



FRAGMENTOS DA HISTÓRIA DO SANEAMENTO NO ESTADO DA BAHIA: ASPECTOS JURÍDICOS E INSTITUCIONAIS COM ÊNFASE NA RELAÇÃO COM A ÁREA DA SAÚDE, NO PERÍODO 1838-1929

FRAGMENTS OF THE HISTORY OF BASIC SANITATION IN THE STATE OF BAHIA: LEGAL AND INSTITUTIONAL ASPECTS WITH EMPHASIS ON THE RELATIONSHIP WITH THE HEALTH SECTOR, IN THE PERIOD 1838-1929

FRAGMENTOS DE LA HISTORIA DEL SANEAMIENTO BÁSICO EN EL ESTADO DE BAHÍA: ASPECTOS JURÍDICOS E INSTITUCIONALES CON ÉNFASIS EN LA RELACIÓN CON EL SECTOR SALUD, EN EL PERÍODO 1838-1929

Luiz Roberto Santos Moraes¹

DOI: 10.54751/revistafoco.v19n7-019

Received: Jun 5th, 2026

Accepted: Jun 29th, 2026



RESUMO

Este estudo analisa a trajetória das políticas de saúde e saneamento na Bahia entre 1838 e 1929, período da criação do Conselho de Salubridade Pública da Bahia e da elevação da pasta da saúde a Secretaria de Estado, marco pioneiro no Brasil. Aborda a evolução das concepções sobre doenças, do miasmatismo à bacteriologia, e a estruturação dos aparatos estatais de salubridade diante do cenário sanitário precário da capital Salvador. A cidade enfrentava graves problemas como abastecimento de água insuficiente, falta de esgotamento sanitário e acúmulo de lixo, que favoreciam a proliferação de epidemias. Tem como objetivo examinar a legislação e as medidas institucionais adotadas e as condições de salubridade. A justificativa do estudo reside em contribuir para o debate contemporâneo sobre saneamento, evidenciando como os desafios históricos persistem nas políticas setoriais. Metodologicamente, trata-se de pesquisa bibliográfica e documental, de caráter exploratório e abordagem qualitativa, baseada em acervos históricos como o da Faculdade de Medicina da Bahia. Os resultados apresentam as medidas legais e as práticas urbanas de abastecimento de água e manejo de dejetos e lixo. A conclusão sintetiza os achados sobre a evolução histórica das políticas de saúde e saneamento na Bahia, no período estudado.

Palavras-chave: História das políticas de saúde e de saneamento; aspectos jurídicos e institucionais; Bahia; Salvador.

¹ PhD em Saúde Ambiental. University of London. Rua Félix Mendes, 217, Garcia, Salvador, Bahia, Brasil. CEP: 40100-020. E-mail: moraes@ufba.br

ABSTRACT

This study analyzes the trajectory of health and basic sanitation policies in Bahia between 1838 and 1929, a period marked by the creation of the Bahia Public Health Council and the elevation of the health portfolio to a State Secretariat, a pioneering milestone in Brazil. It addresses the evolution of conceptions about diseases, from miasmatism to bacteriology, and the structuring of state basic sanitation apparatuses in the face of the precarious sanitary conditions of the capital, Salvador. The city faced serious problems such as insufficient water supply, lack of sewage disposal, and accumulation of garbage, which favored the proliferation of epidemics. Its objective is to examine the legislation and institutional measures adopted and the basic sanitation conditions. The justification for the study lies in contributing to the contemporary debate on basic sanitation, highlighting how historical challenges persist in sectoral policies. Methodologically, this is a bibliographic and documentary research, of an exploratory nature and qualitative approach, based on historical archives such as that of the Faculty of Medicine of Bahia. The results present the legal measures and urban practices for water supply and waste and garbage management. The conclusion synthesizes the findings on the historical evolution of health and basic sanitation policies in Bahia during the period studied.

Keywords: History of health and sanitation policies; legal and institutional aspects; Bahia; Salvador.

RESUMEN

Este estudio analiza la trayectoria de las políticas de salud y saneamiento en Bahía entre 1838 y 1929, período marcado por la creación del Consejo de Salud Pública de Bahía y la elevación de la cartera de salud a Secretaría de Estado, un hito pionero en Brasil. Aborda la evolución de las concepciones sobre las enfermedades, desde el miasmatismo hasta la bacteriología, y la estructuración de los aparatos estatales de saneamiento ante las precarias condiciones sanitarias de la capital, Salvador. La ciudad enfrentaba graves problemas como el suministro insuficiente de agua, la falta de alcantarillado y la acumulación de basura, lo que favoreció la proliferación de epidemias. Su objetivo es examinar la legislación y las medidas institucionales adoptadas, así como las condiciones de saneamiento. La justificación del estudio radica en contribuir al debate contemporáneo sobre saneamiento, destacando cómo persisten los desafíos históricos en las políticas sectoriales. Metodológicamente, se trata de una investigación bibliográfica y documental, de carácter exploratorio y enfoque cualitativo, basada en archivos históricos como el de la Facultad de Medicina de Bahía. Los resultados presentan las medidas legales y las prácticas urbanas para el abastecimiento de agua y la gestión de residuos y basuras. La conclusión sintetiza los hallazgos sobre la evolución histórica de las políticas de salud y saneamiento básico en Bahía durante el período estudiado.

Palabras clave: Historia de las políticas de salud y saneamiento; aspectos legales e institucionales; Bahía; Salvador.

