



**‘Basta aplicar uma
injeção?’: concepções de
saúde, higiene e nutrição
no Programa de
Erradicação da Bouba no
Brasil, 1956-1961***

*“Is a shot alone enough?”:
concepts of health, hygiene,
and nutrition and the
Program to Eradicate Yaws in
Brazil, 1956-1961*

Érico Silva Muniz

Doutorando do Programa de Pós-graduação em História
das Ciências e da Saúde/Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.
Av. Nossa Senhora de Fátima, 83/501
20240-050 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil
falecomerico@yahoo.com.br

Recebido para publicação em novembro de 2010.
Aprovado para publicação em agosto de 2011.

MUNIZ, Érico Silva. ‘Basta aplicar uma injeção?’: concepções de saúde, higiene e nutrição no Programa de Erradicação da Bouba no Brasil, 1956-1961. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.19, n.1, jan.mar. 2012, p.197-216.

Resumo

Analisa o Programa de Erradicação da Bouba, desenvolvido no Brasil entre 1956 e 1961. Após a Segunda Guerra Mundial, durante a qual iniciou-se o uso de antibióticos, um novo método parecia possibilitar a erradicação de treponematoses em curto prazo: a aplicação de injeções de penicilina em dose única. Sob o clima de valorização do controle das endemias rurais no país, a organização de uma campanha contra a bouba tornou-se possível. Os trabalhos, realizados pelo Departamento Nacional de Endemias Rurais, encontraram uma população desnutrida e faminta, o que colocou em dúvida as pretensões da campanha e as concepções de saúde e desenvolvimento da época.

Palavras-chave: boubas; erradicação; endemias rurais; desnutrição; Brasil.

Abstract

The article analyzes the Program to Eradicate Yaws, enforced in Brazil from 1956 through 1961. Following World War II, when antibiotics first came into use, it seemed there might be a method for eradicating treponematoses in a short time: a single-dose injection of penicillin. At a moment when priority was being placed on fighting rural endemic disease in Brazil, it became possible to organize a campaign against yaws. The article explores the initiatives undertaken by the National Department of Rural Endemic Diseases that revealed a malnourished, starving population, and called into question the very intentions behind the campaign and the day's concepts of health and development.

Keywords: yaws; eradication; rural endemic diseases; malnutrition; Brazil.

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.

Juscelino Kubitschek (1955, p.25)

Ao priorizar metas relacionadas ao desenvolvimento nacional, o governo Juscelino Kubitschek (JK; 1956-1961) destinou à saúde pública uma função acessória. No Brasil do desenvolvimento, as políticas sociais, especialmente para a área da saúde, não estavam entre as prioridades governamentais (Maranhão, 1981; Ferreira, Delgado, 2003). Mesmo ausente dos grandes debates e planos desenvolvimentistas, os serviços sanitários e as campanhas no Brasil desempenharam uma função importante por meio dos programas de erradicação ou controle de endemias que, aliados ao fortalecimento do papel das agências internacionais, tiveram como objetivo principal viabilizar o desenvolvimento (Lima, Fonseca, Hochman, 2005). Era o chamado sanitário desenvolvimentista, segundo o qual as medidas sanitárias deveriam integrar os projetos de progresso do país (Braga, Paula, 2006; Labra, 1988).

Criaram-se, portanto, metas específicas para o campo da saúde, que visavam promover melhorias nas condições de vida dos trabalhadores rurais, com especial atenção à erradicação de uma série de 'doenças de massa'. A essa categoria correspondiam as históricas doenças endêmicas que assolavam o interior do país, como tuberculose, lepra, doença de Chagas, leishmaniose, boubá, esquistossomose, bócio endêmico e tracoma (Hochman, 2009; Kropf, 2009). Alguns planos pretendiam erradicar doenças a curto prazo, e a boubá era uma delas, em um período de cinco anos. Pouco conhecida atualmente mesmo entre médicos e profissionais de saúde, a doença é uma treponematose não venérea, semelhante à sífilis nos sintomas iniciais, que pode ser altamente debilitante de tecidos e ossos se for não tratada (Brothwell, 2003; Rey, 1999). Para organizar os trabalhos de erradicação foi criado em 1956 o Programa de Erradicação da Boubá (PEB)¹, vinculado ao Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que ficou responsável pela organização da campanha.

