

**Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde**

ÉRICO SILVA ALVES MUNIZ

***BASTA APLICAR UMA INJEÇÃO? SAÚDE, DOENÇA E DESENVOLVIMENTO:
O PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DA BOUBA NO BRASIL (1956-1961)***

**Rio de Janeiro
2009**

ÉRICO SILVA ALVES MUNIZ

***BASTA APLICAR UMA INJEÇÃO? SAÚDE, DOENÇA E DESENVOLVIMENTO:
O PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DA BOUBA NO BRASIL (1956-1961)***

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Hochman

Rio de Janeiro
2009

Ficha catalográfica

M966b Muniz, Érico Silva Alves
Basta aplicar uma injeção? Saúde, doença e desenvolvimento : o Programa de Erradicação da Boubá no Brasil (1956-1961) / Érico Silva Alves Muniz.— Rio de Janeiro : s.n. 2009.
139 f.

Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, 2009.

Bibliografia: p. 123-9.

1. Saúde Pública. 2. História 3. Sanitarismo. 4. Boubá 5. Endemias Rurais 6. Juscelino Kubitschek. 7. Brasil. I. Título

CDD 616.57

ÉRICO SILVA ALVES MUNIZ

***BASTA APLICAR UMA INJEÇÃO? SAÚDE, DOENÇA E DESENVOLVIMENTO:
O PROGRAMA DE ERRADICAÇÃO DA BOUBA NO BRASIL (1956-1961)***

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovado em junho de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gilberto Hochman (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz) – Orientador

Profa. Dra. Nísia V. Trindade Lima (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)

Prof. Dr. Marcos Cueto (Universidad Peruana Cayetano Heredia /
Instituto de Estudios Peruanos)

Suplentes:

Profa. Dra. Simone Petraglia Kropf (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)

Prof. Dr. André Luiz Vieira de Campos (Universidade Federal Fluminense /
Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

Rio de Janeiro
2009

Para mamãe Rita e titia Adênia, com amor.

Para Letícia Pumar.

SUMÁRIO

Agradecimentos	p. 09
Resumo	p. 11
Abstract	p. 12
Introdução	p. 13
Capítulo 1 – Saúde, desenvolvimento e endemias rurais no Brasil	p. 17
1.1 – Saúde e endemias rurais na Primeira República	p. 18
1.2 – As décadas de 1930 e 1940 e os Serviços Nacionais: continuidade e inovação	p. 25
1.3 – Doença e desenvolvimento no sanitarismo desenvolvimentista	p. 30
1.4 – O plano de saúde de JK (1956-1961) e a primazia das “doenças de massa”	p. 36
1.5 – Considerações finais	p. 45
Capítulo 2 – De mal duradouro a doença curável: A história da pesquisa sobre boubas no Brasil	p. 47
2.1 – Etiologia em transformação	p. 49
2.2 – A pesquisa sobre a boubas no Instituto Oswaldo Cruz na década de 1940	p. 56
2.3 – A trajetória de Felipe Nery Guimarães e uma nova terapia para a doença	p. 65
2.4 – As lições do Haiti: Campanhas contra a Boubas na região das Américas	p. 76
2.5 – Considerações Finais	p. 82
Capítulo 3 – Para além da injeção: concepções de saúde, higiene e nutrição no Programa da Boubas (1956-1961)	p. 84
3.1 – O Programa da Boubas: organização e método de trabalho	p. 86
3.2 – <i>Ser pobre não é ser sujo!</i> As noções de higiene do Programa	p. 95

3.3 – A alimentação sertaneja: boubáticos e famintos	p. 99
3.4 – Sobre problemas, resistências e adaptações no campo	p. 109
3.5 – Depois de cinco anos e depois de 1961...	p. 113
3.6 – Considerações Finais	p. 117
4 – Considerações Finais	p. 119
5 – Referências	p. 123
Caderno de Imagens	p. 130
Imagem 01 – Escravo com bouba. 1820.	p. 131
Imagem 02 – Da esquerda para direita: Felipe Nery Guimarães, Labra, Waldemar Campos da Paz e Claudionor (“Pracinha”) no Posto de Estudos sobre a bouba, no município de Araruama. s/d.	p. 131
Imagem 03 – Aparelho e câmara de secagem de Penicilina da fábrica do Instituto Oswaldo Cruz. 1944.	p. 132
Imagem 04 – Frascos de penicilina produzidos pelo Instituto Oswaldo Cruz. 1944.	p. 132
Imagem 05 - Doente de bouba antes e depois do tratamento de penicilina no Instituto Oswaldo Cruz. 1944.	p. 133
Imagem 06 – Viagem à romaria de Bom Jesus da Lapa. 1946.	p. 133
Imagem 07 - Os romeiros de Bom Jesus da Lapa. 1946.	p. 134
Imagem 08 - Romeiro com bouba em fase terciária. 1946.	p. 134
Imagem 09 - Mário Pinotti (Ministro da saúde) e Felipe Nery Guimarães. s/d.	p. 135
Imagem 10 - Da esquerda para direita: Celso Arcoverde (de costas, no canto), Felipe Nery Guimarães, o presidente Juscelino Kubitschek e Mauricio Medeiros (Ministro da saúde).	p. 135
Imagem 11 - Felipe Nery Guimarães em seu laboratório no Instituto Oswaldo Cruz. Década de 1970.	p. 136

- Imagem 12 – Mapa da bouba no Brasil. 1952. p. 136
- Imagem 13 – Aplicação de injeções de penicilina em estudantes durante a Campanha para erradicação da bouba no Haiti. 1950-1952. p. 137
- Imagem 14 - Aplicação de injeção de penicilina em criança com bouba no estado de Minas Gerais. s/d. p. 137
- Imagem 15 – Cartilha da bouba. p. 138
- Imagem 16 – “Hoje a 'boubasilina' faz milagres! Veja este outro, entrevado, como ficou bonitão!” (Reprodução da Cartilha da bouba). p. 138
- Imagem 17 - “Ser pobre não é ser sujo!”. Lema do *Programa de Erradicação da Boubá*. (Reprodução da Cartilha da boubá). p. 139

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Gilberto Hochman, meu orientador, e não por mera praxe acadêmica, mas pelo papel fundamental dele junto ao trabalho. Sempre presente e disponível, acompanhou a pesquisa em cada etapa e foi preciso editor das minhas desordenadas ideias.

À Fundação Oswaldo Cruz, financiadora de bolsa de mestrado a mim concedida durante dois anos, o que viabilizou a pesquisa.

Aos professores que compõem a banca examinadora, Marcos Cueto e Nísia Trindade Lima, pela compreensão e o esforço para realização dessa defesa. À Nísia, aliás, sou grato pelas leituras deste trabalho e pelo privilégio da convivência dos últimos dois anos na Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz (COC). À Simone Kropf, professora suplente desta banca, pela participação no exame de qualificação e sugestões da pesquisa. A André Luiz Vieira de Campos, suplente externo, professor e sempre amigo que me apresentou aos estudos de história das ciências e da saúde pública, agradeço pelo constante incentivo.

Agradeço também aos professores do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde (PPGHCS) da COC, especialmente a Ângela Porto, Cristina Fonseca, Dominichi Miranda Sá, Flávio Edler, Jaime Benchimol, Lorelai Kury, Magali Romero Sá, Marcos Chor Maio e Robert Wegner pelas aulas, auxílio na pesquisa e excelente ambiente intelectual. À querida Dominichi, obrigado pela amizade e incondicional apoio ao evento *Cine-Pós*.

Aos funcionários das instituições onde realizei pesquisa. Obrigado aos arquivistas e bibliotecários da Biblioteca e Arquivo da COC, Biblioteca de Manguinhos, Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública e da Biblioteca Nacional, no Rio de Janeiro. Em Brasília, sou grato ao pessoal do Memorial JK, da

Biblioteca do Ministério da Saúde e do Museu da Funasa, neste último, especialmente às gentilezas da simpática bibliotecária Raquel Santos.

Devo um agradecimento especial a Paulo Henrique Chagas, secretário do PPGHCS, pelo excelente trabalho realizado e constante simpatia.

A Reinaldo Felipe Nery Guimarães pelo depoimento concedido e fotografias emprestadas que muito auxiliaram à pesquisa sobre seu pai, Felipe Nery Guimarães, importante personagem desta dissertação. E a Hélios Fernandes de Moraes pelas pacientes horas de depoimento sobre as atividades e os personagens da história da saúde pública brasileira.

Aos colegas discentes do PPGHCS: André Felipe, Arthur, Maria Regina, Miriam, Lia, Maria Letícia e Vanderlei. À amiga Letícia, a quem dedico este trabalho, agradeço pela doçura e convivência mais intensa, sem falar no acompanhamento de cada etapa deste trabalho e de nossas vidas.

Na capital federal fundamental foi a acolhida de Rodolfo Reis, Carol Queiroz e Bruno Arantes, amigos que me guiaram na cidade e tão bem me receberam durante pesquisa que se revelou muito importante para a dissertação.

Agradeço também aos amigos de moradia João e Letícia e aos super-especiais Rafael Saar, Daniel Mançur, Anastha Machado, Eliane Alves (sem ela não haveria o Caderno de imagens), Dayana de Jesus, Gustavo Bado, Bruner Titonelli, Antoinette Kuijlaars e André Marinho.

Por fim, à minha família pelo apoio e por entenderem alguma ausência provocada pelos estudos. Sempre carinhosos foram meus tios Adênia Bairral, Adeilton Bairral e Neuza Quiêto, além dos irmãos Fábio e Tiago e da prima Lidia Quiêto. E a tantos que me socorreram, animaram, descontraíram e ajudaram ao longo dos últimos dois anos, muito obrigado!

RESUMO

A dissertação tem por objetivo apresentar as medidas para controle e erradicação da bouba ocorridas no Brasil no período entre 1956 e 1961. O *Programa de Erradicação da bouba* - com seu método de injeções únicas de penicilina - percorreu em campanha itinerante os estados do nordeste e de Minas Gerais em seus primeiros cinco anos. Durante as atividades da campanha nas principais áreas endêmicas do país emergiram também outras questões relacionadas à alimentação, pobreza e condições de vida das populações do interior. O trabalho ressalta como uma campanha para a erradicação de uma endemia rural estruturada em torno de uma “bala mágica” – a penicilina injetável – se defrontou com os quadros de fome e desnutrição no interior do país, problemas que, a princípio, estavam fora de suas atribuições.

ABSTRACT

The dissertation presents the measures for control and eradication of yaws occurred in Brazil between 1956 and 1961. The *Program for the Eradication of yaws* - with its method of an unique injection of penicillin – was developed as a campaign in Minas Gerais and some states of the Northeast Brazil in its first five years. During the campaign's activities in the main endemic areas of the country other issues emerged such as food, poverty and living conditions of countryside's population. The text emphasizes how a campaign structured around a "magic bullet" - the injectable penicillin - faced the reality of hunger and malnutrition, problems that, in the beginning, were outside of their duties.

INTRODUÇÃO

“(...) a boubá é uma doença fácil de ser eliminada de nosso país. Basta aplicar uma injeção de um milhão de doses de penicilina e o doente de boubá ficará curado”.¹

A política de saúde pública adotada durante o governo do presidente Juscelino Kubitschek (1956-1961) foi alvo de poucas pesquisas no campo dos estudos históricos. As mais importantes referências historiográficas sobre o mandato de Juscelino enfatizam principalmente o tema do desenvolvimento através de planejamento estatal visando modernização e intensa industrialização do país. A ideia de que o Brasil avançaria “cinquenta anos em cinco” tornou-se além de propaganda e plataforma governamental, uma retórica explicativa para se pensar o período nacional desenvolvimentista.²

A leitura do Plano de Metas de JK indica que as políticas sociais, especialmente para a área da saúde, de fato não estavam entre as suas prioridades governamentais. A elas, coube papel auxiliar à tarefa maior, a do desenvolvimento do país. No entanto, ao anunciar no ano de 1955 seu programa de governo para a presidência da República, Juscelino Kubitschek também apresentou seus planos para saúde pública.

Numa publicação chamada *Programa de saúde do candidato*, JK traçou um panorama da situação sanitária do país, identificando seus principais problemas

¹ Cf. OLIVEIRA, Juscelino. *Programa de saúde do candidato*. São Paulo: N. Nicollini, 1955. p. 25.

² Algumas das principais referências sobre o período são: MOREIRA, Vânia Maria Losada. “Os anos JK: industrialização e modelo oligárquico de desenvolvimentorural.” In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucília de Almeida Neves. *O tempo da experiência democrática: da democratização de 1945 ao golpe militar de 1964*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003; LAFER, Celso. *JK e o Programa de Metas (1956-1961): processo de planejamento e sistema político no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002; MOURA, Gerson. “Avanços e recuos: a política exterior de JK.” In: GOMES, Ângela de Castro (Org.). *O Brasil de JK*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002. Cf. BENEVIDES, Maria Victoria. “O governo Kubitschek: a esperança como fator de desenvolvimento.” In: GOMES, Ângela de Castro. op. cit.

relacionando-os com fatores como as condições de habitação, alimentação, e presença das doenças que minavam as forças produtivas dos brasileiros, especialmente daqueles que moravam nas áreas rurais do país, que na época representavam a maioria da população. Essas doenças, historicamente conhecidas como endemias rurais, foram por JK chamadas de “doenças de massa” e sobre elas definiram-se algumas das principais metas a serem implementadas para a pasta da saúde.

Na visão de JK, as “doenças de massa”, devastadoras dos sertanejos e velhas conhecidas dos médicos e sanitaristas, representavam, em 1955, um quadro de atraso e abandono que não condizia com a proposta de nação moderna e desenvolvida que se almejava atingir nos próximos cinco anos. As descobertas biomédicas e os avanços tecnológicos advindos da década da II Guerra Mundial propiciavam ainda um ânimo redobrado para criação de medidas de combate às endemias rurais. Somava-se ainda um contexto internacional de fortalecimento de agências como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Oficina Sanitária Panamericana (OPAS) e a cooperação internacional em alta em função do constante clima de ameaça da Guerra Fria.

No mandato de Juscelino, foi criado, em março de 1956 o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), um órgão que passou a administrar uma série de campanhas e programas temporários para acabar com os problemas gerados pelas “doenças de massa” como malária, varíola, febre amarela, boubá e bócio; todas recorrentes entre os brasileiros e para as quais a tecnologia apresentava métodos terapêuticos para campanhas com promessa de rápida erradicação.³

Uma dessas endemias rurais que se buscava erradicar no período de cinco anos era a boubá, doença pouco conhecida atualmente mesmo entre médicos e

³ OLIVEIRA, Juscelino. *Programa...* op. cit. p. 54

profissionais de saúde.⁴ A boubá é uma doença de pele, uma treponematose não venérea, semelhante à sífilis nos sintomas iniciais, podendo ser altamente debilitante de tecidos e ossos se não tratada. É ao *Programa de Erradicação da Boubá*, campanha iniciada no Brasil em 1956 para erradicar essa endemia rural, que nos dedicaremos nessa dissertação.

Consideramos, para tal, que os programas de erradicação de doenças do governo JK fazem parte de um longo processo de expansão da autoridade pública no território brasileiro, implementando uma interiorização dos serviços de saúde. As ações de campanhas para controle de determinadas endemias rurais e erradicação de algumas outras – entre elas a boubá – construíram burocracia pública e as redes temporárias e permanentes de atendimento clínico-laboratorial. O *Programa de Erradicação da Boubá* dialogou ainda com a dinâmica de cooperação internacional da época, salientando-se ter sido esta a primeira doença que recebeu um programa de erradicação em escala global com assistência técnica da OMS.⁵

O trabalho encontra-se estruturado em três capítulos. No primeiro apresentaremos, através de balanço historiográfico, as endemias rurais na história da saúde pública brasileira. Observaremos que essas doenças estavam na agenda sanitária desde a Primeira República, mantiveram-se em pauta nas décadas de 1930 e 1940 e analisaremos como o tema foi recuperado nos anos 1950. A relação entre saúde e o tema do desenvolvimento no governo JK indica que a primazia das endemias rurais face aos outros problemas estruturou serviços e campanhas em saúde pública entre 1956 e 1961.

No capítulo dois abordaremos aspectos da história da boubá e de sua pesquisa no Brasil. Observaremos o controvertido debate sobre as origens da

⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. “Yaws: a forgotten disease”. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs316/en/>> Acesso em 08 abr. 2009.

⁵ O programa de erradicação criado no Haiti iniciou seus trabalhos em 1950. Cf. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1958. p. 204.

doença presentes em teses médicas do século XIX. Atentaremos às mudanças de terapêuticas ministradas para a boubá, o que produziu diferentes enquadramentos ao longo do século XX, até o advento de novos medicamentos e a definição da penicilina como método para execução da campanha de erradicação na década de 1950. A tradição das pesquisas sobre a boubá do Instituto Oswaldo Cruz e a trajetória do médico Felipe Nery Guimarães, responsável pelos primeiros testes com penicilina aplicada à boubá no Brasil, serão fundamentais para a compreensão do caminho traçado até a criação da campanha, em 1956. Da mesma forma que o desenvolvimento dos primeiros programas para a erradicação da boubá em outros países, especialmente o trabalho realizado no Haiti, influenciou os trabalhos realizados por aqui. Nossas principais fontes serão periódicos e teses médicas e de organismos internacionais em saúde.

No último capítulo analisaremos os trabalhos realizados pelo *Programa de Erradicação da Boubá* entre 1956 e 1961. O método empregado e algumas das concepções sanitárias da campanha brasileira serão reconstituídos a partir de pesquisa realizada nos arquivos do DNERu, documentação do Ministério da Saúde e da contribuição de depoimentos orais. As concepções de saúde e higiene do *Programa* e as condições de vida das populações dos sertões do Brasil, os quadros de fome e desnutrição encontrados pelos guardas sanitários, serão analisadas, assim como as reorientações vividas em campo.

CAPÍTULO 1. SAÚDE, DESENVOLVIMENTO E ENDEMIAS RURAIS NO BRASIL

A interpretação das doenças como obstáculo ao progresso e à civilização está presente no centro do debate médico e político brasileiro desde o início do século XX. A partir da década de 1910, ganha destaque o tema das endemias rurais, que eram doenças infecto-contagiosas muito frequentes em todo o Brasil. Se a preocupação nas duas primeiras décadas republicanas era com a saúde urbana e portuária, nas duas décadas seguintes o foco da atenção recaiu sobre o estado sanitário dos sertões do Brasil.⁶

Na Primeira República (1889-1930), os debates sobre saneamento rural e vida no campo revelaram as ameaças à saúde da população, representadas pelas doenças consideradas infecciosas, tais como: malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, esquistossomose, filariose, bócio endêmico, boubá, tracoma e ancilostomose. É nesse período que se constroem os primeiros postos de saúde rural e as primeiras obras de engenharia sanitária são realizadas.⁷ Em paralelo, outras medidas, como as de educação sanitária e a distribuição de quinino como medicamento para controle da malária, começaram a materializar as políticas de combate às endemias rurais.

Nesse capítulo discutiremos de modo não exaustivo o tema das endemias rurais na história da saúde brasileira, a constatação de sua expressividade e as propostas para superá-las. Para tal, abordaremos os principais estudos sobre saúde e saneamento rural na Primeira República e os que apontam a continuidade dessas políticas até a década de 1940. Enfocaremos também a associação entre saúde e desenvolvimento a partir da II Guerra Mundial e seus reflexos sobre a política de saúde. Por fim, analisaremos os planos, as metas e as prioridades de

⁶ CASTRO-SANTOS, Luiz A. FARIA, Lina Rodrigues de. *A reforma sanitária no Brasil: Ecos da Primeira República*. Bragança Paulista, SP: EDUSF, 2003.

⁷ HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.

Juscelino Kubitschek na área da saúde e o seu lugar no período nacional-desenvolvimentista. Essa análise servirá de base para compreendermos o *Programa de Erradicação da Boubá* iniciado em seu governo.

1.1 Saúde e endemias rurais na Primeira República

A importância de se ocupar, sanear e modernizar o interior do país, era frequentemente reforçada nos movimentos intelectuais desde o Império. Uma valorização das ideias de “ciência” e “progresso” criou uma nova categoria social: a de cientistas. Houve uma diversificação dos estudos científicos nas instituições brasileiras através do processo de especialização pelo qual passavam as escolas de medicina e engenharia⁸.

A produção da ciência no início do século XX era resultado de um conhecimento mais específico em detrimento da valorização da retórica ou de um saber de caráter enciclopédico. Em meio a esse processo de especialização, surgiram uma série de instituições públicas e privadas de ciências no Brasil, acompanhadas de revistas, museus, publicações, academias e associações profissionais correspondendo à institucionalização da atividade científica.⁹ Esse processo culminaria na criação das primeiras universidades na década de 1930.¹⁰

Nas ciências biomédicas, assumia-se crescentemente o paradigma microbiológico pasteuriano e respaldavam-se de autoridade algumas instituições, como o Instituto Soroterápico Federal, que em 1908 passaria a chamar-se Instituto Oswaldo Cruz (IOC). Médicos e sanitaristas ganharam notabilidade em meio à

⁸ SÁ, Dominichi Miranda de. *A Ciência como Profissão: médicos, bacharéis e cientistas no Brasil (1895-1935)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

⁹ Idem; DANTES, Maria Amélia. “Uma história institucional das ciências no Brasil.”. In: *Espaços de Ciência no Brasil: 1800-1930*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p. 13-22.

¹⁰ Ver LIMA, Nísia Trindade. *Um Sertão chamado Brasil*. Rio de Janeiro: IUPERJ/REVAN, 1999. Segundo Lima, a atividade científica no Brasil já se realizava em meio aos institutos e academias, antecedendo, portanto, à criação das universidades.

elite intelectual do final do Império e dos primeiros anos republicanos, problematizando a saúde da nação brasileira.

Foram realizadas viagens científicas ao interior do país buscando conhecer as condições de vida e quadro das doenças encontradas no interior do país. Em 1916, o IOC publicou o relatório da expedição realizada por Belisário Pena e Artur Neiva em 1912 pelo interior dos estados da Bahia, Pernambuco, Pará e Goiás. Em suas observações, os cientistas denunciaram os males das populações dos sertões repleto de doenças e a ausência do poder público naquelas localidades.¹¹

Essa viagem, realizada por representantes de um órgão federal, evidencia a preocupação com a saúde em escala nacional na proposição dos médicos intelectuais.¹² Segundo Castro Santos, o relatório Pena-Neiva situa a importância que ganhou o “saneamento dos sertões” entre os sanitaristas brasileiros, considerando que a missão “plantou a semente da ação do poder central nos estados do nordeste”.¹³ A participação de médicos em instituições de ciência no país e seu prestígio político trouxeram à cena as preocupações e denúncias sobre a presença das endemias rurais na vida dos brasileiros.

Para Nara Britto, Oswaldo Cruz é mito de origem do saneamento rural e a criação de seu Instituto ratificou a medicina científica no país, legitimando o movimento intelectual pelo saneamento do país¹⁴. Assim, as viagens e expedições realizadas podem ser vistas como “pilares científicos” da criação da Liga Pró-Saneamento do Brasil, em fevereiro de 1918. Presidida por Belisário Pena, a Liga

¹¹ Ver NEIVA, Artur; PENA, Belisário. *Viagem Científica pelo Norte da Bahia, Sudoeste de Pernambuco, Sul do Piauí e de Norte a Sul de Goiás*. Brasília, DF: Editora do Senado Federal, 1999.

¹² CASTRO SANTOS, Luiz Antonio. “O pensamento sanitarista na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade.” In: *Dados. Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, 1985. p.193-210

¹³ Ibidem. p. 200.

¹⁴ Ver BRITTO, Nara. *Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995. p. 13.

organizou a pauta do movimento sanitarista do Brasil priorizando o valor das endemias rurais no adoecimento dos brasileiros:

A campanha do saneamento do Brasil - e não apenas do interior, como ressalva Belisário Pena – constituía um projeto a um só tempo social e moral, pertinente aos indivíduos e à sociedade. O progresso da nação dependia do trabalho e da produção, mas estas duas alavancas se achavam emperradas por efeito da generalização das endemias que abatiam as energias do homem produtivo.¹⁵

O tema dos sertões se fez bastante presente em trabalhos produzidos pelos intelectuais brasileiros que problematizaram a nação a partir da segunda metade do século XIX até início do século XX. Nísia Trindade Lima argumenta que o quadro de doenças dos sertanejos retratado pelas expedições científicas realizadas por sanitaristas, geógrafos, engenheiros, militares e diplomatas, tornou-se padrão da imagem do sertão brasileiro¹⁶. As concepções veiculadas por Euclides da Cunha, Vicente Licínio Cardoso, Edgar Roquette-Pinto, Belisário Pena e Monteiro Lobato tornaram-se clássicas no pensamento social brasileiro, sendo esse sertão doente pensado a partir da intelectualidade urbana:

A ideia de construir o sertão a partir do litoral marca o pensamento social brasileiro, mesmo (...) no que toca a autores que não tem o debate sobre raça ou natureza como pontos centrais de reflexão. É como se estivéssemos diante de um efeito espetacular dos sentimentos motivados pelo contato com as sociedades que vivenciaram a modernização. Ou se quisermos nos reportar a perspectiva do século XIX, um efeito da imagem de “nações civilizadas”.

¹⁵ Ibidem. p. 23.

¹⁶ Ver LIMA, Nísia Trindade. *Um Sertão...* op. cit.

*Teríamos, assim, a reprodução interna, na sociedade brasileira, das contradições experimentadas no contraste com aquelas sociedades. Tais sentimentos tanto podem resultar numa valorização negativa daquele que é visto como polo negativo do dualismo, como originar uma forma ambivalente de pensar o Brasil e seus sertões.*¹⁷

A vastidão da ocorrência das doenças, principalmente a malária, caracterizou o trabalho de outras missões ao interior do Brasil como as patrocinadas por instituições como o Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro (IHGB) e as denunciadas pelos relatórios médicos realizados pela Comissão de Linhas Telegráficas de Mato Grosso ao Amazonas, conhecida como Comissão Rondon. Tais missões científicas e civilizatórias ajudavam a moldar as interpretações e o imaginário social de nação que eram produzidos e tiveram uma importante função junto aos textos, românticos ou acadêmicos, que surgiam sobre o interior. Lima destaca o papel que tivera “O IHGB durante o Império na organização de viagens científicas ao interior – base de projeto mais amplo de afirmação de uma ciência nacional”¹⁸.

A historiografia que trata da formação dos serviços públicos de saúde tem nessas viagens, missões científicas e nos debates sobre o saneamento do país aspectos relacionados à caracterização de sertão doente e do processo de construção do Estado nacional. As principais referências da historiografia sobre a saúde pública brasileira na Primeira República ocuparam-se em interpretar a criação de serviços temporários ou permanentes, ministérios, campanhas ou serviços de cooperação internacional chamando a atenção para o caráter de

¹⁷ Ibidem. p. 61.

¹⁸ Idem.

expansão da autoridade pública que eles representavam entre o ano 1889 e a década de 1940¹⁹.

Luiz Antonio de Castro-Santos e Lina Rodrigues de Faria dão ênfase à "modernização conservadora" como chave explicativa para a supremacia dos interesses federativos na consolidação dos serviços de saúde pública na Primeira República.²⁰ Por essa ideia, os autores consideram que os serviços existentes no início do século XX constituíram-se a partir das elites, sem alterar a ordem social dada. As primeiras medidas para controle de endemias surgiram unindo-se aos serviços de saúde portuários. Castro-Santos e Faria veem nos processos macro-históricos de adesão das oligarquias ao ideal de incremento da saúde algum fortalecimento do poder central na execução de uma nova política de saúde e saneamento.

A presença de legislação e aparato administrativo sobre saúde, bem como a existência de pesquisa científica em instituições somadas à existência de campanhas específicas são elementos que configuram essa "reforma sanitária do Brasil" em curso na Primeira República. Assim, a institucionalização - que pressupõe regularidade e continuidade dos serviços - foi gerada pela ação do governo central, Estado nacional, aliada à presença de organismos como a Fundação Rockefeller, cuja atuação filantrópica na área de saúde também esteve marcada pelo controle às endemias rurais, como apresenta Lina Faria sobre a

¹⁹ Referimo-nos especialmente aos seguintes trabalhos: CAMPOS, André L. V. *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006; CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio & FARIA, Lina Rodrigues de. op. cit.; CUETO, Marcos. *O valor da saúde: história da Organização Pan-americana da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007; FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007; HOCHMAN, Gilberto. *A era...* op. cit.; COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1985.

²⁰ CASTRO SANTOS, Luiz Antonio; FARIA, Lina Rodrigues de. op. cit. Optamos aqui por considerar e citar o livro de Castro-Santos publicado em 2003 em parceria com Lina Faria, cabendo destacar a tese de doutoramento de Castro-Santos de 1987. Ver também, CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio. *Power, Ideology and Public Health in Brazil, 1889-1930*. Tese de doutorado, Harvard: Havard University, 1987.

atuação da fundação em São Paulo²¹.

O que essas análises reforçam é que a Primeira República assistiu as primeiras medidas públicas e por parte da União nos estados contra as endemias rurais. Esse período, como apresentaram Castro-Santos e Faria, é repleto de discussões ideológicas nas instituições republicanas sobre o tema, como aquelas expressadas pelo diverso grupo que constituía a Liga Pró-Saneamento do Brasil.

Através de uma análise histórica e sociológica das ideias debatidas e expressadas pela Liga Pró-Saneamento, Hochman convencionou chamar a discussão em torno das endemias rurais na Primeira República como "era do saneamento".²² O autor propõe que a Primeira República não representou um vazio de ação política entre o Império e a Era Vargas na construção das políticas de saúde e do Estado nacional.

Com base nas leis e decretos promulgados, periódicos e relatórios médicos do período, Hochman analisou barganhas, negociações e debates sobre a situação da saúde no país, observando que a institucionalização de políticas e diretrizes em âmbito nacional representou uma expansão da ação do Estado brasileiro. A saúde, assim como outras frentes de autoridade pública, representou uma inédita penetração de poder no interior, e o movimento pró-saneamento dos sertões, apoiado pelas elites políticas, constituiu parte da materialidade do desenvolvimento do Estado. Na perspectiva de Hochman, o papel dos atores sociais e rumos das suas decisões relacionam-se ainda com a dinâmica federativa das políticas de saúde existentes na época, pensando que o poder local estabeleceu pactos diferenciados com a União.

²¹ Cf. FARIA, Lina. *Saúde e política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.p. 78.

²² HOCHMAN, Gilberto. *A era...* op. cit.

A era do saneamento, ao mesmo tempo história e construção analítica, denota um ciclo de estatização da política de saúde no Brasil Republicano. Em um primeiro estágio, marcada pela ordem estabelecida em 1891, haveria uma combinação da saliência do poder coercitivo da autoridade sanitária com a timidez territorial (infraestrutural). O segundo estágio (1910-1930) significaria uma continuidade nos acúmulos despóticos do Estado, mas agora combinados com a constituição territorial do Poder Público ou com o aumento do poder infraestrutural, principalmente na década de 20.²³

A partir do sociólogo Abraam de Swaan como referência, o conceito de “interdependência social” poderia ajudar a compreender as relações entre os indivíduos daquela sociedade, observando as instituições e as decisões tomadas, constituindo parte da configuração das políticas sociais que orientavam a formação da rotina de saúde pública nas sociedades e estados capitalistas modernos. Essa interdependência no caso da saúde pública era reconhecida e defendida pelas propostas dos sanitaristas e lutas políticas que tentavam convencer o poder público do combate às “doenças que se pegam” e do perigo que elas representavam para toda a sociedade²⁴.

Para Nilson Rosário do Santos, as políticas de saúde entre 1889 e 1930 limitaram suas bases essencialmente em programas de imunização, campanhas sanitárias e controle do ambiente urbano.²⁵ Segundo o autor, essas medidas também estavam fortemente atreladas aos interesses econômicos das classes dominantes, que privilegiaram critérios que favorecessem a expansão capitalista. Não foram tomadas medidas que se ocupassem da realização de melhorias de habitações ou de áreas públicas compartilhadas, priorizando-se o controle das

²³ Ibidem. p. 42.

