

A SAÚDE PARAIBANA NOS ANOS 1930:

Novas espacialidades e processos de disciplinarização¹

Paraíba's Health in the 1930s: New spatialities and processes of disciplinarization

Leonardo Querino B. Freire dos Santos²

Artigo recebido em: 18/08/2020.

Artigo aceito em: 02/03/2021.

RESUMO:

Analisamos a reorganização da Diretoria Geral de Saúde Pública da Paraíba, realizada em 1935, buscando compreender como ela dialoga com o projeto de centralização política e com a ideologia de valorização do trabalho implementados ao longo do governo de Getúlio Vargas. Na saúde pública paraibana, estes processos foram traduzidos em uma maior capilarização socioespacial da ação estatal e no incremento de ações voltadas à saúde do trabalhador, suscitando novas práticas de cuidados com o corpo e produção dos espaços. Para a construção da narrativa, recorremos a notícias publicadas por jornais locais, as quais foram analisadas a partir de uma perspectiva teórica foucaultiana, com ênfase no conceito de “disciplinarização”.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública; História do trabalho; História da Paraíba.

ABSTRACT:

We analyze the reorganization of the General Directorate of Public Health of Paraíba, carried out in 1935, seeking to understand how it dialogues with the project of political centralization and the ideology of valorization of labor implemented during the Getúlio Vargas government. In Paraíba's public health, these processes were translated into a greater socio-spatial capillarization of the state action and in the increase of actions aimed at workers' health, giving rise to new practices of body care and production of spaces. To construct the narrative, we resorted to news published by local newspapers, which were analyzed from a Foucauldian theoretical perspective, with emphasis on the concept of “disciplinarization”.

KEYWORDS: Public Health; History of Work; History of Paraíba.

¹ O presente artigo resulta em parte da nossa pesquisa de Doutorado, realizada junto ao Programa de Pós Graduação em História Social da USP. Nela, analisamos os discursos médicos sobre a saúde dos trabalhadores que circulavam na Paraíba durante o primeiro governo Vargas. Cabe ressaltar ainda que o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

² Professor do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba (IFPB). Doutor em História Social (USP). Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3629397080079034>. E-mail: leoqbfs@gmail.com

1. Esclarecimentos introdutórios

Nos anos 1930, em meio às redefinições político-administrativas e ideológicas do período getulista, a saúde pública da Paraíba passou por importantes mudanças. Por um lado, houve um substancial investimento governamental visando capilarizar a presença do Estado na sociedade e no território paraibano por meio das instituições de saúde. Por outro, em conformidade com o “trabalhismo”³ varguista, o Estado deu início a uma política mais efetiva visando “medicalizar” os corpos e espaços produtivos. Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo analisar esses processos, problematizando suas implicações na reconfiguração das relações entre Estado e sociedade.

Ao analisar as mudanças na política de saúde da Paraíba, não devemos minimizar a ação dos agentes locais – elites políticas, médicos, classes trabalhadoras – na configuração deste processo. Em outras palavras, os diferentes grupos da sociedade paraibana envolvidos ou afetados por estas transformações não assistiram passivamente à atuação do poder central.

A este respeito devemos lembrar que, desde o final do século XIX, médicos paraibanos reclamavam às autoridades locais e nacionais a ampliação dos serviços públicos de saúde para além da capital da província/estado (SOARES JÚNIOR, 2011, p. 42). Além disso, nos anos 1930 os movimentos trabalhistas locais intensificaram suas lutas e reivindicações por direitos e melhores condições de vida, inclusive

³ Compreendemos esta noção conforme ela foi desenvolvida por Ângela de Castro Gomes (1994) em seu estudo sobre as relações entre o governo Vargas e as classes trabalhadoras. De acordo com a autora, o “trabalhismo” foi uma ideologia política, cuidadosamente estruturada pelo Estado, com a finalidade de estabelecer um vínculo político entre o presidente e os trabalhadores. Para tanto, o governo apropriou-se dos resultados simbólicos das lutas proletárias para constituir uma noção de cidadania fundada nos direitos sociais do trabalho. Estes ganhos materiais eram apresentados pela propaganda oficial como uma “dádiva”, uma “doação”, estimulando-se a “reciprocidade” dos trabalhadores em relação ao “Estado paternalista”. No entanto, o “trabalhismo” não é analisado por Gomes apenas como uma estrutura de dominação: o que ocorria era uma relação social de “troca”, em que os trabalhadores também eram agentes do processo (GOMES, 1994, p. 162 – 166).

coabrando melhorias na saúde pública e na assistência médica (SANTANA, 1999, p. 228).

Por seu turno, as elites econômicas locais, enfraquecidas devido à crise de seus principais produtos – o açúcar e o algodão⁴ – apegam-se ao poder político como “tábua de salvação” para preservar seus privilégios. Mas isso aconteceu em uma fase de centralização política e administrativa do Estado brasileiro, levando os donos do dinheiro e do poder na Paraíba a convergirem com os novos termos do pacto federativo. Acrescente-se a isso o fato de que a oligarquia dominante no estado após a “Revolução de 1930” – então liderada pelo Ministro da Viação e Obras Públicas, José Américo de Almeida – aliara-se a Vargas desde o início de seu governo. Desse modo, as elites econômicas locais, não por passividade ou fraqueza, mas sim por cálculo e estratégia, optaram por aderir às políticas varguistas no campo da saúde pública, inclusive apropriando-se delas para resguardar seus interesses, visto que naquele contexto histórico:

Criou-se uma máquina burocrática que escapava ao controle direto das oligarquias regionais, centralizando o poder. Todavia, esta centralização foi viável, na medida que resguardou os fundamentos do poder local e a sobrevivência das oligarquias. Contudo, a relação entre estas e o poder central é reordenada, estabelecendo-se novos canais de acesso para o atendimento de suas demandas (GURJÃO, 1994, p. 106).