1. Introdução

O presente artigo aborda a trajetória histórica das políticas de saúde pública e saneamento na Bahia, com ênfase na cidade de Salvador, no período compreendido entre 1838 e 1929. Este recorte temporal justifica-se por demarcar dois marcos fundamentais: a criação do Conselho de Salubridade Pública da Província da Bahia, em 1838, primeira iniciativa de organização sanitária provincial, e a elevação da repartição de higiene à categoria de Secretaria de Estado, em 1927, posicionando a Bahia como pioneira na criação de uma pasta especificamente destinada à saúde pública no âmbito federativo brasileiro.

A investigação insere-se no campo da história da saúde pública e do saneamento, buscando compreender como as concepções sobre doença, as condições sanitárias urbanas e as iniciativas institucionais se articularam ao longo de quase um século. Trata-se de um período marcado pela transição de modelos explicativos sobre o processo saúde-doença - do miasmatismo às primeiras incorporações da bacteriologia - e pela progressiva estruturação de aparatos estatais voltados à promoção da salubridade.

A relevância deste estudo reside na necessidade de se compreender historicamente as raízes dos problemas sanitários que persistiram na capital baiana, bem como as respostas institucionais construídas para enfrentá-los. Salvador, no período analisado, apresentava condições sanitárias precárias: abastecimento de água insuficiente e de qualidade duvidosa, ausência de sistema de esgotamento sanitário eficiente, acúmulo de lixo e detritos nas vias públicas, e presença de inúmeros criadouros de vetores de doenças. Tais condições conformavam um cenário propício à proliferação de enfermidades como febre amarela, febres tifo-paratíficas, disenterias e outras moléstias de relacionadas à água, demandando ações do poder público.

O artigo tem como objetivo analisar a evolução das políticas de saúde e saneamento na Bahia, particularmente em Salvador, entre 1838 e 1929, identificando as principais medidas legais e institucionais adotadas (examinar a legislação sanitária do período e as estruturas administrativas criadas), as

concepções que as orientavam, os obstáculos enfrentados em sua implementação e alguns resultados alcançados.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental, de caráter exploratório e abordagem qualitativa, fundamentada na consulta a publicações e legislações do período, com ênfase nos acervos da Biblioteca da Faculdade de Medicina da Bahia - a primeira do Brasil, fundada em 18 de fevereiro de 1808 -, que passou a integrar a Universidade Federal da Bahia desde sua criação em 1946. As citações literais de fragmentos dos documentos originais foram mantidas com a grafia da época, visando garantir sua autenticidade e precisão histórica.

3. Resultados e Discussão

Apresentam-se a seguir em ordem cronológica as principais medidas legais e institucionais, as condições sanitárias urbanas, as práticas de abastecimento de água e manejo de dejetos e lixo, bem como as concepções etiológicas que orientaram as políticas no período estudado.

A Lei n. 73, de 1838, fez o primeiro esboço de organização sanitária na Bahia com a criação do Conselho de Salubridade Pública da Província da Bahia; em 1850, o Decreto Imperial 598 criou nas Prínvncias as “Juntas de Hygiene Publica”, subordinadas à “Junta Central de Hygiene Publica”; e em 1851, o Decreto Geral n. 828, criou as “Commissões de Hygiene Publica” com juntas das províncias da Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Maranhã e Pará. “Apesar dessas medidas não há registro do seu impacto na melhoria do abastecimento d’água e do esgotamento sanitário, e na redução das péssimas condições de salubridade publica” (Radel; Costa; Lima, 2013, p. 44-45).

É importante ressaltar que, em 1850, Salvador com cerca de 60.000 habitantes, não dispunha de serviço público regular de abastecimento de água, sendo o abastecimento realizado pelas fontes públicas, como as do Gabriel,

Pereira, dos Padres, Pilar, Água de Meninos, Queimado, Nova, Dique do Tororó e outras. Nesse ano foi criada a Companhia do Queimado, com o objetivo de distribuição de água para a população por meio de fontes, chafarizes e casas de vendagem, sendo que a municipalidade e os particulares podiam dar ou vender água de suas fontes.

Em 1853, o contrato da Companhia do Queimado foi modificado. Em 1857, inicia-se a distribuição de água por meio de chafarizes, penas d'água domiciliares e casas de vendagem. O transporte de água era feito por meio de barris de vários tamanhos e carregados nas cangalhas dos animais de carga, jumentos ou jegues ou levados na cabeça de escravos africanos. Em 1870, houve a renovação do contrato com ampliação de seu escopo, sendo mais uma vez renovado em 1880, com ampliação das atividades. O Eng. Revaud responsabiliza-se pela construção da barragem de Mata Escura, implantação de bombas de recalque no Retiro e muralhas de alvenaria no Queimado e Bacias de Filtração (Radel; Costa; Lima, 2013).

Os "tigres" (Figura 1), eram escravos responsáveis pelo recolhimento e despejo da urina e fezes de moradores das cidades durante cerca de 300 anos, existindo registros dessa prática até 1882.

Figura 1 - Tigres: escravos carregadores e lançadores de fezes no ambiente



Fonte: Carvalho (1987).

Em 1890, o Dr. Manoel Joaquim Saraiva, médico e professor da Faculdade de Medicina da Bahia, apresentou, a convite do Dr. Manoel Vitorino Pereira, um plano de esgotos para Salvador, que foi aceito. As fezes eram destinadas para fossas, e o seu transporte por meio de barricas, o tratamento era por meio do fogo, havendo *maus cheiros* e aspecto sujo da cidade (Silveira, 2018). “Segundo o médico, apenas a canalização completa de todas as imundícies (...), melhoraria as condições de salubridade da cidade”. Conforme o mesmo, o sistema mais adequado para Salvador era o tudo ao esgoto (*tout à l’égout*) (Silveira, 2018, p. 38). Em 1890, o Dr. Saraiva apresentou o seu plano no 3º Congresso de Medicina e Cirurgia, porém o plano não foi implementado.