²⁴ Ibidem.

²⁵ SANTOS, Nilson do Rosário. *Lutas urbanas...* op. cit.

doenças coletivas - principalmente a peste, a febre amarela e a varíola - resultante de uma inquietação da camada intelectual médica, embasada nas observações apresentadas pelo do relatório Pena-Neiva e pela Liga Pró-Saneamento do Brasil.

Enfim, o debate da época e os serviços de profilaxia rural iniciados nos anos 1910-1920 serviram como base das políticas públicas para o combate às endemias rurais. O surgimento dessas políticas está intimamente relacionado ao contexto histórico e político do período, que propiciou a transferência dos cuidados com a saúde da população para o poder público, devido ao interesse material; dos agentes envolvidos na elaboração das políticas sanitárias na Primeira República.

1.2 As décadas de 1930 e 1940 e os Serviços Nacionais: continuidades e inovações

Ao longo das décadas de 1930 e 1940 o tema das endemias rurais permaneceu na agenda da saúde pública brasileira. Através da ação dos Serviços Nacionais, agências especiais e do Ministério da Educação e Saúde, as doenças do interior foram pesquisadas, denunciadas e classificadas no país.

As políticas de saúde no período do primeiro governo de Getúlio Vargas (1930-1945) caracterizaram-se pela criação de aparato estatal para sua gerência. Um aspecto marcante das políticas de saúde pública pós-30 foi o fortalecimento do poder público que possibilitou o incremento da capacidade de se combater as endemias.²⁶ A historiografia sobre a saúde pública no período observou que esse aparato gerou um aumento da atenção dispensadas a algumas das endemias rurais no Brasil.²⁷ Cristina Fonseca indicou que o papel da saúde na mudança da

²⁶ Ver FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Saúde no Governo Vargas...* op. cit.

²⁷ Idem; HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina M. O. "A I Conferência Nacional de Saúde: Reformas, Políticas e Saúde Pública em debate no Estado Novo." In: Gomes, Ângela de Castro. (org.). *Capanema: o Ministro e seu Ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. p. 173-193; BRAGA, José Carlos de S. & PAULA, Sérgio Goes de. *Saúde e previdência: Estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 2006. 3.ed; CAMPOS, André L. V. op. cit.

vida das populações rurais fez parte do projeto político-ideológico da constituição do Estado brasileiro pós-1930. Assim, a criação de burocracia e de instituições permanentes que se encarregavam da administração da saúde simbolizou aspectos dessa institucionalização vivida nos anos 1930 e 1940.²⁸

José Carlos de Braga e Sérgio de Paula observaram uma divisão sofrida nas estruturas de atenção à saúde a partir da década de 1930, considerado que:

*É a partir de então que se pode, com rigor, identificar uma política de saúde de caráter nacional, organizada centralmente em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária.*²⁹

A análise do primeiro governo Vargas indica que com o fim da Primeira República, terminava também o “excesso de federalismo”,³⁰ que, no entanto, não representou uma ruptura e/ou grande distinção entre práticas do período pré-1930. Segundo Fonseca, as iniciativas de saneamento e outras já existentes não teriam sido interrompidas, tendo somente sofrido acréscimo de algumas instituições que buscaram, entre outros, centralizar e normatizar as ações da administração e de formação do Estado Nacional.³¹

A divisão da responsabilidade da saúde pública entre o Ministério da Educação e Saúde (MES) e o do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC), levou a uma nova relação de poder entre a esfera federal e os governos locais, o que acarretou no processo de nacionalização da saúde pública no Brasil, com aumento de controle do Estado sobre as doenças realizado pelo Estado no território nacional. No período uma importante reforma foi empreendida pelo ministro da educação e saúde pública Gustavo Capanema,³² onde em uma primeira etapa, em

²⁸ FONSECA, Cristina. *Saúde no Governo Vargas...* op. cit.

²⁹ Cf. BRAGA, José & PAULA, Sérgio. op. cit. p. 52.

³⁰ FONSECA, Cristina. *Saúde no Governo Vargas...* op. cit.

³¹ *Ibidem.* p. 20.

³² Capanema permaneceu no cargo de ministro da educação e saúde entre 1934 e 1945.

1937, definiu-se o papel da política de saúde do governo Getúlio Vargas; e em 1941, dando sequência às mudanças, foram criados os Serviços Nacionais de controle às grandes endemias rurais e outras doenças. É importante destacar que essas medidas, ao mesmo tempo que foram centralizadoras, dialogaram com uma série de ideias em debate em eventos acadêmicos nacionais e internacionais, como as conferências pan-americanas de saúde e conviveram com os primeiros consórcios com agências e instituições estadunidenses.

Pela reforma ministerial de Capanema realizada em 1941, foram criados os Serviços Nacionais de Tuberculose, Peste, Lepra, Câncer, Malária, Doenças Mentais, Febre Amarela, Educação Sanitária e Fiscalização da Medicina, e alguns deles passaram a ser responsáveis pela atividade de controle de endemias. Os Serviços eram subordinados ao Departamento Nacional de Saúde (DNS) e estruturaram-se como unidades federais no Ministério, altamente hierarquizadas. Assim, a gestão Capanema priorizava o papel ocupado pelas endemias rurais na saúde pública do governo Vargas³³.

A II Segunda Guerra Mundial também foi responsável pelo aumento da preocupação com as doenças infectocontagiosas. A ameaça representada pela malária, por exemplo, se deu pelo risco que aquela doença representava nos *fronts*, acometendo a maioria dos soldados. O desenvolvimento de antimaláricos e do DDT impulsionou a possibilidade de combate aos mosquitos do gênero *Anopheles*, vetores da doença. O combate à malária é apenas uma das contribuições no terreno de controle de endemias rurais deixado pela Guerra. O quinino, medicamento eficaz contra a malária, ganhou *status* entre as potências do Eixo e Aliados³⁴.

³³ Ibidem.

³⁴ CAMPOS, André. *Políticas Internacionais...* op. cit. p. 91-3.

Nesse contexto foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), uma agência binacional Brasil-Estados Unidos, que revelou aspectos das políticas internacionais para saúde em curso entre 1942 e 1960. O SESP surgiu como agência temporária para atuar no controle de malária nas bases militares instaladas no nordeste brasileiro e no combate às doenças nas regiões de extração de matéria prima estratégica de guerra em Minas Gerais (minério de ferro) e na Amazônia (borracha).³⁵

Com a permanência do SESP nas estruturas da saúde pública brasileira após os anos de guerra, as políticas administradas pelo órgão também representaram uma continuidade da formação do Estado e a sua expansão de sua penetração em território nacional. Assim, as motivações estratégicas de guerra, políticas, econômicas e sanitárias revelam, segundo Campos, uma via de "mão-dupla", ou seja, as condições de estabelecimento desse serviço cooperativo especial não representaram uma simples frente do imperialismo dos EUA na área de saúde pública, mas por uma série de negociações, barganhas e ressignificações pelas quais as diretrizes teriam passado para adequarem-se às realidades e rotina em saúde existentes em cada localidade, possibilitando o desenvolvimento nacional.

O SESP, órgão internacional que coexistiu em versões similares em quase todos os países da América Latina, baseado na cooperação estadunidense e do país local, foi apropriado como agência de saúde nos quadros dos Estados nacionais, atuando principalmente no controle das endemias rurais. As áreas de intervenção do Serviço, os programas em execução e a amplitude da ação tinham um sentido local que era negociado com o interesse dos EUA, mas sem deixar de se integrar as pretensões de ação do estado nacional em saúde pública.

O SESP encaminhou políticas sanitárias voltadas para

³⁵

Ibidem. p. 113, 173-4.

as populações do interior, objetivando combater as grandes endemias do “sertão”; montou uma rede de unidades sanitárias e outros equipamentos; construiu e administrou escolas de enfermagem, hospitais e centros de saúde, além de sistemas de água e esgoto; normatizou técnicas e procedimentos; contratou e expandiu burocracia; estabeleceu convênios com estados e municípios para construir, normatizar e expandir saúde pública; formou mão-de-obra qualificada; empreendeu educação sanitária; enfim, nada que fugisse à agenda de saúde pública estabelecida por Gustavo Capanema, e que viria a se prolongar pela década de 1950.³⁶

Dessa forma, os postos, redes de atendimento e visitação domiciliar são elementos da construção material da saúde pública relacionada com os interesses do Estado varguista. A história da saúde pública destaca que o que se viu nas décadas de 1930 e 1940 foi um incremento das ações públicas em saúde no Brasil, interpretadas como aspectos da criação de um campo profissionalizado de ação. As definições de atribuições desde a Primeira República, o papel das elites em meio aos processos de tomadas de decisões e definições de prioridades, a criação de aparatos e divisões do Ministério nos anos 1940 e as condições de firmamento de pactos e acordos com órgãos e agências internacionais revelaram, em diferentes momentos da história da saúde pública brasileira até a década de 1940, a penetração no território nacional das medidas de coletivização do bemestar.

A denúncia feita pelos pioneiros da Liga Pró-Saneamento do Brasil na Primeira República continuava, portanto, enfatizando a necessidade de medidas para o estabelecimento de serviços para a saúde rural. A criação dos Serviços Nacionais para combate às doenças, especialmente as que se caracterizavam

³⁶

Ibidem. p. 26

como endemias rurais, reforça a importância desses males junto ao MES e representa inovação, por visar que a estruturação dos serviços de forma centralizada na União.

1.3 Doença e desenvolvimento no sanitarismo desenvolvimentista

O período compreendido entre 1945 e 1964 foi, marcado no Brasil por experiências de presidentes com discursos e práticas políticas que priorizavam a importância do desenvolvimento econômico e industrial, e que enfatizavam o caráter democrático proporcionado pelas eleições diretas. A historiografia desse intervalo entre a queda do Estado Novo de Getúlio Vargas (1937-1945) e o golpe que instaurou o regime civil-militar, inaugurado em 1964 e findo em 1985, apresenta uma época na qual nacionalismo, desenvolvimento econômico e as funções do estado encontravam-se em ampla discussão. As políticas sociais e de saúde não foram, na maioria das vezes, citadas entre as prioridades dos governos estabelecidos. O lema do desenvolvimento orientou as políticas do período que foi fortemente marcado pela industrialização e urbanização do país.

Investimentos governamentais, políticas de abertura para capitais estrangeiros e substituição de importações eram algumas das principais reivindicações políticas em pauta desde fins dos anos 1940³⁷. O crescimento a partir desse período ficava condicionado ao planejamento estatal, estabelecendo as metas dos governos para as suas distintas áreas de atuação. O controle do preço do café, por exemplo, seria uma das medidas na gestão do presidente Eurico Gaspar Dutra (1946-1950). O presidente que criou o Plano SALTE tinha por finalidade aumentar o desenvolvimento do país, e, dessa forma, atribuiu valorização ao planejamento econômico, com planos visando ação e ordenação dos gastos nas áreas de saúde, alimentação, transporte e energia para um

³⁷ IANNI, Otávio. *Estado e Planejamento Econômico no Brasil (1930-1970)*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1971.

quinquênio (1949-1953) e, no entanto, distante da realidade brasileira, pouco produzira efetivamente nas áreas pretendidas.³⁸

Ianni caracterizou o período democrático como de grande recorrência do tema do desenvolvimento que seria obtido através do planejamento estatal. No governo Dutra o país tendeu à abertura aos capitais privados, e o desenvolvimento econômico aconteceria, na concepção do governo, não por um capitalismo nacional, mas por um liberalismo econômico que daria conta de conduzir os investimentos da iniciativa privada. Na gestão de Getúlio Vargas (1951-1954), num segundo mandato eleito pelo voto direto, o desenvolvimento voltou a ser associado à ideia de um capitalismo nacional.

Com uma maior intervenção do poder público na sociedade e na economia, medidas para diversificação de fontes energéticas e modernização dos transportes (por rodovias, ferrovias e portos) foram tomadas. Em meio às altas taxas de inflação, crises políticas e greves, houve iniciativas de reformas sociais e medidas de cunho nacionalista, como a estatização do petróleo e a criação de empresas públicas. O governo também destacava o desenvolvimento como peça importante para a superação dos problemas sociais do Brasil.

Nos anos de 1952 e 1953, por exemplo, foram criadas empresas estatais com objetivo de realizarem empréstimos para atingir o desenvolvimento, como o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE) e o Banco do Nordeste do Brasil. Nesse período também foram criadas grandes empresas públicas como a Petrobrás e a Eletrobrás. Desde 1953 o governo vivia em crise política pelo embate com a oposição que se dava, por exemplo, por propostas como os altos reajustes do salário mínimo (chegando até a 100%) e as iniciativas de reforma agrária conduzidas pelo então ministro do trabalho João Goulart, apesar do apoio dado principalmente por parte dos trabalhadores de massa urbanos.

³⁸

Idem.

Após meses conturbados gerados após o suicídio de Getúlio Vargas em agosto de 1954 com as gestões do vice-presidente Café Filho, do presidente da Câmara Carlos Luz e do presidente do Senado Nereu Ramos, houve inclusive uma série de incertezas da continuidade da sucessão presidencial pelo voto. Diferentemente dos anos de Getúlio, o governo no período Café Filho implementou políticas econômicas junto à Superintendência da Moeda e do Crédito (SUMOC), como a de facilitação para fixação do empresariado industrial estrangeiro, ou seja, eram práticas mais liberais, incentivos em meio a um forte monetarismo que conduziria à recessão e crise bancária.³⁹

Em janeiro de 1956 - eleito pela aliança PSD-PTB, a mesma que elegera Vargas - Juscelino Kubitschek de Oliveira assumiu a presidência, tomando posse sob proteção do Exército. Para Eduardo Maranhão, o governo acreditava no desenvolvimento via planejamento, e para tal criou o Plano de Metas que pretendia aprofundar as relações entre o Estado e a economia, valorizando a indústria de base.⁴⁰ Dessa forma, a industrialização passou a ser considerada sinônimo de progresso econômico e social para o país, através do fortalecimento das empresas, principalmente as do setor privado, tanto pelo capital nacional, quanto estrangeiro. As principais referências bibliográficas sobre os anos JK apresentam como temas recorrentes no discurso do presidente a autonomia nacional, a industrialização e a democracia.

O lema “cinquenta anos em cinco” era a expressão do nacional-desenvolvimentismo que na visão de Juscelino deveria se conciliar com a abertura ao capital monopolista estrangeiro. A maior atuação da iniciativa privada, o Estado como centro político de decisões, o esforço pela substituição de importações, as mudanças na economia ocasionadas pelo setor de bens de consumo duráveis, o desenrolar do processo de endividamento externo e a decolagem do processo

³⁹ A SUMOC era a entidade responsável pela regulação monetária antes da criação do Banco Central, em 1964.

⁴⁰ MARANHÃO, Ricardo. *O Governo Juscelino Kubitschek*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

inflacionário provocado pelo emissionismo foram algumas das medidas adotadas pelo governo de JK com vistas ao desenvolvimento.⁴¹

A ênfase do governo foi para os setores de energia e nos transportes (foram construídos mais de vinte mil quilômetros de rodovias, por exemplo). A criação de instituições paralelas de administração possibilitou um aumento de poder ao alcance do Executivo, garantindo a eficácia de projetos como o incremento da produção siderúrgica. Segundo Ianni, na época instalaram-se no Brasil as grandes fábricas automobilísticas como Mercedes-Benz, Volkswagen, General Motors e Ford. Era a instalação do capitalismo monopolista de Estado caracterizando a última fase do processo de industrialização.⁴²

O governo JK foi marcado ainda por uma forte participação e tomada de iniciativa nos fóruns e espaços de discussões de políticas pan-americanas, como a Organização dos Estados Americanos (OEA). O fortalecimento de espaços supranacionais é um fenômeno que data de uma nova ordem internacional gerada da Guerra Fria. Exemplos disso são a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, e da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948.

Apesar de não constar como meta ou prioridade nos planos governamentais desse período, os serviços de saúde pública no Brasil também foram incorporados na agenda desenvolvimentista. Caracteriza-se o período dos anos de regime democrático (1945-1964) como de “otimismo sanitário”, fruto dos incrementos tecnológicos e de medicamentos no período da Segunda Guerra. Medidas de execução de programas de erradicação de endemias e o fortalecimento do papel das agências internacionais no contexto do sanitarismo, que tinha como fim maior possibilitar o desenvolvimento, caracterizam esse período.⁴³

⁴¹ IANNI, Octavio. op. cit.; MARANHÃO, Ricardo. op. cit.

⁴² Cf. IANNI, Octavio. op. cit.

⁴³ Sobre o sanitarismo desenvolvimentista no período ver LIMA, Nísia T.; FONSECA, Cristina M. O, HOCHMAN, Gilberto. “A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica”. In: LIMA, Nísia T. et al. (orgs.) *Saúde e Democracia: História e*

O controle das doenças infecto-contagiosas resultava no que seria não apenas um gasto governamental, mas simbolizava um investimento no “capital humano”, fundamental para o progresso do país, expandindo a agricultura, aumentando a produtividade do trabalhador sertanejo. As medidas e discursos empreendidos pelas elites políticas do “sanitarismo desenvolvimentista” eram os de vincular pobreza, doença e intervenção em saúde.⁴⁴ Essa característica apresentava-se também no campo da institucionalização de serviços, como na participação em cooperação internacional, a criação do Ministério da Saúde enquanto pasta isolada, em 1953, e o surgimento de órgãos como o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) que através da unificação dos já existentes Serviços Nacionais de combate às endemias, intensificou em 1956 o combate a essas doenças.

Kropf observa para o crescente otimismo relacionado à crença no controle de doenças do pós II Guerra Mundial, valorizando a possibilidade da erradicação de doenças associadas ao discurso do desenvolvimento que se tornou uma matriz para a compreensão da sociedade a partir do final dos anos de 1940.⁴⁵ O movimento pelos programas de erradicação de doenças transmissíveis era muito expressivo no mundo na década de 1950.

Segundo Maria Eliana Labra, nesse período, as medidas de saúde eram vistas como necessárias ao processo de desenvolvimento e crescimento da atividade industrial da nação e, dessa forma, o nível de saúde de um país seria diretamente proporcional ao seu desenvolvimento econômico.⁴⁶ Os sanitaristas da

perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005; sobre a idéia de “otimismo sanitário” ver GARRET, Larrie. *The Coming Plague: Newly Emerging Diseases in a World Out of Balance*. New York: Penguin Books, 1995.

⁴⁴ Cf. HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina; LIMA, Nísia Trindade. op cit.

⁴⁵ KROPF, Simone. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)*. Tese de doutorado em História: Universidade Federal Fluminense, 2006.

⁴⁶ LABRA, Maria Eliana. “1955-1964: o sanitário desenvolvimentista” In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (coord.). *Antecedentes da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1988 (Textos de Apoio – Saúde) p. 09-36.

corrente desenvolvimentista criticavam a verticalização vivida na área de políticas de saúde pública implementadas pelas reformas de Carlos Chagas na década de 1920 e do ministro Gustavo Capanema na Era Vargas.⁴⁷

Nessa moldura política do cenário internacional, também foi afetada a relação dos governos com o controle de doenças infecto-contagiosas. Os antibióticos, o DDT e outras inovações biomédicas possibilitaram a crença na possibilidade de erradicação de doenças em modelo campanhista. Para Kropf

O medo do comunismo foi um fator que favoreceu não apenas os investimentos em campanhas de combate às doenças transmissíveis, mas a hegemonia do modelo que preconizava a prioridade às intervenções sanitárias conduzidas “do alto”, em detrimento de programas mais amplos de articulação entre medidas sanitárias e reforma social, considerados mais custosos e sobretudo mais perigosos politicamente⁴⁸

Gilberto Hochman, ao analisar os programas de erradicação de malária e varíola nos anos 1950 e 1970, respectivamente, mostrou a importância dos empreendimentos internacionais, através de agências como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) para o controle de doenças transmissíveis.⁴⁹ Em contextos políticos distintos e de importância diferenciada face à missão da erradicação de doenças no Brasil, os

⁴⁷ Ver KROPF, Simone. op. cit. p. 424. Segundo Kropf, o Instituto Superior de Estudos Brasileiros (ISEB), que havia sido criado em 1955 e era um grupo diversificado de intelectuais que se ocupou de crítica social e formulação de políticas públicas até sua extinção, em 1964, contava com a participação de importantes médicos sanitaristas responsáveis pela corrente do sanitarismo desenvolvimentista, como Mário Magalhães da Silveira e Carlos Gentile de Mello.

⁴⁸ KROPF, Simone. op. cit. p. 410. Sobre saúde internacional na Guerra Fria ver CUETO, Marcos. *Cold War, Deadly Fevers: Malaria Eradication in Mexico, 1955-1975*. Washington, D.C: Woodrow Wilson Center Press; Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

⁴⁹ HOCHMAN, Gilberto. “Agenda Internacional e Políticas Nacionais: uma comparação histórica entre programas de erradicação da malária e da varíola no Brasil.”. In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta & MARQUES, Eduardo (orgs.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

rumos desses programas foram também emblema do momento de valorização das investidas contra as doenças de massa.

Esse período foi marcado ainda por importante debate de ideias sobre o tema da saúde e sua função junto ao desenvolvimento das nações. Na V Assembleia Mundial da Saúde ocorrida em Genebra em 1952, duas conferências ficaram fortemente marcadas como preceitos do sanitarismo desenvolvimentista. O economista Gunnar Myrdall apresentou tese sobre a circularidade da pobreza e do atraso das nações que logo foi apropriada para o campo da saúde pública, e o sanitarista C. E. A. Winslow discursou sobre planejamento, reformas e valorização das técnicas de saúde ao pronunciar-se na OMS⁵⁰.

Os discursos de Myrdal e Winslow, ícones das concepções sanitaristas dos anos 1950 também tiveram impacto no Brasil. O sanitarismo desenvolvimentista ganharia forma em políticas de saúde pública para o combate às endemias rurais durante o governo Juscelino Kubitschek (1956-1961).

1.4O Plano de saúde do governo JK e a primazia das “doenças de massa”

No Brasil, o “otimismo sanitário” enfatizava o desenvolvimento como solução dos problemas de saúde pública. Em março de 1955, na sua campanha presidencial o candidato Juscelino Kubitschek, então governador do estado de Minas Gerais, lançava sua plataforma eleitoral de 50 anos de desenvolvimento do país em apenas 5 de mandato. Para ele, as políticas otimistas de desenvolver a nação deveriam nortear todo o seu Plano de Metas e sua campanha.

⁵⁰ WINSLOW, C. E. A. "Lo que cuesta la enfermedad y lo que vale la salud" In: Organización Panamericana de la Salud. *BOSP*. Mai. 1955;

Para a área de saúde JK lançou em sua campanha um plano com as metas que deveriam ser atingidas.⁵¹ A saúde não era meta prioritária, mas função acessória ao desenvolvimento da nação, e as doenças dos brasileiros eram, em partes, culpadas pela pobreza do país. Assim, pleno de concepções expressas pelo “otimismo sanitário” vivido à época, o candidato baseou seu plano de ação prioritariamente no combate às endemias rurais, por ele chamadas de “doenças de massa”.⁵²

Apesar da existência de planejamento para a área de saúde, cabe destacar que este foi um plano a parte. No governo do presidente JK, a obtenção do desenvolvimento através do Plano de Metas era a base para as principais políticas públicas e expressava as intenções do governo em trinta metas agrupadas como energia, transporte, alimentação, indústria de base e educação, além da meta-síntese, que era a construção de Brasília. A estabilidade política dos anos JK e a compatibilização entre as forças políticas que apoiavam o governo foram fundamentais na compreensão do alcance e das prioridades das metas, destacando o caráter de desenvolvimento econômico e industrial, não havendo sequer uma meta específica sobre política social.⁵³

O que observamos, no entanto, é que as políticas encaminhadas para a área de saúde pública coadunam-se com a ideologia do desenvolvimento à medida que a preocupação com a saúde do brasileiro apresenta-se relacionada com o seu trabalho e sua produtividade. As metas de planejamento governamental em saúde pública são, portanto, elaboradas visando que a sanidade da mão de obra dos trabalhadores, sobretudo das populações do interior, estivesse sã para a tarefa que era desenvolver o Brasil. Exemplo desse perfil do governo é expresso na

⁵¹ OLIVEIRA, Juscelino K. *Programa de saúde...* op cit.

⁵² Para JK também haviam as “doenças de massas” (tuberculose, lepra, doenças gastro-intestinais, boubá, tracoma, malária e outras endemias rurais debilitantes da forma de trabalho) ; as “doenças pestilenciais”, como a febre amarela e a peste bubônica; e as “doenças degenerativas”, como câncer e doenças cardíacas.

⁵³ Nossas principais referências para compreendermos a história política nos anos JK são: BENEVIDES, Maria Victoria de M. op. cit; LAFER, Celso. op. cit.; MARANHÃO, Ricardo. op. cit. MOURA, Gerson. p. 39-66.

observação do planejamento para a saúde pública do país, de um total de dezoito metas a serem alcançadas no mandato, onze dizem respeito de forma direta ou indireta ao controle ou eliminação das doenças de massa⁵⁴. Para o candidato Juscelino Kubitschek:

O homem é o centro de tudo e a saúde o primeiro e mais eficiente instrumento de trabalho, a garantia de toda e qualquer prosperidade;

*[o homem do interior] trabalha muito, trabalha demais, morre de trabalhar para pouco rendimento. Luta contra as grandes e as pequenas coisas da natureza, contra tudo e contra todos. Contra as enchentes devastadoras do rio, contra os insetos, que o atacam, transmitem-lhe doenças (...)*⁵⁵

Ao apresentar os problemas de saúde do Brasil, JK identifica nas “doenças de massa” as principais responsáveis por minarem os esforços dos trabalhadores brasileiros, por mutilarem multidões. Então, essas doenças seriam algumas das principais responsáveis pela debilidade do trabalhador brasileiro, sobretudo o “homem do interior”.⁵⁶

Em 1955, foram consideradas doenças transmissíveis de maior preocupação: a tuberculose, que apesar da queda da taxa de mortalidade passava por mudança terapêutica e fora considerada erradicável; a lepra que constituía-se numa “mancha negra” contaminante, porém passível de extinção; a malária considerada como “praticamente expulsa do Brasil”; a doença de Chagas, também de alta ocorrência; a leishmaniose, que “perturba a fase mais produtiva de nossos trabalhadores”; as verminoses; a esquistossomose, fruto das “ignorância”, má

⁵⁴ Oliveira, Juscelino. *Programa de saúde...* op. cit. p.54-56.

⁵⁵ Ibidem. p. 3, 8.

⁵⁶ Ibidem. p. 8.

alimentação e inexistência de redes de esgotos; a boubá, com mais de quinhentos mil doentes, endêmica no vale amazônico, nordeste e leste; o tracoma, considerada uma das mais graves endemias brasileiras, com mais de um milhão de doentes; o bócio endêmico, com índices alarmantes.⁵⁷

Essas doenças agrupadas são consideradas debilitantes do trabalho e minantes das forças trabalhadoras, sobretudo as do homem do interior, o que se reflete também nas metas de saúde pública colocadas pelo *Programa do candidato*. Das dezoito metas para saúde pública, onze dizem respeito às endemias rurais, sendo elas: erradicar o tracoma e a boubá; liquidar a malária; eliminar o bócio endêmico; controlar esquistossomos e as verminoses; tratar decisivamente os doentes de lepra; erradicar a Doença de Chagas, como possibilidade; combater a leishmaniose cutânea e visceral com fins de erradicação; incentivar frentes de crédito para abastecimento de água e construção de redes de esgotos; intensificar a campanha contra a tuberculose; promover instalação de fábrica de inseticidas.

De maneira muito similar ao que havia apresentado como proposta de governo em seu *Programa de saúde candidato*, a mensagem presidencial ao Congresso Nacional em 1956 denuncia os objetivos a serem atingidos e o que se pensava serem os males da saúde pública no Brasil, as endemias rurais novamente classificadas como “doenças de massas”⁵⁸. Em um longo e detalhado texto sobre as ações futuras do governo, o presidente costuma apresentar dados sobre o andamento da campanha de controle de cada doença até aquele momento e coloca as metas de eliminação de boa parte das doenças endêmicas até o fim do seu mandato.

⁵⁷ Ibidem.

⁵⁸ OLIVEIRA, Juscelino Kubitschek. Mensagem ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República por ocasião da abertura da Sessão Legislativa de 1956. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1956.

Em sua segunda publicação da abertura do ano legislativo, JK considera que a incapacidade do povo era causada por doenças que seriam “imperativos econômicos” de política sanitária. Os resultados dos trabalhos contra as endemias rurais até aquele momento seriam, na avaliação do presidente, pouco satisfatórios: o tratamento da tuberculose mostrava-se muito oneroso; a lepra passava por reorientações sendo naquele momento considerado curável; a malária oferecia “perspectivas de completa erradicação”; a equipe da febre amarela seguia em seu combate ao vetor e em vacinação; a peste circunscrita a focos rurais; a boubá em perspectiva de erradicação em quatro anos; o tracoma em curso; a leishmaniose com aplicação de DDT e inspeção de cães hospedeiros, a doenças de Chagas com expurgação da BHC em prédios, a esquistossomose que seguia sendo um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil; a ancilostomíase com campanhas nos municípios e construção de fossas, a filariose e o bócio com medidas em normalidade⁵⁹.

Em 1958, o presidente indicou a necessidade de eleição de prioridades em saúde pública, e o governo optaria por intensificar as medidas de combate às doenças que atingem as grandes massas, “a mão-de-obra nacional”, e como esse esforço, apresentava naquele início de ano resultados considerados eficazes, além de enaltecer a adesão a alguns planos internacionais de erradicação.⁶⁰ Especificamente sobre a malária ficou acertada a conversão do plano de combate em programa de erradicação através do estabelecimento de um grupo de trabalho no Ministério da Saúde, atendendo à recomendação da IX Assembléia Mundial de Saúde ocorrida em Genebra. O alto custo do programa seria compartilhado com os EUA, apesar da ponderação de que, ao fim da execução do programa, o resultado representaria economia. Das doenças alvo da atenção do governo são

⁵⁹ OLIVEIRA, Juscelino Kubitschek. Mensagem ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República na abertura da Sessão Legislativa de 1957. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1957.

⁶⁰ Cf. OLIVEIRA, Juscelino Kubitschek; Mensagem ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República na abertura da Sessão Legislativa de 1958. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1959. p. 272

apresentados apenas os andamentos dos planos, campanhas e avanços no ano de 1958, destacadas reorientações apenas no caso específico da malária.

Na mensagem de abertura das atividades do ano de 1959, as doenças transmissíveis são apresentadas de forma muito resumida, com dados sobre o regresso ou avanço de sua prevalência no território. Destaca-se a aparição da varíola na lista de prioridades, “a ser erradicada em futuro próximo pela vacinação intensiva e sistemática”.⁶¹

Em 1960, já em tom de balanço do governo, o presidente apresenta o orçamento anual da cooperação norte-americana estabelecida pelo Ponto IV como sendo de US\$ 8.700.000, dos quais US\$ 2.500.000 deveriam ser empregados pelo programa de erradicação da malária. Esta doença, aliás, estaria em vias de extinção em quase todo o nordeste brasileiro, assim como a boubá, que “cedeu quase completamente à intensiva campanha para eliminá-la”⁶². E, de maneira geral, ponderou-se que houve decréscimo de incidência da maioria das doenças transmissíveis, com erradicação do vetor urbano da febre amarela, decréscimo do tracoma e peste, sendo outras endemias, neste momento, problemas sanitários de menor envergadura.

A resenha do governo, assim como sua última mensagem ao Congresso Nacional, em sua seção de Saúde Pública, tece uma série de considerações positivas sobre a gestão em relação à avaliação da execução das medidas. A relação entre endemias rurais com morbidade e desenvolvimento econômico é mais uma vez fortalecida, sobretudo nos programas de malária (com US\$ 4.000.000 estrangeiros), febre amarela, peste, bócio endêmico, hidatidose, ancilostomose, filariose, esquistossomose, boubá e tracoma, que estariam em

⁶¹ Cf. OLIVEIRA, Juscelino Kubitschek. Mensagem ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República na abertura da Sessão Legislativa de 1959. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1960. p. 245.