Desse modo, as elites (políticas, econômicas, médicas) locais não era “marionetes” nas mãos de Vargas: elas “negociavam” e adaptavam as diretrizes do poder central também conforme seus projetos e interesses. Nesse sentido, ao analisar a “regionalização” dos serviços coordenados pelo Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) no período getulista, precisamos considerar que

[...] a composição de interesses na área de atuação deste ministério envolveria outros atores políticos, que não se constituíam necessariamente pelos usuários dos serviços aos quais se destinava o Mesp, levando o governo a se defrontar com os segmentos que participaram do movimento revolucionário, como também com os setores oligárquicos dissidentes, que pretendiam assegurar sua independência diante do governo federal. A

⁴ A respeito da crise da economia agroexportadora na Paraíba nos anos 1930, Cf. Eliete Gurjão (1994, p. 122).

dimensão regional ganha, neste caso, especial relevância (FONSECA, 2007, p. 38).

Dessa forma, o arranjo institucional que emergiu com a reforma da Diretoria Geral de Saúde Pública da Paraíba – que discutiremos nas páginas seguintes – resultou da ação e da negociação de diferentes agentes sociais. Embora as fontes analisadas não nos permitam aprofundar a discussão sobre os diferentes interesses que estiveram em jogo nesse processo, parece plausível que o formato resultante foi incorporado e implementado pelas oligarquias locais, entre outras possíveis razões, por convergir com suas ideologias e projetos políticos. Assim, ao possibilitar a interiorização do poder estatal e ampliar sua capacidade de intervenção sobre as relações de produção, o novo arranjo da saúde pública paraibana ampliava os espaços de poder para a atuação das elites locais, ao mesmo tempo em que concretizava os projetos varguistas de centralização político-administrativa e de valorização do trabalho.

Para discutir essas relações sociais de poder, analisamos notícias publicadas por jornais locais na época. A este respeito é importante assinalar que estas são as principais fontes de informação sobre a história da organização e execução das políticas de saúde implementadas na Paraíba durante o nosso recorte. Isto porque, infelizmente, as instituições de saúde do estado não preservaram quase nada de sua documentação referente ao período. Assim, muitas vezes é apenas através da imprensa que temos acesso a documentos da saúde pública paraibana – tais como textos assinados por médicos, leis, regulamentos e relatórios das diversas instituições – haja vista que os jornais da época eram os responsáveis por publicizar os atos da administração pública na Paraíba.

Do ponto de vista teórico, dialogamos com a perspectiva de Michel Foucault (2013, p. 29 – 32) para problematizar o poder como uma relação que se capilariza nos mais variados espaços sociais. Nessa perspectiva, buscamos evidenciar como o projeto varguista de centralização política e valorização do trabalho foi operacionalizado em parceria com as elites locais com o objetivo de ampliar o poder

de intervenção do Estado sobre o território e a sociedade paraibana mediante a reconfiguração da política de saúde.

2. Saúde pública e intervenção estatal na Paraíba

Em “A Era do Saneamento”, Gilberto Hochman (2006, p. 38) demonstrou que “as políticas de saúde pública no Brasil da Primeira República tiveram um papel importante na criação e no aumento da capacidade do Estado de intervir sobre o território nacional”. Nas linhas que seguem, analisamos a continuidade desse processo durante o primeiro governo Vargas (1930 – 1945), quando uma nova variável entrou nessa equação: a preocupação do Estado em intervir sobre as relações de trabalho, com o objetivo de (con)formar um novo tipo de “cidadão/trabalhador” nacional (GOMES, 1999, p. 55). Além disso, observando como essa experiência se deu na Paraíba, é possível problematizar de quais formas a agenda do poder central era apropriada e implementada em um estado periférico do ponto de vista político e econômico.

Durante o primeiro governo Vargas a saúde pública passou por um processo de centralização político-administrativa. Desde a Primeira República, o governo federal vinha tomando medidas para ampliar sua participação neste setor. Um exemplo disto foram os convênios firmados com os estados para a organização dos serviços de Saneamento e Profilaxia Rural (HOCHMAN, 2006, 170 – 178). No entanto, é inegável que esse processo foi sensivelmente aprofundado ao longo do período getulista.

Como demonstrou Cristina Fonseca (2007, p. 21), a centralização administrativa da saúde nesse contexto dialogava com um projeto político que almejava uma maior presença do Estado na sociedade. Com efeito, o que estava acontecendo na saúde brasileira não pode ser dissociado dos “jogos do poder” e da reforma na administração pública que Vargas buscava implementar.

Em ambos os processos, o que o governo federal pretendia era ampliar sua presença – política e simbólica – no território nacional e na dinâmica das relações sociais. Para isso, foi de fundamental importância a montagem de um aparato técnico e burocrático que permitisse a extensão do Estado por todo o território nacional. Assim, a ampliação da presença federal na saúde dos estados e municípios buscava não apenas cuidar dos “corpos enfermos”: pretendia-se também construir um novo tipo de relação entre Estado e sociedade, pautada nos princípios da centralização administrativa e do intervencionismo estatal. Tal processo resultou em novas práticas institucionais e espaciais na gestão pública dos “corpos enfermos”.

Ainda de acordo com Cristina Fonseca (2007, p. 36), em meio à instabilidade política que caracterizou os primeiros anos do período getulista, o governo federal buscou instrumentos para consolidar-se no poder. A estratégia implementada foi a constituição de um Estado centralizador e intervencionista. Nesse contexto, a tentativa de centralizar as ações e a gestão da saúde pública foi uma das formas encontradas para fortalecer o governo federal. Como argumenta a referida autora (p. 36), “À instabilidade política responderia o governo com medidas de política social que fortaleceriam seu papel diante dos conflitos”.

Entre as medidas centralizadoras adotadas por Vargas no campo da saúde, podemos citar a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930, bem como sua posterior reforma, em 1937 (HOCHMAN, 2005, p. 131). Pode-se destacar também a criação das Delegacias Federais de Saúde, em 1937, cuja atuação “abrangeia atividades de coordenação, orientação e fiscalização de todos os serviços de saúde no país” (FONSECA, 2007, p. 218). Na mesma linha, tivemos em 1941 a constituição dos Serviços Nacionais de Saúde⁵, “evidenciando mais uma estratégia do governo

⁵ De acordo com Fonseca (2007, p. 233), foram criados 12 Serviços Nacionais: Serviço Nacional da Peste, Serviço Nacional da Tuberculose, Serviço Nacional da Febre Amarela, Serviço Nacional do Câncer, Serviço Nacional da Lepra, Serviço Nacional de Malária, Serviço Nacional de Doenças Mentais, Serviço Nacional de Educação Sanitária, Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina, Serviço Nacional dos Portos, Serviço Federal de Bioestatística e Serviço Federal de Águas e Esgotos. Além de comprovar o processo de centralização da saúde que se buscava implementar, tais serviços indicam as áreas priorizadas pela agenda política da época.

federal para intensificar sua intervenção sobre as ações de saúde em todo o país” (FONSECA, 2007, p. 233).