O combate à boubá, na década de 1950, passara a ser questão central para a saúde pública, dada a possibilidade de erradicação da doença anunciada com entusiasmo diante de uma experiência bem-sucedida no Haiti (Cueto, 2007). No início daquela década, a doença era reconhecida como problema de saúde pública em vários países da América Latina, África e Ásia. A partir de 1951 surgiram, nessas regiões, as primeiras campanhas para erradicá-la, apoiadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). A experiência haitiana alçou a boubá à condição de primeira doença a receber um programa de erradicação em escala global, com assistência técnica da cooperação internacional (OMS, 1958, p.204).

A criação de programas com cooperação internacional permitiu a redução dos índices da doença em vários países do mundo, em poucos anos. No Brasil e em outros países da América Latina, o combate à boubá em nível nacional por meio de campanhas para controle e erradicação foi viabilizado pela descoberta da penicilina. A difusão em larga

escala desse antibiótico, com produção em diversos países, possibilitou estudos e testes da droga no controle da boubá e de outras treponematoses.

Os altos custos das campanhas para erradicar doenças eram justificados pela possibilidade de a ação humana livrar o país de uma endemia debilitante das forças dos trabalhadores. O médico Samame (1957) – representante da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para a Zona II, baseada na Cidade do México –, ao enaltecer o esforço que vinha sendo realizado no Haiti, comparou as especificidades do método de erradicação criado no Haiti e as de um programa de controle rotineiro (Quadro 1).

Quadro 1: Diferenças entre um programa de controle e um programa de erradicação de treponematoses²

Elementos	Programa de controle	Programa de erradicação
1. Objetivo	Reduzir morbidade.	Prevenir novos casos.
2. Área de atividades	Zonas de grande importância social, política e econômica.	Todas as áreas em que haja casos.
3. Qualidade mínima do Trabalho	Boa: diminuição do número de casos.	Perfeita: eliminação de todas as possibilidades de infecção (o que supõe tratamento dos contatos) e cessão da transmissão.
4. Duração das operações	Permanente.	Até o desaparecimento da boubá infecciosa. Para se ter 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).	Medidas de tratamento aplicadas a todas as zonas; os gastos diminuem rapidamente, pois 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.	De vital importância 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 boubá.

Fonte: Samame, 1957.

Nota-se a forma positiva como são analisadas as campanhas de erradicação e a possibilidade de extinção da doença, em lugar de atuar sobre seu controle permanente. As considerações, apoiadas nos trabalhos executados no Haiti, anunciam o tempo de um 'otimismo sanitário' que, incitado pelas descobertas técnicas e tecnológicas do pós-guerra

(inseticidas como DDT e BHC, vacinas, sulfas e outros antibióticos), gerou a crença de que seria possível derrotar boa parte das doenças infectocontagiosas (Garrett, 1995). A Oficina Sanitária Pan-Americana fora responsável, em 1952, por definir um método para a campanha de erradicação da doença, que deveria chegar aos países da América Latina e Caribe em parceria com os ministérios da saúde de cada nação.

A *framboesia* (como era chamada em espanhol) constituía grave problema de saúde pública não apenas no Brasil, como também em Colômbia, Equador, Haiti, Peru, Santa Luzia, Guiana e Suriname. A doença, conhecida desde primórdios da institucionalização da saúde pública no Brasil, apresentava no país o maior número de casos registrados, e em países como o Haiti chegava a ser considerada o mais grave problema de saúde pública. O método empregado era baseado na terapêutica de injeções de penicilina em dose única, sem maiores intervenções no meio ambiente e em moradias, alimentação ou condições de vida das populações das áreas classificadas de endêmicas (Brasil, 1958c, p.17).