⁶² Cf. OLIVEIRA, Juscelino Kubitschek. Mensagem ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República na abertura da Sessão Legislativa de 1960. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1960. p. 177.

situação de controle ou erradicadas. Observaram-se mudanças nas estratégias de luta contra algumas doenças, como tuberculose e lepra.

Na ocasião da elaboração do programa de saúde do candidato, JK evidenciou como o tema das doenças que arrasavam os sertões do Brasil era de importância ímpar para o governo, objetivando melhorias nas condições de trabalho e produção.⁶³ Durante o governo, por diversas ocasiões em que o presidente JK referia-se às ações e ideias para o campo de bem estar social, a identidade de médico era reivindicada como argumento de autoridade sobre o assunto, revestida de uma espécie de garantia de boas intenções para o campo sanitário e melhorias na vida dos brasileiros mais pobres. O presidente Juscelino em ocasiões como de discursos em congressos ou encontros de profissionais de medicina, por exemplo, relembria sua profissão, como na ocasião da abertura de um congresso de cirurgiões em que falou sobre o ofício de médico “que nunca deixei de ser, mesmo quando afastado do exercício da profissão”⁶⁴.

Em seus pronunciamentos, JK que era também conhecido como “presidente bossa nova”, também fazia questão de frisar as descobertas recentes das ciências biomédicas, especialmente as sulfas, os antibióticos e os inseticidas residuais, que estariam revolucionando o controle das doenças e o poder da intervenção da medicina. A crença na ciência como forma para executar o projeto de desenvolvimento costumava anteceder os discursos sobre as ações na área de saúde pública, as escolhas políticas e também do plano de diminuir a prevalência ou erradicar as “doenças de massa” no país⁶⁵:

63

A autoria do planos para a pasta da saúde do candidato JK tem sido atribuída ao sanitarista Mário Pinotti, que já havia entre outros cargos, sido ministro da Saúde no último ano do governo Vargas, foi nomeado, em 1956, diretor do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), tendo sido também ministro da Saúde nos anos JK, além de ter criado o “método Pinotti” de combate à malária, aceito pela OMS.

⁶⁴ Cf. OLIVEIRA, Juscelino K. “No Colégio Brasileiro de Cirurgiões ao ensejo da Abertura do X Congresso Interamericano e V Congresso Brasileiro de Cirurgia”. Rio de Janeiro, 04/11/1956. In: *Discursos proferidos no primeiro ano do mandato presidencial (1956)*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1958. p. 327-332.

⁶⁵ A menção ao papel transformador das descobertas da ciência costuma introduzir comentários em diversos tipos de discursos. Cf. OLIVEIRA, Juscelino K. “No Colégio Brasileiro de

*A tecnologia avançou em direções as mais diversas. Como é possível atacar com processos de resultados os mais positivos doenças que eram consideradas incuráveis ainda ontem, muitos meios a ciência dos nossos dias encontrou para corrigir as dificuldades do clima, a aspereza das secas*⁶⁶

O papel do combate às “doenças de massa” no campo da saúde pública estaria também simbolizado na criação do DNERu em março de 1956, no início do governo. Para JK, o DNERu simbolizaria “o primeiro passo para um trabalho na luta contra as endemias rurais que ainda afligem grande parte da população brasileira”.

A definição de prioridades e do tamanho dos programas e ações de controle das doenças endêmicas foram pensados e reorientados ao decorrer do governo conforme uma série de influências que não somente a de respostas mais ou menos eficazes aos recursos terapêuticos e profiláticos empregados. O caso da malária é exemplar, essa doença havia sido considerada pelo presidente no *Programa do candidato* e no início do mandato como um problema praticamente resolvido restando apenas “resíduos” que seria tarefa “perfeitamente possível liquidar”⁶⁷. Com a criação de um programa global para erradicação de malária, em 1956, os esforços para combater a malária transformar-se-iam num programa de erradicação em 1958, com elevado custo e verba internacional, passando, então, a partir desse momento a significar “uma das principais metas do setor de saúde”⁶⁸.

Cirurgiões ao ensejo da Abertura do X Congresso Interamericano e V Congresso Brasileiro de Cirurgia”. Rio de Janeiro, 04/11/1956. In: *Discursos proferidos no primeiro ano...* op. cit. p. 327-332; OLIVEIRA, Juscelino K “No Ato de inauguração do novo Instituto Nacional de Câncer”, Rio de Janeiro, 22/08/1957. In: *Discursos proferidos no segundo ano do mandato presidencial (1957)*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1958. p. 179-183; OLIVEIRA, Juscelino K “No Encerramento do XIII Congresso brasileiro de Higiene reunido em Fortaleza”, Fortaleza, 16/08/1957. In: *Discursos proferidos no segundo ano...* op. cit. p. 224-229.

⁶⁶ Cf. OLIVEIRA, Juscelino K. “No Encerramento...” op. cit. p. 226.

⁶⁷ OLIVEIRA, Juscelino. *Programa de saúde...* op. cit. p. 55.

⁶⁸ Cf. OLIVEIRA, Juscelino. *Mensagem ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República na abertura da Sessão Legislativa de 1958...* op. cit. p. 273.

A função da saúde pública é, portanto, apropriada como instrumento de desenvolvimento. O presidente, cujo lema era fazer o Brasil desenvolver-se “cinquenta anos em cinco”, via, na possibilidade do controle das endemias rurais e da erradicação das “doenças que pegam” a criação das condições para a melhoria da vida do trabalhador do campo e da cidade e, portanto, de um incremento produtivo para o crescimento do país.

A erradicação de doenças era, o elemento central da política de saúde de Juscelino Kubitschek, para superação das históricas discrepâncias entre o litoral e os sertões do Brasil. Não se discutia estabelecimento de serviços em larga escala, uma rede permanente de atendimento ou investimentos em centros de referência para a maior parte das regiões do país, mas sim o controle dessas devastadoras doenças. Enfim, no desenrolar do governo, sobretudo a partir de 1958, o discurso sobre a política de saúde passou a enfatizar a necessidade da erradicação das endemias rurais como variável fundamental para desenvolver o país e os sertões, e, portanto, superar a pobreza e miséria em que vivia grande parte dos brasileiros do interior.

Na Organização dos Estados Americanos (OEA) - agência originada por iniciativa norte-americana em 1948, como parte dos esforços da ONU para criação e manutenção de espaços supranacionais - foram criados fóruns onde seus vinte e um países membros (Comitê dos 21) deveriam discutir problemas continentais para o desenvolvimento econômico, social e cultural para América Latina e Caribe. A concepção da maior parte do comitê, especialmente a brasileira, era de que o subdesenvolvimento no continente seria solucionado por um desenvolvimentismo e industrialização. Os EUA afirmaram à época que a América Latina necessitava de auxílio militar para conter iniciativas comunistas, indicando que o monetarismo do FMI colidia com os investimentos públicos de presidente como JK.

Ainda quanto às relações interamericanas, o governo JK engajou-se no esforço diplomático para a criação da Operação Pan-Americana (OPA), uma iniciativa que reuniria os Estados Unidos e as nações da América Latina e Caribe, que financiasse o desenvolvimento na parte subdesenvolvida do continente. Como apresentou Gerson Moura, a OPA tinha como bandeiras: o melhor preço para as matérias primas, garantia de crédito para a industrialização e a criação de um banco interamericano para financiar o desenvolvimento,⁶⁹ e, no campo da saúde, da superação dos malefícios ao trabalho, especialmente nas propostas de erradicação de doenças. A OPA não chegou a ser concretizada, mas suas reivindicações eram emblemáticas das demandas desses países em relação ao multilateralismo e desenvolvimento econômico exemplos de como o governo JK buscou nas suas relações internacionais a viabilização de um desenvolvimento-associado com o capital estrangeiro, mantendo relações não só com os Estados Unidos, mas também fazendo pressão frente ao arrocho de investimentos públicos propostos pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), e propostas como a da OPA⁷⁰.

1.5 Considerações finais

A presença do tema das endemias rurais tem sido uma constante na história da atenção à saúde no Brasil. Desde a institucionalização dos primeiros serviços e da organização dos movimentos de saúde para o interior na Primeira República o tema das doenças infecciosas se fez presente. Ao longo dos anos 1930 e 1940, o aumento do aparato estatal e a maior centralização política possibilitou que as endemias rurais ganhassem programas nacionais em estruturas verticalizadas. Na

⁶⁹ Ver MOURA, Gerson. op. cit. p. 39-66.

⁷⁰ Sobre o multilateralismo e a proposta da OPA ver SILVA, Alexandra de M. "Desenvolvimento e Multilateralismo: Um Estudo sobre a Operação Pan-Americana no Contexto da Política Externa de JK." *Contexto Internacional*. Rio de Janeiro: s.n, 1992. vol. 14 n.2; VIZENTINI, Paulo G. F. "Do nacional-desenvolvimentismo à Política Externa Independente (1945-1964)". In: FERREIRA, Jorge & DELGADO, Lucilia de A. N. (orgs.). *O tempo da experiência democrática: da democratização de 1945 ao golpe civil-militar de 1964*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. O Brasil Republicano. v. 3. p. 206.

Era Vargas a saúde adquiriu papel estratégico no contexto da guerra e deu prosseguimento à expansão da autoridade pública no território nacional.

A saúde pública como variável que se associa à ideia de desenvolvimento é uma concepção cada vez mais recorrente no discurso político a partir do pós-guerra, consolidando-se no mundo bipolarizado da Guerra Fria. As doenças passaram a ser observadas como entraves ao desenvolvimento econômico e, portanto, os investimentos em saúde pública são entendidos como meios para a superação da pobreza na guerra contra o comunismo.⁷¹

As inovações tecnológicas decorrentes da II Guerra, como o DDT e os antibióticos geraram um “otimismo sanitário”, onde a possibilidade de erradicação de doenças passou a ser concebida.⁷² No governo JK, as metas para a área de saúde visavam promover melhorias nas condições de saúde dos trabalhadores rurais por meio do controle ou erradicação de uma série de “doenças de massa”. Entre essas históricas endemias que assolavam o sertão encontrava-se a boubas, doença de pele debilitante de crianças e adultos. É sobre a história dessa doença, sua pesquisa e controle que nos ocuparemos a partir do próximo capítulo.

⁷¹ CAMPOS, André. op. cit. p. 194.

⁷² Sobre a ideia de otimismo sanitário ver GARRETT, Larrie. op. cit.

CAPÍTULO 2. DE MAL DURADOURO A DOENÇA CURÁVEL: A HISTÓRIA DA PESQUISA SOBRE A BOUBA NO BRASIL

“São como os cravos, de muita duração e rebeldes aos tratamentos os mais apropriados”,⁷³

“eliminar a boubas como problema de saúde em 5 anos, e por fim erradicá-la do país, mediante tratamento em massa com penicilina”.⁷⁴

As questões colocadas pelas investigações sobre as origens das boubas, sua profilaxia e a eficácia das terapêuticas existentes sofreram transformações ao longo do tempo até a descoberta do método que possibilitaria efetivo controle da doença. Dos trabalhos e teses médicos do século XIX, como o de Alfredo Valdetaro, apresentado em 1858 na Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro, até a configuração de um plano de erradicação da doença proposto pelo DNERu em 1956, houve uma série de mudanças nas classificações e categorizações da doença. Do mesmo modo, os métodos e planos de trabalhos para contenção da boubas variaram da indicação de medicamentos de amplo espectro a serem ministrados para os diversos sintomas dessa doença em transformação até a possibilidade de sua erradicação na década de 1950.

A expressiva presença da boubas, especialmente no interior, era conhecida desde as primeiras viagens científicas e inventários médicos sobre o Brasil. Essa presença da doença pelo território aliada à descoberta das drogas para tratá-la

⁷³ VALDETARO, Alfredo Camillo. *Proposições: Tratar da morte real e da morte aparente: dos enterramentos precipitados; Segundo Ponto - Operação da fistula lacrimal; terceiro ponto - Ciências médicas. As boubas: causas, sinais, diagnóstico, prognóstico e tratamento. Males consecutivos que dela derivam.* Rio de Janeiro: Typ. Imperial e Constitucional de J. Villeneuve e Comp, 1858. Academia Nacional de Medicina (doravante ANM). p. 21

⁷⁴ Dos planos iniciais do Departamento Nacional de Endemias Rurais, em 1956. DEPARTAMENTO NACIONAL DE ENDEMIAS RURAIS (DNERU). *Combate a Endemias Rurais no Brasil* (Relatórios dos Grupos de Trabalho reunidos em 1960 na cidade do Rio de Janeiro). Brasília: Ministério da Saúde, 1962. p. 31

fizeram com que a mesma fosse apresentada, em um diferente contexto, como uma das endemias rurais que assolavam o Brasil, o que possibilitou a configuração das políticas para sua erradicação.

Segundo sugestão do historiador Charles Rosenberg, a partir de seu enquadramento como doença originária de micro-organismos no contexto do desenvolvimento da bacteriologia e do surgimento de instrumentos que possibilitaram o tratamento dos doentes, como a penicilina, é que foram possíveis ações de saúde pública para tratamento em escala nacional⁷⁵. Porém, no contexto ideológico do pós II Guerra Mundial que a bouba se tornou uma doença “erradicável”, alvo de campanhas sanitárias em âmbito nacional, reenquadrada como endemia rural e obstáculo ao desenvolvimento.

Neste capítulo apresentaremos a história geral da etiologia da bouba desde os estudos realizados pelos médicos nos oitocentos até a conformação de um novo método que mudaria a relação das políticas de saúde pública com a doença. Comentaremos a busca da terapêutica eficaz para a bouba no Brasil considerando o impacto dos estudos do Instituto Oswaldo Cruz e do desenvolvimento de um método terapêutico com injeções de penicilina. A trajetória profissional do médico e pesquisador Felipe Nery Guimarães será alvo de reflexão como um meio para se compreender os caminhos que possibilitaram a criação da campanha contra a bouba no Brasil. Descreveremos também a importância o impacto dos debates e campanhas internacionais contra a doença, em particular a do Haiti, para a introdução da mesma na agenda sanitária brasileira.

⁷⁵ ROSENBERG, Charles. “Framing disease: Illness, society, and history”. In: *Explaining epidemics and other studies in history of medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. p. 305-318.

2.1 Etiologia em transformação

A boubá é uma doença altamente contagiosa causada pela bactéria *treponema pertenue*. Também conhecida como *framboesia*, em sua definição atual apresenta três estágios após uma incubação inicial de aproximadamente vinte e oito dias: na primeira fase surgem pequenas lesões cutâneas, geralmente nas pernas, podendo ocorrer úlceras; passadas de três a seis semanas da lesão inicial, a doença entra em sua segunda fase, que pode durar até cinco anos, na qual erupções maiores ocorrem, os ferimentos podem apresentar ausência de pigmentação e pápulas em diferentes partes do corpo; no terceiro estágio há granulação de tecidos do corpo, maior ulceração e presença de cicatrizes e lesões mais destrutivas, podendo ocasionar feridas profundas, especialmente na pele e nos ossos mais longos do esqueleto.⁷⁶ A doença é transmitida por contato direto com a pele de pessoas infectadas.

Doença de diagnóstico difícil, muitas vezes foi confundida com moléstias causadas por outros treponemas que também afetam a pele como a pinta e a sífilis. Em definição mais contemporânea, Brothwell aponta que a alta ocorrência da doença em regiões de clima tropical e subtropical deve ser compreendida pela combinação entre fatores geográficos como umidade e calor e causas sociais como a pobreza e as condições de higiene adversas que caracterizam essas regiões do planeta.⁷⁷ A boubá foi caracterizada como problema médico e sanitário das populações rurais nos continentes africano e asiático e em diversos países da América Latina e Caribe.

Segundo uma retrospectiva histórica da boubá feita por Felipe Nery Guimarães, a doença era conhecida em território brasileiro nos tempos do período

⁷⁶ Ver BROTHWELL, Don. R. "Yaws". In: KIPLE, Kenneth F. (editor). *The Cambridge Historical Dictionary of Disease*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. p. 1096-1100; REY, Luís. *Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1999.

⁷⁷ Estima-se que em algumas áreas de países do Caribe e América do Sul, incidência da doença chegava a acometer a maioria das populações. Cf. BROTHWELL, Don. op. cit. p. 1096.

colonial, e já havia sido identificada pelos viajantes portugueses desde o século XVI.⁷⁸ Entre tupinambás e tupiniquins, índios que habitavam as regiões costeiras, apontou-se a presença da doença nos primeiros tratados descritivos do Brasil dos seiscentos tendo sido caracterizados como “boubas” ou “bubas” os casos aqui citados, mais comum em crianças. Nas tribos situadas no interior, entretanto, a doença não era encontrada. Nery Guimarães sugeriu que a introdução sistemática da boubas no país teria sido pela utilização da mão de obra escrava nas áreas de monocultura de cana de açúcar nos engenhos, tendo em vista a antiguidade dos registros da doença nos países africanos. As principais regiões onde a boubas era endêmica entre 1940 e 1950 no Brasil coincidiam com as zonas dos estados onde havia ocorrido cultivo de cana de açúcar no período colonial, tais como Pernambuco e Bahia.⁷⁹

Em meados do século XIX, após a criação das primeiras faculdades de medicina e das sociedades médicas no Brasil, foram apresentadas teses que tiveram a boubas como tema principal ou assunto relacionado foram defendidas.⁸⁰ Estudos discutiam a provável origem africana da doença enquanto outros trabalhos consideravam tratar-se apenas de uma metamorfose sífilítica. Em meio às questões das teses médicas de quais seriam os sintomas e em quantas fases se apresentaria a doença, o caráter “amplamente corrosivo e destrutivo” das lesões era sempre considerado, como apresentado pela seguinte definição:

Boubas são pequenos tubérculos duros, que aparecem em diferentes pontos da periferia do corpo, com um tipo particular. Como muitas outras moléstias as boubas tem sua sede na pele, e aparecem de ordinário em torno do ânus, nas partes genitais, nas

⁷⁸ Cf. GUIMARÃES, Felipe Nery. “Yaws in Brazil”. In: World Health Organization. *First International Symposium on Yaws Control*. Geneve: 1953. p. 225-38.

⁷⁹ Ibidem. p. 225

⁸⁰ Consideramos as teses apresentadas para obtenção do grau de doutor e para ingresso em corpo docente universitário ou associação médica.

*axilas, comissuras dos lábios, e não é raro invadirem algum outro ponto do corpo.*⁸¹

Foi desta maneira que o médico João Antonio Torres definiu a treponematose em sua tese na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Explicou a presença da boubá no Império brasileiro pela introdução de doentes com a utilização em larga escala da mão de obra escrava de origem africana, destacando ainda que a doença era conhecida também entre árabes e gregos. Torres indica que a boubá teria sido introduzida na Europa com a chegada dos primeiros negros vindos da Guiné. Para Torres, a compreensão equivocada da doença fez com que ela fosse entendida como variação da sífilis e tratada sem sucesso com purgativos, unções e banhos.

A doença recebeu ainda diferentes descrições e nomes, entre eles *framboesia* na língua espanhola (dada comparação que se fazia entre a forma das lesões e a das frutas vermelhas) e *yaws*, em inglês. Nas colônias francesas, a boubá era chamada de *pianl*, termo derivado etimologicamente *pied* (“pé” em francês). *Miá* era forma como algumas tribos indígenas chamavam a doença⁸². No Brasil, associava-se a boubá a “doença dos negros”, e entre os nomes populares dados à treponematose nos oitocentos registrava-se parangi, buba, carate, mal de pinto e purú-purú, entre outros⁸³.

Outras teses na Academia Imperial de Medicina do Rio de Janeiro somaram-se aos estudos que indicariam a origem africana da doença. O médico Alfredo Valdetaro apresentou as formas de úlceras e tumores fungosos que a boubá poderia atingir, fazendo com que ela se caracterizasse como “mal duradouro” e altamente destrutivo de ossos e tecidos. Para ele, a raça negra, assim como as

⁸¹ TORRES, João Antonio. *Algumas considerações sobre o desenvolvimento dos óvulos vegetais; como se deve encarar as boubas e calor animal?* Rio de Janeiro: Typ. Brasiliense, 1850. p. 5. ANM.

⁸² Cf. FREITAS, Octavio. *Doenças Africanas no Brasil*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1935. p. 53.

⁸³ TORRES, João Antonio. op. cit. p. 6.

más condições de vida, seriam causas “predisponentes” para o aparecimento da boubas:

*Suas causas são predisponentes e excitantes. As primeiras são: a raça negra, o clima quente, as idades infantil, pueril e adolescente, a habitação em lugares úmidos e infectos, a imundice, a alimentação insuficiente e insalubre, o temperamento linfático, a diatese escrofulosa, o escorbuto, e sobretudo a sífilis constitucional hereditária ou adquirida.*⁸⁴

Nas últimas décadas do século XIX e início do século XX cresceU o número de teses defendidas nas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e de Salvador, assim como a quantidade de trabalhos publicados buscando a caracterização de profilaxia da boubas.⁸⁵ O médico Octavio Freitas ao inventariar as doenças de origem africana listou a boubas e disse que:

*A grande maioria dos tropicalistas e conhecedores da geografia médica afro-brasileira está firmemente convencida de ter sido o continente negro o berço da doença.*⁸⁶

Apesar de concordar com a origem africana da boubas, Freitas apresentou as ideias dos médicos que consideravam que a doença apresentava casos nas

⁸⁴ VALDETARO, Alfredo Camillo. *op. cit.* p. 4. ANM.

⁸⁵ Entre as teses que tiveram a boubas como tema principal nas faculdades de medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, constam: MOURA, João Alves de. *Da origem do nome boubas: variedades e seu tratamento. Extirpação.* Rio de Janeiro, 1849. ANM; FIUZA, F. B. *Boubas.* Salvador, 1856; GAMA LOBO. *Boubas.* Rio de Janeiro, 1858. ANM; COSTA, Euzébio de Almeida Martins. *Das boubas – sua natureza e tratamento.* Rio de Janeiro, 1884. ANM; AZEVEDO, A. H. *Das boubas, sua natureza e tratamento.* Rio de Janeiro, 1888. ANM; COSTA, L. *Estudo das boubas sua etiopatogenia e tratamento.* Salvador, Tese de doutoramento, 1907; ARAUJO, Oscar da Silva. *Contribuições ao estudo da boubas.* Rio de Janeiro, 1911. ANM; MIRNDA, Waldemir. *A Boubas no Nordeste Brasileiro.* Tese: Faculdade de Medicina de Recife, 1935; LOBO, Jorge. *Contribuição ao Estudo da Boubas.* Recife: Tese professor Faculdade de Medicina do Recife, 1935; PINTO, Bernardo Clemente. *Boubas.* Rio de Janeiro: Tese, 1935.

⁸⁶ FREITAS, Octavio. *op. cit.* p. 45.

Américas e no continente asiático anteriores à introdução da mão de obra escrava no Brasil. Entre eles estava o médico Silva Lima, que fazia parte do círculo que ficou conhecido como Escola Tropicalista Bahiana, e segundo Freitas:

Nos seus desejos de isentar o continente africano da pecha de disseminador da boubá aos povos da América e de outros continentes, afirmava, o distinto médico, que existindo esta doença na Ásia endemicamente, tanto nas índias Ocidentais como nas Orientais, desde longos anos ninguém se lembrou ou procurou atribuí-la à importação africana, em uns porque não havia pretos para serem responsabilizados e em outros porque são eles justamente os menos sujeitos à tal enfermidade, em comparação com indígenas.⁸⁷

A presença da boubá entre populações indígenas foi observada por algumas teses médicas. Octavio Freitas apresentou o inventário realizado pelo viajante francês Jean de Lery em 1557, que foi publicado e teve outras quatro edições, após sua passagem pelo Rio de Janeiro, onde índios doentes teriam sido observados antes da introdução dos negros. Pelas impressões de Lery:

Os índios têm uma doença incurável que eles chamam de Manã Pian; ela é adquirida pela luxúria; não sendo poupadas as crianças que também dela se apresentam cobertas como se fosse a varíola. Mas, de resto, este contágio se transformando em pústulas maiores de uma polegada, as quais se difundem por todo o corpo, não sendo poupado nem o rosto; aqueles que são acometidos ficam com cicatrizes toda

⁸⁷

Ibidem. p. 46.

*a vida, como sucede com os sífilíticos e portadores de cancro.*⁸⁸

Entre a origem desconhecida em indígenas e em diversas outras regiões tropicais ou a introdução junto com os escravos africanos, a segunda hipótese ganhou mais adeptos entre os trabalhos sobre a boubá realizados até o fim do século XIX. Em 1926, em dicionário médico publicado por Ricardo D'Elia, a definição para boubá indicava os medicamentos administrados para a doença à época:

*doença endêmica e incurável dos países quentes, especial da América Central, caracterizada por uma erupção à superfície da pele e das mucosas, de tubérculos salientes, que podem afetar a forma de morangos ou framboesas. (...) afeta de preferência o rosto, o pescoço, os membros, as partes genitais, o períneo, a margem do ânus, e pode originar ulcerações que expelem um pus fétido; neste caso implica sintomas infecciosos graves e por vezes mortais. O tratamento consiste em pinceladas de colódio com sublimado ou com ácido salicílico e na administração interna de tônicos, arsenicais e de ioduretos.*⁸⁹

Os medicamentos à base de compostos químicos arsenicais e do bismuto eram utilizados no tratamento de uma série de doenças como malária, sífilis, ulcerações diversas e artrites até terem sido substituídos lentamente pelas sulfamidas e pelos antibióticos em meados do século XX. Em 1939, a Oficina Sanitária Panamericana (OSP) publicou em seu boletim informativo comentários

⁸⁸ LERY, Jean de. "Historie d'un voyage fait em l'aterra du Brésil auttrement dite Amerique" apud FREITAS, Octavio, op. cit, p. 55.

⁸⁹ D'ELIA, Ricardo. *Diccionario Médico Encyclopedico*. Rio de Janeiro: Livraria Editora Braz Lauria, 1926.

sobre o andamento dos serviços para controle da boubá em algumas localidades da América Latina e do Caribe. Segundo a OSP, no Brasil realizaram-se trabalhos em cidades do Ceará com neosalvarsan (medicamento à base de penicilina indicado para sífilis) entre 1929 e 1930. Em Cuba e na Venezuela foram administrados medicamentos à base de arsênio e bismuto, assim como nos departamentos franceses de Guadalupe, Martinica e na Guiana Francesa.⁹⁰

No início do século XX, os médicos que se dedicaram aos estudos sobre a boubá consideraram inicialmente a existência de duas fases de desenvolvimento da doença: vegetante ou não vegetante. Posteriormente, entretanto, já se conheciam as formas primária, secundária e terciária da doença, ou de boubá recente, hiperqueratose e boubá tardia, respectivamente. Um consenso entre médicos se deu em torno da ideia que havia uma lesão principal chamada boubá mãe, que seria a última a retroceder:

A lesão inicial, ou pianoma primário, que os franceses denominam maman-pian e os alemães - Muttergeschwur, poucas vezes é observada pelo médico, que, em geral, é procurado pelo doente, no segundo período da infecção. Três semanas ou três meses após o aparecimento do pianoma inicial, ocorrem fenômenos gerais, tais como cefaleia, dores musculares, ostealgias, e erupção generalizada, marcando o período secundário da doença.⁹¹

Além da existência da lesão inicial, outros consensos parecem ter sido possíveis mesmo em meio às incertezas e variações dos resultados de pesquisadores brasileiros nos anos 1920 e 1930, como sintetizou Jorge Lobo, professor da de Medicina da Universidade do Recife:

⁹⁰ OFICINA SANITÁRIA PANAMERICANA. “Frambesía”. In: *BOSP*. fev. 1939. p.163-5.

⁹¹ Ver MAGALHÃES, Raul D'Almeida. *Doenças Transmissíveis*. Rio de Janeiro: Serviço Gráfico do Ministério da Educação e Saúde, 1938. p. 13.

Para os pesquisadores brasileiros a framboesia difere da sífilis pelo seu modo de transmissão, pela sua maior incidência na infância, por ser moléstia rural, pela sua sintomatologia clínica, rica em florescências framboesiformes, pela ausência de lesões viscerais e nervosas, ausência de transmissões histopatológica das lesões ósseas e vasculares.⁹²

Entre os estudos que ganharam importância no cenário nacional e a partir dos anos 1940 destacam-se os primeiros ensaios terapêuticos a utilizar a penicilina no Brasil. Tratam-se dos experimentos realizados pelo Instituto Oswaldo Cruz (IOC), no Rio de Janeiro, trabalhos que posteriormente serviram como base para o *Programa de Erradicação da Boubá* iniciado em 1956.

Enfim, observa-se que na década de 1930 havia alguns consensos básicos sobre o desenvolvimento da doença, seu modo de transmissão e diagnóstico, ainda que a terapêutica estivesse em discussão. Um aspecto importante foi o abandono gradual do debate racializado sobre as origens da doença na direção da busca de tratamento e cura para a doença.

2.2 – A pesquisa sobre a boubá no Instituto Oswaldo Cruz na década de 1940

As diferenças de classificação, profilaxia e tratamento dispensados à boubá no Brasil apontam para uma continuidade de estudos sobre a doença realizados no país. Porém, a institucionalização dos centros de pesquisa e da medicina experimental mudou a direção dos debates científicos sobre a boubá ao longo das primeiras décadas do século XX.

A partir do Estado Novo e com o fortalecimento do “sanitarismo desenvolvimentista”, houve a valorização da ideia de que os problemas gerados

⁹² Ver LOBO, Jorge. “Prefácio”. In: INSTITUTO BRASILEIRO DE BIBLIOGRAFIA E DOCUMENTAÇÃO. *Boubá...* op. cit. p. VI.

pela pobreza precisariam ser calculados para que o trabalhador brasileiro pudesse ter as melhorias de vida para incremento produtivo. Assim, na política iniciada por Vargas, a assistência e previdência sociais deveriam responsabilizar-se pelas mudanças necessárias, visando aumento da riqueza nacional.⁹³

À saúde pública caberia especial papel nessa equação das variáveis que prejudicavam o trabalhador e as instituições de pesquisa biomédica aumentaram suas articulações com a política de saúde.⁹⁴ Com a maior centralização política, o Instituto de Manguinhos passou por fase de instabilidade e transformações, perdendo parte de sua autonomia financeira vinculando-se ao Ministério da Educação e Saúde Pública no contexto da criação e reformulação de instituições e órgãos federais.

No Instituto Oswaldo Cruz (IOC) essa reorientação dos objetivos das políticas saúde pública estava em curso desde o início do governo de Getúlio Vargas. O médico e pesquisador Evandro Chagas, filho mais velho de Carlos Chagas, foi um dos responsáveis pela criação no IOC do Serviço de Estudo das Grandes Endemias (SEGE), em 1934. Este serviço baseado no Hospital de Manguinhos objetivava fazer um plano de investigação médico-sanitária das doenças específicas dos estados brasileiros, buscando catalogar e pesquisar as chamadas patologias regionais⁹⁵. Foi realizada uma série de viagens por Evandro e pelos técnicos do SEGE no norte e nordeste do país, a fim de investigar doenças endêmicas no fim da década de 1930. Levantamentos foram realizados principalmente sobre malária, leishmaniose, tripanossomíase americana (doença

⁹³ Ver FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Saúde no Governo Vargas...* op. cit.; HOCHMAN, Gilberto. FONSECA, Cristina. M. O. "A I Conferência Nacional..." op. cit.; HOCHMAN, Gilberto. "O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45." In: PANDOLFI, D. (Org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999. p.173-193.

⁹⁴ Ver KROPF, Simone. op. cit. p. 287; FONSECA, Cristina M. O. *Saúde no Governo Vargas...* op. cit.