Por fim, a partir de 1937, também podemos ressaltar a instituição das Conferências Nacionais de Saúde, “que deveriam reunir periodicamente delegações de todos os estados em um fórum nacional e de caráter oficial para discutir os temas de saúde pública” (HOCHMAN, 2005, p. 133). Na prática, tais Conferências destinavam-se a “fortalecer os projetos de expansão e padronização das ações de saúde nos estados” (FONSECA, 2007, p. 212).

A extensão territorial do país, contudo, impediria uma política de saúde centralizada unicamente nas mãos do governo federal. Dessa forma, o modelo que viabilizou a nacionalização da saúde brasileira durante o governo Vargas desdobrou-se em duas ações: a centralização normativa e a descentralização executiva (FONSECA, 2007, p. 184 – 185). Com efeito, o governo federal continuou prestando auxílio técnico e financeiro aos estados e municípios, mas aumentou sensivelmente o seu papel na normatização da política nacional de saúde. Estados e municípios, por sua vez, ficaram responsáveis por executar tal agenda, sempre sob a fiscalização dos agentes e regulamentos federais. Dessa forma, os entes federados passaram a exercer uma autonomia relativa na gestão de seus serviços de saúde, pois estes teriam que se enquadrar na normatização federal.

Durante o governo Vargas⁶, a Diretoria Geral de Saúde Pública foi o órgão responsável pelo setor na Paraíba. Ao longo deste período, ela foi chefiada pelos seguintes médicos:

⁶ Nesse período, a Paraíba foi governada por Interventores Federais nomeados pelo Presidente da República: Antenor Navarro (1930 – 1932), Gratuliano Brito (1932 – 1934), Argemiro de Figueiredo (1935 – 1940) e Rui Carneiro (1940 – 1945). Destes, somente Argemiro de Figueiredo foi eleito governador em 1935, tendo sido mantido como interventor após o estabelecimento do Estado Novo em 1937. Percebe-se, pois, o alinhamento institucional do governo estadual em face dos projetos administrativos do poder central. Apesar de eventuais “negociações” com as especificidades locais, tal convergência política facilitaria a implementação da agenda administrativa do governo Vargas em terras paraibanas.

Quadro 1: Diretoria Geral de Saúde Pública da Paraíba (1930 a 1945)

Diretor	Período
Dr. Walfredo Guedes Pereira	1930 a 1935
Dr. Otávio de Oliveira	1935 a 1937
Dr. Achilles Schorzelli Júnior	1937 a 1939
Dr. Plínio Espínola	1939 a 1940
Dr. Janduhy Carneiro	1940 a 1945

Fonte: Quadro elaborado pelo autor com base em Castro (1945, p. 248) e em notícias publicadas pelo jornal paraibano *A União* durante o período referido.

A Diretoria Geral de Saúde Pública coordenava as ações de saneamento, profilaxia, combate a endemias e epidemias, educação sanitária, vacinação, cuidados materno-infantis, fiscalização de gêneros alimentícios, fiscalização do exercício profissional e distribuição de medicamentos em todo o estado. No entanto, a descontinuidade administrativa e a escassez de recursos foram criticadas pelos seus gestores e funcionários. Como queixou-se Walfredo Guedes Pereira, diretor da repartição, em relatório referente ao ano de 1933 publicado pelo jornal *A União*⁷, “A escassez orçamentária; [...] a deficiência de médicos e de outros funcionários [...] e a falta de independência no que diz respeito à parte técnica e administrativa deste

⁷ Criado pelo então presidente da Paraíba, Álvaro Lopes Machado, em 1893, e mantido desde então pelo governo do estado, o jornal *A União* era editado na capital da Paraíba e possuía uma linha editorial francamente governista. Desse modo, defendia e propagava as ações e a visão de mundo dos grupos hegemônicos. Além disso, durante o nosso recorte, este periódico era também o principal meio de comunicação dos médicos com os “leigos”, isto é, com a sociedade paraibana. Assim, este jornal divulgava discursos médicos que convergiam com os interesses dos grupos que controlavam o poder político e econômico na Paraíba.

departamento”, continuavam sendo “grandes entraves ao seu desenvolvimento e maior eficiência”⁸.

3. Disciplinando corpos, relações e espaços de trabalho

Nesse contexto, ainda não havia uma ação específica da Diretoria Geral de Saúde Pública voltada para a saúde das classes trabalhadoras⁹. Por outro lado, havia uma clara associação entre doença e classes subalternas. No mesmo relatório de 1933, Guedes Pereira mencionou a pobreza e a falta de educação destes grupos como razões das precárias condições sanitárias do estado. Em seu diagnóstico, verificou a forte incidência de doenças como alastrim, disenterias, difterias, febres tifoides, malária, verminoses, boubá, tuberculose e sífilis entre as classes trabalhadoras (Relatório..., 4 maio. 1934).

Apesar desta “constatação”, o adoecimento dos pobres e trabalhadores continuava sendo encarado como questão de saúde pública, não como um problema social decorrente das péssimas condições de sobrevivência impostas pela exploração capitalista. Dessa forma, a política mais efetiva da Diretoria voltada especificamente às famílias das classes subalternas era então a ação das enfermeiras visitadoras. Sobre elas, Guedes Pereira explicou que:

Apesar do pequeno ou rudimentar conhecimento técnico, tem tido as nossas enfermeiras visitadoras de higiene infantil real e útil atuação,

⁸ *A União*, “Relatório apresentado pelo Dr. Walfredo Guedes Pereira, diretor geral da saúde Pública, ao senhor Dr. Secretário do Interior e Segurança Pública, correspondente ao ano de 1933”. 04 de maio de 1934.