A análise da campanha brasileira indica que, além da eficácia da injeção, outras questões surgiram no cotidiano de guardas sanitários e médicos. Os inquéritos e as inspeções realizadas pela campanha expuseram que os boubáticos seriam parte das populações dos chamados sertões do Brasil e, dessa forma, apresentariam características daqueles ditos desafortunados brasileiros. As populações rurais foram acusadas de viver 'sob o signo da ignorância e da pobreza', em virtude do desconhecimento de hábitos e costumes da boa higiene. Ao longo de sua existência, o PEB confirmou as especulações sobre os estados de adoecimento e pobreza no interior do país. Os guardas sanitários observavam que os doentes apresentavam outros problemas de saúde, muitos atribuídos a sua dieta alimentar. Em um período de institucionalização científica e valorização política do tema da nutrição, os sertanejos foram apresentados como desnutridos ou famintos, o que consequentemente deixaria seus organismos debilitados e suscetíveis à boubia e às outras 'doenças carenciais', provocadas pela falta de vitaminas ou minerais essenciais ao organismo.

Os quadros levantados pelos inquéritos médicos, o material de propaganda produzido pelo PEB e outros relatos sobre o serviço realizado entre 1956 e 1961 revelam concepções de saúde, doença e pobreza características do tempo do otimismo sanitário. Desse modo, a pesquisa sobre a estrutura do PEB, o discurso ali produzido e as alterações necessárias às dinâmicas locais mostram também aspectos interpretativos dos males do Brasil no período desenvolvimentista. Neste artigo apresento o método, os termos e conceitos mais importantes, as principais áreas endêmicas e o trabalho do pessoal envolvido nos primeiros cinco anos de atividades do PEB.³ Em seguida discuto as premissas de higiene e saúde assumidas e a maneira pela qual foram compartilhadas com a equipe de trabalho. Abordo ainda como a campanha foi, muitas vezes, reorientada no campo a partir de questões e problemas enfrentados pelos guardas sanitários. Por último, discuto os balanços e as avaliações do PEB ao final do governo JK.

O Programa de Erradicação da Boubia: organização e método de trabalho

A necessidade de ação para o controle da boubia no país havia sido enunciada como meta para a área de saúde pública no *Programa de saúde do candidato* (Kubitschek, 1955),

por ocasião da candidatura de JK à Presidência. Considerou-se criar uma campanha para aplicação de injeções do medicamento boubasilina (penicilina benzatina).⁴ As atividades ou campanhas de controle da bouba existentes até 1956 eram geridas pela Divisão de Organização Sanitária do Ministério da Saúde. Esses trabalhos realizados antes da criação do DNERu eram iniciativas descentralizadas e coordenadas pelos estados; não se empregava uma droga específica para o controle da doença, e diversos outros antibióticos e medicamentos à base de arsênio e bismuto eram prescritos. Foi apenas com a criação do PEB que um único método e uma única estratégia de campanha foram adotados em escala nacional.

A descoberta da penicilina pelo bacteriologista escocês Alexander Fleming (1888-1955) ocorreu em 1928. A notificação sobre o efeito de um fungo com ação bactericida do gênero *Penicilium* se deu em meio a estudos de Fleming sobre estafilococos, um tipo de bactéria patogênica comum na espécie humana e em outros mamíferos. O aperfeiçoamento e uso da penicilina como antibiótico para infecções em humanos ocorreu em 1939, com a eclosão da Segunda Guerra Mundial. A produção em escala industrial aconteceu a partir de 1940, decorrente de aprimoramentos obtidos por bacteriologistas ingleses. A partir de então, esse antibiótico passou a representar a possibilidade de cura de doenças muito temidas, como a tuberculose (Porter, 1999).