Em 1892, a Lei Estadual n. 29, estabeleceu que os serviços sanitários do Estado da Bahia ficariam a cargo da “Inspeção de Hygiene e o Instituto Vaccinico”, passando o Conselho de Salubridade (órgão consultivo) a denominar-se “Conselho Geral de Saúde Publica”.

Em 1894, foi apresentada uma nova proposta para o esgotamento sanitário pelos engenheiros Morales de Los Rios e Justino Franca, que apresentava os elementos técnicos para a obra. O plano não foi executado por falta de obtenção de recursos para as obras (Silveira, 2018).

Em 1897, a Lei n. 213, reformou a repartição sanitária, dando-lhe o nome de “Inspeção Geral de Hygiene” e discriminou os serviços que competia a Salvador e aqueles que ficavam com a repartição estadual. Ao Município de Salvador competia “o saneamento local em seus detalhes synthetizados na prophylaxia aggressiva, isto é na canalização dos esgotos e aguas pluviales, o enxugo do sólo, o abastecimento d’agua, a iluminação publica, o calçamento, arborização, conservação, asseio e irrigação das vias publicas e a incineração do lixo”, dentre outros, e ao Estado “o estudo scientifico de todas questões relativas a hygiene, especialmente a de natureza etiologica, tratamento e prophylaxia das molestias transmissiveis bem como quaesquer pesquisas bacteriologicas, chimicas e bromatologicas que interessarem a saúde publica”, dentre outros (OSP, 1929, p. 284). A referida Lei manteve como instância consultiva o “Conselho Geral Sanitario” (com 19 membros), e conferiu aos demais municípios, a faculdade de organizarem serviços sanitários regionais,

sob a orientação de um conselho de salubridade local, do qual faziam parte “o medico municipal, o delegado da Inspectoria Geral de Hygiene, nomeado pelo Governo e o intendente do municipio” e estabeleceu que o Estado reuniria em “um codigo sanitário” todas as disposições elaboradas pelo Conselho Geral Sanitario e aprovadas pelo Governo.

Em 1905, a Lei n. 628 passou a designar a repartição de higiene de “Directoria do Serviço Sanitario Estadual” e o órgão consultivo de “Conselho Sanitario Estadual”.

Nesse período, predominava a noção de doença relacionada à constituição epidêmica – o ar infectado por emanções miasmáticas, provenientes de matéria orgânica em decomposição, sob determinadas condições climáticas e atmosféricas, poderia dar origem às doenças epidêmicas (Czeresnia, 1997). Os médicos ligados às questões da saúde pública defendiam a implantação de medidas que evitariam que condições de insalubridade diversas viessem a contribuir para a proliferação de doenças. Apesar de hegemônica, o infeccionismo não era uma concepção única nesse período. Os contagionistas defendiam que as doenças eram transmitidas de pessoa para pessoa por contato direto ou indireto e recomendavam a quarentena e o isolamento dos doentes. Ambas as teorias consideravam que a doença surgia a partir de estímulos externos, seja da constituição atmosférica ou do contato entre indivíduos. Havia, entretanto, uma explicação mais abrangente para as epidemias, que considerava a conexão entre lesões anatômicas, fatores ambientais e condições de vida. Assim, os médicos recomendavam o exercício de constante vigilância sobre a qualidade do ar, da água e do solo, criticando a deficiência na distribuição e no tratamento de água, esgoto, lixo etc. Propunham, também, a regulamentação de hábitos, costumes e estilo de vida, bem como a reordenação do espaço urbano, a fim de facilitar a distribuição da luz e a circulação do ar, de pessoas e de mercadorias. Ao relacionar as doenças epidêmicas às condições de vida nas cidades, tal concepção contribuiu para o desenvolvimento de serviços até então negligenciados, como a vigilância sobre o fabrico e venda de produtos alimentícios e as primeiras medidas de saneamento urbano” (Souza, 2011, p. 91-92).

Para os inspetores sanitários, nesse período, Salvador ainda representava o cenário ideal para a propagação de doenças, visto que os agentes patogênicos ali encontravam condições favoráveis para a sua proliferação (Novis, 1912). Por toda a sua área urbana e periférica abundavam lagoas, córregos, charcos, valas, brejos etc., cujas margens mal drenadas, de vegetação vigorosa e cheias de lixo e dejetos, era o habitat de fauna variada, inclusive os transmissores de enfermidades diversas.

A falta de um sistema de esgotamento sanitário eficiente permitia que a água servida e a pluvial, assim como os detritos domésticos, fossem escoados de maneira inadequada, geralmente a céu aberto, contaminando o solo, as águas e os alimentos. O lixo doméstico e

outros resíduos também se acumulavam nas ruas, nos terrenos baldios, nos pátios e nos quintais. Para completar o quadro de insalubridade, o sistema de distribuição de água era insuficiente e de qualidade duvidosa - os barris de água distribuídos nas portas por aguadeiros eram abastecidos nas mesmas fontes onde pessoas se banhavam, animais matavam a sede e lavadeiras lavavam a roupa (Souza, 2011, p. 96).

As medidas e ações adotadas para melhorar a qualidade de vida e a salubridade da Província eram incipientes, fruto da conjuntura política e sociocultural e da falta de recursos financeiros (Souza, 2011).

