais pesquisadas no Apees com relação às ações de Saúde Pública no Espírito Santo e às políticas de saúde foram os relatórios dos Secretários do Interior e Justiça, armazenados em caixas numeradas: documentos da Junta de Higiene do ano de 1926, na caixa 4; ofícios recebidos pelo Secretário do Interior do ano de 1927, assinados pelo Diretor de Higiene Oswaldo Monteiro, na caixa 10.

É evidente a prioridade dada, no governo do Interventor João Punaro Bley, à política de educação pública, o que não se observou em relação à política de Saúde Pública. Existe um relatório comemorativo dos dez anos de governo do Interventor, no arquivo da Assembleia Legislativa do Estado do Espírito Santo, e um relatório do ano de 1936, na Biblioteca Pública

Estadual do Espírito Santo. Leis e decretos foram acessados nas publicações *online* dos órgãos competentes.

Documentos que descrevem as ações da FSESP, originadas do SESP, estão arquivados na Biblioteca da Fundação Oswaldo Cruz. Esses documentos pertencem à agência bilateral entre o Brasil e os Estados Unidos da América (EUA), criada em 17 de julho de 1942 para o combate à malária. Os que se referem à atuação da FSESP no Espírito Santo fazem parte do acervo identificado na Fundação Serviços de Saúde Pública (Fundo SP), em vários dossiês que datam de 1940 a 1945. As ações no Espírito Santo estão relatadas no Dossiê 19 – Projeto de Tratamento e Profilaxia da Malária Rio Abaixo (1943). O projeto está dividido em subprojetos, um deles direcionado à formação de guardas sanitários, e outro, ao tratamento dos doentes. Os documentos sobre as políticas públicas estatais direcionadas à malária, que poderiam estar guardados na antiga Superintendência de Campanhas de Saúde Pública/Fundação Nacional de Saúde (Sucam/Funasa), regional Espírito Santo, foram levados para a Biblioteca Setorial, em Brasília, e não foram disponibilizados para acesso.

Outras fontes acessadas como fontes digitais foram a Hemeroteca da Biblioteca Nacional, a revista da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro intitulada O Brazil-Médico, de 1920 a 1940, e Obras Raras da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Essas fontes traziam informações decisivas para a construção desta historiografia, no que se refere à comunicação das pesquisas médicas no período. Além disso, foi realizada uma intensa busca de material bibliográfico referente a malária e ferrovias em livros de memorialistas capixabas, como também nos *blogs* que se dedicavam à vida nas cidades à beira da ferrovia, aos ferroviários e à vida dos capixabas de regiões cujo desenvolvimento foi marcado pela EFVM.

Este estudo torna-se relevante para a história do Espírito Santo, pois analisa as condições de saúde da população e as doenças que se estabeleceram durante um período de ocorrência de muitas mudanças e da construção do maior projeto desenvolvimentista e de ocupação territorial local, que até este momento não havia sido estudado. É um trabalho que tem como objetivos a organização de documentos e relatos de um período, a identificação das responsabilidades e as intervenções em torno da malária no território percorrido pela EFVM, relacionadas aos fatores sociais e políticos, sobretudo à política de saúde, para compreender melhor as relações sociais, as relações saúde-doença, trabalho e exploração e o desenvolvimento do Espírito Santo.

Nesse caso, fez-se necessário descrever e analisar as estratégias para o controle da malária e as repercussões no Espírito Santo, no período de 1920 a 1942; descrever a organização da CEFVM

para o combate da malária, que contaminou os trabalhadores sob sua responsabilidade e a população do entorno – na beira da linha; evidenciar as representações sociais sobre o sofrimento dos afetados a partir da narrativa daqueles que traziam na memória fatos não revelados nos documentos oficiais; recuperar o contexto histórico-social da malária no território, mostrando a política de saúde para a doença e para as áreas abarcadas pela EFVM.

Cabe, aqui, a grande reflexão sobre os discursos apresentados nas fontes históricas pesquisadas, cujas narrativas representam uma categoria social e o que essa categoria significa no contexto que envolveu os homens e as doenças que ocorreram durante a construção da ferrovia (BOURDIEU, 1983, p. 89). Para trazer a fala de todos os grupos que foram expostos à doença no território por onde a ferrovia passou e para favorecer a construção da historiografia da malária a partir do seu enquadramento, foi necessário um caminho metodológico anteriormente não pensado, que poderia dar voz aos grupos que não pertenciam à estrutura administrativa e não estavam nas fontes pesquisadas. Não há relatórios nominais referentes à procedência ou ao contingente de doentes e mortos nos documentos investigados. Foi necessário, então, caminhar na investigação que possibilitasse o entendimento do contexto e a dimensão da experiência com a malária.

O primeiro capítulo - A malária como objeto historiográfico - localiza a doença com inserção temática na história, a recente organização dos grupos técnicos que dedicaram seus estudos à história das doenças. Também neste capítulo ocorre a apresentação do objeto da tese, que se apresenta como a malária e seu enquadramento a partir da evolução do conhecimento científico que a ela se refere. As fontes de pesquisa para esta escrita foram a bibliografia existente na história e na medicina, que precisou de uma organização cuidadosa, mas também de informações buscadas em publicações diversas que trouxessem uma primeira aproximação da área de pesquisa em História das Doenças que se consolida no Departamento de História da Universidade Federal do Espírito Santo, no Programa de Pós-Graduação em História.

O segundo capítulo - A luta pela salubridade no Espírito Santo - apresenta as políticas públicas de saúde no Brasil e no Espírito Santo, principalmente no período limite desta tese, sendo muitas vezes necessário buscar em acontecimentos anteriores os direcionados ao processo de adoecimento da população geral e do Espírito Santo, e da população específica do território da EFVM, procurando localizar no tempo e no espaço o aparecimento da malária na sua forma endêmica ou epidêmica, as prioridades governamentais e as estratégias de intervenção utilizadas. As fontes de pesquisa foram documentos encontrados sob a guarda do Arquivo

Público Estadual, da Biblioteca da Assembleia Legislativa e da Biblioteca Estadual, com grande dificuldade de localização no acervo dos temas específicos da saúde relativos à década de 1930. Também foram importantes fontes primárias as mensagens dos governadores do período 1920-1940, os decretos, leis e jornais da época em formato digital e a bibliografia de referência para as políticas públicas no Brasil.

O terceiro capítulo - O caminho de ferro e de febre - dedica-se à narrativa sobre a EFVM, sua construção, os percalços e a doença como fatores de medida do tempo para sua chegada ao destino final. Na ferrovia, a malária tomou lugar de ator, contracenando com os sujeitos expostos aos alagados e aos riscos da vida nas matas, que construíam e operavam a EFVM. Examina mais especificamente os trabalhadores nas obras de construção da ferrovia, o adoecimento, a prevenção e o tratamento, principalmente dos operários que, diferenciados dos trabalhadores por serem o maior grupo e os mais expostos à doença na abertura das matas e implantação dos trilhos, ficaram no anonimato. Analisa os documentos que estão sob a guarda do Museu da Vale, os Relatórios Gerais Anuais apresentados aos acionistas, que registram o parecer dos médicos da ferrovia, os relatórios das divisões da EFVM e o livro dos memorialistas, onde se encontraram indícios que apontavam para a necessidade de novas buscas.

O quarto capítulo - Trabalho, disciplina, doença - Pobreza e invisibilidade - investiga a doença nas pessoas, a construção social na região da EFVM, a representação, a assistência e a medicalização. Precisou buscar e desvendar o ferroviário e a malária nos dois mundos possíveis, onde as fontes históricas pesquisadas, carregadas da intencionalidade de quem as construiu, representavam os fatos como queriam ou como precisavam mostrar, não considerando a doença como elemento simbólico e impedindo identificar o poder explanatório que tem e que possibilita o enquadramento da sociedade e dos indivíduos, base da construção da historiografia das doenças no referencial de Charles Rosenberg. Para isso, foi preciso buscar nas entrevistas, nas fotografias e nos memorialistas os indícios que trouxessem uma aproximação da verdade dos fatos e ocorrências a partir da confluência dos diversos dados pesquisados.

As narrativas dos memorialistas tiveram grande importância neste estudo por trazerem os acontecimentos ocorridos no tempo e no espaço em que o estudo se desenvolveu, os quais eles presenciaram. Diferem da narrativa dos entrevistados, que são recordadores de fatos que presenciaram em tempos de infância ou que lhes foram relatados. Como afirma Le Goff:

“Tal como o passado não é a história, mas o seu objeto, também a memória não é a história, mas um dos seus objetos e, simultaneamente, um nível elementar de elaboração histórica” (LE GOFF, 1990, p. 49).

Como escritores, os memorialistas pesquisados utilizaram formas diferentes de narrativas, muita das vezes aproximando-se do estilo autobiográfico, outras relatando acontecimentos de que ouviram falar. Mesmo não seguindo a metodologia acadêmica dos historiadores nem se aproximando da produção literária, foram considerados fontes de pesquisa porque tiveram uma consciência histórica, sistematizaram e registraram uma comunidade em um tempo (DOMINGUES, 2011). Para o historiador, a literatura continua a ser um documento ou fonte, mas o que há para ler nela é a representação que ela comporta (PESAVENTO, 2000, p. 11).

Os livros de memória pesquisados falam da ferrovia, da vida na ferrovia e no Vale do Rio Doce. Na maioria deles, a ferrovia é cenário central. Pesavento (2000) afirma que não há necessidade de separar tão rigidamente os memorialistas dos historiadores, uma vez que ambos apresentam muitos pontos de interseção. Do mesmo modo que a literatura precisa de um narrador para apresentar os fatos, a narrativa histórica necessita também de um narrador para expor o que se ouviu, viu ou pesquisou.

Foram entrevistados três ex-ferroviários, uma descendente de ferroviário e duas residentes do município de Acioli, do povoado de São Lourenço de Baunilha, onde existiu uma parada de trem no primeiro traçado da ferrovia. Todos conviveram com ferroviários da EFVM, conheciam como viviam tanto os trabalhadores como a população das localidades situadas à beira da linha até o ano 1942 e aceitaram narrar suas lembranças. Todos tinham mais de 79 anos, mas a idade não foi um critério de exclusão. Foram identificados a partir do contato com pessoas responsáveis por *blogs*, membros de associações e trabalhadores da CVRD. Somente um entrevistado sugeriu o nome de outra pessoa, por ambos terem vivido na estação de Colatina e por considerá-la um indivíduo com muitas lembranças do passado.

No recorte dos anos de 1920 a 1942, temos um período histórico com diversas dimensões, com infinitude dos caminhos e, também, com todas as suas invisibilidades. A malária nos apresenta uma possibilidade de transversalizar essas dimensões e nos auxilia a pensar sobre como transcorreu a história do Espírito Santo. Pensar como o fenômeno malária se processou, construir sua historiografia significa relacionar dimensões esquecidas da história do Espírito Santo, resgatar memórias, buscando desvios, paradas, reconstruções e alagados, autoridades e subjugados, disciplina e abandono, tudo o que se move na dimensão humana que *a linha do trem corta*, mas que *a malária explicita*.

1 A MALÁRIA COMO OBJETO HISTORIOGRÁFICO

A malária, “mau ar”, impaludismo, paludismo, maleita, um grande mal, febre de “mao character”, são nomes como a doença é conhecida no Brasil pela população tanto das regiões urbanas quanto das regiões rurais, em vários momentos da história da doença. Ao situar esta tese no campo da historiografia das doenças, pressupomos a fundamentação de que os fatos e todos os acontecimentos associados à malária produzem historicidade, neste recorte de tempo, 1920 a 1942, e espaço, e se diferenciam de outras espacialidades em outros tempos. O estudo contribui para a ampliação do campo de investigação da história da saúde e das doenças no Brasil, tendo como objeto o que se reconhece como doença, seus saberes e práticas de cura. Nesse sentido, também se considere a contribuição dos discursos científicos que fundamentam os procedimentos médicos em uma determinada época, as instituições e as políticas públicas que definem as práticas de saúde, tanto no âmbito individual da clínica como nas intervenções coletivas.

Se, no passado, as doenças não eram consideradas acontecimentos para a história, na década de 1970, o artigo *O corpo: homem doente e sua história*, de Jacques Revel e Jean-Pierre Peter, inaugurou essa nova abordagem. Publicado no Brasil em 1976, numa coletânea da trilogia organizada por Le Goff e Pierre Nora, *História: novos problemas, História: novos objetos e História: novas abordagens*, o artigo é um marco no qual se define a doença como campo de pesquisa historiográfica.

Vivemos sem possibilidade de refletir sobre as aventuras de nosso próprio corpo. Sua evidência familiar e enganadora determina-lhe uma topografia positiva (diz-se natural), que, por sua vez, nos substitui o pensável. No entanto, a primeira pergunta abala essas certezas: que sabemos dizer sobre a doença? (REVEL; PETER, 1995, p. 144).

Pertencentes à Terceira Geração dos Annales, os autores iniciam o discurso trazendo a afirmação de que a “Velha História”, quantitativa, mesmo revelando os fatos mórbidos no tempo, não seria suficiente para fazer da doença um objeto histórico porque, sendo ela considerada um atributo do homem, é nele que toma forma: *illness*⁴. A doença, agora, como um objeto histórico, requeria uma abordagem além daquela trazida pela história natural e pela história social e precisava integrar-se a uma sociologia da morbidade, isto é, configurar outros

⁴ *Illness* – termo usado na antropologia médica que significa a doença sentida de forma subjetiva; a percepção individual, nomeada e representada pelo paciente. *Disease* é também um termo para designar a doença, mas com o significado da fisiopatologia e classificada segundo a ciência (COSTA; GUALDA, 2010; KLEINMAN, apud ROSENBERG; GOLDEN, 1997, p. XXXIII).

atributos que retomassem sua humanidade, seu imaginário e seu simbólico, não excluindo o corpo doente da medicina científica, mas fazendo parte dela.

O entendimento da relação da doença com os acontecimentos do contexto tornou-se mais claro no final do século XVIII, quando ficou evidente a convicção de que os problemas de saúde e doença seriam fenômenos sociais de muita importância para os indivíduos e para a comunidade (ROSEN, 1994, p. 115).

O acontecimento mórbido pode, pois, ser o lugar privilegiado de onde melhor observar a significação real de mecanismos administrativos ou de práticas religiosas, as relações entre os poderes, ou a imagem que uma sociedade tem de si mesma (REVEL; PETER, 1995, p. 144).

Para as sociólogas Maria Alice R. de Carvalho e Nísia Verônica T. Lima (1992), os estudos de abordagem da historiografia das doenças no campo da Saúde Coletiva inicia-se na experiência europeia da urbanização do século XIX e a concentração forçada da população em espaços pouco adequados à vida humana. Esse fato evidenciou a relação da doença com o desequilíbrio sociocultural a que se deu o nome de “questão social”. A cidade passou a ser considerada o lugar da doença e, em toda produção historiográfica sobre as cidades, a doença aparece como um “mal social”, isto é, gerada pela sociedade em momento de perturbação do meio físico.

Na perspectiva de que as doenças e os doentes devem ser estudados na estrutura social onde as populações estão inseridas, Charles Rosenberg em uma Conferência de 1988 trouxe para os estudos da história das doenças o conceito de *framing*, para revelar como as enfermidades são capazes de demonstrar um contexto socioambiental no momento em que acontecem. Nas epidemias, esse contexto se torna mais claro, como limite tolerável para a normalidade, mas, nas doenças endêmicas, é um contexto permanente acompanhando as populações.

A necessidade e o interesse pela história das doenças e do corpo doente não se manifestaram apenas pelos médicos, nem somente pelos historiadores; fizeram parte também de um momento da história ocidental, em que este mesmo corpo figurava nos trabalhos de médicos e higienistas como cenário da doença e da força de trabalho, mas claramente revelado a partir da segunda Revolução Industrial, no final dos séculos XVIII e XIX.

Doença e morte sempre foram temas de narrativas ricas de historicidade e, quando escritas a partir de experiências e intervenções médicas, o papel de médicos e de historiadores se confunde. Mesmo não se construindo uma historiografia, o esforço médico em compreender o que se passava à sua volta foi apresentado à humanidade, um passado narrado – no tempo real

passado – de um percurso de doenças e sofrimento que a população enfrentava com horror, presenciado e acompanhado pelos médicos.

O saber médico conjurou-a colocando um corpo aberto no centro do discurso científico. No momento em que a clínica se constitui, a história se dá como uma articulação do presente coletivo sobre o passado. É o passado, esse outro morto, que torna possível uma linguagem presente. A doença é precisamente a experiência na qual a divisão se confunde. Causa então espanto que o historiador a perceba, ao mesmo tempo, como uma evidência e como um algures (REVEL; PETER, 1995, p. 155).

Grande exemplo é a narrativa do estudo desenvolvido durante a epidemia da cólera, em Londres, entre os anos de 1848 e 1849, pelo médico inglês John Snow. Os relatos dos hábitos dos doentes, o interior das casas londrinas, os hábitos higiênicos e os costumes dos vendedores de alimentos fazem parte das descrições dos casos, bem como os sinais e sintomas da doença como era conhecida na época e a localização dos casos no mapa da cidade de Londres. O acesso à água da Bomba D'água de *Broad Street* e outras observações minuciosas sobre os lugares e as relações pessoais de indivíduos e grupos da Inglaterra nesse período da epidemia trazem o detalhamento de uma investigação médica. A partir desse trabalho, o médico John Snow foi considerado o Pai da Epidemiologia, pela criação das bases metodológicas utilizadas até o presente, no momento em que a medicina acreditava na causalidade miasmática (SNOW, 1999).

[...] que alguns dos casos de cólera provável que surgem sem qualquer ligação aparente com os casos anteriores sejam transmitidos através dos artigos da dieta. Os pobres, que ganham a vida vendendo nas ruas frutas e outros artigos, comumente guardam seus estoques nos quartos atulhados onde moram e, [...] cestas de frutas em baixo das camas de pacientes, muito próximas dos objetos dos quartos (SNOW, 1999, p. 88).

Outro importante médico para a história das doenças foi Ignaz Phillip Semmelweis, de nacionalidade húngara, que se formou na Faculdade de Medicina de Viena e trabalhou na Maternidade dessa cidade. Esse médico, ao investigar a febre puerperal, foi primoroso no detalhamento das observações sobre o que acontecia no corpo das puérperas, indo além dos sinais e sintomas. A doença era conhecida desde a Antiguidade, mas esse conhecimento aumentou a partir do século XVII, época em que os médicos começaram a se dedicar aos cuidados do parto em hospitais. Antes disso, o nascimento das crianças era acompanhado por parteiras, em casa, e a febre puerperal não era tão grave. Entre os anos 1652 e 1862, foram registradas duzentas epidemias da doença, que levava à morte uma a cada dez mulheres após o

parto. Coube a Semmelweis a evidência de que, lavando-se as mãos, salvavam-se as mulheres da febre puerperal⁵ (MATTOS, 2017).

A história das doenças caminha com a história da medicina e dos projetos de cura que caracterizam um tempo histórico, que obedece a certa ordem de causa e efeito. Ao abordarmos a historiografia das doenças e a história da medicina, vemo-nos diante de duas tarefas interpretativas de narrativas de sinais, organizadas a partir de uma racionalidade para explicação do mundo: as dos médicos, com os conhecimentos científicos das disciplinas, e as dos historiadores, com suas experiências e a leituras das fontes. “A medicina, antes de se ter tornado uma técnica, no seu nascimento, unia a doença e a experiência singular do doente. Simetricamente, desde a origem da crônica, o historiador fez da doença uma das passagens obrigatórias de sua narrativa” (REVEL; PETER, 1995, p. 143).

Entre os trabalhos pioneiros que abordam as doenças e a estrutura social, temos o livro de Roberto Machado e outros (1978), intitulado *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*, que apresenta a temática da medicina como normalizadora da sociedade, interferindo na vida social com autoridade de Estado. Tendo como autores quatro filósofos, o livro inaugura a participação de outros profissionais na historiografia brasileira e traz uma nova metodologia para os historiadores, com marcada influência das publicações de Michel Foucault⁶. Outro exemplo de pioneirismo é expresso na publicação de *A ordem médica e a ordem familiar*, do médico psiquiatra Jurandir Freire (1979), que apresenta o discurso médico através da higiene, criando valores de classe e tornando-se responsável pela normalização da família burguesa branca.

Outra abordagem da história da medicina, com direcionamento para as instituições médicas, na área da sociologia da saúde, encontra-se na obra de Madel Therezinha Luz (1982), *Medicina e a ordem política brasileira*, que trata da organização das escolas médicas e do conhecimento médico subordinado aos interesses políticos e econômicos das classes dominantes. Vale

⁵ Depois de muitas acusações e relutância, em 1861, quatorze anos após suas primeiras conclusões, Semmelweis finalmente conseguiu escrever sobre os resultados de suas pesquisas, num grosso volume intitulado *Die Ätiologie, der Begriff Und die Prophylaxis des Kindbettfiebers* (A etiologia, o conceito e a profilaxia da febre puerperal) (MATTOS, 2017).

⁶ Num artigo publicado em 1995, intitulado *O efeito Foucault na historiografia brasileira*, a autora Margareth Rago aborda a influência do filósofo Michel Foucault na história, destacada mais especificamente no livro *Vigiar e punir*, publicado em 1976, a qual desperta nos historiadores a busca pelo movimento inovador. Rago (1993) relaciona alguns livros divulgados no final da década de 1970 e na década de 1980, que seguem a linha teórica sob influência de Foucault, citando entre os autores Roberto Machado e Jurandir Freire.

ressaltar as reflexões de Maria Cecília Donnangelo e Luiz Pereira, no livro *Saúde e sociedade*, considerado trabalho pioneiro da epidemiologia social e da prática médica sobre o corpo. Os autores mostram-nos a necessidade de se transportar um “corpo biológico para um corpo social” (DONNANGELO; PEREIRA, 1976).

Entre as primeiras produções brasileiras na vertente historiográfica, que fazem a aproximação da medicina – no campo da saúde coletiva – com a história, temos o trabalho de Nísia Verônica Lima e Maria Alice Carvalho, publicado em 1992, no livro organizado por Sonia Fleury, intitulado *Saúde Coletiva? questionando a onipotência do social*. A obra tem como objetivo examinar os estudos históricos na área da saúde coletiva, os quais apontam que a história social brasileira produziu os melhores trabalhos quando se aproximou das “humanidades” e refletiu sobre as inquietações humanas, como a família, a doença, a sexualidade e a morte, relacionando-as com a estrutura econômica social. O mérito está em trazer a nova abordagem para um período em que os trabalhos estavam mais direcionados à história da medicina e sua institucionalização do que propriamente à historiografia das doenças.

A historiografia da medicina e a historiografia das doenças no Brasil têm como referência inicial em história a obra do historiador Sidney Chalhoub, publicada em 1996, intitulada *A cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. No livro, as doenças epidêmicas, principalmente a febre amarela e a varíola, são inseridas no ambiente social em que o autor expõe o higienismo ambiental e procura demonstrar a posição político-ideológica que vê a pobreza como ameaça. No segundo capítulo, o autor percorre as posições teóricas do Sanitarismo Urbano e vai além da ocorrência da febre amarela para trazer à tona o higienismo racial, que ele denuncia ter sido como que inventado pelas autoridades de Saúde Pública:

Em outras palavras, ao lidar com o problema da febre amarela num momento histórico particular, as autoridades de saúde pública dos governos do Segundo Reinado inventam alguns fundamentos essenciais do chamado “ideal de embranquecimento”, ou seja, configuração de uma ideologia racial pautada na expectativa da eliminação da herança africana presente na sociedade brasileira (CHALHOUB, 1996, p. 62).

Ao tratar a epidemia de febre amarela, principalmente a de 1850, o autor enumera os recursos empregados pela população contra a grande epidemia, no entrelaçamento de ações de saúde apoiadas na causalidade espiritual contra o “paradigma causalista das doenças dos *philosophos materialistas*”. O autor evidencia a estrutura social, a política, as crenças da população do Rio de Janeiro e a ciência médica, inserindo a doença na ambiência político-social que nos aproxima da análise pautada no paradigma atual – multicausal com determinação social do adoecimento –, trazido na Constituição Federal de 1988.

São também referências as publicações de Hochman (2013) e Benchimol e Sá (2005). Gilberto Hochman, no livro *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil* (2013), destaca as primeiras iniciativas higienistas, a importância das políticas de saúde e de saneamento e o papel do Estado na sociedade e em todo o território brasileiro. O livro é considerado importante para o estudo das políticas e modelos de ações na Saúde Pública brasileira, nas duas últimas décadas da Primeira República. Também em destaque, Jaime Benchimol e Magali Romero Sá, no livro *Febre amarela, malária e protozoologia*, fazem a narrativa da vida profissional do médico e cientista Adolpho Lutz, sua participação em atividades com pacientes, nas pesquisas científicas e nas epidemias e surtos de febre amarela, malária e protozoários, como a filariose no século XIX, contextualizando-a com as descobertas científicas e as controvérsias da época.

Anny da Silveira e Dilene Nascimento consideram que existe hoje um campo de produção científica em história das doenças, “[...] constituído por histórias que com as mais diversas perspectivas tiveram grandes contribuições nas reflexões sobre o papel das doenças na história” (SILVEIRA; NASCIMENTO, 2004, p. 16). Pertencentes a um Grupo Técnico (GT) que se formou a partir do ano 2002, as pesquisadoras foram direcionando e organizando discussões sobre uma área específica das pesquisas históricas brasileiras que investigavam as doenças. Esse movimento consolidou-se nos dias 13 e 14 de dezembro de 2004, durante o I Seminário sobre a História das Doenças, no Rio de Janeiro, que inaugurou um campo de estudos da história cultural no Brasil, instituído como a Historiografia das Doenças.

Entre as doenças mais estudadas pela história nos últimos anos, estão as pestes – doenças infectocontagiosas – que assolaram o mundo nos séculos XIX e XX e que causaram uma alta mortalidade entre os indivíduos suscetíveis, expostos à contaminação. Nesse perfil epidemiológico, inclui-se a cólera, a varíola, a tuberculose e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA-AIDS). Em outro perfil de doenças, mesmo com baixa letalidade, mas com grande repercussão na vida particular dos indivíduos, estão a hanseníase e a doença mental, que tomam para si as mais diversas representações sociais e que também são objeto de estudos de diversos programas de pós-graduação em história das doenças.

A busca por um maior entendimento sobre as doenças, as quais, em determinados momentos, modificam seu percurso, saem da natureza e ocupam o espaço social, trazendo medo e morte, além de mudar os hábitos, alterar as rotinas e transformar o espaço urbano e rural, impedindo as perspectivas futuras, impulsiona os pesquisadores a compreender o porquê dessa ocorrência

e a forma como abalam as referências culturais em uma determinada sociedade. Nessa dimensão, a produção brasileira tem-se debruçado no estudo das doenças e suas mais diversas aparições, sobretudo em sua constituição epidêmica, ocasião em que o surgimento dos casos obedece a uma determinada ordem prevista na História Natural da Doença⁷ (HND).

No Espírito Santo, o Departamento de História da Universidade Federal – Programa de Pós-Graduação em História (PPGHIS) – deu início aos estudos em história da medicina, da saúde e das doenças, com a dissertação de mestrado de Maria Zilma Rios, no ano de 2009, sob a orientação do Prof. Dr. Sebastião Pimentel Franco que, seguindo as linhas desenvolvidas pelos grupos de pesquisa brasileiros, inaugurou uma linha de projetos nessa área após a conclusão de seu trabalho de pós-doutoramento na Universidade do Estado do Rio de Janeiro em 2011. Novos estudos se somaram a essas primeiras produções, perfazendo duas teses de doutorado e cinco dissertações de mestrado até o final do ano 2020.

Não há como se afastar das teorias médicas; é preciso buscar entendê-las além e produzir história. A produção historiográfica das principais epidemias que ocorreram nos séculos XVIII e XIX já foi objeto de pesquisas interdisciplinares e publicações, principalmente na área de história, ciências sociais e medicina, no campo da saúde coletiva. No século XX, duas grandes pandemias virais suscitaram interesse acadêmico pela permanência de constante ameaça. São as doenças causadas pelo Vírus Influenza que, em 1918, provocou a pandemia de Gripe Espanhola, e, na década de 1980, a pandemia viral sexualmente transmitida – SIDA/AIDS –, que ainda são objeto de estudo. Diferentemente das epidemias, as doenças endêmicas, como malária, esquistossomose, doença de Chagas e tuberculose, que acometem populações específicas, não ocupam lugar de destaque nas pesquisas históricas.

1.1 MALÁRIA, MALEITA, IMPALUDISMO, PALUDISMO OU FEBRE DE “MAO CARÁCTER”

A malária é uma das grandes endemias brasileiras que merecem atenção nos estudos historiográficos e que têm seus registros em documentos institucionais. Esse fato se dá pela

⁷ A história natural da doença é o curso da doença desde o início até a sua resolução, que pode ser a cura ou a morte, na ausência de intervenção. Esse processo de adoecimento se inicia com o encontro entre o hospedeiro susceptível e o agente causador, em determinado ambiente, chamado de tríade ecológica. Leavell e Clark propuseram níveis de intervenção capazes de interferir no processo de adoecimento em qualquer fase de sua evolução para um melhor desfecho (LEAVELL; CLARK, 1976).

responsabilidade institucional em desenvolver estratégias de controle ligadas à ordem pública e ao desenvolvimento do País, a partir do momento em que o Estado Brasileiro, através de políticas públicas, se responsabilizou pelas intervenções coletivas. Geralmente as doenças endêmicas, assim como as epidemias, ao se tornarem objeto de estudo, referem-se a uma parte específica da população, com características próprias e em territórios definidos. Uma mesma doença pode apresentar características endêmicas ou gerar epidemias na medida em que os fatores do meio ambiente – naturais, econômicos ou sociais – oportunizam condições favoráveis ao encontro de um grande número de indivíduos suscetíveis aos efeitos do agente causador.

Na classificação de doenças endêmicas transmitidas por mosquitos as quais chegaram ao século XXI, a malária ocupa lugar de destaque por ainda fazer milhões de vítimas em todo o mundo, gerando surtos graves com alta letalidade. Os estudos que procuram construir a historiografia da malária utilizam vários caminhos metodológicos e percorrem áreas de conhecimento específico, abordando principalmente a mudança do perfil endêmico da doença em um recorte tempo/espacial. Para entender a mudança do perfil epidemiológico da malária é necessário comparar as mudanças ocorridas em uma série histórica de casos⁸; é preciso conhecer os fatos trazidos pela investigação médica dos doentes e seu contexto.

De acordo com essa vertente historiográfica, a doença torna-se o indicador da organização social e médica e da responsabilidade institucional com a Saúde Pública no país e no mundo. É necessário identificar as ações das instituições, dos programas, as estratégias de controle ou de erradicação de doenças, porque, quando implementadas, tais ações mudam a trajetória das enfermidades. Por exemplo: nos estudos que relacionam a malária às políticas de crescimento e desenvolvimento no Brasil, a enfermidade é vista como ameaça aos grandes projetos, em diferentes modalidades de exploração econômica tanto de recursos naturais, nos seringais e garimpos, como de projetos estruturantes, nas novas zonas de colonização e construção das ferrovias e estradas, que só foram viáveis a partir das intervenções médico-sociais para controle da malária (BENCHIMOL; SILVA, 2008; COUTO *et al.*, 2001).

⁸ A série histórica de casos é a distribuição dos eventos (doenças) por mês, durante dez anos. A partir das médias mensais, possibilita-se a construção do gráfico de controle epidêmico – média e desvio padrão – de ocorrência desta doença. Estando um evento fora da variação esperada entre dois desvios padrões da média de casos é epidemia. A epidemia é definida como a ocorrência, em uma região ou comunidade, de um número de casos em excesso, em relação ao que normalmente seria esperado no gráfico de controle epidêmico, e a endemia representa um padrão de ocorrência relativamente estável no gráfico de controle epidêmico (ROUQUAYROL, 1993).

Benchimol e Silva (2008) procuraram relacionar ferrovias, malária e desenvolvimento científico no Brasil, caracterizando a medicina tropical, entre os anos 1890 e 1920. Os autores descreveram a observação sistemática do cientista e médico sanitarista Adolpho Lutz, com relação à trajetória da doença nos ferroviários, que sofriam dos ataques tanto nas planícies encharcadas como nos declives, tanto na área das ferrovias do Rio de Janeiro como nas de São Paulo, ressaltando que os episódios mais graves se concentravam no espaço percorrido pela estrada de ferro entre São Paulo e Santos. A presença do homem no ambiente onde todos os elementos da cadeia de transmissão estavam presentes, tais como os indivíduos suscetíveis à doença, pessoas infectadas e o mosquito transmissor, fez dos trabalhadores vítimas ocasionais da malária.

As pesquisas científicas de Adolpho Lutz sobre a malária marcaram o desenvolvimento da medicina tropical no Brasil, e sua publicação *Mosquitos da floresta e malária silvestre*, datada de setembro de 1902, despertou muitas controvérsias, ao revelar a descoberta de um novo mosquito transmissor que proliferava em plantas que acumulavam água entre as folhas. Esse trabalho e as demais pesquisas no século XIX e metade do século XX fundamentaram a inserção da malária no grupo de doenças graves, transmitidas por vetores – artrópodes alados – conhecidos como mosquitos (BENCHIMOL; SÁ, 2005).

A historiografia da malária na Região Amazônica acompanha a história da entrada dos homens na mata para a extração da borracha e para os garimpos. A dissertação, *Adoecendo na cidade da borracha: Manaus (1877-1920)*, de Júlio Santos da Silva (2012), busca reconstruir a história da cidade de Manaus, suas epidemias e as estratégias adotadas pelas autoridades locais. O autor afirma que a malária e a febre amarela foram objeto de uma análise diferenciada em relação às demais doenças que assolavam a população e por isso foram alvo das principais ações de Saúde Pública entre 1897 e 1913, sob a responsabilidade de uma primeira Comissão, constituída entre 1897 e 1899, de uma segunda Comissão de Saneamento de Manaus, entre 1904 e 1906, e de uma terceira, entre 1907 e 1913, Profilaxia Específica e Sistemática da Malária e da Febre Amarela (SILVA, 2012, p. 117).

Pelos relatos sobre a Estrada de Ferro Madeira-Mamoré (EFMM), os trabalhadores afetados pela malária muitas vezes caíam doentes em locais distantes do ponto inicial da ferrovia, no meio da floresta. Nesses locais, morriam à míngua, sem socorro médico. As doenças afetavam também os médicos, os engenheiros e todo o pessoal “mais graduado” que precisava muitas vezes fazer atendimento aos enfermos. A Ferrovia do Diabo ainda hoje é lembrada como uma

tragédia objeto de narrativas. Está cravada na floresta com as marcas do sofrimento humano (HARDMAN, 2005). No artigo *Entre a Ferrovia do Diabo e o Trem Fantasma: uma viagem pela história da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré*, Murilo Mendonça Oliveira de Souza (2010) conta que pouco restou do sonho dos ribeirinhos no estado de Rondônia.

As histórias sobre a Ferrovia do Diabo se apresentam como narrativas de terror. Muito se tem falado sobre o contingente de mortos pela doença. Além dos médicos americanos que atuaram durante a construção da ferrovia na *Madeira-Mamoré Railway Company*, em 1910, dois médicos sanitaristas brasileiros, Oswaldo Cruz e Belizário Penna, convidados pelo proprietário da empresa construtora da estrada, fizeram o diagnóstico detalhado das condições insalubres da região e propuseram medidas preventivas para saneá-las, além de afirmar a necessidade de medidas urgentes para salvar os trabalhadores. Essas medidas nunca foram adotadas. A historiografia da EFMM é a historiografia da malária, das mortes por malária e do contexto das mortes por malária (BENCHIMOL; SILVA, 2008).

A história dos que fizeram esses caminhos é uma narrativa repleta de mortes, doenças, fugas, motins frustrados, anônimos. Operários de todos os recantos, nesse revolvimento assombroso de terras, igualam-se por baixo, na condição de escravos modernos, despossuídos e prestes a perecer em holocausto aos senhores do novo maquinismo (HARDMAN, 2005, p. 152).

A tragédia da Ferrovia do Diabo Madeira-Mamoré Railway Company foi mais grave do que o informado nos dados oficiais divulgados pela empresa, relativos ao período de 1907 a 1912. Segundo expôs Francisco Foot Hardman (2005) em seu livro *O Trem-Fantasma – a ferrovia Madeira-Mamoré e a modernidade na selva*, as informações registradas nos documentos oficiais mostravam que a empresa dispunha de 21.817 trabalhadores, de cinquenta nacionalidades, e apontavam um total de 1.593 mortes. Acompanhando as observações de Manoel Rodrigues Ferreira, o autor admite que esses dados não seriam verdadeiros, tendo em vista que 50% dos trabalhadores não tinham registros, por isso seus nomes não constavam nas estatísticas oficiais de mortes.

A poesia de Hardman, nos capítulos que se seguem ao prólogo, expõe o espetáculo do progresso na dualidade do translúcido, da luz e das sombras, da velocidade e da ilusão dos trens-vapores e as estradas de ferro, que representavam o ideal civilizatório do universo burguês em expansão. Seguindo a narrativa, a doença e a morte aparecem no relatório escrito pelo médico americano H. P. Belt em 1909, quando asseverou que 90% dos trabalhadores estavam doentes naquele ano, pouco antes da atuação de Oswaldo Cruz na Madeira-Mamoré (HARDMAN, 2005, p.

173). O médico americano foi enfático ao afirmar que a Madeira-Mamoré era a ferrovia mais doentia do mundo e que precisava de um serviço organizado na região.

Nas produções historiográficas onde estão relacionadas a organização social, as políticas de intervenção, os sentimentos pessoais, o medo da morte, a fome e a repercussão na vida das pessoas, encontramos a tese de doutorado de Gláubia Cristiane Arruda Silva (2012). A autora aborda a malária no Baixo Jaguaribe entre os anos de 1937 e 1942, utilizando diversas fontes históricas, para demonstrar como uma epidemia marcou profundamente a população cearense, tendo sido considerada uma das mais graves no País, com a introdução do mosquito de origem africana que não existia no Brasil até 1937 – o *Anopheles gambiae*⁹. A doença mudou a vida da população, sem possibilidade de desenvolver as atividades cotidianas e sob a ameaça da morte.

Ainda sobre a epidemia causada pelo *Anopheles gambiae*, a dissertação de mestrado de Gabriel Lopes Anaya (2011) traz uma abordagem sobre a transmissão da malária em Natal, na trama da História Natural da Doença em sua fase pré-patogênica, na qual o vetor e o ambiente são os focos principais da discussão, e o homem sadio, ao se encontrar com essa trama, adoece de impaludismo. O autor traz a reflexão de Alan Corbin (1987) para apoiar a explicação sobre a influência dos pântanos e dos miasmas, em uma retrospectiva da história da cidade de Natal-RN e da geografia humana, de Milton Santos (1985), a partir da qual vai desenhando as relações dos lugares apoiado nos conceitos da epidemiologia para entender o “espaço” da epidemia.

A importância dos trabalhos citados acima está na presença das pessoas, vítimas da malária, trazidas pelos autores. A epidemia, entre 1930 e 1940, no Nordeste Brasileiro, que castigou as populações do Ceará e de Natal, está descrita no livro *Anophelles gambiae* no Brasil – 1930-1940, um relatório técnico de Fred L. Soper e D. Bruce Wilson¹⁰ (1977), médicos que coordenaram as ações da Fundação Rockefeller no Nordeste. Por ser um relatório técnico, contém descrição do método, da organização geográfica das áreas de atividades, mas com ausência de relatos sobre a população residente, os sinais clínicos, o efeito das medicações, a fome e a morte que marcaram esse acontecimento. O livro organizado por Sergio Góes de Paula

⁹ *Anopheles gambiae* tem quatro fases de vida: ovo, larva, pupa e adulto. Apenas as fêmeas se alimentam de sangue de vertebrado, de onde obtêm nutrientes para seus óvulos. São vetores muito eficientes na transmissão dos parasitas da malária humana, o que contribui para o seu *status* como um dos mais importantes vetores de malária no mundo (SOPER; WILSON, 2011).

¹⁰ A 22ª edição baseia-se na edição original em inglês, de 1943, de autoria de Fred L. Soper e D. Bruce Wilson, organizada por Sergio de Goes de Paula, e traz comentários do organizador nas primeiras cinquenta páginas, com análise sobre o conteúdo exposto no livro. A partir da página 51, é apresentada a edição de 1945.

(2011) detalha a implantação das primeiras medidas de enfrentamento da doença no Brasil, nos moldes de prevenção da Febre Amarela, e traz a importância desse conhecimento para o mundo.

Em outra vertente de pesquisas sobre a malária como doença transmitida por mosquitos e constituindo-se, historicamente, tanto um problema científico quanto um empecilho à integração e desenvolvimento do Brasil, os principais estudos historiográficos abordam acontecimentos ocorridos na construção das vias de transporte, para o fluxo de bens e serviços, principalmente em áreas consideradas importantes pelos poderes públicos (HOCHMAN, 1998). Mesmo com a narrativa direcionada ao vetor, as observações sobre esse elemento fundamental da transmissão é a própria possibilidade da existência da doença. Sendo assim, vetor e casos de malária estão na imprevisibilidade das mudanças do ambiente, isto é, no complexo patogênico daquele ambiente.¹¹

Os principais estudos historiográficos da malária em Santa Catarina alinham-se com linhas de pesquisa sobre os mosquitos do subgênero *Nyssorhynchus* e do subgênero *Kerteszia*, que impuseram características diferenciadas aos surtos de malária. Como subgênero, *Nyssorhynchus* se mantém em coleções líquidas no solo; os *Kerteszia* preferem as águas de chuva que se acumulam no imbricamento das folhas de plantas, conhecidas como bromélias ou gravatás: o chamado complexo bromélia-malária (SÃO THIAGO, 2003). No estudo intitulado *Combate à malária em Santa Catarina: políticas públicas, impactos ambientais e memória*, Eveli Souza D'Ávila de Oliveira (2015) procura compreender as mudanças ambientais e socioculturais que ocorreram com a mudança da paisagem provocada pelo desmatamento das florestas para eliminação da enfermidade do litoral catarinense.

Também configurando construção historiográfica da doença em território brasileiro, há o artigo de Nísia Trindade Lima e André Botelho, *Malária como doença e perspectiva cultural nas viagens de Carlos Chagas e Mário de Andrade à Amazônia*, no qual os autores se dedicam à análise de duas viagens particularmente importantes para o pensamento social brasileiro e amazônico, a de Carlos Chagas (1912 a 1913) e a de Mário de Andrade (1927). O texto traz

¹¹ Esta afirmação está ancorada do conceito de complexo patogênico da obra de Max Sorre que, no ano de 1933, lançou as bases da geografia humana com fundamental leitura interdisciplinar dos acontecimentos. Para cada doença infecto-parasitária existe um complexo patogênico determinado que surge e se modifica em cada período tecnocientífico e agrega a espacialidade das doenças e circunstâncias sociais em que ocorrem, as tecnologias de diagnóstico, o tratamento dos enfermos e o controle de vetores (FERREIRA, 1991; GUIMARÃES, 2017; GUIMARÃES; LIMA, 2018).

transcrição dos relatos da observação do sertanejo forte, que aos poucos sucumbe pela malária. Entre o povoamento dos trópicos e o avanço da ciência, a malária foi o grande personagem.

O homem, na Amazônia, ali chegando dos salubérrimos sertões do norte do Brasil, levando para o trabalho a vitalidade máxima de uma raça forte e as maiores aspirações de uma prosperidade econômica, adquirida, embora, numa luta homérica, bem depressa vai lastimar a própria ousadia no aniquilamento de todas as energias acumuladas. São levas inteiras de cearenses, desse povo de valentes que exemplifica a resistência e a tenacidade nacionais, em curto prazo dizimadas pela malária! (CHAGAS, 1913, *apud* LIMA; BOTELHO, 2013, p. 752).

A ocorrência da doença no Espírito Santo está registrada nas pesquisas acadêmicas da Universidade Federal do Espírito Santo, focalizando a malária autóctone no Estado e no sistema Mata Atlântica, desenvolvidas pelo Dr. Crispim Cerutti Junior. Há também o registro da malária nos relatórios técnicos da Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, acompanhados pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica. Os acontecimentos sobre o impaludismo e suas consequências sociais são notados no contexto vivido por imigrantes e nas narrativas de memorialistas. Entre estes, Serafim Derenzi (2002) conta, em poucas linhas, uma experiência de morte por malária, por vezes onírica, sob a perspectiva do nosso entendimento atual.

O relato de Serafim Derenzi sobre mortos por malária no Espírito Santo faz parte do livro *Caminhos percorridos – memórias inacabadas* e se refere ao início do século XX, ocasião em que a EFVM atravessava a divisa entre o Estado e Minas Gerais e ainda tinha como percurso a ligação de Vitória a Diamantina. O memorialista expõe que o impaludismo não poupava as categorias sociais de trabalhadores e dizimou milhares de imigrantes. Desde sua chegada à região de Conde D'Eu e com assistência médica precária, a morte rondava a todos, por doença ou por facada nas brigas.

O rio Doce foi cemitério fantasma. Muitas vítimas eram jogadas à corrente das águas, amarradas em toros flutuantes, com vela acesa espetada na boca, protegida do vento. Trágicas balsas. Todas as noites de domingo, depois do batuque, deslizavam, macabramente, nas águas barrentas do rio (DERENZI, 2002, p. 16).

O livro de memórias do engenheiro da EFVM, Ceciliano Abel de Almeida, publicado em 1959, também registra a febre no cenário de ameaças e mortes, no período de construção da ferrovia. As recordações falam da vida do homem na selva ainda por desbravar, dos índios, da estrada de ferro, das gentes e da paisagem. Os detalhes da descrição dão-nos a exatidão do que viu e quer mostrar-nos. Como trabalho de um engenheiro, traz dados minuciosos sobre o percurso de rios, as águas, as montanhas, os recursos e técnicas da estrada de ferro, além do cotidiano de uma viagem de trem.

A chuva e a malária rondavam a ferrovia numa “[...] luta dramática contra o meio hostil e a insalubridade devoradora de vidas” (ARARIPE, 1954, p. 63). Ainda em 1940, esse cenário se repetia.

Havia transe comoventes. À noite, nas tarimbas de paus roliços, gemiam e trevariavam os atacados pela febre, que recrudescia, e confissões inesperadas surgiam... E os acoçados de malária iam indicando as causas da infecção: o banho no rio, a água do brejo ou da lagoa, a fruta silvestre comida sem estar sazoadada... quando admitiam a transmissão pelo mosquito, só o faziam em atenção ao doutor (ALMEIDA, 1959, p. 237).

A historiografia da malária acompanhou os projetos de progresso do País, deixando um rastro não só de trilhos, mas também de morte e silenciamento. No Espírito Santo não foi diferente, mas os dados são ainda mais obscuros, e a tragédia, talvez, tão drástica quanto a que ocorreu em outros territórios do Brasil. Ao longo do progresso dos trilhos, estava declarada a interferência temporal da doença na chegada da ferrovia até Itabira-MG.

1.2 O MAL DOS TRÓPICOS

A malária, uma doença que desde os primeiros relatos sobre seus sinais e sintomas foi conhecida como um dos elementos da trindade maligna, está relatada nos estudos médicos desde o século XVI e acompanha a história médica brasileira até a atualidade. Os sintomas/sinais associados à malária são registrados há milênios em importante literatura que a considera, mediante associações e inferências, uma enfermidade que acompanhou o deslocamento dos seres humanos vindos da África, chegando à Europa e à Ásia (GURGEL, 2009). Parte dos sinais/sintomas tipicamente atribuídos à doença está descrita em textos religiosos e médicos desde a antiguidade. Esses sinais eram notados nas febres sazonais¹², consideradas originárias da punição divina.

Nos estudos hipocráticos na Grécia do século V a.C, as observações sobre as primaveras úmidas e as águas pantanosas afastaram a causalidade religiosa, e as febres sazonais começaram a ser relacionadas ao clima e aos locais frequentados pelos doentes (CAMARGO, 2003; ROSEN, 1994). Mas foi no século XVI que apareceram os primeiros registros das grandes epidemias na humanidade e, entre elas, a malária. Segundo Rosen (1994), a doença deveria estar na Europa desde a Idade Média, como ocorreu com a varíola, apesar de os registros só terem surgido

¹² Doenças sazonais são caracterizadas por acontecerem sempre no mesmo período, relacionadas com as estações do ano (ROUQUAYROL, 1993).

posteriormente, e foi “[...] introduzida no Novo Mundo no século XVII por causa da grande expansão do comércio marítimo e das guerras” (ROSEN, 1994, p. 89).