⁹⁵ Ver ANDRADE, Rômulo de P. *A amazônia vai ressurgir! Saúde e saneamento na Amazônia no Primeiro Governo Vargas (1930-1945)*. Dissertação de Mestrado em História das Ciências e da Saúde. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. 2007. Andrade lembra que a continuidade dos serviços do SEGE era incerta devido a dotações orçamentárias pública e privadas instáveis.

de Chagas) e esquistossomose. Segundo Kropf, essas viagens do SEGE remontavam ao modelo das realizadas pelo Instituto no início do século XX ao estilo de Oswaldo Cruz, Carlos Chagas e dos primeiros cientistas do IOC.⁹⁶

Além da pesquisa sobre as endemias rurais no país, ao SEGE atribuiu-se a tarefa de ministrar cursos de especialização no tratamento daquelas doenças com aulas ministradas no Hospital de Manguinhos e no Instituto de Patologia Experimental do Norte (IPEN), baseado na cidade de Belém.⁹⁷ O SEGE foi, portanto, iniciativa para retorno a um trabalho que relacionasse as instituições de pesquisa científica ao desenvolvimento nacional, como argumentou Kropf:

*o SEGE foi o caminho pelo qual Manguinhos iria redefinir seus laços com a saúde pública e recolocar, no contexto histórico da década de 1930, o tema das endemias rurais como bandeira para o papel da ciência e da saúde na implementação de projetos de desenvolvimento.*⁹⁸

O SEGE simbolizou o envolvimento do IOC com as demandas sociais da saúde pública através da participação em campanhas, serviços e políticas relacionadas às endemias rurais. Assim, o SEGE através de apoio financeiro privado estabeleceu postos onde realizou estudos sobre esquistossomose em Pernambuco, doença de Chagas em Bambuí (Minas Gerais) e boubá, em Araruama, Estado do Rio de Janeiro⁹⁹.

Outros investimentos para contenção das endemias rurais envolveram o pessoal do IOC. No final da década de 1930, o Serviço de Malária do Nordeste

⁹⁶ As viagens aconteceram nos estados do Ceará, Rio Grande Norte, Paraíba e Pernambuco. Ver KROPF, Simone. op. cit. p. 264-72

⁹⁷ O IPEN, atual Instituto Evandro Chagas, surgiu com a partir dos trabalhos realizados pela Comissão de Estudos de Leishmaniose Visceral Americana instalada no estado do Pará em 1936, logo se integrando aos inventários realizado pelo SEGE.

⁹⁸ KROPF, Simone. op. cit. p. 271.

⁹⁹ Ver foto do Posto da Boubá de Araruama no Caderno de Imagens.

através da Fundação Rockefeller promoveu trabalhos para erradicação do mosquito *Anopheles gambiae* vetor da malária na região onde participaram Fred Soper e Sérvulo Lima. O problema da malária, aliás, fora considerado um grande entrave ao desenvolvimento pelo governo de Getúlio Vargas. Em áreas remotas e de baixa densidade populacional como a Amazônia a malária era endêmica, e o governo investigou o problema causado por aquela doença nos estados do Amazonas e do Pará.¹⁰⁰

O Plano de Saneamento da Amazônia era coordenado por Evandro Chagas com envolvimento do Instituto de Patologia Experimental do Norte (Ipen), do IOC e do SEGE. Foi montada uma Comissão de Saneamento da Amazônia, da qual fizeram parte inicialmente, além de Evandro Chagas, João de Barros Barreto, Valério Konder e Felipe Nery Guimarães, este último se envolveria nos anos seguintes com a pesquisa sobre a boubá. A morte de Evandro em 1940 e o envolvimento do Brasil na II Guerra ao lado dos Estados Unidos fizeram com que o Plano fosse abandonado, inclusive por conta de acordos bilaterais firmados em 1942 que criaram o Serviço Especial de Saúde Pública.¹⁰¹

Em 1942, a administração de Henrique de Beaurepaire Aragão no IOC também seria marcada por essa demanda atribuída à saúde pública, de tendência a valorizar a reaproximação entre os temas de pesquisa médica e as demandas sociais para superação do atraso e garantia do desenvolvimento.¹⁰² Outra reorientação das atividades que também pôde ser sentida no IOC deu-se com a ruptura do Brasil em 1941 com as potências do Eixo durante a Segunda Guerra Mundial. Com a nova condição do país aliado aos Estados Unidos foi assinada

¹⁰⁰ ANDRADE, Rômulo de P. & HOCHMAN, Gilberto. "O Plano de Saneamento da Amazônia". In: *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 14, p. 257-277, 2007. p.3.

¹⁰¹ Cf. ANDRADE, Rômulo de P. op. cit.; CAMPOS, André. op. cit.

¹⁰² A gestão de Henrique Aragão (1942-1949) e além da criação de divisões e seções científicas no IOC, organizou centros de estudos de moléstia de Chagas em Minas Gerais, de boubá no estado do Rio de Janeiro e da profilaxia da esquistossomose em Pernambuco. Ver GUIMARÃES, Felipe Nery. "Notas bio-bibliográficas do Prof. Dr. Henrique de Beaurepaire Aragão, Diretor Emérito do Instituto Oswaldo Cruz". In: *Memórias do IOC*. 53 (2, 3, 4). jun-dez, 1955. p 147; KROF, Simone. op. cit.

uma série de acordos sobre bases militares e de modernização industrial¹⁰³.

Segundo Benchimol

Com o engajamento do Brasil na Segunda Guerra Mundial, Aragão recebeu vultuosos recursos que lhe permitiram construir diversos prédios novos, reequipar os laboratórios, dinamizar a produção de soros e vacinas – inaugurando, inclusive, a do plasma seco e da penicilina.¹⁰⁴

Além de reforçar a ideia de quantificação da saúde como capital na equação que resultaria em desenvolvimento, a Segunda Guerra também reforçava a importância da indústria química nos *fronts*. O domínio dos meios de produção de medicamentos recém-descobertos ou em fases de testes, como a cloroquina para a malária, a penicilina como antibiótico para uma série de doenças e o DDT (dicloro-difenil-tricloroetano) como inseticida, ganhavam poder na Guerra frente à possibilidade de vidas de soldados que poderiam ser poupados por essas “armas químicas”¹⁰⁵.

Essa necessidade de incremento na produção de medicamentos com a Segunda Guerra também foi sentida nas atividades do IOC, como apresenta Kropf:

O diretor do SEGE [Evandro Chagas] beneficiou-se das circunstâncias daquele cenário de distintas maneiras. Diante do uso intensivo de inseticidas nas frentes de batalha na Europa, ele afirmava que a ideia

¹⁰³ A indústria farmacêutica à época estava em desenvolvimento, sendo amplamente dependente das matérias-primas estadunidenses e alemãs. Ver QUINTANEIRO, Tânia. “O mercado farmacêutico brasileiro e o esforço de guerra norte-americano”. In: *Estudos Históricos*. Rio de Janeiro: 29, 2002. p. 141-164.

¹⁰⁴ Cf. BENCHIMOL, Jaime (coord.). *Manguinhos do sonho à vida: A ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 1990. p. 74.

¹⁰⁵ Cf. KROPF, Simone. op. cit. p. 279. O DDT, aliás, foi utilizado para eliminação de vetores e combate a doenças como a malária durante a Segunda Guerra Mundial pelas tropas estadunidenses.

*de que as doenças seriam vencidas mediante aplicação de produtos químicos nos domicílios havia sido proposta originalmente por seu pai, nas campanhas contra a malária por ele coordenadas. Esta era mais uma forma de associar seu próprio projeto político-científico à tradição das “glórias de Manguinhos” e aos princípios e valores por ele representados.*¹⁰⁶

Os trabalhos realizados por Evandro Chagas e pelo pessoal do IOC com medicamentos produzidos em Manguinhos prosseguiram ao longo da década de 1940¹⁰⁷. Os estudos envolvendo boubas também fizeram parte dessas mudanças. Eles começaram a ser realizados em Manguinhos a partir de 1943 e consistiram em testes de aplicação de injeções à base de penicilina em pacientes de diferentes estágios de evolução da doença. Os trabalhos envolvendo aplicações de penicilina foram iniciados tanto na sede do Instituto na capital federal como no Centro de Estudos de Endemias criado na Baixada Fluminense em 1945¹⁰⁸.

A penicilina, antibiótico produzido em Manguinhos, vinha sendo testado numa série de doenças como pneumonias, otites, erisipelas, antrazes, furunculoses, flemões, empiemas, dermatites e cancros sífilíticos, dado o seu amplo espectro de ação.¹⁰⁹ Vários pacientes e casos do Centro de Estudos instalado no interior foram trazidos para o Hospital Evandro Chagas, situado no campus de Manguinhos. Há indicações de resistência de algumas populações a

¹⁰⁶ Ibidem. p. 282.

¹⁰⁷ Com a morte de Evandro Chagas em 1940, vítima de acidente aéreo, o SEGE perdeu importância e foi diminuindo suas atividades.

¹⁰⁸ Área que hoje corresponde a parte da região metropolitana do Rio de Janeiro e da Região dos Lagos. Ver Caderno de imagens.

¹⁰⁹ A penicilina era testada nessas doenças em baixas dosagens com 4 ou 6 doses diárias por vários dias seguidos obtendo cura com taxas menores que as indicadas pelos pesquisadores norte-americanos. Cf. BENCHIMOL, Jaime. Febre amarela: a doença e vacina, uma história inacabada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p. 91.

participarem das atividades no Centro de Estudos da Baixada Fluminense, chegando, em alguns casos, a ser necessário “laçar” pacientes.¹¹⁰

Alguns casos de pacientes “laçados” para o posto na Baixada Fluminense eram encaminhados para o IOC, onde, a partir de 1945, foram testadas as dosagens de penicilina e suas reações no organismo humano. As pesquisas de Nery Guimarães e equipe com doentes de boubá no Centro resultaram numa série de publicações em periódicos nacionais e internacionais sobre a penicilino-terapia. Sua eficácia foi reconhecida pelo próprio descobridor da penicilina, o bacteriologista Alexander Fleming, em 1950¹¹¹. O trabalho desenvolvido para o controle da boubá na região do Centro de Estudos entre 1945 e 1955 teria resultado na diminuição dos casos da doença nos municípios de Maricá, Saquarema, Rio Bonito, Araruama, São Pedro d’Aldeia e Silva Jardim, alcançando uma população rural de mais de trinta mil pessoas¹¹².

Em 1952, no Primeiro Simpósio Internacional sobre o Controle da Boubá, Felipe Nery Guimarães sintetizou a situação dos serviços para tratamento da doença até então. No início da década de 1950 não havia qualquer programa ou plano da erradicação para boubá e os serviços de prevenção eram mantidos pela Divisão de Organização Sanitária do Ministério da Educação e Saúde. Até 1952, existiam atividades para tratar da boubá apenas nos estados do Ceará, Pernambuco, Alagoas, Minas Gerais e Espírito Santo, ainda que com alcance

¹¹⁰ Informação dada pelo médico, professor e sanitarista Reinaldo Felipe Nery Guimarães, filho do diretor do *Programa da Boubá*, o médico Felipe Nery Guimarães. Cf. GUIMARÃES, Reinaldo Felipe Nery. Depoimento ao autor e a Gilberto Hochman para o projeto *Políticas Nacionais e Programas Internacionais de Saúde em Perspectiva Histórica e Comparada (Brasil, 1958-1973)*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Papes V-Fiocruz/CNPq, 2008.

¹¹¹ Fleming teria visto apresentação da eficácia do método de Nery Guimarães no Congresso Internacional de Microbiologia que aconteceu na cidade do Rio de Janeiro, em 1950. Cf. FONSECA FILHO, Olympio. “A Escola de Manguinhos: Contribuição para o estudo do desenvolvimento da medicina experimental no Brasil”. Apud. COURA, José Rodrigues et alli. *Centenário do Instituto Oswaldo Cruz: 1900-2000*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2000. p. 165. Sobre o papel a descoberta da penicilina ver o capítulo 3 desse trabalho.

¹¹² Idem.

limitado, tendo sido tratados no ano de 1950 um total de vinte mil doentes em todo o país.¹¹³

Nery Guimarães lembrou ainda que “não havia tratamento padronizado, ainda que a penicilina fosse a droga usualmente empregada” no Brasil.¹¹⁴ A penicilina colocava-se como a nova terapia, mas o combate à boubá tinha até então como principal prática o isolamento dos doentes. O que a nova terapia estaria possibilitando era uma nova relação das pessoas com a doença, através de um reenquadramento que representava a cura, ainda que a mesma dependesse de longa internação e aplicação de várias injeções de antibiótico. Em uma análise dos aspectos históricos do combate à boubá no Brasil, Héblio de Moraes indica a dramaticidade vivida no isolamento dos doentes nos “barracões de boubáticos”.¹¹⁵

[sobre os barracões de boubáticos] *Sem camas e nenhum conforto, dormiam [homens, mulheres e crianças] pelo chão em esteiras estragadas. O odor exalado era sentido à distância, decorrente do prurido fétido das feridas não tratadas e da falta de banho e higiene no local. Não conseguiram trabalho para sobreviver pelas deploráveis condições físicas que apresentavam, especialmente pelo aspecto causado pelas feridas expostas e outras encobertas por velhos tecidos. Famintos, recorriam à mendicância, perambulando pelas ruas obtendo esmolas de pessoas caridosas, única forma de sobrevivência encontrada por esses desditosos brasileiros, vítimas de uma época cruel. O quadro constrangedor e*

¹¹³ GUIMARÃES, Felipe Nery. “Yaws in Brazil”. op. cit.

¹¹⁴ Idem. p. 231. Tradução nossa.

¹¹⁵ Héblio de Moraes foi chefe de gabinete do Diretor geral do DNERu e posteriormente da SUCAM.

*doloroso contemplado, era capaz de comover ao mais insensível e desumano coração*¹¹⁶.

Neste fragmento, o autor indica que o isolamento foi uma das práticas profiláticas mais comuns até a década de 1940.¹¹⁷ O barracão citado, o da cidade de Teófilo Otoni no nordeste de Minas Gerais, era uma espécie de albergue onde os portadores de boubas estariam isolados para controle do contágio principalmente entre internos portadores das doenças em seus diversos estágios do desenvolvimento. A existência do modelo de albergagem, uma das principais formas de lidar com a doença e com a ameaça de sua disseminação, deixou de fazer sentido com a novidade representada pelos experimentos do IOC com a penicilina. Ainda que de difícil aplicabilidade em larga escala àquele momento, a penicilina iria possibilitar o reordenamento do tratamento eliminando a prática de isolamento.

Nas experiências realizadas no Hospital Evandro Chagas verifica-se que no início do tratamento os testes eram feitos com muitas injeções diárias de penicilina em baixas doses de concentração. Por vezes, eram necessários trinta dias de internação com três ou quatro injeções por dia para o paciente se recuperasse. O desenvolvimento das pesquisas mostrou, no entanto, que o aumento da concentração da dosagem em uma única injeção diária facilitava a possível transposição daquele tratamento para o nível de uma campanha nacional. Assim, a terapia testada no Centro de Estudos da Baixada Fluminense com penicilina produzida pelo IOC ganhava forma e método, reforçando a relação do Instituto de Manguinhos com as políticas de saúde:

(...) uma vez afastada a necessidade de hospitalização (pela redução a uma injeção diária),

¹¹⁶ MORAES, Hélio Fernandes. *SUCAM: sua origem, sua História*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. 2.ed. p. 373.

¹¹⁷ *Ibidem*. p.372-4. Moraes refere-se à experiência do barracão de Teófilo Otoni, comentado que havia outro idêntico em Itambacuri, ambos no norte mineiro. O autor comenta ainda que o isolamento fora prática até início dos anos 1950.

*pode a penicilina vir a ser aplicada na profilaxia da bouba entre populações rurais do País.*¹¹⁸

O que Nery Guimarães antecipava em 1945 era a estratégia que seria utilizada nacionalmente a partir de 1956. Os experimentos que foram realizados majoritariamente entre crianças da Baixada Fluminense testaram a droga para todos os tipos de lesões encontradas, inclusive os casos mais graves, onde os ferimentos produziam ulcerações gomosas, periostites, osteítes ou rarefação óssea¹¹⁹. Esses estudos referem-se aos trabalhos coordenados por Nery Guimarães, cuja trajetória profissional será objeto de análise a seguir.

2.3 A trajetória de Felipe Nery Guimarães e uma nova terapia para a doença

Alguns eventos, programas governamentais, instituições de ciência e saúde podem ser identificados com seus criadores ou principais responsáveis. Este é o caso de Felipe Nery Guimarães (1910-1975), cujo nome está fortemente identificado com a introdução do tratamento com penicilina em dose única para a bouba e de sua utilização em campanhas de saúde pública.

Para refletirmos sobre a história de Nery Guimarães e da bouba, ou seja, de uma terapia para a doença diretamente identificada com a figura de seu criador ou formulador, devemos considerar uma série de aspectos da relação entre biografia e história. Como vimos, nos trabalhos realizados pelo IOC a partir de 1945, Felipe Nery Guimarães encontrava-se entre os principais responsáveis pelos primeiros testes com penicilina aplicada em doentes na Baixada Fluminense e no Hospital de

¹¹⁸ GUIMARÃES, Felipe N. "Penicilina e bouba (Framboesia, pian, yaws): Dose curativa mínima. Redução do número de injeções diárias. Redução do tempo de tratamento pelo aumento de doses. (Nota prévia)." In: *Brasil-Med*, v.59, n.24/26, p. 221-224, 1945.

¹¹⁹ GUIMARÃES, Felipe N. "Bouba ("Framboesia, Pian, Yaws"). Tratamento pela penicilina das lesões terciárias: ulcerações gomosas, peiostites, osteítes, áreas de rarefação óssea e gangoza ("Rhinopharyngitis mutilans"). (Nota prévia)". *Brasil-Med*, v.59, n.11/13, p. 89-91, 1945.

Manguinhos. Esse destaque no meio da pesquisa científica dado ao personagem possibilitou a elaboração do método a ser utilizado nacionalmente pavimentando também seu caminho para o posto de diretor do *Programa de Erradicação da Boubá*. Esse destaque à trajetória profissional do pesquisador deve atentar para alguns dos problemas relacionados ao gênero biográfico.¹²⁰

Uma das críticas feitas fazem às biografias foi a de Pierre Bourdieu, que as chamou-o de “ilusão biográfica”. A partir dessa ideia, Bourdieu problematiza a aplicação do senso comum de que a vida das pessoas teria um sentido lógico e linear, ou em outras palavras, seria construída como um “caminho sem encruzilhadas”, enquanto uma análise mais detalhada dos eventos que acontecem relacionam-se com uma série de acontecimentos, relações e subjetividades da vida das pessoas e do discurso sobre si mesmas.¹²¹

Para Jacques Le Goff, o problema da “ilusão biográfica” acaba sendo recorrente ao gênero, predominantemente dominado por romancistas e, por outro lado, esses estudos remetem mais diretamente a uma história vivida e vista pelas pessoas, com correspondência com o mundo real maior que outras modalidades de estudos históricos sobre economia, política etc. Para realizar esses inventários da vida de pessoas Le Goff propõe o que chamou de “biografia total”, ou seja, trazer para a análise duas dimensões da memória que se faz das pessoas: primeiro deve-se realizar o inventário de fontes, diários, publicações; segundo, deve-se

¹²⁰ Nossa bibliografia para pensar o gênero biográfico e o trabalho com depoimentos orais nos estudos históricos é principalmente: BOURDIEU, Pierre. “A ilusão biográfica”. In: AMADO, Janaína & FERREIRA, Marieta de Moraes (coords.). *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p.183-191; FIGUEIRÔA, Sílvia F. de M. “Para Pensar as vidas de nossos cientistas tropicais”. In: HEIZER, Alda & VIEIRA, Antonio Augusto Passos. *Ciência, civilização e império nos trópicos*. Rio de Janeiro: Access, 2001; LE GOFF, Jacques. “Introdução” e “Nota da Introdução”. In: *São Luís: Biografia*. Rio de Janeiro, São Paulo: Record, 2007. p. 19-30, 31-32; LEVI, Giovanni. “Usos da biografia”. In: AMADO, Janaína & FERREIRA, Marieta de Moraes (coords.). *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. p. 167-182; LORIGA, Sabina. “A biografia como problema”. In: REVEL, Jacques (org.). *Jogos de Escalas: a experiência da microanálise*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1998. p. 225-249.

¹²¹ BOURDIEU, Pierre. op. cit

considerar a produção da memória de seus contemporâneos sobre o personagem pesquisado, observando o que faria dele um ser único.¹²²

Assim, dada a importância política e científica de Nery Guimarães, o que poderia justificar a apresentação de uma “biografia total” do personagem, reconstituiremos a seguir apenas parte de sua biografia, vinculada à boubá, através de artigos científicos, relatórios técnicos, periódicos e documentos oficiais, além dos depoimentos de Reinaldo Felipe Nery Guimarães e Hélbio Fernandes de Moraes.

Além dos trabalhos realizados no IOC e no Posto de Estudos da Baixada Fluminense, Nery Guimarães já havia passado pelo IPEN e pela equipe do Plano de Saneamento da Amazônia antes de chegar à direção do *Programa de Erradicação da Boubá*. Ao examinarmos a produção acadêmica brasileira sobre a boubá, observamos a grande concentração das publicações em seu grupo de pesquisa no IOC¹²³.

¹²²

Idem. p. 29.

¹²³

Ver Tabela I

Tabela I – Produção científica de Felipe Nery Guimarães¹²⁴

Ano	Artigos específicos sobre boubá	Produção total do pesquisador
1944	3	3
1945	6	7
1946	1	1
1947	4	5
1948	3	3
1949	0	0
1950	6	9
1951	2	7
1952	1	1
1953	4	8
1954	0	0
1955	2	7
1956	0	0
1957	1	2
1958	3	3
1959	0	1
1960	4	4
Total do período	40	61

Os dados disponíveis sobre a produção bibliográfica brasileira referente à boubá, incluindo pesquisas de campo, relatos de terapias com outros medicamentos e antibióticos que estivessem em teste, avaliação de trabalhos nos estados ou estudos de laboratório, indicam que, entre 1944 e 1960, 65,5% das publicações foram creditadas a Nery Guimarães ou sua coautoria com outros colegas do IOC. Sua importância para uma história da boubá e da saúde pública

¹²⁴ Levantamento das publicações de Felipe Nery Guimarães realizado pelo PROMAN, Biblioteca de Manguinhos-Fiocruz e dados dos artigos sobre boubá publicados pelo do Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação.

dá-se tanto do ponto de vista da pesquisa laboratorial pelos serviços realizados no Instituto quanto pelos cargos de organismos internacionais que acumulou e pelos espaços que frequentou, além da chefia do *Programa da boubá* entre 1956 e 1961.

125

Nascido em 1910 na cidade de Belém, vinte anos depois se formou médico pela Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará. Em 1931 fez cursos de especialização no Instituto de Manguinhos no Rio de Janeiro, passando por diversos laboratórios. De volta a Belém, criou e dirigiu em 1937 o laboratório de Anatomia Patológica do Instituto de Patologia Experimental do Norte, e no mesmo ano fez parte da Comissão de Estudos sobre Leishmaniose Visceral Americana do IOC, sob a direção de Evandro Chagas, órgão que posteriormente transformar-se-ia nos Serviços de Estudos de Grandes Endemias.¹²⁶

No ano de 1941 regressou ao Rio de Janeiro como médico especializado contratado pelo IOC, realizando pesquisas em toxoplasmose e sobre a ocorrência dos triatomíneos nas matas da cidade do Rio de Janeiro. Em 1943 cursou nova especialização no Instituto, quando começou a realizar os estudos sobre a boubá tratada com penicilina. Dois anos depois foi um dos responsáveis pela instalação do Posto de Estudos do IOC na Baixada Fluminense, baseado primeiramente no município de Rio Bonito e depois em Araruama, pelo qual foi responsável.

O Posto transformado anos depois em Centro de Estudos da Baixada Fluminense serviu de base para os primeiros estudos e experimentos sobre penicilina aplicada à boubá, tendo pesquisado também a sífilis rural, a blastomicose e a doença de Chagas.¹²⁷ Por diversas ocasiões Nery Guimarães fora

¹²⁵ Além de participar dos congressos nacionais e alguns internacionais sobre malariologia e sífilis, doenças venéreas e treponematoses, Nery Guimarães ocupou cargos em importantes instituições, tendo sido inclusive Perito para questões relativas à boubá na OMS. Cf. GUIMARÃES, Reinaldo Felipe Nery. op. cit.

¹²⁶ LACAZ, Carlos da Silva. "Felipe Nery Guimarães". In: *Vultos da medicina brasileira*. Rio de Janeiro: Pfizer, 1977. vol.4, p. 85.

¹²⁷ Idem.

dispensado de seu expediente pelo IOC para ficar por períodos de dois meses ou mais envolvido no trabalho realizado no Centro de Estudos. Desse posto, como vimos, viriam primeiros casos boubáticos a serem tratados com penicilina.

As notas das pesquisas dos estudos realizados em Manguinhos e no Centro de Estudos da Baixada renderam publicações em periódicos nacionais e internacionais sobre os trabalhos referentes à boubá, além de terem propiciado intensa troca com cientistas de outros estados e países. Entre 1944 e 1947, as publicações do pesquisador seguem em grande produção tendo se concentrado especialmente nos periódicos *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, *Brasil-Médico*, *O Hospital* e o *Boletim da Oficina Sanitária Pan-Americana*.

Nesses artigos Nery Guimarães e seus colegas do IOC, Aristides Cunha e Joaquim Travassos, publicaram os resultados obtidos com grande detalhamento dos quadros clínicos dos pacientes.¹²⁸ Caso por caso observou-se o tratamento das lesões boubáticas reagindo às diferentes doses diárias de penicilina prescritas aos pacientes. À época, a droga encontrava-se em fase de teste, e Nery Guimarães trabalhava por uma definição da quantidade ideal do antibiótico para combate eficaz à boubá, não sendo ainda ministrado o tratamento de injeção única, que só foi testado a partir de 1946. Em outras publicações foram apresentados testes com outras drogas e estudos sobre variações dos casos de boubá

Em um dos artigos Nery Guimarães deixa as análises clínicas da boubá e de outras doenças para comentar sobre o quadro das endemias rurais no Brasil. Trata-se do trabalho intitulado “Doenças encontradas nosromeiros de Bom Jesus da Lapa, Bahia”, publicado originalmente em *Memórias do IOC* (1947) expressando resultado dos trabalhos realizados numa viagem científica naquele mesmo ano. A visita que foi feita à romaria tinha por finalidade “obter dados sobre a incidência

¹²⁸ De seus artigos que ficaram mais conhecidos um deles é em coautoria com Joaquim Travassos. Ver GUIMARÃES, Felipe Nery; TRAVASSOS, J. “Ação da terraminicia na boubá (Framboesia, Pian, yaws)”. In: *O Hospital*, v.38, 2, p.295-299, 1950.

de endemias rurais entre os romeiros que acorrem do nordeste e centro do País” expressa opiniões do pesquisador sobre a situação de vida e saúde dos brasileiros e revela concepções sobre o país¹²⁹.

As viagens científicas, como analisamos no capítulo 1, eram hábito entre médicos do IOC desde as duas primeiras décadas do século XX. A partir da década de 1930 essas investigações passaram a ser mais frequentes e com objetivos diferenciados. O levantamento de Guimarães é do tipo “viagem de investigação”, buscando prevenção de surtos epidêmicos de doenças, forma de trabalho definida por Neiva Vieira Cunha como:

*(...) um conjunto de atos e diligências destinados a descobrir onde se localizava o foco da propagação da doença. Tratava-se de uma espécie de sindicância, que assumia muitas vezes a forma de uma verdadeira inquirição policial. (...) A partir desses inquéritos eram levantadas todas as informações sobre as condições de ocorrência da doença (...).*¹³⁰

Cunha considera ainda que as viagens para esses médicos chegaram a representar elemento de identidade profissional no engajamento na área médica.¹³¹ No caso da viagem de Nery Guimarães ao interior da Bahia, o que as notas revelam é um detalhado relato do que lá se observou com análises médicas, e comentários sociológicos que traçariam o quadro nosológico do sertanejo brasileiro surgem em meio às descrições da festa classificada pelo médico como “uma das mais típicas e tradicionais festas fanático-religiosas do Brasil”.¹³² Algumas impressões:

¹²⁹ Ver GUIMARÃES, Felipe Nery. “Doenças encontradas nos romeiros de Bom Jesus da Lapa, Bahia”. In: *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 45, (1). 1947. p. 211.

¹³⁰ Ver CUNHA, Neiva Vieira da. *Viagem, experiência e memória: Narrativas de profissionais da Saúde Pública dos anos 30*. Bauru, SP: Edusc, 2005. p. 140.

¹³¹ Ibidem. p. 131.

¹³² GUIMARÃES, Felipe. “Doenças encontradas...” op. cit. p. 211.

[sobre a chegada à cidade] centenas km são percorridos, muitas horas sob um sol inclemente e sempre no meio de uma poeira que tudo domina, que suas alpercatas ajudam a levantar e que o vento atira nos seus pulmões e nos seus olhos. Chegam com a pele tostada e as conjuntivas vermelhas. Alguns já vêm com a “sapiranga”, ou o tracoma já os vai conduzindo à cegueira. Muitos trazem chapéus de carnaúba, cobertos de pano e ornamento de flores coloridas. São pessoas de todas as idades. Nas cidades essas crianças estariam nos colos das mães e estes velhos há muito estariam gozando de tranquila aposentadoria compulsória;

(...) já no S. Francisco, estão os barcos de maior porte, os quais apresentam as tradicionais carrancas, representando as lendas da “minhocão”, da “cachorro d’água” etc. Mais adiante atraca o navio, que é a grande atração dos romeiros, agora só comparada com a chegada do avião. Notável é a promiscuidade da beira do rio. Lá estão mulheres lavando roupa e outras atirando dejetos na água, e logo adiante aguadeiros enchem barris que vão para cidade do costado dos burros. Dali mesmo, com a água, vai o tifo, a amebíase, as verminoses. Crianças nuas, aguardam com as mães, chorando ou quietas, sentadas no chão, com o nariz escorrendo e os olhos remelentos disputados pelo “lambe-olho”. Mocinhas de 15 anos passam sujas, de vestido curto, com um irmãozinho engachado no quadril, prendendo o olhar

*malicioso dos marinheiros espertos que conhecem as cidades.*¹³³

No relato das impressões de Nery Guimarães, a romaria sintetizaria os hábitos, costumes e doenças das pessoas do sertão, além do atraso em que viveriam em relação à cidade. O “fanatismo religioso” minuciosamente descrito pelo olhar do médico viajante revelaria a pobreza e a ignorância do brasileiro do nordeste e do centro do país, homem este repleto de doenças, algumas delas consideradas fruto de seus maus hábitos e sua ignorância.¹³⁴

A partir de 1948 o pesquisador passou a publicar também sínteses sobre o problema social representado pela bouba. As doses de penicilina em teste no IOC começavam a confirmar que um tratamento poderia ser realizado em larga escala no país, alterando o histórico quadro devastador da doença pelo interior do país. Para tal, Nery Guimarães emitiu também notas sobre a história, a distribuição por sexo, cor e faixa etária e a situação das campanhas e possibilidades dos serviços existentes até aquele momento no Brasil:

*Não há dúvida de que o método em apreço – no qual são combinadas a “vigilância” das zonas tratadas para mantê-las “limpas”, e a “albergagem” dos boubáticos em tratamento para assegurar a ministração de doses terapêuticas padronizadas – é muito oneroso. Mais ainda se o remédio escolhido for a penicilina, que ainda é muito oneroso. (...) Urge que encaremos seriamente o problema da bouba no Brasil, uma das mais alarmantes de suas endemias rurais.*¹³⁵

¹³³ Ibidem. p. 213; 216.

¹³⁴ Para fotos dessa expedição, ver Caderno de imagens da dissertação.

¹³⁵ Ver GUIMARÃES, Felipe N. “Bouba (Framboésia, pian, yaws): Considerações sobre seu tratamento e profilaxia. A “albergagem” como base das campanhas preventivas.” In: *O Hospital*, v.37, n.2, p.275-282, 1950. p. 279.

Nas impressões apresentadas, fica a sentença de que caberia aos governos e aos médicos a função de modificar esse quadro mais uma vez denunciado por cientistas em suas viagens aos sertões.