O PEB foi baseado na penicilinoaterapia e caracterizou-se como uma campanha itinerante. Cada unidade móvel, associada à estrutura das circunscrições do DNERu, dispunha de equipe com médicos e guardas sanitários e tinha por objetivo realizar, em domicílio, o tratamento dos doentes e dos que com eles conviviam, denominados contatos. As etapas de trabalho do PEB eram as seguintes: realização de inquéritos, definição de áreas endêmicas, aplicação de injeções, visita domiciliar para averiguar os índices da doença em cada região endêmica trabalhada e reinspeção para confirmar o resultado do tratamento.

As estruturas do DNERu e do PEB eram bastante hierarquizadas e verticalizadas, tal como as demais campanhas de controle ou erradicação de endemias rurais da época se organizavam. Não estavam incluídas, por exemplo, intervenções de caráter mais amplo, nas condições de vida, habitação ou alimentação dos boubáticos e de seus familiares, assim como também não se realizavam tratamentos de outras doenças nos pacientes, cujas medidas de controle cabiam a outros programas do DNERu.

As campanhas do DNERu eram coordenadas em nível federal, contando com um coordenador geral – cargo ocupado por Felipe Nery Guimarães⁵ – e uma equipe em cada estado em que os trabalhos se desenvolviam. Dois coordenadores assistentes, 16 médicos, vinte guardas-chefes gerais, cem guardas-chefes e quinhentos guardas executavam a tarefa de organizar os serviços de aplicação de injeções nos boubáticos, nas cem unidades volantes existentes. A equipe de guardas sanitários realizava os trabalhos nos domicílios; os médicos, por sua vez, estavam subordinados ao chefe do PEB em cada circunscrição do DNERu.

Para atingir a meta da erradicação em cinco anos, o grupo de trabalho temporário deveria delimitar as localidades de maior incidência da doença no país e montar campanhas em cada região endêmica em que seriam estabelecidas as diretorias locais do PEB.⁶ 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 teriam uma cobertura parcial, sem abranger todas as áreas boubáticas, por possuírem menor número de doentes (Brasil, 1960).

Os médicos do PEB realizavam inquéritos que visavam distinguir populações entre doentes portadores de boubá e populações vivendo em área endêmica. Aos boubáticos seriam prescritas as injeções de boubasilina e aos contatos, isto é, aos outros membros da família, crianças em idade escolar e vizinhança, também seria ministrado o medicamento em meia dose. Os guardas sanitários dessas unidades seriam os responsáveis pelas aplicações de boubasilina no chamado tratamento em massa inicial (TMI) e deveriam proceder a reinspeções meses depois da primeira aplicação, para verificar a permanência ou cura da doença nas localidades visitadas.

A população que vivia na área endêmica entre boubáticos e contatos ultrapassava sete milhões de pessoas, segundo dados do DNERu, de um total de 66.302.271 da população brasileira em 1960 (Anuário..., 1960). Os números do curso da campanha, inventariados pelo DNERu, dão conta ainda de que, no primeiro ano da campanha, quase 1.600.000 pessoas haviam sido examinadas; em determinadas localidades, o número de contatos tratados foi quase o mesmo que o de doentes (Brasil, 1960).

A Tabela 1 indica o crescimento dos trabalhos da campanha na primeira fase, referente ao TMI, concentrado nos dois primeiros anos do PEB. 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 havia casos em que era necessário mais de uma injeção nos doentes e em seus contatos. Em 1960 os dados do DNERu demonstram expressiva redução dos casos da doença em áreas antes consideradas endêmicas. Na continuidade dos serviços do PEB, constata-se ainda o caráter itinerante da campanha, que deveria agir nos diversos estados em permanente vigilância.

O expressivo número de pessoas contaminadas ou em contato direto com doentes fez com que, no decorrer das atividades dos guardas sanitários do PEB, outras questões além da aplicação das injeções de penicilina se colocassem como relevantes. Era urgente erradicar, junto com a doença, hábitos que conduziram à possibilidade de contágio da boubá. Assim, condições precárias de higiene e carências alimentares foram acrescidas à lista de causas das doenças. É interessante observar como tais questões surgiram no curso da campanha.