A população de Salvador no início do século XX alcança 205.000 habitantes e o abastecimento de água continua com a mesma ênfase do período imperial, sendo dada continuidade às medidas legais iniciadas no período imperial e o governo republicano adota medidas que explicitam as atividades fixadas inicialmente pelo Decreto Imperial n. 598/1850.

Em 1904, Salvador tem o seu abastecimento de água em situação crítica devido à insuficiência da quantidade da água e o comprometimento de parte de suas fontes. A intendência municipal é, então, autorizada a encampar os serviços públicos de abastecimento de água e contrair empréstimo para os serviços públicos de água e esgotos (Radel; Costa; Lima, 2013).

Em 1905, o Eng. Theodoro Fernandes Sampaio realiza estudos e obras no sentido de solucionar os problemas de abastecimento de água de Salvador (Radel; Costa; Lima, 2013).

O Dr. Otávio Torres da Silva apresenta em sua tese de doutorado à Faculdade de Medicina da Bahia, o aspecto dos espaços públicos de Salvador, demonstrando a ineficiência do serviço de limpeza urbana. A cidade apresentava os problemas referentes à salubridade semelhantes àqueles existentes nos séculos XVII e XIX (Silveira, 2018, p.53).

Em 1910, o estado da Bahia procede a alterações na área de saúde pública com a Lei n. 840, passando a “Inspeção Geral de Hygiene” a ser denominada de “Directoria Geral do Serviço Sanitario” (OSP, 1926).

Em 1912, novas disposições referentes a saúde pública foram elaboradas, conferindo à repartição sanitária nova remodelação, atribuindo-lhe maior eficiência, ampliando seus raio de ação e quadro

de pessoal e promovendo modificações técnicas, como “a criação do Serviço de Engenharia Sanitária; a divisão da cidade em “Inspeções Sanitárias”, sendo que outras existiam no interior do Estado, uma para cada município; o estabelecimento dos postos sanitários e do “serviço especial de Saneamento da Cidade, especialmente para a prophylaxia da Febre Amarela”; a absorção pela hygiene estadual da policia sanitária das habitações até então confiada á repartição municipal; finalmente a instituição do Juizo dos Feitos da Saúde Publica, denominando a repartição de hygiene de “Directoria Geral de Saúde Publica” e o conselho sanitario como “Conselho Geral de Saúde Publica” (OSP, 1929, p. 285).

Em 1916, a Lei n. 1.151 torna efetivo o cargo de Diretor de Saúde Pública, e em 1917, a Lei n. 1.231 reorganiza os serviços de saúde pública do Estado aumentando o número de inspeções sanitárias.

Em 1925, a Lei n. 1.811 cria a Sub-Secretaria de Saúde e Assistencia Publica “repartição essencialmente technica, directa e exclusivamente subordinada ao Governador do Estado e que terá a seu cargo todos os serviços de hygiene e saúde publica executados ou a se executarem no Estado da Bahia e cujo custeio a este ou aos municipios incumba ou venha a incumbir” (Bahia, 1926, p. 5).

O art. 3º da Lei n. 1.811, de 29/07/1925, estabelece que para consecução do disposto no art. precedente ficará encarregada a Sub-Secretaria de Saúde e Assistencia Publica:

10. da superintendencia technica dos serviços de agua, esgotos e lixo da Capital e dos outros centros urbanos do interior;
11. da superintendencia de obras de engenharia sanitária necessárias ao saneamento das areas ruraes;
15. da fiscalização hygienica da produção, deposito, venda e consumo dos genros destinados á alimentação humana;
16. da promoção, por intermedio da Procuradoria dos Feitos da Saúde Publica, de todas as medidas que se fizerem necessárias á fiel execução das providencias hygienicas contidas no Codigo Sanitário do Estado, taes como despejos, cobranças de multas e taxas sanitarias, punição de crimes e contravenções dos preceitos da hygiene e salubridade publicas (Bahia, 1926, p. 6-7).

Art. 4º. A Sub-Secretaria de Saúde e Assistencia Publica obedecerá á seguinte organização:

A – Saúde Publica

- 1 – Directoria de Demographia e Educação Sanitária;
- 2 – Directoria de Epidemiologia e Prophylaxia Geral, compreendendo:
- 3 - Postos de saneamento rural;
- 4 – Directoria de Engenharia Sanitaria, superintendendo os seguintes serviços: Aguas; Esgotos; Construcções; Lixo.

E – Conselho Sanitario (Bahia, 1926, p. 8-9).

Art. 113. O Conselho Sanitario será composto:
do Sub-Secretario de Saúde e Assistencia Publica;
do Professor de Hygiene da Faculdade de Medicina;
do Director da Escola Polytechnica;
do Procurador dos Feitos da Saúde Publica;
do Inspector Federal da Saúde dos Portos;
do Professor de Medicina Publica da Faculdade de Direito.

Art. 114. O Conselho Sanitario, de funções meramente consultivas, reunir-se-á quando convocado pelo Sub-Secretario de Saúde e Assistencia Publica, que funcionará como presidente e terá voto de desempate (Bahia, 1926, p. 42).

Art. 115. Fica o Governo do Estado autorizado a assignar accordo com o municipio da Capital para a transferencia, a titulo precario da administração e superintendencia dos actuaes serviços de aguas e esgotos nos termos da lei n. 1.114, de 30/12/1924 do municipio de Salvador.

Art 116. O Municipio entregará ao Estado, todos os mananciaes, estações elevatorias, canalizações, edificios e propriedades, material em deposito, attinentes, ao serviço das aguas, e bem assim todas as canalizações, estações edificios, accessorios, dependencias e material em deposito attinentes ao serviço de esgotos; tudo mediante um termo minucioso, onde se discriminem, por menor, as cousas, bens e accessorios tocantes a cada serviço.