No início dos anos 1950 Nery Guimarães publicou artigos sobre a doença em periódicos médicos internacionais como o *Journal of Investigative Dermatology*, *Bulletin of the World Health Organization*, e em anais de uma série de outros congressos no Brasil e no mundo sobre dermatologia, entre eles o Primeiro Simpósio Internacional sobre o Controle da Boubá, a VI Reunião Anual dos Dermatossifilógrafos Brasileiros, o encontro da *Society of American Bacteriologists*, *Journal of Investigative Dermatology*, os Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia, e o Seminário sobre Erradicação de Treponematoses (Porto Príncipe – Haiti).¹³⁶

Nesses artigos o pesquisador discute geralmente as doses e reações clínicas dos pacientes às injeções com penicilina. Nas atas e anais dos congressos e encontros de dermatologia e sifilografia geralmente constam anexos de fotos que visam mostrar reestabelecimento dos doentes após poucas doses depois da internação, num modelo de apresentação de fotografias médicas para mostrar eficácia de tratamentos¹³⁷. Felipe Nery Guimarães também foi simultaneamente autor de estudos sobre outras doenças, sendo a principal delas a leishmaniose.¹³⁸

¹³⁶ GUIMARÃES, Felipe N. "Procaine-penicillin in early Yaws. Preliminary and short reports". In: *Journal of Investigative Dermatology*, v.16, n.2, p.77-79, 1951; _____. "Impressões sobre o X Congresso Internacional de Dermatologia, Londres, 1952". In: *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, v.27, n.4, p.185-194, 1952.

¹³⁷ Ver Caderno de Imagens.

¹³⁸ GUIMARÃES, Felipe Nery. "Sobre a chamada "doença de Osgood-Schlatter": Sua ocorrência em boubáticos com "boomerang-leg"". (Nota preliminar). In: *Brasil-Med*, v. 6, n.51/52, p. 399-400, 1946; _____. "Visceralização da "leishmania brasiliensis" Vianna, 1911 em Hamsters ("Cricetus Cricetus"). (Nota Preliminar). In: *Brasil-Med*, v.61, n.47/48, p.395-396, 1947;

Em 1956, Felipe Nery Guimarães foi alçado ao cargo de diretor do *Programa de Erradicação da bouba* do governo JK e sob a gestão de Mário Pinotti¹³⁹ no Ministério da Saúde chegou a ser chefe do gabinete do ministro inclusive no período de transferência da pasta para a nova capital federal, Brasília. Depoimentos relatam o entusiasmo de Nery Guimarães com o governo JK no qual acreditava ser um momento de transformação do país e de sua admiração pessoal pelo presidente ¹⁴⁰. Esse entusiasmo aliado ao papel que as endemias rurais ganhavam com a eleição de JK e a criação do DNERU em março de 1956 foram parte das condições para que Nery Guimarães assumisse o cargo de diretor do *Programa da bouba*. Enfim, Nery Guimarães chegara ao lugar exato para empregar aquilo a que se dedicara por mais de uma década: eliminar a bouba.

Depois de deixar os cargos que ocupou no Ministério da Saúde no ano de 1961, Nery Guimarães retornou à Seção de Protozoologia do IOC. Ali permaneceu nas décadas de 1960 e 1970 em seu laboratório realizando pesquisas principalmente sobre leishmaniose, toxoplasmose e doença de Chagas, tendo também lecionado disciplinas em cursos de aplicação do IOC nos tópicos de bacteriologia e protozoologia.¹⁴¹ Em abril de 1975 tornou-se diretor do IOC tendo falecido poucos meses após assumir o cargo ainda naquele ano¹⁴².

¹³⁹ Para uma pequena resenha biográfica de Mário Pinotti ver HOCHMAN, Gilberto. "Pinotti, Mário". In: BYNUM, W. F. & BYNUM, Helen. (eds.). *Dictionary of medical biography*. Westport, Connecticut, London: Greenwood Press, 2007. p. 1013; MORAES, Hélio. *Sucam...* op. cit.

¹⁴⁰ Ver GUIMARÃES, Reinaldo Felipe Nery. op. cit. Cf. também Imagem 10 no Caderno de Imagens

¹⁴¹ Entre alguns artigos com resultados dessa fase de pesquisas de Nery Guimarães no IOC, poderíamos citar, por exemplo: GUIMARÃES, Felipe Nery. "Estado atual dos conhecimentos da "forma lepromatoide" tegumentar (LT)". In: *Hospital*. v.67, n.1, 1965 p.57-76; _____; AZEVEDO, Miguel & DAMASCENO, Reinaldo. "Leishmaniose tegumentar. Zoonose de roedores silvestres da Amazônia". In: *Memórias do IOC*, v.66, n.2, 1968. p.151-68; SOUZA, Wanderley de S.; Grynberg, Noema F. e GUIMARÃES, Felipe N. "Aspectos ultra-estruturais da forma epimastigota do "Trypanosoma cruzi" em meio LIT". In: *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, v.9., n.3, 1975. p. 143-156.

¹⁴² Cf. Diário Oficial. 02/04/75. Portaria nº 61; Ver também LACAZ, Carlos da Silva. op. cit.

2.4 – As lições do Haiti: Campanhas contra a Boubas na região das Américas

No início da década de 1950 a boubas era reconhecida como problema de saúde pública em vários países da América Latina, África e Ásia. Nessas regiões surgiram a partir de 1951 as primeiras campanhas para erradicação da doença apoiadas pelas OMS e pela UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Esses programas foram responsáveis pela redução dos índices de presença da doença em vários países do mundo em poucos anos.¹⁴³ O combate à boubas em escala nacional através de campanhas com vistas ao seu controle e à erradicação, foi viabilizado pela descoberta da penicilina, sua difusão em larga com produção da droga em diversos países do mundo e os estudos e testes do antibiótico no controle de treponematoses. Vivia-se um “otimismo sanitário” que, pelas descobertas técnicas e tecnológicas do pós-guerra (como o DDT, vacinas, sulfas e antibióticos) foi sintetizado pela crença de que era possível derrotas as doenças infecto-contagiosas.

É neste contexto de esforço internacional de erradicação de treponematoses dos anos 1950 que se insere o programa brasileiro. A Oficina Sanitária Pan-americana foi a responsável, em 1952, pela definição de um método para execução da campanha de erradicação da doença que deveria ser chegar aos países da América Latina e Caribe em parceria com os ministérios da saúde de cada país¹⁴⁴. A framboesia constituía grave problema de saúde pública no Brasil, Colômbia, Equador, Haiti, Peru, Santa Luzia, na Guiana e no Suriname. Como vimos, a doença já era conhecida desde primórdios da institucionalização da saúde pública no Brasil, que possuía o maior número absoluto entre os casos registrados, e em outros países, como o Haiti, a boubas chegava a ser considerada o mais grave problema de saúde pública¹⁴⁵.

¹⁴³ Ver BROTHWELL, Don. op. cit. p. 1096.

¹⁴⁴ CUETO, Marcos. *Cold War...* op. cit. p. 38.

¹⁴⁵ HOPKINS, Donald R. “Frambesia en las Americas, 1950-1975.” In: *BOSP*. 84(3), 1978. p. 262-3.

No ano de 1952, na Tailândia, foi realizado o já mencionado Primeiro Simpósio Internacional Sobre o Controle da Bouba contando com a presença de pesquisadores do Vietnã, Filipinas, Espanha, Inglaterra, Jamaica, Estados Unidos, Indonésia, Portugal, Congo, Índia, Nigéria, Malásia, França, Venezuela, México e Brasil, além dos pesquisadores do país sede do evento. A recente descoberta da eficácia e do baixo custo da aplicação da penicilina em dose única motivara o encontro para discutir modelos de campanhas de erradicação da doença, assim como os serviços que já estavam em curso no Haiti, na Indonésia, na Tailândia e nas Filipinas¹⁴⁶.

Além dos aspectos ligados ao contágio da bouba e ao tratamento com os antibióticos conhecidos, debateu-se a extensão e natureza do problema além de formas de planejamento de campanhas contra a doença. Foram apresentados os resultados preliminares das campanhas em curso nos países que haviam iniciado suas atividades em 1950 através de parcerias entre os ministérios da saúde locais com a UNICEF, que provia o aparato técnico e a penicilina, enquanto os países entravam com as equipes de trabalhadores e a infraestrutura.

A campanha do Haiti foi uma das primeiras a implementar o método da injeção única de penicilina combinada com a manutenção das populações em seus domicílios, ou seja, não isolados ou em albergues. Segundo a OPAS, naquele país, mais da metade da população havia contraído a bouba em 1950, o que fazia da mesma uma das mais graves doenças a serem enfrentadas¹⁴⁷. A campanha foi resultado de convênio entre o governo do Haiti, a OPAS, a OMS e a UNICEF e aplicou injeções por meio de visita domiciliar e aplicação de penicilina em alta dosagem.¹⁴⁸

¹⁴⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION. "Introduction". In: *First International...* op. cit. p. 1-3.

¹⁴⁷ Ver ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "Combatiendo la Frambesia em Haiti". In: *Pro Salute Novi Mundi: historia de la Organization Panamericana de la Salud*. Washington, D.C: OPS, 1992. p. 50.

¹⁴⁸ LEVITAN, Sacha *et alli* "The treatment of infectious yaws with one injection of penicillin". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. *First International...* op. cit. p. 55-75.

O método criado no Haiti previa um trabalho dividido em etapas: criação de um mapa epidemiológico, divisão do país em zonas e distritos, montagem das equipes e realização de relatórios periódicos. Foi criado um serviço separado para a aplicação das injeções, a Campanha para Erradicação da Boubá, que estava subordinada ao Ministério da Saúde local, porém gozava de forte autonomia administrativa e financeira em função da cooperação internacional envolvida.¹⁴⁹ Cueto ao estudar o caso haitiano indica que o sucesso do método empregado deve-se ao fato de os familiares, vizinhos e outros contatos dos boubáticos também recebiam as injeções do antibiótico:

(...) atentou-se especialmente em impedir a disseminação da doença, tratando com penicilina as pessoas que houvessem entrado em contato com os pacientes. Tais pessoas não se resumiam apenas aos membros da família imediata e/ou da casa em que o paciente tivesse sido identificado, mas incluíam os moradores das residências vizinhas e, no caso de crianças de idade escolar, todos os alunos das escolas freqüentadas por elas.¹⁵⁰

Os trabalhos resultaram em 900 mil tratamentos entre 1950 e 1952 numa população total de 3,5 milhões de habitantes.¹⁵¹ O sucesso do Haiti fez com que em outubro de 1956 se reunissem em Porto Príncipe, capital do Haiti, um grupo de autoridades para debater os rumos dos planos para erradicação de treponematoses (excetuando a sífilis) no continente americano e ilhas do Caribe. Os participantes vindos do Haiti, Colômbia, Cuba, Granada, Dominica, Equador, Guadalupe, Jamaica, Martinica, México, Peru, Santa Luzia, São Vicente, Trinidad e Tobago, Venezuela, Brasil e Estados Unidos discutiram a extensão dos programas

¹⁴⁹ Ver CUETO, Marcos. *O Valor...* op. cit. p. 134.

¹⁵⁰ Idem.

¹⁵¹ Ibidem. p.135.

de erradicação de treponematoses para os países que ainda não o houvessem criado.¹⁵²

Neste seminário o médico Samame - representante da OPAS para a Zona II, baseada na Cidade do México - ao enaltecer o esforço que vinha sendo realizado no Haiti apresentou um quadro comparando as distinções da atividades que o programa de erradicação criado no Haiti, representava face aos objetivos de um programa de controle:

¹⁵² Do Brasil participaram do evento os médicos Felipe Nery Guimarães e Bichat Rodrigues, do Departamento Nacional de Saúde. Cf. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. "Seminario sobre erradication de treponematosi (excluyendo Sífilis)". In: *BOSP*: 62 (5). mai. 1957 p. 411-2; RODRIGUES, Bichat A. "Las campañas de erradicacion de treponematosi y su integracion com otros programas de salud publica". In: *BOSP* 62 (5). mai. 1957 p. 432-7.

Quadro I – Diferenças entre um programa de controle e um programa de erradicação de treponematoses¹⁵³

Elementos	Programa de controle	Programa de erradicação
1. Objetivo	Redução da morbidade	Prevenir novos casos
2. Área de atividades	Zonas acessíveis, de prevalência, de grande importância social, política e econômica.	Todas as áreas que hajam casos.
3. Qualidade mínima do trabalho	Boa: diminuição do número de casos.	Perfeita: devem-se eliminar todas as possibilidades de infecção (o que supõe tratamento dos contatos) e cessar a transmissão.
4. Duração das operações	Permanente	O programa termina quando desaparece a bouba infecciosa. Para que seus resultados tenham êxito o programa deve expandir-se a fim de eliminar todos os focos possíveis de reinfecção.
5. Fatores econômicos	Medidas de tratamento tomadas nos momentos em que a importância econômica se justifique, os gastos devem continuar indefinidamente (serviço permanente).	Devem-se aplicar as medidas de tratamento a todas as zonas, e os gastos diminuem rapidamente; estes representam uma inversão de capital, ao invés de um quantitativo permanente.
6. Descobrimto de casos	Importante em todas as fases do programa.	Não é importante na fase de tratamento em massa.
7. Diagnóstico serológico	Importante em todas as fases (além de caro).	Não é importante na fase de tratamento em massa.
8. Casos importados	De interesse relativo.	Vital evitá-los depois do fim do tratamento em massa.
9. Investigação epidemiológica de casos individuais	Muito cara e raras vezes se realiza.	Vital apesar do custo, especialmente no último período do programa; único modo de medir o grau de erradicação.
10. Avaliação administrativa do programa	Valorização dos resultados obtidos (diminuição da morbidade).	Estimativa do que falta fazer.
11. Avaliação epidemiológica	Queda nas taxas serológicas.	Desaparecimento dos casos primários autóctones, como demonstra o Serviço de Informação Epidemiológica da bouba.

153

Quadro proposto por SAMAME, G. E. "Erradicacion de las treponematoses com referencia especial a la erradicacion de la frambesia em Haiti". In: BOSP 62 (5). mai. 1957 p. 421-31. Tradução nossa.

Pelas observações do quadro nota-se a ênfase dada ao caráter totalizante expressado pelos planos que visavam a erradicação. Além da maior amplitude, há outras diferenças entre uma campanha e um plano de controle para boubas, entre elas: prescrição de uma injeção de menor dosagem de penicilina aos contatos; realização de constante vigilância epidemiológica até o fim dos casos.

Como no caso da malária, a diferenciação entre um programa de erradicação e o de controle parecia ser grande no início da década de 1950. Erradicar a boubas seria empreendimento mais custoso no início, mas era investimento com prazo para terminar; um programa de controle poderia ser mais barato e envolver menor equipe, porém seria de caráter permanente. Para o plano de erradicação interessariam menos questões relacionadas à alimentação, habitação e condições de vida dos doentes, sendo mais importante a redução dos índices da doença¹⁵⁴.

Ao apresentar os resultados do programa de erradicação da boubas do Haiti no “Primeiro Simpósio Internacional” o diretor nacional da campanha, Edouard Petrus, e os consultores Sacha Levitan, Adhemar Paoliello e Rose Nicol descreveram o método empregado no país e a estrutura com a qual havia trabalhado aquele programa¹⁵⁵. A equipe haitiana concluiu a apresentação com a seguinte sentença sobre a erradicação da boubas na ilha:

O Serviço de erradicação está certo que antes da execução do programa atual, restarão pequenos focos de infecção pela ilha; é porque é de capital importância construir centros de diagnóstico e de treinamento em toda a ilha e em pontos estratégicos, para que a erradicação no verdadeiro sentido da palavra seja resultado de um esforço continuado, uma obra de

¹⁵⁴

Ver foto da campanha contra a boubas no Haiti - Caderno de Imagens.

¹⁵⁵

PETRUS, Edouard; LEVITAN, Sacha; PAOLIELLO, ADHEMAR; NICOL, Rose. “La campagne antipinique en Haïti”. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. *First international...* op. cit. p. 261-71.

*longa duração. Mas o remédio existe, e a boubá pode enfim ser combatida com sucesso.*¹⁵⁶

A avaliação do quadro de conclusão do caso haitiano apresenta números de ampla cobertura das atividades. Com 87% da população total de três milhões de habitantes atendida entre doentes e contatos, o país comemorava a erradicação da doença. Ao mesmo tempo, reconhecia a existência de focos pelo país e a necessidade da realização de um trabalho de acompanhamento continuado das áreas endêmicas para que não houvesse o regresso da doença em altos índices¹⁵⁷.

O balanço da campanha do Haiti mostrou, e o mesmo aplicou-se para os resultados obtidos pelos programas da Indonésia, a eficácia da nova terapêutica aplicada em campo. As injeções de penicilina passaram a representar um tratamento eficaz para doença, modificando a relação que se mantinha com a mesma. O antibiótico entretanto, não asseguraria a erradicação definitiva se não viesse acompanhada de outras políticas para a melhoria da saúde nas áreas rurais.

2.5 - Considerações Finais

A história da boubá no Brasil apresenta as incertezas que cercaram as interpretações médicas desde suas primeiras definições nas teses das faculdades de medicina do século XIX. Os trabalhos apresentados às academias e sociedades médicas bem como as atribuições dos serviços estaduais de saúde pública até a década de 1940 indicam a inexistência de terapêutica eficaz, gerando um quadro de dor, degradação e longa permanência da boubá nos pacientes, fazendo-se endêmica nos sertões do país.

O incremento das pesquisas científicas no Brasil para combate de endemias rurais foi possibilitado pelo surgimento de novas drogas capazes de combater

¹⁵⁶ Ibidem. p. 265. Tradução nossa.
¹⁵⁷ Idem.

doenças e pela maior preocupação das instituições médicas com os problemas de saúde pública do país dos governos com as endemias rurais. Assim, os trabalhos realizados com penicilina no IOC, bem como as campanhas realizadas no Haiti e na Ásia a partir de 1952 possibilitaram um novo enquadramento da doença que conduziu à conformação de um método que respondia eficazmente às feridas da boubá independente da realidade social encontrada.

Assim, a descoberta do tratamento à base de injeções de penicilina teve o efeito de possibilitar uma terapêutica inovadora que, além de eficiente, parecia de aplicabilidade simples e barata. O método pesquisado no Brasil e no exterior mudou a visão sobre essa trepomatose, passando a ser encarada como uma doença curável a partir de fins da década de 1940, possibilitando a execução de tratamento em massa dos doentes com vistas à erradicação global. A penicilina em dose única, juntamente com as prioridades da saúde nacional e internacional, reenquadraram, como sugeriria Rosenberg, a boubá em doença curável e possível de ser facilmente erradicada.

As atividades do *Programa de Erradicação da boubá* no Brasil e como o mesmo relacionou-se com as questões da saúde pública e da política do seu tempo serão apresentados a seguir, no capítulo 3. Dessa forma, a análise das atividades da campanha de erradicação da boubá situa outras questões além da nova terapia, debatendo noções de higiene, educação sanitária e nutrição do brasileiro.

CAPÍTULO 3. PARA ALÉM DA INJEÇÃO: CONCEPÇÕES DE SAÚDE, HIGIENE E NUTRIÇÃO NO PROGRAMA DA BOUBA (1956-1961)

“Repita-lhes sempre essa quadrinha: Deus que é bom e ama a pobreza sempre a quer em boa limpeza”¹⁵⁸

Como vimos, o combate à boubá na década de 1950 passou a ser uma questão central para a saúde pública na América Latina e Caribe após a experiência do Programa do Haiti. No Brasil, o *Programa da boubá* foi criado em 1956 e estruturou-se como campanha no governo Juscelino Kubtischek com a meta de erradicar a doença do país em cinco anos. O *Programa* teve seu método baseado na terapêutica de injeções de penicilina em dose única sem maiores intervenções no meio ambiente, moradias, alimentação ou condições de vida das populações das áreas classificadas como endêmicas.

A análise do curso das atividades do *Programa da boubá* indica que outras questões além da injeção também se colocaram no cotidiano de guardas sanitários e médicos. Os inquéritos e inspeções realizados pela campanha enunciaram que os boubáticos¹⁵⁹ seriam parte das populações dos chamados sertões do Brasil e, como tal, apresentariam uma série de características daqueles ditos desafortunados brasileiros. Assim, as populações rurais eram acusadas de viver sob o signo da ignorância e da pobreza causada pelo desconhecimento dos hábitos e costumes da boa higiene.

¹⁵⁸ Instrução aos guardas sanitários do *Programa da Boubá*. Cf. DNERU. Vamos acabar com a boubá do Brasil – Cartilha da Boubá. Rio de Janeiro: Serviço Gráfico do IBGE, 1958. 2.ed, p. 17.

¹⁵⁹ Os termos “boubático” ou “boubento” se alternam entre as fontes do período, parecendo ser “boubático” mais ocorrente nos anos 1960. Adotaremos aqui, portanto, preferencialmente o termo “boubático”. A palavra “boubento” surgirá apenas quando citarmos fontes que assim adjetivem o portador de boubá.

As ações cotidianas do *Programa da bouba* confirmaram especulações sobre os estados de adoecimento e condições de vida dos boubáticos. Os guardas sanitários observaram que os doentes também apresentavam outros problemas de saúde, muitos deles atribuídos à sua pobre dieta alimentar. Num período de institucionalização científica e valorização política da nutrição, os sertanejos foram apresentados como desnutridos ou famintos o que conseqüentemente deixaria seus organismos debilitados e suscetíveis à bouba e a outras doenças carenciais que assim grassavam de forma endêmica país adentro.

A história do combate à bouba no Brasil dos anos 1950 aponta em direções diversas, sendo importante observar a valorização que a penicilina ganhou no contexto do desenvolvimento da indústria química na época. Os quadros levantados nos inquéritos médicos, o material de propaganda produzido pelo *Programa da bouba* e outros relatos sobre o serviço que se realizou entre 1956 e 1961 revelam concepções de saúde, doença e pobreza. Analisar o surgimento das questões relativas à higiene e à nutrição, por exemplo, apontam como o *Programa da bouba* será nosso objetivo nesse capítulo. Dessa forma, a pesquisa sobre a estrutura do *Programa*, o que se produziu como discurso e as alterações necessárias às dinâmicas locais revelarão aspectos interpretativos dos males do Brasil no período desenvolvimentista.

Nesse capítulo descreveremos e analisaremos a campanha de erradicação da bouba no Brasil no período de 1956 a 1961.¹⁶⁰ Seu método, os termos e conceitos mais importantes, as principais áreas endêmicas e o trabalho do pessoal envolvido serão nosso foco no intuito de remontar as atividades administradas pelo *Programa*. Em seguida discutiremos as premissas de higiene e saúde assumidas pelo *Programa* e como as mesmas foram compartilhadas com a equipe de trabalho. Abordaremos também como a campanha foi muitas vezes reorientada no

¹⁶⁰ As atividades de combate à bouba no Brasil prosseguiram após 1961. Adotamos aqui esse recorte (1956-1961) em função de ser esse o período referente ao governo Juscelino Kubitschek, que criou o Programa e estabeleceu meta para a erradicação da doença. JK deixou a presidência em 31/01/1961.

campo a partir das questões e problemas enfrentados pelos guardas sanitários. Em particular, o quadro de fome e desnutrição no interior. Por último, discutiremos os balanços e avaliações do *Programa* feitos no final do governo JK.

3.1. O *Programa da bouba*: organização e método de trabalho

O *Programa da Boubá* - que havia sido enunciado como meta prioritária para a área de saúde pública no *Programa de saúde do candidato* de Juscelino Kubitschek por ocasião de sua candidatura à presidência em 1955¹⁶¹ - consistiu em uma campanha para aplicação de injeções do medicamento chamado boubasilina (penicilina benzatina)¹⁶². As atividades ou campanhas de controle da boubá existentes até 1956 eram geridas pela Divisão de Organização Sanitária (DOS) do Ministério da Saúde. Esses trabalhos realizados antes da criação do DNERu, eram iniciativas descentralizadas e coordenadas pelos estados. Como vimos no capítulo anterior, não se empregava uma única droga para o controle da doença, sendo prescritos antibióticos diversos e medicamentos à base de arsênio e bismuto. Foi apenas com a criação do *Programa da boubá*, que um único método e estratégia foram adotados em escala nacional.¹⁶³

Os trabalhos do *Programa* iniciaram-se em setembro de 1956 e caracterizaram-se como uma campanha itinerante. Cada unidade móvel associada à estrutura das circunscrições do DNERu dispunha de equipes com médicos e guardas sanitários, e tinha por objetivo realizar em domicílio o tratamento dos doentes e dos que com eles conviviam, estes últimos chamados de contatos.¹⁶⁴ Eram previstas, para tal, atividades como as etapas de inquéritos, definição de

¹⁶¹ OLIVEIRA, Juscelino Kubitschek. *Programa...*

¹⁶² O nome boubasilina foi utilizado para evitar que se fosse comercializado o medicamento de distribuição gratuita, dado o amplo número de doenças as quais se prescrevia a penicilina. Cf. GUIMARÃES, Reinaldo Felipe. op. cit.

¹⁶³ Cf. Lei nº 2.743 de 06 de Março de 1956. Cria o Departamento Nacional de Endemias Rurais no Ministério da Saúde e dá outras providências.

¹⁶⁴ Cf. BRASIL. *Resenha do governo do presidente Juscelino Kubitschek (1956-1960)*. Tomo IV. Trabalho e bem-estar social. Educação e Cultura. Saúde Pública. Rio de Janeiro: Presidência da República/Serviço de Documentação, 1960. Biblioteca Memorial JK.

áreas endêmicas, aplicação de injeções, a visitação domiciliar para o acompanhamento do regresso dos índices da doença em cada região endêmica trabalhada e a reinspeção para averiguar o resultado do tratamento.

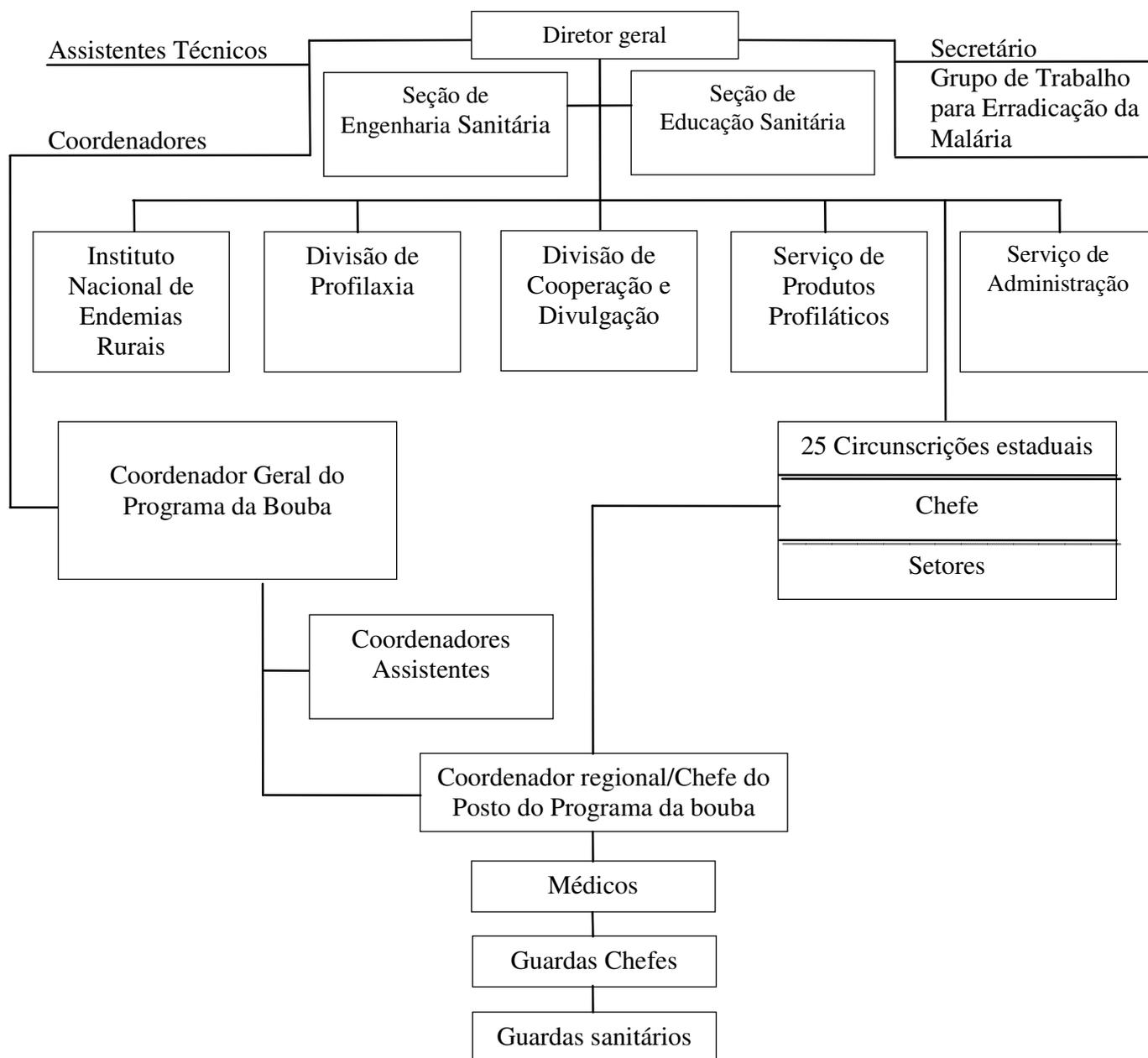
Não estavam quaisquer intervenções de caráter mais amplo nas condições de vida, habitação ou alimentação dos boubáticos e de seus familiares, assim como também não seriam realizados tratamentos de outras doenças encontradas entre os pacientes ou medidas que caracterizassem preocupações de largo alcance com a rotina em saúde disponível a essas populações rurais do Brasil.

As estruturas do DNERu e do *Programa da boubá* eram bastantes hierarquizadas e verticais, forma como as outras campanhas de controle ou erradicação de endemias rurais da época também se organizavam. A campanha contava com estrutura centralizada e coordenada em nível federal, como as demais campanhas desse período, sem vínculo com outros programas desse tipo. Para tal, possuía um coordenador geral, cargo ocupado por Felipe Nery Guimarães, e uma equipe em cada estado em que os trabalhos se desenvolviam. Assim, eram dois coordenadores assistentes, dezesseis médicos, vinte guarda chefes gerais, cem guarda chefes e quinhentos guardas que executavam a tarefa de organizar os serviços de aplicação de injeções nos boubáticos através das cem unidades volantes existentes. A equipe de guardas sanitários realizava os trabalhos nos domicílios, atendendo às ordens dos guardas chefes que respondiam aos médicos do posto. Esses médicos estariam subordinados ao chefe do Programa naquela circunscrição do DNERu.¹⁶⁵

¹⁶⁵ Cf. Organograma I. Em 1958 o DNERu contava com vinte e cinco circunscrições, as seguintes: Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Bahia, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Distrito Federal, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso, Rio Branco, Acre, Amapá e Rondônia. Cf. Decreto 43.174, de 4 de fevereiro de 1958.

Organograma I - Estrutura do Programa de Erradicação da Bouba e do DNERu¹⁶⁶

DEPARTAMENTO NACIONAL DE ENDEMIAS RURAIS



¹⁶⁶ Fonte: Lei nº 2.743, de 6 março de 1956 e Decretos nºs 40.870, de 7 de fevereiro de 1957 e 43.174, de 4 de fevereiro de 1958.