⁹ Em razão da diversidade de grupos sociais então definidos como “trabalhadores”, optamos por empregar a noção de “classes trabalhadoras” tal como a definiu Paul Singer (2012, p. 191). Nessa perspectiva, o que caracteriza este segmento das sociedades capitalistas é sua dependência em relação ao trabalho assalariado como forma de subsistência. Pelo mesmo motivo, evitamos termos como “proletários” e “proletariado”, historicamente associados aos trabalhadores fabris, tendo em vista que os discursos e práticas sociais que analisamos não se limitavam a esta categoria. Em lugar de expressões com sentido mais restritivo como estas, decidimos empregar também a noção de “classes subalternas”, as quais foram definidas por Antonio Gramsci (2002, p. 138 – 141) justamente por sua fragmentação e, sobretudo, por sua relação de antagonismo em face do Estado e dos grupos dominantes.

especialmente na classe proletária, onde, vacinando, aconselhando hábitos higiênicos, assistindo a uns tantos casos, orientam e encaminham mães e crianças aos serviços oficiais e particulares especializados. Além disto, trabalham em matrículas, curativos e injeções nos ambulatórios do mesmo serviço de higiene infantil (Relatório..., 4 maio. 1934).

No campo da saúde do trabalhador, a Diretoria Geral de Saúde Pública também realizava inspeções de saúde e fornecia atestados de sanidade aos trabalhadores que precisassem de tal documentação para aposentarias, licenças ou admissões (Relatório..., 4 maio. 1934). Em linhas gerais, a saúde das classes trabalhadoras era pensada e praticada pelo Estado e pelos grupos dominantes na Paraíba com base em uma política de controle social, educação sanitária e profilaxia das endemias locais. Temas como as condições de trabalho e sobrevivência destes grupos não entravam no diagnóstico sobre sua saúde.

Ainda sobre a Diretoria Geral de Saúde Pública, é importante ressaltar o seu papel na interiorização do poder estatal. Por meio de Postos e Subpostos de Higiene, bem como dos chamados Postos de Saúde Itinerantes, este departamento ajudou a criar uma rede biossocial – formada por prédios, funcionários, medicamentos, etc. – que ampliou o alcance dos serviços públicos de saúde, aumentando a presença do Estado no cotidiano da sociedade paraibana. Em 1934, a Diretoria mantinha sete Postos de Higiene em cidades do interior: Itabaiana, Guarabira, Bananeiras, Alagoa Grande, Areia, Patos e Cajazeiras. Além disso, auxiliava técnica e financeiramente o Hospital Pedro I de Campina Grande (Relatório..., 4 maio. 1934).

O combate aos problemas sanitários do estado dialogava com o projeto político de ampliar e interiorizar a ação do poder público. Ambos os objetivos foram intensificados com a reforma da Diretoria Geral de Saúde Pública em 1935¹⁰, no governo de Argemiro de Figueiredo (1935 – 1940). Tal reforma estabeleceu que todos os serviços de saúde pública do estado da Paraíba seriam coordenados e realizados pela referida repartição (Lei nº 54..., 9 jan. 1936). Conforme a nova legislação:

¹⁰ A reforma foi aprovada em 1935, mas só passou a vigorar em 1º de janeiro de 1936.

Art. 2º – As atividades da Diretoria Geral de Saúde Pública serão distribuídas pelos serviços de:

- I – Administração Geral.
- II – Propaganda e Educação Sanitária e Estatística Vital.
- III – Epidemiologia e Profilaxia das Doenças Epidêmicas.
- IV – Laboratórios.
- V – Engenharia Sanitária.
- VI – Fiscalização do Exercício Profissional.
- VII – Higiene da Criança.
- VIII – Higiene da Alimentação e Polícia Sanitária das Habitações.
- IX – Profilaxia de Sífilis, Doenças Venéreas e Lepra.
- X – Profilaxia da Tuberculose.
- XI – Higiene do Trabalho e Profilaxia de Endemias Rurais.
- XII – Higiene Mental.
- XIII – Enfermagem de Saúde Pública.
- XIV – Maternidade.
- XV – Hospital de Isolamento (a ser construído).
- XVI – Leprosário (a ser construído).
- XVII – Hospital-Colônia de Psicopatas (Lei nº 54..., 9 jan. 1936).

Apesar de ainda concentrar a maior parte dos serviços e dos recursos em João Pessoa, o novo regulamento inovou ao estabelecer com maior clareza como se daria o trabalho da repartição no interior do estado. Enquanto na capital sua atuação seria disseminada pelas diversas instituições de saúde então existentes, com destaque para o Centro de Saúde de João Pessoa, no interior ela se daria a partir dos Postos de Higiene. Estes seriam organizados nas cidades de Cabedelo, Mamanguape, Alagoa Grande, Guarabira, Bananeiras, Areia, Itabaiana, Campina Grande, Alagoa do Monteiro, Princesa, Cajazeiras e Patos. Os Postos de Monteiro e Princesa também funcionariam como Postos Itinerantes, capilarizando ainda mais a ação do poder público¹¹.

Mesmo com a reforma, o foco da Diretoria Geral de Saúde Pública continuou sendo a profilaxia das endemias locais e o controle das doenças contagiosas. Tanto que o regulamento dos Postos de Higiene estabelecia em seu Artigo 3º: “O Posto só atenderá a doentes de endemias rurais, de surtos epidêmicos e a venéreas contagiantes, não fornecendo medicações nem receitas a enfermos de outras moléstias” (Instruções..., 1 jul. 1936). Já o seu Artigo 14º especificava ainda mais as

¹¹ O regulamento também previa a organização de postos itinerantes provisórios durante surtos epidêmicos e a construção de Hospitais regionais no interior do estado (Lei nº 54..., 9 jan. 1936).

atribuições destes estabelecimentos: “As atividades do Posto atenderão a: higiene da criança, epistística vital (sic), educação sanitária, epidemiologia, endemias rurais, polícia sanitária, profilaxia de sífilis, doenças venéreas e lepra, laboratório, higiene da alimentação” (Instruções..., 1 jul. 1936).