Fundamentado o método nas injeções de penicilina, valorizou-se *a priori* o poder terapêutico dessa droga, sem se considerar a necessidade de alterações nas condições de vida dos moradores das áreas endêmicas. Por esse pressuposto, a intervenção seria pontual, ou seja, apenas na causa clínica do adoecimento, agindo a penicilina como uma espécie de 'bala mágica' para a cura dos doentes.

A noção de bala mágica refere-se à propriedade de algumas substâncias químicas possuírem afinidades com receptores específicos causadores de determinadas doenças. Dessa forma, certos produtos terapêuticos combateriam um alvo específico, deixando as demais células do organismo intactas, como se atuasse magicamente. 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 de Paul Ehrlich no

Tabela 1: Atividades do Programa de Erradicação da Bouba (1956-1960)

Especificação	Municípios trabalhados	População examinada	Doentes tratados	Contatos tratados
Tratamento de massa inicial				
1956 (11 estados)	140	1.598.477	137.519	129.356
1957 (12 estados)	197	3.344.802	297.681	226.107
1958 (12 estados)	150	1.951.878	79.652	82.008
1959 (15 estados)	120	926.013	39.325	39.226
1960 (nove estados)	78	334.589	29.338	11.107
1ª reinspeção				
1957 (seis estados)	142	1.996.600	37.727	27.578
1958 (sete estados)	96	1.959.146	38.249	20.720
1959 (cinco estados)	42	473.533	9.982	3.898
1960 (quatro estados)	26	102.294	3.400	4.125
2ª reinspeção				
1958 (quatro estados)	156	1.530.507	16.419	17.122
1959 (quatro estados)	45	686.392	17.928	5.479
1960 (dois estados)	10	411.047	4.403	1.726
3ª reinspeção				
1959 (quatro estados)	153	1.348.773	10.786	14.559
1960 (três estados)	9	148.227	448	411
4ª reinspeção				
1960 (um estado)	10	12.688	108	261

Fonte: Anuário..., 1960.

combate à sífilis (Doctor Ehrlich's...)⁷ Os produtos profiláticos definidos por Ehrlich foram amplamente utilizados pela saúde pública em tempos de otimismo sanitário, e valorizaram-se as novas terapêuticas para as doenças infectocontagiosas, como métodos que possibilitariam a erradicação de doenças (Brandt, 1987).

No Brasil, o Instituto Oswaldo Cruz (IOC) foi uma das primeiras instituições a produzir a penicilina. Sua Divisão de Microbiologia e Imunologia, no Rio de Janeiro, dedicou-se ao fabrico do medicamento tanto na forma de ampolas injetáveis, com o produto purificado, quanto na forma bruta, a partir de 1943 (Fonseca Filho, 1974). Durante a gestão de Henrique Aragão como diretor de Manguinhos (1942-1949), houve razoável incremento na produção de penicilina do IOC, sobretudo devido à importância internacional que esse antibiótico adquiriu no período da Segunda Guerra Mundial (IOC, 1945, 1946).

A penicilina já era aplicada em nível estadual; nos casos de boubas, era distribuída a hospitais civis e militares em vários estados brasileiros e também exportada para outros países sul-americanos, além de Portugal e Espanha (IOC, 1946). Em 1950 o próprio Alexander Fleming visitou a fábrica de penicilina do IOC, por ocasião do Quinto Congresso Internacional de Microbiologia, organizado por Manguinhos e realizado no Rio de Janeiro. No contexto da modernização e industrialização do governo JK, houve sensível incremento de serviços e programas de saúde que tinham por base a peniciloterapia, e a produção da droga foi estimulada e sua importação liberada com isenção de taxas aduaneiras. Esse foi também o período em que medicamentos à base de penicilina passaram a ser utilizados em larga escala nas redes hospitalares brasileiras (Machado, 2006, p.22).

Além da penicilina, outros medicamentos como inseticidas e germicidas tiveram isenção de impostos para importação (Brasil, 1957, 1958a). Experimentos com penicilina e experiências dos programas de erradicação e controle em curso em outros países deram origem ao método adotado para a campanha da PEB, que parecia de execução relativamente simples. Uma das etapas de montagem das equipes volantes dizia respeito à formação de pessoal. Vejamos como se deu a formação dos guardas sanitários envolvidos na campanha e as concepções sobre saúde e higiene presentes no Programa.