Art. 117. O Municipio entregará, outrossim, ao Estado, as plantas, estudos e orçamentos que possuir, relativos aos dois serviços, ficando no Estado o direito de nomear ou contractar technicos no assunto, que os revejam e possam modificá-los, bem como o direito de contractar a execução das obras que forem aconselhadas e indicadas, para o proseguimento, ampliação ou modificação do plano ou systema actual (Bahia, 1926, p. 42-43).

Art. 119. O Estado custeará os dois serviços com o producto das taxas respectivas, ficando-lhe a faculdade de augmental-as logo que realize obras que, no tocante aos serviços das aguas, assegurem á população um suprimento regular em quantidade e qualidade, e, no tocante ao serviço de esgotos lhe dêem maior desenvolvimento e efficacia.

Art. 124. Fica o Estado autorizado a examinar as pretenções do Engenheiro Theodoro Sampaio, relativas ao contracto deste, para a execução das obras de esgotos e abastecimento d'água da Capital; e, verificada, que seja a legitimidade de taes pretenções, no todo ou em parte, fica, outrossim, autorizado a entrar em accordo com o dito Engenheiro sobre o modo de resolver o seu credito que fôr apurado como liquido. O acto de reconhecimento das alludidas pretenções, em parte ou no seu todo, bem como o accordo que fôr estabelecido a respeito, dependerão, para a sua efficacia da approvação do Conselho Municipal, pelos tramites normaes.

Art. 127. Fica estabelecido o prazo de vinte anos para a vigencia do accordo de que trata a presente lei, prazo que poderá ser prorogado, mediante ajuste das partes accordantes; entendido, porém, que a

prorrogação será necessária, e se dará independente de ajuste, si no fim do período inicial ou da sua prorrogação, não estiver liquidado e satisfeito o débito do Município para com o Estado, resultante dos dispendios deste com os serviços administrados (Bahia, 1926, p. 44-45).

Esses dispositivos da Lei estadual baiana n. 1.811/1925 (Organiza a Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública) revelam um movimento centralizador e modernizador do início do século XX, onde o Estado assume o controle técnico e administrativo das políticas de saúde e saneamento. A Lei subordina à Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública uma série de atribuições que antes poderiam estar dispersas ou ser municipais: i) Controle Técnico: o Estado passa a ser o órgão técnico supervisor dos serviços públicos de água, esgoto e lixo na Capital e no interior; ii) Saneamento Rural: há uma preocupação com a interiorização da saúde, estendendo a engenharia sanitária para áreas rurais, combatendo endemias; iii) Vigilância Sanitária: o controle sobre alimentos (fiscalização higiênica da produção e consumo) demonstra a intervenção estatal na economia e nos hábitos privados em nome da saúde coletiva; iv) Poder de Polícia: prevê a atuação da Procuradoria para garantir a execução das normas sanitárias, incluindo despejos, multas e punições, conferindo ao Estado um forte poder coercitivo.

Tal Lei também detalha a burocracia necessária para operacionalizar essas políticas: Diretorias Especializadas: cria estruturas focadas em demografia/educação, epidemiologia e engenharia sanitária. Isso mostra a profissionalização do serviço público; e Conselho Sanitário: embora meramente consultivo (Art. 114), ele reúne atores estratégicos (Faculdade de Medicina, Escola Polytechnica, Faculdade de Direito -que viriam compor a Universidade Federal da Bahia, quando de sua criação em 1946-, além da Procuradoria e Inspectoria de Saúde e do Governo), integrando saber técnico-científico, jurídico e administrativo na formulação das políticas, mas sem a representação popular.

A Lei estabelece o acordo Estado-Município e a estatização dos serviços, sendo a parte mais "patrimonial" e contratual da referida Lei, tratando da transferência dos serviços públicos de água e esgoto de Salvador para o Estado, com: i) Transferência Precária: o Estado assume a administração "a título

precário" (Art. 115), ou seja, passível de reversão, mas na prática, o acordo de 20 anos (Art. 127) sinaliza uma assunção duradoura; ii) Incorporação de Bens: o Estado recebe não apenas a parte física (mananciais, estações, canalizações), mas também o ativo intangível (plantas, estudos), garantindo o domínio completo da informação sobre o sistema; iii) Autofinanciamento: o serviço deve se pagar com as taxas e tarifas arrecadadas (Art. 119). O Estado pode aumentar tarifas, mas condiciona isso à melhoria do serviço (regularidade e eficácia), criando um vínculo entre investimento estatal e contrapartida do usuário; iv) Resolução de Passivos (Art. 124): a autorização para negociar com o Engenheiro Theodoro Sampaio (importante engenheiro e intelectual baiano) indica que o Estado estava assumindo dívidas ou pendências contratuais do município com terceiros, saneando o passivo para assumir o serviço limpo juridicamente; e v) Garantia do Débito (Art. 127): a cláusula de prorrogação automática do contrato até que a dívida do município com o Estado seja paga é uma garantia real. O Estado só devolveria os serviços ao município após ser integralmente ressarcido pelos investimentos realizados. Assim, a Lei representa a consolidação de um modelo estadual de saúde e saneamento, justificado pelo discurso da higiene e do progresso técnico, retirando do município a autonomia sobre serviços essenciais, concentrando no Executivo estadual (via Sub-Secretaria) o poder técnico e normativo e criando mecanismos financeiros e jurídicos para garantir o custeio e a perpetuidade desse novo sistema, vinculando a melhoria do serviço à majoração de taxas e subordinando o município ao Estado até a quitação dos investimentos.