Para atingir a meta da erradicação em cinco anos, o grupo de trabalho temporário deveria dar conta de delimitar as localidades de maior incidência da doença no país e montar campanhas em cada região endêmica onde seriam estabelecidas as diretorias locais do *Programa*. Cada diretoria ficava subordinada à circunscrição estadual do DNERu e ao coordenador geral da campanha. Ainda em 1956, o DNERu delimitou a área endêmica e definiu a seguinte estratégia: os estados do Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Alagoas e Minas Gerais, por apresentarem maior incidência de casos, seriam totalmente cobertos pela campanha; Pará, Piauí, Bahia, Espírito Santo e Rio de Janeiro receberiam uma cobertura parcial, não abrangendo todas as áreas boubáticas, uma vez que possuíam menores números de doentes.¹⁶⁷

Cada diretoria local responsabilizava-se por unidades volantes que contavam com guardas sanitários, guardas chefes e médicos. Estes realizavam inquéritos que visavam agrupar as populações entre doentes portadores de boubá e populações de área endêmica. Aos boubáticos seriam prescritas as injeções de boubasilina e aos outros membros da família, crianças em idade escolar e vizinhança - chamados de contatos – também se indicaria o medicamento a ser ministrado em injeção com meia dose da concentração. Os guardas sanitários dessas unidades eram os responsáveis pelas aplicações de boubasilina no chamado tratamento em massa inicial (TMI), e pelas reinspeções realizadas meses depois da primeira aplicação das injeções, para verificação da permanência ou cura da doença nas localidades já visitadas.

A população que vivia na área endêmica, entre boubáticos e contatos, ultrapassava 7 milhões de pessoas segundo dados do DNERu, considerando o total de 66.302.271 da população brasileira em 1960.¹⁶⁸ Os números do curso da campanha inventariados pelo DNERu dão conta que ainda no primeiro ano da

¹⁶⁷ BRASIL. *Resenha do governo do presidente Juscelino...* op cit.

¹⁶⁸ Os dados populacionais são referentes a estatísticas levantadas pelo IBGE. Cf. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Anuário Estatístico do Brasil – 1960*. Rio de Janeiro: IBGE, v.21, 1960. Para os dados sobre quantidades de boubáticos e contatos ver BRASIL. *Resenha do governo do presidente Juscelino...* op cit. p.9.

campanha quase um milhão e 600 mil pessoas haviam sido examinadas e que em determinadas localidades o número de contatos tratados era quase o mesmo que o de doentes¹⁶⁹.

Tabela II – Atividades do Programa de Erradicação da Boubá (1956-1960)¹⁷⁰

Especificação	Municípios Trabalhados	Localidades Trabalhadas	Atividades				
			Prédios visitados	População examinada	Doentes tratados	Contatos tratados	Boubalisina consumida (M. U.)
TRATAMENTO INICIAL EM MASSA							
1956 (11 Estados)	140	12 729	374 994	1 598 477	137 519	129 356	271 186
1957 (12 Estados)	197	30 904	846 218	3 344 802	297 681	226 107	523 249
1958 (12 Estados)	150	28 485	587 598	1 951 878	79 652	82 008	162 235
1959 (15 Estados)	120	7 926	254 083	926 013	39 325	39 226	78 498
1960 (9 Estados)	78	2 520	97 281	334 589	29 338	11 107	40 445
1ª REINSPEÇÃO							
1957 (6 Estados)	142	20 431	537 025	1 996 600	37 727	27 578	65 312
1958 (7 Estados)	96	16 147	553 455	1 959 146	38 249	20 720	58 969
1959 (5 Estados)	42	7 087	153 335	473 533	9 982	3 898	13 880
1960 (4 Estados)	26	1 035	25 494	102 294	3 400	4 125	7 525
2ª REINSPEÇÃO							
1958 (4 Estados)	156	19 308	447 569	1 530 507	16 419	17 122	33 594
1959 (4 Estados)	45	8 326	198 755	686 392	17 928	5 479	23 407
1960 (2 Estados)	10	2 364	96 143	411 047	4 403	1 726	6 129
3ª REINSPEÇÃO							
1959 (4 Estados)	153	16 853	377 787	1 348 773	10 786	14 559	25 775
1960 (3 Estados)	9	853	38 379	148 227	448	411	859
4ª REINSPEÇÃO							
1960 (1 Estado)	10	75	2 752	12 688	108	261	369

A Tabela II indica o crescimento dos trabalhos em sua primeira fase (a do Tratamento Inicial em Massa) nos dois primeiros anos do *Programa*. Os índices das atividades de reinspeção dos pacientes após o segundo ano da campanha mostram que o acompanhamento da doença era necessário, uma vez que em alguns casos deveria haver novo tratamento de doentes e seus contatos, mesmo depois a primeira injeção. Em 1960, os dados do DNERu demonstram uma

¹⁶⁹ Cf. Tabela II.
¹⁷⁰

expressiva redução dos casos da doença em áreas antes consideradas endêmicas. A continuidade dos serviços do *Programa da Boubá* apresenta ainda o caráter itinerante da campanha, que deveria dar conta de diversos estados em permanente vigilância.

Essa expressiva quantidade de pessoas contaminadas ou em contato direto com doentes fez com que, no decorrer das atividades dos guardas sanitários do *Programa da boubá* outras questões além da aplicação das injeções de penicilina se colocassem como problemas. A necessidade de erradicar junto com a doença os hábitos que conduziram à possibilidade de contaminação dado o fácil contágio da boubá, era uma questão urgente. Assim, educar para transmitir as noções de higiene desejáveis fazia-se necessário, bem como mensurar o peso que os quadros de carências alimentares poderiam ter na recuperação dos doentes. É interessante observarmos de que forma essas questões colocaram-se no curso da campanha.

Pelo método das injeções de penicilina valorizou-se *a priori* o poder terapêutico daquela droga sem a necessidade de alterações nas condições de vida dos moradores das áreas endêmicas. Por esse pressuposto, deveria acontecer uma intervenção pontual, ou seja, apenas na causa clínica do adoecimento, agindo a penicilina como uma espécie de “bala mágica” para curar os doentes. A ideia de bala mágica foi defendida originalmente pelo alemão Paul Ehrlich (1854-1915), início do século XX.¹⁷¹ O conceito consiste em considerar que algumas substâncias químicas poderiam ser produzidas de modo que tivessem afinidades com receptores específicos causadores de determinadas doenças. Dessa forma, certos produtos terapêuticos combateriam somente um alvo específico deixando as demais células do organismo intactas, caracterizando-se, desse modo, como “balas mágicas”.

¹⁷¹ Ehrlich criou em 1910, o Salvarvan ou 606, método que foi considerado eficiente para o combate à sífilis, que assim como a boubá, aliás, também é doença causada por um treponema. Ehrlich é também considerado um dos precursores com tratamentos quimioterápicos. Cf. KROPF, Simone. op. cit. p. 72.

Apesar de datar do início do século XX, a expressão parece, no entanto, ter se popularizado no início da década de 1940, com o lançamento de um filme sobre a história das pesquisas do Dr. Ehrlich no combate à sífilis.¹⁷² Os produtos profiláticos definidos por Ehrlich foram amplamente utilizados pela saúde pública em tempos de “otimismo sanitário”; sendo assim, as novas terapêuticas para as doenças infectocontagiosas foram valorizadas como métodos que possibilitariam a erradicação de doenças¹⁷³.

Para os planos iniciais contidos no método do *Programa da boubá* a aplicação da “bala mágica” na forma de injeções de penicilina era o bastante para o tipo de intervenção específica pretendida entre os boubáticos das áreas rurais. A descoberta da penicilina em 1928 foi realizada pelo bacteriologista inglês Alexander Fleming (1888-1955). A notificação sobre o efeito de um fungo com ação bactericida do gênero *Penicillium* se deu em meio aos estudos de Fleming sobre os estafilococos, um tipo de bactéria patogênica comum na espécie humana e entre outros mamíferos. O aperfeiçoamento e uso da penicilina como antibiótico para infecções em humanos dataria, no entanto, de 1939, na ocasião da eclosão da Segunda Guerra Mundial. A produção em escala industrial aconteceu a partir de 1940 em função de aperfeiçoamentos obtidos por bacteriologistas ingleses.¹⁷⁴ Esse antibiótico passou a representar não apenas uma “bala mágica”, mas a possibilidade de cura de uma série de doenças temidas até então, como a tuberculose.¹⁷⁵

No Brasil, o Instituto Oswaldo Cruz parece ter sido uma das primeiras instituições a produzir o medicamento. O Instituto, através de sua Divisão de Microbiologia e Imunologia no Rio de Janeiro, dedicou-se a partir de 1943 ao

¹⁷² *Doctor Ehrlich's Magic Bullet*. Direção: William Dieterle. EUA: 1940. 103 min.

¹⁷³ Cf. BRANDT, Allan M. *No magic bullet: A social history of venereal disease in the United States since 1880*. New York, Oxford: Oxford University Press, 1987. p. 40,41.

¹⁷⁴ Cf. PORTER, Roy. “From Pasteur to penicillin”. In: *The greatest benefit to mankind: A Medical History of Humanity*. New York/London: W. W. Norton & Company, 1999.

¹⁷⁵ Cf. KROPF, Simone. op. cit. p.277.

fabrico da penicilina tanto na forma de ampolas injetáveis, com o produto purificado, quanto na forma bruta.¹⁷⁶ Houve razoável incremento na produção de penicilina do IOC ao longo da gestão de Henrique Aragão como diretor de Manguinhos sobretudo em função da importância internacional que esse antibiótico ganhou no período da II Guerra Mundial¹⁷⁷. Assim, essa penicilina que já era aplicada em casos de boubá era distribuída a uma série de hospitais civis e militares em vários estados brasileiros e também exportada para outros países sul-americanos, e para Portugal e Espanha.¹⁷⁸ Em 1950, o próprio Alexander Fleming visitou a fábrica de penicilina do IOC por ocasião V Congresso Internacional de Microbiologia realizado no Rio de Janeiro, evento organizado por Manguinhos.

No contexto da modernização e industrialização do governo JK, houve sensível incremento de serviços e programas de saúde que tinham por base a peniciloterapia, tendo sido estimulado o incremento produtivo da droga e liberada a sua importação por isenção de taxas aduaneiras.¹⁷⁹ Esse foi também o período em que medicamentos à base de penicilina passaram a ser utilizados em larga escala nas redes hospitalares brasileiras.¹⁸⁰

¹⁷⁶ Cf. COURA, José Rodrigues *et. alli.* op. cit. p. 74.

¹⁷⁷ Cf. INSTITUTO OSWALDO CRUZ. *Relatório dos trabalhos realizados durante o ano de 1944*, apresentado ao Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde, Dr. Roberval Cordeiro de Farias, pelo Dr. Henrique de Beaurepaire Rohan Aragão, Diretor. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1945. Biblioteca COC; _____. *Relatório dos trabalhos realizados durante o ano de 1945*, apresentado ao Diretor Geral do Departamento Nacional de Saúde, Dr. João de Barros Barreto, pelo Dr. Henrique de Beaurepaire Rohan Aragão, Diretor. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946. Biblioteca COC. Os relatórios comentam que no ano de 1944 a produção fora de cerca de 70 mil ampolas do produto purificado e 21 mil de penicilina pura, para distribuição.

¹⁷⁸ *Ibidem.* p. 277, 291—6.

¹⁷⁹ Alguns decretos e leis do poder executivo definiram pela isenção de impostos para importação da penicilina e de outros medicamentos como inseticidas e germicidas sem taxaço. Cf. Decreto nº 43.711, de 17 de Maio de 1958. “Consolida as disposições legais e regulamentares de que trata o decreto-lei nº 7.404, de 22 de março de 1945 e suas posteriores alterações.”; Lei nº 3.259, de 06 de Setembro de 1957. “Concede isenção de direitos aduaneiros de importação para a penicilina injetável, importada até 31 de dezembro de 1947”.

¹⁸⁰ Cf. MACHADO, Ricardson Miranda. *Prevalência das infecções hospitalares no Centro de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais*. Belo Horizonte, MG: Dissertação de mestrado defendida na Universidade Federal de Minas Gerais, 2006. p. 22.

Os experimentos com penicilina e as experiências dos programas de erradicação e controle em curso em outros países deram origem a um método que foi adotado para a campanha e que parecia de relativamente simples execução. Procedia-se a delimitação da área endêmica, em seguida, a montagem da equipe volante, a realização do Tratamento em Massa Inicial (TMI) nos boubáticos e contatos, e, por fim, as reinspeções nos doentes para certificação da cura da doença. Uma das etapas envolvidas na fase de montagem das equipes volantes diz respeito à formação de pessoal, e a seguir observaremos como se deu a preparação dos guardas sanitários envolvidos na campanha e as concepções sobre saúde e higiene presentes no *Programa da boubá*.

3.2. *Ser pobre não é ser sujo! As noções de saúde e higiene do Programa*

O treinamento do pessoal envolvido na campanha era de curta duração e objetivava alcançar êxito em temas que iam além dos ensinamentos das técnicas de esterilização e aplicação das injeções. Assim, noções básicas de clínica e epidemiologia, conhecimentos sobre a topografia da região pela qual a unidade volante seria responsável, leitura de mapas, preenchimentos de dados com fins estatísticos (fichas e boletins) e noções de higiene e proteção contra as doenças transmissíveis compunham o quadro de habilidades esperadas para o trabalho dos guardas sanitários que fariam o TMI e as reinspeções nos domicílios.¹⁸¹

Nesse treinamento foram veiculadas concepções de higiene que deveriam ser transmitidas a população alvo das ações do *Programa*. Materiais como cartazes e impressos foram utilizados como instrumentos na formação dos profissionais que atuariam em campo. Entre os materiais produzidos especialmente para o *Programa da Boubá* destaca-se uma cartilha para formação de guardas sanitários intitulada *Vamos acabar com a boubá no Brasil*¹⁸².

O impresso em três cores é uma pequena brochura com vinte e uma páginas, de uma linguagem objetiva e direta, com ilustrações e fotos explicando aos guardas sanitários que trabalhariam nas unidades volantes definições para a boubá do ponto de vista clínico e dos cuidados que se deveriam ter em todas as etapas para um sucesso da campanha. Assim, termos regionais usados para designar a doença como mofina, catita ou alueira ajudam a mostrar a importância da aproximação do guarda sanitário dos hábitos e costumes das populações pobres do interior do Brasil, as principais vítimas da boubá

¹⁸¹ Cf. DEPARTAMENTO NACIONAL DE ENDEMIAS RURAIS. "Boubá". In: *Endemias Rurais: Métodos de trabalho adotados pelo DNERu*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1968. p. 70. Museu da Funasa.

¹⁸² DNERU. *Vamos acabar...* op. cit. Ver Imagens 15, 16 e 17 do Caderno de Imagens.

Os tipos de contato entre pessoas que acarretariam na transmissão da doença e como administrar o tratamento indicado, além de um manual para as injeções de boubasilina, compõem parte desse material produzido pelo *Programa da Boubá*. Cada manuseio de agulhas, seringas e frascos com boubasilina, tudo detalhado; assim como a dosagem ideal a ser administrada para crianças, adolescentes e adultos indicadas em cada caso da doença, fosse ele de boubá recente, hiperqueratoses, boubá tardia, ou latente.

No contato com a boubá, expressivas são também referências aos bons hábitos higiênicos que deveriam ser transmitidos às populações sertanejas. Na cartilha de formação dos guardas sanitários do *Programa da boubá* a higiene assumia papel importante para o controle da doença. O foco na prevenção às feridas dos boubentos deveria dar-se, portanto, via intervenção nos costumes dos homens e mulheres do interior. Para o *Programa*, desde seus primeiros anos, só novos hábitos de higiene e novas condições de habitação pareciam ser a solução definitiva para o problema da boubá. Entre as recomendações dadas aos guardas sanitários, encontram-se as seguintes:

De fato é danada pra pegar nos pobres, mas não por eles serem pobres, mas sim porque eles não podem ter ou ainda não aprenderam os hábitos de higiene que protegem o senhor e a família: andar calçado, tomar banho com sabão todo dia, dormir em cama ou rede separados, passar iodo nos arranhões e ferimentos, ter a casa limpa, etc. Como o senhor vê, a boubá não adula os ricos. Estes é que sabem e podem se defender dela;

Aproveite a ocasião [da aplicação das injeções de boubasilina] para ensinar aos nossos irmãos do

interior as regras para uma vida melhor, com saúde e alegria.

*Mas não basta dizer. É preciso fazê-los compreender e aceitar, e, sobretudo, lutar pelos benefícios que essas regras representam! Elas são o primeiro passo para a entrada do homem na civilização.*¹⁸³

Desse modo, apesar de não comporem o núcleo do *Programa*, as preocupações com o meio ambiente, condições de higiene, transmissão de doenças e até mesmo alimentação dos sertanejos revelavam-se como reais empecilhos para o sucesso do trabalho das unidades volantes. Pelas concepções de higiene e saúde do *Programa da boubá*, a treponematose ficava diretamente relacionada à extrema pobreza, transformando-se em doença do sertanejo que jamais atacaria os ricos. Esta poderia sair da vida das populações rurais por meio de pequenas mudanças nos hábitos cotidianos de higiene, ou em outras palavras, como recomendava aos guardas a cartilha do *Programa*:

*Ser pobre não é ser sujo! Ensine-lhes o horror à sujeira, às moscas e outras pragas que invadem a casa da gente. Repita-lhes sempre essa quadrinha: Deus que é bom e ama a pobreza sempre a quer em boa limpeza*¹⁸⁴.

As orientações aos guardas indicavam para a importância que os mesmos atuassem como educadores sanitários frente à tarefa da difusão de hábitos de higiene. A eliminação dos maus hábitos dos pobres sertanejos era necessária para eliminar de vez a causa da perpetuação do problema da boubá. A reinspeção feita pelos guardas era a atividade que media a permanência de lesões infectantes entre

¹⁸³

Idem. p.1; 14.

¹⁸⁴

Idem. p. 17. Grifo nosso. Ver reprodução em Caderno de Imagens.

os doentes e eles atribuíam às medidas de educação sanitária a responsabilidade pelos ensinamentos de hábitos que possibilitariam a erradicação.¹⁸⁵

No período compreendido entre 1956 e 1961, a utilização da educação sanitária como medida para a área de saúde pública também já se empregava em outras campanhas ou serviços. A participação de cientistas sociais atuando diretamente nos cursos de formação dos profissionais da área de saúde, de materiais gráficos e audiovisuais e periódicos revelava a importância que o tema ganhava junto aos assuntos mais relevantes da saúde pública. Os cientistas sociais, por meio dos chamados estudos de comunidade buscaram a compreensão da mentalidade da população rural para qualificar a intervenção que se deveria fazer no modo de vida daquelas populações de modo a construir uma “consciência sanitária”¹⁸⁶.

A necessidade de conhecer os hábitos e costumes das populações rurais para compreender as formas de contaminação das doenças e realizar um maior planejamento já era tradição entre sanitaristas brasileiros. Ainda que de caráter bem distinto, viagens científicas foram empreendidas por médicos com objetivo de compreender os hábitos e costumes do sertão, notadamente o relatório da viagem de Arthur Neiva e Belisário Penna, publicado em 1916, e as pesquisas de Julio de Paternostro no Tocantins entre 1934 e 1938.

Como já citamos no capítulo anterior, o coordenador geral do *Programa da boubá*, o médico Felipe Nery Guimarães, havia realizado uma viagem científica

¹⁸⁵ Uma região era considerada livre de boubá quando a equipe de reinspeção encontrava índices menores que 0.2% de lesões infectantes entre os paciente que teriam recebido o tratamento em massa inicial. Cf. DEPARTAMENTO NACIONAL DE ENDEMIAS RURAIS. “Combate à boubá”. In: *Resultados alcançados pelo DNERu em 1966*; _____. “Combate à boubá”. In: *Resultados alcançados pelo DNERu em 1967*. Acervo Museu da Funasa.

¹⁸⁶ CARDOSO, José Leandro. “As ciências sociais e a educação sanitária no SESP: estratégias de convencimento interno”. In: XIII Encontro de História AnpuhRio Identidades. Disponível em http://www.encontro2008.rj.anpuh.org/resources/content/anais/1215545270_ARQ_UIVO_textofinalanpuh2008comresumo.pdf Acesso em 10 fev. 2009; CAMPOS, André. op. cit.

onde observou as atitudes das populações pobres que eram responsáveis pela transmissão de doenças. A visita que foi feita à romaria tinha por finalidade “obter dados sobre a incidência de endemias rurais entre os romeiros que acorrem do nordeste e centro do país”,¹⁸⁷ O artigo apresenta-se como um detalhado relatório do que foi visto no interior da Bahia por Nery Guimarães. As análises médicas que traçariam um quadro nosológico do sertanejo brasileiro surgem em meio às descrições da festa classificada pelo médico como “uma das mais típicas e tradicionais festas fanático-religiosas do Brasil”¹⁸⁸.

As ideias contidas no relato de Nery Guimarães coadunam-se com as recomendações da *Cartilha da boubá*. A premissa é que os nocivos hábitos de higiene e os costumes do interior representariam subjugação das pessoas do sertão e do atraso que viveriam em relação à cidade, ao conhecimento. O “fanatismo religioso” descrito pelo médico viajante e os hábitos que a cartilha intencionava mudar revelariam a pobreza e a ignorância do brasileiro do nordeste e do centro do país, homem repleto de doenças, a algumas delas a culpa era atribuída aos próprios doentes, pobres e sujos.¹⁸⁹ Outros fatores tidos como hábitos causadores de doenças eram as carências alimentares, problema que discutiremos agora.

3.3. A alimentação sertaneja: boubáticos e famintos.

Ao longo da execução da campanha, reforçou-se a noção de que algumas variáveis, além da rara resistência do organismo às injeções, influenciavam de fato na recuperação dos doentes. A alimentação do sertanejo também foi considerada um problema adversário à cura dos boubáticos e essa constatação se confirmou em campo pelos guardas sanitários do *Programa da boubá* que observaram que aquelas populações visitadas eram formadas por desnutridos e anêmicos. O tema da importância da alimentação para a recuperação de doentes e para um melhor

¹⁸⁷ Cf. GUIMARÃES, Felipe Nery. “Doenças encontradas... op cit. p. 211.

¹⁸⁸ Idem.

¹⁸⁹ Ver Caderno de Imagens.

estado geral de saúde do povo já era, aliás, problematizado no Brasil de uma forma mais visível científica e politicamente desde a década de 1930 e estabeleceu-se como problema para a saúde pública a partir da década de 1950.

O próprio Mário Pinotti, que esteve à frente do Ministério da Saúde de julho de 1958 a julho de 1960, passou a indicar que inquéritos e mais estudos sobre o regime alimentar dos brasileiros deveriam ser realizados. Em publicação de *Vida e Morte do Brasileiro*, que ganhou sua primeira edição em 1959, Pinotti considerou o assunto importante porque, para ele, “o consumo suficiente de alimentos adequado é a primeira linha de combate pela saúde do povo”.¹⁹⁰ Assim sendo, o cálculo das carências alimentares dos brasileiros deveria colocar-se como atividade fundamental para a saúde pública. Ao investigar os fatores gerais que afetariam a saúde no país, o ministro considerou que:

*(...) a alimentação está na base de todos os problemas de saúde. Valorizando o organismo ou reduzindo-o a um terreno débil, ao sabor das invasões microbianas ou de agentes maléficos de qualquer natureza, a alimentação é o ponto de partida para o êxito, na luta da saúde. Com boa alimentação o homem é uma presa mais difícil para o ataque insidioso ou ostensivo das doenças. (...) E dela [a boa alimentação] estão necessitadas as heroicas populações brasileiras, do interior ou das grandes comunidades urbanas, para garantia efetiva do progresso do país.*¹⁹¹

Esse discurso da alimentação como principal problema brasileiro encontrava-se em sintonia com o discurso científico-político dos médicos à frente

¹⁹⁰ Cf. PINOTTI, Mário. *Vida e morte do brasileiro (saúde e doença no Brasil)*. Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia: Civilização Brasileira, 1959. p. 36, 37.

¹⁹¹ *Ibidem*. p. 39

da nutrição brasileira, liderados por Josué de Castro¹⁹². Nota-se um afinamento de posições, além de Josué de Castro, outros médicos destacaram-se no debate sobre o problema alimentar do brasileiro, como Orlando Parahym e Jamesson Ferreira Lima.¹⁹³ Eles, problematizaram o estado de nutrição dos sertanejos, procuraram mostrar o valor nutritivo de alimentos brasileiros e bárbaros. Baseados em pesquisas laboratoriais, uma série de artigos publicados no periódico *Arquivos Brasileiros de Nutrição* apresentou os valores calóricos, vitamínicos e/ou minerais de óleos, grãos, raízes, sementes e cereais do sertão. Para o grupo representado por Castro, Lima, e Parahym alimentos cotidianos como feijão, farinha, milho, leite e frutas, e mesmo outros mais típicos do sertão como buriti, tucumã, óleo de patauá, pinhão, mucunã, macambira e sururu eram expoentes de riquezas naturais que poderiam inclusive ser aproveitados em nível nacional.¹⁹⁴

Os quadros de desnutrição e fome regional encontrados país afora ganharam maior visibilidade após a publicação, em 1946, de *Geografia da Fome* por Josué de Castro,¹⁹⁵ O livro é notadamente um de seus clássicos, traduzido de sua primeira edição até hoje em vinte e cinco idiomas. Nele, a fome coletiva é abordada na perspectiva do quadro natural e dos aspectos culturais da vida e alimentação dos grupos populacionais. Em seu livro, Josué de Castro estuda a temática da fome no Brasil, que é dividido em áreas de fome epidêmica, endêmica ou de subnutrição/carência de vitaminas.

¹⁹² O médico, geógrafo e sociólogo pernambucano Josué de Castro (1908-1973) – que havia sido membro do Comitê Consultivo Permanente de Nutrição da FAO a partir de 1947 e, posteriormente, presidente da mesma instituição entre 1952 e 1956 – obteve grande repercussão internacional pelos importantes cargos políticos que ocupou no engajamento no tema da fome mundial. Josué de Castro representou também uma significativa contribuição à bibliografia internacional que abordava o tema da fome até os anos 1950.

¹⁹³ Sobre o pensamento de Jamesson Ferreira Lima Cf. LIMA, Jamesson Ferreira. “A subnutrição do nordeste brasileiro”. In: *O Hospital*. v.49. n.6. jun. 1956.

¹⁹⁴ Cf. VASCONCELOS, Francisco de Assis G. “Os Arquivos Brasileiros de Nutrição: uma revisão sobre produção científica em nutrição no Brasil (1944 a 1968)”. In: *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: 15 (2): 303-16, abr-jun, 1999. p. 310

¹⁹⁵ CASTRO, Josué de. *Geografia da Fome: o dilema brasileiro: pão ou aço*. Rio de Janeiro: Edições Antares, 1984. 10.ed.

As questões relativas às ciências nutricionais nesse período de otimismo sanitário também ressoavam no panorama dinâmica internacional desde 1935 na Liga das Nações ganhando continuidade com a criação da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação, (FAO) em 1945. É importante observar que entre a Liga das Nações e a FAO houve importante diálogo de ideias com cientistas brasileiros, sendo criados órgãos nacionais para gerirem atividades de pesquisas inquéritos e formação de pessoas para atuarem na área de saúde pública tratando das carências alimentares dos brasileiros.

Os estudos publicados por Josué de Castro acionaram um eixo de compreensão que o autor chamou de biológico-social. Ele e seus pares da intelectualidade em nutrição mantiveram uma coerência com as ideias internacionais, auxiliando a politização do tema da fome.¹⁹⁶ Por essa contribuição incluiu-se o pressuposto da resistência e da dificuldade de recuperação de algumas doenças, entre elas a boubá,¹⁹⁷ considerando que em função de problemas nutricionais, haveria perpetuação dos quadros de doença pelo país. A ideia de promoção da saúde pela alimentação apesar de ter seguido como proposta vitoriosa nos congressos médicos dos anos 1940 e 1950, não parecem, entretanto, ter atingido as populações rurais de forma significativa.

Castro considerava em seu estudo que as carências nutricionais e quadros de fome encontrados no sertão nordestino - que era uma área considerada de

¹⁹⁶ Referimo-nos especialmente ao grupo que publicava no periódico *Arquivos Brasileiros de Nutrição*, publicação que desde 1944 era mantido pelo Instituto de Nutrição da Universidade do Brasil. Entre os artigos que trataram dos problemas de desnutrição e fome nos sertões no período do *Programa* podemos citar: Resenha ao artigo de BATISTA, Everaldo de Lima. "Alimentação e hábitos alimentares do sertão alagoano". In: *Revista Brasileira de Medicina*. set. 1958. In: *Arquivos Brasileiros de Nutrição*. v. 15. n.1. 1959. jan-jun. p. 80-90; "Editorial: O problema alimentar e o subdesenvolvimento do nordeste brasileiro". In: *Arquivos Brasileiros de Nutrição*. v. 14. n.2. 1958. jul-dez. p.5-8; "Editorial: Fome – dura realidade." In: *Arquivos Brasileiros de Nutrição*. v. 13. n.2. 1957. jul-dez. p.5-8; Resenha ao artigo de BARRETO, João de Barros. & BORGES, Pedro. "A alimentação racional do nordeste brasileiro". In: *Arquivos Brasileiros de Nutrição*. v. 12. n.2. 1956.

¹⁹⁷ Cf. CASTRO, Josué; LUZ, Helio de Souza & BORGES, Pedro. "Pesquisa sobre o estado nutritivo dos escolares do Distrito Federal". In: *Arquivos Brasileiros de Nutrição*. Tomo 6. n.1. 1949. jan-fev. p.39. Castro e associados consideraram altos os índices de hiperqueratose (sintoma da boubá em seu estágio terciário) entre meninos e meninas com índices variando de 8 a 10% entre os estudantes das escolas municipais visitados no então Distrito Federal.

epidêmica - interferem diretamente no metabolismo dos sertanejos debilitando-nos no trabalho e na saúde. Dessa forma, diversas doenças seriam causadas ou severizadas por carências alimentares, tais como: diarreias, oftalmias leves e agudas, manchas cutâneas e verminoses; e outras tantas como o beribéri, a varíola e malária, e por isso, tinham na alimentação ponto fundamental na recuperação de doentes. Sobre o caráter devastador de algumas doenças, entre elas a boubá, e seu agravamento provocado pela má alimentação considerou que:

*De tifo, de disenteria, de boubá, de tuberculose, de paludismo vão as populações de retirantes se rarefazendo num bárbaro processo de reequilíbrio da situação econômica das regiões superpovoadas com sua abrupta invasão*¹⁹⁸

Os dados que citam a boubá como parte desse quadro nosológico traçado por Josué de Castro fazem referência principalmente aos trabalhos de um colaborador, Orlando Parahym (1911-1999). Os levantamentos realizados pelo também médico e pernambucano que se dedicou em suas pesquisas a investigar os estados de adoecimento e morte dos sertanejos em função da fome e da desnutrição contribuíram para a elaboração de conceitos e do mapa da fome no Brasil, consagrados por Castro e por outros cientistas da nutrição.¹⁹⁹

O papel da colaboração entre Castro e Parahym para os estudos sobre a dieta alimentar sertaneja e sobre as doenças no Brasil está presente também em *Geografia da Fome*. Josué de Castro, ao citar detalhamentos e análises dos componentes alimentares e calorias necessárias ao metabolismo que caracterizariam os hábitos dos povos habitantes das áreas de fome epidêmica, cita

¹⁹⁸ Ibidem. p. 240.