No século XVIII, a doença recebeu o nome italiano *mal aire* a partir da teoria do ar insalubre, teoria dos *miasmas*. A denominação, atribuída pela causalidade das doenças, era definida como emanações que corrompiam o ar e atacavam o corpo humano. Seriam geradas pela sujeira encontrada nas cidades e pela putrefação de cadáveres humanos e de animais. Aceita pela medicina, a malignidade do ar proveniente das emanações pútridas passou a chamar-se *miasma*. As práticas sanitárias a partir desse momento demonstraram como minimizar os efeitos deletérios dos miasmas com o arejamento dos espaços e a eliminação dos odores fétidos. Esse modelo de intervenção foi hegemônico até o final do século XIX e representou oficialmente a política pública do Sanitarismo Urbano (ROSEN, 1994).

A exemplo do que foi apontado por Foucault (2014, p. 152-164), o desenvolvimento da medicina social francesa, com a substituição da quarentena do início do século XVIII por uma intervenção mais expressiva contra os miasmas, modificando o ambiente com o alargamento das ruas, a derrubada de casas sobre as pontes e a garantia da circulação de água e ar livremente para facilitar a ventilação, também foi estratégia usada repetidamente pelos médicos higienistas no século XIX. “Ventilar é varrer as baixas camadas do ar, constranger a selvagem circulação dos miasmas, controlar o fluxo mórbido lá onde a natureza não pode exercer livremente sua regulação, impedir o aparecimento de doenças” (CORBIN, 1987, p. 126).

Em 1873, a publicação do médico Léon Colin na *Dictionnaire Encyclopédique des Science Médicinales* traz, de maneira mais explicitada, a existência dos miasmas como causa de adoecimento. Segundo a classificação de Colin (KURY, 1990, p. 75), os miasmas seriam provenientes de vários elementos: dos humanos doentes e de matéria pútrida, do solo que dependia do clima, da matéria orgânica apodrecida, das chuvas e dos telúricos provenientes da atmosfera, como os climas quente e úmido que estariam envolvidos na origem das doenças chamadas tropicais. Estes últimos podiam ser reconhecidos na organização das ações de combate à malária no século XIX, através da derrubada das matas e da drenagem dos terrenos e pântanos. Ainda que não seja preponderante, é possível perceber que, no Brasil, no início do século XX, se associava a malária à vizinhança de matas.

Antes das discussões microbiológicas do fim do século XIX sobre as “febres paulistas”¹³, não se duvidava da existência da malária, explicando sua presença pelos “[...] miasmas palúdicos como sendo emanações deletérias provenientes de matas e pântanos” (TEIXEIRA, 2004, p. 46). Durante boa parte do século XIX, o assunto “miasmas” foi debatido entre os profissionais no exercício da medicina, porque traduzia a relação entre insalubridade, saneamento das cidades e doenças pestilenciais. As intervenções ambientais eram desenvolvidas por médicos e engenheiros que buscavam uma organização espacial das cidades, ainda que a maioria da população fosse rural, direcionavam suas pesquisas para a localização de cemitérios, hospitais, drenagem dos terrenos, assim como para a influência dos ventos e até para pessoas consideradas nocivas de ideias (BENCHIMOL; SÁ, 2005; CHALHOUB, 1996).

Outras teorias causalistas e, até mesmo, determinísticas sobre as doenças permaneceram no pensamento médico durante os anos de 1829 a 1889, asseguradas, principalmente, nas pesquisas médicas desenvolvidas na Academia Imperial de Medicina. Essas teorias direcionavam as causas das doenças que acometiam determinadas regiões do País às condições climáticas que caracterizavam o Brasil, não sendo, no entanto, de causalidade miasmática. Seguindo essa vertente, o livro de Manson, *Tropical diseases: a manual of the diseases of warm climates* (Doenças tropicais: manual de doenças de clima quente), publicado em 1898, foi importante para mostrar que, ainda que se considerasse a origem parasitológica da malária, o clima teria um papel importante ao predispor o organismo, ou mesmo permitir a recidiva da malária (EDLER, 2010).

As investigações sobre transmissão de doenças durante o século XIX agregaram novos elementos à antiga hipótese miasmática, como portadores humanos assintomáticos, cães, gatos, pássaros, insetos e animais sugadores de sangue (BENCHIMOL; SILVA, 2008), que passavam a integrar a cadeia de transmissão quando ainda permanecia indefinido o modo de transmissão do impaludismo. Somente a partir das pesquisas realizadas entre 1880 e 1890, novos elementos passaram a ser considerados na transmissão das doenças, não afastando, no entanto, a água, o

¹³ As “febres paulistas” foram bastante estudadas pelos médicos no final do século XIX. A mudança da abordagem médica, pautada no paradigma biologicista, microbiológico, não se deu de forma homogênea, apesar do desenvolvimento dos Institutos de Pesquisa no Brasil. As febres que ocorriam nos residentes de São Paulo, principalmente na Capital, eram designadas genericamente de febres paulistas, mas foram muitas vezes denominadas “febres palustres”, quando os médicos as identificavam como manifestações da malária, ou como febre tifoide, quando o tratamento do doente com quinino não trazia o resultado esperado. Com o desenvolvimento da microbiologia e das técnicas de laboratório, confirmaram tratar-se de febre tifoide (TEIXEIRA, 2004).

esgoto, os alimentos, as dejeções do corpo – elementos anteriormente constitutivos da teoria miasmática.

Entre as novas hipóteses, Patrick Manson (1877) “[...] sugeriu que um mosquito hematófago sugava o hematozoário do sangue dos doentes e, ao morrer, transferia-o à água; por meio dela, ou pelo velho mecanismo aéreo, o parasito retornaria ao homem” (MANSON, 1877, *apud* BENCHIMOL; SILVA, 2008, p. 721). Tal inferência deu origem ao programa de pesquisa a que Ronald Ross se dedicou entre os anos de 1894 e 1898. A relação entre animais sugadores de sangue e insetos vetores envolvidos na transmissão de doenças se confirmou nas pesquisas de Ronald Ross (1898), ao comprovar a transmissão da malária das aves por mosquitos do gênero *Culex*¹⁴, e, posteriormente, nas pesquisas italianas de Giovanni Grassi e colaboradores (1899), que demonstraram a transmissão da malária humana por mosquitos do gênero *Anopheles*.

A cadeia de transmissão foi concluída quando Charles Alphonse Laveran, médico francês, observou parasitas da malária em hemácias humanas durante seus trabalhos na Argélia (BENCHIMOL; SILVA, 2008). Como enfermidade do ar, a malária foi-se tornando um fenômeno de transição, com sua classificação de doença tropical ao lado de outras doenças em identificação. A conquista dos novos continentes trouxe para os europeus a preocupação com as doenças do mundo de clima quente, e esse fato, agregado aos estudos de transmissão, levou Manson a defender, na Inglaterra, a formação de médicos habilitados em “medicina tropical”. Já em 1899, começaram a funcionar a *Liverpool School of Tropical Diseases* e a *London School of Tropical Medicine* (BENCHIMOL, 2000).

No final do século XIX, as novas descobertas bacteriológicas terminaram por conferir uma compreensão unicausal para determinadas doenças: cada doença correspondendo a um agente etiológico¹⁵ com possibilidade de ser combatido por meio de vacinas e produtos químicos. Essas novas informações resultaram na transformação das práticas de profilaxia mais abrangentes desenhadas pela teoria miasmática em práticas terapêuticas medicamentosas.

¹⁴ Em 1898, um funcionário da Indian Medico Service, seguindo as orientações de Manso, descobriu o ciclo do parasito da malária das aves (KROPF, 2009).

¹⁵ Agente etiológico é o agente causador ou responsável por uma doença. Pode ser vírus, bactéria, fungo, protozoário ou helminto. É sinônimo de “patógeno” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PARASITOLOGIA, acesso em maio de 2017).

Mesmo assim, as opiniões divergentes sobre doenças endêmicas e epidêmicas¹⁶, seu tratamento e profilaxia demonstraram a importância que a microbiologia vinha adquirindo na Saúde Pública, principalmente do Brasil, que precisava de intervenções nos núcleos urbanos, assolados pela febre amarela, pela peste e pela cólera (BENCHIMOL, 1999).

Tais controvérsias tinham como referências as abordagens dos médicos higienistas e as de base clínica pasteurianas. Em 1890, o médico Adolfo Lutz, seus auxiliares e alguns bacteriologistas do Rio de Janeiro, entre eles Francisco Fajardo e Oswaldo Cruz, em sintonia com os estudos ingleses e italianos, confirmaram a clínica: os sinais e sintomas da doença e a etiologia da malária, isto é, o agente causador da doença. Assim, excluiu-se a possibilidade de transmissão mecânica da malária pelos insetos, nos casos em que os insetos eram hospedeiros intermediários. Desse modo, o agente apresenta um ciclo evolutivo complexo que se passa no inseto e no homem.

Nesse mesmo período, ocorreu a institucionalização das pesquisas médicas no Brasil, a partir da implantação do Instituto Bacteriológico de São Paulo, com o Serviço Sanitário, criado em 1892, da instalação do Instituto Vacinogênico (1892) e do Instituto Bacteriológico Domingos Freire, instituição federal criada à mesma época, no Rio de Janeiro. Esses núcleos de estudos e pesquisas oportunizaram a consolidação da bacteriologia brasileira, que considerou a malária o pilar da instituição e da medicina dedicada ao estudo do ciclo de vida de parasitos complexos, seus vetores e sua relação com o ambiente, como doença tropical prototípica (BENCHIMOL; SILVA, 2008, p. 731).

Na transição do século XIX para o século XX, Adolpho Lutz recomendou que a malária fosse combatida através de tratamento que seguissem as recomendações terapêuticas de Robert Koch: com a utilização de quinina. Além dessa medida, outras ações de prevenção estavam direcionadas à destruição dos insetos e suas larvas e à proteção através do uso de mosquiteiros, com telas de arame e fumigações, para impedir que mosquitos infectados picassem indivíduos sadios. Essas mesmas recomendações estavam sintetizadas na obra de Laveran, de 1903,

¹⁶ Endemia é a ocorrência coletiva de uma determinada doença no decorrer de um largo período histórico, acometendo sistematicamente grupos humanos. Epidemia é a modificação dos padrões de ocorrência de uma doença endêmica com aumento do número de casos maior do que o esperado. As doenças transmissíveis são chamadas de endêmicas quando, em uma área geográfica ou grupo populacional, apresentam um padrão de ocorrência relativamente estável no gráfico de controle epidêmico. Doenças endêmicas, como a malária – quando ocorrem mudanças nas condições do hospedeiro, do agente ou do ambiente, uma doença endêmica pode tornar-se epidêmica (ROUQUAYROL, 1993).

intitulada *Prophylaxie du paludisme*. Mas chegamos à primeira década do século XX sem solução para os grandes problemas das doenças que rondavam as cidades e o sertão brasileiro.

As pesquisas realizadas pelo Instituto Oswaldo Cruz, criado na virada do século XIX para o século XX, e seus pesquisadores mantiveram-se como protagonistas de grandes discussões sobre a modernização dos serviços sanitários, e tiveram, como personagens importantes na atuação técnica, Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e Emílio Ribas, em São Paulo. Esses médicos tinham como meta a superação da teoria miasmática, ao apresentar intervenções com base na escola pasteuriana, que se resumia na descoberta e isolamento dos indivíduos contaminantes, no saneamento do meio, na destruição dos vetores e na proteção dos sadios. Essas discussões estiveram aliadas aos preceitos da bacteriologia, do sanitarismo e das doenças endêmicas, além das epidemias, que influenciaram os movimentos políticos sociais da época (BENCHIMOL, 2018; LUZ, 1982).

As ações de Saúde Pública, realizadas em momentos pontuais através de campanhas sanitárias intensivas, caracterizaram o Modelo Campanhista, liderado pelo médico Oswaldo Cruz. As campanhas mostraram-se eficientes no combate à febre amarela no Rio de Janeiro, por isso influenciaram os demais Institutos de Pesquisas, que adotaram a campanha de vacinação e a vigilância sanitária como padrão de ciência e política de saúde.

Além das pesquisas, o Instituto Oswaldo Cruz dedicou-se à formação de pesquisadores, dando importância às visitas tanto ao exterior quanto ao interior do Brasil, como parte integrante dos cursos de especialização. Esse currículo oportunizou aos profissionais de saúde o conhecimento dos fatos que aconteciam além da área urbana das principais cidades brasileiras, demonstrando a desigualdade entre as regiões, a pobreza, a doença e o abandono, por parte do Estado, de um grande contingente de brasileiros (HOCHMAN, 2013; LUZ, 1982, p. 202).

Na primeira década do século XX, nas primeiras viagens curriculares, os médicos Artur Neiva e Belisário Penna percorreram o interior do Brasil, entre os meses de março e outubro de 1912, como parte da programação do Instituto Oswaldo Cruz. O diagnóstico da saúde feito por esses médicos tornou-se público em 1916 e foi elemento fundamental para a mobilização de intelectuais, políticos, jornalistas e parlamentares, que passaram a conhecer a vida dos brasileiros e, principalmente, as doenças que permaneciam nas áreas rurais, como a malária, a doença de Chagas e a ancilostomíase, também conhecidas como a *tríade maligna* (HOCHMAM, 2013).

Esse fato, aliado ao discurso de Miguel Pereira, que afirmava ser o Brasil um imenso hospital, instigou os meios médico e político ao debate sobre as condições reais de vida do povo brasileiro, principalmente em regiões abandonadas em que vivia um grande contingente populacional, fora da abrangência das políticas públicas. Nesse cenário, o atraso e a pobreza do interior do País passaram a ser explicados pelas doenças que tornavam a população improdutiva. Sanear o Brasil seria um resgate da autêntica nacionalidade para todos os brasileiros (LIMA; BRITTO, 1996). Entre as estratégias de enfrentamento das doenças rurais, o tratamento da malária foi prioritário e se tornou objeto de pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz durante os anos de 1920 a 1930.

Para o resgate desses brasileiros, que viviam à margem das cidades e da sociedade, no sertão do Brasil, o tratamento das doenças tornou-se prioritário, principalmente o da malária, já conhecido na Itália, que acumulava uma larga experiência. Nesse país, foi criada a Lei da Quinina, que contribuiu para a diminuição significativa dos casos, após seu uso maciço na população afetada ou exposta ao risco de adoecer. Também defendida pelo doutor Souza Pinto, da Escola de Malariologia da Fundação Rockefeller, a Lei foi adotada no Brasil seguindo o modelo italiano. Sua eficácia profilática e curativa já havia sido comprovada nos trabalhadores de turfa do porto de Moscou e nos que trabalhavam na drenagem de pântanos na Europa (O BRAZIL-MÉDICO, 1926, p. 181).

A questão mundial sobre a melhor estratégia para controle da malária foi discutida pela primeira vez em Roma, entre os dias 3 e 6 de outubro de 1965, no I Congresso Internacional da Malária. O discurso inicial, proferido pelo Dr. Jorge Stroode, em nome da Comissão Sanitária Internacional da Fundação Rockefeller, expressou a importância do evento que, reunindo as representações dos diversos países ali presentes para “[...] conhecimento dos mistérios de uma moléstia endêmica, [...] queria chamar atenção para a falta de conhecimento total sobre a doença”. Dr. Stroode insistiu que a “[...] cooperação técnica, por meio de conferências, lições e demonstrações práticas [...]” (O BRAZIL-MÉDICO, 1926, p. 179), favoreceria a todos os países para escolha do melhor método de profilaxia contra uma doença que se espalhava no mundo.

Uma vez que a malária foi o tema central do Congresso, ficou acordado que o controle de focos, defendido pela Fundação Rockefeller, seria considerado prioritário e, alinhado ao tratamento dos doentes, seria a estratégia mais eficiente.

O encontro serviu de marco oficial de aprovação para o uso de quinina¹⁷ no tratamento da doença e prevenção para toda a civilização, procedimento que foi chamado de quinização. Logo o uso da quinina passou a ser um tratamento e uma quimioprofilaxia para indivíduos em áreas de transmissão da malária no mundo.

Até meados do século XX, a quinina tornou-se o principal quimioterápico utilizado no combate à enfermidade. Seu uso só foi reduzido em função da sua alta toxicidade e do surgimento de cepas de *Plasmodium falciparum*, resistentes ao tratamento, mas sua importância voltou a aumentar na atualidade, devido à manifestação de resistência a outros fármacos. Entre 1918 e 1939, os programas de apoio à pesquisa e à síntese de substâncias antimaláricas receberam grande impulso em diversos países, mantendo-se a base quinolínica e utilizando-se, como modelo, a molécula de quinina. No Brasil, o uso de quinina para tratamento da malária foi oficializado desde 1918, a partir da publicação do Decreto nº 13.000, de 1º de maio de 1918.

Pelo mesmo Decreto, foi criado o Serviço de Profilaxia da Quinina, que tornava o quimioterápico o centro das medidas de prevenção da malária. Também em 1918, foi criado o Serviço de Profilaxia Rural, subordinado à Inspeção de Serviços de Profilaxia, por meio do Decreto nº 13.000/1918 (BRASIL, acesso em 18 jul. 2017), que possibilitou levar a estratégia ao interior do Brasil. Mas, como na ocasião as estratégias preconizadas pela Fundação Rockefeller, que se mantinha autoridade na escolha das medidas de combate à doença adotadas no Brasil, eram direcionadas ao combate dos vetores, ficou em segundo plano a quinina como tratamento e uso preventivo. Cabe ressaltar que os médicos que atendiam os doentes continuavam experimentando a melhor forma de tratamento para amenizar os efeitos tóxicos da quinina.

No início da década de 1930, as pesquisas identificaram a mepacrina ou atebrina¹⁸ como a droga eficaz para o tratamento da malária por *Plasmodium falciparum* (FRANÇA; SANTOS; FIGUEIROA-VILLAR, 2008), parasita resistente à quinina e causador das formas mais graves

¹⁷A quinina é um alcaloide derivado da casca da cinchona, também conhecida como árvore de quina (murta-do-mato) da América do Sul. A quinina e seus diversos derivados foram o principal pilar da quimioterapia antimalárica durante quatrocentos anos. É um agente químico que age nos parasitas que estão dentro das células do sangue dos indivíduos contaminados, muito efetiva no tratamento do *P. Falciparum*. Bastante tóxica, pode levar à morte com a ingestão oral de 2 a 8g em adultos. Seus efeitos tóxicos manifestam-se com surdez seletiva, distúrbios visuais, cefaleia, disforia (ansiedade, depressão e inquietude), náuseas, vômitos e hipotensão postural. O uso prolongado ou doses únicas altas também podem induzir manifestações gastrointestinais, cardiovasculares e cutâneas (BRUNTON; CHABNER; KNOLLMAN, 2010).

¹⁸Metoquina - atebrina – A descoberta do bicloridrato de quinacrina como agente antimalárico constitui uma das mais valiosas aquisições terapêuticas modernas, e seu uso tem tido, cada vez mais, a confirmação de sua alta eficiência. Não passou, entretanto, sem observação, desde o início de seu uso, a possibilidade de efeitos tóxicos, entre os quais certas reações psicóticas.

da doença. Em 1942, outra droga antimalárica, a metoquina¹⁹, foi empregada nos casos da doença tratados no Espírito Santo, a partir da implantação do Projeto Rio Doce (Fundação Rockefeller/SESP), principalmente aqueles ocorridos nos trabalhadores da EFVM.

Atualmente, as drogas empregadas no tratamento das infecções pelo *Plasmodium vivax* ou pelo *Plasmodium ovale* são a cloroquina²⁰, em três dias, ou a primaquina²¹, em sete dias; para infecções por *Plasmodium falciparum*, a combinação de Artemeter + Lumefantrina²², em três dias, e, no esquema de segunda escolha, a quinina, em três dias, a doxiciclina, em cinco dias, e a primaquina, no sexto dia (BRASIL, 2017).

Dentre suas grandes preocupações Carlos Chagas destacava “[...] a malária como principal entrave no desenvolvimento, um país rico com uma população doente, entre doença e civilização, entre uma natureza generosa e a impossibilidade de usufruí-la” (HOCHMAN; MELLO; SANTOS, 2002). Parte das estratégias de controle da doença já estava delineada nos trabalhos do pesquisador desde 1906, nas quais focalizava o caráter domiciliar do mosquito-vetor e a necessidade de rever as ações dos serviços sanitários brasileiros em relação à malária, que permaneciam focalizadas na associação entre obras de engenharia, uso de larvicidas, educação sanitária e medicação.

Buscando trazer algumas informações mais precisas sobre a história natural da malária, decidimos inserir alguns recortes descritivos da patologia. A malária – ligada ao que podemos chamar genericamente de paradigma médico laboratorial (LATOURE, 1983) – é um flagelo causado por protozoários do gênero *Plasmodium*, que se apresentam sob quatro espécies responsáveis pela doença no Brasil: *Plasmodium vivax* (*P. vivax*), *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*), *Plasmodium malariae* (*P. malariae*) e *Plasmodium ovale* (*P. ovale*). O *P. ovale* está

¹⁹ Metoquina – Encontrado comercialmente entre nós com as denominações de Metoquina (biclórídrico de 7-metoxi-3-cloro-9, l-metil-4-dietilamino-butilamino-acridina) ou de Atebrina (biclórídrico de 2-metoxi-6-cloro-9, l-dietil-amino-8-pentil-aminoacridina), o biclórídrico de quinacrina constitui um composto sintético, preparado primeiramente por Meitzsch e Mauss (1930).

²⁰ Cloroquina – É agente potente no tratamento da malária. Tem um complexo mecanismo de ação que é totalmente esclarecido e eficaz contra a forma eritrocítica das quatro espécies de plasmódios (RANG; DALE; RITTER, 2001).

²¹ Primaquina – A quinina e a primaquina, que têm significativa toxicidade e são metabolizadas rapidamente, são utilizadas preferencialmente para o tratamento de infecções já diagnosticadas, não sendo usadas para quimioprofilaxia em indivíduo saudável.

²² Artemeter + lumefantrina – De grande valor para o tratamento de malária grave por *P. falciparum*. As artemisininas, em geral, não são utilizadas isoladamente, devido à sua habilidade limitada em erradicar completamente a infecção. As artemisininas mostraram-se altamente eficientes, quando combinadas a outros fármacos antimaláricos no tratamento de primeira linha da malária. As artemisininas não devem ser utilizadas como quimioprofilaxia.

restrito a algumas regiões do País e o *P. vivax* é o responsável pela grande maioria dos casos da doença.

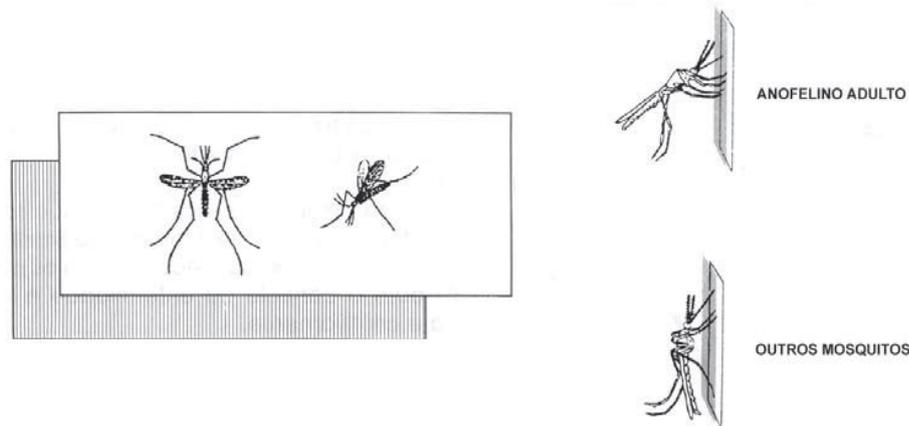
1.2.1 A Complexa Relação entre Homem e Mosquito

A doença é transmitida pela fêmea do mosquito do gênero *Anopheles*²³ (Figura 1), em cujo organismo se passa parte do ciclo evolutivo do *Plasmodium*. As principais espécies transmissoras da malária, tanto na zona rural quanto na urbana, são *Anopheles (Nyssorhynchus) darlingi*, *Anopheles (Nyssorhynchus) aquasalis*, *Anopheles (Kerteszia) cruzii* e *Anopheles (Kerteszia) bellator*. O *Anopheles darlingi* é a espécie de maior importância epidemiológica no Brasil, tem distribuição ampla no território nacional, alto grau de antropofilia e endofagia e transmite as diferentes espécies de *Plasmodium*, sendo encontrado em ação no interior e nas proximidades das residências. As águas limpas, sombreadas pelas árvores, com vegetação aquática e com pouco teor de sais e matéria orgânica são criadouros preferenciais para o *Anopheles darlingi*, o que torna as florestas, os alagados e os manguezais os grandes focos de malária (CONSOLI; OLIVEIRA, 1994).

A infecção inicia-se quando os parasitos (esporozoítos) são inoculados na pele pela picada do vetor e vão localizar-se nos hepatócitos (células do fígado) do paciente. Nessas células, multiplicam-se e dão origem a milhares de novos parasitos (merozoítos), que vão para a corrente sanguínea e invadem as hemácias. Nesse momento do ciclo, estabelece-se a chamada esquizogonia sanguínea. É nessa fase sanguínea que aparece o sintoma característico da malária: a tremedeira. O tratamento de indivíduos portadores de gametócitos impede que os mosquitos se infectem e, posteriormente, inoculem esporozoítas em hospedeiros humanos. Caso o paciente não seja tratado adequadamente, pode tornar-se uma fonte de infecção permanente.

²³ Os mosquitos do gênero *Anopheles* são vulgarmente conhecidos como carapanãs, muriçocas ou pernilongos. O gênero é composto por cerca de 450 espécies; apenas 41 estão envolvidas na transmissão do *Plasmodium* ao homem e nove dentre elas estão distribuídas nas Américas. As espécies têm hábitos crepuscular e noturno, escolhem picar humanos e outros animais, preferencialmente dentro das casas (CONSOLI; OLIVEIRA, 1994).

Figura 1 – Mosquito *Anophelles*, mosquito palha, carapana, muriçoca, mosquito-prego*, suvela e pernilongo.



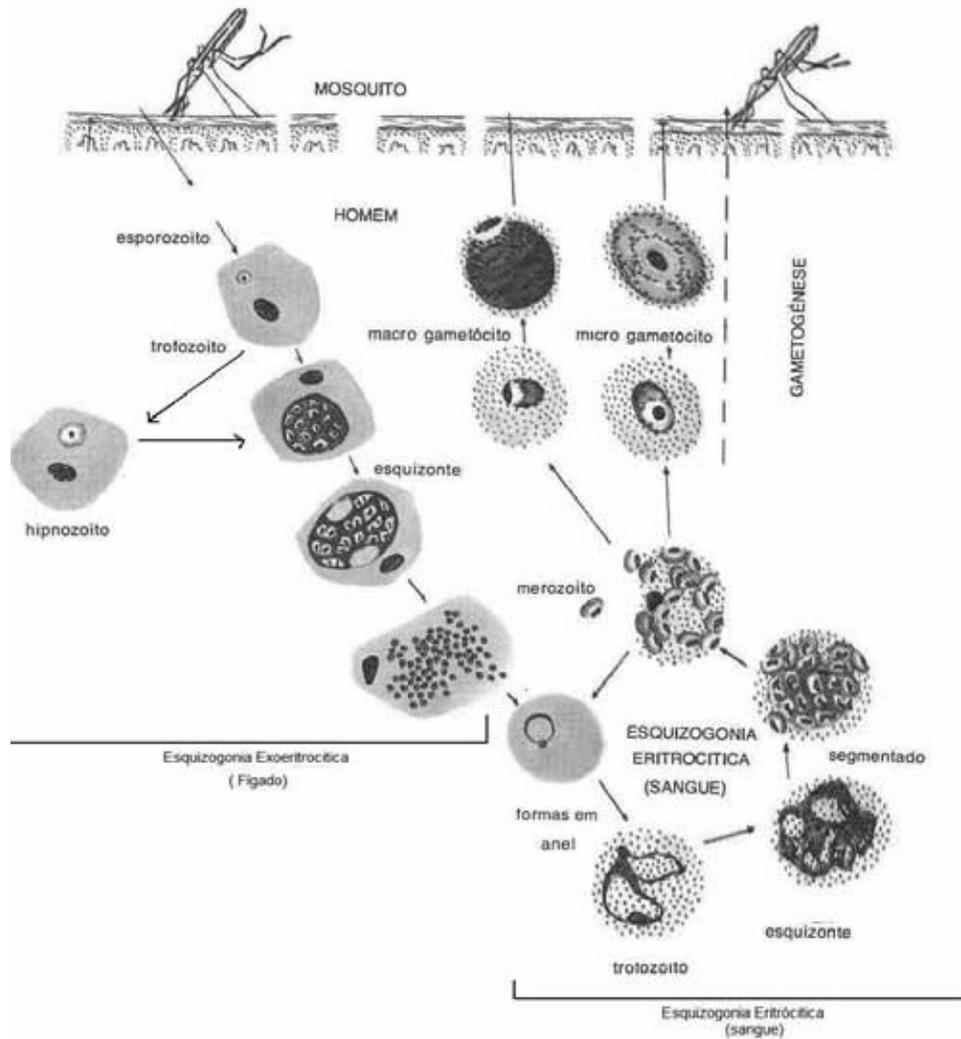
Fonte: Brasil (2006, p. 23).

*A denominação mosquito-prego diz respeito à forma como ele pousa na parede.

O ciclo de desenvolvimento do agente etiológico da malária passa-se em dois hospedeiros, para garantir sua forma infectante (Figura 2). Uma das fases de desenvolvimento do plasmódio (agente) dá-se no organismo do mosquito vetor e a outra, no homem. A fase no organismo humano é mais longa: desenvolve-se no fígado – ciclo hepático de evolução do plasmódio – e nas células do sangue – ciclo eritrocitário. Para que a doença exista, é necessário o ciclo completo da evolução do parasita, um ciclo sexuado no mosquito e um ciclo assexuado no homem. A forma infectante que é passada para os humanos pela picada do mosquito é chamada esporozoíto e está junto com a saliva no inseto. O esporozoíto chega à corrente sanguínea e vai fazer o ciclo no homem em fases bem distintas daquelas passadas no inseto.

A malária é uma doença infecciosa febril aguda, que pode manifestar seus sintomas entre o 7º e 14º dia após o contágio. Manifesta-se com febre alta repentina, calafrios, tremores, sudorese e dor de cabeça, sintomas que se repetem em intervalos de tempo determinados. Esse é o padrão cíclico, de acordo com o *Plasmodium* infectante, e pode evoluir para formas graves e até para óbito. Nas formas graves, os enfermos podem apresentar alteração da consciência, dispneia ou hiperventilação, convulsões, hipotensão arterial, choque e hemorragias, que necessitam de atendimento de urgência. Qualquer pessoa pode contrair malária se estiver em áreas de transmissão da doença. Há exceção: os portadores de anomalias genéticas das hemácias, que terão maior resistência.

Figura 2 – Ciclo evolutivo do *Plasmodium vivax* e do *Plasmodium ovale* no homem.



Fonte: Brasil (2001, p. 10).

Nota: Representação esquemática.

O tempo percorrido entre a picada do inseto infectado e o aparecimento dos primeiros sintomas pode variar de oito a trinta dias, dependendo da espécie de *Plasmodium*, da carga parasitária injetada pelo mosquito no momento da picada e do sistema de defesa dos indivíduos. As picadas dos mosquitos ocorrem ao amanhecer e ao entardecer, momentos do dia em que esses insetos são mais abundantes (BRASIL, 2010). A malária pode também ser transmitida ao feto de uma mulher grávida infectada por via placentária e por compartilhamento de agulhas infectadas.

A doença apresenta características clínicas inconfundíveis, que permitem distingui-la de outras doenças febris: intensos calafrios precedem a febre alta que ocorre em episódios de três a quatro horas de duração e podem repetir-se todos os dias, ou a intervalos de um ou dois dias, por tempo variável, até que o paciente se recupere ou morra. As maiores vítimas de complicações e morte

por malária são as mulheres grávidas, as crianças, pessoas debilitadas por alimentação precária ou doenças crônicas. São também de alto risco aquelas que residem em locais de difícil acesso aos serviços médicos. Sendo assim, estão incluídos nos grupos mais vulneráveis os trabalhadores em desgaste físico e em lugares de distante acesso ao socorro médico, embrenhados nas matas.

Mundialmente, apesar da redução de casos da doença, ela permanece fazendo um número considerável de vítimas. De todas as mortes por malária, 90% dos casos acontecem em território africano. A África subsaariana é a região que suporta parte desproporcional da carga mundial do paludismo. O atendimento à doença continua como prioridade mundial e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), ocorre em 95 países, com gravidade diretamente proporcional ao índice de pobreza. As medidas de controle do vetor também influenciam a transmissão da malária que pode ser controlada ou eliminada. Ao se interromper uma fase do ciclo do *Plasmodium*, é possível controlar ou eliminar a doença.

Entre as medidas de controle do inseto alado na fase adulta, há o uso de mosquiteiros impregnados com inseticida e a aspersão intradomiciliar do produto, duas das principais formas de controle vetorial, que, assim, diminuem a transmissão (MARQUES; GUTIERREZ, 1994). As larvas e pupas nas águas requerem grandes concentrações de venenos ou instalação de obras físicas de drenagem. Além disso, na terceira fase do ciclo, é essencial tratar os doentes até a cura comprovada. A disponibilidade de drogas para o tratamento diminuiu consideravelmente as mortes provocadas pela enfermidade, mas o desconforto e a depauperação dos indivíduos infectados levam, ainda hoje, milhões de seres humanos a se tornarem *unfit for the active business and enjoyment of life* (incapazes de trabalhar e viver a vida), como dizia Sir Patrick Manson, em 1900.

A maioria dos casos de malária no Brasil se concentra na região Amazônica, nos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. No entanto, estudos recentes demonstram que estados como Santa Catarina, São Paulo, Rio de Janeiro e Espírito Santo também apresentam casos de malária considerados autóctones, em uma proporção menor do que a dos casos importados, e em localidades cobertas pela Mata Atlântica. No Espírito Santo, há registros de surtos de febres palustres desde o período imperial, com ocorrência principalmente na Capital, onde as ações de controle, desenvolvidas pelo Governo, estavam presentes rotineiramente, assim como em algumas localidades no sul do Estado.

Nas regiões noroeste e central do Estado, o aparecimento da doença acompanhou o povoamento, principalmente nas localidades onde os alagados tinham predominância permanente ou aparecimento sazonal, nas épocas de chuva.

Assim foi que o movimento colonizador desceu o vale do Santa Maria do rio Doce, atingindo, em 1891, a região das matas, onde hoje se acha a cidade de Colatina. [...] esta penetração inicial foi feita com elementos alemães de Santa Leopoldina, e no Rio Doce ficou muitos anos restrita à área inicial. A expansão ao longo do vale tomou impulso com a chegada a Colatina, em 1906, dos trilhos da Estrada de Ferro Diamantina (atual Vitória-Minas) (STRAUCH, 1995, p. 4).

A malária permaneceu fazendo vítimas durante um longo período de estruturação das instituições de saúde no Brasil e no Espírito Santo, intensificando-se após a Primeira Guerra Mundial e acompanhando os projetos de desenvolvimento do País. Durante a Segunda Guerra Mundial, recebeu atenção especial nas áreas de confronto ou de interesse econômico para matéria-prima da indústria bélica. A luta mundial contra a malária, capitaneada pela OMS, traduz-se, atualmente, como estratégias de redução de casos, e não mais como erradicação da doença. Em 1992, essa posição foi expressa na *Estratégia mundial de luta contra a malária*, que orientava quatro objetivos técnicos. Esses objetivos continham todo o conhecimento sobre a doença e seus determinantes que, na ocasião, poderiam ser objeto de intervenção nos países com grande incidência de casos.

[...] fornecer diagnóstico precoce e tratamento pronto para malária; planejar e implementar medidas preventivas seletivas e sustentáveis, incluindo o controle de vetores; detectar cedo, conter ou prevenir as epidemias; e fortalecer as capacidades locais na pesquisa aplicada e básica para permitir e promover a avaliação regular da situação da malária de um país, em particular os fatores ecológicos, sociais e econômicos determinantes da doença (OPAS; OMS, 2005, p. 3).

Em 1998, a OMS, juntamente com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Banco Mundial, lançou a iniciativa “Fazer retroceder a malária”, com a meta de reduzir a incidência da doença em 50% até 2010 e a preocupação de incluir as questões da desigualdade e a determinação social da doença. No ano 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU) publicou um documento histórico para o novo século, a Declaração do Milênio, aprovado na *Cimeira do Milênio*, realizada entre os dias 6 e 8 de setembro, em Nova Iorque. A partir dessa data, os Estados Membros da ONU (189 Estados) comprometeram-se a reverter o quadro de pobreza, fome e doenças, com destaque para a malária e para a AIDS, em seus países, até o ano de 2015.

Especificamente no Espírito Santo, de 2007 a 2014 foram confirmados 2.444 casos de malária por *Plasmodium vivax*, transmitidos pelo mosquito *Anopheles darlingi*. A maioria dos casos foi

em pacientes do sexo masculino, trabalhadores agropecuários, dentro da faixa etária de 20 a 49 anos. Logo, estamos diante de uma antiga e permanente enfermidade, que acompanha o trabalho humano e coloca as populações em risco.

2 A LUTA PELA SALUBRIDADE NO ESPÍRITO SANTO

No Espírito Santo, como nos demais estados brasileiros, o desenvolvimento das políticas públicas de saúde seguiu os modelos implementados na capital do País. A partir da Constituição de 1891, foi assegurada autonomia para os estados, que deveriam adequar-se às demandas regionais, na organização dessas políticas. O ente estadual passou a ter responsabilidade nas intervenções de saúde, substituindo a gestão municipal, que era responsável pelos chamados Socorros Públicos. Contudo, idas e vindas de responsabilidades de governo municipal ou estadual ou federal não garantiram o controle efetivo das doenças no estado do Espírito Santo. Segundo Sebastião Cabral (1992, p. 13), somente em 1924 se reconheceu um esboço de organização sanitária com concentração prioritária na Capital.

Na era provincial, em momento em que os municípios se responsabilizavam por desenvolver as ações de saúde, havia poucos médicos na província do Espírito Santo, e as intervenções se organizavam em períodos de grandes epidemias, com prioridade expressa na capital, Vitória.

Abordando a organização sanitária de Vitória em momentos de epidemia, encontramos o trabalho de Sebastião Pimentel Franco (2015) que, ao estudar o surto de cólera no Espírito Santo, ocorrido entre 1855 e 1856, descreve a cidade, com seus lugares insalubres e de maior risco para a propagação da doença, onde fez muitas vítimas.

O autor apresenta um panorama geral sobre a assistência médica, tão precária em todo o Estado e, ainda, não garantida efetivamente na Capital. Com poucos médicos para atendimento à população e com dificuldades de acesso aos medicamentos, a assistência aos coléricos, em muitas cidades, caracterizou-se pela participação de curandeiros e pela caridade na organização do cuidado aos enfermos. Em Vitória, a existência de um único hospital trouxe a necessidade de se alugarem casas para a abertura de novas enfermarias, o que foi garantido pela contribuição financeira de benfeitores e da população. Além das ações relacionadas aos enfermos, foram também classificados como insalubres os locais da Capital onde a doença se intensificava.

Contrariando a posição das autoridades médicas e políticas, a população imputava ao Poder Público a culpa pela falta de limpeza e higiene na cidade. Embora fosse essa uma preocupação das autoridades, somente em ocasião de epidemias é que as ações efetivas de controle, geralmente apoiadas pela autoridade policial, se refletiam na melhoria da higiene e salubridade da cidade (FRANCO, 2015). A falta de saneamento básico, o lixo jogado nas ruas, as valas, o

acesso à água de fontes públicas, permaneceram como risco de doenças nas cidades do Espírito Santo até as primeiras décadas de século XX.

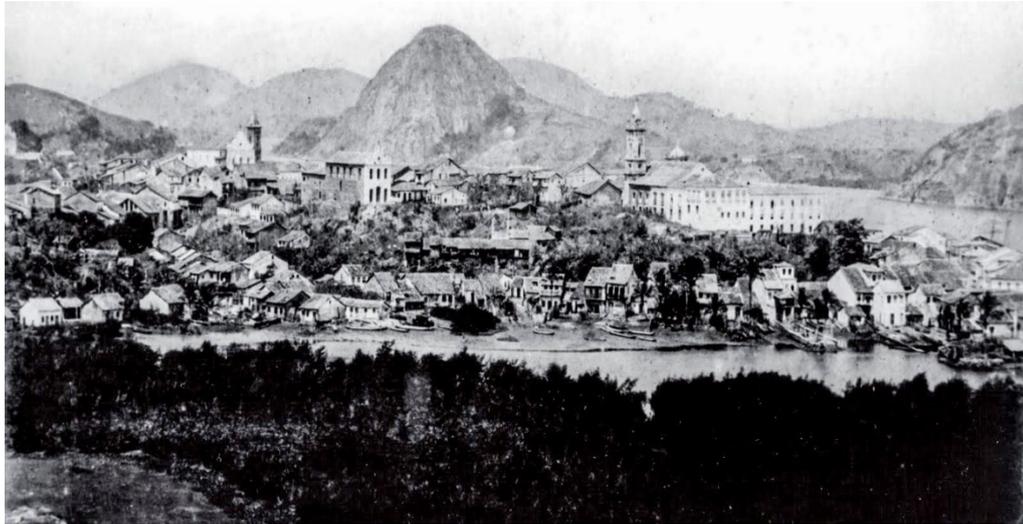
Mesmo com a implementação de ações de saúde conhecidas cientificamente ou com as determinações das autoridades sanitárias do País, o século XX encontrou a capital do Espírito Santo insalubre. A prioridade das ações de Saúde Pública direcionadas para Vitória pode ser observada no aparecimento das febres palustres²⁴, ocorridas após as inundações de 1906. As intervenções direcionaram-se principalmente à drenagem das águas da Capital, considerada uma cidade paludosa. Caracterizado o atraso econômico e social do Estado, as autoridades médicas e políticas não se esquivaram de combater as doenças que flagelavam a população.

Vitória era uma cidade pequena, com construções precárias que alojavam várias famílias e aspecto desagradável – embora não consideradas cortiços como os existentes na cidade do Rio de Janeiro –, com alagados de mangues e valas que precisavam ser aterrados por determinação das autoridades sanitárias, conforme previa o Código de Postura da Intendência Municipal da Cidade de Vitória (1890).

No período de governo de Moniz Freire (1892-1896), foi iniciado o melhoramento do centro da cidade de Vitória, que se encontrava espremido entre o maciço central da Ilha e o Canal de Maré, com ruas estreitas e sinuosas que precisavam de modernização (Fotografia 1).

²⁴ O diagnóstico de febres palustres, principalmente a partir das descobertas de Laveram, em 1878, que comprovava a existência do plasmódio, evidenciava o diagnóstico da febre por malária, ocasionada por miasmas palustres, quando a ocorrência se dava em ambiente com alagados e pântanos. No artigo de Ailton Fernandes da Rosa Junior (2020), referindo-se às febres palustres no Rio de Janeiro, o autor aponta a publicação de João Vicente Torres Homem, de 1886, intitulado *Estudo clínico sobre as febres do Rio de Janeiro*. Nesse estudo, os pântanos, os ventos que sopravam em diversas direções, os solos argilosos e encharcados, além do clima quente do Rio de Janeiro, a abundância de detritos orgânicos e a própria exuberância da vegetação favoreciam o desenvolvimento do miasma paludoso (ROSA JUNIOR, 2020).

Fotografia 1 – Canal de Maré: limite da cidade de Vitória.



Fonte: Acervo da Fundação Biblioteca Nacional.

Os alagados e, principalmente, o Canal de Maré limitavam o espaço físico da cidade e foram considerados um problema para o desenvolvimento da Capital, pois mantinham um ambiente propício ao desenvolvimento de vetores que transmitiam doenças, principalmente os mosquitos.

Na busca por salubridade, o engenheiro Francisco Saturnino Rodrigues de Brito, em 1896, publicou um projeto de remodelação da cidade, a que chamou de *O Novo Arrabalde*, no qual previa ampliação do espaço urbano com aterros e expansão para o norte. O primeiro aterro significativo foi o da região do Campinho, que deu origem ao espaço conhecido até a atualidade como Parque Moscoso. O aterro foi iniciado por Henrique Moscoso e concluído por Moniz Freire, mas coube a Jerônimo Monteiro (1908-1911) a construção do parque e a urbanização da área²⁵.

No projeto *O Novo Arrabalde*, o engenheiro previu a melhoria das habitações e a construção de vilas operárias, como proposta de uma política habitacional higienista, que contemplava os novos padrões funcionais e formais de ocupação do espaço. Como parte do projeto, para aumentar a salubridade da cidade havia a recomendação de plantar eucaliptos nas áreas onde

²⁵ A preocupação do governo do Espírito Santo com a situação da cidade foi apresentada ao Poder Legislativo – Assembleia Legislativa – em 1895, em mensagem do governador Moniz Freire, que enfatizava a falta de espaço físico, no centro da capital, que pudesse ser redirecionado à construção de novas casas em substituição às insalubres. Esse limite espacial correspondia ao tamanho cidade e diretamente impedia seu desenvolvimento. A ampliação do espaço da cidade e sua salubridade favoreceria o crescimento da Capital com aumento de sua população e de novas áreas de residências, que serviriam para os antigos e os novos habitantes de Vitória (FREIRE, 1895).

houvesse a concentração dos casos de malária, não sendo explicitado se estavam ligados à alteração miasmática por uma planta aromática ou ao ressecamento do solo. Essa estratégia seguiu as recomendações do Dr. Carlotti, presidente da Sociedade dos Médicos da Córsega, publicadas no *Jornal do Commercio do Rio de Janeiro*, em 20 de novembro de 1895, defendendo a ação preciosa da planta, tanto na terra quanto no ar.

Ainda uma vez fazemos um appello solemne áquelles que governam as nações, para supplicar-lhes em nome da Humanidade, em nome da própria honra, que emprehendam um seguro combate contra o ar empestado dos climas quentes, com o fim de prevenir e aniquilar os terríveis flagellos nos proprios locais em que elles soem exercer suas perigosas devastações, e isto conseguir-se-ha facilmente com disciplinado exercito... de Eucalyptus (BRITO, 1996, p. 29).

Na transição para o século XX, período em que a explicação da causalidade miasmática ainda rondava o processo de adoecimento, a orientação do Governo Federal, através da Diretoria Geral de Saúde Pública, para combater as doenças transmitidas por mosquitos (vetores), como a febre amarela e a malária, seguiu a orientação técnica que caracterizou o primeiro período do movimento sanitário, com drenagem, aterros e limpeza dos ambientes, que afastassem os mosquitos das pessoas. Sob a liderança de Oswaldo Cruz, as ações de controle direcionaram-se ao meio ambiente onde se desenvolvia o ciclo reprodutivo dos insetos, tendo como referência as pesquisas científicas do médico Juan Carlos Finlay, que investigava a transmissão da febre amarela pelo mosquito *Stegomyia fasciata (Aedes aegypt)* em Cuba.

Seguindo o modelo higienista aplicado no Rio de Janeiro, com o intuito de resolver a salubridade da Capital, Jerônimo Monteiro (1908-1912) direcionava todo o investimento da assistência aos enfermos para saneamento da cidade e melhoramentos do porto de Vitória. Naquele momento, os recursos foram aplicados na melhoria dos lugares destinados ao escoamento de produtos agrícolas que contribuíam para o desenvolvimento do Estado e da Capital. Essa atitude refletiu negativamente nos programas de saúde da população e, principalmente, no acesso gratuito aos medicamentos, viável graças à Farmácia Pública, que deixou de ter investimento financeiro para compra de remédios.

Reconheci, porém, ser necessário supprimir esse serviço, não so porque os resultados com elle obtidos não eram dos mais satisfatorios, como ainda porque acarretava ao Governo não pequeno dispendio que não podia e não devia estar a cargo do Estado, uma vez que existia na Capital, unia casa de Caridade por elle subvencionada, e que tinha exactamente o mesmo objectivo humanitário. Por estes motivos, baixei o decreto n. 101. de 13 de junho de 1908, extinguindo essa repartição e autorisando que fossem vendidos ao Sr. pharmaceutico Francisco Vieira Teixeira, pela importancia de dous contos e seiscentos mil réis os pertences e a pharmacia da assistência publica, reservando para a, então, Inspetoria de Hygiene alguns poucos e simples apparatus que polliam ser uteis ao laboratorio de bacteriologia e analyses clinicas que já a esse tempo eu cogitava de montar (ESPÍRITO SANTO, 1912, p. 129).