“Ser pobre não é ser sujo!”: as noções de saúde e higiene do Programa de Erradicação da Boubá

O treinamento do pessoal que participava da campanha era de curta duração. Incluía ensinamentos de técnicas de esterilização e aplicação das injeções, noções básicas de clínica e epidemiologia, conhecimentos sobre a topografia das regiões endêmicas pela qual a unidade volante seria responsável, leitura de mapas e estatísticas para fichas e boletins. Além desses tópicos, os guardas que faziam o TMI e as reinspeções nos domicílios eram instruídos sobre noções de higiene e de proteção contra as doenças transmissíveis (Brasil, 1968, p.70).

Cartazes, folhetos e impressos foram amplamente utilizados na formação dos profissionais que atuavam em campo. Entre os materiais produzidos especialmente para o PEB, destaca-se uma cartilha para formação de guardas sanitários intitulada “Vamos acabar com a boubá no Brasil” (Brasil, 1958c). O impresso, em três cores, é uma pequena brochura com 21 páginas, dotada de linguagem objetiva e direta, com ilustrações e fotos explicando aos guardas sanitários que trabalhavam nas unidades volantes as definições para a boubá do ponto de vista clínico e os cuidados que deveriam ter em todas as etapas, para o sucesso da campanha. Termos regionais usados para designar a doença, como mofina, catita ou alueira, ajudam a mostrar a importância, para o guarda sanitário, de aproximar-se dos hábitos e costumes das populações pobres do interior do Brasil, principais vítimas da boubá.

Instruções sobre a administração do tratamento prescrito e um manual para as injeções de boubasilina compõem parte do material produzido pelo PEB. O manuseio de agulhas, seringas e frascos com boubasilina é apresentado em detalhes, assim como é indicada a dosagem ideal para crianças, adolescentes e adultos, conforme os casos de boubá recente, hiperqueratoses, boubá tardia, ou latente.

São expressivas também referências aos bons hábitos higiênicos, que deveriam ser transmitidos às populações sertanejas. Na cartilha de formação dos guardas sanitários do PEB, a higiene assumia papel importante para o controle da doença. A necessária prevenção de feridas dos chamados boubentos deveria dar-se, sobretudo, pela intervenção nos costumes de homens e mulheres do interior. Para o PEB, desde seus primeiros anos, a adoção de novos hábitos de higiene e novas condições de habitação parecia ser a solução definitiva para o problema da boubá. Entre as recomendações dadas às populações das áreas endêmicas, estava a importância de hábitos cotidianos como utilizar calçados, tomar banho e dormir em camas. A cartilha dos guardas sanitários ordenava: “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” (Brasil, 1958c, p.14).

Apesar de o meio ambiente, as condições de higiene e alimentação e a transmissão de outras doenças terem importância secundária, muitas vezes essas variáveis foram obstáculos para a consecução dos objetivos das unidades volantes. Diante das concepções de higiene e saúde encontradas pelo PEB, relacionou-se a treponematose diretamente à pobreza extrema, o que a transformava em doença de sertanejos, que jamais atacaria os ricos. Ela 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 PEB: “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’” (Brasil, 1958c, p.17).

As orientações aos guardas indicam que eles deviam atuar como educadores sanitários, com a tarefa de difundir hábitos de higiene. A eliminação dos maus hábitos dos sertanejos pobres era necessária para acabar de vez com a perpetuação do problema da boubá. A reinspeção feita pelos guardas era a atividade que media a permanência de lesões infectantes entre os doentes, e medidas de educação sanitária proveriam aquela população de ensinamentos de hábitos que possibilitariam a erradicação da doença. Uma região era considerada livre de boubá quando a equipe de reinspeção encontrava índices menores que 0,2% de lesões infectantes entre os pacientes (Brasil, 1966).