Tais atribuições permaneceram praticamente as mesmas ao longo do período estudado, como o demonstra o comentário do Dr. Alceu Colaço sobre as finalidades destas instituições, publicado pelo jornal *Voz da Borborema*¹². De acordo com esse médico, que atuava no Posto de Campina Grande, tais órgãos haviam sido criados para

[...] atenderem aos doentes realmente necessitados e vítimas de endemias rurais, ministrando-lhes a medicação adequada aos seus males, fazendo ao mesmo tempo chegar-lhe à inteligência rústica um pouco de noção sobre educação sanitária, precisa para a boa compreensão do perigo que lhes advêm dessas infestações e infecções tão comuns em nosso meio e tão próprias aos seus trabalhos rurais [...]. Qualquer política de soerguimento moral e econômico de um povo e bem assim todo esforço em prol de uma renovação espiritual há de ter em todas as camadas sociais por pedestal a higiene e a educação. Ambas unindo-se indissolivelmente e em sendo atacada conjuntamente farão dentro das melhores possibilidades do meio e do homem uma obra monumental de restauração moral e econômica (Nota..., 15 abr. 1939).

Dessa forma, embora não fossem dirigidas especificamente às classes trabalhadoras, as ações dos Postos de Higiene contemplavam a saúde destes grupos sociais, pois eles não possuíam recursos para buscar a medicina privada e eram os mais afetados pelas endemias e epidemias. Além disso, por meio da educação sanitária, os poderes públicos buscavam disciplinar as práticas corporais dos grupos sociais “realmente necessitados”, como ressaltou o Dr. Alceu Colaço.

¹² Editado na cidade de Campina Grande, *Voz da Borborema* foi um periódico bissemanário que circulou entre os anos 1937 e 1939. Durante sua existência, adotou uma postura de defesa e propaganda do governo estadual e do “Estado Novo” imposto por Getúlio Vargas. Fátima Araújo (1986, p. 89) ressaltou seu caráter “oficioso” ao comentar que ele “era quase o porta-voz do Governo do Estado, à época de Argemiro de Figueiredo”. Ainda a respeito da história deste jornal, são esclarecedoras as palavras do pesquisador Bruno Gaudêncio (2014, p. 260): “Surgido para ‘enaltecer’ o grupo político ligado a Argemiro de Figueiredo, nomeado como interventor do estado da Paraíba em 1937, sua direção estava nas mãos de Acácio Figueiredo, irmão do governador, compactuando com a ideia fundamentada pelo Estado Novo”.

A reforma da Diretoria Geral de Saúde Pública em 1935 também evidencia a emergência de uma nova forma de pensar a saúde do trabalhador. Nos anos 1930 o Estado brasileiro começou a praticar uma medicina social do trabalho visando a proteção física e mental do trabalhador, fruto de antigas reivindicações das próprias classes subalternas. É claro que os objetivos desta medicina social do trabalho estavam ligados ao projeto de nação que se tentou implementar durante o governo Vargas. Tanto é assim que, segundo Ângela de Castro Gomes, seu foco era preservar, recuperar e ampliar a capacidade de produzir do trabalhador nacional. De acordo com a autora:

Não se tratava unicamente de curar. Havia toda uma dimensão sanitária que buscava a proteção do corpo e da mente do trabalhador. **No próprio interesse do progresso do país, deviam-se vincular estreitamente as legislações social e sanitária, já que o objetivo de ambas era construir trabalhadores fortes e sãos**, com capacidade produtiva ampliada (GOMES, 1994, p. 226, grifos nossos).

No caso paraibano, esta nova sensibilidade pública pode ser notada na referida reforma de 1935. É que a partir de então, ao lado da profilaxia das endemias locais, a Diretoria Geral de Saúde Pública passou a contar com um serviço especializado de Higiene do Trabalho (Lei nº 54..., 9 jan. 1936). A documentação pouco se refere a este órgão. O pouco que sabemos sobre ele é que era dirigido pelo Dr. Dácio Cabral, contava com inspetores que fiscalizavam as unidades de trabalho e emitia *carteiras de saúde*¹³ para os operários:

O Serviço de Higiene do Trabalho, procurando executar a tarefa que lhe cabe, tem visitado as fábricas e vários centros onde se agitam indústrias, procurando conhecer dos ambientes fabris e da saúde dos operários. Pessoalmente, por seus inspetores, ou por escrito, mediante cartas e ofícios, aquele Serviço tem solicitado aos patrões a que encaminhem os seus auxiliares até à sede do Serviço, para que eles sejam inspecionados, recebendo, a seguir, uma carteira de saúde, que será, por assim dizer, uma credencial com que eles bem se apresentem aos ambientes sadios. Já foram expedidas 70 carteiras de saúde, e intensa campanha tem-se feito para que esse número se multiplique muitas vezes (O Plano..., 28 ago. 1936).

¹³ O novo regulamento da Diretoria Geral de Saúde Pública determinou que este documento seria obrigatório para os trabalhadores domésticos e comerciários da Paraíba. Para obtê-lo, o trabalhador precisaria submeter-se a diversos exames de “sanidade” física e mental em algum dos estabelecimentos da referida Instituição.

Na prática, a ação deste departamento se limitava à capital. No tocante às condições de trabalho nas fábricas, priorizava a “conscientização” dos empresários. Já a ênfase na emissão das *carteiras de saúde* revelava a preocupação em “disciplinarizar” e “higienizar” a força de trabalho. Contudo, é inegável que sua criação sugere a emergência de uma nova perspectiva política acerca da saúde do trabalhador: o Estado tornava-se um interlocutor importante na resolução desta problemática médico-social.

Em linhas gerais, “Operário sadio, a trabalhar em meio higienizado, é em resumo o escopo desta secção” de Higiene do Trabalho (A Higiene..., 3 jun. 1936). Mesmo que de maneira limitada e incipiente, pela primeira vez na Paraíba as questões relativas aos espaços e condições de trabalho eram pensadas na perspectiva da intervenção estatal sobre a saúde das classes subalternas.