A focalização prioritária de ações de saúde na Capital deixou fora da assistência as populações que estavam no interior do Estado, em núcleo rurais, e que traziam desenvolvimento para o Espírito Santo. A capital Vitória tinha, no ano de 1911, um total de 19.194 habitantes, que representava apenas 5,4% da população do Estado, o que demonstra que um percentual de 94,6% da população espírito-santense estava em abandono (IBGE, acesso em 23 mar. 2019).

A organização dos serviços de saúde do Espírito Santo esteve sempre em consonância com as mudanças ocorridas na estrutura federal. A Capital mantinha-se como lugar prioritário das intervenções de controle das epidemias e essas atividades estavam sob a responsabilidade de um Serviço Sanitário Local, mas permaneciam sob orientação e cooperação técnica das autoridades federais. À frente das intervenções na Capital Federal, Rio de Janeiro, o médico Oswaldo Cruz organizou um exército de mata-mosquitos, guardas sanitários que entravam nas casas, limpavam e destruíam focos de insetos e internavam os doentes compulsoriamente, mesmo sem autorização dos moradores. Esse foi o modelo de autoridade sanitária utilizado nas intervenções em todo o Brasil, inclusive em Vitória.

A exemplo do que fazia o Rio de Janeiro, a capital do Espírito Santo organizava as atividades de controle da higiene pública, do saneamento e da desinfecção dos domicílios de forma pontual, isto é, nos momentos e lugares onde ocorriam os surtos garantia-se a intervenção, mas, fora desses períodos, não havia vigilância dos focos. Com a prioridade das ações voltadas ao ambiente, ficou em segundo plano o tratamento dos doentes, acarretando um contingente de indivíduos não curados, que permaneciam como focos ativos da doença, com o agente infectante na corrente sanguínea, principalmente o da malária. Esse fato contribuiu para a Capital ser um foco permanente do impaludismo.

Em 1917, o aparecimento de febre amarela em Vitória e do impaludismo no interior do Espírito Santo trouxe à tona o problema do saneamento da Capital, até então não solucionado, apesar dos discursos políticos de prioridade. Durante a epidemia, as ações em Vitória foram iniciadas com o apoio da Diretoria da Saúde Pública Federal, na figura do doutor Thadeu Medeiros. Este médico iniciou o planejamento das intervenções em janeiro desse mesmo ano, mas precisava de recursos financeiros que não estavam previstos no planejamento do governo. Dessa forma, ficava mais uma vez evidente uma diretoria sem planejamento, que só respondia às ações de urgência, sem metas anuais e, por isso, sem orçamento.

Outro grande problema do Espírito Santo, ocorrido em 1917, foi a ausência de médicos nas localidades interioranas. Os enfermos provenientes de todo o Espírito Santo eram levados para a Santa Casa de Misericórdia, única unidade hospitalar da Capital. O hospital recebia muitos doentes; os tuberculosos e os palúdicos eram separados em um pavilhão distante do edifício principal e, ali, eram isolados e tratados. Por não haver registro de procedência, os casos e os óbitos ocorridos no pavilhão eram considerados como de pacientes residentes em Vitória, o que alterava significativamente o perfil epidemiológico da Capital, que mantinha registros²⁶ da doença, embora não se observassem ali casos de impaludismo.

A Fotografia 2 apresenta, em primeiro plano, populares e barcos na orla da baía de Vitória, na região da atual Vila Rubim, e a Santa Casa, no alto do morro, na região denominada Lameirão. Esse local afastado da cidade era considerado insalubre e pouco nobre, e mantinha distância do restante da cidade, como recomendava a Saúde Pública.

Fotografia 2 – Vista da região da Vila Rubim.



Fonte: Acervo do Arquivo Público Municipal de Vitória.

A Santa Casa representou, durante as primeiras décadas de século XX, até 1942, um serviço de assistência médica para toda a população do Espírito Santo e permaneceu atendendo portadores de diversas doenças infectocontagiosas da população, inclusive trabalhadores da EFVM.

²⁶ Dr. Jeronymo de Souza Monteiro, em relatório apresentado ao Congresso Legislativo em 23 de maio de 1912. Exposição sobre negócios do Estado no Quadriênio 1908-1912.

Apesar de o recorte desta tese limitar-se ao período 1920-1942, houve necessidade de voltar no tempo para entender melhor se as condições responsáveis pela permanência da malária, em sua forma endêmica, antes de 1920, foram mantidas, como as condições naturais de sua existência persistiram e se as estratégias de intervenção tiveram continuidade, apoiadas na racionalidade médica do período.

2.1 A MALÁRIA ACOMPANHANDO OS MOVIMENTOS DA POPULAÇÃO – OCUPAÇÃO, FIXAÇÃO E EXPOSIÇÃO

O perfil da doença não se modificou na década de 1920, infestando diversas regiões do Espírito Santo com características de chuvas e temperatura diferenciadas, mas classificadas como de alta transmissão pelo registro constante de casos, resultado principalmente da mobilidade das pessoas. Nesse quadro, a cidade de Vitória e as cidades que se formaram no entorno da EFVM foram lugares permanentes de malária. Por ser a febre amarela, na ocasião, uma doença prioritária no País, a organização das intervenções se dava de forma mais eficiente, o que não se repetiu em relação à malária, que continuou fazendo um grande número de vítimas. Os surtos de malária de 1917 e 1918 no Espírito Santo prolongaram-se até 1920 tanto nas localidades próximas da Capital quanto nos povoados mais distantes. Parte da população de Viana, Guarapari, Barra do Itapemirim, Queimado, Pau Gigante, Linhares, São Miguel e Accioly de Vasconcellos ficou em desamparo. A conduta da Diretoria de Higiene Estadual, nesse momento, foi enviar médicos para tratar a malária de forma emergencial, não garantindo as ações de profilaxia ou continuidade dos tratamentos.

Na tentativa de acabar com a febre amarela e a malária na cidade de Vitória, mantida sempre como prioridade, foram usadas as estratégias de controle de focos larvários e de combate aos mosquitos alados. As ações de *petrolagem e a sulfuração*²⁷ com a utilização do Aparelho de Clayton, que consistiam em tratar os alagados e fazer a aspersão de vapor de enxofre (S-sulfur) dentro das casas, respectivamente, não foram suficientes para combater nem uma nem outra, apesar de bons resultados no Rio de Janeiro (Fotografia 3). Foram necessárias medidas duras de desinfecção de roupas e colchões com vapor quente em 120° por 20 minutos, tanto nas casas

²⁷ Petrolagem e sulfuração são métodos de intervenção para tratamento de focos larvários e do mosquito alado respectivamente. A petrolagem consistia em tratar coleções de água com querosene e sulfuração e borifação de vapor de enxofre em temperatura elevada (O BRAZIL-MÉDICO, 1929). Não foi encontrado nas fontes pesquisadas o uso do verde de Paris e o do pó-da-Pérsia no Espírito Santo.

dos doentes quanto no ambiente hospitalar da Santa Casa de Misericórdia, na tentativa de controle dos repetidos surtos.²⁸

Fotografia 3 – Aparelhos Clayton para aspersão do vapor sulfúrico nos serviços de profilaxia terrestre.



Fonte: Fundo Pessoal Belisário Penna.

Em artigo publicado na revista *o Brazil-Médico* de 1929, sobre a aspersão de inseticida na profilaxia da febre amarela, que também foi usada para a malária, os doutores João de Barros Barreto e Antonio Gonçalves Peryassú apresentam as dificuldades do uso do enxofre dentro das residências. Um dos motivos era o estrago provocado nos móveis e objetos de metal, quando o elemento químico entrava em contato com essas superfícies. Também era necessário cuidado para não haver contato com alimentos dentro das moradias. Havia grande dificuldade em preparar o local para receber a sulfuração, pois era preciso calafetar os telhados e instalar toldos para evitar a dispersão dos vapores. Mesmo assim, foi um método de controle do impaludismo com bons resultados.

Desde 1918, já se tinha experiência da efetividade do saneamento do ambiente, principalmente quando se direcionava à desinfecção das habitações, o que foi considerado decisivo para o desaparecimento do impaludismo na Capital e nas cidades que pertenciam ao eixo de desenvolvimento do Estado, mas as regiões interioranas ficaram sem igual intervenção. Muito importante para o controle da malária, nesse mesmo período, foi a criação do Serviço de Quinina Oficial, um serviço federal que garantiu a fabricação e disponibilização de quinina para

²⁸ Mensagem do Presidente Dr. Bernardino de Souza Monteiro ao Congresso Legislativo (ESPÍRITO SANTO, 1918, p. 74).

venda, em todo o Brasil, para uso tanto curativo quanto profilático (Decreto nº 13.000/1918), forçando o direcionamento das ações de controle sobre o meio ambiente e sobre os indivíduos doentes ou em risco de adoecer.

O padrão de intervenção focalizado em epidemias, principalmente aquelas que incidiam na capital do Espírito Santo, repetiu-se durante as epidemias de varíola e da gripe espanhola em 1918. A gripe espanhola acometeu 70% da população, com 123 mortes em Vitória, com poucos casos nas cidades do interior do Espírito Santo, provavelmente devido à dispersão da população, que limitou a transmissão entre as pessoas, mas transcorreu com maior letalidade pela falta de serviços de saúde que garantissem o cuidado dos enfermos. Já na EFVM, a *Hespanhola* acometeu 99% dos trabalhadores, com apenas cinco óbitos. Segundo o relatório de Dr. José Leite de Abreu, aqueles que apresentaram formas clínicas graves, como a “[...] pulmonar com derrames pleurais e derrames purulentos”, foram levados à Santa Casa de Misericórdia (CEFVM, 1919, p. 36).

De acordo com o Censo de 1920, a população do Espírito Santo estava distribuída em 28 municípios, com maior concentração populacional e expressão econômica no sul do Estado. A EFVM contribuiu decisivamente para o povoamento da região do norte do Estado com a transformação de núcleos iniciais de imigrantes em povoamentos. A partir da região central em direção ao norte, já haviam sido inauguradas dez estações até 1920, chegando a Baixo Guandu, divisa com o estado de Minas Gerais. Foram inauguradas durante os primeiros anos de construção da ferrovia, Pedro Nolasco (Vila Velha), Capitania, antiga Alfredo Maia (Santa Leopoldina), Itapecu-Calogi (Serra), Timbuí, Fundão, João Neiva (Páo Gigante)²⁹, Colatina, Porto Belo e Itapina (Linhares). Em 1905, a ponta dos trilhos se encontrava na estação ferroviária de Lauro Miller (Ibiraçu) (Fotografia 4). Em 1907, os trilhos chegaram a Colatina.

²⁹ Vale ressaltar que, segundo o escritor Lucílio da Rocha Ribeiro (1992), antes da chegada da ferrovia, João Neiva era um pequeno núcleo de imigrantes italianos, distante 6km da sede de Demétrio Ribeiro e com seu crescimento trazido pela estrada de ferro. Em 1921 foi elevado a vila pertencente ao município de Páo Gigante (RIBEIRO, 1992).

Fotografia 4 – Inauguração da Estação Lauro Müller – Ibiracu-ES*.



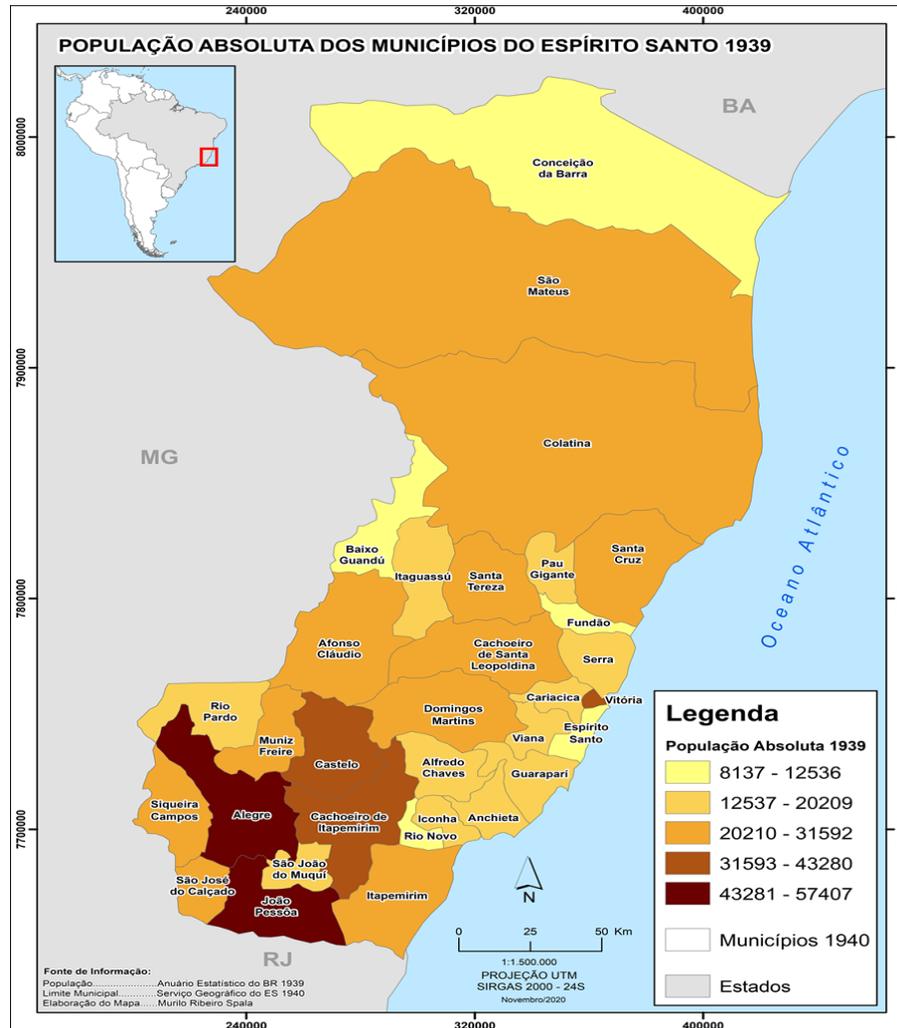
Fonte: Acervo pessoal de Leonor Matilde da Rós e Pasqua Baptista.

* Inaugurada em 1905 e demolida em 1940, com a retificação da linha.

Inserido numa região que prosperava, o Espírito Santo dependia economicamente do café e da indústria têxtil, que ensacava o produto. Com grande parte da Mata Atlântica preservada, principalmente pela falta de ocupação das terras, a madeira tornou-se uma atração para a produção industrial e recebeu incentivo do Governo para a exploração. Essa atividade firmou-se através de contratos de concessão em todas as matas do Espírito Santo, trazendo como consequência a devastação e a exposição da população às doenças das matas. Nesse cenário, o impaludismo acompanhou a expansão do território, a exploração da mata e a abertura da ferrovia, que também entrou na mata para colocar os trilhos.

O Mapa 1 traz a distribuição populacional do Espírito Santo em números absolutos no ano de 1939, evidenciando uma concentração maior no sul do Estado, principalmente em algumas cidades. Vale ressaltar que o crescimento da população foi lento na região norte, não apontando grandes diferenças entre os anos de 1920 e 1939.

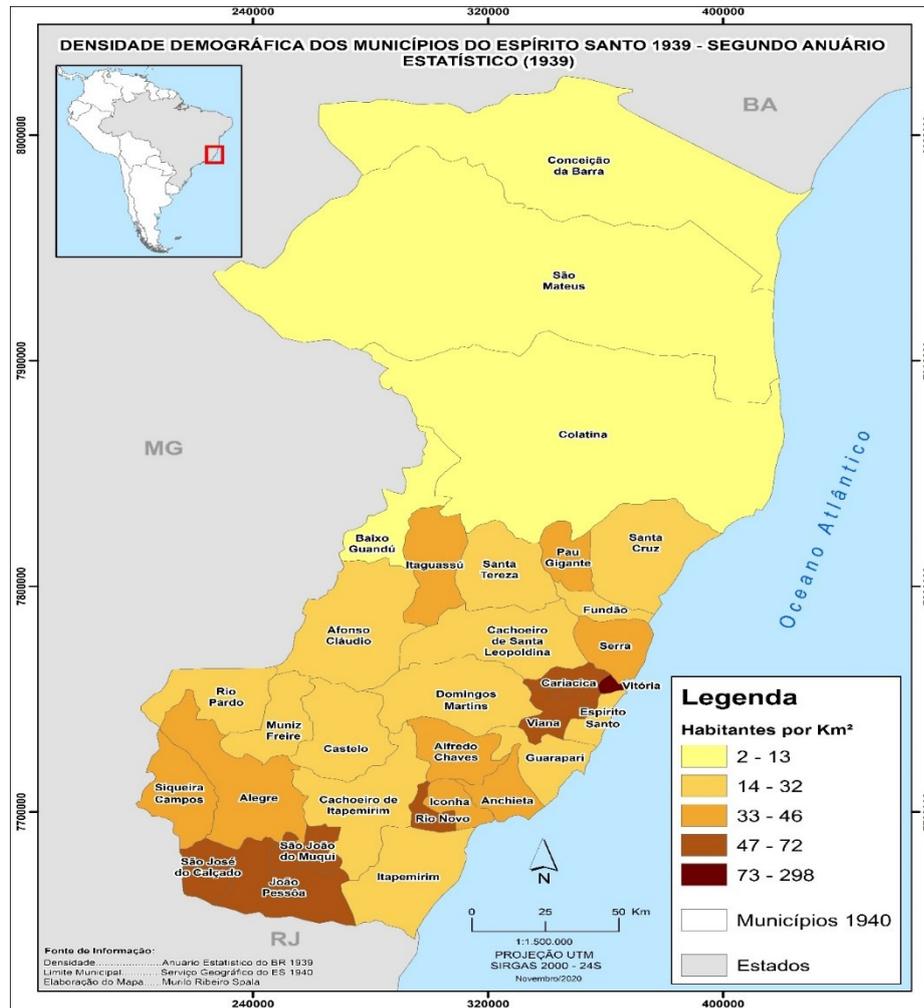
Mapa 1 – Distribuição populacional por municípios em números absolutos. Espírito Santo, 1939.



Fonte: Elaboração cartográfica de Murilo Sapala (2020).

A distribuição das doenças infectocontagiosas no Espírito Santo acompanhou a distribuição e a fixação do povoamento no território. Nas áreas de baixa densidade demográfica, como o norte e noroeste do Espírito Santo, as doenças acompanharam a expansão dos povoados e a construção da EFVM. A ferrovia ajudou a desenhar o perfil epidemiológico que se estabeleceu durante toda a década de 1920. O Mapa 2 focaliza a densidade demográfica dos municípios do Estado.

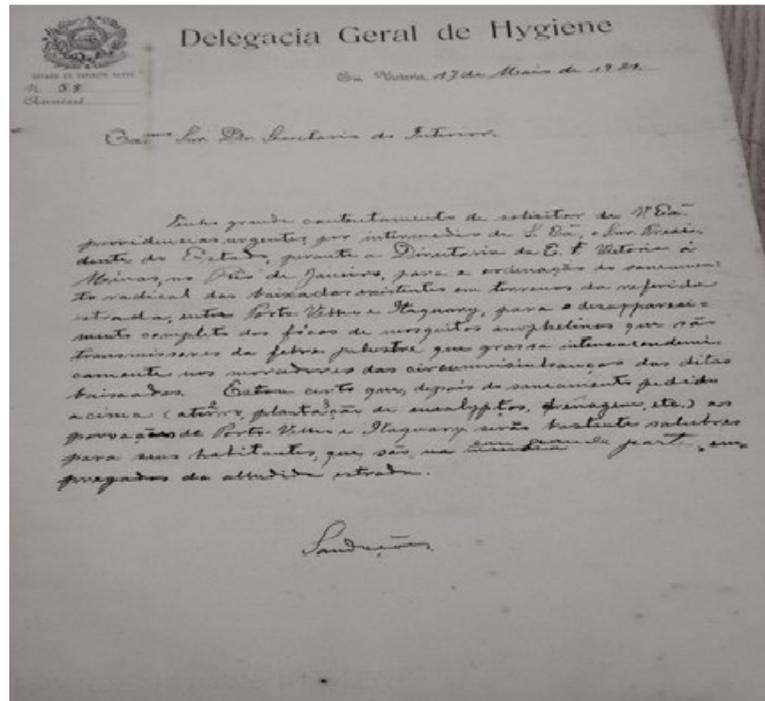
Mapa 2 – Densidade demográfica por municípios. Espírito Santo, 1939.



Fonte: Elaboração cartográfica de Murilo Sapala (2020).

Durante o ano 1921, o impaludismo já acometia todo o território espírito-santense. Endêmico no sul, caminhava para a região noroeste e norte no traçado da EFVM, castigando as localidades que se formavam à beira da linha, local de residência de grande parte dos trabalhadores da estrada de ferro. Em maio do mesmo ano, a situação grave no trecho entre Porto Velho e Itaguaçu forçou o Delegado de Higiene a requerer do Secretário do Interior que intercedesse ao Presidente do Estado o encaminhamento de uma solicitação à Diretoria da EFVM, localizada no Rio de Janeiro, de uma “ordem” para drenagem imediata das áreas afetadas pelo impaludismo (Fotografia 5).

Fotografia 5 – Ofício nº 58 do Delegado de Higiene ao Secretário do Interior.



Fonte: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo.

Os terrenos de baixadas, escavados para os trilhos, eram focos de proliferação do mosquito transmissor e, sem a preocupação da ferrovia em drenar esses terrenos, a malária se propagava, trazendo sofrimento e morte aos habitantes e trabalhadores. A insistência do Delegado de Higiene para providências por parte da EFVM foi-se prolongando até 1922. A perseverança nos pedidos de solução nos sucessivos ofícios encaminhados ao Secretário do Interior demonstra o abandono e a falta de socorro a que as gentes da estrada estavam submetidas, pois, além das solicitações de medidas de limpeza e drenagem, havia o pedido de atenção aos enfermos em relação à doença, referida como a febre de “mao caracter”, que assolava o percurso da ferrovia.

O ofício do Delegado de Higiene ao Secretário do Interior do Espírito Santo explicava a causa da presença dos focos de febre palustre que acometia a população no entorno da ferrovia, mas também recomendava as ações de controle, no papel de agente de Saúde Pública com responsabilidade de intervir. Ele categorizava três ações fundamentais a serem encaminhadas para execução da ferrovia: drenagem, aterro e plantação de eucalipto. Nas pesquisas realizadas, não foram encontrados outros documentos em que um agente público se dirigisse à EFVM, uma companhia privada, para controle de uma doença infectocontagiosa, que, nesse momento, era a malária.

Na mensagem do Presidente do Estado Nestor Gomes, apresentada ao Congresso Legislativo do estado do Espírito Santo, em 7 de setembro de 1922, a grande preocupação com o impaludismo e a ancylostomíase que, de forma endêmica, permaneciam como ameaça no Estado, direcionou o Governo a manter o contrato com o DNSP, para desenvolver o serviço de saneamento e profilaxia de doenças. Para ampliação dos postos de profilaxia, recorreu à Missão Rockefeller³⁰, que implantou os postos em Itabapoana, Castelo, Itapemirim, Anchieta, Cidade do Espírito Santo, Argolas, Vitória, Linhares e Colatina (ESPÍRITO SANTO, 1922c). Mesmo com a criação da Delegacia Geral de Higiene, em 1921, a competência técnica/administrativa do Governo não se modificou, permanecendo em dependência do Governo Federal para o combate ao impaludismo até o início da década de 1950, quando foi implantado o Projeto Rio Doce, consequente de uma cooperação internacional.

Em 1922, chegou ao estado do Espírito Santo o médico sanitarista Belisário Penna, profissional de grande importância na luta contra as doenças pestilenciais, que fazia parte do grupo de pesquisadores do Instituto de Manguinhos. Esse médico, representando o DNSP, tinha viajado por todo o interior do Brasil fazendo um diagnóstico da situação em que viviam os brasileiros e, no Espírito Santo, visitou as regiões do interior do Estado e o trajeto da EFVM. Proferiu um discurso de alerta às autoridades em uma conferência na cidade de Vitória, em 4 de março de 1922. Esse discurso, dirigido aos governos e à população, expondo a importância da mudança das condições sanitárias e as providências necessárias para se ter saúde, foi tornado público no jornal O Estado do dia 19 de abril de 1922, que o publicou em parte.

O discurso completo foi publicado nas edições dos dias 20, 21, 26 e 27 de abril de 1922, e sua narrativa dirige-se especialmente àqueles que ousavam enfrentar as florestas do Rio Doce sem a precaução necessária contra a malária, afirmando que não se livrariam da doença. “Ao cabo de poucos dias o hematozoário subtil e traiçoeiro, às dezenas e centenas de milhões, povoa-lhes o sangue num trabalho de destruição dos seus elementos vitais [...]” (PENNA, 1922a, p. 2). Belisário Penna continuou seu discurso denunciando uma posição displicente da sociedade ao considerar o sertanejo uma raça inferior agravada pelo clima, por isso doente. O trecho que se segue a essa observação mostra a responsabilidade das ferrovias no sofrimento e morte dos trabalhadores e sugere que o impaludismo poderia causar impacto negativo nos projetos da

³⁰ Não foi encontrada nas fontes pesquisadas e na base de dados ARCH Fiocruz, Fundo Serviço de Saúde Pública, referência sobre o contrato da Fundação Rockefeller com o Espírito Santo em 1920.

EFVM, alertando que não deixassem que se repetisse no Vale do Rio Doce o que tinha acontecido na Amazônia.

Ao pesquisarmos os fatos ameaçadores, para os quais o médico sanitarista pedia providências, encontramos a malária, não em referência à sua ocorrência na capital do Pará ou em Vitória, mas na ferrovia que prosseguia rumo ao Estado e a Minas Gerais. Seu discurso, publicado no jornal local, alertava para a existência da malária em uma população definida, em um espaço na região noroeste do Estado, o Rio Doce, isto é, na população identificada no percurso da EFVM. No entanto, nesse mesmo período, o Estado era castigado pelos sucessivos surtos de malária que se repetiam em outras cidades, como em Itapemirim e em Santa Teresa, apontadas no Relatório da Secretaria Geral de Higiene do Estado, mas a preocupação da representação federal se concentrava na ferrovia, o que era bem explicitado em alguns parágrafos de seu discurso.

E permittiamos que as empresas ferroviarias, agrícolas, industriaes e outras se realizassem e se estabelecessem igualmente com absoluto desinteresse pela saude dos operários, transformando assim em formidável sorvedouro de vidas preciosas; em usinas de destruição da saude, da energia de milhares de indivíduos; em collaboradoras da degradação e degradação da raça. Permittiamos que as estradas de ferro se construíssem sem a mínima previsão hygienica, de maneira a evitar a insalubridade das regiões por ellas atravessadas (PENNA, 1922a, p. 2).

A malária estava em todo o Estado, mas os surtos na região litorânea eram considerados empecilho para a agricultura, principalmente nas terras mais férteis: “[...] seriam ellas os naturais celeiros do Estado, como ocorre em todo nosso paiz não fosse dalli o homem açoitado pela malária [...]”³¹ (ESPÍRITO SANTO, 1922, p. 18). Ainda que a Delegacia Geral de Higiene fosse detentora do conhecimento sobre a efetividade do saneamento, a dificuldade econômica e a deficiência técnica e operacional limitaram a ajuda aos municípios. Assim, o tratamento e a quimioprofilaxia deficientes, aliados à falta de saneamento, mantiveram a endemicidade da malária em todo o Estado durante o governo do Presidente Nestor Gomes.

De acordo com o Decreto nº 1.264, de 30 de dezembro de 1920, anexado ao Relatório de Secretário do Interior enviado ao Governador, a Delegacia contava com apenas com “[...] 1 Delegado Geral de Hygiene, 1 Pharmaceutico do Laboratório de Analyses, 1 segundo escripturário, 1 Fiscal de Hygiene, 6 guardas de 1ª classe e 8 ditos de 2ª”, o que não possibilitava o desenvolvimento de ações de intervenção com a prontidão de que os surtos necessitavam

³¹ Relatório da Secretaria do Interior, de 1922, apresentado ao Presidente do Estado, sendo Secretário do Interior o Sr. Cassiano Cardoso Castello (ESPÍRITO SANTO, 1922).

(ESPÍRITO SANTO, 1922). No mesmo relatório de 1922, apresentado ao Presidente do Estado, o Secretário do Interior reafirmava as dificuldades das ações de controle da malária e, tratando-se neste momento do saneamento, mesmo sabendo quais ações deveriam ser implementadas, alertava que não havia estrutura administrativa adequada e que quinino e conselhos não eram suficientes para conter a doença.

[...] limitam-se os nossos governos a uma intervenção prophylática, insufficientíssima, que se desdobra na distribuição e emprego do quinino aos impaludos e de outro lado na propaganda de conselhos de ordem Hygienica, a que a ignorância dos nossos pobres concidadãos impede de apreender e praticar (ESPÍRITO SANTO, 1922, p. 18).

Nesse trecho do discurso, proferido pela autoridade de Estado, ficavam claras as prerrogativas do modelo de Saúde Pública, médico-higienista, que introduziu um caráter civilizador, adotando a educação higiênica do corpo. Sem grandes repercussões no controle da doença, o impaludismo foi declarado como um “mal permanente” pelas autoridades do Governo. Ao impaludismo também foi atribuída a causa do despovoamento da região noroeste, principalmente de Linhares, que abrangia grande parte do Rio Doce, conforme apontado no Censo de 1920. Segundo Dr. Cassiano Cardoso Castello, os municípios livres de malária apresentavam maiores concentrações populacionais. Em algumas poucas citações, os indígenas são apontados e estão no entorno da ferrovia já “civilizados”.

Fotografia 6 – Família do Rio Doce- ES acometida de malária e verminose (1920).



Fonte: Fundo Pessoal Belisário Penna. Fiocruz

No governo Florentino Avidos (1924-1928), o Secretário do Interior, Dr. José Antonio Lopes Ribeiro, e o Delegado-Geral de Higiene, Dr. Oswaldo Monteiro, implementaram a organização sanitária do Estado, com o aprimoramento técnico, ainda que concentrada na Capital. O Governo teve papel importante nos rumos das ações de Saúde Pública, com a inauguração do Hospital e Isolamento da Ilha da Pólvora, em 1925. Esse hospital, direcionado ao isolamento dos doentes de tuberculose, foi primeiramente uma adaptação do depósito de pólvora existente na Ilha, para alojar doentes de varíola e impaludados, liberando o pavilhão da Santa Casa de Misericórdia. Essa ação contribuiu efetivamente para que os pacientes contaminados se afastassem da população sadia.

Fotografia 7 – Hospital e Isolamento da Ilha da Pólvora*.



Fonte: Acervo do Arquivo Público Municipal de Vitória.

* Em primeiro plano, a estrada de Santo Antônio, casas e armazéns. Ao fundo, à direita, vista do Hospital Oswaldo Monteiro, na Ilha da Pólvora, também conhecida pelos conterrâneos, ao longo de décadas, como Ilha dos Leprosos, Ilha do Medo ou Ilha do Diabo.

Localizado na Ilha da Pólvora, uma das ilhas que compõem o arquipélago de Vitória, de difícil acesso, seguiu as recomendações dos hospitais de isolamento. Saneamento e isolamento eram grandes estratégias de controle das doenças.

A malária não desapareceu da cidade de Vitória e permaneceu como prioridade nas ações do Governo. Durante muitos anos, a cidade ficou insalubre, suja e sem calçamento, com rede de água e esgoto precária (BITTENCOURT, 2006), favorecendo a recrudescência das doenças transmitidas por mosquitos. Uma capital paludosa e uma situação precária da região do Vale do Rio Doce, analisadas por Belisário Penna e levadas ao conhecimento do Governo Federal, contribuíram para que Espírito Santo fosse classificado entre os estados mais endêmicos no

Brasil, juntamente com o Distrito Federal, Pernambuco, Minas Gerais e a Amazônia (O BRAZIL-MÉDICO, 1925). Aos médicos desses estados, o DNSP e a Missão Rockefeller no Brasil ofereceram um curso para formação de especialistas em malária, na tentativa de minimizar o problema.

A especialização em malariologia foi organizada por Carlos Chagas, representando o DNSP, e Jorge Strode, representando a Comissão Rockefeller, e recebeu, como representante do Espírito Santo, o médico inspetor sanitário rural, Dr. Álvaro Mello. Era planejada, nesse momento, a possibilidade de que as ações de combate à malária se tornassem mais qualificadas e, portanto, mais efetivas a partir da formação e estudos com base na epidemiologia. No pronunciamento inicial do curso, o doutor Jorge Strode falou em nome do Conselho Sanitário Internacional, enfatizando o objetivo do curso: “[...] especial e louvável de aprofundar os seus conhecimentos nos mysterios de uma moléstia endêmica, cuja profylaxia os seus Estados poderão, no futuro, por seu intermédio, nortear com mais segurança e aproveitamento (O BRAZIL-MÉDICO, 1925, p. 78).

O artigo da revista O Brazil-Médico de fevereiro de 1925, publicado pela Faculdade de Medicina e Cirurgia, traz a recomendação do Dr. Carlos Chagas, enfatizando a importância da formação em epidemiologia para se entenderem melhor as variações locais da enfermidade, mas, antes de tudo, a relevância de se estudarem “[...] as condições locais para bem agir e solucionar o assunto” (O BRAZIL-MÉDICO, 1925, p. 78). O doutor Álvaro Mello voltou para a cidade de Vitória, mas não houve mudança expressiva nas ações de enfrentamento das doenças infectocontagiosas. Não há registro de sua atuação como profissional efetivo no exercício na Delegacia-Geral de Higiene, mas ele tornou-se diretor do Departamento de Saúde Pública em 1931, no governo do Interventor Punaro Bley (MOSQUITOS, 1931).

Os registros da Delegacia de Higiene, durante toda a década de 1920, referem-se quase que exclusivamente à cidade de Vitória. A gestão do Dr. Oswaldo Monteiro à frente da Diretoria, a partir de 30 de abril de 1926, manteve o intensivo serviço de drenagem de valas e charcos da Capital e iniciou os serviços de vigilância de doentes e a organização das ações de higiene rural no interior do Estado (CABRAL, 1992). Mesmo considerando as zonas fronteiriças do centro de Vitória como áreas drenadas e, por isso, menos infestadas de mosquitos, as localidades com grandes áreas de alagadiços, ao norte da ilha, em Jucutuquara (Fotografia 8), Arrabaldes do

Suá, Santo António e Praia, continuavam a apresentar casos de impaludismo.³² Um censo desenvolvido em Jucutuquara, em 1926, foi responsável pela descoberta de todos os palúdicos, que passaram a receber ação de vigilância constante, controlando-se, assim, os infectados.

Fotografia 8 – Vala de Jucutuquara – Avenida 15 de Novembro, ponto final dos bondes (1936).



Fonte: Acervo do Arquivo Público Municipal de Vitória.

O aumento repentino do número de casos de malária na Capital deu-se com a chegada de população a novas moradias, as Vilas Operárias, ou *Vilas de Casas Higiênicas*, construídas em áreas de expansão da cidade, previstas no projeto Novo Arrabalde, que se tornou realidade dezesseis anos mais tarde, quando se iniciou a construção da Vila Operária Monjardim, distante 2km do centro de Vitória (Fotografia 9). O acesso à Vila dava-se por bonde, e as casas foram construídas em frente à fábrica União Manufatora de Tecidos e Sacaria de Juta (NEMER, 2018). Novas construções se sucederam a essas casas, possibilitando a um grande contingente de indivíduos estar em contato com um ambiente de alagados e matas, o que favoreceu o aparecimento de surtos na região de Jucutuquara.

³² No relatório do Secretário do Interior, de 1925, Dr. José Antonio Lopes Ribeiro, na questão das regiões com casos de malária em Vitória, ainda permanecia como prioridade a abertura de valas, a plantação de eucaliptos e girassóis. Uma vala na Praia do Suá era chamada de “Portão de Guerra” (ESPÍRITO SANTO, 1925b).

Fotografia 9 – Homens em meio à Mata Atlântica estudando a construção da Barragem de Fradinhos para abastecimento d'água (1924).



Fonte: Acervo do Arquivo Público Municipal de Vitória.

2.2 DECISÕES E OMISSÕES DAS POLÍTICAS DE SAÚDE RELATIVAS AOS IMPALUDADOS

Com o progressivo aperfeiçoamento da política estadual, através do Decreto nº 8.459, de 30 de novembro de 1927, foram reorganizadas as estruturas administrativas. Assim, a Diretoria de Higiene foi transformada em órgão especializado de Saúde Pública, com equipe técnica e atribuições específicas. Pela primeira vez, foram criados os cargos operacionais de guardas de polícia sanitária para o controle das grandes endemias. A gestão da saúde estadual reorganizou-se a partir da descentralização política e administrativa em Distritos Sanitários. Primeiramente, o Estado foi dividido em quatro Distritos Sanitários de Saneamento e Profilaxia: Norte, Centro, Litoral e Sul. Para as regiões mais insalubres, foi criado o Serviço de Profilaxia Especial do Impaludismo e das Verminoses (ESPÍRITO SANTO, 1927).

As delegacias poderiam manter os serviços de higiene municipal, entretanto deveriam seguir as regras instituídas pelo Estado. As estratégias de intervenção sobre as doenças estavam então divididas entre a gestão dos municípios e a do Estado, nos limites dos Distritos Sanitários. Uma Delegacia de Higiene foi instalada em cada município, excetuando a comarca da Capital e, para cada município, foi designado um delegado de higiene, preferencialmente médico. Em cada

Distrito Sanitário, havia um inspetor sanitário médico, um fiscal microscopista de segunda classe, um fiscal e um servente. O mesmo Decreto organizou o Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural, que seria desenvolvido por Inspetorias Distritais, tendo uma seção de Engenharia Sanitária (ESPÍRITO SANTO, 1927).

A maioria das medidas para a profilaxia do impaludismo a cargo do Diretor de Higiene concentrou-se na Capital, com grande aporte de recursos financeiros para drenagem de terrenos e limpeza das valas. Os medicamentos e desinfetantes eram comprados no Instituto de Manguinhos e pagos com verba pontualmente destinada para cada compra, que seguia um trâmite demorado e era solicitada pelo Secretário do Interior, Dr. José Antônio Lopes Ribeiro, à Delegacia do Tesouro, que efetuava o pagamento, demonstrando a falta de autonomia de um órgão de gestão responsável por várias pastas (ESPÍRITO SANTO, 1927).

O Espírito Santo recebia ajuda constante do Governo Federal. Esse auxílio foi muito enaltecido pelo Governador Florentino Ávidos, pelo apoio tanto moral quanto material que recebia para todo o Estado. Entretanto, os pedidos de ajuda dos municípios ao Governo Estadual, reiteradamente presentes em ofícios recebidos pela Secretaria do Interior, tinham resposta demorada, dada preferencialmente aos municípios do sul do Estado, região onde se desenvolviam a produção de café e suas relações comerciais. Entre 1924 e 1928, com Oswaldo Monteiro como Diretor de Higiene, ampliaram-se as medidas profiláticas e de tratamento contra o impaludismo, garantidas a partir da inauguração de Postos de Distribuição de Quinina.

As primeiras povoações atendidas foram aquelas onde os surtos se tornavam incontroláveis, como exemplo, o município de Anchieta, em julho de 1927. Nesse mesmo ano, foi inaugurado um posto de distribuição gratuita de quinino na localidade de Jabaquara, onde a necessidade de suporte quimioprofilático e de tratamento se tornou imperativa dado o grande número de casos. Os postos foram instalados gradativamente em todos os municípios do Estado onde o impaludismo se tornava um problema. Não havendo médicos, a autoridade sanitária foi transferida aos guardas sanitários, que dispensavam os medicamentos com prescrição padrão de dose.

No primeiro semestre de 1930, há o registro de ajuda do Governo ao município de Linhares, que passava por um grave surto de impaludismo, com elevado número de mortes na população residente. Nesse mesmo ano, o discurso do Governador referia-se à ocorrência de casos de *paludismo* em pacientes internados compulsoriamente.

Prophylaxia contra o paludismo — A prophylaxia repressiva constou da remoção, para o Hospital do Isolamento, de 350 doentes, na Capital, até 30 de Junho último, sendo 130 em 1929, e da medicação de 1.799 doentes, até 31 de Maio, sendo 340 em 1929, feita por 56 ambulancias medicas enviadas ao interior do Estado, nos municípios de Itapemirim, Anchieta, Collatina, Cachoeiro de Itapemirim e Fundão (ESPÍRITO SANTO, 1930, p. 56).

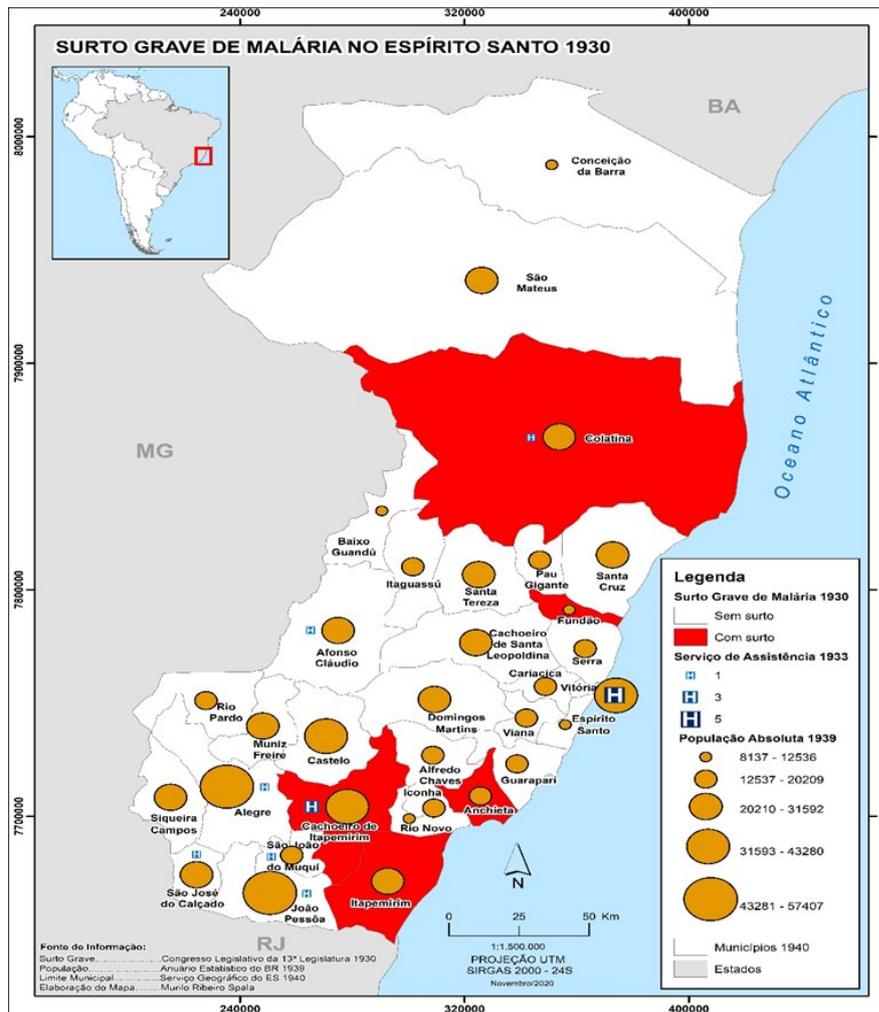
A mensagem enviada pelo Dr. Aristeu Borges de Aguiar, Presidente do estado do Espírito Santo, ao Congresso Legislativo, em 22 de setembro de 1930, faz menção ao paludismo e apresenta a estatística de internação e medidas profiláticas em curso³³. Nessa mensagem, o tratamento de doentes vem acompanhado de internação em Hospital de Isolamento, provavelmente por se tratar de hospital para doenças transmissíveis.

O aumento do número de casos de malária, ainda sem completar o ano calendário de 1930 (Mapa 3), ocasionou preocupação ao Governo, que enviou “ambulâncias médicas” para os municípios de Anchieta, Itapemirim, Cachoeiro do Itapemirim, Colatina e Fundão. Para o tratamento dos pacientes não internados, residentes no interior do Espírito Santo, foram gastos “[...] 7.083 grammas de kloridrato de quinino; 1.421 grammas do quinoformio em injeções; 394 ampolas de azul de metkyleno; 1.032 ampolas de Paludan; 60 de óleo campliorado; 19 de cafeína e 1.572 comprimidos de Laverol”³⁴ (ESPÍRITO SANTO, 1930, p. 56). Repetidamente, o governo do Espírito Santo manteve o apoio emergencial aos municípios, por ocasião do irrompimento de surtos, ante o aumento dos casos de malária com letalidade alta. As ações de rotina, já conhecidas pela ciência, e parte da profilaxia rural e do uso da quinina para tratamento e, também, para quimioprofilaxia não foram garantidas para o interior do Estado.

³³ O resumo das principais realizações do governador Dr. Aristeu Borges de Aguiar, no ano de 1929, publicado no jornal Diário da Manhã, de 23 de setembro de 1930, apresenta as ações de profilaxia do impaludismo e de outras doenças, segundo as informações do diretor do Departamento de Saúde Pública, o Dr. Américo de Oliveira. Foram desenvolvidas ações específicas de profilaxia do impaludismo, profilaxia do tifo, profilaxia da varíola e contra a febre amarela; para esta última foram utilizados a drenagem e o gás de enxofre nos aparelhos de Clayton (ACTOS dos..., 1930).

³⁴ Laverol – Este medicamento não dispõe de referência entre as medicações padronizadas. Fomos encontrar referência em propaganda na revista e jornais de circulação local. “LAVEROL, preparo farmacêutico exclusivamente vegetal e há longo tempo empregado com optimos resultados no tratamento do impaludismo, sob todas as suas formas, geralmente conhecidas por: sezões, maleita, febres intermitentes, febres de tremedeira, cachexia palustre, febris e etc. Os doentes tratados com o emprego do LAVEROL ficam desde a cura imunizados para sempre contra o impaludismo, ainda que permaneçam nos lugares infestados pelo mosquito dessa moléstia: o anophele. Propriedade de Emiliana Emery. Para encomendas e informações, dirijam-se a Carlos Emery, Rua da Alfândega, 189 – telefone norte 22º – Rio de Janeiro. Em Vitória, a E. E. Santos – Pharmacia Central” (VIDA CAPIXABA, Vitória, anno 5, n. 87, quinzenal, 1927).

Mapa 3 – Surto de malária nos municípios do Espírito Santo (1930).



Fonte: Elaboração cartográfica de Murilo Spala (2020).

O ano de 1930 presenciou uma grande mudança nas ações de saúde. A crise política e financeira iniciada em 1929 refletiu em grandes mudanças políticas no Brasil e se constituiu um importante momento de novas diretrizes na política de saúde. O movimento de centralização, logo no início do governo de Getúlio Vargas³⁵, teve como medida inicial a transferência de todos os serviços de saúde que estavam sob a gestão do Ministério da Justiça e Negócios Interiores para o novo MESP de 1930.

³⁵ Após a posse, o Presidente Getúlio Vargas emitiu o Decreto nº 19.398, em 11 de novembro de 1930, dando ao Governo Provisório todas as funções e atribuições dos poderes Executivo e Legislativo, dissolveu o Congresso Nacional, suspendeu as garantias constitucionais e nomeou um interventor federal para cada estado, além de excluir da apreciação judicial os atos do Governo Provisório (HOCHMAN, 2005). Para governar o Espírito Santo, foi designado interventor o capitão João Punaro Bley, que governou de 1930 a 1943.

O quadro sanitário do País e do Espírito Santo mantinha-se como o dos anos anteriores: malária com ocorrência intensiva no interior e presença da tuberculose e da hanseníase como um grave problema das cidades (HOCHMAN, 1998). As mudanças no direcionamento das ações de saúde acompanharam as oscilações políticas do Governo Provisório e as mudanças no comando do MESP, até a gestão Gustavo Capanema, em 26 de julho de 1934, quando se puderam identificar as prioridades de governo.

Em 1931, no início da gestão de Punaro Bley, interventor federal nomeado pelo Presidente Getúlio Vargas, os serviços regionalizados em cada Distrito Sanitário, criado em 1928, mantiveram-se nos moldes anteriores, no desenvolvimento das ações de Saúde Pública, pois não houve, de imediato, direcionamento federal. Foram então mantidas as ações de asilamento, dando-se continuidade à construção do leprosário-colônia e do asilo para tuberculosos. O serviço para doenças venéreas, que deveria ser centralizado, ficou sob gestão estadual a pedido do Governo do Espírito Santo, que tinha orçamento e financiamento para assumi-lo, e foi autorizado pelo Ministro de Educação e Saúde Pública, em 6 de janeiro de 1931 (ESPÍRITO SANTO, 1939).