No combate às grandes endemias (helmintoses, paludismo, leishmaniose, sífilis e doenças venéreas) a repartição sanitária implantou:

obras de hydrografia sanitaria para a drenagem de colleções d'agua que propiciavam creadouros de mosquitos vectores de doenças, desde os trabalhos realizados no perimetro urbano da capital, até simples canaes, abertos em varias localidades do interior do Estado, na extensão de 30,597 metros, até 1927, completaram medidas outras aconselhadas pelos methodos actuaes de prophylaxia do paludismo (OSP, 1929, p. 288).

Em 21/07/1927, a Lei n. 1.993, concedeu à repartição de higiene a categoria de “Secretaria de Estado”, cabendo ao estado da Bahia a iniciativa de ser a primeira unidade da Federação a criar uma secretaria especialmente destinada à saúde pública (OSP, 1929, p. 286; Bahia, 1927).

Dentre as alterações originárias de tal reforma encontram-se:

organização do serviço de engenharia sanitária, em directoria especial; superintendencia technica, no ponto de vista sanitario, dos serviços de aguas, esgotos, lixo; extinção das “delegacias de hygiene” no interior do Estado e sua substituição pelas sub-directorias de saúde publica, postos municipaes de hygiene e de saneamento rural; admissão de seis membros ao Conselho Sanitário; finalmente elaboração do Codigo Sanitario (OSP, 1929, p. 286).

Directoria de Engenharia Sanitaria: Além de opinar, no ponto de vista hygienico, sobre todos os projectos e plantas de construcção ou reconstrucção de qualquer edificio particular ou publico, superintende os serviços de esgotos, lixo e abastecimento d'agua á capital e centros urbanos do interior, e diz, sempre que solicitado, da necessidade de reformar ou demolir, em beneficio da saúde publica, qualquer edificacção. Tambem se pronuncia esta directoria, podendo executalas, sobre as obras de hydrografia sanitaria que se fizerem precisas ao dessecamento de terrenos pantanosos alagadiços, á correcção de leitos de rios etc. (OSP, 1929, p. 291).

Fundo – A vingar a obrigação constitucional de reserva, por parte dos municipios, de 5 por cento da receita orçada em todos exercicios financeiros, para constituicção do “Fundo Especial de Hygiene dos Municipios” seria possivel arrecadar importancia superior a 1,100 contos de réis na base dos orçamentos de 1926 e 1927. Admitindo que cifra global da receita orçada pelas municipalidades bahianas exclusive a da capital, attinge a 22,000 contos de réis teremos para o fundo a dita somma, a qual irá augmentando proporcionalmente á crescente prosperidade dos municipios (OSP, 1929, p. 292).

No tocante, por exemplo, á prophylaxia da febre amarella, a multiplicidade e diversidade de recipientes capazes de servirem de creadouros ao *Aedes aegypti* (stegomia), na Bahia, exigem, na luta contra essa molestia, esforços mais consideraveis, e mais numeroso pessoal, a se retractarem no maior vulto das despesas realizadas, unicamente com esse objectivo, do que as sommas dispendidas com identicas campanhas, em Manáos, São Luiz, Recife e todas as cidades do Nordeste brasileiro”. “Nas cidades melhor abastecidas de agua e de mais perfeito serviço de esgotos a tarefa se tornou mais facil, os resultados se fizeram mais prematuros e o custo da campanha de muito se reduziu. Urge portanto melhorar, sem demora, o abastecimento de agua e a rede de esgotos da cidade do Salvador porquanto, na dependencia immediata destes serviços, está a mais prompta e definitiva extinção da febre amarella entre nós. Com execução delles baixarão, também, sensivelmente os coeficientes de lethalidade das chamadas doencas de vehiculacção hydrica, sobretudo as febres typhoparatypicas e as dysenterias (OSP, 1929, p. 293).

Abastecimento de água – Interessou-se vivamente a administração ora a findar pela solução do mais importante problema da capital do Estado: a remodelação e ampliação do serviço de abastecimento d'água e a terminação de sua rede de esgotos. Assim logo que se viu autorizado pela lei n. 1811, de 29 de julho de 1925, que reformou os serviços sanitários do Estado, cogitou o Governador de contractar com o Engenheiro Francisco Saturnino Rodrigues de Britto, incontestavelmente o tecnico nacional de maior responsabilidade nesses assumptos, a realização dos projetos que se fizessem necessarios aos serviços de aguas e esgotos e saneamento da cidade do Salvador. Deixou o dito governador ao seu sucessor estudos completos e minuciosos orçamentos sobre diferentes soluções arbitradas para a execução dos serviços de aguas e esgotos da capital. Poderá a nova administração, obtidos os recursos indispensaveis ao seu custeio, dar começo immediato ao plano de reforma das instalações de abastecimento d'água e á construção da rede de esgotos da principal cidade do Estado (OSP, 1929, p. 295-296).

Assim, a Lei n. 1.993/1927 (Bahia, 1927) elevou a Repartição de Higiene à categoria de Secretaria de Estado, tornando a Bahia pioneira na criação de uma pasta exclusiva para a saúde pública. Deixava-se o modelo de "repartição" subordinada para um órgão de primeiro escalão, com autonomia política e orçamentária, refletindo a prioridade que o saneamento e o combate às epidemias assumiam na agenda estatal.