¹⁹⁹ Segundo uma biografia de Parahym escrita por Raimundo Carrero, a colaboração entre os dois autores teria se dado com grande troca intelectual e debates sobre questões relacionadas à alimentação dos brasileiros. No prefácio do livro, o pesquisador Geraldo Pereira conta que Orlando Parahym teria dado acesso aos seus acervos pessoais, anotações e fichamentos a Josué de Castro, parte do material que informou Castro para descrever a dieta sertaneja em *Geografia da Fome*. Cf. PEREIRA, Geraldo. "Prefácio". In: CARRERO, Raimundo. *Orlando Parahym: o arco e o escudo*. Recife: Assembléia Legislativa do Estado do Pernambuco, 2001. p. 11

que as pesquisas realizadas por Orlando Parahym são sua principal fonte, e considera que o conterrâneo seria responsável por “um dos estudos mais sérios já realizados” sobre o tema.²⁰⁰

Parahym que foi professor da Faculdade de Medicina e do Instituto de Higiene do Nordeste, ambos da Universidade do Recife (hoje Universidade Federal de Pernambuco), foi também secretário estadual de saúde e dedicou anos de sua carreira à assembleia legislativa daquele estado. Como deputado discursou por vezes sobre os males da pobre alimentação dos pernambucanos e em outras ocasiões falou sobre a essência do sofrido nordestino que não abandonava a sua cordialidade, apesar da labuta cotidiana, como por exemplo, ao dizer que:

*O sertanejo é afetuoso, é sincero, é cordial. Se há no Brasil, se pode haver uma criatura ou tipo de gente, um grupo antropológico, ou melhor, sociológico, chamado homem cordial, é no sertão que você vai ver.*²⁰¹

Com caracterizações como esta, o médico retratava aquele nordestino cordial e sofrido com sua dieta pobre em vitaminas. Orlando Parahym entendia que a boubá e as endemias rurais eram agravadas pela carência nutricional das populações rurais, sendo algumas delas, como o bócio, por exemplo, classificadas de doenças carenciais, ou seja, causadas pela falta específica de alguma vitamina ou mineral.²⁰² Dessa forma, o estudo das alterações metabólicas, lesões e distúrbios fisiológicos ocasionados pela ausência de fatores no organismo humano,

²⁰⁰ Cf. CASTRO, Josué. *Geografia da Fome. op cit.* p. 193. Castro enumera algumas das publicações de Parahym contando de suas pesquisas em Pernambuco, destacando principalmente as seguintes publicações: PARAHYM, Orlando. “O problema alimentar do sertão”, 1940; _____. “A vitamina C na alimentação sertaneja”, 1941”; _____. “O desenvolvimento físico dos escolares salgueirenses em face da alimentação do operário sertanejo durante a seca”. In: *Revista Médica Panamericana*, v.1. n.4. Recife, 1945.

²⁰¹ Cf. PARAHYM, Orlando. In: CARRERO, Raimundo. *op. cit.* p. 33.

²⁰² Cf. PARAHYM, Orlando. *Pequena história das vitaminas*. Recife: Universidade do Recife/Imprensa Universitária, 1963. Nesse livreto o autor comenta como a vitaminologia, como ciência de meio século, poderia contribuir para o tratamento das doenças.

conduziria a um conhecimento capaz de assessorar as campanhas e programas de controle e erradicação de doenças:

*A importância do diagnóstico das carências nutricionais muito particularmente em nosso país, em cujo quadro geográfico se inscrevem áreas extensas de subnutrição e de fome terá sempre o médico de achar-se em dia com a sintomatologia denunciadora dos mais graves desequilíbrios nutricionais.*²⁰³

As carências alimentares dos nordestinos aparecem como tema tanto das obras do autor específicas sobre questões nutricionais quanto em publicações sobre as doenças do sertão, e como o quadro nutricional era variável que interferia no acometimento e na recuperação dos doentes.²⁰⁴ Sobre o fenômeno biológico-social da fome comentou:

A fome é, sem dúvida nenhuma a mais dramática das consequências da seca. Dela decorre não só a sintomatologia típica das carências alimentares já conhecidas como também uma acentuada redução da capacidade de defesa orgânica em face dos agentes infecciosos, bacterianos e parasitários. Conhecidos os índices sanitários muito desfavoráveis que se registram no nordeste, não é difícil compreender que a pobreza orgânica resultante da desnutrição crônica ou das exacerbações cruciais da seca, desvaloriza o terreno biológico ante as

²⁰³ Idem. p. 23.

²⁰⁴ Orlando Parahym é autor de uma série de títulos sobre o tema da alimentação sertaneja, entre eles: *O Problema Alimentar no Sertão*. Recife, 1940; *A Vitamina C na Alimentação Sertaneja*. Recife: Departamento de Saúde Pública 1941; *Adaptação Visual entre os Sertanejos Nordestinos*. Recife: Departamento de Saúde Pública, 1944; *ABC da Alimentação*. Recife: Secretaria de Educação, 1945; Parahym, Orlando. "O problema alimentar no sertão nordestino: a eugenia através da alimentação racional" *Arquivos Brasileiros de Nutrição*. v. 1. n.1. 1944. mai. p.23.

*múltiplas endemias que secularmente assolam a região.*²⁰⁵

Ao tratar do tema da evolução clínica da bouba no Brasil e em Pernambuco, Parahym considerou que para maior eficácia terapêutica da penicilina o regime alimentar “deverá ser o mesmo pródigo em proteínas de alto valor biológico (carne, peixe, leite, ovos, queijo)”.²⁰⁶ E sobre a importância de uma dieta rica para precaução da doença o médico novamente verbalizou o discurso do coletivo de intelectuais da nutrição dos quais fazia parte, e considerou “a subalimentação o maior fator predisponente ao contágio da bouba”.²⁰⁷

O que estudos como os realizados por Orlando Parahym, Josué de Castro e o livro de Mário Pinotti sugerem é que o regime alimentar das populações rurais foi preocupação contemporânea aos serviços do *Programa da bouba*. O que não quer dizer que essa tenha sido alguma diretriz ou forma de ação da rotina dos médicos e guardas sanitários. Em relato de um funcionário do DNERu da circunscrição de Minas Gerais nota-se o tratamento que fora dispensado aos casos de desnutrição e anemia no *Programa da bouba*:

Em certa época, no córrego Conceição, município de Frei Gaspar (...), uma família de Boubáticos, acometida com Boubá recente, havia sido medicada pelo guarda, há mais de 15 dias. Eram dez pessoas. Oito ficaram curadas e duas meninas permaneciam com Framboezomas. Foi feita, então, nova injeção de Benzetacil [penicilina de ação retardada]. Passados vinte dias, o pessoal foi à localidade para verificar os resultados. Surpreendentemente as meninas não tinham sido curadas!... Diante do exposto, o

²⁰⁵ PARAHYM, Orlando & LIMA, Jamesson. “Alimentação e saúde pública na área da seca”. In: *Arquivos Brasileiros de Nutrição*. v. 16. n.1. 1960. jan-jun. p.83-4.

²⁰⁶ PARAHYM, Orlando. *Endemias Brasileiras*. Recife, PE: Universidade do Recife/Imprensa Universitária, 1961. Coleção Nordeste. p. 259

²⁰⁷ Idem.

Coordenador da Campanha, Dr. Edward Ferreira Carvalho, foi pessoalmente verificar o que estava acontecendo. Algumas hipóteses foram admitidas: Seria resistência do Treponema Pertenuae à Penicilina? Ou falta de resistência do organismo? Examinando as pacientes, foi constatado um estado de anemia e subnutrição, pois, chegando a hora do almoço, foi observado que a alimentação da família consistia, exclusivamente, de farinha de mandioca e água! Foi feito um tratamento à base de vitaminas, vermífugo e Sulfato Ferroso. Dias depois, nova injeção de Benzetacil foi aplicada. No mês seguinte, em visita à localidade, foi possível verificar que as lesões tinham desaparecido e as meninas estavam completamente curadas.²⁰⁸

O trecho, que chama o antibiótico à base de penicilina pelo nome comercial de Benzetacil, apresenta que outros elementos além das injeções compunham o quadro com o qual se deparavam os profissionais do *Programa da boubá*. Assim, além da orientação para que os guardas também atuassem como educadores dos bons hábitos de higiene e na produção de material educativo, outras questões - notadamente as relativas à alimentação das populações rurais - reorientaram de alguma forma as práticas do *Programa*. O que a consideração acima sobre o caso da família de boubáticos do município mineiro de Frei Gaspar²⁰⁹ apresenta, no entanto, é que o tipo de intervenção em quadros de desnutrição aguda e presença de verminoses era do mesmo tipo de ação que consagrou o espírito da campanha para erradicação da boubá, o “otimismo sanitário”.

²⁰⁸ Cf. MORAES, Hélio Fernandes. *SUCAM*. op cit. p. 380-90.

²⁰⁹ Hélio Moraes fora secretário do diretor do nacional do DNERu no Rio de Janeiro. Cf. MORAES, Hélio Fernandes. *Depoimento ao autor e a Gilberto Hochman para o projeto Políticas Nacionais e Programas Internacionais de Saúde em Perspectiva Histórica e Comparada (Brasil, 1958-1973)*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/ Papes V/CNPq, 2009. No depoimento oral Hélio também descreve o caso da família de boubáticos e conta que o procedimento de prescrição de vermífugos e vitaminas, sem alteração na dieta alimentar cotidiana dos pacientes era a prática do DNERu.

Embora se considerasse que os fatores socioeconômicos seriam os principais causadores dos problemas nutricionais pelas suas características – baixa renda, alto custo de vida, insuficiência de alimentos adequados para suprir o mercado interno e problemas de distribuição – recomendava-se muitas vezes a educação alimentar, buscando uma otimização do estado alimentar dos brasileiros, e como conseqüência uma maior proteção contra doenças. Essa prática de valorização dos serviços educativos para melhor nutrição não foi, no entanto, a solução adotada para as populações analisadas no presente trabalho.

Na história da família que não reagia favoravelmente à penicilina observamos o tipo de atitude tomada mediante os quadros de fome e pobreza encontrados pelos guardas sanitários: prescreveu-se sulfato ferroso, vitaminas e remédios para vermes. Esse tipo de intervenção, quando necessária, deu-se somente por meio de medicamentos, comprimidos que dessem conta de sanar, ainda que temporariamente, as carências nutritivas ou imunológicas dos pacientes tratados. Porém, não foi prática rotineira do *Programa* ações que visassem melhor orientar a alimentação dos sertanejos.

3.4. Sobre problemas, resistências e adaptações no campo

As equipes de trabalho das unidades volantes e as circunscrições do Departamento Nacional de Endemias Rurais eram responsáveis por uma série de relatórios, inquéritos e preenchimentos de laudos a serem sintetizados pela direção do DNERu, dando conta da situação da boubá no país. O Departamento à época publicava compilações prestando contas financeiras e de atividades desenvolvidas pelas campanhas em saúde pública pelas quais era responsável.²¹⁰ Nesses relatórios é possível observar como as circunscrições e diretorias locais do *Programa* lidaram e resolveram questões e problemas que surgiram com o no decorrer da campanha.

No curso das atividades das campanhas do DNERu uma série de dificuldades colocou-se para o prosseguimento dos serviços. Problemas como baixos salários, escassez de material, falta de manutenção de equipamentos e diferenças de remuneração e de benefícios pagos entre os programas são alguns dos que foram considerados pelos chefes do DNERu nos estados.

Em carta endereçada ao diretor geral do DNERu, o chefe da circunscrição Minas Gerais daquele órgão, dr. Raimundo Siébra de Brito,²¹¹ reclamava das dificuldades enfrentadas no cotidiano dos serviços e campanhas, sendo a principal delas a contratação de pessoal, em função da baixa remuneração oferecida. Além disso, a variação do salário mínimo entre as diferentes campanhas também representava problema que não fazia sentido na visão de Brito:

²¹⁰ Entres alguns dos relatórios que prestaram contas do Programa da boubá em nível estadual ou nacional, constam: DNERu. "Campanha contra a boubá". In: *Relatório Anual da Circunscrição Rio de Janeiro apresentado pela turma de Estatística*. s/d. Museu da Funasa; _____. *Circunscrição Minas Gerais. Endemia Rural – Boubá. Relatório das atividades do ano de 1956*. p.69-72. Museu da Funasa.; _____. "Campanha contra a boubá – Plano de Trabalho para 1958". In: *Manual de Administração*. Serviço de Administração, 1958. p.220-225. Museu da Funasa.

²¹¹ Raimundo Siébra de Brito atuou no Serviço Nacional de Peste nos anos 1940 passando pelos estados da Bahia, São Paulo e Minas Gerais. Chegou a Belo Horizonte em 1950, onde foi por vários anos chefe da circunscrição do DNERu e, posteriormente, Diretor Regional em Minas da SUCAM. Cf. BRITO, Raimundo Siebra de. *Caçando rato e matando mosquitos: Impressões de um sanitarista*. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1986. p. 7, 8. Biblioteca COC.

O DNERu é uno, não entendemos porque cada campanha atribui um salário básico diferente para o contrato. Aqui mesmo, dentro da própria circunscrição, temos três tipos de salários-mínimos: Boubas – 4.100,00; Tracoma – 5.100,00; Chagas e outras endemias – 3.850,00²¹².

O chefe da circunscrição mineira do DNERu prossegue em sua carta enumerando ainda outros problemas e obstáculos vividos pelo pessoal em campo. Segundo Raimundo Brito, faltariam àquela seção: duzentos guardas chefes (pois disporiam apenas de dez); material de trabalho (como inseticidas), e viaturas em bom estado de conservação²¹³. Para Brito, o serviço público apresentava dificuldades frequentes desconhecidas apenas por “quem nunca administrou”²¹⁴ algum órgão desse tipo. O chefe questionava também a eficiência dos serviços em função do grande número de municípios atendidos naquela região²¹⁵ e do grande número de endemias que se pretendia tratar.

Vimos assim [com as dívidas geradas pela circunscrição], com grande desprazer, tumultuando nosso trabalho, e pior ainda, o nome e o crédito do DNERu, abalados em vastas zonas de nosso Estado. Não é demais salientar o que já confidenciei à diretoria, que vários chefes de setores fizeram adiantamentos vultuosos do próprio bolso afim de que não se modificasse o ritmo da campanha com prejuízo

²¹² BRITO, Raimundo Siébra. “Carta ao diretor geral do DNERu.” In: DNERU. *Relatório Anual 1959*. Museu da Funasa. p. 5.

²¹³ Ididem. p. 3.

²¹⁴ Cf. BRITO, Raimundo. *Caçando rato...* op. cit. p. 65.

²¹⁵ A circunscrição Minas Gerais atendia 440 municípios em 1959. Além de cidades mineiras, o *Programa da boubas* também realizava trabalhos na “zona contestada”, uma região de 10.000 km² e cerca de 200.000 habitantes em área de divisa entre os estados de Minas Gerais e do Espírito Santo. Cf. Carvalho, Edward Ferreira. “Endemia – Boubas”. In: DNERu. *Relatório Anual 1959*. Museu da Funasa. p. 180.

*da produção. Trata-se, sem dúvida, de um gesto que enobrece e reflete um extraordinário espírito público forrado de exaltador idealismo da causa que abraçaram. Entretanto, não é um método que possa incorporar-se às normas de boa administração sanitária*²¹⁶.

Os problemas em equipamentos, no repasse de verbas e nos salários parecem também ter comprometido a saúde e as condições de trabalho dos próprios guardas sanitários. Em um dos relatos de um livro de memórias de Raimundo Brito, o médico narra um episódio dos tempos das campanhas do DNERu mineiro, onde a polícia do município de Itabiro teria detido guardas sanitários:

*(...) a polícia de Itabiro trancafiara todos os elementos de uma turma de guardas que chegara às imediações da cidade, por suspeita de perigosos bandidos e assaltantes de estradas. De fato, pela aparência a polícia tinha justificativa. Nosso pessoal estava mal vestido, pessimamente calçado, desnutrido, sem documentação bastante nem cobertura capaz.(...). Era agosto. Nosso pessoal ainda não havia visto a cor do dinheiro do governo.*²¹⁷

Além dos problemas vividos pela administração do *Programa* outros ajustes parecem ter sido necessários a partir do trato diário com as famílias das áreas endêmicas. O secretário do diretor geral do DNERu, Hélbio Moraes, nos conta em depoimento que as aparentes divisões salariais e de atribuições entre programas do DNERu pareciam ter outra dinâmica de funcionamento, uma vez que, em campo, os guardas sanitários não realizavam profilaxia para apenas uma endemia,

²¹⁶ Brito, Raimundo. *Carta...* op. cit. p. 2

²¹⁷ Brito Raimundo. *Caçando rato*. op. cit. p. 66, 67.

mas por vezes acabavam, - à parte as diferenças dos salários base - realizando atividades de outros programas ou de rotina em saúde.²¹⁸

Nesses atendimentos, que em algumas localidades seria o único contato da população com profissionais de saúde, os guardas realizavam consultas além das aplicações de injeções. Em relatório referente às atividades da circunscrição mineira do DNERu no ano de 1957, o chefe do posto da campanha da boubá, dr. Levi Queiroga Lafetá, ponderava que com as aplicações de penicilina o *Programa* não beneficiava somente os boubáticos e contatos, mas “também portadores de um variado número de doenças cutâneas”.²¹⁹

As injeções, aliás, por serem do tipo intramuscular, eram muito mais dolorosas do que a maioria das vacinas e injeções de que se tinha conhecimento, o que causaria estranheza e resistência na ocasião da chegada das equipes do *Programa* a algumas áreas endêmicas. Em artigo sobre as normas técnicas para a aplicação da injeção intramuscular de penicilina nas campanhas contra treponematoses, os pesquisadores John Hackett, que teria publicado e colaborado com Felipe Nery Guimarães, e W. Göckel enumeraram as questões que se apresentavam para a aplicação das injeções em campo. Além da ênfase na limpeza, esterilização das seringas e o devido armazenamento de todo material necessário, foi dada especial ênfase ao processo de ministração da injeção que poderia, em alguns casos, ser dolorosa e apresentar sangramento de algum vaso sanguíneo no momento da penetração da seringa no músculo²²⁰. Hackett e Göckel lembraram ainda da preferência que se deveria dar às nádegas, numa tentativa de minimizar a dor da injeção e a possibilidade de inchaços e sangramentos²²¹.

²¹⁸ MORAES, Hélbio Fernandes. *Depoimento ao autor...* op. cit.

²¹⁹ LAFETÁ, Levi Queiroga. “Endemia Boubá”. In: DNERU. *Relatório Anual de 1957...* op. cit. p. 2. Museu da Funasa.

²²⁰ Cf. HACKETT, C. D. & GÖCKEL, C. W. “Instrumental y tecnica de la inyeccion intramuscular en las campañas de tratamiento colectivo de las treponematosis”. In: BOSP. Jul. 1959, p. 31.

²²¹ Ibidem. p.30-2. É possível que tenham ocorrido acidentes com as condições de aplicação das injeções tais como choques, reações alérgicas e transmissão de doenças por

Não há dados estatísticos efetivos de reações ao tratamento com penicilina aplicada à boubá. Hélio Moraes lembra apenas de uma menina que teria falecido após a aplicação das injeções. As reações mais comuns registradas desde os anos 1950 parecem ser erupções cutâneas, coceiras e edemas na pele. Atualmente, o Ministério da Saúde considera que só haja reação em 2% dos casos, e mais raramente pode ocorrer o choque anafilático (uma reação alérgica grave e imediata), o que ocorre numa média 0,5 a 1/100.000 casos.²²²

Em alguns relatórios, a direção do DNERu reconhece que a campanha apresentou algumas dificuldades institucionais. A irregularidade na remessa de recursos, atrasos de pagamentos, diferença de salários entre programas e dificuldades de penetração em algumas áreas da doença foram considerados fatores que atrasaram o andamento da campanha em escala nacional²²³.

3.5. Depois de 5 anos e depois de 1961...

Como vimos, os fatores externos à influência da ação das injeções da penicilina não só eram conhecidos, registrados e considerados, como reorientaram atividades em curso do *Programa da boubá*. O método de realizar um tratamento com dose única do medicamento e visita posterior para averiguar a cura não foi alterado, havendo mudança durante os primeiros cinco anos da campanha apenas quando, a partir das respostas dos organismos das populações, os quadros de verminoses, fome e desnutrição impediram que os doentes se restabelecessem.

O próprio presidente Juscelino ao avaliar a execução dos serviços do *Programa da boubá* na mensagem de abertura de seu último ano de mandato ao Congresso Nacional lembrou dos outros elementos que possibilitaram a cura dos

problemas de esterilização do material, o que não foi possível mensurar nos registros do material consultado pela pesquisa.

²²² Cf. Portaria nº 156, de 19 de janeiro de 2006. “Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica à saúde e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

²²³ Cf. DNERU. *Combate a Endemias Rurais...* op. cit. p. 34-5.

boubáticos. Juscelino Kubitschek ao enaltecer os avanços da campanha, lembrou que não bastavam as injeções de penicilina para que aqueles doentes fossem curados:

*Até agosto de 1959, trabalhou-se em 402 municípios, havendo sido medicados 1.000.000 de pessoas. No Nordeste e em Minas Gerais onde existiam os maiores focos a doença se encontra sob a forma residual, dependendo a sua eliminação em grande parte, da melhoria do nível de vida das populações rurais atingidas.*²²⁴

A noção da influência que a cultura e as condições nutricionais ganhavam junto à recuperação dos pacientes delimita a visão dos valores da saúde pública da época. O que cabe ajustarmos talvez ao que se costuma convencionar de tempos do “otimismo sanitário”, é que nesse período dos anos 1950, a pobreza e as condições de vida também eram fatores considerados pelos sanitaristas, como no caso do *Programa da boubá*. A conclusão de que é necessário mais que a aplicação de uma injeção para curar a boubá conforme havia anunciado JK em seu programa de governo não é algo posterior e que tivesse surpreendido os médicos.

Os balanços e relatórios do DNERu e do Ministério da Saúde em 1961 comentaram o esforço que havia sido os cinco primeiros anos da campanha a contra boubá. Naquele momento, encerrado o governo JK o serviços de combate à boubá prosseguiriam com o mesmo método consagrado pelo Programa da boubá. No estado do Rio de Janeiro, por exemplo, 7.944 boubáticos e 388 contatos haviam sido tratados no ano de 1960. Os casos foram registrados principalmente entre os moradores da Região dos Lagos e do Norte e Noroeste Fluminense,

²²⁴ Cf. OLIVEIRA, Juscelino K. *Mensagem ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República na abertura da Sessão Legislativa de 1960...* op. cit p. 285. Grifo nosso.

principalmente nas cidades de São Pedro d'Aldeia, Macaé, Campos, Casimiro de Abreu e Itaperuna.²²⁵

Em 1966, prosseguia a realização de inquéritos, TMI, e reinspeções em toda a região de boubá endêmica do país, ainda que o número de doentes fosse bem menor que os da época do *Programa*. O DNERu considerou naquele ano que a boubá tinha “queda da prevalência a níveis inferiores a 0,2% de lesões infectantes”, tendo sido tratadas naquele ano 14.506 pessoas em 131 municípios brasileiros. O pessoal que realizou a reinspeção tratou de 3.555 doentes em 46 municípios.²²⁶ Nesse ano, aliás, as atividades anti-endêmicas para a boubá foram assim observada pelo Ministério da Saúde:

*A campanha contra a boubá, que já se encontra numa fase adiantada de execução, praticamente em vias de erradicação, reduziu consideravelmente o número de tratamento da treponematose, em consequência, aumentou substancialmente o número de atividades de reinspeção.*²²⁷

No ano de 1967, por ocasião da visita de Sven Christiansen, representante da Organização Mundial da Saúde, foi constatada a erradicação da boubá em Minas Gerais - que havia sido a maior região endêmica - por aquela agência internacional²²⁸. No início dos anos 1970 a recém-criada Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM)²²⁹ passou a ser responsável por “quaisquer atividades de erradicação e de controle de endemias, em todo território

²²⁵ Cf. DNERU. “Campanha Contra a Boubá”. In: *Relatório Anual da Circunscrição RJ apresentado pela Turma de Estatística*. 1960. Museu da Funasa.

²²⁶ Cf. DNERU. *Resultados alcançados pelo DNERu em 1966*. p. 19. Museu da Funasa.

²²⁷ Cf. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Endemias Rurais. Política de Saúde II*. Rio de Janeiro: 1966. Museu da Funasa.

²²⁸ MORAES, Helbio. *SUCAM...* op. cit. p. 380.

²²⁹ A Sucam foi criada em 1970 pelo Decreto n.º 66.623 de 22 de maio de 1970. O novo órgão passou a gerir as funções que cabiam ao DNERu e às campanhas de erradicação da malária e da varíola. Mais tarde, em 1990, a SUCAM passaria a administrar também as funções da Fundação SESP.

nacional por meio de campanhas específicas”. Desse modo, realizou as atividades de controle da bouba nas áreas que considerou ser “de mais difícil acesso”. Em 1971, os serviços prosseguiram em fase de Tratamento de Massa Inicial em 4 estados brasileiros; no ano de 1972, 1.124 pessoas foram tratadas, além de 916 contatos; fora as reinspeções que em 1973 examinou 41.968 pessoas nos estados do Acre e do Espírito Santo.²³⁰

Por conta da facilidade de tratamento com a penicilina e antibióticos de baixo custo, o número de doentes no mundo diminuiu de 50 milhões de casos em 1952 para 2,5 milhões em 1964, ou seja, redução de 95%. Nos anos 1970, entretanto, observou-se retorno da doença em diversas localidades, e novos incentivos a programas de erradicação e controle surgiram na OMS distribuídos pelos países que identificaram os maiores índices.²³¹

No continente americano, países que haviam dado a doença como erradicada ou controlada no início dos anos 1960 voltaram a apresentar casos de transmissão da doença na década de 1970, em algumas comunidades do Brasil, Colômbia, Equador, Haiti, Peru, Santa Luzia, São Vicente, Guiana e Suriname²³². Ainda segundo dados da OMS, em 1995 haviam sido diagnosticados 460 mil casos sendo 400 mil na África, 50 mil no Sudeste Asiático e os demais espalhados em outras regiões tropicais do mundo. No Sudeste Asiático, a bouba permanece na pauta da agenda e tem sua erradicação com meta a ser atingida em 2012. Na Índia não se detectam casos desde 2004.²³³

²³⁰ Cf. SUCAM. “Outras Endemias”. In: *Atividades de Campanhas de Saúde Pública – 1971-1973*; SUCAM. *Campanha contra a bouba (1969-1973)*. Museu da Funasa.

²³¹ ASIEUDU, Kinsley et alii. “Yaws eradication: past efforts and future perspective”. In: *Bulletin of the World Health Organization*. 2008, 86 (7). p. 499; World Health Organization. “Yaws: a forgotten disease”. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs316/en/>> Acesso em 08 abril 2009.

²³² HOPKINS, Donald R. “Frambesia em las Americas, 1950-1975”. In: *Bosp* 84(3), 1978. p. 262-67.

²³³ ORGANIZATION. “Yaws: a forgotten...” op. cit.

Atualmente estudos sobre boubas e políticas para seu controle e erradicação encontram-se centralizados no Departamento de Controle de Doenças Tropicais Negligenciadas da OMS. Segundo médica sanitária desse Departamento, Kingsley Asiedu, atualmente a boubas está presente apenas em regiões remotas onde a cobertura realizada pela atenção básica à saúde é muito baixa²³⁴. Para Asiedu, hoje em dia a doença constitui problema comunitário em localidades da Indonésia, Timor Leste, Papua Nova Guiné, Ilhas Salomão e algumas outras ilhas do Pacífico. Asiedu também considera existir um bolsão de portadores da doença na região amazônica.

O ressurgimento da boubas em áreas onde a doença havia sido considerada erradicada remete à ideia de que o aparente sucesso do método das campanhas de erradicação e controle foi também responsável pela manutenção dos poucos casos remanescentes²³⁵. Com a eficácia dos trabalhos das décadas de 1950 e 1960 a boubas deixou a agenda de prioridades das políticas e campanhas em saúde. Atualmente, a boubas não consta entre as disciplinas cursadas pelos profissionais de saúde, resultando no esquecimento. Até hoje, o tratamento indicado na maioria dos casos é a injeção única de penicilina.

3.6. Considerações finais

Os números apresentados pelo *Programa de Erradicação da Boubas* indicam que os trabalhos realizados com a aplicação de injeções à base de penicilina e a reinspeção dos doentes foram a causa do relativo sucesso da campanha na década de ocorrência entre 1956 e 1961. O que os resultados da pesquisa indicam ainda é que, além da orientação para que os guardas realizassem a rotina do

²³⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION. "The return of yaws". In: *Bulletin of the World Health Organization*. 2008, 86 (7). p. 507-8.

²³⁵ O argumento é adotado pelo Departamento de Doenças Tropicais Negligenciadas da OMS para explicar causas da permanência da doença atualmente. Cf. ASIEDU. op. cit.

Tratamento Inicial em massa e as reinspeções dos doentes e contatos, eles também atuavam como educadores dos bons hábitos de higiene

Essas reorientações, no entanto, não contrariaram os princípios do modelo *Programa de erradicação da boubá*, que prevaleceu em outras campanhas de erradicação nos anos de 1950. O tipo de intervenção em quadros de desnutrição aguda e presença de verminoses, por exemplo, estava de acordo com as ações verticais que estavam sendo executadas pelos outros programas de controle e erradicação de endemias rurais voltados para a resolução do problema representado por cada doença específica, utilizando uma dada tecnologia, sem alteração das condições de vida da população alvo.

Ao analisarmos as fontes, observamos que na prática, as ações diante de um boubático desnutrido foram: prescrição de sulfato ferroso, vitaminas e remédios para vermes. A alimentação do sertanejo, mesmo reconhecida como problema, não foi tomada pela campanha como constitutivo do problema sanitário a ser enfrentado: a boubá. A intervenção se dava por meio de medicamentos que dessem conta de sanar, ainda que temporariamente, as carências nutricionais ou imunológicas dos boubáticos para que estes pudessem ser tratados e curados da doença, independente do fato dessas carências persistirem.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ideia de que as “doenças de massa” seriam culpadas pelo atraso do país marcaram a política na área da saúde na década de 1950. As endemias rurais como obstáculos ao desenvolvimento tornou-se concepção amplamente debatida e sua superação defendida pela maioria dos médicos-sanitaristas no chamado período nacional-desenvolvimentista. Vimos nesse trabalho, entretanto, que a década de 1950 não inaugurou a preocupação com as endemias rurais. Campanhas, medidas de controle, saneamento rural e discussões em torno da distribuição dessas doenças pelo sertão do país, marcaram as primeiras medidas de saúde ainda na Primeira República. Ao longo das décadas de 1930 e 1940, as endemias rurais permaneceram como alvo de preocupações governamentais, tendo sido criados serviços federais para administração das atividades de controle de doenças. Com exceção da malária, pouco se realizou no campo do controle das endemias rurais até a década de 1950.

Com o desenvolvimento das ciências biomédicas e o “otimismo sanitário” vividos no pós II Guerra, uma série de ações para controle e erradicação de doenças foi implementada. Porém, foi a partir da administração de Juscelino Kubitschek que as endemias rurais tornaram-se alvo de campanhas sistemáticas. A boubá foi uma das endemias que recebeu especial atenção ao ser criado um plano para a sua erradicação, que se desenvolveu entre 1956 e meados dos anos 1960, quando foi considerada eliminada do país. Doença que comprometia as forças de homens e mulheres pobres do interior do Brasil para o trabalho, a boubá teve ao longo da história diferentes enquadramentos interpretativos que produziram distintas ações profiláticas e terapêuticas. Foi considerada doença de origem africana e incurável, no século XIX; o isolamento em barracões foi o método indicado para evitar contaminação pela doença até meados do século XX; a introdução de novos métodos terapêuticos para curarem as feridas, até a definição

da penicilina em dose única como o antibiótico capaz de curar a boubá fundaram as bases para campanhas de massa.

Em 1956, com condições políticas necessárias, isto é, sua prioridade enquanto endemia rural na agenda sanitária do Presidente da República, com a disponibilidade de um método eficaz e a experiência de outras campanhas para controle de treponematoses em outros países, foi criado no DNERu o *Programa de Erradicação da Boubá*. Estruturado como campanha de grande amplitude, e sob liderança de Felipe Nery Guimarães, o *Programa* realizou outras atividades no interior do país, além da aplicação domiciliar de injeções e das inspeções e reinspeções que haviam sido previstas inicialmente.

A eventual reorientação das atividades dos guardas sanitários durante o trabalho de campo deu-se com a notificação dos casos de desnutrição aguda e verminoses encontrados, que requeriam providências em campo para que a injeção de penicilina cumprisse seu papel de “bala mágica”. Ainda que a injeção efetivamente curasse os doentes, o que os guardas sanitários revelavam era que talvez não bastasse apenas uma injeção para as populações miseráveis e famintas do interior, como preconizara JK em 1955. O Programa da Boubá estava imerso também no debate sobre a fome e a desnutrição dos brasileiros que ganhou destaque a partir dos anos 1940.