Entre 1956 e 1961, a educação sanitária era empregada como medida de saúde pública também em outras campanhas ou serviços. A participação direta de cientistas sociais nos cursos de formação dos profissionais da área de saúde e na elaboração de materiais gráficos e audiovisuais e periódicos denota o lugar que o tema ocupava junto aos assuntos mais relevantes da saúde pública. No sanitarismo desenvolvimentista, os cientistas sociais, por meio dos chamados estudos de comunidade, buscaram compreender a mentalidade da população rural para qualificar a intervenção a ser feita nos modos de vida, de modo a construir uma ‘consciência sanitária’ (Campos, 2006).

A alimentação sertaneja: boubáticos e famintos

A alimentação do sertanejo também era considerada obstáculo à cura dos pacientes, o que foi confirmado em campo pelos guardas sanitários do PEB. No Brasil, a importância da alimentação para a recuperação de doentes e para a melhoria do estado geral de saúde do povo vinha sendo problematizada de 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.

Mário Pinotti, primeiro diretor do DNERu e ministro da Saúde de julho de 1958 a julho de 1960, enfatizou a relevância de estudos sobre o regime alimentar dos brasileiros. Em *Vida e morte do brasileiro*, cuja primeira edição foi em 1959, Pinotti (1959, p.36) afirmava: “o consumo suficiente de alimentos adequado é a primeira linha de combate pela saúde

do povo”. Para ele, o cálculo das carências alimentares dos brasileiros deveria ser atividade fundamental para ação da saúde pública. Ao analisar os fatores gerais que afetariam a saúde no país, o ministro declarou: “A alimentação está na base de todos os problemas de saúde. E dela estão necessitadas as heroicas populações brasileiras, do interior ou das grandes comunidades urbanas, para garantia efetiva do progresso do país” (p.39).

O discurso da alimentação como principal problema brasileiro encontrava-se em sintonia com o campo científico-político dos médicos à frente da nutrição brasileira, liderados por Josué de Castro (1908-1973). O médico, geógrafo e sociólogo pernambucano – membro do Comitê Consultivo Permanente de Nutrição da Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) a partir de 1947 e presidente da mesma instituição entre 1952 e 1956 – obteve reconhecimento internacional pelos expressivos cargos políticos que ocupou no engajamento do tema da fome mundial.

Josué de Castro também contribuiu significativamente na bibliografia internacional sobre o tema da fome até os anos 1950. Além dele, outros médicos destacaram-se no debate sobre o problema alimentar do brasileiro, como Orlando Parahym (1911-1999) e Jamesson Ferreira Lima. Essa primeira geração de médicos nutrólogos problematizou o estado de nutrição dos sertanejos, procurando mostrar o valor nutritivo de alimentos brasileiros e bárbaros, isto é, aqueles sem valor comercial (Lima, 2000). Fundamentada 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 também ser aproveitados em nível nacional (Vasconcelos, 1999, p.310).⁸

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. O livro é notadamente um de seus clássicos e foi traduzido, da primeira edição até hoje, em 25 idiomas. Nele, a fome coletiva é abordada na perspectiva do quadro natural e dos aspectos culturais da vida e alimentação dos grupos populacionais. Castro estuda a temática da fome no Brasil, que é dividido em áreas de fome epidêmica, endêmica ou de subnutrição/carência de vitaminas.

As questões relativas às ciências nutricionais, no período de otimismo sanitário, também ressoavam no panorama internacional – desde 1935 na Liga das Nações e na FAO a partir de 1945, ano de criação desse organismo. O grupo brasileiro enfatizava o chamado eixo de compreensão biológico-social. Josué de Castro e seus pares da intelectualidade em nutrição mantiveram coerência com as ideias internacionais e contribuíram para a politização do tema da fome. Com isso, incluiu-se o pressuposto da resistência e dificuldade de recuperação de algumas doenças, entre elas a boubá. Josué de Castro, Helio de Souza Luz e Pedro Borges (1949, p.39) 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 visitadas no então Distrito Federal. Julgava-se que se perpetuariam os quadros da doença, em virtude dos problemas nutricionais do 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 atingiu as populações rurais de forma significativa.