Um dos grandes objetivos do novo serviço era “oferecer ao patrão e principalmente ao operário, ambiente de trabalho perfeitamente integrado aos preceitos higiênicos” (A Higiene..., 3 jun. 1936). O novo departamento teria a missão de orientar os patrões na implementação de melhoramentos médico-sanitários em seus estabelecimentos. Além disso, fiscalizaria as condições higiênicas de trabalho, visando a sua melhoria:

De um modo geral, poucos são os prédios industriais adaptados às condições exigidas pela higiene. Quase sempre, são estabelecimentos pouco ou nada arejados, onde não penetram a luz solar direta e o ar renovado e onde finalmente as instalações sanitárias são deficientes. **Meios assim, sanitariamente defeituosos, são uma ameaça constante à saúde dos que neles trabalham, além de favorecerem grandemente a propagação de muitos estados mórbidos, notadamente a tuberculose, a lepra e outras doenças contagiosas.** Urge pois, que os nossos industriais procurem tanto quanto lhes sejam possível, melhorar as condições higiênicas do meio onde mourejam aglomerações operárias (A Higiene..., 3 jun. 1936, grifos nossos).

Este é um forte indício de que, na Paraíba dos anos 1930, os espaços e as condições em que se davam as relações de trabalho eram pensados pelos poderes públicos e pelo discurso médico como fatores de adoecimento. Buscando produzir

um cidadão/trabalhador produtivo, tais poderes passaram a discutir a saúde das classes trabalhadoras, sem, contudo, questionar as linhas gerais da exploração capitalista.

A nova repartição não teria como foco a fiscalização e a regulamentação da higiene do trabalho. Ela exerceria com maior afincamento as funções de orientação dos patrões e de educação sanitária dos trabalhadores. Nessa perspectiva, ela condenava com maior veemência – mais do que as condições gerais de trabalho – o contato “promíscuo” entre os operários. Para seus técnicos, era este o grande motivo da circulação de doenças contagiosas nos espaços de trabalho, pois

Ninguém ignora, nem mesmo os leigos em assuntos médicos, o perigo do trabalho em promiscuidade, em que se confundem na maioria dos casos, sadios e doentes. Temos visto muitas vezes, – por exemplo – um copo comum a inúmeros indivíduos que buscam a água em jarra também comum. Se, entre estes houver (e quase sempre há) portadores de moléstias contagiosas? Bastaria apenas um destes últimos para disseminar na parte sã o vírus do seu mal, e arrastar assim à doença seus companheiros (A Higiene..., 3 jun. 1936).

O uso de copos individuais é sem dúvida uma medida higiênica. No entanto, ante o alto nível de exploração a que estavam submetidos os trabalhadores paraibanos, impedir seus contatos “promíscuos”, para além dos efeitos sanitários, poderia trazer resultados políticos. É que a distribuição disciplinar dos trabalhadores na geografia produtiva não visa apenas aumentar sua saúde ou produtividade: também se deseja dificultar mobilizações coletivas, individualizando ao máximo todas as operações do processo de trabalho.

Assim, impedir o “trabalho em promiscuidade” talvez também fosse uma forma de anular os “riscos políticos” da solidariedade de classe. Neste caso, a disciplinarização dos contatos dentro dos ambientes de trabalho visaria a um controle higiênico e social das práticas corporais e espaciais. Em uma mesma operação, os donos do capital almejavam um trabalhador mais saudável, individualista, produtivo e, sobretudo, obediente (FOUCAULT, 2013, p. 139 – 140). Nesse contexto,

Os regulamentos internos incidem sobre a própria distribuição dos indivíduos no espaço da produção de modo a impedir sua livre circulação, fixando-o junto às máquinas e curto-circuitando toda forma de articulação espontânea. [...]. As normas disciplinam as idas e permanências no banheiro, dispõem sobre a duração do almoço, proíbem as conversas nas horas de trabalho, instauram uma vigilância ininterrupta através do jogo de olhares entre empregadores e empregados (RAGO, 1985, p. 24, grifos nossos).

O discurso técnico sobre a saúde do trabalhador nem sempre o ajudava a melhorar de vida, mas frequentemente funcionava como prática disciplinar. Boas condições de higiene para bons trabalhadores parecia ser o lema da repartição de Higiene do Trabalho. Assim, o novo órgão reproduzia as representações produzidas pelos grupos que controlavam o poder político e econômico:

O operário era concebido, pela burguesia, como um agitador e marginal perigoso, espécie de bandido infiltrado na fábrica, ou – na melhor das hipóteses – como um ignorante, um tipo de débil mental que necessitava da proteção do capitalista. Nessa segunda variante, surgia um paternalismo conservador, eivado pela visão clerical e burguesa dos “pobres desamparados”. Tanto num caso como no outro, o proletário era concebido como marginal: bandido ou pobrezinho, era necessário reprimi-lo e controlá-lo dentro e fora da fábrica (HARDMAN; LEONARDI, 1991, p. 148).

Agitador ou pobrezinho, marginal ou ignorante, o trabalhador também era visto como vetor de doenças contagiosas. Por isso, segundo a repartição de Higiene do Trabalho, era preciso disciplinar seus “contatos promíscuos” com os companheiros de ofício e especialmente com o patronato:

Não podemos deixar de aludir, nestas breves considerações ao caso das empregadas de crianças, as quais devem apresentar excelentes condições de saúde, para desempenho do mister. A criança, organismo tenro, mais facilmente contaminável precisa ser resguardada dos perigos a que está exposta nas mãos das domésticas doentes (A Higiene..., 3 jun. 1936).

O novo departamento de Higiene do Trabalho fornecia carteiras de saúde aos empregados em geral. Para tanto, eles precisavam submeter-se a uma inspeção rigorosa, quando sua saúde seria avaliada segundo “as necessidades da medicina preventiva” (A Higiene..., 3 jun. 1936). Desse modo, a nova instituição trabalhava um conceito excludente de saúde, reforçando a “disciplinarização corporal” como critério de acesso ao mercado de trabalho. Apesar disso, devemos reconhecer o avanço que

o novo órgão representou na discussão sobre saúde e higiene do trabalho e do trabalhador paraibano a partir dos anos 1930.