Ainda que tenham sido feitas intervenções em problemas que a princípio estavam fora de sua atribuição – destacando-se os quadros de doenças encontradas, a má alimentação e as degradantes condições de vida - a equipe da campanha atuou conforme princípio de erradicação, isto é, realizar apenas as medidas necessárias para eliminação daquela doença como problema sanitário. O *Programa da Boubá* deveria ter também a função de educar as populações nos

bons hábitos de higiene, utilizando material educativo especialmente produzido para esse fim.

A história dessa doença hoje quase desconhecida, curável com uma única injeção de antibiótico, revelava aspectos cruciais da saúde pública e da cooperação internacional na década de 1950. Ainda que fosse uma ameaça menor à produtividade de trabalhadores - em contraste com a representada pela malária, por exemplo – a boubá foi a primeira doença para qual foram criados programas de erradicação em escala internacional, em cooperação com a OMS e a UNICEF. Cabe que ressaltar que, no Brasil, a campanha de erradicação foi iniciativa nacional, ainda que imersa na agenda internacional.

O programa brasileiro, além de possuir sentido específico nos planos de desenvolvimento de Juscelino Kubitschek, se relacionava também com a tradição de debate sobre as endemias rurais, enquadrando-se entre as políticas sanitárias brasileiras e as concepções de doença, saúde e desenvolvimento de seu tempo. O espírito da campanha para erradicação da boubá foi o mesmo que predominou em outras campanhas de erradicação nos anos 1950: ações temporárias voltadas para a eliminação de uma doença específica utilizando uma dada tecnologia, sem buscar alterar as condições de vida da população alvo, desconsiderando também seus hábitos e tradições. A história da campanha da boubá indica as condições, possibilidades e limites de programas de erradicação associados a projetos de desenvolvimento.

Os efeitos da “bala mágica” produziram grande diminuição dos casos da doença no Brasil, onde foi declarada erradicada, e em outras partes do mundo, onde campanhas foram realizadas nas décadas de 1950 e 1960. Esse sucesso gerou um esquecimento por parte das autoridades sanitárias, dos médicos e

governos do flagelo da bouba. Como vimos, nos anos 1970 a quantidade de boubáticos voltou a crescer em várias comunidades rurais na África e pouco se conhece sobre a situação na região das Américas. Sem programas de controle, vigilância ou atendimento em saúde, com as dificuldades em diagnosticá-la devido à falta de treinamento das equipes de saúde, essa doença classificada hoje como “doença tropical negligenciada” parece retornar e vitimar, como sempre, os mais miseráveis nas mais pobres áreas rurais da África, da Ásia e das Américas.

5. REFERÊNCIAS

Depoimentos orais

GUIMARÃES, Reinaldo Felipe Nery. *Depoimento ao autor e a Gilberto Hochman para o projeto Políticas Nacionais e Programas Internacionais de Saúde em Perspectiva Histórica e Comparada (Brasil, 1958-1973)*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Papes V-Fiocruz/CNPq, 2008.

MORAES, Hélio Fernandes. *Depoimento ao autor e a Gilberto Hochman para o projeto Políticas Nacionais e Programas Internacionais de Saúde em Perspectiva Histórica e Comparada (Brasil, 1958-1973)*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Papes V/CNPq, 2009.

Fontes publicadas

BRASIL. *Resenha do governo do presidente Juscelino Kubitschek (1956-1960)*. Tomo IV. *Trabalho e bem-estar social. Educação e Cultura. Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Presidência da República/Serviço de Documentação, 1960.

CASTRO, Josué de. *Geografia da Fome: o dilema brasileiro: pão ou aço*. Rio de Janeiro: Edições Antares, 1984. 10.ed.

D'ELIA, Ricardo. *Diccionario Médico Encyclopedico*. Rio de Janeiro: Livraria Editora Braz Lauria, 1926.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE ENDEMIAS RURAIS (DNERU). *Combate a Endemias Rurais no Brasil* (Relatórios dos Grupos de Trabalho reunidos em 1960 na cidade do Rio de Janeiro). Brasília: Ministério da Saúde, 1962.

_____. *Vamos acabar com a boubá do Brasil – Cartilha da Boubá*. Rio de Janeiro: Serviço Gráfico do IBGE, 1958. 2.ed

_____. “Boubá”. In: *Endemias Rurais: Métodos de trabalho adotados pelo DNERu*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1968.

FREITAS, Octavio. *Doenças Africanas no Brasil*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1935.

GUIMARÃES, Felipe Nery. “Yaws in Brazil”. In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. *First International Symposium on Yaws Control*. Geneve: 1953. p.225-38.

_____. “Boubá (“Framboesia, Pãan, Yaws”)”. Tratamento pela penicilina das lesões terciárias: ulcerações gomosas, peiostites, osteíte, áreas de rarefação

óssea e gangoza (“Rhinopharyngitis mutilans”). (Nota prévia). *Brasil-Med*, v.59, n.11/13, p. 89-91, 1945.

_____. “Penicilina e boubá (Framboesia, pian, yaws): Dose curativa mínima. Redução do número de injeções diárias. Redução do tempo de tratamento pelo aumento de doses. (Nota prévia).” In: *Brasil-Med*, v.59, n.24/26, p. 221-224, 1945.

_____. “Boubá (Framboesia, pian, yaws): Considerações sobre seu tratamento e profilaxia. A “albergagem” como base das campanhas preventivas.” In: *O Hospital*, v.37, n.2, p.275-282, 1950. p. 279.

_____. Felipe Nery; TRAVASSOS, J. “Ação da terraminicia na boubá (Framboesia, Pian, yaws)”. In: *O Hospital*, v.38, 2, p.295-299, 1950.

HOPKINS, DONALD R. “FRAMBESIA EN LAS AMERICAS, 1950-1975.” IN: *BOSP*. 84(3), 1978. P. 262-3.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Anuário Estatístico do Brasil – 1960*. Rio de Janeiro: IBGE, v.21, 1960.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ. *Relatório das Atividades desenvolvidas no ano de 1944*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946.

MAGALHÃES, Raul D’Almeida. *Doenças Transmissíveis*. Rio de Janeiro: Serviço Gráfico do Ministério da Educação e Saúde, 1938.

MORAES, Hélbio Fernandes. *SUCAM: sua origem, sua História*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. 2.ed

NEIVA, Artur; PENA, Belisário. *Viagem Científica pelo Norte da Bahia, Sudoeste de Pernambuco, Sul do Piauí e de Norte a Sul de Goiás*. Brasília, DF: Editora do Senado Federal, 1999.

OLIVEIRA, Juscelino Kubitschek. *Discursos proferidos no primeiro ano do mandato presidencial (1956)*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1958

_____. *Discursos proferidos no segundo ano do mandato presidencial (1957)*. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 1958

_____. Mensagem ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República por ocasião da abertura da Sessão Legislativa de 1956. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1956.

_____. Mensagem ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República na abertura da Sessão Legislativa de 1957. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1957.

_____. Mensagem ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República na abertura da Sessão Legislativa de 1958. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1959.

_____. Mensagem ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República na abertura da Sessão Legislativa de 1959. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1960.

_____. Mensagem ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República na abertura da Sessão Legislativa de 1960. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1960.

_____. *Programa de saúde do candidato*. São Paulo: N. Nicollini, 1955.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. "Combatiendo la Frambesia em Haití". In: *Pro Salute Novi Mundi: historia de la Organization Panamericana de la Salud*. Washington, D.C: OPS, 1992.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1958.

PARAHYM, Orlando. *Endemias Brasileiras*. Recife, PE: Universidade do Recife/Imprensa Universitária, 1961. Coleção Nordestina.

PINOTTI, Mário. *Vida e morte do brasileiro (saúde e doença no Brasil)*. Rio de Janeiro, São Paulo, Bahia: Civilização Brasileira, 1959

TORRES, João Antonio. *Algumas considerações sobre o desenvolvimento dos óvulos vegetais; como se deve encarar as boubas e calor animal?* Rio de Janeiro: Typ. Brasiliense, 1850.

VALDETARO, Alfredo Camillo. *Proposições: Tratar da morte real e da morte aparente: dos enterramentos precipitados; Segundo Ponto - Operação da fistula lacrimal; terceiro ponto - Ciências médicas. As boubas: causas, sinais, diagnóstico, prognóstico e tratamento. Males consecutivos que dela derivam*. Rio de Janeiro: Typ. Imperial e Constitucional de J. Villeneuve e Comp, 1858.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. "Introduction". In: *First International Symposium on Yaws Control*. Geneve: 1953

Livros, artigos e teses

ANDRADE, Rômulo de P. *A amazônia vai ressurgir! Saúde e saneamento na Amazônia no Primeiro Governo Vargas (1930-1945)*. Dissertação de Mestrado em

História das Ciências e da Saúde. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2007.

_____.; HOCHMAN, Gilberto. "O Plano de Saneamento da Amazônia". In: *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 14, p. 257-277, 2007.

BENCHIMOL, Jaime (coord.). Febre amarela: a doença e vacina, uma história inacabada. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

_____. *Manguinhos do sonho à vida: A ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 1990.

BENEVIDES, Maria Victoria. "O governo Kubitschek: a esperança como fator de desenvolvimento." In: GOMES, Ângela de Castro. (Org.). *O Brasil de JK*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

BOURDIEU, Pierre. "A ilusão biográfica". In: AMADO, Janaína & FERREIRA, Marieta de Moraes (coords.). *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. pp.183-191

BRAGA, José Carlos de S. & PAULA, Sérgio Goes de. *Saúde e previdência: Estudos de política social*. São Paulo: Hucitec, 2006. 3.ed

BRANDT, Allan M. *No magic bullet: A social history of venereal disease in the United States since 1880*. New York, Oxford: Oxford University Press, 1987

BRITO, Raimundo Siebra de. *Caçando rato e matando mosquitos: Impressões de um sanitarista*. Belo Horizonte: Imprensa Oficial, 1986..

BRITTO, Nara. *Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

BROTHWELL, Don. R. "Yaws". In: KIPLE, Kenneth F. (editor). *The Cambridge Historical Dictionary of Disease*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. pp. 1096-1100

CAMPOS, André L. V. *Políticas Internacionais de Saúde na Era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006

CARRERO, Raimundo. *Orlando Parahym: o arco e o escudo*. Recife: Assembléia Legislativa do Estado do Pernambuco, 2001.

CASTRO SANTOS, Luiz Antonio. "O pensamento sanitarista na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade." In: *Dados. Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v.28, n.2, p.193-210, 1985.

CASTRO SANTOS, Luiz A.; FARIA, Lina Rodrigues de. *A reforma sanitária no Brasil: Ecos da Primeira República*. Bragança Paulista, SP: EDUSF, 2003.

COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1985.

CUETO, Marcos. *Cold War, Deadly Fevers: Malaria Eradication in Mexico, 1955-1975*. Washington, D.C: Woodrow Wilson Center Press; Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

_____. *O valor da saúde: história da Organização Pan-americana da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CUNHA, Neiva Vieira da. *Viagem, experiência e memória: Narrativas de profissionais da Saúde Pública dos anos 30*. Bauru, SP: Edusc, 2005.

DANTES, Maria Amélia. "Uma história institucional das ciências no Brasil.". In: *Espaços de Ciência no Brasil: 1800-1930*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

FARIA, Lina. *Saúde e política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

FIGUEIRÔA, Silvia F. de M. "Para Pensar as vidas de nossos cientistas tropicais". In: HEIZER, Alda & VIEIRA, Antonio Augusto Passos. *Ciência, civilização e império nos trópicos*. Rio de Janeiro: Access, 2001

FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FONSECA FILHO, Olympio. "A Escola de Manguinhos: Contribuição para o estudo do desenvolvimento da medicina experimental no Brasil". Apud. COURA, José Rodrigues et alli. *Centenário do Instituto Oswaldo Cruz: 1900-2000*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

GARRETT, Larrie. *The Coming Plague: Newly Emerging Diseases in a World Out of Balance*. New York: Penguin Books, 1995.

HOCHMAN, Gilberto. "Agenda Internacional e Políticas Nacionais: uma comparação histórica entre programas de erradicação da malária e da varíola no Brasil.". In: HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta & MARQUES, Eduardo (orgs.). *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

_____. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.

_____. “O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1937-45.” In: PANDOLFI, D. (Org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999. p.173-193.

_____. “Pinotti, Mário”. In: BYNUM, W. F. & BYNUM, Helen. (eds.). *Dictionary of medical biography*. Westport, Connecticut, London: Greenwood Press, 2007. p. 1013

_____; FONSECA, Cristina M. O. “A I Conferência Nacional de Saúde: Reformas, Políticas e Saúde Pública em debate no Estado Novo.” In: Gomes, Ângela de Castro. (org.). *Capanema: o Ministro e seu Ministério*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. p. 173-193.

IANNI, Otávio. *Estado e Planejamento Econômico no Brasil (1930-1970)*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1971.

KROPF, Simone. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)*. Tese de doutorado em História: Universidade Federal Fluminense, 2006.

LABRA, Maria Eliana. “1955-1964: o sanitarismo desenvolvimentista” In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (coord.). *Antecedentes da reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1988 (Textos de Apoio – Saúde) p. 09-36.

LACAZ, Carlos da Silva. *Vultos da medicina brasileira*. Rio de Janeiro: Pfizer, 1977.

LAFER, Celso. *JK e o Programa de Metas (1956-1961): processo de planejamento e sistema político no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002;

LE GOFF, Jacques. “Introdução” e “Nota da Introdução”. In: *São Luís: Biografia*. Rio de Janeiro, São Paulo: Record, 2007. pp. 19-30, 31-32;

LEVI, Giovanni. “Usos da biografia”. In: AMADO, Janaína & FERREIRA, Marieta de Moraes (coords.). *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006. pp. 167-182

LIMA, Nísia Trindade. *Um Sertão chamado Brasil*. Rio de Janeiro: IUPERJ/REVAN, 1999.

LIMA, Nísia T.; FONSECA, Cristina M. O, HOCHMAN, Gilberto. “A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica”. In: LIMA, Nísia T. et al. (orgs.) *Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005;

LORIGA, Sabina. “A biografia como problema”. In: REVEL, Jacques (org.). *Jogos de Escalas: a experiência da microanálise*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1998. pp. 225-249.

MACHADO, Ricardson Miranda. *Prevalência das infecções hospitalares no Centro de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais*. Belo Horizonte, MG: Dissertação de mestrado defendida na Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

MARANHÃO, Ricardo. *O Governo Juscelino Kubitschek*. São Paulo: Brasiliense, 1981.

MOREIRA, Vânia Maria Losada. “Os anos JK: industrialização e modelo oligárquico de desenvolvimentorural.” In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucilia de Almeida Neves. *O tempo da experiência democrática: da democratização de 1945 ao golpe militar de 1964*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003;

MOURA, Gerson. Avanços e recuos: a política exterior de JK. In: GOMES, Ângela de Castro (Org.). *O Brasil de JK*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

PORTER, Roy. “From Pasteur to penicillin”. In: *The greatest benefit to mankind: A Medical History of Humanity*. New York/London: W. W. Norton & Company, 1999.

QUINTANEIRO, Tânia. “O mercado farmacêutico brasileiro e o esforço de guerra norte-americano”. In: *Estudos Históricos*. Rio de Janeiro: 29, 2002. pp. 141-164.

REY, Luís. *Dicionário de Termos Técnicos de Medicina e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1999.

ROSENBERG, Charles. “Framing disease: Illness, society, and history”. In: *Explaining epidemics and other studies in history of medicine*. Cambridge, Cambridge University Press, 1992. pp. 305-318.

SÁ, Dominichi Miranda de. *A Ciência como Profissão: médicos, bacharéis e cientistas no Brasil (1895-1935)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

SILVA, Alexandra de M. “Desenvolvimento e Multilateralismo: Um Estudo sobre a Operação Pan-Americana no Contexto da Política Externa de JK.” *Contexto Internacional*. Rio de Janeiro: s.n, 1992. vol. 14 n.2

VIZENTINI, Paulo G. F. “Do nacional-desenvolvimentismo à Política Externa Independente (1945-1964)”. In: FERREIRA, Jorge & DELGADO, Lucilia de A. N. (orgs.). *O tempo da experiência democrática: da democratização de 1945 ao golpe civil-militar de 1964*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. O Brasil Republicano. v. 3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. “Yaws: a forgotten disease”. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs316/en/>> Acesso em 08 abr. 2009.

ANEXO CADERNO DE IMAGENS

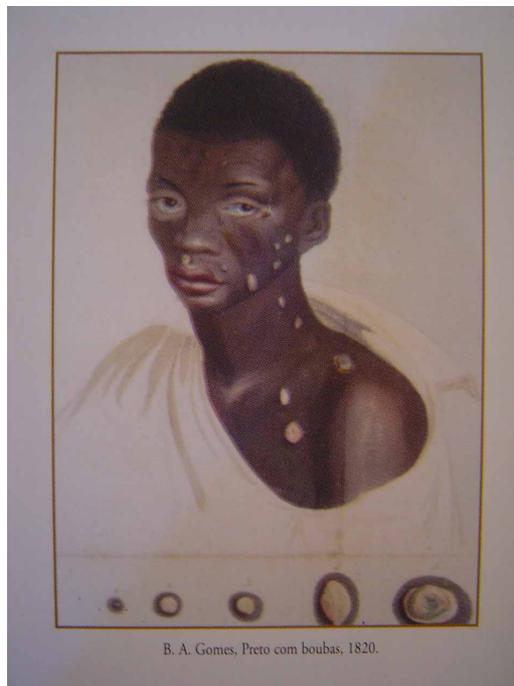


Imagem 01 – Escravo com bouba.
Fonte: B. A. Gomes. Preto com boubas, 1820.



Imagem 02 – Da esquerda para direita: Felipe Nery Guimarães, Labra, Waldemar Campos da Paz e Claudionor (“Pracinha”) no Posto de Estudos sobre a bouba, no município de Araruama. s/d.
Fonte: Acervo Família Nery Guimarães.

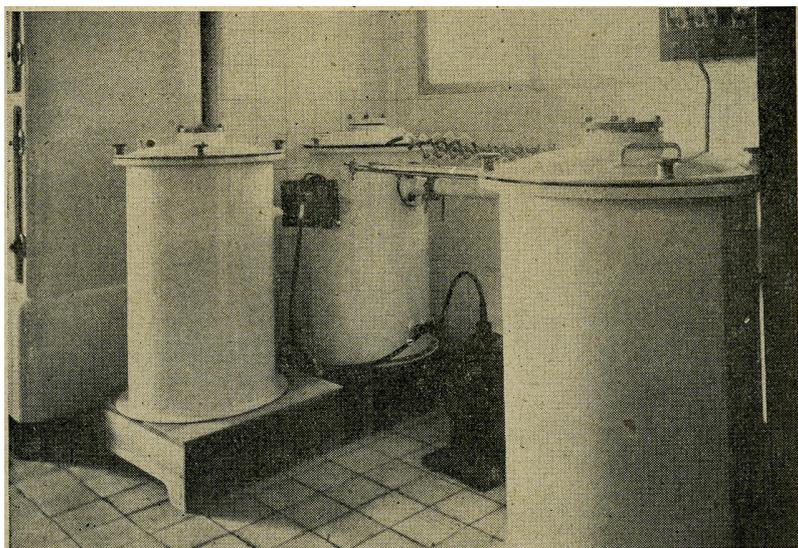


Foto 7 – Aparelho e câmara de secagem da Penicilina no vácuo e em baixa temperatura.

Imagem 03 – Aparelho e câmara de secagem de Penicilina da fábrica do Instituto Oswaldo Cruz. 1944. Fonte: INSTITUTO OSWALDO CRUZ. *Relatório das Atividades desenvolvidas no ano de 1944*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946.

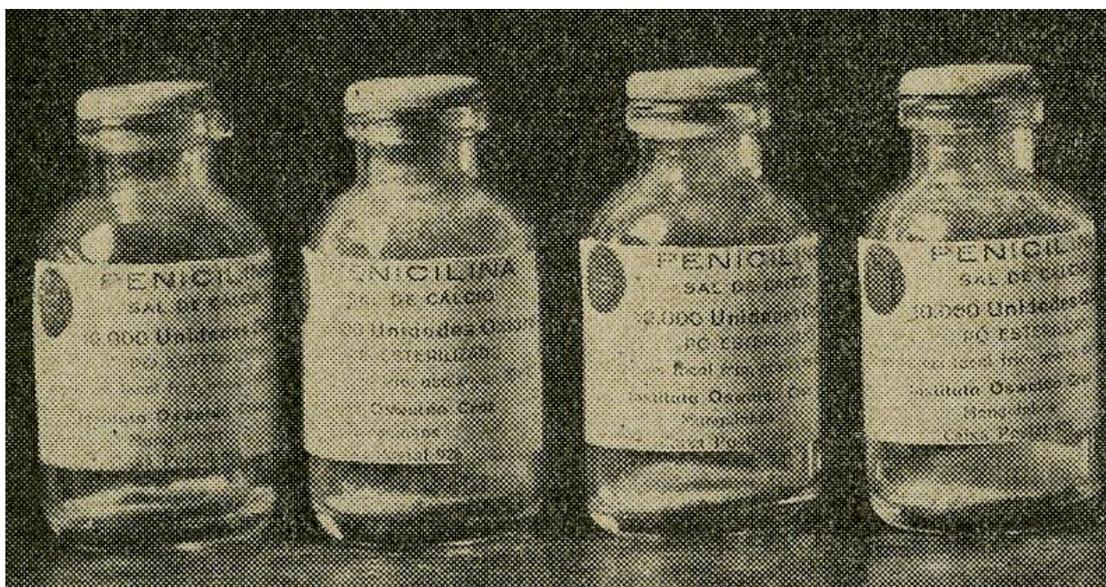


Imagem 04 – Frascos de penicilina produzidos pelo Instituto Oswaldo Cruz. 1944. Fonte: INSTITUTO OSWALDO CRUZ. op. Cit. 1946

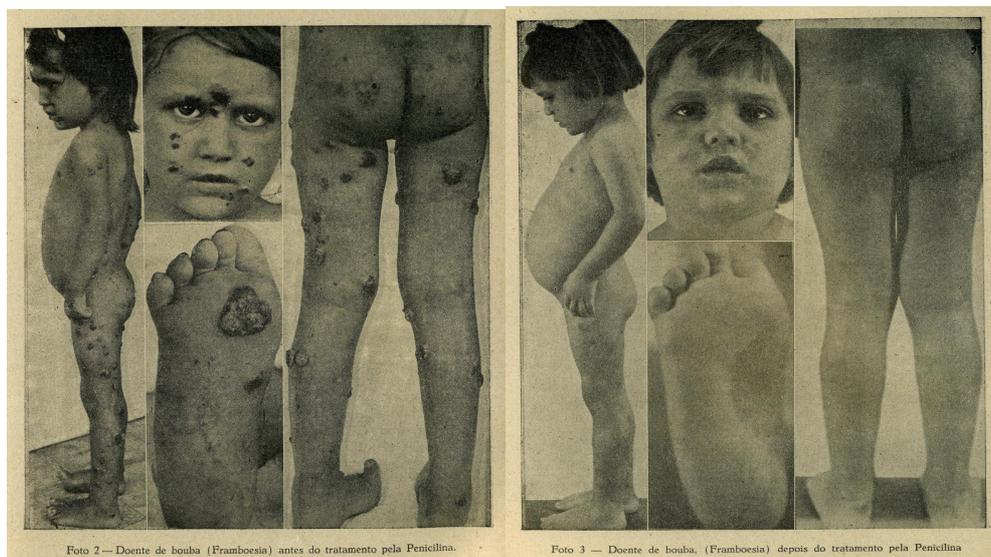


Imagem 05. Doente de bouba antes e depois do tratamento de penicilina no Instituto Oswaldo Cruz. 1944. Fonte: INSTITUTO OSWALDO CRUZ. op. cit. p.16, 18.



Imagem 06 – Viagem à romaria de Bom Jesus da Lapa. 1946. Fonte: GUIMARÃES, Felipe Nery. “Doenças encontradas nos romeiros de Bom Jesus da Lapa, Bahia”. In: *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 45, (1). 1947.



Imagem 07 – Os romeiros de Bom Jesus da Lapa. 1946.
Fonte: GUIMARÃES, Felipe Nery. “Doenças encontradas...” op. cit.



Imagem 08 – Romeiro com bouba em fase terciária. 1946.
Fonte: GUIMARÃES, Felipe Nery. “Doenças encontradas...” op. cit.



Imagem 09 – Mário Pinotti (Ministro da saúde) e Felipe Nery Guimarães. s/d.
Fonte: Acervo Família Nery Guimarães.



Imagem 10 – Da esquerda para direita: Celso Arcoverde (de costas, no canto), Felipe Nery Guimarães, o presidente Juscelino Kubitschek e Mauricio Medeiros (Ministro da saúde). s/d.
Fonte: Acervo Família Nery Guimarães.



Imagem 11 – Felipe Nery Guimarães em seu laboratório no Instituto Oswaldo Cruz. Década de 1970.
Fonte: Acervo Família Nery Guimarães.

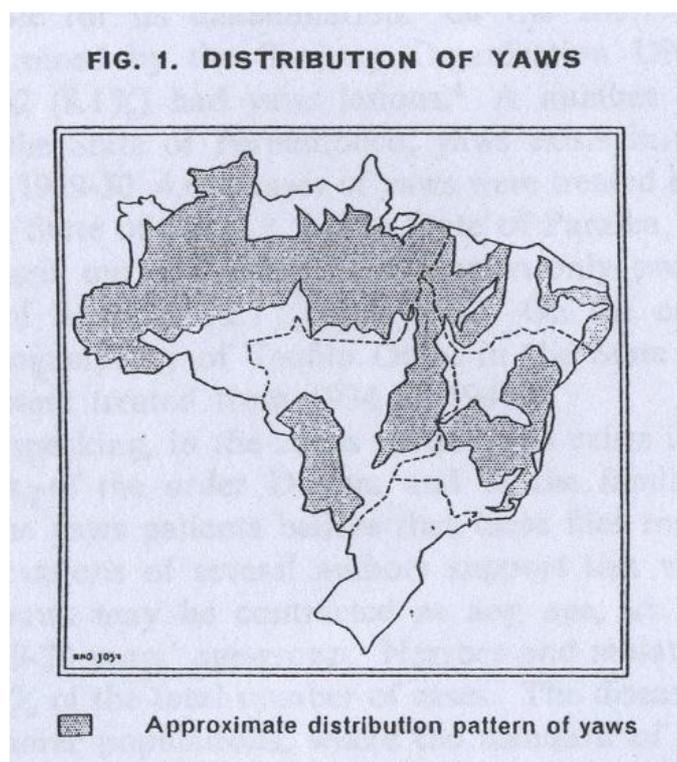


Imagem 12 – Mapa da bouba no Brasil. 1952.
Fonte: GUIMARÃES, Felipe Nery. "Yaws in Brazil". In: WORLD HEALTH ORGANIZATION. *First International Symposium on Yaws Control*. Geneve: 1953. p.225-38.

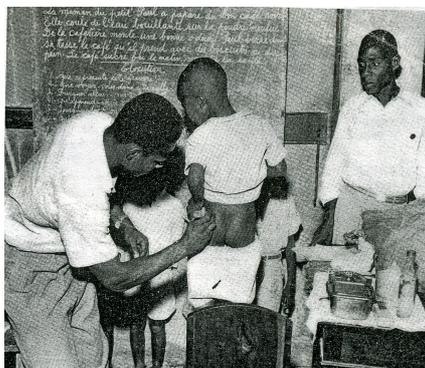


Imagem 13 – Aplicação de injeções de penicilina em estudantes durante a Campanha para erradicação da boubá no Haiti. 1950-1952.

Fonte: Hackett, C. D. & Göckel, C. W. "Instrumental y tecnica de la inyeccion intramuscular en las campañas de tratamiento colectivo de las treponematosis". In: *BOSP*. Jul. 1959.



Imagem 14 – Aplicação de injeção de penicilina em criança com boubá no estado de Minas Gerais. s/d.

Fonte: MORAES, HÉLIO FERNANDES. *SUCAM: sua origem, sua História*. Brasília: Ministério da Saúde, 1990. 2.ed.

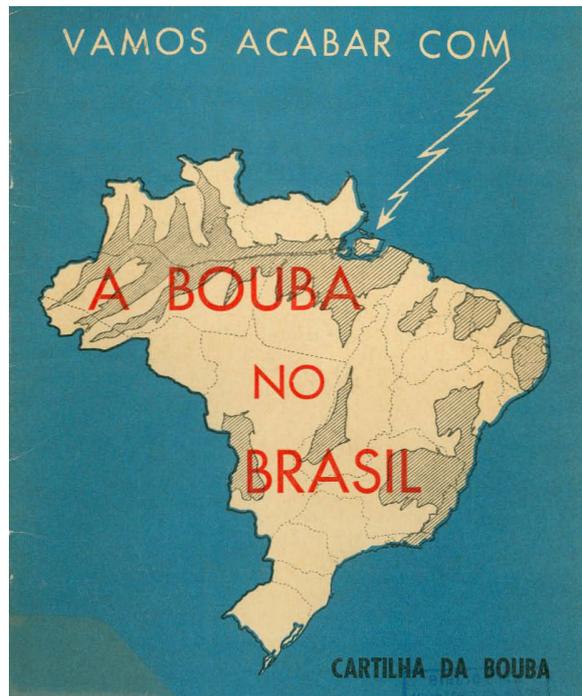


Imagem 15 – Cartilha da Boubas
Fonte: Acervo Biblioteca do Ministério da Saúde

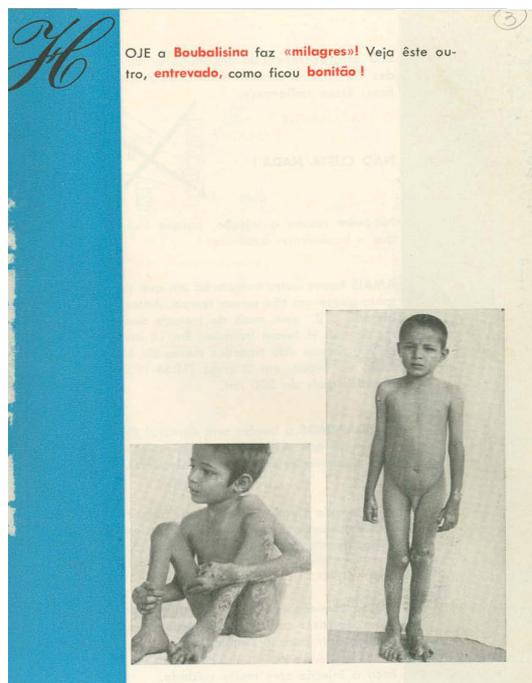


Imagem 16 – “Hoje a boubasilina faz 'milagres'! Veja este outro, entrevado, como ficou bonitão!” (Reprodução da Cartilha da boubas). Fonte: Acervo Biblioteca do Ministério da Saúde.

SER POBRE

não é ser sujo!

Ensine-lhes a ter horror à sujeira, às moscas e outras **pragas**, que invadem a casa da gente. Repita-lhes sempre esta quadrinha:

DEUS que é bom
e ama a pobreza,
sempre a quer
em boa limpeza

Qualquer dia, cedo ou tarde — dentro destes 3 anos as **Unidades Volantes** terão «batido» tôdas as localidades onde tem bouba no país. E o senhor, guarda medicador do DNERu, tome um compromisso de honra com o senhor mesmo: **não deixe escapar à injeção de Boubalisina, nenhum doente de bouba e nenhum comunicante ou contacto.**

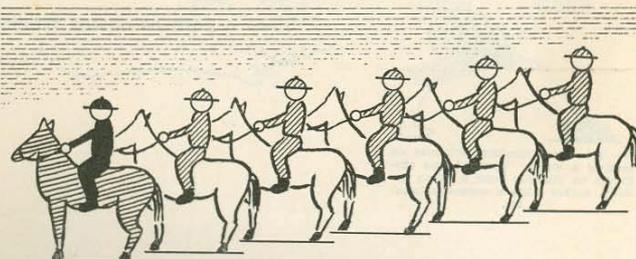


Imagem 17 - “Ser pobre não é ser sujo!”. Lema do *Programa de Erradicação da Bouba*. (Reprodução da Cartilha da bouba).

Fonte: Acervo Biblioteca Ministério da Saúde.