A necessidade imediata de reformulação das prioridades em Saúde Pública para uma padronização nacional, tendo como único gestor o Governo Federal, impôs cinco princípios que deveriam nortear a reorganização dos serviços sanitários do Espírito Santo, os quais estão descritos no relatório final da gestão de Punaro Bley:

[...] os princípios que inspiram esta organização são os mesmos princípios que constituem a base do Estado Novo.

1º princípio – comando único, da unidade de direção;

2º princípio – cobrir todo o estado com os benefícios de uma saúde pública vigilante;

3º princípio – descentralizar a tarefa sanitária com execução do serviço;

4º princípio – olhar com carinho, sobretudo para aqueles problemas que dizem mais perto, como a melhoria da raça, e, para isso, criamos, na seção técnica, uma divisão de maternidade, infância e adolescência inteiramente singular no país e outra de tuberculose;

5º princípio – procurar dar ao serviço uma orientação mais voltada à profilaxia e não quase exclusivamente curativa, como anteriormente (ESPÍRITO SANTO, 1930, p. 47).

Mesmo com centralização federal da política de saúde, os municípios deveriam contribuir com a assistência percentual de 10% de sua renda tributária para implementação da Saúde Pública e da assistência hospitalar. Ao Governo Estadual caberia a responsabilidade de desconcentrar os serviços de profilaxia para o interior do Estado, com a criação dos Postos de Higiene, e a valorização dos recursos humanos, ampliando os cargos de gestão, que anteriormente eram exclusivos da Capital, localizando-os em outras cidades (ESPÍRITO SANTO, 1930, p. 46). Essa

medida garantiu a continuidade das ações de saúde e a permanência de profissionais qualificados nos Distritos Sanitários.

Toda essa inovação tornou-se mais clara na Constituição Estadual de 1935, que municipalizou os serviços de saúde e criou os programas de assistência social, combate ao impaludismo e a verminoses, amparo à maternidade e à infância, bem de acordo com os princípios norteadores do Governo, que garantiriam principalmente a melhoria da raça. Até setembro 1936, as atividades de combate à malária estiveram sob a responsabilidade técnica e financeira do Estado, e engenheiros e higienistas se alinhavam às mais recentes descobertas para utilização no controle da doença, embora sem muito êxito. Nesse mesmo ano, o Interventor declarou a luta contra malária como a grande prioridade na área da saúde e solicitou ao Governo Federal ajuda para uma ação efetiva de combate, principalmente no Vale do Rio Doce. Mesmo com a situação grave em todo o Espírito Santo, o apoio federal ficou concentrado na Capital, mantendo-se um cenário estadual que se estendeu até a década de 1940.

Em maio de 1937, a malária manifestou-se a caminho do norte do Estado, com um surto grave em Fundão e em Timbuí. Em julho, manifestou-se em Santa Cruz, onde a gravidade dos casos requereu ajuda do Estado com envio de ambulâncias para traslado dos doentes a locais onde houvesse recursos médicos.³⁶ Mesmo com a organização da Saúde Pública de forma centralizada, o Departamento de Saúde Pública coordenou a integração das atividades das várias inspetorias, na tentativa de maior aproveitamento dos médicos de várias especialidades existentes no Espírito Santo, o que não modificou a situação precária da assistência aos doentes.

No sul do Estado, o cenário foi outro. Por ser a região mais povoada e com maior expressão econômica, também ali se concentraram os profissionais liberais formados no Rio de Janeiro. Esse fato está demonstrado na publicação do MES, Diretoria de Estatística, na revista O Brasil-Médico, de outubro de 1937, que informa a capacidade dos hospitais e o corpo clínico do Espírito Santo (Fotografia 10).

³⁶ O ofício recebido pelo Secretário de Educação e Saúde Pública está arquivado na caixa 20, onde há outros ofícios da Secretaria da Educação e Saúde Pública.

Fotografia 10 – Comunicado divulgado na revista O Brazil-Médico em outubro de 1937.

Hygiene Publica

ASSISTENCIA A ENFERMOS NO ESTADO DO ESPIRITO SANTO

Da Directoria de Estatística do Ministerio da Educação e Saude recebemos o seguinte commu-
nicado:

“Nos limites da serie de comunicados sobre a estatística das instituições de assistência a enfermos, em 1933, de que já se publicaram os resultados do inquerito realizado no Districto Federal e nos Estados de São Paulo, Minas Geraes, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Pará, Bahia, Pernambuco, Paraná, Santa Catharina, Sergipe, Amazonas, Parahyba e Ceará, divulgam-se, agora, as informações relativas ao Estado do Espirito Santo.

Os dados numericos da respectiva apuração e os informes sobre população, municípios e outros elementos de caracterização do territorio espirito-santense obedecem, por consequente, ás bases e normas de exposição e confronto adoptadas nos comunicados anteriores sobre os serviços hospitalares em 1933. O cadastro organizado accusou, para aquelle anno, 15 estabelecimentos de assistência a enfermos de varios typos, arrolados em todo o Estado do Espirito Santo, dos quaes, um — a enfermaria da Penitenciaria — não forneceu os dados solicitados, pelo que a estatística se refere sómente a 14 instituições informantes, sendo 5 no municipio de Victoria (Capital do Estado) e 9 nos municipios de: Affonso Claudio (1), Ale-

Fonte: O Brazil-Medico (1937).

A publicação estava de acordo com as propostas do Governo Vargas, ao priorizar as estatísticas para conhecimento das necessidades dos estados e municípios. Os dados publicados eram referentes ao ano de 1933 e apontavam quinze estabelecimentos de “assistência a enfermos de vários tipos” no estado do Espírito Santo, com exceção da enfermaria da penitenciária, que não havia disponibilizado os dados para a publicação (Tabela 1).

Tabela 1 – Serviços de assistência aos enfermos cadastrados no Ministério de Educação e Saúde – Espírito Santo, 1933.

Municípios	Serviços
Vitória	5
Afonso Cláudio	1
Alegre	1
Cachoeiro do Itapemirim 1	3
João Pessoa	1
Colatina	1
Muqui	1
São José do Calçado	1
Total	14

Fonte: O Brazil-Médico (1937).

Pela distribuição apresentada, apenas oito, ou seja 25%, dos 32 municípios que compunham a divisão administrativa do Espírito Santo nesse ano tinham estrutura de assistência médica. A maioria dos serviços concentrava-se no sul do Estado, ficando apenas o Hospital de Colatina para receber doentes de toda a região norte. A capacidade instalada de leitos para internação estava concentrada na capital Vitória, e os médicos em exercício eram especialistas.

[...] 42 médicos alopatas: 10 clínica geral e 32 clínica especializada (16 dermatologistas, 2 ophtalmo-oto-rhino-laryngologista, 2 tisiologistas, 2 pediatras, 1 radiologista, 5 cirurgiões operadores, 1 gynecologista-parteiro e 1 de outra especialidade (O BRAZIL-MEDICO, 1937, p. 1033).

Na publicação, observam-se dificuldades na assistência médica aos enfermos no Espírito Santo, haja vista a existência de populações sem cobertura de serviços médicos, o que se traduzia em problemas nos diagnósticos. Assim, dos 5.128 enfermos atendidos, 3.559 aparecem sem diagnóstico específico, seguidos de 518 com doenças tropicais. Com base nas informações, pode-se inferir que, entre os pacientes com diagnósticos não especificados, podem estar incluídos os acometidos de malária crônica ou doenças infectocontagiosas, se esses pacientes procediam de área endêmica de alguma doença.

Em 1935, o atendimento aos acometidos de malária foi garantido nos Dispensários, que incluíam também a assistência a verminoses, caracterizando a atenção pública às duas grandes endemias rurais. Os Dispensários eram postos de saúde cujo modelo de funcionamento agregava a busca dos contaminados nos locais onde os casos de doença eram identificados, incluindo os de tuberculose e hanseníase, e estavam localizados nas duas principais cidades do Estado, Vitória e Cachoeiro do Itapemirim. Esses postos ofereciam como tratamento as fórmulas palustres que incluíam o quinino, o arsênico, a plasmuquina e a atebrina (ESPÍRITO SANTO, 1936, p. 411), segundo recomendado nos protocolos oficiais. Essas fórmulas eram prescritas para casos graves de malária, como podemos constatar na publicação da revista semanal da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (O BRAZIL-MEDICO, 1937). Os compostos podiam estar associados em duas apresentações, a critério médico. A publicação, no entanto, não especifica quais variáveis clínicas eram importantes na escolha, mas diz que as apresentações seriam de uso oral.

Após estudo em Taganrog, Caucasia do Norte, com bons resultados como indica a publicação da revista O Brazil-Medico, de 16 de junho de 1936, sessão Imprensa Médica, do médico B. Laquer, publicado na revista Therap. Der Gegewart, fasc. 3 pag. 143 de 1933

“interno
 Chloryd. de quinina.....0,2
 Azul de methyleno.....0,1
 Acido arsênico.....0,001
 Camphora triturada.....0,1
 Para 1 caps. no 12 administrar 3 por dia
 interno
 Chloryd. de quinina 1%200,0
 Tinct. de Iodo..... }aa 1,0
 Azul de methyleno..... }
 1c de sopa 3 v por dia
 Administrar simultaneamente pillulas com acido arsenioso a 0,001- 3v por dia
 Aquecer a agua ate solver a quinina” (O BRAZIL-MEDICO, 1936, p. 475).

A maioria dos médicos do Espírito Santo atuava nos Dispensários – Unidades Ambulatoriais – , que não adotavam internação. Essas Unidades especializaram-se a partir de 1934 e, para cada doença ou grupo de doenças, ofereciam consulta médica e tratamento profilático. Na mensagem do Interventor Punaro Bley, fica evidente que esses doentes eram tratados como pobres e sem instrução. Quando recebiam bom atendimento, voltavam sempre; por esta razão, a demanda aumentava dia a dia (ESPÍRITO SANTO, 1936, p. 409). Outros dispensários foram importantes para a saúde geral da população, como o Dispensário para Hygiene e Assistencia Infantil e o Dispensário de Hygiene Pre-Natal, que seguiam as diretrizes do Governo Federal.

A partir de 1938, o Governo Federal estabeleceu uma organização de saúde padrão para todos os estados brasileiros, com um organograma que contemplava uma Seção Administrativa com Órgãos Centralizados e uma Seção Técnica com Órgãos Distritais. Subordinadas aos Órgãos Distritais estavam as Unidades Sanitárias, organizadas por categorias de Centros de Saúde e Postos de Higiene. Seriam denominadas Centros de Saúde as Unidades Sanitárias que oferecessem serviços voltados ao tratamento de tuberculose, sífilis, doenças transmissíveis agudas, higiene da criança, da alimentação, do trabalho e enfermagem de Saúde Pública, com no mínimo cinco médicos e cinco enfermeiras ou visitadoras sanitárias. Não havendo o quantitativo padrão de recursos humanos, seriam denominadas Postos de Higiene ou Sub-Postos, Postos Especializados para bouba e tracoma e Postos Itinerantes móveis (IYDA, 1994, p. 67).

Em 1940, a estrutura da Saúde Pública do Espírito Santo foi modificada pelo Decreto nº 11.956, de 14 de junho, obedecendo ao padrão nacional (Tabela 2). Foi diretor dos Serviços Sanitários o Dr. Jaime Santos Neves. O Estado foi dividido em sete Distritos Sanitários com uma distribuição que ficou aquém das necessidades da população.

Tabela 2 – Categorias de Unidades Sanitárias no Espírito Santo (1938-1941).

UNIDADES SANITÁRIAS	FREQUÊNCIA
Centros de Saúde	1 (capital)
Postos de Higiene	6 (1 PH1 - 5 PH2)
Sub-Postos	1
Postos Especializados	2
Postos Itinerantes	1
Total	11

Fonte: Lyda (1994, p. 67).

Parte da população, distribuída pelo interior do Espírito Santo, obtinha socorro com recursos próprios e graças ao atendimento de poucos médicos existentes em núcleos populacionais em formação. Segundo informações de três entrevistados, um de Colatina e dois de Acioli, os impaludados eram, muitas vezes, internados nas casas dos próprios médicos que ali atendiam o paciente, o que era comum quando os acometidos pela doença eram crianças e precisavam de acompanhamento contínuo e, também, quando podiam pagar pelo tratamento.

O enfrentamento da doença exigia a participação de todos e conferia autoridade médica a leigos, quando não havia profissional qualificado na área da saúde. À exigência de busca por habilitação para exercício profissional, estabelecida na Constituição Estadual de 1935, Título 5, § 145, nem sempre foi possível obedecer. A regulação do exercício médico foi uma preocupação constante das autoridades públicas e fez parte de outras leis e decretos, como o Decreto nº 8.459, de 1927 (Título II, capítulo 1, art.7), que dava responsabilidade à Diretoria de Higiene para a fiscalização “[...] do exercício da medicina, pharmacia, artes dentárias e obstetrícia” (ESPÍRITO SANTO, 1927). Entretanto, a falta de profissionais de saúde fazia dos leigos uma unidade fundamental no socorro aos impaludados.

Na proclamação ao povo brasileiro, lida em novembro de 1937, o Presidente Getúlio Vargas, ao falar dos problemas e realizações do Estado Novo, apresentou o direcionamento que daria à assistência à saúde no seu governo, reafirmando o objetivo de melhorar o nível sanitário da população com o combate às grandes endemias, de forma intensiva contra a malária. Mas também mostrou preocupação com as doenças da urbanização, que exigiam formas diferenciadas de tratamento e prevenção referentes ao contato dos doentes e de outros trabalhadores da cidade. Entre as doenças da cidade, a “lepra” e a tuberculose receberam apoio financeiro para construção dos sanatórios, e o Espírito Santo foi um dos primeiros estados a receber esse financiamento, juntamente com o Maranhão. O Sanatório de Tuberculose foi construído posteriormente, mas não tirou o mérito dos Dispensários na luta contra essa doença

no Espírito Santo. Nesse discurso, Vargas priorizou a malária somente na Baixada Fluminense (VARGAS, 1938, p. 183).

Em 1941, por ocasião da Reforma do Departamento Nacional de Saúde, foi criado o Serviço Nacional da Malária (SNM), que consolidou a centralização das estratégias de Saúde Pública, planejou o combate à malária, implementou a especialização dos profissionais, mas não garantiu melhorias no quadro dessa doença no Espírito Santo. Manteve drenagem, aterros e aplicações de larvicidas, além de inquéritos e investigações epidemiológicas e entomológicas (anofelinos), mas somente a partir de 1942, com o Projeto Rio Doce, é que foi lançada uma campanha ofensiva e intensiva contra a malária no Espírito Santo, embora com recorte e intencionalidade focalizados no Vale do Rio Doce e na EFVM. Pela primeira vez, os ferroviários foram alvo de ação do Governo.

O Projeto Rio Doce fazia parte do SESP, criado para atuar nas regiões Norte e Nordeste do Brasil sob o patrocínio dos EUA. Foi organizado no Espírito Santo e em Minas Gerais como Programa do Rio Doce, assinado em 1943 pelos governos do Brasil e dos EUA, e se concentrou no território que envolvia o percurso da EFVM. Teve como foco de intervenção e organização de atividades os acampamentos, os trabalhadores e empregados da construção da EFVM – não em todo o percurso do Rio Doce, mas de Barbados (Colatina), onde a ferrovia encontrava o rio, a Ipatinga – com serviços de saúde nas principais cidades do Vale do Rio Doce que estavam no percurso da ferrovia, especialmente Colatina, Aimorés e Governador Valadares (CAMPOS, 2006).

O SESP foi criado pela necessidade de manter soldados americanos nas bases militares localizadas no Nordeste Brasileiro, resultado de negociação entre o Brasil e os EUA. Foi oficializado em fevereiro de 1941, quando o Ministro da Guerra do Brasil propôs oficialmente um acordo militar que envolvia a negociação das bases navais e aéreas brasileiras pelos militares americanos e a aquisição, pelo Brasil, de material bélico americano. O Brasil forneceria matérias-primas para a indústria bélica norte-americana e teria apoio na exploração das minas de ferro de Itabira-MG e na produção de borracha na Amazônia e de outros materiais básicos e estratégicos, e o SESP atuaria nas ações de saúde e saneamento e na formação profissional, principalmente no controle da malária que assolava os seringueiros do vale amazônico e os trabalhadores da região do Vale do Rio Doce (FINKELMAN, 2002).

3 O CAMINHO DE FERRO E DE FEBRE

A estrada de ferro surgiu como solução para transporte e comunicação na sociedade do século XIX. Nasceu na Inglaterra, berço das ferrovias, país que exportou a tecnologia e nela investiu no mundo inteiro. Na América Latina, por volta de 1880, os aportes de capitais ingleses alcançaram a cifra de 179 milhões de libras, dos quais 35,8 milhões foram aplicados no Brasil, direcionados, em grande parte, à construção de ferrovias. A ferrovia, “[...] filha das minas e especialmente das minas de carvão [...]” (HOBSBAWM, 1966, p. 61), já era sucesso por volta de 1825, com expansão rápida para todo o mundo ocidental. Transformou as noções de espaço e de tempo dos indivíduos e o modo de percepção da vida cotidiana.

A estrada de ferro, arrastando sua enorme serpente emplumada de fumaça, à velocidade do vento, através de países e continentes, com suas obras de engenharia, estações e pontes formando um conjunto de construções que fazia as pirâmides do Egito e os aquedutos romanos e até mesmo a Grande Muralha da China empalidecerem de provincianismo, era o próprio símbolo do triunfo do homem pela tecnologia (HOBSBAWM, 1977, p. 61).

No Brasil, a intenção inicial do Estado em construir ferrovias tinha como meta integrar a capital Rio de Janeiro com as províncias de Minas Gerais, Rio Grande do Sul e Bahia. Essa meta foi garantida na Lei Feijó, de 31 de outubro de 1835. A Lei dava direito de desapropriação de terras e isenção de impostos sobre material importado a qualquer empresa ferroviária ou a mais de uma empresa que construísse os ramais Rio de Janeiro-Ouro Preto, Rio de Janeiro-Salvador e Rio de Janeiro-Porto Alegre. A Lei Feijó não despertou interesse imediato na construção de ferrovias, que se tornou um empreendimento viável somente a partir do Decreto nº 641, de 26 de junho de 1852³⁷, que garantiu o “privilegio de zona”, isto é, de que outra empresa não poderia fixar estações num raio inferior a 30km de cada lado da linha, aliado à garantia de remuneração sobre o capital investido, que permitiu o êxito do regulamento de 1852 (BRASIL, 1852).

³⁷ Decreto nº 641, de 26 de junho de 1852. Art. 1º - O Governo fica autorizado para conceder á huma ou mais Companhias a construcção total ou parcial de hum caminho de ferro que, partindo do Municipio da Côrte, vá terminar nos pontos das Provincias de Minas Geraes e S. Paulo, que mais convenientes forem. Esta concessão comprehenderá o privilegio do caminho de ferro por hum prazo que não excederá a noventa annos, contados da incorporação da Companhia, tendo-se em vista o plano e orçamento da obra projectada debaixo das condições seguintes. [...] § 4º - Durante o tempo do privilegio não se poderá conceder outros caminhos de ferro que fiquem dentro da distancia de cinco leguas tanto de hum, como de outro lado e na mesma direcção d'este, salvo se houver accordo com a Companhia. § 5º - Durante o mesmo privilegio, a Companhia terá direito a perceber os preços de transporte, que forem fixados pelo Governo em huma Tabella organizada de accordo com a Companhia, cujo máximo não excederá o custo actual das conducções. § 6º - O Governo garantirá á Companhia o juro até cinco por cento do capital empregado na construcção do caminho de ferro, ficando ao mesmo Governo faculdade de contractar o modo e tempo do pagamento d'este juro.

A primeira estrada de ferro do Brasil, inaugurada em 30 de abril de 1854, foi construída por Irineu Evangelista de Sousa, Barão de Mauá, na Província do Rio de Janeiro. Compreendia 14km de ferrovia que ligava o porto de Mauá, na Baía de Guanabara, a Raiz da Serra, no Vale do Rio Paraíba. A concessão recebida para a construção e operação da Estrada de Ferro Mauá (EFM) tinha vigência de 10 anos (Decreto nº 987/1852), posteriormente estendida para 30 anos. O pioneirismo da EFM também se caracterizou por ter nela circulado a primeira locomotiva movida a vapor no Brasil, a Baronesa, fabricada no ano de 1852 por William Fairbairn & Sons, em Manchester, Inglaterra, e, ainda, por ter sido o primeiro entroncamento intermodal do País a partir da integração dos modais aquaviário e ferroviário (DNIT, [2016]).

O setor começou a ser regulado no mesmo ano, a partir do Decreto do Poder Legislativo nº 64.111/1852, que autorizava a concessão a uma ou mais companhias para construção total ou parcial de ferrovias que ligassem o Município da Corte (Rio de Janeiro) às Províncias de Minas Gerais e São Paulo. De acordo com o art. 1º do Decreto, a concessão compreendia o privilégio sobre a estrada de ferro por um período de até 90 anos, contados a partir da constituição da Companhia, com o direito de desapropriação dos terrenos para a construção do leito da estrada de ferro, das estações, armazéns e demais obras. Segundo o Ministério dos Transportes (MT), foi a garantia de remuneração sobre o capital investido e os prazos que permitiram o êxito do regulamento (DNIT, [2016]).

O Estado Brasileiro ofereceu oportunidades aos empreendedores privados e se propôs pagar à concessionária, via Tesouro Nacional, juros de até 5% sobre o capital empregado na construção da ferrovia. Entretanto o Decreto também estabelecia obrigações, sendo as principais aquelas do § 5º do art. 1º, que estabelecia uma política de regulação tarifária e dava o direito de definir os preços, desde que de acordo com a posição do Governo. Ponto importante e de relação conflituosa entre as concessionárias na maioria das ferrovias estava no § 13 do art. 1º, que dispunha sobre autoridade do Governo em efetuar o resgate da concessão, caso julgasse conveniente. Logo, esse parágrafo foi o que possibilitou a criação da EFVM vinda da encampação de outras ferrovias.

Cabe aqui explicitar palavras/conceitos que perpassam a historiografia das ferrovias brasileiras, e o fazem de forma tão contundente que nos impõem procurar entender como são tratados no Direito Administrativo Brasileiro.

Segundo Ana Lúcia Duarte Lanna (2005), para as ferrovias serem implementadas foi essencial a presença do Estado, concedendo privilégio de zona e garantia de juros, aliados a uma

concessionária nacional ou estrangeira que fizesse “[...] estudos de viabilidade, prospecções, contratação de técnicos, engenheiros, empreiteiros, subscrição de ações, enfim, um processo de dimensões desconhecidas no Brasil” (LANNA, 2005, p. 24).

A articulação entre o governo brasileiro, as companhias de estradas de ferro e o capital financeiro internacional é recorrentemente apontada como geradora de contratos irrealizáveis, de benefícios e custos ilícitos e da má qualidade dos traçados e das linhas implantadas. Estas, comumente, custavam muito mais do que o previsto, apresentando uma qualidade em geral inferior à necessária para o funcionamento adequado das ferrovias (LANNA, 2005, p. 11).

A relação Estado Nacional e transporte ferroviário implicou o papel do Estado como fomentador e regulador do setor. A transferência da execução do serviço público a um segundo, para que este particular o executasse, mediante a cobrança de tarifa paga pelo usuário, caracterizou a concessão do serviço público entre a Administração Pública e um particular. Essa transferência podia ser extinta ou “se dar por reversão”, que é o retorno do serviço ao concedente, geralmente ao término do prazo contratual da concessão. Quando a retomada é feita de forma coercitiva, durante o prazo previsto da concessão, está caracterizada a encampação³⁸.

As estradas de ferro brasileiras, de acordo com a historiografia pertinente, principalmente nos trabalhos que abordam a construção das ferrovias nos estados de São Paulo e Espírito Santo, foram sendo construídas segundo interesses de grupos dominantes nacionais, principalmente dos produtores de café. As elites brasileiras viam nas ferrovias o maior símbolo do ideal de progresso e civilização, considerando-as elementos essenciais para a expansão do mercado interno e internacional. “Os trilhos eram levados ao interior sem obediência da técnica mais avançada de construção e com o traçado procurando atender aos interesses dos cafeicultores” (BITTENCOURT, 2006 p. 185). Assim, acompanharam a expansão territorial e a regionalização da economia. Havia um benefício mútuo entre as estradas e os cafeicultores que podiam desenvolver novas áreas de produção com a chegada dos trilhos (GRANDI, 2010; QUINTÃO, 2014).

³⁸ Quando existe encampação, o concessionário é impedido de opor-se, mas recebe indenização pelos prejuízos. Devemos observar que a encampação não se confunde com a desapropriação, mas pode ser efetivada por meio desta última. A encampação tem origem contratual, decorrendo da aplicação das próprias cláusulas do contrato de concessão; a desapropriação pode atingir o capital social da empresa ou de um proprietário e tem fronteiras que envolvem o interesse social, utilidade pública, indenização em dinheiro. Esta forma de reversão da concessão foi recorrente na construção das ferrovias brasileiras que por ato jurídico eram passadas a outras concessionárias (SALLES, 2009, p. 139).

No Espírito Santo, a construção das ferrovias se concentrou inicialmente na região sul do Estado com o objetivo de escoamento dos principais produtos da agricultura em expansão. A primeira ferrovia, inaugurada em 1887, foi a Estrada de Ferro Caravellas – que se estendia de Cachoeiro de Itapemirim ao Alegre –, de propriedade da Companhia de Navegação e Estrada de Ferro Espírito Santo e Caravellas (*The Espirito-Santo and Caravellas Railway Company Limited*). Essa ferrovia garantia o transporte do café produzido em Cachoeiro de Itapemirim, Alegre e Castelo até o porto da Barra do Itapemirim. Dali para o Rio de Janeiro, o transporte era feito pela Companhia Santos-Campos.

A segunda e mais importante ferrovia do sul capixaba, idealizada após a Proclamação da República, foi a Estrada de Ferro Sul do Espírito Santo. Segundo Leandro Carmo Quintão (2014), a motivação do projeto era transformar a capital Vitória em um centro econômico exportador de toda produção que se concentrava em Cachoeiro de Itapemirim. Logo, seria necessário um caminho terrestre entre as cidades, e este foi assegurado no governo do Presidente de Estado José de Mello Carvalho Moniz Freire, com a proposta de construção de dois troncos ferroviários: o primeiro, de Vitória a Cachoeiro e de Cachoeiro a Minas Gerais; o segundo, de Vitória a Peçanha-MG pelo noroeste do estado do Espírito Santo.

A prioridade da construção ferroviária foi declarada na mensagem do Presidente do Estado Graciliano dos Santos Neves, em 22 de setembro de 1896, em que reafirmava a importância das ferrovias e o compromisso de sua administração com a Estrada de Ferro Sul do Espírito Santo. Inaugurada em 1895, com trecho entre Vitória e Viana, a ferrovia chegava a Araguaia (Marechal Floriano) e Engenheiro Reeve (localidade de Santa Leopoldina) em 1902, ficando aí paralisada até 1907. Nesse ano foi encampada pela Leopoldina Railway e prosseguiu em seu trajeto para Minas Gerais. Essa ferrovia garantiria a “conquista do espaço econômico” (QUINTÃO, 2008) ao deslocar o eixo de exportação Espírito Santo-Rio de Janeiro, principalmente do café, para o porto de Vitória.

A tentativa de priorizar a exportação do café pelo porto de Vitória tornou-se mais complicada após 1903, com a inauguração do ramal de Santo Eduardo (Alegre)³⁹ que, unindo Cachoeiro de Itapemirim ao Rio de Janeiro (QUINTÃO, 2008), assegurou a exportação dos produtos capixabas. Logo, outros caminhos precisariam garantir a importância do porto de Vitória, que traria dinamismo e ganho econômico por meio dos impostos de saída de produtos. Nesse contexto se inscreve o recorte espacial desta pesquisa, que acompanhou o percurso da ferrovia

³⁹ Antigo ramal da Estrada de Ferro Caravellas.

em direção ao noroeste do Espírito Santo na busca por um novo caminho para Minas Gerais, território percorrido pela EFVM.

A ferrovia seguiu seu rumo por um território de poucos povoamentos com objetivos claros da sonhada ligação do estado de Minas Gerais ao mar. Apesar do trabalho incansável dos engenheiros responsáveis pelos traçados, seu curso foi mudado muitas vezes, porque não se sabia o que havia pela frente. Sua origem veio de tantas “estradas” e tantas “chegadas” mudadas tantas vezes que não se precisou saber aonde ia dar, e sim aonde chegar. Mas seu último e definitivo traçado riscou um caminho de ferro, desenhando a rota de exportação do ferro.

3.1 UMA ESTRADA RUMO AO NOROESTE DO ESPÍRITO SANTO

No Brasil, o início do século XX trouxe grandes transformações que atingiram as relações econômicas e sociais vigentes: uma sociedade agrária, sem escravos, que se urbanizava, e uma economia influenciada pelo contexto da exportação de matérias-primas e pela importação de manufaturados. A produção agrícola, cada vez mais distante da costa, precisava de meios de transporte. Desse modo, a ferrovia penetrou rumo ao interior. No Espírito Santo, os primeiros estudos para a construção de uma estrada de ferro que ligasse o Estado a Minas Gerais foram concluídos em 1896, amparados pelo Decreto nº 5.951, de 23 de junho de 1875. Esse Decreto autorizava a construção de uma ferrovia ligando Vitória, capital da Província do Espírito Santo, a Natividade, em Minas Gerais.

Dentre os privilégios oferecidos aos investidores que se aventuravam a construir ferrovias estavam as concessões para exploração de terras devolutas e a garantia de juros de 6%, em ouro ou papel moeda, sobre as quantias despendidas até o limite de trinta contos de réis por quilômetro de linha construída. Entre os traçados apresentados ao Governo Federal que pudessem fazer a ligação entre os estados do Espírito Santo e Minas Gerais estavam os projetos das estradas de ferro Vitória-ES a Peçanha-MG e Peçanha-MG a Araxá-MG, que primeiramente se direcionaram ao interior norte de Minas e posteriormente deram origem à CEFVM (ARARIPE, 1954; FALEIROS, 2015; ROSA, 1985).

Assim, a EFVM nasceu dos traçados das ferrovias de Vitória a Peçanha e de Peçanha a Araxá, antigos ramais da Estrada de Ferro Bahia e Minas (EFBM), cujo objetivo era ligar o interior de Minas à cidade de Caravelas-BA, especificamente ao porto de Caravelas, de onde ocorreria a exportação de produtos mineiros e do sul baiano. A ferrovia de Vitória a Peçanha nasceu da

substituição da concessão do ramal de Philadelphia a São João Baptista de Minas Novas, feita à Companhia Estrada de Ferro Bahia e Minas (CEFBM), a partir do Decreto nº 574, de 12 de julho de 1890, pela concessão da Estrada de Ferro de Victoria a Peçanha (BRASIL, 1890; GIFFONI, 2006).

Por dificuldades financeiras da CEFBM em manter os planos de expansão, a ferrovia ficou reduzida a um ramal ligando a Vila de Caravelas a Aimorés-ES⁴⁰, a Estrada de Ferro Caravelas Aimorés (EFCA). Durante a negociação da EFCA, a CEFBM recebeu a concessão da Estrada de Ferro Vitória a Peçanha (EFVP) que no mesmo ano foi repassada ao Banco Construtor do Brasil por não ter utilidade para a Companhia (AFFONSO, 1967; RIBEIRO, 1986; ROSA, 1985). Em 1901, a Companhia Peçanha a Araxá foi reorganizada, e todos os “privilégios de zona” e concessões foram repassados para a CEFVM, mediante o Decreto Presidencial nº 4.337, de 1.º de fevereiro de 1902⁴¹.

A nova Companhia e o projeto da nova ferrovia contaram com a presença do engenheiro Pedro de Souza Cunha Nolasco⁴², um dos maiores acionistas da Estrada de Ferro Peçanha a Araxá (EFPA), que se empenhou em adquirir capital de banqueiros da Holanda e em buscar a posse da concessão da CEVP, que daria maior viabilidade à ferrovia e garantias econômicas. Nesse mesmo tempo, o Banco Construtor declarou liquidação, dando oportunidade à Companhia da Estrada de Ferro Peçanha a Araxá (CEFPA) de adquirir a concessão da EFVP. Assim, a ligação Vitória a Araxá se completaria. Por outro lado, no estudo de viabilidade do ramal, o Banco Construtor havia projetado a mudança de Araxá para um novo traçado até Diamantina, que se tornou o novo limite da EFVM, confirmado no Decreto Presidencial de 1.º de fevereiro de 1902 (ARARIPE, 1954; FALEIROS, 2015; ROSA, 1985).

O Presidente da República dos Estados Unidos do Brasil, usando da autorização conferida pelo n. XVI, art. 18, da Lei n. 834, de 30 de dezembro de 1901, e nos termos do acordo celebrado com a Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas, decreta:
Artigo único. É confirmada à Estrada de Ferro Vitória a Minas a concessão feita pelo Decreto n. 1.082, de 28-1-1890, pelas cláusulas que com este baixam assinadas pelo

⁴⁰ Pela Lei Estadual nº 556, de 30 de agosto de 1911, o povoado, que até então pertencia ao estado do Espírito Santo, foi transformado em distrito do município de Rio José Pedro (atual cidade de Ipanema-MG).

⁴¹ Neste Decreto também se confirmou a concessão da EFVP para a CEFVM, já anteriormente contemplada no Decreto nº 1.082, de 28 de novembro de 1890 (ARARIPE, 1954, p. 49).

⁴² Pedro Augusto Nolasco Pereira da Cunha, ilustre engenheiro da EFPA, permaneceu no projeto da EFVP. Foi responsável pelos estudos do traçado da EFVM, mantendo-se como seu diretor durante toda a sua vida. Buscou, com dedicação, garantir ao Brasil a exportação de minério de ferro. Para tanto, realizou numerosas viagens à Europa a fim de obter investimentos financeiros para a construção da EFVM. Era conhecido no Velho Mundo como um dos mais dedicados empresários brasileiros, acatado e respeitado nos círculos econômicos (AFFONSO, 1967).

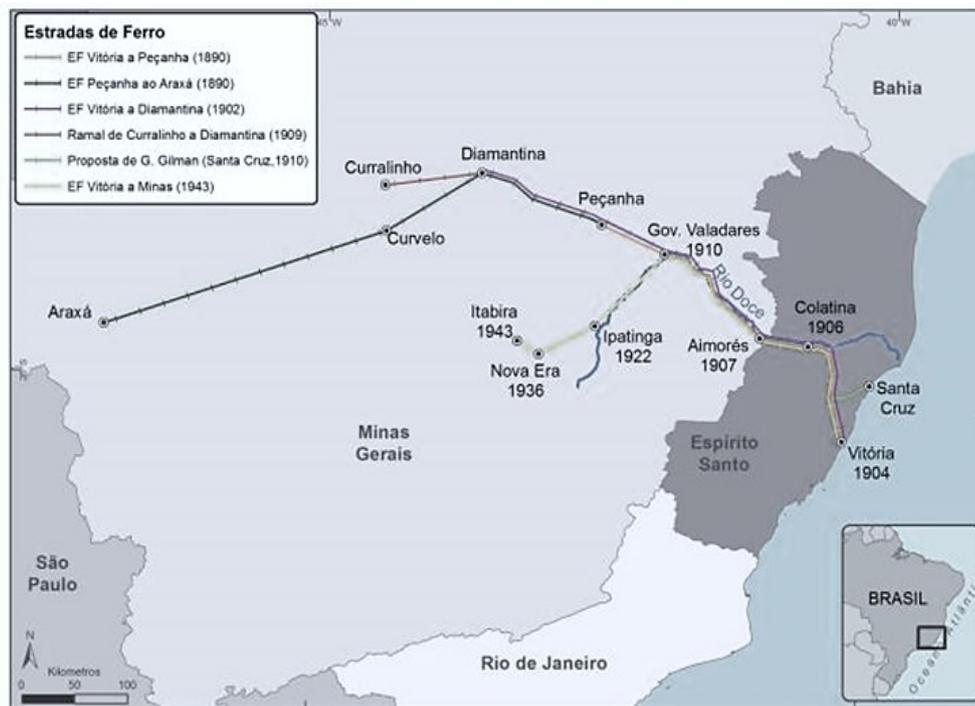
Ministro de Estado da Indústria, Viação e Obras Públicas, substituindo, porém, o traçado já aprovado da Estrada de Ferro Peçanha ao Araxá, por outro que, partindo da cidade de Vitória, Estado do Espírito Santo, passe por Peçanha e termine em Diamantina, Estado de Minas Gerais, ficando por esta forma extinta a concessão dada pelo de n. 574, de 12 de julho do mesmo ano.

Capital Federal, 1º de fevereiro de 1902 — 14º da República.

M. Ferraz de Campos Salles Alfredo Maia (ARARIPE, 1954, p. 50).

Já em 1904, os trilhos deslocaram-se das proximidades de Vitória e, em 1907, alcançaram o território mineiro (Mapa 4). Foi uma estrada de penetração no Vale do Rio Doce, seguindo desde a região próxima a Colatina-ES até a foz do Rio Santo Antônio-MG, com planos de seguir em direção noroeste até Diamantina. Percorreu regiões mineiras, nas quais a ferrovia poderia sobreviver economicamente, principalmente aquelas que oferecessem transporte para os produtos agrícolas. Foram as dívidas, os interesses dos investidores estrangeiros na busca de matéria-prima e a existência do minério de ferro com potencialidade para exportação que mudaram seu traçado (FALEIROS, 2015; ROSA, 1985, p. 35).

Mapa 4 – Traçado das ferrovias que deram origem à EFVM



Fonte: Faleiros (2015).

Essa mudança deu-se exclusivamente pela necessidade de transporte do minério de ferro de Itabira até o porto de Vitória. A potencialidade geológica do Brasil, amparada nos estudos realizados pelo Serviço Geológico e Mineralógico do Brasil, entre 1907 a 1909, apontava a existência de grandes jazidas de ferro na região de Itabira do Mato Dentro. Essa descoberta foi apresentada ao mundo no XI Congresso de Geologia, na cidade Estocolmo, em 1910,

despertando interesse dos países já industrializados, que, através de grupos empresariais, se lançaram ao controle dos países consumidores ao mesmo tempo em que controlavam as fontes da matéria-prima.

No Brasil, especificamente no território de Minas Gerais, investidores ingleses compraram 76.800.000m² de terras na região de Itabira para exploração de minério. E, tendo em vista que a Constituição Federal de 1891⁴³ estabelecia serem os donos da terra donos também do subsolo e de toda a riqueza mineral ali existente, grande parte do ferro de Minas Gerais ficou nas mãos de investidores internacionais. No entanto, a Escola de Minas de Ouro Preto e instituições de pesquisa e produção de conhecimento e de formação profissional não se abstiveram de manifestar oposição a esse dispositivo constitucional, que deixava a exploração mineral à mercê de interesses privados. Para a Escola de Minas de Ouro Preto, o Estado deveria regular e disciplinar a exploração de ferro e exigir a implantação da siderurgia no Brasil.

Para que se procedesse à exploração do minério nas terras mineiras, havia necessidade de que uma empresa se responsabilizasse pelas minas – reserva de 1 bilhão de toneladas de ferro – e isso se deu através da Companhia *Brasilian Hematites Syndicate* (BHS), autorizada a funcionar na República pelo Decreto n° 8.787, de 16 de junho de 1911. Imediatamente, a BHS tentou garantir o transporte do ferro explorado com a compra de 42 mil ações da EFVM, único caminho no Vale do Rio Doce que poderia escoar o ferro até o litoral, e organizou a Itabira *Iron Ore Company Limited (Itabira Iron Ore)*, com sede em Londres e representação no Brasil, para transporte e exportação do minério, o que exigiu melhoria técnica do traçado da linha.

As modificações necessárias na EFVM foram oficializadas no Decreto n° 7.773, de 30 de dezembro de 1909, composto de sete cláusulas. A cláusula I definia as obrigações da CEFVM, entre as quais as modificações no traçado, a eletrificação da linha, o aparelhamento da linha para transporte de 3.000.000 de toneladas de ferro por ano e o prolongamento da linha de Santana dos Ferros até Itabira. Entre as exigências do Governo, constava: a Companhia deve estar apta ao “[...] transporte de minérios, de carvão e outras mercadorias cuja exportação ou

⁴³ Constituição Federal de 1891: Art. 72 - A Constituição assegura a brasileiros e a estrangeiros residentes no País a inviolabilidade dos direitos concernentes à liberdade, à segurança individual e à propriedade, nos termos seguintes: [...] § 17 - O direito de propriedade mantém-se em toda a sua plenitude, salva a desapropriação por necessidade ou utilidade pública, mediante indenização prévia.

As minas pertencem aos proprietários do solo, salvas as limitações que forem estabelecidas por lei a bem da exploração deste ramo de indústria (Disponível em Jusbrasil.com.br/topicos/10602961/artigo-72-da-constituicao-federal-de-24-de-fevereiro-de-1891).

importação o governo julgue conveniente desenvolver, com uma tarifa não excedente ao custo de transporte”⁴⁴ (BRASIL, acesso em 10 jun. 2017).

Entretanto, dadas as adversidades internas e as dificuldades derivadas da Primeira Guerra Mundial, o controle acionário da *Itabira Iron Ore* foi vendido, em 1919, ao empresário americano Percival Farguhar. Ainda em grande dificuldade financeira, a Companhia precisava responder às exigências do Governo Brasileiro com a criação da indústria siderúrgica nacional. Ao aceitar as exigências, foram-lhe concedidas a construção e exploração não só das usinas siderúrgicas, mas também da estrada de ferro e do porto de exportação, o que se oficializou em 11 de maio de 1920, através do Decreto nº 14.160⁴⁵.

[...]

Parágrafo único: É autorizada, na conformidade das clausulas que com este baixam, assignadas pelo ministro da Viação e Obras Publicas, a celebração de contracto com a Itabira Iron Ore Company, Limited, para, sem privilegio, construir e explorar altos fornos, fornos de coke, fabrica de aço e trens de laminação, bem como duas linhas, ferreas que, partindo respectivamente das minas de Itabira do Matto Dentro, Estado de Minas Geraes, e do porto de Santa Cruz, Estado do Espirito Santo, vão onde fôr conveniente entroncar-se no trecho já existente da Estrada de Ferro Victoria a Minas, sendo áquella mesma empreza permittido construir e utilizar, á margem do rio Piraque-Assú, no referido porto, um cães destinado exclusivamente aos serviços proprios, com installações necessarias para o embarque, desembarque e deposito de mineiros e dos productos das suas usinas.

Rio de Janeiro, 11 de maio de 1920, 99º da Independencia e 32º da Republica. EPITACIO PESSÔA (BRASIL, 1920).

Em maio de 1920, ficou claro o poder monopolista da *Itabira Iron Ore*, o controle da exploração de ferro, a siderurgia, a ferrovia e o porto de embarque e desembarque por uma única empresa, o que motivou uma oposição nacionalista à Empresa, que encontrava apoio no Presidente da EFVM, João Teixeira Soares. Examinado por várias comissões entre os anos de 1920 e 1928, o contrato foi finalmente legalizado em ato presidencial pelo Decreto nº 5.568, de 12 de novembro de 1928. Entretanto, o mais grave para a Empresa foi a dificuldade no cumprimento

⁴⁴ Decreto nº 7.773, de 30 de dezembro de 1909. Autoriza a modificação do contracto celebrado com a Companhia Estrada de Ferro de Victoria a Minas, para o fim de ser adquirido o direito de reversão de suas linhas. O Presidente da Republica dos Estados Unidos do Brazil, usando da autorização conferida pelo art. 16, n. III, da Lei n. 2.050, de 31 de dezembro de 1908 - Artigo único. Fica autorizada a modificação do contracto celebrado com a Companhia Estrada de Ferro de Victoria a Minas, em virtude do Decreto n. 4.337, de 1 de fevereiro de 1902, para o fim de ser adquirido pela União o direito de reversão das linhas da mesma Companhia, mediante as clausulas que com este baixam, assignadas pelo ministro e Secretario de Estado da Viação e Obras Publicas. Rio de Janeiro, 20 de dezembro de 1909, 88º da Independencia e 21º da República.

⁴⁵ Decreto n. 14.160, de 11 de maio de 1920. Autoriza a celebração com a *Itabira Iron Ore Company, Limited*, para que, sem privilegio, construa e explore usinas siderurgicas, duas linhas ferreas e um cães de embarque e desembarque, nos Estados de Minas Geraes e Espirito Santo. (Disponível em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14160-11-maio-1920-529165-republicacao-93160-pe.html>).

das obrigações com o Governo, o que levou Percival Farquhar a insistir na atenção do Governo Federal e de Minas Gerais para novos prazos, sempre renegociados. Em 1933, as cartas e telegramas endereçados ao Presidente do Brasil e também ao secretário de Agricultura de Minas Gerais expressaram a preocupação de Farquhar em resolver com rapidez as não conformidades encontradas no cumprimento do contrato (FARQUHAR, 1934).

DOC 09 M.D. Secretario de Agricultura Bello Horizonte
 Exmo. Sr. Dr. Israel Pinheiro 10 de Julho de 1934
 Saudações.
 Confirmando a conversa telephonica do Dr. (irmão) João Pinheiro com V. Excia. Tenho a honra de apresentar-lhes as seguintes observações. Tendo a Constituinte, contra a expectativa, não concordado em conferir ao Sr. Presidente Constitucional nem interinamente os poderes de expedir decretos-leis, seria agora conveniente que esta mesma Constituinte, como Assembléa Nacional, autorizasse o Sr. Presidente a fazer revisão do Contracto Itabira de acordo com o Projecto da ultima Comissão. O meio mais pratico, parece ser a bancada de Minas, pedir, logo depois da eleição do Presidente da República, diretamente á cahiße nas deliberações da Assembléa relativa ás 12 leis pedidas pelo Chefe do Governo Provisorio, o que poderia dar ainda logar a grandes demoras. Seria contraproducente convidar o novo Presidente a pedir, ele mesmo, essa autorização da Assembléa, pois assim é que, provavelmente, ficaria a Autorisação Itabira para as Kalendas Gregas, senão mesmo embrulhada nas delongas e vicissitudes das 12 leis supracitadas. Caso seja pedido, logo que a Constituinte funcionar como Assembléa, seria bem possível que essa autorização seja dada dentro de 15 dias depois. Porém, V. Excia. seja me permitido frisar que o essencial é que V. Excia. esteja aqui para tratar pessoalmente de antemão deste assunto tão importante para Minas e a Nação. Portanto, não seria possível a V. Excia., tendo em vista a importância do momento, vir pelo nocturno de sexta-feira ou sábado? Com as expressões do meu mais alto respeito, *P. Farquhar* (transcrição), Rio de Janeiro (FARQUAHAR, 1934, documento particular).

Para entender as relações e as responsabilidades entre as concessionárias até aqui tratadas e o Governo do Brasil, devemos observar que a EFVM, organizada e mantida pela CEFVM, perdeu o controle acionário da ferrovia quando a *Itabira Iron One*, liderada por Percival Farquhar, recebeu as ações anteriormente compradas pela BHS. Logo não manteve a autonomia para modificar o traçado dos trilhos. Sua responsabilidade direcionava-se à abertura da linha e aos trabalhadores, sem os quais o traçado não se completaria. As linhas férreas – privadas –, tratadas no contrato de 1920 com a *Itabira Iron Ore* (Decreto nº 14.160/1920), deveriam percorrer desde as minas de Itabira do Mato Dentro-MG e da margem do Rio Piraquê-Açú, em Santa Cruz-ES, até o entroncamento com EFVM, entre Vitória e Cachoeira Escura-MG, onde se instalou o mais grave surto de malária no curso da ferrovia entre os anos de 1920 e 1942.

É importante para o desenvolvimento desta pesquisa perceber como o contexto político, econômico e administrativo brasileiro se encontra com a malária no território da ferrovia e com o impacto da morte e da morbidade vivenciadas pelos trabalhadores, fatores aparentemente distanciados que desenharam a trama estudada e vão-se aproximando nesse cenário em que o

interesse de exploração econômica se depara com a doença, configurando o *framing disease*. Conectar tais contextos é necessário para o enquadramento da malária no recorte temporal de 1920-1940.

3.2 SUBIDAS, PARTIDAS E PARADAS SEM CHEGADAS

Segundo Quintão (2014), o Espírito Santo foi tomando formato ancorado na ferrovia. Em seu estudo, destaca que as estradas de ferro foram percorrendo caminhos definidos pelas elites políticas e econômicas locais. Logo o território foi delineando-se a partir de interesses políticos e econômicos regionais que desenharam o traçado da região e os limites que favoreceram o aparecimento e o desenvolvimento das cidades à beira da estrada (Fotografia 11). Em poucos anos, a EFVM seguia bem adiantada, mas o trajeto em áreas de florestas alagadas favorecia o aparecimento das febres que paralisavam o trabalho. Outras doenças também acometiam os trabalhadores, como a sífilis, a ancilostomíase, e, embora também estivessem sujeitos a graves acidentes de trabalho, eram as febres que os aniquilavam.