Ainda sobre o atendimento às classes trabalhadoras, não poderíamos deixar de mencionar os hospitais. Caso fosse acometido por uma doença repentina ou acidente de trabalho, o trabalhador paraibano também poderia ser atendido no Hospital Santa Isabel, da Santa Casa de Misericórdia, na capital. Em Campina Grande, prestava o mesmo serviço o já citado Hospital Pedro I, mantido através de parceria entre a Maçonaria, a prefeitura e o governo do estado. Realizando este tipo de atendimento durante o período que abordamos, também conseguimos identificar¹⁴ o Hospital Sá Andrade, em Sapé; o Hospital Centenário, em Alagoa Grande; o Hospital São Vicente de Paulo, em Taperoá; o Hospital Regional de Cajazeiras; e a Casa de Saúde de Patos. Para enfermidades endêmicas ou contagiosas, o trabalhador seria encaminhando para os Postos de Higiene no interior e para os Dispensários¹⁵ especializados na capital.

Embora não tenhamos a pretensão, nem a condição, de fazer um relato minucioso desta rede hospitalar, tudo o que foi discutido neste item nos permite algumas conclusões. Em matéria de saúde pública, a descontinuidade administrativa¹⁶, a precariedade técnico-financeira¹⁷ e a dispersão geográfica¹⁸ marcaram a experiência

¹⁴ Coligimos tais informações especialmente nas edições do jornal *A União* e em Castro (1945).

¹⁵ Tais como os dispensários de tuberculose, lepra, malária, boubá, verminoses e doenças venéreas, por exemplo.

¹⁶ Neste caso a descontinuidade administrativa refere-se principalmente à paralização de obras, à inconstância orçamentária e à interrupção de serviços, aspectos que em nossa visão contribuíam para a precarização das instituições de saúde paraibanas.

¹⁷ Trata-se da escassez dos diversos fatores necessários ao funcionamento das instituições de saúde: funcionários, infraestrutura adequada, material de expediente, recursos clínicos, cirúrgicos e laboratoriais.

¹⁸ Quanto à dispersão geográfica não dispomos de fontes ou dados bibliográficos suficientes para uma consideração mais aprofundada da questão. Contudo, se pudermos lançar uma hipótese para eventuais pesquisas futuras, talvez este problema estivesse ligado a fatores de ordem política e econômica. Ante a exiguidade de recursos, insuficientes para atender às demandas de todo o território, é possível que as elites políticas tenham priorizado determinadas localidades em função dos jogos de interesses e das relações de poder então vigentes. No caso da capital, não devemos negligenciar a possibilidade de que ela fosse pensada pelas autoridades como a “cidade-vitrine” do estado, demandando por isso maiores investimentos em saúde pública.

paraibana entre os anos 1930 e 1940. A maior parte dos serviços concentrava-se em João Pessoa, e mesmo aí a situação das classes trabalhadoras não era nada lisonjeira em matéria de acesso à saúde pública.

Por fim, cabe lembrar que os trabalhadores formais – aqueles com carteira assinada, sindicalizados e incluídos no restrito conceito de cidadania então vigente¹⁹ – eram melhor atendidos. Assim, pode-se considerar que os poderes constituídos praticavam a saúde pública também como um instrumento de disciplinarização da força de trabalho.

4. Algumas considerações finais

De acordo com Machado et al. (1978), desde a segunda metade do século XIX observa-se uma crescente aproximação entre medicina e política²⁰ no Brasil. Tal processo, acentuado nas primeiras décadas do século XX²¹, foi responsável pela constituição de uma “medicina política”, definida

tanto pelo modo como intervém na sociedade e penetra em suas instituições, como pela sua relação com o Estado. Ela precisa do Estado para realizar seu projeto de prevenção das doenças da população. Sem instrumento de poder próprio ela é ineficaz e vã. E, ao mesmo tempo, **ela**

¹⁹ Autores como Santos (1979, p. 75), Gomes (1994, p. 163) e Gomes (2002, p. 34) demonstraram que a noção de cidadania construída durante o primeiro governo Vargas estava diretamente vinculada à posição que o indivíduo ocupava nas relações de trabalho.

²⁰ Todavia, esta relação entre a medicina institucional e os aparelhos de Estado não esteve isenta de confrontos e tensões. Roberto Machado et al. (1978) mostra que ao perceber incompatibilidades entre a ação do Estado e as prescrições de sua ciência, os médicos tentavam impor sua racionalidade a partir de três táticas: criticando as ações dos governantes, que consideravam “incompetentes” em matéria de saúde por serem “leigos” em medicina (p. 218 – 220); oferecendo sua assessoria aos poderes públicos (p. 220 – 222); e penetrando nas instâncias decisórias, inclusive elegendo médicos para cargos políticos (p. 222 – 226). Dessa forma, a inserção da medicina na sociedade brasileira também ocorreu mediante confrontos com o Estado e com a população, configurando-se como uma “Trabalhosa conquista de terreno que, ao encontrar resistências, as transcreve de diferentes formas: cegueira dos políticos, má fé dos charlatães, ignorância do povo” (MACHADO et al., 1978, p. 158).

²¹ Essa “aliança” entre medicina e política fica mais evidente quando lembramos, por exemplo, o papel ativo que o Estado assumiu no controle das práticas alternativas de cura no início do século XX (PETRARCA, 2019, p. 576), ou nos deparamos com a colaboração do discurso médico nos projetos de higienização social implementados Brasil afora no mesmo período (CHALHOUB, 2017, p. 40 – 41).

é útil ao Estado por ser um instrumento especializado capaz de assumir com ele e por ele as questões relativas à saúde, trazendo-lhe o apoio de uma ciência (MACHADO et al., 1978, p. 242 – 243, grifos nossos).

Ao longo da primeira metade do século XX, essa sinergia de projetos e interesses entre a medicina institucional e as estruturas de poder se mantém e se amplia. Prova disso é que, no contexto da Primeira República, “Para a total efetivação do conceito de nação modernizada, foi preciso também sedimentar a visão da sociedade gerida por especialistas”, com os médicos ocupando um papel central nesse movimento (SILVA, 2014, p. 162). Já nos anos 1930, por meio de ações no campo da saúde do trabalhador, a medicina foi instada a integrar o processo de centralização político-administrativa que buscava “legitimar o novo Estado e criar o novo cidadão/trabalhador responsável pelo desenvolvimento e crescimento harmônico da nova nação” (ALMEIDA, 2015, p. 68). Até a formação médica foi influenciada pela dinâmica do processo político, tendo em vista os “projetos do governo populista de ampliar a mão de obra qualificada de assistência médica para o país, especialmente para os trabalhadores urbanos, base de sustentação social de Vargas” (BULCÃO; EL-KAREH; SAYD, 2007, p. 478).