Promoveu mudanças estruturais profundas: i) Engenharia Sanitária como Diretoria Especial, elevando o setor técnico ao mesmo nível das demais diretorias, demonstrando que as soluções de saúde eram vistas como questões de engenharia sanitária (medidas e obras de saneamento); ii) Fim das Delegacias de Higiene, com substituição por Subdiretorias de Saúde Pública, Postos Municipais de Higiene e Postos de Saneamento Rural representou uma tentativa de substituir um modelo fiscalizador por um modelo assistencial e permanente no interior; e iii) Ampliação do Conselho Sanitário com a admissão dos seis novos membros indicando a busca por maior pluralidade técnica e política nas decisões (Bahia, 1927).

Além disso, a Diretoria de Engenharia Sanitária assumiu um papel que hoje poderíamos denominar de "Vigilância Sanitária de Obras", com: i) Controle Urbano: nenhum projeto de construção ou reconstrução (público ou privado) poderia ser executado sem o aval higiênico da Diretoria. Isso demonstra o poder do Estado sobre o espaço urbano privado em nome da saúde coletiva; ii) Poder

de Demolição: a Diretoria podia opinar (e executar) sobre a necessidade de demolir ou reformar edifícios insalubres, um instrumento radical de intervenção urbana; e iii) Hidrografia Sanitária: além do construído, a Diretoria cuidava do meio físico (drenagem de pântanos, correção de leitos de rios), atacando as causas ambientais das doenças (como o paludismo/malária) (Bahia, 1927).

Revela ainda a intenção de criar um fundo obrigatório (Fundo Especial de Hygiene dos Municípios) com 5% da receita municipal (excluindo a Capital): com base nos orçamentos de 1926/27, estimava-se uma arrecadação superior a 1.100 contos de réis. Esse fundo visava garantir recursos estáveis e permanentes para a saúde, evitando que as políticas sanitárias ficassem reféns de flutuações orçamentárias ou da vontade política eventual dos prefeitos. Era uma forma de o Estado financiar a interiorização da saúde com recursos dos próprios municípios, centralizando a aplicação, mas utilizando a receita local. E faz uma análise comparativa importante sobre a Febre Amarela: Salvador tinha mais recipientes (criadouros do *Aedes aegypti*) do que cidades como Manaus e Recife, exigindo mais pessoal e dinheiro para o combate. A experiência mostrava que cidades com melhor abastecimento de água e esgotamento sanitário tinham campanhas mais fáceis, baratas e eficazes. A engenharia sanitária era vista como a "vacina definitiva".

Quanto ao projeto de Saturnino de Brito e solução para Salvador revela os bastidores da solução técnica para a Capital: Contratação do Especialista: o Governador contratou Francisco Saturnino Rodrigues de Britto, o mais destacado engenheiro sanitarista brasileiro da época, para projetar as soluções. O governo anterior deixou como legado ao sucessor estudos completos, projetos e orçamentos para diferentes soluções, sendo que a nova administração já teria condições de iniciar as obras imediatamente, a depender da obtenção dos recursos necessários.

Desse modo, a Lei n. 1.993/1927 (Bahia, 1927) e o relatório da Saúde Pública do Estado da Bahia de 1927, com síntese publicada em 1929 (OSP, 1929), mostram a consolidação de um modelo de saúde pública baseado no saneamento ambiental. A criação da Secretaria de Estado foi o ápice político, mas o coração da política era a Engenharia Sanitária, que: i) controlava o espaço

urbano construído; ii) modificava o ambiente natural (drenagem urbana); iii) tinha um fundo garantidor para atuar no interior; e iv) apontava o abastecimento de água e o esgotamento sanitário como solução definitiva para as epidemias urbanas, materializada nos projetos de Saturnino de Britto.

Em 1929, conforme estabelecido no art. 115, da Lei n. 1.811/1925, foi assinado Termo de Acordo entre o Estado da Bahia e o Município de Salvador, que estabeleceu a competência do Estado da Bahia em relação aos serviços públicos de abastecimento de água e de esgotamento sanitário. Desde então, órgão do Governo do Estado da Bahia e, a partir de 1975, a Empresa Baiana de Águas e Saneamento S/A (Embasa) vêm atuando em Salvador.

4. Conclusão

O estudo contribui para o debate contemporâneo sobre os desafios do saneamento no Brasil, oferecendo elementos históricos que auxiliem na compreensão das permanências e discontinuidades das políticas setoriais e evidencia a centralidade do saneamento para a promoção da saúde coletiva.

A análise da trajetória das políticas de saúde pública e saneamento na Bahia, com recorte em Salvador entre 1838 e 1929, revela um processo gradual, porém consistente, de estruturação institucional e de evolução das concepções técnico-científicas sobre o enfrentamento das doenças e a promoção da salubridade urbana.

Ao longo de quase um século, foi possível observar a transição de um modelo baseado em juntas e conselhos consultivos de alcance limitado — como o Conselho de Salubridade Pública de 1838 — para a criação de uma estrutura burocrática especializada e, finalmente, para a elevação da saúde pública à condição de Secretaria de Estado em 1927, posicionando a Bahia como vanguarda no cenário federativo brasileiro. Esta evolução não foi linear, mas sim marcada por avanços legislativos, reorganizações administrativas e a progressiva incorporação do saber médico e da engenharia sanitária como pilares da ação estatal.

Um dos aspectos mais relevantes evidenciados pelo estudo é a persistência e a gravidade das condições sanitárias adversas em Salvador ao longo de todo o período. A capital baiana conviveu, de forma endêmica e epidêmica, com a falta de um sistema de abastecimento de água eficiente e de qualidade, a ausência de uma rede coletora de esgotos sanitários adequada, o acúmulo de lixo e a proliferação de vetores. Este cenário, fartamente descrito por médicos, engenheiros e relatórios oficiais, confirmava a cidade como um ambiente propício à disseminação de doenças como a febre amarela, as febres tifo-paratíficas, as disenterias e as verminoses, impondo um alto custo social e econômico à população.