Fotografia 11 – Homens na EFVM nos anos 1920: as modificações do espaço causadas pela ferrovia.



Fonte: Disponível em: http://www.vale.com/pt/aboutvale/book-our-history/documents/livro/vale_livro_nossa_historia_cap1.pdf. P.29

Nota: Houve grande modificação no espaço por onde a ferrovia passou. As matas foram exploradas e comercializadas. A devastação foi considerada benéfica porque afastava a febre.

No início do século XX, muitos povoados mineiros ainda não existiam, diferentemente do que ocorria no Espírito Santo, onde a chegada da ferrovia encontrou os núcleos populacionais de Pau Gigante, Timbuí, Acioli, Demétrio Ribeiro, Conde d'Eu, Baunilha, Antônio Prado, Serra, Santa Cruz, Nova Almeida e Colatina (ARARIPE, 1954, p. 83).

No Espírito Santo, as estações de Colatina, na sede da Comarca, inaugurada em 20 de dezembro de 1906, de Baixo Guandu, então distrito de Colatina, inaugurada em 8 de agosto de 1907, de Porto Belo, em Colatina, e Maylasky, mais tarde Mascarenhas, no distrito de Novo Guandu, também inauguradas nessa mesma data, favoreceram o desenvolvimento da cidade de Colatina como um importante núcleo de atividades econômicas da região norte, emancipado em 1935.

Em Minas Gerais, as primeiras estações inauguradas foram Aimorés, antiga Natividade, então pertencente ao Espírito Santo, em 8 de agosto de 1907; Resplendor, em 1.º de maio de 1908; Conselheiro Pena, antiga Lajão, em 4 de dezembro de 1908, e Figueira do Rio Doce, mais tarde Governador Valadares, em 15 de agosto de 1910, que se projetaram na indústria madeireira (VILLARINO, 2008).

Segundo Faleiros (2015), a rapidez com que a ferrovia atravessou o Espírito Santo e chegou ao estado de Minas Gerais se deveu ao investimento financeiro de grupos internacionais que tinham interesse no transporte do minério de ferro, de cuja existência já havia pistas, embora só tivesse sido declarado ao mundo em 1909 (Fotografia 12). Só assim se justificaria o investimento financeiro em uma ferrovia que iria percorrer um território desabitado, alagado e palúdico.

A ferrovia sofreu com *deficits* financeiros, crônicos, durante toda a sua construção, que se fez em relevo acidentado. Não trouxe retorno financeiro imediato, dependendo do transporte de mercadorias, principalmente do café, com produção sazonal, retorno que muitas vezes não superou as despesas. Esse fato caracterizou-a como uma ferrovia relapsa perante seus investidores, visto que não avançava, não cumpria os termos dos contratos, cujos prazos haviam sido muitas vezes renegociados desde 1909, principalmente nos termos que se referiam a construção da siderurgia, eletrificação da linha e chegada a Itabira.

Fotografia 12 – Assentamento dos trilhos próximo a Aimorés, antiga Estação Natividade.



Fonte: Gonçalves e D'Alessio (2010).

O grande impacto da Primeira Guerra Mundial sobre as estradas de ferro no Brasil também repercutiu drasticamente na EFVM, provocando desde a diminuição do transporte até a paralisação das obras. Como consequência, a Companhia ficou sem inaugurar novas estações até 1919 (ARARIPE, 1954; FALEIROS, 2015; ROSA, 1985), atrasando ainda mais a chegada da ferrovia ao destino contratado. Durante os primeiros nove anos, foram construídos 450km do seu leito, feito considerado uma “grande façanha”. Em 21 de junho de 1919, início da segunda etapa da sua construção, além do *deficit* financeiro, a falta de mão de obra impediu a abertura de novos trechos. Por outro lado, a doença fazia vítimas constantemente. “O impaludismo atacava as turmas de trabalhadores, dizimando-os impiedosamente, afugentando-os dos locais de trabalho e, o pior, dando uma imagem aterradora das condições sanitárias regionais” (ROSA, 1985, p. 113).

Em relatório datado de 1924, consta que os trabalhadores tinham medo do impaludismo e, mesmo com salários diferenciados e com gratificação de insalubridade, recusavam-se a

trabalhar⁴⁶. Essa situação de despesa elevada com recursos humanos repetiu-se em 1925, conforme descrito no Relatório da Diretoria desse ano, que aponta os altos salários de funcionários especializados entre os principais itens que contribuíram para o aumento das despesas, juntamente com o custo de materiais, tais como combustível, carvão de pedra, lubrificantes e matérias de reposição. Assinado pelo Presidente João Teixeira Soares e direcionado aos acionistas, o relatório revelava uma situação grave e sem perspectivas de melhora, definida como “[...] cada vez mais angustiosa [...]” (CEFVM, 1926, p. 55).

No mesmo ano de 1925, a receita da ferrovia registrou saldo positivo devido à exportação do café. O transporte de sacas de café contribuiu com 45% da receita da EFVM. As sacas eram embarcadas principalmente nas estações de Pedro Nolasco, Aimorés, Lajão (Conselheiro Pena) Cuité, Figueira do Rio Doce e nas situadas ao redor de Colatina, quadro que se manteve constante até 1929. Segundo Faleiros (2015), o dinamismo alcançado com a exportação do café não superou as expectativas de transporte do minério de ferro, que asseguraria um *superavit* para a Companhia. Entre negociações e alteração de prazos, a ponta dos trilhos caminhava lentamente em uma região sem povoamento, trazendo pouca esperança para os diretores setoriais e presidentes da Companhia de que o Vale do Rio Doce viesse a se tornar uma região próspera no curto prazo, conforme registrado em relatório do ano de 1927 (CEFVM, 1927).

Os estudos do trajeto até Itabira já haviam sido concluídos desde 1921, mas a ferrovia não chegou a esse destino antes de 1943. Mesmo com a autorização do traçado até Itabira, o ritmo da construção foi marcado pela dependência não só de recursos econômicos, mas também diretamente das mãos de trabalhadores sadios no assentamento dos trilhos. A dependência direta da mão de obra sadia está explicitada no Relatório do Setor de Construção da EFVM do ano de 1928, quando o chefe afirmou que “[...] o tempo seco naquele ano tinha ajudado a prosseguir na construção da ferrovia, e no mês de novembro chegou a São José da Lagoa”. Além do tempo, estradas vicinais carroçáveis permitiam o transporte de materiais, e os operários sadios, “livres da malária” e acostumados ao serviço, tinham garantido o sucesso. E o engenheiro-chefe da construção, Joaquim A. B. Ottoni, concluiu:

Deram optimos resultados as providências para se conseguir operários novos e sadios que, colocados no trecho acima de Antonio Dias, muito produziram este anno, excedendo mesmo a expectativa tanto na produção do serviço como na qualidade do executado (CEFVM, 1928, p. 53).

⁴⁶ Relatório apresentado à Assembleia Geral Ordinária dos acionistas em 1924. Na sessão Relatório da Construção, estão os trabalhos realizados nos anos de 1922 e 1923, assinados pelo engenheiro-chefe Joaquim A. B. Ottoni e apresentados ao Dr. Pedro Augusto Nolasco Pereira da Cunha, diretor-gerente.

Aqui, a estrada de ferro, em seus caminhos econômicos e políticos, se deparou com o impudismo como fator não só de *deficit* e retardamento, mas também de adjetivador da redefinição de seu desenrolar na história. Em 1922, foram necessários seiscentos operários do estado da Bahia e, em 1923, mais oitocentos operários dos demais estados para a conclusão do trecho de 23.100km das estações de Baratinha e Raul Soares, em Minas Gerais, pois não havia contingente humano suficiente e disposto a enfrentar a empreitada (CEFVM, 1923).

No final de 1928, a ponta dos trilhos chegou a Antonio Dias, no Km 530, e ali ficou paralisada até a assinatura de um novo contrato, deferido pela União em 22 de junho de 1928, que garantia um prazo até 7 de julho de 1931 para que se completasse o percurso de Cachoeira Escura a Itabira-MG (Fotografia 13).

Fotografia 13 – Antonio Dias – comboio de inauguração (1927).



Fonte: Disponível em <http://www.estacoesferroviarias.com.br/efvm/antonio.htm>.

Nesse mesmo intervalo de tempo, a Depressão Mundial de 1929-1933, que abalou a estrutura econômica brasileira sustentada nas exportações, levou a CEFVM à mais profunda crise financeira, sem perspectivas de solução, agravada em 10 de fevereiro de 1933, quando o Governo Federal criou uma comissão especial para inspecionar o cumprimento do contrato pela Companhia. Durante o período de auditoria, o pagamento de juros permaneceu suspenso, conforme dispunha o Decreto nº 22.455, de 10 de fevereiro de 1933 (BRASIL, 1933; FALEIROS, 2015; ROSA, 1985).

A comissão deveria proceder à verificação das regularidades dos contratos de 19 de agosto de 1916, Decreto nº 13.381, de 4 de dezembro de 1918, e também das prorrogações, Decretos nº 16.545, de 13 de agosto de 1931, nº 17.381, de 15 de julho de 1926, e nº 18.290, de 22 de junho de 1928. Nesse mesmo Decreto que autorizava a auditoria, foi levantada como pendência a cláusula que estabelecia a relação entre a EFVM e a *Itabira Iron Ore*: “Cláusula XXIII do contrato *Itabira Iron Ore Company, Limited*, aprovado pelo Decreto nº 14.160, de 11 de maio de 1920, com que a CEFVM se obrigou a melhorar as condições técnicas, eletrificar e aparelhar a linha de Vitória a Itabira” (BRASIL, 1933). O contrato de 1920 reafirmava acordos entre a EFVM e a *Itabira Iron Ore*, esta como acionista majoritária da ferrovia.

A Companhia Estrada de Ferro Victoria a Minas permite que a Itabira Iron Ore Company, Limited, execute os seguintes serviços, a que esta se obriga perante o Governo:

a) o reforço e o melhoramento que, a juízo do Governo, forem necessários no trecho que, pertencente à linha férrea explorada pela primeira daquelas empresas, ficar compreendido entre os pontos de entroncamento das duas linhas a que se refere a cláusula primeira do presente contracto, para que tal trecho se adapte perfeitamente ao transporte rápido e barato do minério;

b) construção, mediante autorização do Governo, de todos os desvios e obras complementares, indispensáveis à circulação fácil dos trens das duas empresas;

c) a construção de oficinas especiais para a reparação do material rodante e a instalação de depósitos para lubrificantes, óleos e combustíveis, tudo destinado ao uso exclusivo da Itabira Iron Ore Company, Limited, sendo aquela construção e esta instalação feitas sem onus, responsabilidade e prejuízo da União ou da Companhia Estrada de Ferro Victoria a Minas, nos terrenos marginaes da linha explorada por esta empresa, escolhidos, para tanto, de commum accôrdo, os pontos convenientes;

d) a construção, que fará exclusivamente a própria custa e quando julgar conveniente, de trechos de linha nova que em terrenos da Companhia Estrada de Ferro Victoria a Minas e ao lado da linha existente, forem necessários para a circulação privativa dos seus trens;

e) a conservação, em perfeito estado e á própria custa, do trecho da linha da Companhia Estrada de Ferro Victoria a Minas, a que se refere o item a) bem como dos desvios de que trata o item b), em quanto vigorar o presente contracto.

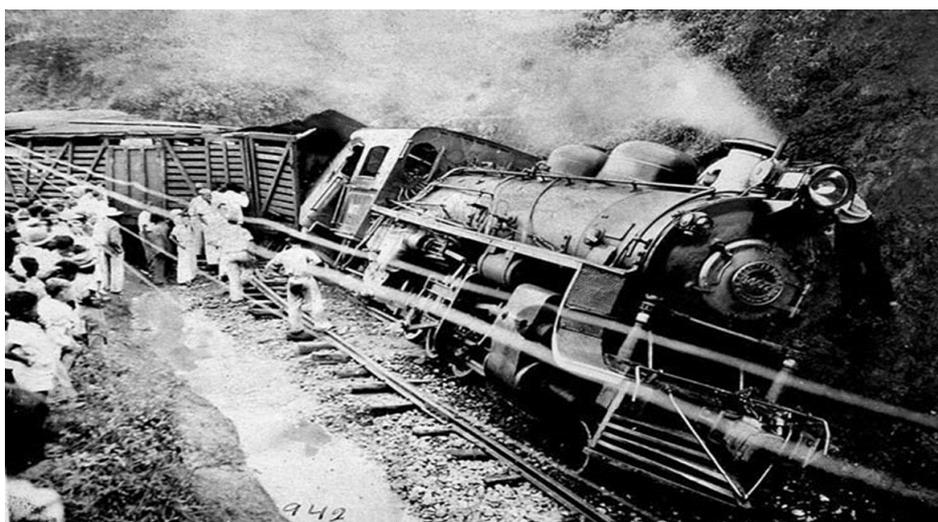
Paragrapho primeiro - Si a conservação do trecho e dos desvios, considerados nos itens a, b e c, fôr descuidada, a juízo do Governo, a Itabira Iron Ore Company, Limited, será multada e a fiscalização lhe marcará prazos, dentro dos quaes deverão ser executados os serviços necessários para que se faça perfeita aquella conservação (BRASIL, 1920, p. 8397).

Na década de 1930, assim que Getúlio Vargas assumiu o poder, suspendeu a Constituição de 1891, substituiu os governadores dos estados por interventores federais, centralizou a gestão das políticas setoriais e criou as leis trabalhistas. Seguidamente entraram em vigor, em 1933, as férias remuneradas e, em 1934, as folgas semanais e as oito horas de trabalho diário, o que repercutiu imediatamente nas despesas da EFVM (FALEIROS, 2015; ROSA, 1985). A manutenção da ferrovia exigia trabalhadores durante todo o tempo – turmas de conservação –, que lutavam para melhorar o aspecto do leito da linha. Até o ano de 1936, o leito era de terra,

substituída por cascalho em 1937 e por brita, trazida da Barra do Cauê, somente em 1948 (AFFONSO, 1967, p. 82).

A EFVM sofria da ação da erosão generalizada em todo o percurso, uma ferrovia em condições precárias. As barreiras que desabavam eram retiradas a pá pelos trabalhadores da manutenção, que passaram a plantar capim para minimizar os efeitos das chuvas. O leito inseguro apresentava “repuxos”, desníveis, “golpes intercalados” (secos) que deformavam a linha. Os grandes buracos e fendas eram chamados de “buracas” e mediam até oito metros, deixando a linha suspensa no ar. Esses aspectos e as curvas acentuadas provocavam um grande número de descarrilamentos (Fotografia 14), trazendo sofrimento e morte para trabalhadores e passageiros, na medida em que o aumento da população da região, provocado pelos novos povoadamentos, se refletiu no uso mais intenso da ferrovia (AFFONSO, 1967, p. 85).

Fotografia 14 – Descarrilhamento na EFVM.



Fonte: Blog Itapinga, Cidade Jardim (com permissão para publicação).

Em 1936, o transporte de passageiros foi ainda maior após a chegada dos trilhos a São José da Lagoa (Nova Era-MG), ramal da Estrada de Ferro Central do Brasil. Além dos habitantes de povoados afastados da ferrovia, um maior número de pessoas incluiu os trabalhadores das primeiras indústrias na região (indústrias de laticínios, de lapidações e serralherias). Antes dessa data, os trilhos chegavam a Desembargador Drumond-MG, e os passageiros seguiam de táxi até Belo Horizonte.

A insegurança da linha, o aumento do fluxo de pessoas e a permanência das doenças endêmicas no percurso da EFVM exigiram uma preocupação maior com a obediência às regras gerais fixadas no Regulamento Geral de Transporte e com o cumprimento das regras especiais para

cargas consideradas perigosas. As cargas aqui denominadas perigosas incluíam indivíduos com porte de arma, pessoas alcoolizadas e doentes. O transporte de doentes aumentava de acordo com a insalubridade da região percorrida pela ferrovia, principalmente a partir do Médio Rio Doce, foz do Piracicaba, até receber o seu afluente Manhuaçu, com as cidades mineiras de Ipatinga, Coronel Fabriciano, Timóteo, Antonio Dias em sua primeira fase de ocupação. Os trabalhadores e moradores eram acometidos por surtos de impaludismo e acudidos pelos médicos da ferrovia, em suas visitas, os quais recomendavam o transporte dos doentes para a Capital nos casos graves. Mas eram os curandeiros, os farmacêuticos e os dentistas práticos que permaneciam nas localidades no socorro diário aos enfermos (ALMEIDA, 1959; ABREU; VILLARINO, 2009).

Em abril de 1930, a EFVM expressou grande preocupação com o transporte de doentes e reiterou aos agentes, condutores e praticantes de transporte, através do ofício circular nº 34, assinado pelo engenheiro Ceciliano Abel de Almeida, chefe do tráfego, que se cumprisse o que determinava o capítulo 34 do Regulamento Geral de Transporte, em seus arts. 204, 205 e 206. Esses artigos apontavam a necessidade de um vagão especial para transporte de pacientes com moléstias contagiosas, com doenças que causassem repugnância ou, ainda, portadores de doença mental. Esse vagão poderia transportar até dez doentes e estar ligado a qualquer trem. Não havia necessidade de médico para acompanhar os enfermos, e estes tinham que pagar uma passagem para garantir o seu lugar.

Outro transporte especial servia a passageiros de passes livres, geralmente de algumas categorias profissionais, mediante acordo entre a EFVM e a Instituição à qual pertenciam. Eram comuns os funcionários dos Correios, do Departamento Nacional de Saúde, do Departamento de Obras, Indústria e Comércio. Mesmo com o aumento de passageiros em trânsito pela ferrovia, a maior receita da Companhia continuava ligada ao transporte de mercadorias, no entanto as passagens contribuíram para aumentar a receita, chegando ao percentual de 18% no final da década, como demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Categorias de serviços prestados pela EFVM e contribuição percentual na receita total da CEFVM (1933-1937) – Vitória-ES, 1937.

Itens / receita	1933	1934	1935	1936	1937
Passagens	14,82	13,43	13,94	15,76	18,24
Trens Especiais	0,37	0,03	0,44	0,09	1,10
Bagagens Encomendas	3,58	2,94	2,75	2,69	3,29
Mercadorias	72,71	75,71	67,15	66,16	70,13
Animais	2,74	2,35	1,76	1,65	1,76
Telegramas	0,72	0,58	0,55	0,52	0,52

Fonte: CEFVM (1937).

Mesmo com a sobrevida da ferrovia garantida pelo transporte de mercadorias, o transporte do minério de ferro que salvaria a EFVM não se consolidou no tempo esperado. O desenvolvimento da siderurgia no Brasil, que também envolvia o contrato com a EFVM e a *Itabira Iron Ore Company*, não foi cumprido e acabou declarado irrevogavelmente caduco pelo Decreto-Lei nº 1.507, de 11 de agosto de 1939. Mesmo assim, a *Itabira Iron Ore* passou a mãos de empresários brasileiros que, unidos a Percival Farquhar, fundaram a Companhia Brasileira de Mineração e Siderurgia (CBMS). Em julho de 1940, pelo Decreto nº 2.351, assinado por Getúlio Vargas, a CBMS agregou o patrimônio da CEFVM, arrendou as minas de ferro e assumiu todos os problemas que se relacionavam à construção do trecho da ferrovia que estava sob auditoria.

Art. 1º - Fica a Companhia Brasileira de Mineração e Siderurgia autorizada a incorporar, na forma da lei, a Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas, cujos direitos e obrigações constantes das cláusulas vigentes do contrato aprovado pelo decreto nº 12.094, de 7 de junho de 1916, serão transferidos àquela Companhia (BRASIL, 1940, p. 1).

Pelo Decreto nº 22.455/1933, o Governo Federal procedeu à verificação do cumprimento dos contratos anteriormente realizados e nunca cumpridos, os quais dispunham que a ferrovia deveria chegar a Itabira do Mato Dentro, e suspendeu o pagamento dos juros. Como anteriormente contemplado no Decreto nº 14.160/1920, a *Itabira Iron Ore* se obrigava a construir o mesmo trecho de responsabilidade da CEFVM para o transporte de minério, e, mesmo sem minério, a CEFVM deveria construir a ferrovia para o serviço público de transporte de cargas e passageiros. Logo as duas companhias, sem poder cumprir os contratos sobre o referido trecho, sofreram as mesmas penalidades impostas pelo Governo Federal, ficando impossibilitadas de prosseguir.

A eclosão da Segunda Guerra Mundial aumentou significativamente a demanda de minério de ferro pelos países aliados, o que levou os EUA a negociarem com o Governo Brasileiro a criação

de uma nova empresa estatal destinada à exportação do minério. Assim, em 1.º de junho de 1942, foi fundada a CVRD (RIBEIRO, 1986; ROSA, 1985).

São flagrantes, na historiografia da EFVM, os relatos sobre o atraso no desenvolvimento do Espírito Santo e a importância da estrada para o escoamento da produção das cidades mineiras, única rota de acesso ao porto de Vitória. Rosa (1985, p. 11), na introdução do seu livro, reafirma a importância da estrada de ferro no desbravamento da região norte da província do Espírito Santo, tão despovoada, inóspita e improdutiva. Na construção da ferrovia, foi reafirmado o interesse não só dos investidores, para garantia do tráfego das mercadorias, mas também do Governo do Espírito Santo, que via na EFVM “[...] o elemento propulsor do desenvolvimento de sua região norte, tão carente de comunicação” (ROSA, 1985, p. 71).

A EFVM, considerada uma estrada de *penetração*, desenvolveu-se com os meios técnicos existentes na época de sua construção, tendo sido vista, até a sua remodelação na década de 1930, como uma estrada de ferro de baixa qualidade técnica. Em 1936, houve aumento das despesas com pessoal, consequência do cumprimento do Decreto nº 279, que garantia remuneração por oito horas de trabalho diário. Mantendo-se deficitária e sem possibilidades de negociação com a *Itabira Iron Ore*, a ferrovia teve todo seu patrimônio incorporado à CBMS, o que se efetivou pelo Decreto nº 351, de 28 de junho de 1940, assinado por Getúlio Vargas, então Presidente do Brasil.

O estudo da malária na EFVM deve ser dividido em duas fases: a primeira, de 1904 até 1939, e a segunda, a partir de 1940, momento em que se iniciou o transporte do minério de ferro, a reforma da linha e, principalmente, a intervenção do SESP no combate à doença, que acabou responsável por ditar normas para a política externa e para as políticas de saúde. O SESP, uma agência especializada para garantir o saneamento do Amazonas e do Vale do Rio Doce, resultou de acordos norte-americanos com os países da América do Sul. Após a Segunda Guerra Mundial, as atividades do SESP se concentraram nas regiões visadas pelos planos desenvolvimentistas do Governo Brasileiro.

3.3 UM CAMINHO DE FEBRE

A história da EFVM, contada através de registros escritos ou por meio de narrativas e histórias de vida, abordagens motivadas principalmente por questões dos passageiros, do desenvolvimento das cidades, das viagens e do romantismo do trem há mais de cem anos, não faz com precisão referências às doenças que acompanharam as conquistas e o desbravamento de terras tropicais. Estas são apenas cenários do enredo dos projetos, das lutas para abrir as matas, fincar estacas, aplainar o terreno e seguir com a estrada de ferro. Desde o início das obras, a enfermidade acompanhou os homens e as famílias que se localizaram no percurso da EFVM. Não só aos ferroviários, mas também a todos aqueles expostos ao meio ambiente das matas não foi garantido proteção.

Cinco autores dedicaram-se a contar as histórias da EFVM. São eles Lucílio da Rocha Ribeiro, Ceciliano Abel de Almeida, Decarliense Alencar Araripe, João Affonso e Abel de Carvalho, todos com conhecimento porque trabalharam na ferrovia. Nas narrativas, nos contos e nas memórias desses homens, a estrada de ferro foi o território dos acontecimentos. Os autores contam as histórias, analisam os fatos e são, em outros momentos, personagens dos acontecimentos. Nos livros de memórias, o autor tem, particularmente, a intenção de fazer uma narrativa de sua vida.

Segundo os escritores, logo após a inauguração da ferrovia e durante os anos de sua expansão, o impaludismo foi a principal doença dos ferroviários, e com vítimas mortais.

O impaludismo assolava a zona pantanosa situada entre os rios Morrinhos e Poção. [...] não arrefeceu o ímpeto dos construtores, os quais, em 29 de dezembro de 1904, abriram ao tráfego a parada de Itapeçu, Km 46.760, e Timbuí (Rio Timbó), Km 54.718. [...] muitos lá ficaram enterrados (ARARIPE, 1954, p. 63-66).

O escritor Lucílio da Rocha Ribeiro, no livro *Pequena contribuição para a história da Estrada de Ferro Vitória a Minas*, publicado em 1986, trouxe grandes subsídios para a história da malária na EFVM. O autor descreve os períodos de entrada de imigrantes italianos no norte do Espírito Santo, principalmente do grande contingente que chegou ao município de Ibiracu em 1892 e colonizou toda a região. Os italianos que residiam no “[...] Núcleo Colonial de Acyoli, que estava dividido em Pau Gigante, Ubás, Triunfo, Esperança, Treviso, Café, Oteló e Alto Bergano, sofreram nas terras baixas, quentes e alagadas infestadas de surtos palúdicos” (RIBEIRO, 1986, p. 23). A partir dessa narrativa, o autor revela a presença da malária antes da passagem da ferrovia e relata que permaneceu nessa região do estado do Espírito Santos antes e durante a construção da estrada de ferro, demonstrando que a doença não foi trazida por ela.

A doença alastrou-se na estrada de ferro desde as primeiras investidas na mata, fato que foi explicitado no relatório do Dr. Teixeira Soares, Diretor da EFVM, em 1908. Esse relatório, direcionado aos acionistas, informava que os poucos quilômetros construídos naquele ano foram consequência dos surtos de malária entre os trabalhadores, situação que dificultava a “permanência dos operários em efetivo serviço”. Na sequência, o relatório descreve o impaludismo como uma doença das matas e de etiologia ambiental, e fala do “[...] gérmen de febres de *máo character*⁴⁷ que desaparecem quando a mata é derrubada” (CEFVM, 1908). Logo a derrubada da mata era uma ação contra o impaludismo. A doença foi motivo de grande preocupação na EFVM e, também, um grande problema nas outras regiões do Brasil.

Considerada um dos principais flagelos sanitários do sertão, com percussões particularmente importantes no desenvolvimento capitalista do século XX, a malária foi motivo de atraso e sofrimento de trabalhadores e habitantes que chegaram às regiões em desenvolvimento, principalmente quando os projetos saíram da região litorânea e se embrenharam no interior do País. O engenheiro Ceciliano Abel de Almeida, responsável por um dos trechos da EFVM, no seu livro *O desbravamento das selvas do Rio Doce*, publicado em 1957, expressou a grande tragédia ao declarar: “Contai, meus senhores, os dormentes deste trecho de estrada... ficai certos de que o número que encontrardes será superado pelo dos trabalhadores enterrados” (ALMEIDA, 1959, p. 239).

Entre as publicações acadêmicas sobre a EFVM, temos o livro de Léa Brígida Alvarenga Rosa, intitulado *Uma ferrovia em questão: a Vitória Minas 1890-1940*. A autora estuda o intervalo de tempo que se inicia antes da existência da EFVM e vai detalhando as etapas para consolidação dos projetos, o trajeto, as concessões de uma estrada de poucos recursos e muita negociação até 1940: “A garantia quilométrica determinada, em termos aleatórios, em 30 contos de réis sempre foi superada em todos os trechos [...]” (ROSA, 1985, p. 36). Além da análise econômica que faz dos relatórios da EFVM, reafirma o sofrimento dos trabalhadores em muitos momentos do texto com referência importante aos memorialistas.

A dissertação de mestrado *Entre lagoas e florestas: atuação do Serviço Especial de Saúde Pública no saneamento do Médio Rio Doce* (VILLARINO, 2008) mostra a ocorrência da malária na estrada de ferro e mantém registro de diversas abordagens metodológicas, tratando principalmente dos acontecimentos da doença no estado de Minas Gerais, espaço territorial

⁴⁷ A malária era chamada na ferrovia de impaludismo, conhecido por toda população desde o Espírito Santo até Minas Gerais.

percorrido pelo Médio Rio Doce. Este trecho, o mais insalubre do trajeto, paralisou os trabalhos durante muitos períodos.

Com base nessas referências, podemos inferir sobre os casos de malária observados desde o início das obras da EFVM que a enfermidade não foi trazida pelos ferroviários contaminados ou adoecidos, que vinham principalmente do Nordeste Brasileiro, mas já estava nas matas antes da passagem da ferrovia. Logo, já existindo permanentemente na região por onde se estendeu a ferrovia, a doença atingiu os trabalhadores, perpetuando o ciclo da moléstia por décadas entre a mata, o povoamento da beira da linha e a ferrovia. Deu conformação e marcou o tempo para o desenvolvimento do território. Enquadrou o desenvolvimento da linha férrea; a velocidade da construção; o jeito do povo, com seus medos, e o padecimento dos trabalhadores; o ritmo de avanço ou retrocesso da empreitada; o descumprimento dos contratos (prazos) e a ocupação espacial. Assim, a malária não se mostrou apenas como um fator nesses acontecimentos, ela enquadrou uma sociedade – *framing disease*. Ao buscar o conhecimento sobre a malária, vamos descortinar uma dinâmica social, um dado momento da história do Espírito Santo e do Vale do Rio Doce até Minas Gerais. A doença se insere no contexto e também muda o contexto.

Após a Primeira Guerra Mundial, quando a estrada reiniciou seus trabalhos, neste momento sob os interesses de um novo investidor, muitos trechos tinham perdido a manutenção. Prosseguir rumo a Minas Gerais trouxe o reaparecimento dos surtos de impaludismo e a necessidade de intervenção imediata que garantisse a continuidade das obras. Na década de 1920, a CEFVM prestava atendimento médico aos ferroviários e suas famílias com dois médicos, cada qual responsável pelo acompanhamento de um trecho da ferrovia. Era claro para os diretores da CEFVM e para as autoridades sanitárias que, sem intervenção médica constante e uso intensivo de medicamentos, não seria possível prosseguir com os trilhos.

Os relatos das experiências adquiridas pelos médicos brasileiros sobre o manejo das condições ambientais, o tratamento dos doentes e a quimioprofilaxia da malária foram fundamentais na implementação de medidas que amenizassem as condições de saúde dos trabalhadores e, com isso, favorecessem a conclusão de empreendimentos importantes ao desenvolvimento do País. Nos relatórios da CEFVM pesquisados e nas narrativas dos memorialistas, pudemos observar que a vida em ambiente insalubre e hostil e a relação com o adoecimento se justificaram, muitas vezes, pela ignorância dos trabalhadores. Tanto feitores quanto engenheiros se referem aos trabalhadores como exemplares, ordeiros e disciplinados, mas nunca essa disciplina se mostrou favorável às medidas de proteção contra o impaludismo.

Em 1922, a gravidade da malária já era um fato conhecido no meio médico, e a sociedade espírito-santense se viu surpreendida com a visita do sanitarista Belisário Penna, que fez um grande alerta. Em discurso público, o médico expressou sua preocupação com a situação supostamente ameaçadora, sugerindo medidas em âmbito não apenas federal, mas também estadual, em relação aos estados do Espírito Santo e Minas Gerais. A doença foi declarada ameaçadora em todo o percurso da ferrovia. Atravessou a divisa do Espírito Santo e percorreu o Médio Rio Doce, fazendo muitas vítimas. A presença de uma autoridade federal e seu discurso alertaram para a grande ameaça que a doença trazia para região da EFVM. No final da década de 1930 e na década de 1940, esse mesmo percurso foi motivo de intervenção mais sistematizada por parte da Saúde Pública brasileira, com programas especiais de repercussão internacional apoiados pela Fundação Rockefeller, coincidindo com o período da Segunda Guerra Mundial.

A presença do impaludismo, aliada à falta de recursos financeiros, foi fato marcante nas duas décadas da construção da ferrovia, entre 1920 e 1940. Nos relatórios de gestão dos anos 1920 a 1939 e nos setoriais da EFVM/CEFVM, a doença foi considerada culpada pelo atraso da construção da linha. Apesar de os trabalhadores poderem contar com intervenção médica no período, não havia êxito no arrefecimento dos casos de doença, principalmente do impaludismo. Na tentativa de manter um número suficiente de operários que desse prosseguimento ao avanço dos trilhos, a CEFVM oferecia atendimento médico organizado em dois distritos definidos antes de 1920, que coincidiam com os limites da ferrovia em território mineiro e espírito-santense. O primeiro distrito compreendia o trecho da ferrovia de São Carlos (Vila Velha) a Maylasky (Baixo Guandu), sob responsabilidade do Dr. José Leite de Abreu; o segundo abrangia o trecho de Maylasky a Cachoeira Escura-MG, sob responsabilidade do Dr. Oswaldo de Albuquerque.

Para os ferroviários e familiares localizados em áreas até Maylasky, além da passagem do médico pelos povoados, as consultas eram disponibilizadas todas as manhãs em Porto Velho em casos de necessidade. Diferentemente, em Cachoeira Escura o médico percorria a ferrovia duas vezes por semana devido ao grande número de “baixas” no contingente de operários, resultante não só das mortes, como também da pauperização causada pelo impaludismo crônico, muitas vezes agravado pela ancilostomíase⁴⁸. Os procedimentos executados pelos médicos da EFVM, consolidados nos relatórios, não especificam o diagnóstico das doenças, mas os casos

⁴⁸ Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. Gestão Setorial. II Divisão – Tráfego. Serviço sanitário (1920).

de malária ocorriam, seguramente, em maior quantidade, revelados pelas prescrições de medicamentos antimaláricos (Tabela 4).

Tabela 4 – Série histórica: procedimentos anotados nos relatórios médicos da EFVM.

Procedimentos de saúde	1917		1918		1919		1920		1921		1930
	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	1º	2º	
Doentes	3400	3854	3273	2232	3099	6426	6354	3824	4336	3806	63
Curativos	551	106	-	-	-	-	-	-	-	144	
Fórmulas/prescrições	4700	5620	3235	6230	5628	8370	10635	6.208	7406	5206	
Cirurgias	48	86	58	68	127	86	532	62	86	86	
Injeções 1	-	-	-	-	-	208	-	128	-	387	
Quinino					5kg de quinino gastos em 3 meses		6300 (cápsulas)	6300 cps 2300 + azul de metileno			
Outros procedimentos	175 pequenas cirurgias 18 aparelhos		Consultas feitas por cartas – medicamentos levados por trem		8 óbitos: 3 impaludismo, 3 ancylostomo, 1 congestão cerebral, 2 outras causas		32 Injeção 914.		Injeção 914		2 óbitos: internados no Posto Hospitalar de Callado

Fonte: CEFVM.

Nota: Dados referentes aos anos 1917, 1918, 1920, 1921, 1930.

Ao observar a distribuição dos procedimentos adotados pelos médicos nos dados apresentados na Tabela 4, podemos constatar que houve um aumento no ano 1919, para o qual provavelmente contribuiu o surto de Febre Perniciosa⁴⁹ que irrompeu em São Torquato, Coby, Argolas e Porto Velho, localidades de Vila Velha, atendido pelo Dr. José Leite de Abreu. Outra observação

⁴⁹ Febre perniciosa é considerada uma manifestação grave da malária nos estudos encontrados antes do século XX. A tese de doutoramento de Pedro Julio Barbuda, de 1875, defendida na Faculdade de Medicina da Bahia, faz o estudo dos sinais e sintomas da Febre Perniciosa que aparecem precedidos da malária. A relação com miasmas palúdicos e o tratamento com sulfato de quinino reforçam ser a mesma doença. (Disponível em <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6412/1/Pedro%20Julio%20Barbuda.pdf>- acesso em 18 de outubro 2020). Outro estudo, de autoria de Jorge Prata de Souza, publicado no livro História Brasileira das Doenças, organizado por Dilene Maul e outros (2006, p. 233-250), apresenta as denominações de causa mortis do Hospital de Cerro, durante a guerra contra o Paraguai, entre 1867-1869, dando como diagnóstico provável a malária designada febre perniciosa, febre paludosa, febre palustre paludosa. Na revista O Brazil-Médico publicada entre os anos de 1920 e 1935, não foi encontrada nenhuma referência com a designação Febre Palustre.

relativa a esse período diz respeito às prescrições sem consultas⁵⁰ médicas presenciais. Tais consultas realizavam-se através de “queixas” informadas por cartas, gerando prescrições que seguiam nos trens junto com as medicações, entregues aos doentes pelos agentes da ferrovia.

Na região do segundo distrito, nesse mesmo ano, o aumento do número de consultas e prescrições pode estar relacionado à gravidade do quadro sanitário que se instalou logo no início de 1919, devido à ocorrência de uma epidemia de gripe espanhola nas turmas 29, 30 e 31, num episódio final da pandemia que percorreu toda a linha em 1918, associada a um surto de impaludismo no início e no final desse mesmo ano. Além das consultas, chamam a atenção as fórmulas para tratamento do impaludismo indicadas pela medicina da época, principalmente na presença das formas graves da doença. Essas prescrições recomendavam injeções de quinofórmio e, também, de chlorydrato de quinino, usadas nos casos graves com alta probabilidade de morte.

No ano de 1920, que marca o início deste estudo, foram receitadas 4.100 fórmulas e distribuídas 6.300 cápsulas de quinino e 2.000 cápsulas de quinino e azul de metileno, além de pomadas, antissépticos, purgativos, entre outros medicamentos. Essas prescrições demonstram que o sofrimento provocado pelo impaludismo se tornou muito grave, quando a estrada entrou no estado de Minas Gerais, sofrimento comprovado pelo uso intensivo do quinino com azul de metileno⁵¹.

No território do segundo distrito, a doença, de cujos números não temos a dimensão, continuou fazendo muitas vítimas nessa década, mas a gravidade está demonstrada nas preocupações do Dr. José Leite, que reafirmava a efetividade do emprego de quinino no tratamento e o controle dos acessos febris, mas não garantia a cura dos acometidos.

A medicação, logo de início, garantia a interrupção dos parasitos no sangue, responsáveis pela patogenia e pelas manifestações clínicas da infecção. Quando o tratamento era interrompido, formas latentes que estavam nos tecidos do organismo não eram atingidas e ocorriam as recaídas, voltando a fase hematológica com o reaparecimento dos sintomas e da transmissão do

⁵⁰ Código de Moral Médica, aprovado no VI Congresso Médico Latino-Americano, feito pelo Dr. Cruz Campista, no Boletim do Sindicato Médico Brasileiro, nº 8, p. 114-123, ago. 1929. (Disponível em https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=41&Itemid=124).

⁵¹ Quinino com azul de metileno era a fórmula para melhorar e garantir o tratamento dos efeitos do sulfato de quinina. Foi usado para tratar a malária desde 1891 até o século XX.

parasito. Quando não curados, os acometidos se tornavam doentes crônicos, sem sintomas, mas com o parasito da malária no sangue.

Dr. José Leite também chamou atenção para os alojamentos precários onde viviam os trabalhadores com suas famílias, pois nos meses de chuvas, com os alagadiços e a sombra da floresta, esses locais se tornavam ainda mais insalubres. Mencionou também, no Relatório, as condições precárias das casas dos agentes, mas para esta categoria procurou eximir de responsabilidade a CEFVM, dizendo que “demonstrou preocupação com a situação”. Os pareceres médicos emitidos entre 1920 e 1921 apontam as condições precárias das residências de um grande contingente de trabalhadores da ferrovia, mas deixam evidente a preocupação somente com os agentes, excluindo os demais trabalhadores, principalmente das categorias de Locomoção e Tráfego, bem como os operários da construção. Somente tinham casas os feitores e havia algumas “casas de turma” para trabalhadores da Via Permanente.

É lamentável que não se possa de prompto e sem grande dispêndio impedir que esses males ataquem o pessoal, [...] Algumas residências dos Agentes não oferecem as condições necessárias para habitação, mas sei que a administração trata de melhorá-las que será de grande vantagem para a saúde da população (CEFVM, 1920, p. 37).

3.4 OS FERROVIÁRIOS E O IMPALUDISMO

A construção das estradas de ferro no Brasil e em outras partes do mundo dependeu de um grande número de trabalhadores, com funções variadas, mas o traçado dessas estradas só poderia ir à frente com os operários. Estes vieram de muitos estados do Norte e do Nordeste Brasileiro, mas todos eram chamados de baianos. Uma cantiga colocava-os no lugar irônico que os esperava no futuro na EFVM.

“Coitadinho dos baianos,
nem sabiam sua sina,
Foram morrer de febre,
Na Estrada Vitória a Minas”
(TARSO, 2003)

Esses trabalhadores exerciam diversas atividades profissionais na ferrovia, tais como as de foguistas, maquinistas, graxeiros, chefes de trem, guarda-freios, conservadores de linha, feitores, chefes de turma, tunileiros, ferreiros, soldadores, torneiros, eletricitas, bagageiros, carregadores, entre outras. Algumas áreas da Companhia concentravam grande número de trabalhadores, como os da construção e da manutenção, os trabalhadores braçais, analfabetos

ou semialfabetizados, a maioria contratada pelas empreiteiras. Inúmeros operários eram jornaleiros.

Nunca houve arrefecimento do impaludismo. Quando superado um trecho, a doença ia mais à frente, junto com os trabalhadores, seguindo o percurso dos trilhos. Os surtos se repetiam em toda a ferrovia, mas mantiveram-se recrudescentes no trecho entre Callado e Antonio Dias, aumentando a necessidade de assistência médica permanente, que precisou ser garantida com a construção de um hospital nessas duas localidades, sob a responsabilidade da ferrovia. No trecho espírito-santense, os casos de malária não tinham repercussão no trabalho da ferrovia já finalizada, mas ainda atingiam os trabalhadores, principalmente os de manutenção da linha, e a região de Colatina-ES. Em 1926, Dr. Domingos José Saboia e Dr. Feliciano Mendonça substituíram os antigos médicos e passaram a prestar serviço em todo o percurso da ferrovia, percorrendo os acampamentos apenas uma vez por semana.

Nos relatórios de 1926, a CEFVM responsabilizou o Poder Público por não atuar no saneamento da região cortada pela ferrovia, onde parte da população permanecia em total abandono. Nesse mesmo ano, a ferrovia foi atacada por uma epidemia de beribéri⁵², que acometeu os ferroviários desde Vitória até Antonio Dias – ponta de trilhos –, em Minas Gerais, perfazendo um total de 112 casos e onze mortos. A doença, que nesse momento já havia sido identificada pela ciência médica como de origem carencial (deficiência das vitaminas do complexo B), revelou uma situação alimentar precária dos ferroviários, a fome, agravada pela exigência física do trabalho e, provavelmente, pelo alcoolismo.

Os documentos não caracterizam os doentes, não mencionam as atividades que desenvolviam nem o trecho da linha em que ocorreram os casos letais. É provável, no entanto, que os casos graves e letais tenham sucedido entre os operários da construção cuja alimentação tinha como base farinha e arroz. Ressalte-se que o Governo do estado do Espírito Santo registrou, nesse mesmo ano, “casos excepcionais” de nefrite, de origem beribérica benigna, o que difere do relato dos médicos da ferrovia, que registraram a ocorrência de beribéri com 10% de letalidade.

⁵² Beribéri – conhecida em 1926 como doença carencial. Pode acontecer em surtos graves, com mortes, em períodos muito rápidos. As epidemias acontecem quando um grande contingente de indivíduos, principalmente adultos jovens, sofrem restrição de alimentos ricos em vitaminas do Complexo B - Tiamina. Como na maioria das doenças relacionadas à ingestão de alimentos, os surtos de beribéri ocorrem em condições de pobreza e de fome, com alimentação monótona baseada em elevado teor de carboidratos simples, e em alguns grupos específicos de risco, como alcoolistas, gestantes, crianças e pessoas que exercem atividade física extenuante, pelas condições de vida e trabalho (Disponível em <https://aps.saude.gov.br/ape/pcan/b1>).

Logo o surto ficou restrito aos ferroviários, e sua causa vinculou-se ao cotidiano desses trabalhadores.

Em 1929, a imposição de corte nas despesas da ferrovia em momento de grande crise econômica mundial refletiu-se na redução de recursos humanos, principalmente de operários e, entre estes, aqueles de menor produção. Nesse processo de demissão, foram dispensados os menos sadios, principalmente os doentes crônicos de malária que, debilitados por ataques repetidos e mal alimentados, eram considerados improdutivos.

A CEFVM, em seu relatório, mostra a falta de assistência aos ferroviários, com a passagem de um médico nas localidades apenas uma vez por semana, e menciona que, mesmo com os postos hospitalares em Callado e Antonio Dias, os doentes graves eram levados para Colatina. Callado e Antonio Dias estavam distantes uma da outra aproximadamente 16km, logo o grau de insalubridade e o risco de acometimento da malária eram graves em toda a região. O impaludismo passou a fazer menos vítimas, quando a ferrovia se aproximou da cidade de Antonio Dias, mais habitada e afastada da floresta e dos alagados, e essa condição perdurou na década de 1930.

Nos relatórios da CEFVM de 1930 e 1931, não há descrição de ações médicas ou procedimentos de saúde. Os médicos que percorriam a ferrovia para atendimento aos ferroviários e suas famílias não garantiam socorro nos momentos em que precisassem. No posto hospitalar de Callado, com poucos recursos, foram atendidos 63 pacientes, registrando-se apenas dois óbitos por malária. Chama a atenção a quantidade de diárias utilizadas na internação para o quantitativo de pacientes – 372 no total. As despesas eram cobradas na folha de pagamento dos enfermos, significando, portanto, a existência de uma assistência privada, por parte da CAPs dos ferroviários, graças à qual pagamentos de diárias de internações eram descontados nos salários. Assim sendo, essa modalidade de assistência estaria garantida àqueles registrados na CEFVM.

Mesmo com o controle dos surtos nas proximidades de Antonio Dias, o relatório médico do ano 1931, assinado pelo chefe da construção (Linha) e dirigido ao Diretor-Presidente da CEFVM, traz a descrição de um acontecimento trágico, ocorrido na região entre a Ponte do Brocotó até 10km à frente, segundo o qual o “[...] paludismo atacou os operários e suas famílias dizimando-os”. Pelo traçado da época, o trecho atravessava o Rio Piracicaba, afluente do Rio Doce, provocando grandes alagados na época das chuvas, e seguia até Callado, hoje Coronel Fabriciano (Fotografia 15). Todo o Médio Rio Doce era paludoso e, em época de grandes

chuvas, seus afluentes transbordavam e a zona de paludismo latente voltava a fazer muitas vítimas.

Fotografia 15 – Ponte do Brocotó*.



Fonte: Acervo de Mario de Carvalho.

* A ferrovia tinha seu traçado próximo ao rio. A fotografia já mostra a mudança de traçado.

As políticas de saúde do Estado Brasileiro, até o período estudado, tinham claro direcionamento aos problemas sanitários que ameaçassem as relações de produção. O início do século XX foi a época de grandes migrações, com a economia direcionada às exportações. A partir de 1923 e nas décadas seguintes, com a industrialização e a organização dos trabalhadores, principalmente das ferrovias e dos bancos, foi reivindicada uma política de saúde que atendesse as enfermidades individuais, afastadas das ações de Saúde Pública. Mas o impaludismo permanecia no **caminho de ferro**, aparecendo nos trechos do Espírito Santo que ainda mantinham a mata.

A partir do Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecido como Lei Eloy Chaves, a CAPs da EFVM passou a organizar o acesso a médicos e a medicamentos para todos os associados. As Caixas dos ferroviários eram gerenciadas por um Conselho de Administração, formado por empregadores e empregados de cada Companhia. Mensalistas, diaristas e

empregados com mais de seis meses na Companhia eram sócios obrigatórios das Caixas. O regime de contribuição era tríplice: os empregados contribuía com 3% de seu salário mensal; a empresa, com 1% de sua renda bruta, e o Governo Federal, com a receita arrecadada de taxas sobre os serviços ferroviários. Não há referência a atendimentos em casos de doenças infectocontagiosas, o que leva a concluir que os associados, doentes de malária, ficaram sem garantia de assistência nessa especialidade.

A CAPs inaugurou uma farmácia em Porto Velho para dispensar os medicamentos a todos os empregados e familiares. O atendimento médico era realizado pelos médicos de referência: Dr. Osvaldo Albuquerque, na primeira seção, com sede em Porto Velho; Dr. Américo Martins da Costa, na segunda seção, em Aimorés; Dr. Nahor Rodrigues, na terceira seção, em Figueiras; Dr. Luiz Lacerda Guimarães, no Rio de Janeiro, para atendimento aos funcionários do escritório. Os relatos de acidentes estão mais presentes nos relatórios da 2.^a Divisão da Estrada – Tráfego. Os operários trabalhavam na linha do trem, por isso estavam mais vulneráveis. Em 1937, foi prestada assistência a 142 trabalhadores, “de acordo com a lei”, pela Companhia Seguradora Sul América.