Considerando esse contexto histórico, buscamos demonstrar que, nos anos 1930, um projeto político centralizador capilarizou sua intervenção sobre o território e a sociedade paraibanas através das ações governamentais no campo da saúde pública. Entrementes, a implementação de tal arranjo institucional foi beneficiada pela convergência de objetivos que ligava o centralismo trabalhista do governo Vargas e o instituto de sobrevivência política das oligarquias locais.

Por meio da edição de regulamentos, da edificação de instituições e da montagem da própria burocracia estatal que executaria tais ações, os grupos no poder apropriavam-se das diretrizes federais para ampliar suas áreas de influência e intervir sobre os corpos das classes trabalhadoras no estado. Ademais, conforme o projeto político varguista, a política de saúde pública então praticada na Paraíba articulou dois objetivos complementares: a centralização administrativa e a (con)formação de

trabalhadores “fortes e sãos, com capacidade produtiva ampliada” (GOMES, 1994, p. 226).

REFERÊNCIAS

A HIGIENE..., A Higiene do Trabalho. *A União*, João Pessoa, 3 de junho de 1936.

ALMEIDA, Anna Beatriz de Sá. As doenças “do trabalho” no Brasil no contexto das políticas públicas voltadas ao trabalhador (1920 – 1950). **Revista Mundos do Trabalho**, Universidade Federal de Santa Catarina. v. 7. n. 13, janeiro-junho de 2015, p. 65 – 84. Disponível em <https://periodicos.ufsc.br/index.php/mundosdotrabalho/article/view/37100>. Acesso em: 15 out. 2018.

ARAÚJO, Fátima. **Paraíba – Imprensa e vida: Jornalismo Imprenso (1826 a 1986)**. 2. ed. João Pessoa, PB: Grafset, 1986.

BULCÃO, Lúcia Grando; EL-KAREH, Almir Chaiban; SAYD, Jane Dutra. Ciência e ensino médico no Brasil (1930 – 1950). **História, Ciências, Saúde – Maguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, abr.-jun. 2007, p. 469 – 487. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702007000200005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 04 fev. 2020.

CASTRO, Oscar Oliveira. **Medicina na Paraíba: flagrantemente da sua evolução**. João Pessoa, PB: A União, 1945.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial**. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2017.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no governo Vargas (1930 – 1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução Raquel Ramallete. 41. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

GAUDÊNCIO, Bruno Rafael de Albuquerque. A palavra impressa: uma história dos jornais, revistas e outros suportes impressos de Campina Grande (1913 – 1953). In: XVI Encontro Estadual de História, 2014, Campina Grande, PB. **Anais eletrônicos...** Campina Grande, PB: UEPB/ANPUH-PB, 2014. Disponível em <http://www.ufpb.br/evento/index.php/anpuhpb/XVI/paper/view/2468>. Acesso em 30 abr. 2020.

GOMES, Ângela de Castro. **A invenção do Trabalhismo**. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

_____. **Cidadania e direitos do trabalho**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

_____. “Ideologia e trabalho no Estado Novo”. In: PANDOLFI, Dulce (org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999, p. 53 – 72.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere**. Tradução Luiz Sérgio Henriques. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. v. 5.

GURJÃO, Eliete de Queiroz. **Morte e vida das Oligarquias**. Paraíba (1889 – 1945). João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 1994.

HARDMAN, Foot; LEONARDI, Victor. **História da indústria e do trabalho no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Editora Ática, 1991.

HOCHMAN, Gilberto. **A Era do Saneamento**: as bases da política de Saúde Pública no Brasil. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

_____. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930 – 1945). **Revista Educar**, Curitiba, n. 25, 2005.

INSTRUÇÕES..., Instruções para os Postos de Higiene da Diretoria Geral de Saúde Pública do estado da Paraíba. *A União*, João Pessoa, 1 de julho de 1936.

LEI N° 54..., Lei n° 54 – Reforma os Serviços Sanitários do Estado. *A União*, João Pessoa, 09 de janeiro de 1936.

MACHADO, Roberto. et al. **Danação da norma**: a medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

NOTA... Nota da semana. *Voz da Borborema*, Campina Grande-PB, 15 de abril de 1939.

O PLANO... O Plano de ação da Diretoria de Saúde Pública no Governo Argemiro de Figueiredo. *A União*, João Pessoa, 28 de agosto de 1936.

PETRARCA, Fernanda Rios. Entre jalecos, bisturis e a arte de fazer política. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, abr.-jun. 2019, p. 573 – 591. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702019000200573. Acesso em 13 jan. 2020.

RAGO, Margareth. **Do cabaré ao lar**: A utopia da cidade disciplinar – Brasil: 1890-1930. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

RELATÓRIO... Relatório apresentado pelo Dr. Walfredo Guedes Pereira, diretor geral da saúde Pública, ao senhor Dr. Secretário do Interior e Segurança Pública, correspondente ao ano de 1933. *A União*, João Pessoa, 04 de maio de 1934.

SANTANA, Martha Maria Falcão. **Poder e Intervenção Estatal** – Paraíba: 1930-1940. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 1999.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e Justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SILVA, Márcia Regina Barros da. **O Laboratório e a República**: saúde pública, ensino médico e produção de conhecimento em São Paulo (1891 – 1933). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014.

SINGER, Paul. A cidadania para todos. In: PINSKY, Jaime; PINSKY, Carla Bassanezi (org.). **História da cidadania**. 6. ed. São Paulo: Contexto, 2012, p. 190 – 263.

SOARES JÚNIOR, Azemar dos Santos. **Corpos hígidos**: o limpo e o sujo na Paraíba (1912 – 1924). João Pessoa: Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHLA, 2011.