O estudo também demonstra como as concepções etiológicas vigentes influenciaram diretamente as políticas implementadas. Inicialmente orientadas pelo miasmatismo, que associava a doença às más condições ambientais e à putrefação, as ações concentravam-se na remoção de dejetos e na tentativa de ordenamento do espaço urbano. Com o advento da bacteriologia, o foco deslocou-se para o combate aos vetores e agentes específicos, justificando campanhas mais direcionadas, como as de profilaxia da febre amarela. Contudo, a experiência prática, sobretudo no combate a essa moléstia, evidenciou que as soluções puramente pontuais eram insuficientes e onerosas, reafirmando a necessidade de intervenções estruturais permanentes, sintetizadas na máxima de que a melhoria do abastecimento de água e da rede coletora de esgotos era condição indispensável para o êxito definitivo das campanhas sanitárias.

Do ponto de vista institucional, a Lei n. 1.811/1925 representa um marco fundamental. Ao criar a Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública e, posteriormente, ao elevar a pasta ao status de Secretaria (Lei n. 1.993/1927), o Estado não apenas centralizou o comando das ações de saúde, mas também assumiu para si a superintendência técnica dos serviços públicos de água, esgotos e lixo, antes a cargo do município. Este movimento de estadualização dos serviços, formalizado pela referida Lei e pelo Termo de Acordo de 1929, foi acompanhado de mecanismos financeiros (como a proposta de criação de um fundo especial com recursos municipais) e jurídicos (como a Procuradoria dos Feitos da Saúde Pública) que visavam garantir a

sustentabilidade e a efetividade das ações. A contratação do então renomado engenheiro Saturnino de Britto para elaborar os projetos definitivos para Salvador, no final do período analisado, simboliza o ápice dessa nova fase, em que a técnica e o planejamento de longo prazo passaram a orientar a busca por soluções para os crônicos problemas sanitários da Capital.

Em suma, o período de 1838 a 1929 foi decisivo para a construção de um arcabouço institucional e conceitual que reconhecia a saúde pública como questão de Estado e o saneamento como sua base estrutural. As lições aprendidas com as sucessivas crises epidêmicas e com as limitações das intervenções paliativas consolidaram a compreensão de que a salubridade urbana dependia de investimentos permanentes em infraestrutura. O legado desse período foi a transferência definitiva da responsabilidade sobre os serviços públicos de abastecimento de água e esgotamento sanitário para a esfera estadual, um modelo que perdura até os dias atuais, por meio de instituições como a Embasa, e que tem suas raízes nas disputas, nos diagnósticos e nas soluções forjadas na Primeira República.

A escassez de recursos financeiros, a fragmentação das funções ou a sobreposição de medidas adotadas pelo poder público, somadas às disputas e conflitos de interesses entre os gestores públicos, além do não cumprimento de atribuições definidas pelas leis vigentes no período, dificultaram a implementação de políticas de saúde e de saneamento amplas, contínuas e eficazes.

Apesar dos obstáculos decorrentes desse conjunto de fatores, observou-se um esforço crescente por parte do governo estadual no sentido de constituir uma estrutura jurídico-institucional voltada para a assistência à saúde, incluindo aí os essenciais serviços públicos de saneamento.

REFERÊNCIAS

- BAHIA. **Lei n. 1.811, de 29 de julho de 1925**. Organiza a Sub-Secretaria de Saúde e Assistência Pública. **Decreto n. 4.144, de 20 de novembro de 1925**. Aprova o Código Sanitário do Estado. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1926.
- BAHIA. **Lei n. 1.993, de 20 de julho de 1927**. Cria a Secretaria de Saúde e Assistência Pública em substituição a Subsecretaria de Saúde e Assistência Pública. Salvador: Imprensa Oficial do Estado, 1927.
- CARVALHO, L. O. **Catalogo 2b da exposição temporária banheiro**: história e arte. Rio de Janeiro: Museu Chácara do Céu, 1987.
- CZERESNIA, D. **Do contágio à transmissão**: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- NOVIS, A. Relatório das principais ocorrências do 5º distrito de Saúde Pública, no 2º semestre do ano de 1912, apresentado pelo Inspector Dr. Aristides Novis. Arquivo Público do Estado da Bahia. Seção Republicana. Fundo: Secretaria do Interior e Justiça. Grupos: Diretoria Geral de Saúde Pública da Bahia. Séries: Relatórios das principais ocorrências do 5º distrito sanitário. Caixa: 3696, maço: 1028, 1912.
- OFICINA SANITARIA PANAMERICANA (OSP). A Saúde Pública no Estado da Bahia. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v. 8, n. 3, p. 283-296, 1929.
- RADEL, G.; COSTA, C. A.; LIMA, A. E. A. **Água de beber, camará**: história do abastecimento d'água de Salvador. 1. ed. Salvador: ALBA; ACB, 2013. (Coleção Edições ALBA).
- SILVEIRA, J. Os planos de saneamento para Salvador e a modernização da cidade: 1890-1960. In: RÊGO, R. C. F.; LARREA-KILLINGER, C.; BARRETO, M. L. (org.). **Impacto de um programa de saneamento ambiental na saúde**: fundamentos teórico-metodológicos e resultados de pesquisa interdisciplinar. Salvador: EDUFBA, 2018. p. 35-63.
- SOUZA, C. M. C. A constituição de uma rede de assistência à saúde na Bahia, Brasil, voltada para o combate das epidemias. **Dynamis**, v. 31, n. 1, p. 85-105, 2011.