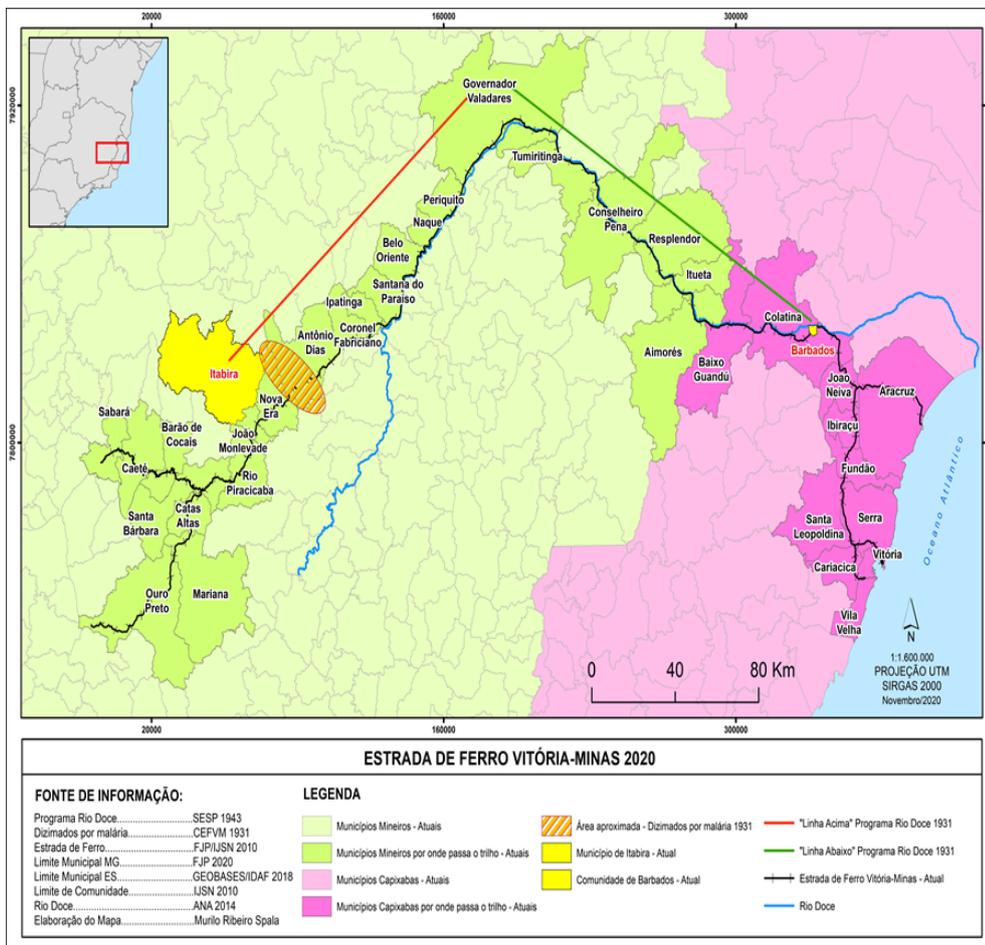
Não fica clara a divisão de responsabilidades na atenção às enfermidades. São apontados três espaços de organização da assistência: a CAPs, os médicos da ferrovia e a Seguradora Sul América. Não há referência ao papel do Programa Especial de Profilaxia do Impaludismo, que estaria sob a responsabilidade dos municípios.

Os relatórios de gestão da EFVM aos acionistas, durante os anos de 1930 a 1940, não se referem ao horror do adoecimento pelo qual passaram os trabalhadores. Os médicos da Companhia diminuíram suas visitas e recomendaram a ingestão de maior quantidade de sulfato de quinino, caso a medicação não fizesse efeito. Os efeitos colaterais da medicação, entre eles, os delírios, eram comuns, e muitos operários precisavam ser afastados do trabalho. A estrada apresentou vários desafios, paralisações e doenças, seguindo em frente com muito atraso, que se transformava em penalidades contratuais. Mesmo com tantos desafios, atrasos nos pagamentos e mortes por malária, o rigor disciplinar era enaltecido pelos chefes de sessão com a frase muitas vezes repetida: “a ferrovia mais disciplinada do País”.

O Mapa 5 traz a visão panorâmica da EFVM e sua área de influência imediata, à qual levou desenvolvimento, com as áreas onde ocorreram os mais graves surtos de malária, resultando em grande número de mortos. A marcação territorial do Projeto Rio Doce nas cidades de Colatina, Governador Valadares e Itabira mostra claramente os objetivos iniciais do projeto,

focalizados na ferrovia, mas não deixa de incluir ações de saúde nos demais municípios por onde passava.

Mapa 5 – Traçado da Estrada de Ferro Vitória a Minas e sua regionalização, segundo o Projeto Rio Doce, com área de maior mortalidade por malária – Espírito Santo e Minas Gerais (1920-1942).



Fonte: Elaboração cartográfica de Murilo Spala (2020).

4 TRABALHO, DISCIPLINA, DOENÇA – POBREZA E INVISIBILIDADE

O corpo, manifesto da doença, que se revela a partir dos sinais clínicos da medicina, muitas vezes sem a queixa do sintoma, ingressa na história, especificamente na historiografia das doenças, na coletânea organizada por Le Goff (1985), numa abordagem de Jean-Charles Sournia. O autor trouxe para a história a doença como um fato social, que se prostra no corpo biológico, tornando-se objeto e sujeito da historiografia.

Neste capítulo da tese, a malária deparou-se com o corpo de homens e mulheres que viveram no território da EFVM, apresentou-se de forma endêmica ou epidêmica e transformou corpos sadios em corpos trêmulos e amarelos. Mas, mesmo doentes, os operários da EFVM continuaram trabalhando até não poder mais, conforme a narrativa de José do Patrocínio:

Na época que trabalhei... a gente, na beira da linha, andava demais...Eu não trabalhava na beira da linha, era carpinteiro, mas trabalhava no trecho. Eu não cheguei a pegá paludismo; o paludismo curava com chá... trem margoso!.. Meu colega pegou, tremia demais. Ia pra trás da moita e ficava lá vomitando muito... revirava o bucho... ninguém acudia não. Era no trecho, longe... e tinha horário certo de largar o serviço. Era longe, não tinha... pois é, a gente não tinha recurso, o recurso da gente era longe, em Nova Era, o chefe de turma. Era para mandar... não dava conta, mandava pro médico. Nós sofremos muito. A Rio Doce foi construída com analfabetos. Eu mesmo... sofremos muito... a gente usava roupa comum, remendada, e de chinelo. A gente comia bem, nós comia bem, comida forte: rabada de boi, arroz e feijão... verdura era difícil no trecho. A gente era comandado... No trecho nós fazia barracão de tauba e espalhava o soalho com dormentes... (Grifo nosso)

O auxiliar de estação Antônio Silvestre do Nascimento corrobora esse depoimento:

A gente vivia meio amarelo de tanto tomar injeção. Acho que se chamava Ateblina, outros falavam Ateblina, de forma que não me recordo mais do resultado. O certo é que amarela. E a gente vivia amarelo. Trabalhei no telégrafo com um colchão no chão, porque não aguentava a febre. Você treme, treme, treme. Faz frio. Aí dispara a suar e vem uma fraqueza tremenda. O fígado endurecia e ficava igual um pau. Então você dizia que aquilo era tábua de passar roupa (MAYRINK, 2002, p. 60).

Com base nos depoimentos de Patrocínio e Antônio e sustentada pela assertiva de Le Goff, podemos entender o que acontecia no corpo de homens humildes, negros, famintos, descalços e dóceis⁵³, que foram cenário de um acontecimento recortado entre 1920 e 1942, sob a disciplina da EFVM. Neste referencial, a historiografia das doenças encontra um sentido mais verdadeiro

⁵³ “É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado” (FOUCAULT, 2014, p. 134). Neste momento do estudo, os indícios apontaram para a existência de uma disciplina nas ferrovias brasileiras do século XX, que nos remeteu aos escritos de Michel Foucault e toda sua força, mostrando que a disciplina e a dominação bem como o funcionamento corporal do poder disciplinar e seus efeitos de invisibilização estavam presentes na EFVM. Por agora, vamos apenas utilizar a interseção de Foucault em seus escritos, o que abre um campo vasto para novos estudos.

quando busca construir as relações de corpos que ocupam um lugar na sociedade e a doença que se insere culturalmente, biologicamente, politicamente e medicamente (ROSENBERG; GOLDEN, 1997).

Na busca do corpo doente por malária, encontramos homens e mulheres que trabalharam na ferrovia ou viviam dela, caracterizados pelo médico sanitarista Belisário Pena (1922a, p. 2) como “[...] velhos e fracos apesar de pouca idade”. O semblante de pouca gordura, os ossos aparecendo sob a pele e a fraqueza, características de corpos envelhecidos, desidratados e desnutridos, foram sinalizando os operários que permaneceram na construção por longos períodos, submetidos a repetidos surtos de malária. O julgamento de Belisário Pena, decorrente de suas observações e análises, atesta o papel importante das ferrovias do final de século XIX no desgaste físico, na exposição ao contágio de doenças e na morte de grandes contingentes humanos, principalmente por levarem trabalhadores para regiões onde as condições de sobrevivência não estavam garantidas. E foi essa a mesma condição encontrada na EFVM, denunciada à sociedade do Espírito Santo e de Minas Gerais em um discurso público por ele proferido em Vitória, em 1922.

O médico sanitarista falou especificamente sobre o Vale do Rio Doce e o descreveu como um cenário de sertão⁵⁴ na ferrovia. Logo, como sertão, não foi apenas a malária que levou os operários àquele grau de espoliação; foi a fome também, mesmo que seletiva, de forma endêmica e silenciosa. No seu discurso, Pena afirmou a necessidade de homens saudáveis para a término do empreendimento, provavelmente porque via na EFVM as mesmas condições de morte da EFMM. Mesmo na clareza do desfecho fatal, as recomendações higiênicas gerais, ele não denunciou diretamente as condições de trabalho e de vida dos trabalhadores.

Quanto a força do cargo que exerço e a paixão que consagro a causa do saneamento, visto os serviços de profilaxia dos Estados, julgo-me no dever de dar contas do que vi e observei aos respectivos governos, e de aconselhar-lhes e ao povo as providencias e as cautelas indispensáveis para garantia da saúde única e segura base da prosperidade individual e colectiva porque é a geratriz da alegria, do equilíbrio mental e da inteligência lucida, motor do trabalho fecundo e remunerador; o fator da riqueza; o alicerce da raça capaz e eficiente (PENNA, 1922a, p. 2).

⁵⁴ Para os médicos sanitaristas, o sertão a que Belisário Penna se referiu no seu discurso em Vitória representa a periferia das cidades, um povo abandonado pelo Estado e doente, que poderia tornar-se uma ameaça para a Saúde Pública por manter a comunicabilidade das doenças entre os indivíduos e entre as cidades e sua periferia. Além desse referencial de perigo, **como doença que pega**, vamos encontrar autores que destacam o caráter de construção de uma ideologia nacionalista que precisaria resgatar esse contingente populacional para formar a nação (HOCHMAN, 2013).

O regime de trabalho dos ferroviários era exaustivo, mas nunca deveria prejudicar o andamento da construção. Os operários contratados pelas empreiteiras tinham, além de salários baixos, pior condição de alimentação e moradia do que aqueles contratados pela EFVM, fato comum na história das ferrovias brasileiras. Claudia Monteiro (2007) e Francisco Food Hardmam (2005), ao estudarem as ferrovias do Paraná e do Amazonas, afirmaram que os trabalhadores das ferrovias brasileiras sofriam de fome, doenças e acidentes. No Espírito Santo e em Minas Gerais, o descaso, no Paraná, os desfiladeiros, e no Amazonas, a floresta, foram condições agravantes para a sobrevivência dos operários comparadas a um caminho de genocídio que Hardmam (2005) assim descreve:

A história dos que fizeram esses caminhos é uma narrativa repleta de mortes, doenças, fugas, motins frustrados e anônimos. Operários de todos os recantos, nesse revolvimento assombroso de terras, igualavam-se por baixo, na condição de escravos modernos, despossuídos e prontos a perecer em holocausto aos senhores do novo maquinismo (HARDMAN, 2005, p. 152).

A situação de pobreza, caracterizada pelas condições mínimas de alimentação, moradia e saneamento, marcou a vida dos operários e de muitos trabalhadores, mas não definiu o contágio por malária, pois aqueles que trabalhavam na Divisão de Transporte e Locomoção, mesmo nessa situação, tiveram menor chance de exposição à doença. Os mais contaminados foram aqueles que trabalhavam no assentamento ou na conservação da linha e estavam sujeitos a poeira, insolação, frio, umidade, aos agentes patogênicos e aos vetores de doenças. Entre esses, os operários da Divisão de Construção foram os que contabilizaram o maior número de mortos. A doença acometeu os corpos mal alimentados, diminuindo sua capacidade física e mental, e, pelo grau de espoliação e pela dificuldade permanente de tratamento, eles não resistiam.

A grande incidência de casos de malária na EFVM foi facilitada pela permanência prolongada dos trabalhadores e operários em trechos de alta contagiosidade, isto é, em trechos onde existiam indivíduos susceptíveis, indivíduos infectados e o mosquito transmissor, condições que, aliadas à precariedade de vida, perpetuavam o ciclo da malária com grande número de doentes. A malária fez muitas vítimas não apenas na EFVM. Foi uma doença característica nas obras de construção das ferrovias que, em etapas demoradas, obrigava a permanência de trabalhadores nos mesmos lugares, por meses e anos, favorecendo a infecção em grande quantidade deles, principalmente os braçais.

Os operários da EFVM, chamados de “bairanos”, vinham de vários estados do Nordeste Brasileiro, principalmente do Ceará, de Sergipe, de Alagoas e da Paraíba, conforme algumas anotações encontradas nos relatórios anuais da EFVM. Segundo Araripe (1954, p. 63), “[...]”

eram arrebanhados nos estados do Nordeste Brasileiro, a começar na Paraíba até a Bahia, e trazidos para os serviços debaixo de vigilância”. Não podemos precisar como operava essa vigilância e com que intenção os homens trazidos em grandes grupos estavam sob vigilância, mas não era a vigilância médica sobre a saúde ou as doenças, ou a que se poderia considerar positiva por detectar antecipadamente os surtos, especificamente o da malária, visando impedir que homens doentes fossem selecionados para trabalhar na ferrovia.

O transporte de grande contingente de homens, como o que ocorreu entre 1922 e 1923, totalizou 1.200 trabalhadores, que viajavam como animais, como presas, “debaixo de vigilância”, não uma vigilância de doenças, mas, provavelmente, uma vigilância sistemática de comportamentos para regulação dos desvios. Ao serem arrebanhados, seu transporte comparava-se ao de animais. Sob vigilância, eram impedidos de manifestar algum comportamento desviante que levasse à fuga qualquer membro do grupo, garantindo-se, assim, que a totalidade dos trabalhadores chegasse ao Espírito Santo. Essa mão de obra era necessária porque não havia operários disponíveis na região do Médio Rio Doce, ainda com poucos povoados. Além disso, a malária endêmica causava muitas baixas.

Então eles... é como... é como diz na história, que eles, os nordestinos, vieram aqui à procura de trabalho, saíram da seca... e também fugidos de Lampião do Cangaço. Então, muita gente... A gente pegou muitas pessoas porque a maioria das pessoas aqui eram do Nordeste, vinham pra trabalhar. Depois... aqui eles foram... era tudo mata, né? Eles iam abrindo e foram ficando aqui, nas casinhas aí. E aí foi... construiu a estrada de ferro. E... Então, os primeiros moradores, realmente, praticamente foram eles que vieram de lá, né? Porque também vinham de Barra do Triunfo, Santa Teresa, mas já vinha por Barra do Triunfo, pela estrada, né? Então, vieram os primeiros mesmo pra ficar, foram eles, os nordestinos. Depois começaram a chegar e veio... Gabriel Emílio era um que extraía madeira pra exportar. Então, aqui eles pegavam as madeiras e levavam pra Maria Ortiz, na estação. Levava em cima de zorra, sabe como é? (Pasqua, grifo nosso)

A malária foi-se apresentando de forma mais ou menos grave nos corpos que política e biologicamente foram colocados em risco. A escassez de anotações na Divisão de Pessoal da EFVM relativas ao período de 1920 a 1942 sobre essa “mão de obra” não nos permitiu caracterizar o regime de trabalho adotado, mas os registros que encontramos de agradecimentos da CEFVM aos grandes empreiteiros pelo trabalho realizado em 1936 atestam que o sistema de trabalho praticado na construção da ferrovia foi organizado na forma de empreitadas e subempreitadas. Esse modelo de organização do trabalho mantinha a exploração extrema do trabalhador com o objetivo de reduzir os custos e o tempo de construção das obras, como ocorreu em todas as ferrovias brasileiras.

Não há relatos específicos sobre mão de obra trazida de fora do país na EFVM, exceções feitas aos engenheiros e topógrafos ingleses, que assumiram cargos importantes na ferrovia e nas minas de ferro em Itabira, e aos italianos residentes no Espírito Santo, principalmente nos primeiros anos da construção, quando a ferrovia percorreu a região das antigas colônias de imigrantes que deram origem aos municípios de Ibiraçu e João Neiva. Os descendentes de imigrantes voltaram a trabalhar na ferrovia nas décadas seguintes, tanto como mão de obra especializada, na oficina de João Neiva, quanto como agentes de estação, telegrafistas, carpinteiros e outras especialidades.

Muitos descendentes de imigrantes ingressavam na CEFVM muito jovens, adolescentes ainda, como aprendizes, e se qualificavam na própria ferrovia (RIBEIRO, 1992). Como o ingresso se dava por indicação, muitas famílias tiveram várias gerações trabalhando ao mesmo tempo na EFVM e, também, adoecendo ao mesmo tempo. Ser um ferroviário significou, para as gerações, ter uma fonte de renda segura e, para aqueles que demonstrassem bom desempenho e dedicação, a possibilidade de promoção. Ingressavam na Companhia ocupando cargos menores, mas, se fossem alfabetizados, tinham possibilidade de ascender a melhores postos e salários. Duas formas distintas de ingresso permaneceram diferenciando os indivíduos e seus lugares na ferrovia: ou eram trabalhadores contratados ou operários das empreiteiras.

Eu também entrei como telegrafista, né? A gente fazia... praticava, né?... na estação. Depois fazia um exame de telégrafo; o inspetor fazia outro exame. Se ele achava que estava apto, ele mandava para uma estação, geralmente uma estação assim... de terceira classe, né? Porque estava começando. Eu tive sorte que, quando eu passei, vim para Vitória. Não sei se era porque era muito miúdo. É... novinho, garoto, quatorze anos. A gente entrava com quatorze anos. Nesse livro aqui, eu conto essa história. Morria gente. Lá em Acioli mesmo, tinha uma família que tinha dois... um agente, um senhor também... Jaci era maquinista, né? Aquele que jogava lenha na fornalha, sabe? Aquele negócio. E descarrilhava muito. Os trens saía da linha... era maltratada, péssima qualidade. Tinha Joveli, que era telegrafista também. Um deles ficou doente pelo menos. O Jeni, ele teve a febre. Era malária mesmo. (Telegrafista, grifo nosso).

A doença atacou a todos. Não poupou agricultores, trabalhadores, operários, chefes, agentes de estação e engenheiros, mas a vulnerabilidade⁵⁵ dos indivíduos estava diretamente relacionada à função que desempenhavam. A grande maioria dos homens que adoeceram por malária pertenceu à Plataforma e à Via Permanente. Os maquinistas, condutores de trem e foguistas, da

⁵⁵ Vulnerabilidade é um estado em que se encontram os indivíduos, que os deixa aptos a serem lesionados. Na vida em sociedade, algumas características e eventos podem contribuir para que os indivíduos tenham maior ou menor risco de serem lesionados. Para a doença e a fome contribuem efetivamente os fenômenos físicos, biológicos e sociais, que devem ser compreendidos nas razões históricas que distribuem os sujeitos nas classes sociais (LORENZO, 2006).

Divisão de Locomoção, além da malária, sofreram com os acidentes graves nas caldeiras e nos descarrilamentos (AFFONSO, 1967; LAMOURIER, 2012a). Nas empreiteiras, além de também adoecerem por malária, muitos operários eram pagos só no final da empreitada, o que agravava sua sobrevivência, diferentemente dos trabalhadores contratados pela CEFVM que recebiam seus salários mensalmente.

A construção da Plataforma Ferroviária contou com a presença dos engenheiros em algumas fases da obra, mas, depois de pronta, completado um trecho de trânsito, eles se retiraram. Ficaram um feitor e um chefe de turma, este responsável por grupos de dez a treze operários a cada dez quilômetros. As tarefas iniciais eram realizadas por turmas de sondadores, roçadores, cavouqueiros, condutores, niveladores. Abel de Carvalho, que trabalhou como chefe de turma e ascendeu na hierarquia da ferrovia, caracteriza os operários como sujeitos a um processo de trabalho caracterizado pelo atraso, que já poderia estar superado, adjetivado pela crueldade. O atraso, aliado à exploração, constituía-se no que é definido no regionalismo pé-de-boi: homens analfabetos, com processos de trabalho rudimentares, que serviam para qualquer coisa, submissos e resignados. A Fotografia 16 apresenta a abertura do trecho de Callado, feita com equipamentos rudimentares. O trecho foi posteriormente abandonado devido a mudança do traçado.

Fotografia 16 – Implantação do trecho da EFVM denominado Calado, em Coronel Fabriciano-MG (1925).



Fonte: Disponível no blog <https://www.diariodoaco.com.br/noticia/0061987-passado-sem-memoria>.

Quanto ao pessoal, suas dificuldades e qualidades, os trabalhadores da Via Permanente eram nivelados a qualquer trabalhador da roça ou carvoeiro. Um **currancismo cruel**, a troca de baixo salário, sem direito a mais nada. O pessoal da carreira “C” ainda obtinha salário melhor por meio de horas extras, pois abrir a caderneta (controle de ponto) e só fechar trinta horas depois era normal (CARVALHO, 2003, p. 45).

Quando os operários adoeciam, permaneciam em tratamento no trecho onde moravam e não se afastavam do trabalho. Quando a tremedeira era insuportável, paravam um pouco e depois da suadeira voltavam a trabalhar. Os acometidos de malária grave podiam ser removidos para Colatina ou Vitória, após avaliação do médico da ferrovia, que percorria as turmas duas vezes por semana, na década de 1920, e apenas uma por semana, na década de 1930. Os ferroviários especializados tinham o direito de fazer o tratamento em suas residências, muitas vezes distante do local de trabalho. Quando ficavam curados, voltavam aos seus antigos trechos, mesmo com medo de recontaminação, sem o direito de infringir as ordens.

Diferentemente dos trabalhadores “fichados” na CEFVM, os operários não tinham direito a licença para tratamento. Sua sobrevivência podia esgotar-se a qualquer momento devido à doença na ocorrência de desgaste físico. Na obra do engenheiro Ceciliano Abel de Almeida (1959), em vários momentos da sua narrativa, destaca-se a descrição da permanência de operários doentes, com as crises intermitentes, durante a laboração. Em um dos trechos que exemplifica essa situação, é dramática a análise que o autor apresenta, anos depois dos fatos ocorridos. Naquele momento dentro da Companhia, o engenheiro se coloca celebrando o término da tarefa, mesmo que executada por infelizes, inconscientes da situação de exploração grave de um corpo doente.

A alegria da turma se esmarruiu, obdurou-lhe, a decisão de triunfar dos obstáculos, que se lhe apresentassem. E com o propósito de alcançar a vitória, chantando o marco final da locação, aquela gente, embotada na hora do acesso palustre em seus tresvarios, se referia amiúde ao término do serviço e à volta imediata ao trecho em construção. E esses delírios, na picada, convertiam-se em anelo consciente e justo e, por isso, todos procuram, como náufragos, sopitando canseiras, salvar-se, chegando á praia simbolizada na última estaca, que iam cravar. O termo de nossa tarefa sorri em um sábado esplendoroso, que contrasta com as faces embaciadas daqueles infelizes, sempre pacientes em esperar os terríveis acessos intermitentes, sempre em demasia agradecidos à pouca terapêutica que lhes oferecemos (ALMEIDA, 1959, p. 239-240).

Triunfar ou chegar ao término de uma tarefa que vai além de suas forças, “[...] como náufragos, sopitando canseira”! O engenheiro, participante de tudo o que se passava com aqueles homens, termina sua tarefa em um sábado esplendoroso, com a sombra de operários moribundos e sem tratamento. A disciplina fez com que esses homens acreditassem que deveriam chegar à última estaca. A superação da exaustão transformou-se nos seus próprios valores como exemplo de uma disciplina perfeita. Os operários agiam como o engenheiro e a CEFVM precisavam, sob

uma vigilância que se distribuía numa hierarquia de poder até chegar a um chefe para cada dez homens.

Lamounier (2012b) não descarta que o regime de escravidão possa ter permanecido nas empreiteiras após a abolição e após a promulgação das leis que protegiam o trabalho nas ferrovias, referindo-se, principalmente, àquelas que iniciaram a construção no século XIX, com a participação dos grandes fazendeiros do café em São Paulo. Mesmo que a EFVM tenha iniciado sua construção em 1904, o maior contingente de trabalhadores foi admitido após 1918, período em que as leis de contrato já estavam em vigor, e nos deparamos com características de trabalho e de submissão dos indivíduos herdadas do sistema escravocrata, ao lado de um sistema de maior tecnologia, que mantinha trabalhadores deliberadamente ordenados e produtivos a partir da disciplina. Neste ponto, o corpo dos operários, sem valor e podendo ser substituído a qualquer momento, tem uma conexão com Michel Foucault (2014) no corpo disciplinar que se tornou útil, mostrado em todo o percurso deste estudo, quando se buscou a malária.

O trabalho duro, sem descanso, sob a supervisão rigorosa do feitor ou capataz, identificava-se com o trabalho escravo. A fidelidade aos chefes, a fidelidade e a gratidão à Companhia, que apareceram discretamente na fala dos trabalhadores e foram registradas pelos memorialistas, evidenciaram uma relação de submissão, de eterna gratidão, construída no jogo entre punição e benefícios aos que cumpriam as tarefas, de acordo com o regimento da ferrovia e com objetivos bem marcados.

É escassa a produção acadêmica sobre ferroviários que trabalharam na construção de ferrovias, no entanto a disciplina marca a vida ferroviária.

O feitor observava a estrada, né? Ele saía com os trabalhadores num troller... naquela época falava troller, mas hoje é trailer. Então ele ia trabalhar num pedaço da estrada; então eles colocavam um sinal que eles estavam em obras ali. E ele era uma pessoa, assim, muito inteligente. **Ele era, ele era... africano. Pessoa muito inteligente, muito brava, mas era muito amigo.** Papai era amicíssimo dele. A filha dele, a Maura, era da nossa idade. A gente brincava e sabia tudo deles. Eles comiam açúcar branco. A gente só comia açúcar preto, açúcar mascavo. Tudo que eles tinham a gente não tinha, sabe? (Eleonora, grifo nosso)

Na fala de Eleonora, a nacionalidade do feitor é identificada como africana, mas é provável que se trate da identificação da cor negra com indivíduos escravizados, que vieram do Continente Africano. Ele ocupava uma posição importante na hierarquia administrativa, recebendo salário diferenciado que lhe permitia acesso a produtos industrializados, o que a grande maioria da

população dos imigrantes residentes em Acioli-ES, os trabalhadores da agricultura e os nordestinos não tinham.

Foram os operários, indivíduos mal alimentados, portadores de ancylostomíase, com as células do sangue destruídas por crises de malária intermitentes e com sinais de cansaço e pouca resistência, que provavelmente deixaram o grande rastro de morte silenciado nos documentos pesquisados.

E certa vez muito nos comovemos quando um curiboca espírito-santense, Francisco Bicuíba, de machado nas costas, se aproxima do trânsito e, tiritando, bambeando, humildemente com a voz entrecortada, assim fala: Seu dotô, a mardita me montou. Me dê licença pra encostar entre a sapopeira daquela arve. Quando eu começá a suá, vorto pro trabaio (ALMEIDA, 1959, p. 238).

O depoimento abaixo também comprova a situação:

Eles eram ferroviários, meu irmão também pegou malária. Já trabalhava na ferrovia. Foi até um lugar chamado Cascão. Passa Baixo Guandu... Baixo Guandu, Aimorés, Resplendor... Mas o meu irmão foi lá pra Cachoeira Escura. Foi pra lá e tal. Meu irmão mais velho... até já morreu. **Aí pegou febre ali, febre danada! E ele ia embora... e quis voltar. Foi para o mesmo lugar.** (Telegrafista, grifo nosso)

Cesar Giacomini, condutor de trem aposentado, acrescenta:

Era só serviço pesado: capinar a linha de uma chave até outra, buscar água para a senhora do agente cozinhar, dar banho nos meninos. Carregava a água para porco tomar banho. Era o serviço da estrada. Parece que estou contando mentira. Com 25 dias de estrada apanhei a malária em Drumond. O médico me deu vinte dias de atestado. Quando voltei pela segunda vez para tomar injeção, teve um agente que disse: Você ainda tem coragem de ir? Respondi: Eu sou mandado. Nesta viagem três pegaram malária. Tinham trabalhado duas noites num trem, e o mosquito atacou. Foi minha única malária, graças a Deus! (MAYRINK, 2002, p. 60).

A mobilidade da construção não arrefecia o isolamento de operários no Médio Rio Doce porque, “[...] à proporção que a terraplanagem ia ficando pronta, uma turma de cem homens ia assentando a superestrutura [...]” (CARVALHO, 2003, p. 47) e os operários continuavam a abrir caminho. Quando ficava pronta a superestrutura, turmas de trabalhadores permaneciam no trecho para manutenção, alojados nas “casas de turma”, construídas na beira da linha só para homens solteiros, em torno de dez. As casas foram construídas entre 1920 e 1930, substituindo gradativamente os abarracamentos no trecho entre as estações (Fotografia 17). Ofereciam maior proteção para a malária, pois, por serem de alvenaria, de esteio e de tijolos, com as janelas teladas, impediam a entrada de mosquitos. As casas tinham dois cômodos principais, um grande salão e uma cozinha nos fundos. As privadas eram afastadas das casas, e as ferramentas e o troller eram guardados dentro delas, o que lhes dava aspecto de oficina e muito desconforto.

Fotografia 17 – Casa de turma construída aproximadamente em 1937.



Fonte: Affonso (1967).

Nota: O leito da ferrovia era de cascalho e, antes de 1937, tinha os dormentes assentados sobre a terra.

No ano de 1924, entre as estações de Ipatinga, Raul Soares e Baratinha, foram construídas casas de turma no padrão exigido pelo Ministério da Viação e Obras Públicas, além de casas para as famílias dos operários encarregados da conservação da linha, com cozinha, privada e um cômodo separado para o troller e as ferramentas (Fotografia 18) (CEFVM, 1925). Em muitos trechos, a moradia permaneceu precária até 1940 e só os feitores tinham casas. Os operários permaneceram em casebres cobertos de zinco ou capim-sapé, próximos à residência principal (AFFONSO, 1967). Os casados preferiam morar com suas famílias nesses casebres, construídos sem o mínimo de higiene e salubridade, o que agravava o estado de saúde de homens, mulheres e crianças (AFFONSO, 1967; CARVALHO, 2003).

Os agentes de estação tinham suas casas no terreno agregado à Estação de Trem. Os ajudantes de estação moravam mais afastado, a grande maioria em casas que se comparavam aos casebres construídos pelos operários (Fotografia 18).

Pois é, isso eu não lembro. Mas ele era um agente da estação, né? Ele que comandava aquilo ali tudo... e do lado da estação era a casa onde a minha avó morava. Olha, o que eu sei é o que a vovó contava. Quando eu tinha 10 anos, ele ficou doente. Aliás, ele morreu quando eu tinha 10 anos. Então, ele ficou... vovó contava que ele ficou doente porque ele era... Antigamente as mercadorias de Vitória pra Colatina ia por trem, não tinha negócio de caminhão... essas coisas. Aí sumiu... não sei qual era o material, era uma caixa... as caixas sumiram. **O vovô pegou... vovô Virgílio foi no mato, interior de Colatina... Aí ele pegou essa doença lá, não sei se**

foi por água, por mosquito... não sei. **Aí, quando ele chegou, ele chegou passando mal. Foi na barriga, eu sei que foi na barriga, né? Então ele chegou e ficou no hospital.** Depois mandaram ele pra cá. Eu sei que quando a equipe de enfermeiro ia na casa dele... porque a gente morava tudo perto assim, né?... eles mandavam a gente sair da casa, nós criança. Era eu, meus primos... tudo saía. **O Manuel, que era o empregado tipo, assim, aquele empregado mão direita, sabe? que fazia tudo... negócio de trilho... essas coisas. Eu sei que as pessoas eram assim, era pobre, né? que trabalhava na estação... Que a gente via pela casa de Seu Manuel, que eu conhecia mais. Não era de alvenaria... casinha, casinha simples.** (Dolores, grifo nosso)

Fotografia 18 – Casa de operário construída na beira da EFVM (1920-1942).



Fonte: Acervo pessoal de Mario de Carvalho Neto.

Nota: Cedido em agosto de 2020.

Em muitas ocasiões, quando havia necessidade de recuperação do leito da ferrovia ou de mudança do traçado, era preciso deslocar operários dos trechos ainda em construção, principalmente do Médio Rio Doce, para o território do Espírito Santo. Então, de forma improvisada, os trabalhadores eram alojados em acampamentos, em áreas de existência do vetor. Desse modo, a presença de operários com malária crônica precipitava o reaparecimento dos focos da doença nesses locais: **“É, e na época de reconstrução, eles... eles buscavam lá em Minas, não sei em que região... trazia aquele monte de trabalhadores para ali perto de Acioli. E ficavam em acampamento coberto de sapê...”** (Otto, grifo nosso).

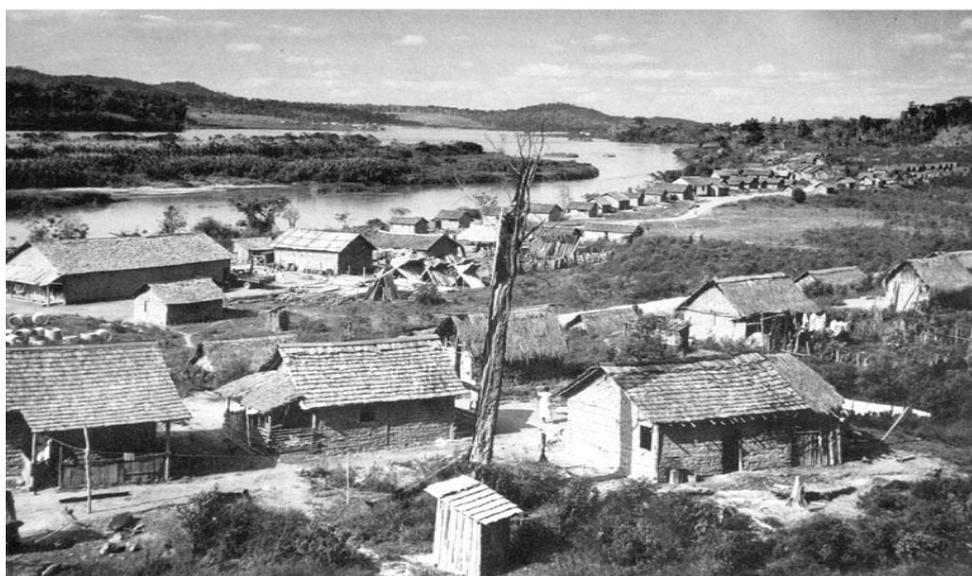
As condições das moradias foram um dos aspectos importantes para a permanência de casos de malária no território da ferrovia, por facilitarem os hábitos do vetor – mosquitos do gênero

Anopheles – de invadir e se manter dentro das casas e ali encontrar indivíduos com pouca ou nenhuma proteção.

A vila apresentada na Fotografia 19 traz a moradia dos operários da empreiteira Companhia Melhoramentos Ferroviária, que, em 1940, chegou a ter sete mil operários e duas mil carroças, e foi responsável pela construção do trecho acima de Desembargador Drumond. Seus operários permaneceram por mais de três anos residindo nessa vila operária, em condições insalubres devido à falta de água e esgoto (CARVALHO, 2003).

Fotografia 19 – Vila operária para trabalhadores da Empreiteira Companhia de Melhoramentos (1942).

Vila operária na margem do rio Doce, da Companhia Melhoramentos encarregada das obras da estrada de ferro [1942-45].
CVRD – ARQUIVO JORNAL DA VALE. FOTO: MOZART



Fonte: Arquivo do Jornal da Vale.

As chamadas Vilas Operárias, construídas nas ferrovias brasileiras, foram uma alternativa para garantir que os trabalhadores ficassem residindo nos trechos e se responsabilizassem pela manutenção da linha, trabalhando nas estações e nas oficinas. Elas deviam seguir um padrão higiênico-sanitário orientado pelo Departamento da Viação e Obras Públicas e se diferenciavam das casas de turma. Esse padrão de residência não foi construído na EFVM entre 1920 e 1942; as Vilas se formaram após 1943, a partir de aglomerados de casebres que aos poucos se modificaram, com o desenvolvimento das ações do SESP.

No ano de 1942, durante as negociações do convênio entre o Brasil e os EUA, o primeiro diagnóstico da situação de saúde de todo o território da EFVM revelou a situação precária em

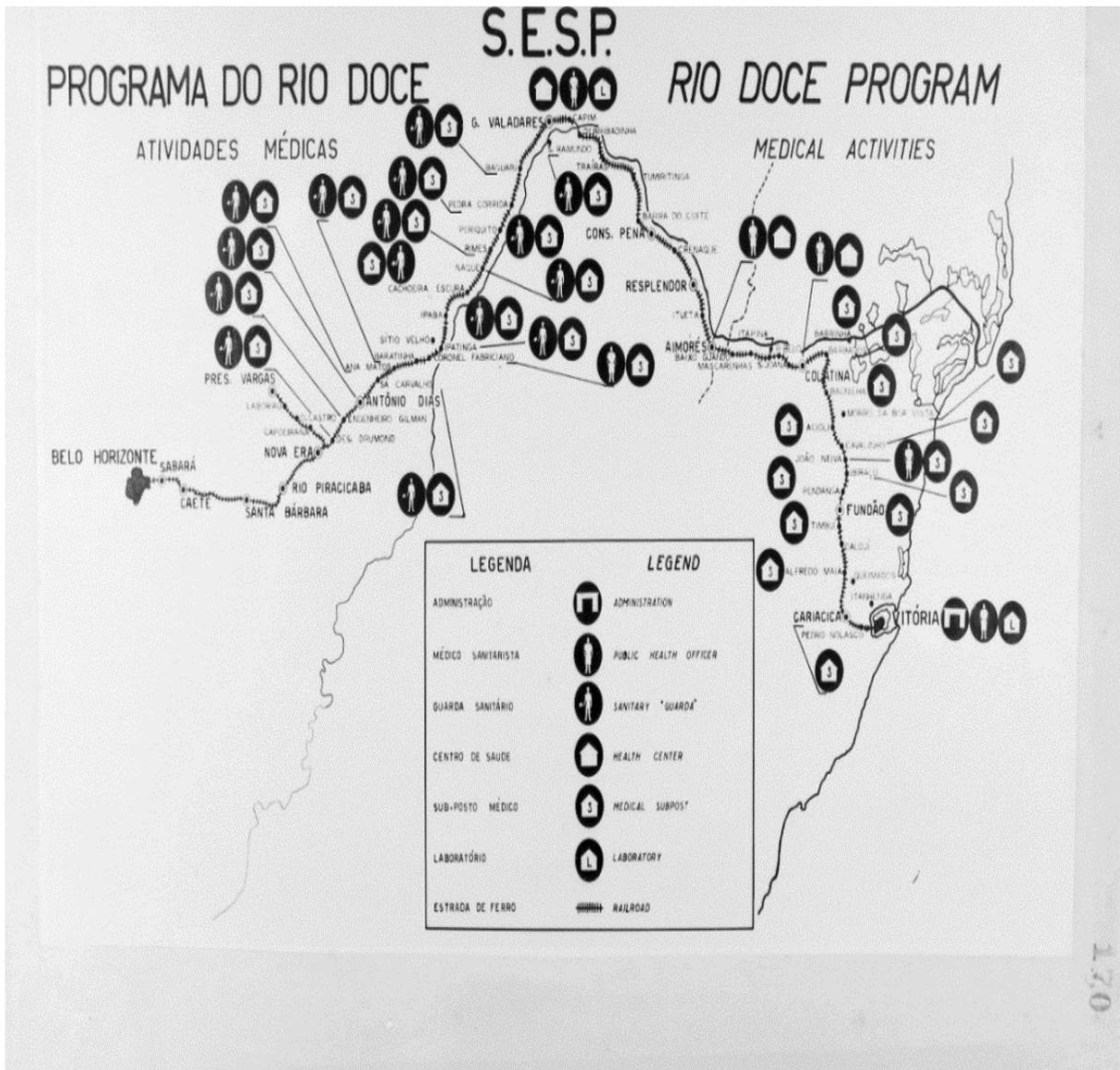
que se encontravam os ferroviários e suas famílias. A malária era endêmica tanto na Linha Acima, entre Governador Valadares e Nova Era, antiga São José da Lagoa, em Minas Gerais, onde se localizavam dezoito pequenas cidades e quatro acampamentos de trabalhadores, quanto na Linha Abaixo, com doze cidades e 32 acampamentos. Segundo Campos (2006), o levantamento inicial feito pelo médico americano James Knott chamou a atenção pela impossibilidade de controle de qualquer doença nos locais onde viviam cem a trezentos trabalhadores, morando em barracões cobertos de sapê e sem instalações de água e esgoto, que alojavam de dez a vinte pessoas.

O final do ano de 1942 foi marcado por uma grande epidemia de malária que acometeu toda a região da ferrovia, desde Minas Gerais até o Espírito Santo, não poupando a capital Vitória. Nesse período, o Programa Rio Doce estruturou um plano de intervenção que se desenvolveu em várias áreas da saúde, incluindo assistência médica, exames laboratoriais e intervenções direcionadas ao meio ambiente, seguindo o espaço territorial cortado pela ferrovia.

Na cidade de Colatina, a malária foi menos severa, mas havia necessidade de reconstrução da linha, de modo que o saneamento ficou concentrado nos acampamentos dos trabalhadores. O SESP distribuiu atebrina de forma supervisionada pelos guardas sanitários, que obrigavam os trabalhadores a engolir o remédio, organizou Postos de Saúde e, em 1943, usou aspensão do verde-paris nos focos. Em 1946, o diclorodifeniltricloroetano (DDT) erradicou o *Anopheles Darling* de diversas regiões da ferrovia.

O mapa do Programa Rio Doce, cedido pelo Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz, mostra a localização dos recursos, serviços e equipamentos médico-sanitários direcionados ao território da EFVM, suas cidades e populações (Mapa 6).

Mapa 6 – Ações de saúde desenvolvidas pelo SESP no percurso da EFVM – Espírito Santo e Minas Gerais (1942).



Fonte: Acervo do Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz.
Nota: Mapeamento do Programa do Rio Doce com localização das atividades médicas.

4.1 DOENÇA, DISCIPLINA E PROFILAXIA

As fontes documentais até aqui pesquisadas não foram suficientes para revelar o eixo transversal que compõe o mapa conceitual que nos propusemos acompanhar para o

enquadramento da malária. Os discursos trazidos até agora para construir a historiografia produziram parte do entendimento do que aconteceu, mas ainda existe silenciamento sobre a doença nos operários. A maioria das informações, nas diversas fontes pesquisadas, revelou acontecimentos com os trabalhadores, entretanto, mesmo nas entrevistas, não foi feita alusão ou não se soube falar a respeito de uma determinada categoria, a dos operários.

Na primeira década de construção da ferrovia, os índios que habitavam o Vale do Rio Doce manejavam a malária com seus remédios e rituais, e, uma vez que permaneceram próximos à linha nas décadas seguintes, foram esses os únicos recursos de tratamento da doença nas regiões de mata, devido à ausência de médicos.

Não tinha estrada de carro, não tinha rodovia. O trem passava, um subia de manhã e outro descia de tarde. Um saía de lá e outro saía daqui. O cara que adoecia... era o pajé, a parteira, até o curador, benzedor... não dava tempo. (Otto, grifo nosso)

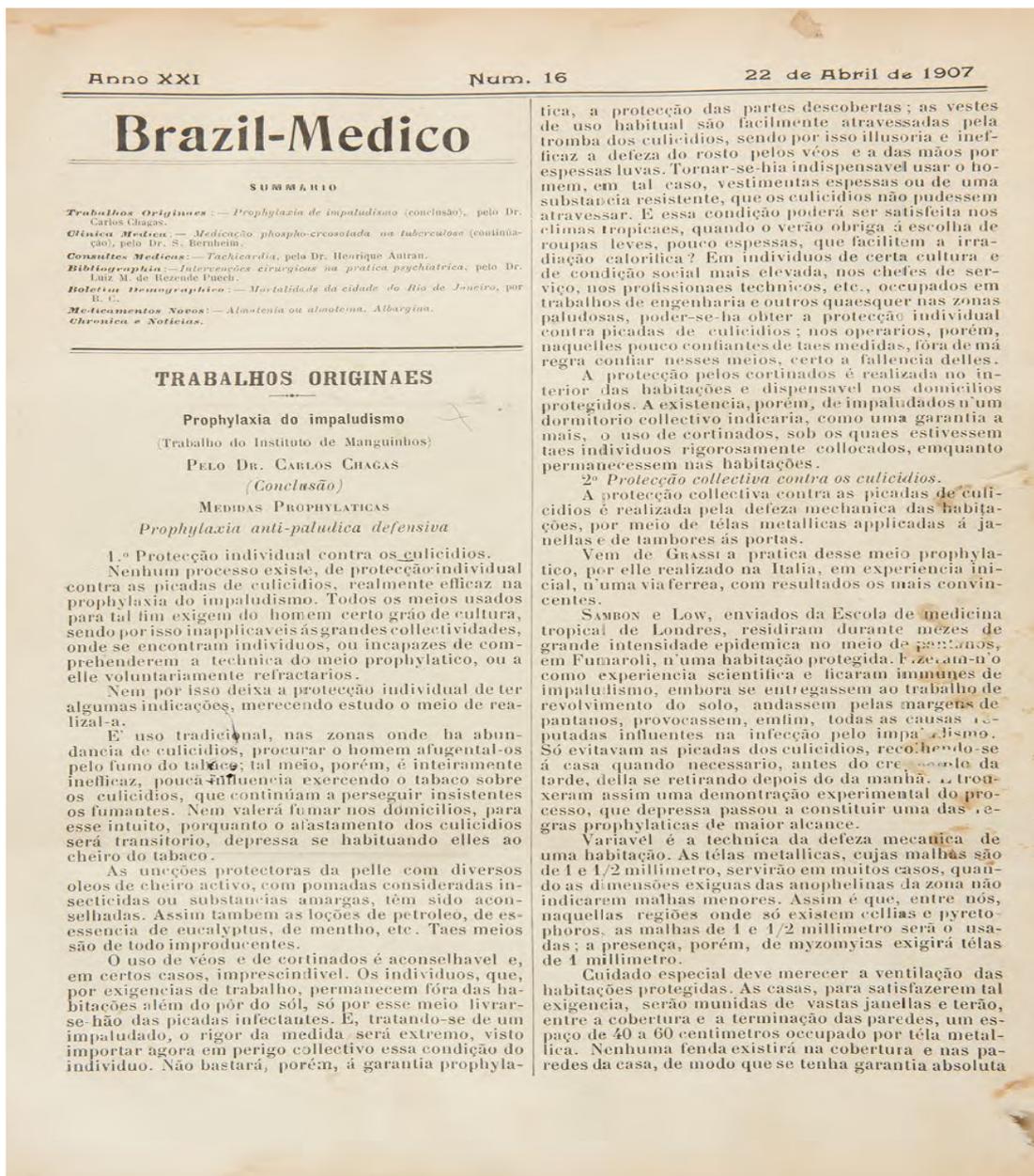
Aí, quando eles casaram, eles mandaram ele pra Aimorés... Baixo Guandu, Baixo Guandu... depois de Colatina. É, que é o último do estado do Espírito Santo. Lá, era muito atrasado. Lá tinha os índios. Você já ouviu falar nos índios? Em Colatina eu não vi não, eles que contavam. Eles iam, sentavam todo mundo na plataforma da estação, porque eles achavam interessante ver o trem passar. Então, tinha... vovó contava que tinha mulher que, quando tava menstruada, saía aquele sangue todo, e elas ficavam sem nada... iam embora. Quando acabava, vovó tinha que chamar uma... a empregada ali da ferrovia... jogava creolina, que hoje eu acho que nem usa mais. Creolina pra poder tirar, limpar aquilo tudo ali. Aí, como os índios ficavam sentados muito e, em Baixo Guandu, na estação, eles estavam com medo de não poder parar o trem na estação, então, mandaram o vovô, porque vovô já lidava com os índios em Colatina. Aí mandaram o vovô. Aí o vovô foi, conseguiu, menina, apaziguar, menina... assim, eles não ficaram mexendo com as pessoas... esses negócios... essas coisas todas. E a vovó ficou grávida. Aí ela teve esse aqui com o pajé da tribo. Aquela foto que tem lá no museu do vovô com os índios. Vovô tinha 19 anos e a vovó tinha 16. Aí, parece que vovó mentiu a idade pra casar... um negócio assim. Aí, quando ela foi ter o primeiro filho, que era o tio Hudson, ela... ela, né? ela teve com o pajé, com o pajé dos índios... Não tinha médico... Ela teve o neném com ele. Não tinha carro pra sair correndo. Eu sei que ela contava isso. Ela foi no pajé, ela não falava em parteira não. (Dolores, grifo nosso)

Desde o início do século XX, o tratamento médico da malária e as formas de prevenção eram conhecidos e foram empregados nas ferrovias com o objetivo de fazer cumprir o projeto, que dependia de força e habilidade humanas. Por isso o tratamento e/ou a profilaxia garantiam a finalização da obra. Uma das primeiras publicações científicas com recomendações de medidas profiláticas está na revista *O Brasil-Médico*, de 1907, na qual Dr. Carlos Chagas descreve maneiras individuais e coletivas direcionadas a evitar as picadas dos insetos (Fotografia 20).

A publicação recomendava o uso de roupas grossas, fumo e óleos de cheiro forte, como petróleo, eucalipto ou mentol, que deviam ser passados no corpo. Essas substâncias, consideradas inseticidas, podiam proporcionar alguma proteção, mas na dependência da

compreensão e cultura dos indivíduos. Para proteção mecânica, eram recomendados mosquiteiros e cortinados, mas o calor forte e o excesso de umidade que caracterizavam o clima do Vale do Rio Doce não permitiam que fossem usados constantemente. Aliada às recomendações gerais de proteção, estava a quimioprofilaxia com quinina, que o médico sanitarista adotou como único meio capaz de proteger grandes contingentes de trabalhadores expostos ao risco da infecção, com uma efetividade maior que a do tratamento dos focos de larvas de mosquitos através da drenagem das águas ou da proteção mecânica.

Fotografia 20 – Matéria publicada na Revista Semanal da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro em 22 de abril de 1907.



Fonte: O Brazil-Médico (1907, p. 15).

Para o médico, o remédio agia no controle da morte e do sofrimento dos trabalhadores, garantindo, assim, a conclusão do empreendimento (BENCHIMOL, 2000; BENCHIMOL; SILVA, 2008). Para que os resultados fossem assegurados, os trabalhadores eram obrigados a ingerir a dose de quinino disponibilizada por uma autoridade. Caso não a ingerissem, eram demitidos. Outra medida imposta a um grupo maior de trabalhadores recomendava que todos fossem recolhidos aos barracões ao entardecer e ali ficassem isolados. A possibilidade de se construir varandas teladas que dessem oportunidade de descanso e lazer, sugerida na mesma publicação, foi aventada para aliviar a coação que representava o uso da quimioprofilaxia com quinino e o desconforto decorrente de estarem tolhidos da liberdade de locomoção.

Com os mesmos objetivos de realização do empreendimento, temos a experiência do médico Oswaldo Cruz na EFMM. No relatório à Madeira-Mamoré, Oswaldo Cruz aprovava a distribuição gratuita de quinino a todos os trabalhadores na dosagem de 75cg, aliada ao fornecimento de mosquiteiros, e manifestava a opinião de que a doença ocorria pelo fato de não serem cumpridas as determinações do corpo sanitário da empresa (CRUZ, 1910). Apesar das recomendações sobre o uso de quinino, a quimioprofilaxia não foi garantida a todos os trabalhadores por falta de recursos financeiros, priorizando-se o alívio dos sintomas, o que garantiria as horas trabalhadas.

Na EFVM, a situação não foi diferente das demais com relação ao uso do quinino. Os relatórios dos médicos da ferrovia falam da distribuição de quinino aos doentes para tratamento e, também, como medida profilática, mas sem grande controle sobre a ingestão do medicamento ou sobre outras medidas. O memorialista Ceciliano Abel de Almeida conta que, em 1925, quando iniciou o levantamento topográfico da região entre o Rio Mucuri e Itaúnas, os engenheiros eram orientados a entregar aos chefes de turma as pílulas de sulfato de quinina de 25cg (quinino), além de obrigar o uso de mosquiteiros e a mudança do abarracamento todo sábado, como medida profilática. Nesse período, mudou sua barraca de lugar muitas vezes e não pegou a febre, mas os colegas que não o fizeram, como ele próprio justifica, contraíram a doença (ALMEIDA, 1959, p. 234).

No entanto, essa recomendação não podia ser feita para as turmas de operários que seguiam com a derrubada da mata e o assentamento dos trilhos. Os operários só desmontavam o acampamento quando o trecho de linha se completava, logo não lhes seria possível seguir essa recomendação. Apesar de não aludir à presença de autoridade sanitária que orientasse medidas de prevenção contra a malária, Almeida (1959) apresenta-nos fatos que demonstram, por vezes,

cuidados com os trabalhadores e, outras vezes, omissão da administração da Companhia. Durante suas primeiras viagens de trem na EFVM, ouviu a conversa de dois homens sentados no banco de trás, na qual confirmavam a omissão do socorro recorrente.

[...] – o amarelo lá vai fazer a chave. Está cada vez pior. E o outro acrescenta: – Se a administração da estrada não o retirar daqui, breve ele seguirá, de pés juntos, o caminho do seu antecessor que o Doutor Duquinha não pôde dar jeito. A tremedeira deste brejo mata de verdade (ALMEIDA, 1959, p. 94).

De difícil controle em ambientes de florestas, a prevenção da malária pelo uso do quinino (quinização) foi o método empregado durante a construção das ferrovias e se caracterizou pela ingestão obrigatória do medicamento, através de uma imposição autoritária de obediência às ordens de quem representava a hierarquia imediatamente superior e tinha a responsabilidade da distribuição da droga. O objetivo era não deixar adoecer nenhum operário, a fim de garantir homens sadios e capazes de trabalhar para terminar a ferrovia, e estava sob o controle direto da CEFVM. Essa prática foi usada no final do século XIX e início do século XX, com mais intensidade após a Lei da Quinina⁵⁶ (1918), e teve apoio dos médicos sanitaristas que representavam a ciência médica do Instituto de Manguinhos.

Para os trabalhadores e operários da EFVM, era obrigatório o uso diário de pílulas de sulfato de quinina na concentração de 25cg. Para os engenheiros que estivessem trabalhando em áreas de alta incidência de malária, essa dose poderia ser aumentada, isto é, ser superior a 25cg de sulfato de quinina, não havendo controle sobre a dose total ingerida. A medicação era deixada pelos médicos da ferrovia nos acampamentos, ficando o controle da distribuição sob a responsabilidade dos engenheiros, feitores e chefes de turma. O sulfato de quinina era dado aos trabalhadores depois da refeição principal, geralmente o almoço, e a pílula era colocada sobre a língua de cada operário.

Os médicos da CEFVM orientavam para que as doses fossem duplicadas ou triplicadas, quando a situação se tornasse grave, e para que se retirassem os trabalhadores que desejassem sair daquele local. Muitos não acreditavam que as pílulas fossem capazes de evitar a malária porque, mesmo tomando a droga, ainda adoeciam (ALMEIDA, 1959, p. 236). A prevenção da malária

⁵⁶ A partir da autorização contida no inciso XII do art. 3º da Lei nº 3.454, de 6 de janeiro de 1918 – “A despender até a quantia de 1.000:000\$ para iniciar, o serviço de prophylaxia rural no paiz” –, o Decreto nº 13.000, de 1º de maio de 1918, criou o “[...] Serviço da quinina oficial, prophylatico da malaria, inicial ao dos medicamentos do Estado, necessários ao saneamento do Brasil”, ficando sob a responsabilidade do Ministério da Justiça e Negócios Interiores a responsabilidade de adquirir os insumos, e do Instituto Oswaldo Cruz, a produção do medicamento em forma de 10 e 20cg e de um grama, em fórmula líquida e em injeções (Disponível em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-13000-1-maio-1918>).

pela quinização na EFVM, entre 1920 e 1930, era feita com pílulas na concentração de 25cg de quinina, associada a outras drogas na composição das fórmulas quando um trabalhador precisasse de tratamento.

A concentração oferecida da droga poderia ser duplicada ou triplicada a critério dos chefes de turma, sem parecer médico, nos casos de percepção da gravidade da doença. A concentração de 25cg não acompanhou as recomendações dos médicos sanitaristas, caracterizando a ingestão de subdoses incapazes de proteger os trabalhadores, que continuaram adoecendo. Quando as doses eram duplicadas ou triplicadas sem acompanhamento médico, o aparecimento dos efeitos adversos relatados, como surdez, zumbidos, desmaios, caracterizavam a superdosagem. As subdoses perpetuaram os doentes crônicos com repercussões graves no organismo, apesar do alívio dos sintomas.

Desde 1907, as recomendações sobre as medidas preventivas para controle da malária eram conhecidas e já empregadas por Carlos Chagas na periferia do Rio de Janeiro. Durante o surto de malária na Baixada Fluminense, Dr. Carlos Chagas e seu assistente, Arthur Neiva, isolaram os doentes, drenaram as águas e impuseram restrições à circulação dos trabalhadores ao anoitecer. Além dessas medidas, usando a quimioprofilaxia com quinina 50cg, duas vezes por semana, trataram todos os trabalhadores e moradores da região, obtendo resultados positivos.

No mesmo período, Dr. Carlos Chagas foi a Minas Gerais combater a malária na Estrada de Ferro Central do Brasil, na região próxima ao Rio das Velhas. Esse acontecimento parece ter sido importante na confirmação da concentração ideal de quinina para uso profilático, pois até então, com a utilização de subdoses da medicação nos operários, constatava-se o desaparecimento dos sintomas, evidenciando-se, no entanto, um grande contingente de doentes crônicos. A prescrição utilizada por Dr. Carlos Chagas por ocasião desse surto foi de 50cg, três vezes ao dia, dose superior à apontada por Patrick Manso (1877), que recomendava a concentração de 30cg de quinino, três vezes por semana, na quimioprofilaxia da malária, conforme descrito na revista *O Brazil-Médico* (1907, p. 154). Assim, a concentração de quinino usada na EFVM foi menor do que todas as recomendadas pela ciência.

Outro, negro de dentes alvos ornados de gengivas ebâneas, revela-nos em soluços, e em lágrimas, que rolavam pelas faces azevichadas e ressequidas: vosmecê punha alila de sulfato na minha boca, mas eu não engolia, escondia debaixo da língua e atirava depois longe, por mode eu não queria ficar surdo (ALMEIDA, 1959, p. 237).

Os trabalhadores da EFVM sofreram efeitos adversos da quinina, também chamados de quinismo, tais como zumbidos no ouvido, dores de cabeça, náuseas e distúrbios visuais. A

medicação não foi, provavelmente, causa de morte de trabalhadores porque a dose letal da droga, para adulto, de 2g a 8g, seria difícil de ser alcançada com pílulas de 25cg, dose para cujo alcance seria necessária a ingestão de dez pílulas, em intervalos pequenos, durante 24 horas. Aos engenheiros que faziam a distribuição de quinina ou que levavam tratamento aos impaludados, a CEFVM recomendava que nunca demonstrassem favor ou caridade a respeito do que estavam fazendo, e que sempre deixassem a entender que o socorro representava o reconhecimento da Companhia aos serviços desempenhados pelos trabalhadores (ALMEIDA, 1959, p. 237).

A partir de 1930, a quinização dos ferroviários não foi claramente documentada nos relatórios da CEFVM. Na sessão que descreve o Serviço Médico, as informações sobre doenças são insuficientes para análise das ações de quimioprofilaxia. São declarados apenas aspectos gerais das ocorrências – doenças e acidentes –, mas não na totalidade, como as que encontramos nos relatórios específicos da Divisão de Tráfego sobre acidentes, com nome, causa e descrição da lesão. Mesmo assim, esses registros não representam a totalidade dos acidentes, e sim aqueles em que a CEFVM era a responsável pelo fichamento do operário.

Somente os surtos de malária com repercussões muito graves, como o ocorrido em 1931, ficaram marcados de forma alarmante, mas sem registro do número total de mortos. Os demais foram desaparecendo dos relatórios a partir de 1936 e não há registro nem do que aconteceu aos trabalhadores das empreiteiras nem da totalidade desse contingente.

No início de 1940 [...] Para a construção dos trinta e dois quilômetros de ferrovia e obras de arte, foi contratada a Companhia Melhoramentos Ferroviária. Tudo na base da carroça. No pique da obra, chegou-se a ter sete mil homens e duas mil carroças. Todos os cortes foram atacados ao mesmo dia. E, mesmo assim, foram quatro anos para terminar (CARVALHO, 2003, p. 46).

Uma observação importante é que a assistência médica aos ferroviários era garantida aos que contribuíam para a CAPs, cujas despesas médicas e com medicamentos eram descontadas na folha de pagamento. Nos registros sobre a responsabilidade da CAPs, a assistência curativa, individual, não abrangia ações de prevenção. Nos casos de assistência de urgência e emergência, os trabalhadores acidentados ou com malária grave vinham do interior do Espírito Santo e de Minas Gerais até Colatina e, posteriormente, iam para Vitória. Muitos chegavam à Estação de São Carlos com agravamento do estado geral pelo tempo de traslado. Esse fato

requeriu uma organização administrativa, em que se estabeleceu um fluxo⁵⁷ de remoção e acesso dos trabalhadores doentes para a Santa Casa que permitisse maior agilidade no socorro.

Mesmo com a preocupação com o fluxo para a remoção de pacientes com sinais visíveis da doença, que vinham em vagão especial, os doentes crônicos, sem sintomas, ou os trabalhadores recém-contaminados faziam as viagens entre as estações ou entre os trechos de linha em construção até suas residências fora da “ponta dos trilhos⁵⁸”, pelo menos uma vez por semana. Com isso levavam no sangue o plasmódio, que favorecia o aparecimento de novos focos em toda extensão da EFVM, porque o mosquito estava presente em toda a região. Provavelmente essa foi a causa do surto grave de malária que se iniciou em Timbuí, em 1937, e se espalhou por toda a região até Colatina. Esse período também foi considerado o de maior implemento de passageiros em viagem pela ferrovia, o que contribuiu para que a doença fosse levada a muitos lugares.

A região do Vale do Rio Doce permaneceu, durante a década de 1930, tanto na ferrovia como nas carvoarias e serralherias, com um contingente invisível de homens e mulheres que, no meio da mata, não eram percebidos pela sociedade e pelo Estado. Atacados pela malária, eles não tinham acesso aos serviços necessários oferecidos nos Dispensários, existentes no Espírito Santo apenas nas cidades de Vitória e Cachoeiro do Itapemirim, e localizados fora do Vale do Rio Doce, em Minas Gerais. A partir de 1940 e na década de 1950, esse serviço foi motivo de intervenção por meio do Projeto Rio Doce (VILLARINO, 2008). As ações de proteção à saúde do trabalhador, com obrigatoriedade das empresas sobre as doenças ocupacionais, não se consolidaram como políticas públicas no final da década de 1930, não se modificou a intervenção sobre as doenças infectocontagiosas e não se garantiu atenção à população sem vínculos formais de trabalho.

4.2 DOENÇA: DISCIPLINA E DOMINAÇÃO

A construção da ferrovia implicou mobilidade pela necessidade de mudança de trecho de acordo com o traçado. No período estudado, a ferrovia percorreu um longo caminho de isolamento. Os

⁵⁷ Ofício nº 78, de 28 de setembro de 1926, endereçado aos chefes de movimento, inspetores do tráfego, condutores, praticantes de trens, por Ceciliano Abel de Almeida, chefe do tráfego.

⁵⁸ Ponta de trilhos – termo que é dado ao local onde a ferrovia está parada, encerrada. No trecho em construção, estão os operários, residindo de forma permanente, e os trabalhadores, que podiam ter suas casas em outras localidades e que permaneciam nesse trecho alguns dias, voltando para suas residências nos finais de semana.

trabalhadores em grupos, vivendo juntos ao longo da linha, em acampamentos, dividiam ansiedades, perigos e doenças. Tudo isso contribuiu para que se criassem laços especiais entre eles. Mas, mesmo próximas em certas etapas da construção, algumas categorias não reconheciam os operários. Estes estavam longe, no meio do mato.

Muitas maneiras de prevenir o impaludismo na região, tanto nos homens mais simples quanto nos que tinham especialização, estavam voltadas para mantê-los afastados dos insetos, da “mosquitaria infernal”, como eles mesmos chamavam, que existia no Vale do Rio Doce. Chovia muito na região, e todas as lagoas se transformavam em criadouros de mosquitos. Até mesmo as margens da ferrovia precisavam de limpeza constante para não haver acúmulo de água. O calor e a umidade causavam grande desconforto, as roupas finas não protegiam e a febre não poupava ninguém.

A roupa rota e os pés descalços caracterizavam a pobreza, os pés na lama favoreciam os acidentes, e a ancilostomíase, junto com a malária e a sífilis, acompanhou a ferrovia até a década de 1950. A falta de uniformes diferenciava os operários dos trabalhadores identificados com a empresa, tornando-os ainda mais invisíveis, pois era um fator de aprofundamento da invisibilidade. Fica claro, por exemplo, na fala de Abner Dias, maquinista aposentado, que o uniforme representava posição de importância na ferrovia: “Eu trabalhava descalço quando entrei em outra seção; quando passei para a locomotiva, aí, sim, tive que usar uniforme” (MAYRINK, 2002, p. 63). Essa também é a fala de José do Patrocínio: **“Nós trabalhava descalços... só vi uma bota depois que era a Vale. Eu era carpinteiro e andava muito. O paludismo era curado com chá de murta, trem margoso!... A doença ficava escondida. Eu não panhei paludismo...”** (grifo nosso).

O uso de uniforme, o esmero na aparência e o bom comportamento foram exigências marcantes impostas aos ferroviários (Fotografias 21 e 22). Quando o Dr. Ceciliano Abel de Almeida foi chefe da Divisão de Tráfego, muitos dos seus ofícios reforçavam a questão da disciplina por parte dos trabalhadores da Estação e da Locomoção⁵⁹, o que também faziam os artigos dos regulamentos das ferrovias desde 1912. Em muitos relatórios anuais apresentados aos acionistas, identificamos repetidos agradecimentos aos trabalhadores e às chefias pelo empenho e disciplina com que exerciam suas funções, embora não ficasse claro quais categorias haviam contribuído mais para

⁵⁹ Ofício nº 60, de 10 de julho de 1926 – proibia fumar nas plataformas, em salas de espera, em escritórios e armazéns; ofício nº 61, de 10 de julho de 1926 – proibia o uso de armas de fogo pelos empregados da estrada; ofício nº 79, de 28 de setembro de 1926 – proibia os funcionários da Divisão de Tráfego de receber dádivas, principalmente o café, todos assinados por Ceciliano Abel de Almeida, chefe do tráfego. Todas as atribuições e redes de comando dos trabalhadores estavam bem estabelecidas nos regulamentos. Os documentos em que as regras disciplinares estavam colocadas para a EFVM foram o que se referia à segurança política e tráfego, de 1922; o Regulamento Geral de 1939, aprovado pelo diretor-gerente Cândido Trancoso, e o Decreto nº 2.681, de 7 de dezembro de 1912, que regulava a responsabilidade civil das estradas de ferro, assinado pelo Presidente da República, todos guardados no Centro de Memória da EFVM – Museu da Vale.

essa avaliação disciplinar, ou se se haviam mantido ordeiras nos serviços da ferrovia durante os anos de construção, ou se haviam participado ou não de movimentos de reivindicação ou greve acontecidos na EFVM. O que chama atenção na fotografia 21, é a arrumação do grupo de indígenas alinhados disciplinadamente por estatura. De acordo com a fala de Dolores, sua neta, Virgílio lidava bem com os índios.

Fotografia 21 – Virgílio Gomes, agente da Estação, com o uniforme característico (1912).



Fonte: Mayrink (2002, p. 52).

Nota: o uniforme foi se modificando. O quepe era vermelho

Fotografia 22 – Virgílio Gomes, agente da Estação de Colatina (1921).



Fonte: Acervo pessoal de Dolores Pagani.

Ainda que modificado com o passar dos anos, o uniforme dos agentes de estação complementava-se com gravata e quepe, este na cor vermelha, na década de 1920, substituída pela cor azul, na década de 1940. Antônio Silvestre, auxiliar de estação aposentado, fala sobre

essa exigência: “Sapato engraxadinho. A gravata certinha. Nós chamávamos, na época, gravata de palhaço, porque descia o nó, ficava aqui. E existia fiscalização, o agente era muito severo” (MAYRINK, 2002, p. 63).

Três relatórios encaminhados ao presidente da Companhia, Dr. Pedro Nolasco, no intervalo de 1920 a 1942, chamam a atenção. O primeiro, datado de 1930, assinado pelo chefe da Divisão de Construção, expõe categoricamente: “Com o pessoal resumido que actualmente trabalha na Construção sendo ele selecionado e disciplinado, não houve sequer uma prisão ou desordem nem nos acampamentos e nem nas ruas da cidade”. Logo o isolamento, as angústias e a violência estavam presentes, contidos pelo poder disciplinar. O segundo indício de disciplina como dominação está no Relatório das Divisões, de 1937, e se refere ao ano de 1936. Neste relatório, assinado pelo Dr. Alencar Araraípe, está escrito: “[...] poucos casos de indisciplina precisaram da intervenção enérgica da Administração”. O relatório também informa que a Administração excluiu os desordeiros da Diretoria do Sindicato a partir da ação da Junta Governativa que substituiu seus membros. Em diversos níveis de representação, a dominação expressou-se de forma discreta nas fontes pesquisadas. As narrativas aparecem de forma imparcial nos relatórios, ofícios de demissão ou regras de comportamentos, no entanto, na fala de um ex-Diretor de Operações, publicada no livro *Histórias da Vale*, podemos encontrar o juízo de valor de uma chefia que, provavelmente, representava toda a estrutura hierárquica da EFVM.

A Vitoria Minas imprimiu caráter, como a gente fala numa linguagem meio católica. O Inglês deu formação mental, estrutural, disciplinar. A ferrovia é uma estrutura muito hierárquica, militar. O chefe manda e o subordinado cumpre. É interessante! (MAYRINK, 2002, p. 66).

As características burocráticas e hierárquicas marcaram toda a existência da EFVM, e o objetivo fundamental foi delimitar níveis de autoridade que favorecessem o controle dos trabalhadores, com normas que foram modificando-se a partir das Leis Trabalhistas, após 1930. Na Via Permanente, o menor nível hierárquico controlava de dez a quinze homens no espaço de dez quilômetros, dando oportunidade de acompanhamento ostensivo. A expressiva presença de trabalhadores analfabetos, provavelmente contratados pelas empreiteiras para realizarem os serviços pesados, foi uma característica da EFVM e acompanhou o que aconteceu nas ferrovias brasileiras. A grande diferença foi a escassez de mão de obra para reposição de operários, pelo fato de a ferrovia percorrer uma região pouco habitada e dizimada pela malária.

Quanto à disciplina nas ferrovias, em 1982, Lilita Rolfsen Petrilli Segnini publicou um estudo sobre a Companhia Paulista de Estradas de Ferro, expondo todas as facetas da relação entre o lucro e a exploração dos trabalhadores e a maneira como essa exploração foi-se disfarçando com argumentos paternalistas que substituíram a “força bruta” do início do século XX, em moldes escravocratas, por benefícios como cooperativas, escolas, moradias. Nas fontes pesquisadas, apenas uma pequena pista, dada por Affonso (1967), trata de benefícios aos ferroviários: “Entre 1932 a 1940, o Dr. Silvestre, enviado pela administração, procurava prestigiar o pessoal da VP com fotografias, comprovante de casamento e nascimento dos filhos, fazia promoção social e jurídica para os que viviam às margens desse direito” (AFFONSO, 1967, p. 118).

4.3 O QUE NÃO ESTÁ ESCRITO E PODE SER DITO

Procurar para revelar, para descortinar é uma necessidade que se transformou em obrigação neste estudo de tanta busca, poucas pistas e exaustivas decepções. Chama a atenção a ausência de informações da Via Permanente sobre regras, empreiteiras, operários e salários baixos, atrasos, e, acima de tudo, sobre a não ocorrência de reações entre os trabalhadores, atestada na afirmação dos diretores da EFVM de que essa ferrovia foi a “[...] mais disciplinada do mundo”.

Na cantiga popular, os baianos eram coitadinhos e vieram morrer na EFVM. Tinha-se a impressão de que todos aqueles que conheciam a cantiga sabiam dos fatos relatados na poesia. De fato, a doença existiu, houve médicos tratando dos operários, houve quimioprofilaxia com o quinino, e esses registros estão nos relatórios anuais da CEFVM, mas a morte, como desfecho fatal nos casos de doença, só está registrada em 1932, com a palavra “dizimados”. E foi a partir do silêncio dos documentos que as buscas se direcionaram aos relatos orais.

As entrevistas foram desenvolvidas em clima de muita cordialidade e apenas em uma ocasião houve preocupação da família em estar prejudicando a CVRD. Por esse motivo um dos membros pediu que desconsiderássemos o que estava sendo dito. Não encontramos nenhum ex-operário da Via Permanente nem família de operários ou de trabalhadores qualificados da CVRD que conhecessem a história dos operários da Via Permanente/Construção e do adoecimento pela malária especificamente nesses homens. Os casos de malária relatados nas entrevistas foram lembrados porque ocorreram na família, na proximidade de quem contava,

fazendo parte do grupo familiar – memória familiar, e não memória coletiva no contexto da ferrovia (HALBWACHS, 1990).

Os entrevistados falaram mais de suas próprias histórias, a exemplo de Dolores, que trouxe o Virgílio, seu avô, agente de estação, e deu-lhe lugar de destaque aparentemente esquecido. As senhoritas de Acioli também narraram muitas lembranças de quando meninas, os remédios que tomavam, a tremedeira... O orgulho de ser telegrafista foi percebido na emoção e nas falas entrecortadas, mas somente o carpinteiro José do Patricínio foi quem viu e guardou na memória o sofrimento dos trabalhadores da linha.

As respostas sobre o sofrimento e morte ocorridos entre os trabalhadores, sobre quantos e onde estão enterrados, não se completaram. O que parecia fácil de falar pela população das localidades à beira da linha tornou-se motivo de preocupação entre os antigos trabalhadores da EFVM, principalmente aqueles que permaneceram na CVRD. Algumas entrevistas foram desmarcadas e remarcadas, porém não se realizaram. As alegações giravam em torno do “não sabiam dizer, ou não conheciam”, mas nunca de que não havia acontecido. A imagem da CVRD apagou a da CEFVM e sua memória mesmo para aqueles que tinham ingressado na ferrovia antes de 1942. A imagem da nova Companhia, que superou os problemas financeiros, substituiu a linha de baixa qualidade, ordenou os cargos e formou o pessoal, fez desaparecer as memórias marcadas pelo trabalho rude dos primeiros tempos.

O que não estava registrado nos documentos da EFVM e não fez parte das lembranças dos entrevistados foi trazido pelos indícios deixados nas entrelinhas dos escritos dos memorialistas. O não dito não parece relacionado ao silenciamento traumático dos acontecimentos, pois aqueles que aceitaram contar suas histórias não pertenceram à categoria dos operários e, provavelmente, não experimentaram violência. Eram crianças e adolescentes no período estudado, por isso não perceberam a realidade, ou, então, suas memórias foram construídas no grupo social, seu grupo afetivo, que mantinha distanciamento dos operários. Na entrevista interrompida por uma inadequada percepção de ameaça à CVRD, foi justificada a obrigação de proteger a Companhia que proporcionou um futuro de benefícios para muitos trabalhadores, tendo como referência aqueles especializados.

Os operários que morreram de malária, enterrados na própria ferrovia, formaram um grupo de pessoas desprovidas de identidade para a organização da EFVM, que as fez ausentes nos documentos e na memória coletiva da CEFVM. Os “baianos”, cujos nomes não sabemos, estão na historiografia da malária como as maiores vítimas de uma doença infecciosa vetorial, de uma

organização social, de um Estado que não reconhecia os sertanejos como cidadãos, o Estado Liberal que, com práticas de exploração e acúmulo capitalista, os explorou sem trégua.

Os operários que não deixaram registro foram invisíveis até aqui. Estão na cantiga como imagem não pertencente a uma realidade que merece ser lembrada. Ausentes dos arquivos, das memórias, sem interlocutores a quem pudessem contar as histórias, foram vencidos pela fúria das empreiteiras, pela negligência da Companhia, pela doença, pelo corpo exausto, e não estão na história. Os ausentes da história foram vencidos por uma rede que os invisibilizou em vida, e na morte sob os trilhos. A invisibilidade tirou-os do discurso público mesmo com o alerta de Belisario Penna, em 1922, e, passados vinte anos, tiveram sua voz limitada ao espaço do mato e da linha, num grupo de iguais que não foram encontrados nem foram ouvidos.

A invisibilidade caminha no mundo do trabalho com a indignação, mas a indignação refere-se aos excluídos do modelo de ganho capitalista. Alienados da ordem ou pela loucura, não foi essa a causa aparente da invisibilidade dos operários. A invisibilidade que silenciou esses homens foi dada pela exclusão em uma sociedade onde o poder, instrumento fundamental do capitalismo industrial, determinou quem valia.

5 CONCLUSÃO

A EFVM não é a mesma. Os capítulos desta tese reviraram o sentido de ver passar o trem de minério ou de viajar no trem da Vale até Belo Horizonte. O que foi possível escrever a partir da documentação pesquisada e com o apoio da produção acadêmica brasileira sobre as ferrovias foi construindo uma história que não havia sido escrita, mas que foi definitivamente marcada e alterada pela malária.

Neste momento em que a civilização impõe uma grande diferença entre povos e populações, que marca diferentemente as possibilidades de sobrevivência humana e a exposição ao sofrimento, a dedicação ao estudo das doenças que permanecem entre os humanos ao longo dos séculos nos ajuda a entender erros e acertos ou ações e omissões que devem ser observadas na construção de uma civilização mais equânime.

A abordagem biomédica do início do século XX, que não considerou o humanismo no trato das pessoas, mas garantiu formas de enfrentamento das doenças e mudou o curso da vida e da morte, marca o campo desta pesquisa sobre a historiografia da malária. Mas isso só foi possível porque a História também mudou, quando se permitiu construir novos temas e narrar novos “fatos” criados e percebidos no tempo, entre os quais, as doenças.

Escrever uma tese em História, na área de história das doenças, sem possibilidade de nos afastarmos da medicina e da posição de quem escreve como médica pode ser o motivo de se ter criado uma narrativa historiográfica diversa das que focalizam o campo de estudo das instituições e das políticas de saúde com recortes bem definidos.

A história da malária abordada neste estudo, doença que se apresentou de forma endêmica e epidêmica entre os anos de 1920 e 1942, no território cortado pela EFVM, precisou de um espaço de ocorrência de casos mais alargado que o entorno da linha, na perspectiva de entender o território que a ferrovia percorreu e que se desenvolveu a partir dela.

A malária mostrou a construção da sociedade brasileira nesse mesmo tempo e, também, como o Estado a enfrentava quando acometia todo o Espírito Santo. Ao nos apoiarmos na abordagem de Charles Rosenberg sobre a questão de que as doenças são socialmente construídas e sobre a forma como interferem drasticamente na sociedade, foi preciso persistir na aproximação dos elementos que formavam uma rede de associações na qual a malária era causa e efeito das relações sociais. A busca serial das fontes e a sistematização desses elementos apontaram

indícios que, não identificados anteriormente, exigiram investigação incansável de conceitos no campo interdisciplinar das ciências humanas e da medicina.

Os lugares onde foram buscadas as informações, os arquivos, como lugares que armazenam documentos construídos e guardados com a intencionalidade do registro de determinada época, sua forma de vida, os fatos e fenômenos que, priorizados por determinada categoria social, não foram destruídos, não necessariamente se aproximaram do objeto da pesquisa pela especificidade da área de saúde. Com essa preocupação, foi necessário pesquisar novas fontes, para melhor entender a doença, o sofrimento impetrado pela presença da doença e as relações sociais, além de realizar uma marcação numérica, vaga, em alguma tabela estatística.

A produção de Charles Rosenberg, que apoiou a análise historiográfica da malária, contribuiu também para a organização dos capítulos e permitiu a interface entre a história e a saúde coletiva, com grande ênfase na doença como um “ator social” que exigiu e se tornou um elemento estruturante em determinadas situações, criando políticas de saúde e marcando o tempo do progresso da EFVM. A malária enquadrava a sociedade entre os anos de 1920 e 1942 e mostrou claramente as prioridades políticas e as políticas de saúde do estado do Espírito Santo, as categorias sociais amparadas, as excluídas e as invisibilizadas pela abominação e a exploração.

Ao aceitar o conceito de *framing disease* (processo de enquadramento da doença), Rosenberg (2001, p. XVI) coloca a doença emoldurada entre a ciência, os médicos e os pacientes como um acontecimento que pode adquirir vários sentidos, o que não aconteceu no Espírito Santo, pois os sinais e sintomas do que se chamou de malária, mesmo com suas várias denominações, não se diferenciaram pelas intencionalidades políticas e pelas possibilidades de intervenção que a ciência já conhecia como medidas de prevenção, controle e tratamento.

A doença foi enquadrada pela ciência, que classificou e ordenou o processo fisiopatológico, de modo que, em 1920, já se tinha domínio médico para o desfecho positivo.

O segundo referencial de Rosenberg, que deu vastidão à historiografia da malária, amparou-se no conceito de *disease as a frame* (a doença emoldura a sociedade). Como um conceito para além do que se chama de *metáfora*, precisamos de muita atenção a fim de que se não resuma a uma troca de palavras ou significados, mas que seu conteúdo, como um conceito bem definido, seja a expressão da complexidade do processo de adoecimento.

No início do século XX, o Brasil já conhecia a relação entre pobreza e doenças, relação experimentada na Europa desde o século anterior. Rosenberg, no capítulo 5 do seu livro, chama a atenção para a relação entre doenças e políticas, ou posição da autoridade estatal, voltadas à melhoria das condições de vida das populações, tomando como exemplo a Inglaterra na releitura da Lei dos Pobres.

As políticas de saúde no Brasil, nos primeiros anos do século XX, trouxeram à baila a discussão da pobreza e do abandono a partir dos debates apresentados na Liga Pró-Saneamento e nas ações dos sanitaristas, principalmente daqueles vinculados ao Instituto Oswaldo Cruz. Esse fato não repercutiu imediatamente no Espírito Santo, mas apenas com políticas de intervenção concentradas na capital Vitória, deixando sem amparo grande parte da população dos municípios do interior do Estado. Esse quadro de prioridades permaneceu até a década de 1940, quando um acordo entre o Governo Federal e os EUA possibilitou o desenvolvimento de ações de saúde e saneamento, principalmente no que se refere à malária, no Projeto Rio Doce do SESP, no trajeto da EFVM, permanecendo grande parte da população do Espírito Santo sem acesso aos benefícios para a saúde.

Entretanto a preocupação dos médicos sanitaristas, pertencentes aos quadros federais, com as endemias rurais trouxe ao Estado, em 1922, o médico Belisário Penna que tornou pública a situação de pobreza e abandono em que se encontravam as populações que trabalhavam na EFVM e/ou viviam nas localidades à margem da ferrovia, expostas à malária e à ancilostomíase principalmente. No seu discurso, Belisário Penna apontou a doença e a morte por malária como causa de extermínio de homens, mulheres e crianças na Região do Vale do Rio Doce, onde a ferrovia tinha seu traçado. Ele não falou das populações do Espírito Santo, mas, especificamente, dos trabalhadores da EFVM, e deixou um alerta sobre as consequências da doença e as responsabilidades sobre essa população. Suas recomendações fizeram parte de um movimento de médicos brasileiros higienistas e de resgate da nacionalidade. Sua passagem pelo Estado e suas recomendações não repercutiram em políticas públicas de saúde nem sobre a CEFVM.

Não foram identificadas, nos documentos levantados referentes aos anos até 1940, medidas sanitárias que direcionassem ações profiláticas ou curativas para o grande contingente de trabalhadores e suas famílias ou para a população do entorno da ferrovia, principalmente quando esta encontrava o Vale Rio Doce em Barbados (Colatina), área de grande endemicidade para a malária. Toda intervenção do Governo Estadual ou apoiada pelo Governo Federal, tanto

na região estudada quanto nos demais municípios, se deu em momentos de surtos, quando a drenagem e o uso da quinina tinham efeito positivo. Entretanto a falta de continuidade nas ações não garantiu a salubridade das localidades.

Grande parte do percurso da ferrovia seguiu em áreas de penetração de mata, alagadas pelas águas dos rios ou pelas chuvas, de difícil controle sobre o meio ambiente, criadouro de mosquitos. As margens do Rio Doce não foram alvo de intervenções governamentais, e apenas o serviço médico da ferrovia teve papel de destaque na distribuição de quinina como medida profilática e de tratamento dos doentes de malária. Ao se observarem as doses dispensadas pelos médicos da ferrovia com finalidade profilática ou para tratamento, foi constatada a utilização de subdoses da medicação, o que não garantia a cura dos pacientes e levava à cronicidade da doença, com indivíduos sofrendo ataques constantes e continuando a infectar os mosquitos, garantindo, assim, o ciclo da malária permanente.

A EFVM, com características de baixa qualidade técnica, dificuldades financeiras constantes, numa região ora muito acidentada ora alagada às margens do Rio Doce, foi construída em períodos de tempo bastante distintos. De Vitória até Colatina, a construção levou nove anos. Paralisada durante a Primeira Guerra Mundial, voltou a seguir seu curso em 1919, e seus trilhos chegaram a Itabira somente em 1942. Entre os obstáculos à continuidade da construção, encontramos a presença da malária determinando a exaustão e o rendimento dos operários.

A malária adoeceu e matou muitos. Há poucos registros de mortes de engenheiros e trabalhadores especializados por acidente ou outras causas, mas a falta constante de registros de morte por malária e mesmo da dispensa de operários acometidos da doença, as baixas constantes em horas de trabalho e as citações dos memorialistas sobre os cemitérios na beira da linha revelam a existência de uma morte anônima, não registrada nos documentos pesquisados. Logo a malária estava presente entre os operários empregados das empreiteiras, sujeitos a grave situação de exploração, pobreza e insalubridade. Coitadinhos, sujeitos a zombaria, os baianos que vieram morrer na ferrovia, como na cantiga popular, nunca foram identificados. Ficavam nos matos, ninguém via. Invisíveis! Foram cadastrados e resgatados pela fundação SESP em 1942.

Morreram de malária nesse percurso homens, mulheres e suas crianças. De pele escura, magros, analfabetos, ninguém falou neles, ninguém se lembrou deles. Estão na fala de João Affonso (1967, p. 167): “Estatisticamente falando, até 1943, aquele estado de calamidade deixou um

saldo de milhares de óbitos, sem levar em conta as vidas ceifadas em flor e os malfadados efeitos daquela endemia”.

A história não está terminada. Muita coisa precisa ser buscada entre Vitória e Itabira, nas margens do Rio Doce, do Rio Pau Gigante, do Rio Santo Antônio, do Rio Piracicaba, no Museu Municipal de Aimorés e na fala dos historiadores do Médio Rio Doce. Precisamos dar luz ao passado que a malária insinua e que nos parece confirmar a hipótese de que seu rastro trágico se deu nas categorias sociais mais desfavorecidas e negligenciadas.

REFERÊNCIAS

FONTES PRIMÁRIAS

Leis, Decretos...

BRASIL. **Decreto nº 641, de 26 de junho de 1852**. Autorisa o Governo para conceder a huma ou mais companhias a construcção total ou parcial de hum caminho de ferro que, partindo do Municipio da Côrte, vá terminar nos pontos das Provincias de Minas Geraes e S. Paulo, que mais convenientes forem. Brasília: Câmara dos Deputados. Disponível em: www.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-641-26-junho-1852-558790-publicacaooriginal-80365-pl.html. Acesso em: 23 jan. 2018.

BRASIL. [Constituição (1891)]. **Constituição da República dos Estados Unidos do Brazil**. Brasília: Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1824-1899/constituicao-35081-24-fevereiro-1891-532699-publicacaooriginal-15017-pl.html>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRASIL. **Decreto nº 7.773, de 30 de dezembro de 1909**. Autoriza a modificação do contracto celebrado com a Companhia Estrada de Ferro de Victoria a Minas, para o fim de ser adquirido o direito de reversão de suas linhas. Brasília: Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1824-1899/constituicao-35081-24-fevereiro-1891-532699-publicacaooriginal-15017-pl.html>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BRASIL. **Decreto nº 13.000, de 1 de maio de 1918**. Brasília: Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-13000-1-maio-1918-501750-publicacaooriginal>. Acesso em: 18 jul. 2017.

BRASIL. **Decreto nº 14.160, de 11 de maio de 1920**. Autoriza a celebração com a *Itabira Iron Ore Company Limited*, para que, sem privilegio, construa e explore usinas siderurgicas, duas linhas ferreas e um caés de embarque e desembarque, nos Estados de Minas Geraes e Espirito Santo. Brasília: Câmara dos Deputados. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14160-11-maio-1920-529165-republicacao-93160-pe.html>. Acesso em: 18 mar. 2018.

BRASIL. **Lei nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. Brasília: Câmara dos Deputados, 1923. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4682-24-janeiro-1923-538815-publicacaooriginal-35523-pl.html>. Acesso em: 20 jul. 2017.

BRASIL. **Decreto nº 22.455, de 10 de novembro de 1933**. Dispõe sobre a designação de uma comissão especial para proceder á verificação da regularidade dos atos relativos á execução dos contratos da Companhia E. F. Vitória a Minas, e dá outras providencias. Brasília: Câmara dos Deputados. Disponível em:

<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1824-1899/constituicao-35081-24-fevereiro-1891-532699-publicacaooriginal-15017-pl.html>. Acesso em: 10 fev. 2018.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 2.351, de 28 de julho de 1940**. Autoriza a Companhia Brasileira de Mineração e Siderurgia a incorporar a Estrada de Ferro Vitória a Minas. Brasília: Câmara dos Deputados. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-2351-28-junho-1940-412284-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 27 set. 2018.

ESPÍRITO SANTO (Estado). [Constituição (1935)]. **Constituição do Estado do Espírito Santo de 11 de agosto de 1935**. Biblioteca Estadual do Espírito Santo.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Decreto nº 1.264, de 30 de dezembro de 1920**. Victoria, 1920.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Decreto nº 8.459, de 30 de novembro de 1927**. Victoria: [s.n.], 1927.

Correspondências, relatórios, mensagens...

CEFVM – Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. **Relatório apresentado aos acionistas [pelo] diretor da EFVM, Dr. Teixeira Soares, no ano de 1908**. Vila Velha-ES, 1908.

CEFVM – Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. Escritório e Trafego. **Ofício nº 59, de 10 de julho de 1926**. De Ceciliano Abel de Almeida para os chefes do movimento, inspetores de telegráficos, condutores e praticantes de trens sobre empregados doentes vindos do interior. Vila Velha-ES, 1926a.

CEFVM – Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. Escritório e Trafego. **Ofício nº 60, de 10 de julho de 1926**. De Ceciliano Abel de Almeida. Vila Velha-ES, 1926b.

CEFVM – Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. Escritório e Trafego. **Ofício nº 61, de 10 de julho de 1926**. De Ceciliano Abel de Almeida ao pessoal do tráfego. Vila Velha-ES, 1926c.

CEFVM – Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. Escritório e Trafego. **Ofício nº 79, de 28 de setembro de 1926**. De Ceciliano Abel de Almeida para agentes, condutores e praticantes de trens. Vila Velha-ES, 1926d.

CEFVM – Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. Escritório e Trafego. **Ofício nº 11, de 15 de fevereiro de 1927**. De Ceciliano Abel de Almeida aos agentes, condutores de trens e praticantes de trens sobre chamados médicos. Vila Velha-ES, 1927.

CEFVM – Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. **Relatório apresentado à Assembléia Ordinária dos acionistas no ano de 1919**. Vila Velha-ES, 1919.

CEFVM – Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. II Divisão de Tráfego. Gestão Setorial. **Serviço Sanitário**. Vila Velha-ES, 1920.

CEFVM – Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. **Relatório apresentado à Assembléia Ordinária dos acionistas no ano de 1923**. Vila Velha-ES, 1923.

CEFVM – Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. **Relatório apresentado à Assembléia Ordinária dos acionistas no ano de 1925.** Vila Velha-ES, 1925.

CEFVM – Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. **Relatório apresentado à Assembléia Ordinária dos acionistas no ano de 1926.** Vila Velha-ES, 1926.

CEFVM – Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. **Relatório apresentado à Assembléia Ordinária dos acionistas no ano de 1927.** Vila Velha-ES, 1927.

CEFVM – Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. Setor de Construção. **Relatório apresentado à Assembléia Ordinária dos acionistas no ano de 1928.** Vila Velha-ES, 1928.

CEFVM – Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. Setor de Construção. **Relatório apresentado à Assembléia Ordinária dos acionistas no ano de 1932.** Vila Velha-ES, 1932.

CEFVM – Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas. **Relatórios da Divisão de Trafego e da Divisão de Locomoção - 1936 e 1937.** Vila Velha- ES, [193-].

ESPÍRITO SANTO (Estado). Governador (1892-1896). **Mensagem enviada ao Congresso Constituinte [por] José de Mello Carvalho Moniz Freire, governador do estado do Espírito Santo após promessa constitucional.** Victória, 1895.

Disponível em

:<https://ape.es.gov.br/Media/ape/PDF/Mensagens/JOS%C3%89%20DE%20MELLO%20CARVALHO%20MONIZ%20FREIRE.pdf>. Acesso em: 3 set. 2018.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Presidente (1908-1912). **Mensagem enviada ao Congresso Legislativo na 2ª Sessão Ordinária da 9ª Legislatura [por] Dr. Jerônimo de Souza Monteiro, presidente do estado do Espírito Santo.** Victoria, 1910. Disponível em: [https://ape.es.gov.br/Media/ape/PDF/Mensagens/JOS%C3%89%20DE%20MELLO%20CARVALHO%20MONIZ%20FREIRE%20\(7\).pdf](https://ape.es.gov.br/Media/ape/PDF/Mensagens/JOS%C3%89%20DE%20MELLO%20CARVALHO%20MONIZ%20FREIRE%20(7).pdf). Acesso em: 10 fev. 2019.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Presidente (1908-1912). **Relatório apresentado ao Congresso Legislativo em 23 de maio de 1912, sobre negócios do Estado no quadriênio 1909-1912, [por] Dr. Jerônimo de Souza Monteiro, presidente do estado do Espírito Santo.** Victoria, 1912. Disponível em:

<https://ape.es.gov.br/Media/ape/PDF/Mensagens/Jeronymo%20Souza%20Monteiro%20-201913.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Governador (1916-1920). **Mensagem enviada ao Congresso Legislativo em 1918 [por] Bernardino de Souza Monteiro, governador do Espírito Santo.** Victoria: [s.n.], 1918. Disponível em:

[https://ape.es.gov.br/Media/ape/PDF/Mensagens/BERNADINO%20DE%20SOUZA%20MONTEIRO%20\(3\).pdf](https://ape.es.gov.br/Media/ape/PDF/Mensagens/BERNADINO%20DE%20SOUZA%20MONTEIRO%20(3).pdf). Acesso em: 23 mar. 2019.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Estatística. **Dados de óbitos de 1919.** Apees. Victoria, 1920.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Ofício nº 58, de 17 de maio de 1921.** Do Delegado de Hygiene para o Secretário do Interior. Apees. Victoria, 1921.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Ofício nº 28, de dezembro de 1922.** Do Delegado de Higiene para Dr. Simon Menescau, chefe da Comissão de Saneamento Rural. Apees, Victoria, 1922a.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Relatório apresentado ao Dr. Nestor Gomes, presidente do estado do Espírito Santo [por] Dr. Cassiano Cardoso Castello, Secretário do Interior.** Apees, Victoria: Oficinas de Imprensa Estadual, 1922b.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Presidente (1920-1924). **Mensagem enviada ao Congresso Legislativo em 7 de setembro de 1922 [por] Dr. Nestor Gomes, presidente do estado do Espírito Santo.** Victoria: Oficinas da Imprensa Oficial, 1922c. Disponível em: [https://ape.es.gov.br/Media/ape/PDF/Mensagens/NESTOR%20GOMES%20\(4\).pdf](https://ape.es.gov.br/Media/ape/PDF/Mensagens/NESTOR%20GOMES%20(4).pdf)<https://ape.es.gov.br/relatorios-e-mensagens-2>. Acesso em: 23 mar. 2018.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Presidente (1924-1928). **Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo na 1.ª Sessão Ordinária da 12.ª Legislatura em 4 de maio de 1925 [por] Florentino Avidos, presidente do estado do Espírito Santo.** Victoria, 1925a. Disponível em: <https://ape.es.gov.br/Media/ape/PDF/Mensagens/FLORENTINO%20AVIDOS.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2018.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Presidente (1924-1928). Relatório enviado ao Senhor Florentino Avidos, presidente do estado do Espírito Santo [por] Dr. José Antonio Lopes Ribeiro, Secretário do Interior. Apees. Victoria: Gráfica Victória, 1925b.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Ofício nº 7.346, de 16 de fevereiro de 1926.** Da Diretoria de Higiene para a Secretaria do Interior do estado do Espírito Santo. Apees. Victoria, 1926a.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Ofício nº 3.721, de 20 de março de 1926.** Da Diretoria de Higiene para a Secretaria do Interior do estado do Espírito Santo. Apees. Victoria, 1926b.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Ofício nº 17, de 10 de maio de 1926.** Da Diretoria de Higiene para a Secretaria do Interior do estado do Espírito Santo. Victoria, 1926c.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Ofício nº 9, de 9 de setembro de 1926.** Da Diretoria de Higiene para a Secretaria do Interior do estado do Espírito Santo, para que se cumprissem as portarias nº 120 e nº 121, designando trabalhadores para o serviço de drenagem e limpeza de terrenos. Apees. Victoria, 1926d.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **Relatório contendo o Anexo 37, enviado ao Delegado-Geral de Higiene [por] Dr. José Antonio Lopes Ribeiro, Secretário do Interior.** Apees. Victoria, 1927.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Presidente (1928-1930). **Mensagem enviada ao Congresso Legislativo na 3.ª Sessão da 13.ª Legislatura em 22 set. 1930 [por] Dr. Aristeu Borges de Aguiar, presidente do estado do Espírito Santo.** Victoria, 1930. Disponível em: [https://ape.es.gov.br/Media/ape/PDF/Mensagens/ARISTEU%20BORGES%20DE%20AGUIAR%20\(3\).pdf](https://ape.es.gov.br/Media/ape/PDF/Mensagens/ARISTEU%20BORGES%20DE%20AGUIAR%20(3).pdf) : 23 mar. 2018.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Governador (1935-1937). **Mensagem enviada à Assembleia Legislativa em 1936 [por] João Punaro Bley, governador do Espírito Santo**. Biblioteca da Assembleia Legislativa do ES, Victoria: [s.n.], 1936.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Interventor Federal (1937-1943). **Exposição a membros das classes conservadoras, municipalidades do Estado e administradores [por] João Punaro Bley, interventor federal do Espírito Santo, na comemoração do décimo aniversário de sua gestão**. Victoria: Biblioteca Estadual do Espírito Santo, 1939.

FARQUHAR, P. **Correspondência referente à Itabira Iron**. Belo Horizonte: Arquivo Público de Belo Horizonte, 1934. Série 1, doc. 09, cx. 1.

Periódicos

ACTOS dos poderes públicos. **Diário da Manhã**, 06 de jan. 1930. Parte integrante da edição 2.229(2). Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=572748&pasta=ano%20193&pesq=Departamento%20de%20Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica,%20o%20Dr.%20Am%C3%A9rico%20de%20Oliveira&pagfis=33313>. Acesso em: 17 abr 2018

MOSQUITOS. **Diário da Manhã**, Vitória jul. 1931. Parte Integrante da edição 2.665. Disponível em: <https://bndigital.bn.gov.br/hemeroteca-digital/>. Acesso em: 17 abr. 2018.

LAVEROL. **Vida Capixaba**, Vitória, anno 5, n. 87, quinzenal, 1927. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=156590&pasta=ano%20193&pesq=Lavero!%20%E2%80%93%20Este%20medicamento%20n%C3%A3o%20disp%C3%B5e%20de%20refer%C3%A2ncia%20entre%20as%20medica%C3%A7%C3%B5es%20padronizadas&pagfis=2482>. Acesso em: 17 abr 2018

PENNA, B. O saneamento do vale do Rio Doce. **O Estado**, Vitória, 19 abr. 1922a, p. 2. [Discurso proferido na cidade de Vitória no dia 4 de março de 1922]. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=721190&pasta=ano%20192&pesq=O%20saneamento%20do%20vale%20do%20Rio%20Doce.&pagfis=534> Acesso em: Acesso em 2 mar. 2018.

PENNA, B. O saneamento do vale do Rio Doce. **O Estado**, Vitória, 20 abr. 1922b, p. 2. [Discurso proferido na cidade de Vitória no dia 4 de março de 1922]. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=721190&pasta=ano%20192&pesq=belisario%20pena&pagfis=521>. Acesso em: 2 mar. 2018.

PENNA, B. O saneamento do vale do Rio Doce. **O Estado**, Vitória, 26 abr. 1922c, p. 2. [Discurso proferido na cidade de Vitória no dia 4 de março de 1922]. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=721190&pasta=ano%20192&pesq=belisario%20pena&pagfis=534>. Acesso em: 2 mar. 2018.

PENNA, B. No Valle Feraz do Rio Doce. **O Estado**, Victoria, 27 abr. 1922d. Capa. [Discurso proferido na cidade de Vitória no dia 4 de março de 1922]. Disponível em: <http://memoria.bn.br/DocReader/docreader.aspx?bib=721190&pasta=ano%20192&pesq=belisario%20pena&pagfis=537>. Acesso em: 2 mar. 2018. 2 mar. 2018.

OBRAS RARAS (FIOCRUZ). Acervo Digital de Obras Raras Especiais. Disponível em: <https://www.obrasraras.fiocruz.br/media.details.php?mediaID=19>

O BRAZIL-MEDICO: revista semanal de medicina e cirurgia. Rio de Janeiro: Policlínica Geral, v. 21, jul./dez. 1907.

O BRAZIL-MEDICO: revista semanal de medicina e cirurgia. Rio de Janeiro: Policlínica Geral, v. 37, 1923.

O BRAZIL-MEDICO: revista semanal de medicina e cirurgia. Rio de Janeiro: Policlínica Geral, v. 38, out./dez. 1924.

O BRAZIL-MEDICO: revista semanal de medicina e cirurgia. Rio de Janeiro: Policlínica Geral, v. 39, 1925.

O BRAZIL-MEDICO: revista semanal de medicina e cirurgia. Rio de Janeiro: Policlínica Geral, v. 40, 1926.

O BRAZIL-MEDICO: revista semanal de medicina e cirurgia. Rio de Janeiro: Policlínica Geral, v. 43, jan./jun. 1929.

O BRAZIL-MEDICO: revista semanal de medicina e cirurgia. Rio de Janeiro: Policlínica Geral, v. 47, jan./jun. 1933a.

O BRAZIL-MEDICO: revista semanal de medicina e cirurgia. Rio de Janeiro: Policlínica Geral, v. 47, jul./dez. 1933b.

O BRAZIL-MEDICO: revista semanal de medicina e cirurgia. Rio de Janeiro: Policlínica Geral, v. 50, jan./jun. 1936.

O BRAZIL-MEDICO: revista semanal de medicina e cirurgia. Rio de Janeiro: Policlínica Geral, v. 51, jul./dez. 1937.

FONTES SECUNDÁRIAS

ABREU, J.; VILLARINO, M. T. B. Território da doença e da saúde: o Vale do Rio Doce frente ao panorama sanitário de Minas Gerais (1910-1950). **Locus:** Revista de História, Juiz de Fora, v. 15, n. 1 p. 191-205, 2009. Disponível em: <http://www.ufjf.br/locus/files/2010/02/335.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2015.

AFFONSO, J. **Vitória-Minas e sua formação:** 1901-1967. São Paulo: Rideel, 1967.

ALMEIDA, C. A. **O desbravamento das selvas do Rio Doce.** Rio de Janeiro: José Olímpio, 1959.

ANAYA, G. L. **Maus ares e malária:** entre pântanos de Natal e o feroz mosquito africano (1892-1932). Orientador: Helder do Nascimento Viana. 2011. 215 f. Dissertação (Mestrado

em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2011.

ARARIPE, D. A. **História da Estrada de Ferro Vitória a Minas**: de 1904 a 1954. Rio de Janeiro: CVRD, 1954. (Coleção Rio Doce).

BASTOS, N. C. B. **SESP/FSESP**: evolução histórica, 1942-1991. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional da Saúde, 1996.

BENCHIMOL, J. L. **Dos micróbios aos mosquitos**: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

BENCHIMOL, J. L. A instituição da microbiologia e a história da Saúde Pública no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 265-292, 2000.

BENCHIMOL, J. L. (coord.). **Febre amarela**: a doença e a vacina, uma história inacabada. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

BENCHIMOL, J. L.; SÁ, M. R. (org.). **Adolpho Lutz – obra completa**: febre amarela, malária e protozoologia [online]. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

BENCHIMOL, J. L.; SILVA, A. F. Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 719-762, jul./set. 2008.

BITTENCOURT, G. **História geral e econômica do Espírito Santo** - do engenho colonial ao complexo fabril-portuário. Vitória: Multiplicidade, 2006.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia Prático de Tratamento da Malária no Brasil**. Brasília: BVS, 2001. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_controle_malaria_manual.pdf. Acesso em: 4 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **100 anos de Saúde Pública**: a visão da Funasa. Brasília, 2004. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/livro_100-anos.pdf. Acesso em: 9 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Ações de controle da malária**: manual para profissionais de saúde na atenção básica. Brasília: BVS, 2006. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_controle_malaria_manual.pdf. Acesso em: 4 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Eliminação da Malária no Brasil**. Brasília, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/04/Plano-eliminacao-malaria-pub.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2017.

BRINA, H. L. **Estradas de ferro**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1983. 2 v.

BRITO, F. S. R. **Projecto de um novo arrabalde**. Rio de Janeiro: Xerox do Brasil, 1996. [Fac-símile de Vitória, Comissão de Melhoramentos da Capital, 1896]. Disponível em: <https://ape.es.gov.br/Media/ape/PDF/Livros/Projecto%20de%20um%20Novo%20Arrabalde%201896.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2019.

BROSSE, J. **As plantas e sua magia**. Rio de Janeiro: Rocco, 1993. (Coleção Arco do Templo).

BRUNTON, L. L.; CHABNER, B. A.; KNOLLMAN, B. C. **As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman**. 11. ed. Porto Alegre: Mc Graw Hill, 2010.

BRUNTON, L.; LAZO, J.; PARKER, K. **Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics**. 11th ed. New York: Mc Graw Hill, 2006.

CABRAL, S. **Saúde pública no Espírito Santo: da Colônia aos dias atuais**. Vitória: Ed. Instituto Histórico e Geográfico do Espírito Santo, 1992.

CAMARGO, E. P. A malária encenada no grande teatro social. **Estudos Avançados** [online], São Paulo, v. 9, n. 24, p. 211-228, 1995. Disponível em: http://www.sucen.sp.gov.br/doencas/malaria/texto_malaria_pro.htm. Acesso em: 21 abr. 2008.

CAMARGO, E. P. Malária, maleita, paludismo. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 26-29, jan./mar. 2003.

CAMPOS, A. L. V. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o serviço especial de Saúde Pública 1942-1960**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CAMPOS, A. L. V. Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de Saúde Pública e seu programa de enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n. 3, p. 879-888, 2008.

CARDOSO F. C.; FAINFAS, R. **Domínios da história: ensaios da teoria e método**. 5 ed. Campus Ltda. 1997

CARDOSO, M. H. C. A. A história da Medicina – Os signos e os sinais. In: Minayo, C. S. M. Caminhos do pensamento - epistemologia e método. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2008.

CARVALHO, A. **Trilhos, trilhas e rios da minha vida**. Coronel Fabriciano: [s.n.], 2003.

CERTEAU, M. **Escrita da história**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CERUTTI JUNIOR, C. **Caracterização epidemiológica da malária autóctone do Espírito Santo**. Orientador: Marcos Boulos. 2007. 228 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5134/tde-21062007-151653/publico/CrispimCeruttiJuniorDoutorado.pdf>. Acesso em 20 jan. 2019.

CHALHOUB, S. **Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CONSOLI, R. A. G. B.; OLIVEIRA, R. L. **Principais mosquitos de importância sanitária no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2708/1/Rotraut_Consoli_Oliveira.pdf. Acesso em 16 de maio 2019

CORBIN, A. **Saberes e odores: o olfato e o imaginário social nos séculos dezoito e dezenove**. São Paulo: Companhia das Letras, 1987.

COSTA, G. M. C.; GUALDA, D. M. R. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 925-937, out./dez. 2010.

COUTO, A. A. *et al.* Controle da transmissão da malária em área de garimpo no estado do Amapá com participação da iniciativa privada. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 897-907, jul./ago. 2001.

CRUZ, O. G. **Madeira Mamoré Railway Company: considerações gerais sobre as condições sanitárias do rio Madeira**. Rio de Janeiro: Papelaria Americana, 1910. Obras raras especiais. Disponível em: <https://www.obrasraras.fiocruz.br/media.details.php?mediaID=369>. Acesso em 23 maio 2018

DERENZI, L. S. **Caminhos percorridos – memórias inacabadas**. Vitória: Ed. Instituto Histórico e Geográfico do Espírito Santo, 2002.

DINIZ, A. **O dinamismo patrioticamente combativo de Belisário Penna: esboço biográfico**. Rio de Janeiro, 1949.

DOMINGUES, V. P. Especificando a validade do estudo sobre memorialistas através da teoria da consciência histórica. *In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA - ANPUH*. 26, São Paulo, 2011. **Anais [...]** São Paulo: Anpuh, 2011. Disponível em: https://anpuh.org.br/uploads/anais-simposios/pdf/2019-01/1548856700_ca7e5b1d6c281bc08c61e8173c203c4c.pdf. Acesso em: 4 fev. 2021.

DONNANGELO, M. C.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DNIT – Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (Brasil). **Histórico das ferrovias**. [2016]. Disponível em: <http://www1.dnit.gov.br/ferrovias/historico.asp#:~:text=Acesso em: 27 set. 2018>.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. *In: GIOVANELLA, L.; SCOREL, S.; LOBATO, L. V. C. (org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 333-384.

FALEIROS, R. N. Percursos e percalços: déficits operacionais, balanços e mercadorias da Estrada de Ferro Vitória a Minas em tempos de crise (1902-1942). **História**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 334-363, jul./dez. 2015. ISSN 1980-4369.

FINKELMAM, J. **Caminhos da saúde pública no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002. Disponível em: <http://book.scielo.org>. Acesso em: 24 out. 2018.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 42. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2018.

FRANÇA, T. C. C.; SANTOS, M. G.; FIGUEIROA-VILLAR, J. D. Malária: aspectos históricos e quimioterapia. **Química Nova** [online], v. 31, n. 5, 2008. ISSN: 1678-7064. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/qn/v31n5/a60v31n5.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2015.

FRANCO, S. P. **O terrívelíssimo mal do Oriente: o cólera na província do Espírito Santo (1855-1856)**. Vitória: Edufes, 2015.

FREIRE, j. **A ordem médica e a ordem familiar**. Rio de Janeiro: GRAAL, 1979.

GIFFONI, J. M. S. **Trilhos arrancados: história da Estrada de Ferro Bahia e Minas (1878-1966)**. Orientador: Douglas Cole Libby. 2006. 307 f. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/VGRO-6YEGE4>. Acesso em: 20 mar. 2018.

GONÇALVES, C.; D’ALESSIO, V. **Vitória a Minas: Rio Doce - terra proibida**. São Paulo: Dialetto, 2010.

GRANDI, G. **Estado e capital ferroviário em São Paulo – a Companhia Paulista de Estradas de Ferro entre 1930 e 1961**. São Paulo: Alameda, 2013.

GURGEL, C. B. F. M. **Índios, jesuítas e bandeirantes: medicinas e doenças no Brasil dos séculos XVI e XVII**. Orientador: Eros Antônio de Almeida. 2009. 194 f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2009. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/309188/1/Gurgel_CristinaBrandtFriedrichMartin_D.pdf. Acesso em maio 2018

HALBWACHS, L. **A memória coletiva**. Tradução de Laurente Leon Schaffter. São Paulo: Vértice, 1990.

HARDMAM, F. F. **Trem fantasma – a ferrovia Madeira-Mamoré e a modernidade na selva**. 2. ed. rev. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

HOBBSBOWN, E. **A era das revoluções**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

HOCHMAN, G. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p. 40-61, 1993.

HOCHMAN, G. Logo ali, no final da avenida: os sertões redefinidos pelo movimento sanitário da Primeira República. **História, Ciências e Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 5, suplemento 1, p. 217-235, jul. 1998.

HOCHMAN, G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/er/n25/n25a09.pdf>. Acesso em 21 maio 2019

HOCHMAN, G. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2013.

HOCHMAN, G.; MELLO, M. T. B.; SANTOS, P. R. E. 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. 9, p. 233-273, 2002. Supl. 1.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas do Séc. XX**. Disponível em: <https://seculoxx.ibge.gov.br/populacionais-sociais-politicas-e-culturais/busca-por-temas/populacao>. Acesso em: 23 mar. 2019.

IYDA, M. **Cem anos de saúde pública**: a cidadania negada. São Paulo: Ed. UNESP, 1994.

KROPF, S. P. Carlos Chagas e os debates e controvérsias sobre a doença do Brasil (1909-1923). **História, Ciências e Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 205-227, 2009. Supl. 1.

KROPF, S. P. **Doença de Chagas, doença do Brasil**: ciência, saúde e nação, 1909-1962 [online]. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. (Coleção História e Saúde). ISBN: 978-85-7541-315-9. DOI: <https://doi.org/10.7476/9788575413159>. Disponível em: <http://book.scielo.org>. Acesso em: 24 out. 2018.

KURY, L. B. **Império dos miasmas**: Academia Imperial de Medicina (1830-1850). Orientadora: Margarida de Souza Neves. 1990. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1990.

LAMOUNIER, M. L. Ferrovias, agricultura de exportação e mão-de-obra no Brasil no século XIX. **História Econômica & História de Empresas**, São Paulo, v. 3, n. 1, 2012a, p. 43-76,

LAMOUNIER, M. L. **Ferrovias e mercado de trabalho no Brasil do século XIX**. São Paulo: Ed. USP, 2012b.

LANNA, A. L. D. Ferrovias no Brasil, 1870-1920. **História Econômica e História das Empresas**, [S.l.], v. 8, n. 1 p. 401-107, jan./jun. 2005.

LATOUR, B. Give me a laboratory and I will raise the world. In: MAULKAY, M. (ed.). **Science observed**: perspectives on the social study of science. Londres: Sage, 1983. p. 141-170.

LEAVEL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: Mc Graw Hill, 1976.

LE GOFF, J. (org.). **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1985.

LE GOFF, J. **História e memória**. Tradução de Bernardo Leitão *et al.* Campinas-SP: Ed. Unicamp, 1990. Disponível em:

em https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4594598/mod_resource/content/1/LE_GOFF_HistoriaEMemoria.pdf. Acesso em: 18 set. 2019.

LE GOFF, J.; NORA, P. **História: novos problemas**. Tradução de Theo Santiago. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1974. Disponível em: [https://ia800207.us.archive.org/21/items/LEGOFFJacquesNORAPierreorgs..Histria.NovosProblemas/LE%20GOFF,%20Jacques;%20NORA,%20Pierre%20\(orgs.\).%20Hist%C3%B3ria.%20Novos%20problemas.pdf](https://ia800207.us.archive.org/21/items/LEGOFFJacquesNORAPierreorgs..Histria.NovosProblemas/LE%20GOFF,%20Jacques;%20NORA,%20Pierre%20(orgs.).%20Hist%C3%B3ria.%20Novos%20problemas.pdf). Acesso em: 20 jul. 2018.

LE GOFF, J.; NORA, P. **História: novos objetos**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/359845685/Jacques-Le-Goff-Pierre-Nora-Historia-Novos-Objetos-pdf>. Acesso em: 10 jun. 2017.

LIMA, N. T.; BOTELHO, A. Malária como doença e perspectiva cultural nas viagens de Carlos Chagas e Mário de Andrade à Amazônia. **História, Ciências e Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, 2013, v. 20, n. 3, p. 745-763. ISSN 0104-5970. Doi:[10.1590/S0104-597020130003000002](https://doi.org/10.1590/S0104-597020130003000002).

LIMA, N. T.; BRITTO, N. Salud y nación: propuesta para el saneamiento rural. Un estudio de la revista *Saúde* (1918-1919). In: CUETO, M. (ed.). **Salud, cultura y sociedad en América Latina: nuevas perspectivas históricas**. Lima: IEP/OPAS, 1996. Disponível em: <http://www.bvshistoria.coc.fiocruz.br/lildbi/docsonline/antologias/eh-591.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2019.

LIMA, N. V. T.; CARVALHO, M. A. R. O argumento histórico nas análises de saúde coletiva. In: FLEURY, S. **Saúde coletiva?: questionando a onipotência do social**. [S.l.]: Relume Dumará, 1992. p. 117-142.

LORENZO, C. Vulnerabilidade em saúde pública: implicações para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Bioética**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 299-312, 2006.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

LUZ, M. T. **Medicina e a ordem política brasileira**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MACHADO, R. *et al.* **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MAGALHÃES, R. C. S. **A campanha continental para a erradicação do *Aedes Aegypti* da OPAS e a cooperação internacional em saúde nas Américas (1918-1968)**. Orientador: Marcos Chor Maio. 2013. 450 f. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/16242/2/154.pdf>. Acesso em 24 mar 2018.

MARQUES, A. C.; GUTIERREZ, H. C. Combate à malária no Brasil: evolução, situação atual e perspectivas. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 27, suplemento 3, p. 91-108, 1994.

MATTOS, A. M. **Semmelweis e a febre puerperal**: uma análise na perspectiva da teoria do ator-rede. Orientador: Marcos Rodrigues da Silva. 2017. 84 f. Tese (Doutorado em Ensino de Ciências e Educação Matemática) – Centro de Ciências Exatas, Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2017. Disponível em:

http://www.uel.br/pos/mecem/arquivos_pdf/ALINE%20DE%20MOURA%20MATTOS.pdf.

Acesso em: 23 mar. 2018.

MAYRINK, G. **História da Vale**. São Paulo: Museu da Pessoa, 2002.

MENDES, O. Desenvolvimento econômico no estado do Espírito Santo *versus* territórios quilombolas, sob a ótica pós-colonial. **Simbiótica**, Vitória, v. 1, n. 3, jun. 2013. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/5493-11472-2-PB%20\(8\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/5493-11472-2-PB%20(8).pdf). Acesso em: 20 maio 2015.

MONTEIRO, C. Ferroviários em greve: relações de dominação e resistência na RVPSC. **Revista de História Regional**, Ponta Grossa-PR, v. 12, n. 1, p. 9-24, verão, 2007.

NEMER, L. **Centro de Vitória** - habitação social ontem e hoje. Serra: Milfontes, 2018.

NOGUEIRA, A. L. M. As “doenças de feitiço” e as Minas do século XVIII. *In*: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 26. Jul. 2011, São Paulo. **Anais [...]** São Paulo: Anpuh, 2011.

OLIVEIRA, E. S. D. **Combate à malária em Santa Catarina**: políticas públicas, impactos ambientais e memória. Orientador: Joao Klug. 2015. 311 f. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/156514>. Acesso em: 20 mar. 2018

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)previdência social: 60 anos da história da previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes; Abrasco, 1985.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Informe mundial sobre el paludismo 2012**. [2015]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/world-malaria-day-2015/es/>. Acesso em: 5 abr. 2016.

OMS – Organização Mundial da Saúde; UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Relatório sobre o paludismo na África**. [2003]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67869/WHO_CDS_MAL_2003.1093_por.pdf?jsessionid=FF8B370F87C63FD450A3EB16D037040A?sequence=2. Acesso em: 23 jan. 2007.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde; OMS – Organização Mundial da Saúde. **A malária e as metas de desenvolvimento internacionalmente acordadas, inclusive as constantes da Declaração do Milênio**. Washington-DC: CD46/17, 2005. [Tema 4.12 da Agenda Provisória].

PAULA, S.G. **Anopheles Gambiae no Brasil -1930 a 1940**. Organizador. Tradução Mário Moreira – Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011

PESAVENTO, S. J. Literatura, história e identidade nacional. **Vidya**: Revista Eletrônica, v. 19, n. 33, p. 9-27, 2000. Disponível em:
<http://periodicos.ufn.edu.br/index.php/VIDYA/article/view/531>. Acesso em: 4 fev. 2021.

PESAVENTO, S. J. **História e história cultural**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

QUINTÃO, L. C. **Interiorização da capital pela Estrada de Ferro Sul do Espírito Santo**. Orientador: Valter Pires Pereira. 2008. 161 f. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008. Disponível em <http://repositorio.ufes.br/handle/10/3339>. Acesso em 8 fev. 2018

QUINTÃO, L. C. Estrada de ferro e territorialidade no Espírito Santo. **Revista Ágora**, Vitória, n. 20, p. 84-109, 2014.

RANG, H. P.; DALE, M. M.; RITTER, J. M. **Farmacologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

REVEL, J.; PETER, J. P. O corpo: o homem doente e sua história. *In*: LE GOFF, J.; NORA, P. (org.). **História**: novos objetos. 4. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1995. p. 141-159.

RIBEIRO, L. R. **Pequena contribuição à história da Estrada de Ferro Vitória a Minas**. Vitória: Artgraf, 1986.

RIBEIRO, L. R. **João Neiva, origem e desenvolvimento**: a contribuição da EFVM. Vitória: CVRD, 1992.

ROSA, L. B. R. A. **Uma ferrovia em questão**: a Vitória Minas 1890-1940. Vitória: Fundação Ceciliano Abel de Almeida, 1985.

ROSA JUNIOR, A. F. As febres intermitentes e os saberes médicos na província do Rio de Janeiro. *In*: ENCONTRO DE HISTÓRIA ANPUH-RIO – História do Futuro: Ensino, Pesquisa e Divulgação Científica, 19. Rio de Janeiro, 2020. **Anais Eletrônicos** [...] Rio de Janeiro: Anpuh-RJ, 2020. Disponível em:
https://www.encontro2020.rj.anpuh.org/resources/anais/18/anpuh-rj-erh2020/1599956064_ARQUIVO_bbffcea481c2bca4b1def967af7f7cd7.pdf. Acesso em: 18 nov. 2020.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.

ROSENBERG, C. E. Framing disease: illness, society and history. *In*: _____. (ed.). **Explaining epidemics and other studies in the history of medicine**. Cambridge: Cambridge University Press, 2001. p. 305-318.

ROSENBERG, C. E.; GOLDEN, J. (ed.). **Framing disease**: studies in cultural history. New Jersey: Rutgers University Press, 1997.

ROSENBERG, C. E. Anticipated consequences: historians, history, and health policy. Apud HOCHMAM, G. História, Ciência e saúde Coletiva. Rio de Janeiro, **Ciência e Saúde Coletiva**, 25(12): 4715-4721, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.17982020>. Acesso em 20 abr, 2020

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

SANTOS, M. **Espaço e Método**. São Paulo: Cortez, 1985.

SÃO THIAGO, P. T. **História da malária em Santa Catarina**. Orientador: Fernando Dias de Ávila Pires. 2003. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SBP – Sociedade Brasileira de Parasitologia. **Glossário**. Disponível em: http://www.parasitologia.org.br/estudos_glossario.php. Acesso em: 12 maio 2017.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SEGNINI, L. R. P. **Ferrovia e ferroviários**: uma contribuição para a análise do poder disciplinar na empresa. São Paulo: Cortez, 1982.

SEVCENKO, N. O prelúdio republicano, astúcias da ordem e ilusões do progresso. *In*: NOVAIS, F. (org.). **História da vida privada no Brasil República**: da belle époque à era do rádio. 7. reimp. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. v. 3, p. 15.

SILVA, G. C. A. Tecendo histórias com os aromas da vida: enredos, tramas e dramas da epidemia de malária no Baixo Jaguaribe (1937-1942). *In*: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 25d de maio 2009, Fortaleza. **Anais [...]** Fortaleza: Anpuh, 2009. Disponível em: www.anais.anpuh.org/wp-content/uploads/mp/pdf/ANPUH.S25.0795.pdf. Acesso em: 24 abr. 2018.

SILVA, G. C. A. **Epidemia de malária no Ceará**: enredos de vidas, mortes e sentidos políticos (1937-1942). Orientador: Antônio Torres Montenegro. 2012. 268 f. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade de Pernambuco, Recife, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/19128>. Acesso em 23 de abr. 2018

SILVA, J. S. **Adoecendo na cidade da borracha**: Manaus (1877-1920). Orientador: Hideraldo Lima da Costa. 2012. 162 f. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2012. Disponível em: <http://tede.ufam.edu.br/handle/tede/4762>. Acesso em 23 de abr. de 2018

SILVA, L. J. O controle das endemias no Brasil e sua história. **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 44-47, jan./mar. 2003.

SILVA, M. Z. O Espírito Santo face à logística de expansão da Companhia Vale do Rio Doce. **Dimensões**, Vitória, v. 13, p. 126-145, jul./dez. 2001.

SILVEIRA, A. J. T.; NASCIMENTO, D. R. A doença revelando a história: uma historiografia das doenças. *In*: NASCIMENTO, D. R.; CARVALHO, D. M. (org.). **Uma história brasileira das doenças**. Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 13-30.

SNOW, J. **Sobre a maneira de transmissão do cólera**. Rio de Janeiro: Usaid, 1999.

SOPER, F. L. *Anopheles gambiae* in Brazil. In: _____. (ed.). **Ventures in world health – the memoirs of Fred Lowe Soper**. Washington-DC: Pan-American Health Organization, v. 355, 1977. p. 201 et seq.

SOPER, F. L.; WILSON, B. D. ***Anopheles gambiae* no Brasil – 1930-1940**. Tradução de Mario Moreira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

SOUZA, J. P. A presença do cólera, da diarreia e as condições sanitárias durante a guerra contra o Paraguai: registros médicos e memórias. In: NASCIMENTO, D. R.; CARVALHO, D. M.; MARQUES, R. C. (org.). **Uma história brasileira das doenças**. Rio de Janeiro: Mauad, 2006. p. 233-251.

SOUZA, M. M. O. Entre a Ferrovia do Diabo e o Trem Fantasma: uma viagem pela história da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré. **Campo-Território: Revista de Geografia Agrária**, v. 5, n. 9, p. 237-246, fev. 2010.

SPINDEL, C. R. **Homens e máquinas na transição de uma economia cafeeira**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

TEIXEIRA, L. A. As febres paulistas na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo: uma controvérsia entre porta-vozes de diferentes saberes. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, 2004. Supl. 1. DOI: 10.1590/S0104-59702004000400003. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000400003&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 13 jun. 2017.

VARGAS, G. **A nova política do Brasil: o Estado Novo**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1938.

VILLARINO, M. T. B. **Entre lagoas e florestas: atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) no saneamento do Médio Rio Doce: 1942-1960**. Disponível em: <https://www.livrosgratis.com.br/ler-livro-online-107463/entre-lagoas-e-florestas--atuacao-do-servico-especial-de-saude-publica-sesp-no-saneamento-do-medio-rio-doce--1942-1960>. Acesso em 14 de maio 2017.

WILLIAMS, J.; PINTO, J. **Manual de entomologia da malária para técnicos de entomologia e controle de vetores (nível básico)**. Lisboa: Usaid, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Caderno de Campo: os percursos da pesquisa enquadrados na memória fotográfica

Entre as anotações que fiz durante as entrevistas, estão fotografias que, mais que palavras escritas, nos trazem uma outra dimensão dos acontecimentos, na expressão visual do momento, que são a própria pesquisa ou a metodologia de pesquisa. Pelas fotografias foi possível ampliar e relembrar parte do encontro com os entrevistados. Elas registraram momentos passados e, juntamente com as narrativas, trouxeram melhor expressão do que aconteceu, além do tema ou a partir do tema pesquisado. As fotografias falam por meio de mensagens não verbais, o que possibilita a cada pessoa uma nova interpretação. Para esta tese, elas estão relacionadas aos detalhes percebidos durante as anotações.

Múltiplos sentimentos surgiram posteriormente nos entrevistados e também no pesquisador.

São personagens das fotografias vários participantes, que, embora não fossem os contadores das histórias, estavam acompanhando os momentos lembrados pelos parentes. Fotografamos e, dessa forma, conseguimos melhorar nossas anotações.

A confiança e o vínculo que transparecem no instante da imagem como apenas simpatia tornaram-se amizade.

Museu Ferroviário de João Neiva



João Neiva, 14 de julho 2017

A antiga oficina da Estrada de Ferro Vitória a Minas.

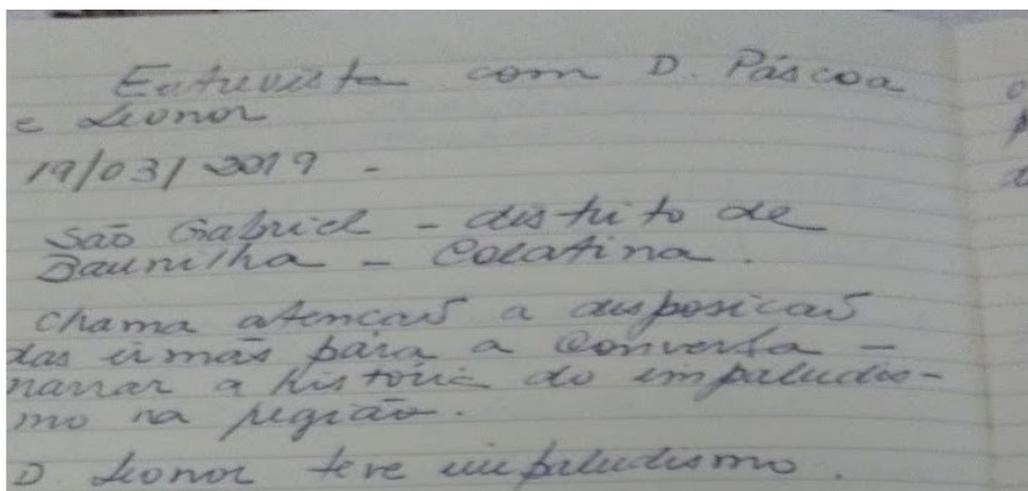


Na Biblioteca Municipal da cidade, recebi um livro sobre João Neiva e a migração italiana. Não existe nenhum registro sobre a Estrada de Ferro Vitória a Minas. Não consegui conversar com os antigos ferroviários que sabiam contar as histórias da EFVM.



SÃO LOURENÇO DE BAUNILHA – 19 de março de 2019

Na manhã de 19 de março de 2019, encontramos a prof.^a Cleia na Colonial Treviso, na estrada que leva a Colatina. Fomos à casa de suas primas, que já nos aguardavam.



Da esquerda para a direita, Pasqua Batista – 86 anos, Luiza Maria – 66 anos, e Leonora Matilde da Rós – 87 anos. As narrativas desvelaram as memórias de infância naquele lugar e a vida da família no enfrentamento da malária e das verminoses, os remédios amargos no paladar das crianças, o desconforto do tremor e os abraços para aliviar.

Demonstraram muita satisfação
 em narrar a história, pois
 é a história de vida da
 família.

- Um dos irmãos serviu na
 2ª AG e o sum passou
 pelo povoado com os alistados
 - momento de muita e mo
 para as irmãs.



Da esquerda para direita, prof.^a Cleia, Pasqua, Leonora, Luiza Maria.

Estivemos por duas horas e meia na casa de Pasqua e Leonora. Ao sair da localidade, fomos a Acioli conhecer os lugares onde os surtos de malária ocorreram com grande intensidade no período estudado.



Região do Barracão dos primeiros imigrantes em Acioli.





Da esquerda para a direita, Dr. Erivelto, prof.^a Cleia, Pasqua, Leonora e Luiza Maria.



Caixa metálica onde ficavam guardados os materiais e medicamentos usados na prescrição para quem apresentava a febre. Ao lado, as lancetas para exame de sangue, material que pertencera ao pai, agora sob a guarda de Leonora.

VITÓRIA – Praia do Canto, 5 de março de 2020

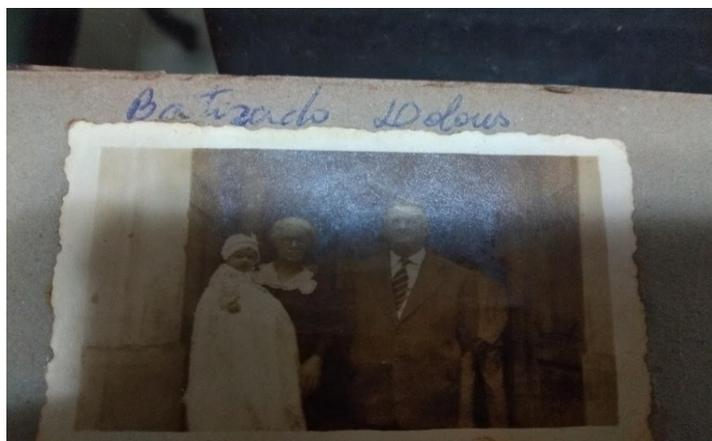


A história de família de Dolores está intimamente ligada à EFVM. Seu avô, Virgílio, foi chefe da Estação de Colatina, onde houve um episódio muito grave, de explosão de um trem com carga de dinamites que seria levada a Minas Gerais, no Médio Rio Doce, para abrir o prolongamento da EFVM.

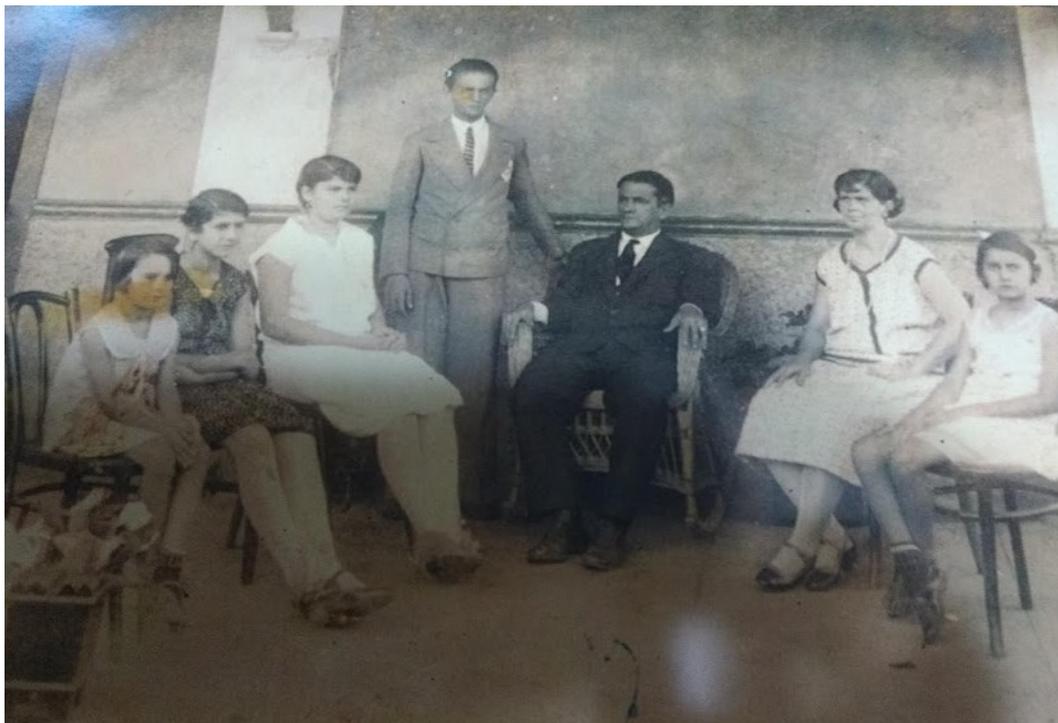
Era considerado um herói pela família, por ter levado o trem para longe da estação onde explodiram vários vagões.

Dolores Pagani – 75 anos. Nasceu e viveu em Colatina até sua juventude.

Dolores indicou Afrânio, fotógrafo antigo de Colatina, e Otto Padilha. A amizade vinha desde o tempo de juventude por terem vivido em Colatina e fazerem parte do mesmo grupo de amizade das famílias. Dolores acompanhou-me na visita à casa de Otto para a entrevista.



Álbum de fotografia da família



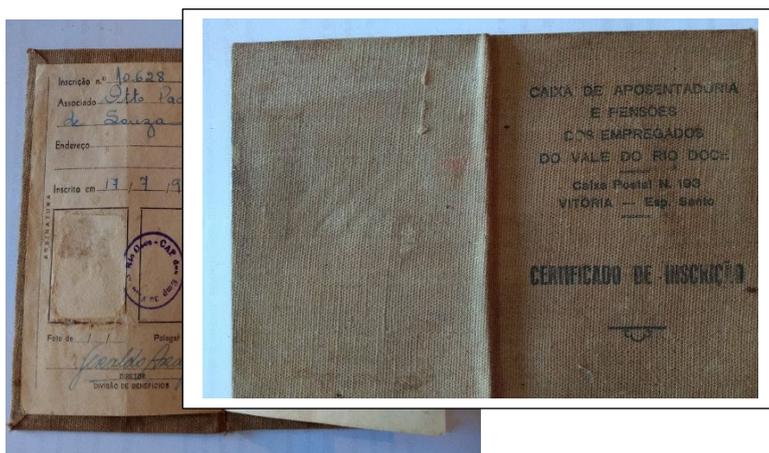
Família de Dolores Pagani. No centro, o agente Virgílio Barreto Gomes; ao seu lado esquerdo, de roupa escura, sua esposa, que fazia os doces para vender na Estação. As duas moças de branco são Lea Gomes Pagani, à esquerda, e Adeusolina Gomes Martins, à direita. Foram telegrafistas na estação de Colatina.

VITÓRIA – Praia do Canto, 12 de março de 2020



Sr. Otto ainda preserva a grande habilidade no manejo do telégrafo, codificando letras e números no antigo aparelho da EVFM.

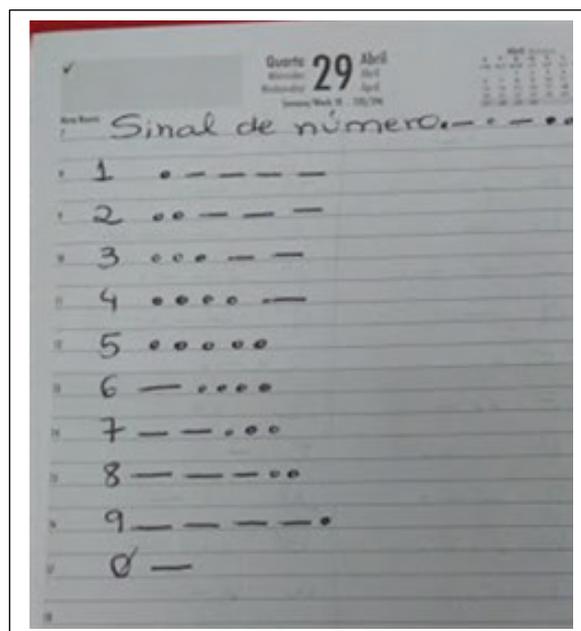
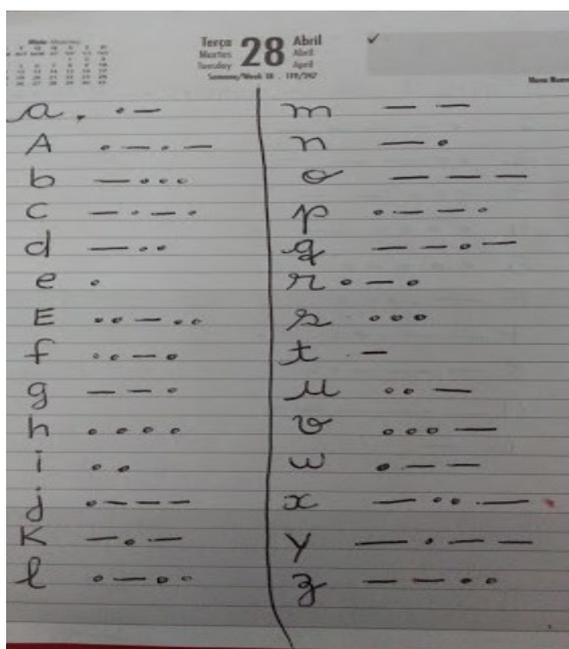
Sr. Otto Padilha – Telegrafista aposentado da Companhia Vale do Rio Doce – 83 anos.





O telégrafo elétrico ficava nas estações, ligado a uma máquina, que traduzia os impulsos elétricos codificados em letras e escrevia o texto.

Símbolos telegráficos que representam letras e números. Código Morse



Conversamos com a esposa do Sr. Otto e com Dolores; muita conversa entre os três, recordando passagens da juventude. Muita alegria entre eles.

MINAS GERAIS – Coronel Fabriciano, 20 de junho de 2020

Depois de muitas tentativas, cheguei ao Sr. José do Patrocínio, 91 anos, carpinteiro aposentado da EFVM, que acompanhou a mudança para CVRD.

A entrevista foi feita por ligação de vídeo no whatsapp, devido ao isolamento social decorrente da pandemia de Covid-19. Foi organizada por Aline, sua filha, que ligou no momento em que ele se encontrava mais disposto.

Mostrou-se alegre na maior parte do tempo, algumas vezes emocionado, bastante claro ao falar dos companheiros da linha.



ANOS DE 2017 / 2018 / 2019 / 2020

ROTINA NO CENTRO DA CIDADE DE VITÓRIA



CAFEZINHO NA RUA SETE



**VISITAS AO MUSEU DA VALE – CENTRO DE MEMÓRIA
VILA VELHA**

Antiga Estação Ferroviária Pedro Nolasco



A paixão por trem



Muitos relatórios, pouca informação sobre a malária.





O clima do mar, a paisagem
e o silêncio transformam a
estiva de madeira em uma
esfera mágica.



Hoje a “Maria Fumaça” - Mikado, parada no tempo, sentindo a brisa e o cheiro da maresia, não deve lembrar-se dos gritos e sussurros.



O Centro de Memória não pôde ser frequentado a partir de março de 2020, permanecendo fechado para o público e pesquisadores devido à pandemia de Covid-19.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM HISTÓRIA**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “O impaludismo na Estrada de Ferro Vitória a Minas (1920-1942)”, desenvolvida por Luiza Maria de Castro Augusto Alvarenga, CI 02927722-5 DIC-RJ, médica, CRM 3.375, residente na Rua Oscar Rodrigues de Oliveira, 73, apart. 301, Jardim da Penha, Vitória-ES, telefone (27) 99972-8609, aluna do Doutorado em História da Universidade Federal do Espírito Santo, matrícula nº 2917140370, sob a orientação do prof. Sebastião Pimentel Franco e da prof.^a Maria Cristina Dadalto.

A pesquisa tem como objetivo construir a historiografia do impaludismo no percurso da Estrada de Ferro Vitória a Minas (EFVM), no período entre 1920 e 1942.

O convite decorre do fato de termos informações de seu conhecimento sobre acontecimentos que marcaram a vida das pessoas, residentes ao longo do trajeto da estrada, afetadas pela doença.

Trata-se de uma participação importante, mas voluntária e você tem autonomia na decisão de participar ou não, bem como de retirar sua participação a qualquer momento e de omitir ou excluir fatos do contexto.

Serão garantidas confidencialidade e privacidade das informações que prestar e não será revelado seu nome nem dados de identificação ou fotos, sem a sua permissão.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas em arquivos digitais aos quais apenas eu e os professores orientadores teremos acesso.

Todo material será mantido em arquivo por pelo menos cinco anos, conforme Resolução CNS nº 466/12.

As entrevistas terão duração de 1 hora.

Declaro que entendi os objetivos e as condições de minha participação na pesquisa.

Concordo em participar.

.....
(Participante)

.....
(Pesquisador)

.....
(Local e data)