Para Castro (2010, p.240), no sertão nordestino – área considerada de fome epidêmica devido aos ciclos das secas – o quadro nutricional interferia diretamente no metabolismo dos sertanejos, debilitando-os para o trabalho e fragilizando sua saúde. Assim, doenças como diarreias, oftalmias leves e agudas, manchas cutâneas, verminoses, beribéri, varíola e malária seriam causadas ou agravadas por carências alimentares.

Os dados que citam a boubá como parte do quadro nosológico traçado por Josué de Castro referem-se principalmente aos trabalhos do colaborador Orlando Parahym. Os levantamentos realizados pelo também médico e pernambucano, que se dedicou a pesquisar os estados de adoecimento e morte dos sertanejos em virtude 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. Segundo Carrero (2001), a colaboração entre os dois autores teria se dado com grande troca intelectual e debates sobre questões relacionadas à alimentação dos brasileiros.

A colaboração entre Castro e Parahym em estudos sobre dieta alimentar sertaneja e doenças no Brasil está presente também em *Geografia da fome* (Castro, 2010). Ao expor e analisar em detalhes componentes alimentares e calorias que caracterizariam os hábitos dos habitantes das áreas de fome epidêmica, Josué de Castro afirma que as pesquisas realizadas por Orlando Parahym são sua principal fonte, e considera ter sido o conterrâneo responsável por um dos estudos mais sérios já realizados sobre o tema.

Parahym, professor da Faculdade de Medicina e do Instituto de Higiene do Nordeste, ambos da Universidade do Recife (atual 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 (Carrero, 2001, p.33). Orlando Parahym (1963) entendia que a boubá e as endemias rurais eram agravadas pela carência nutricional das populações rurais, sendo algumas, o bócio entre elas, classificadas como doenças carenciais, ou seja, causadas pela falta específica de alguma vitamina ou mineral. Dessa forma, o estudo de alterações metabólicas, lesões e distúrbios fisiológicos ocasionados pela ausência de nutrientes no organismo humano conduziria a um conhecimento capaz de fundamentar campanhas e programas de controle e erradicação de doenças. Sobre o fenômeno biológico-social da fome considerou “a mais dramática das consequências da seca”, responsável por acentuada redução da capacidade de defesa orgânica perante agentes infecciosos (Parahym, Lima, 1960, p.83-84).

Ao abordar a evolução clínica da boubá no Brasil e especificamente em Pernambuco, Parahym (1961, p.259) avaliou que, para maior eficácia terapêutica da penicilina, o regime alimentar deveria ser “pródigo em proteínas de alto valor biológico (carne, peixe, leite, ovos, queijo)”. Sobre uma dieta rica para precaução da doença, o médico novamente enfatizou: “a subalimentação é o maior fator predisponente ao contágio da boubá”.

As observações de Parahym, Castro e Pinotti sugerem que o regime alimentar das populações rurais foi também preocupação dos serviços do PEB; no entanto, a alimentação não foi tratada como diretriz ou foi objeto de ação rotineira por parte dos médicos e guardas sanitários. O relato de um funcionário do DNERu da circunscrição de Minas Gerais registra o tratamento dispensado, no PEB, aos casos de desnutrição e anemia. Mediante a resistência das lesões às injeções os guardas teriam indagado:

Seria resistência do *treponema pertenue* 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 Benzetil foi aplicada. No mês seguinte, em visita à localidade, foi possível verificar que as lesões tinham desaparecido e as meninas estavam completamente curadas (Moraes, 1990, p.390).⁹

Este trecho, registrado por HÉlbio Moraes, que foi secretário do diretor nacional do DNERu no Rio de Janeiro, aponta outros elementos além das injeções que compunham o quadro com o qual deparavam os profissionais do PEB. Desse modo, além da instrução para que os guardas também atuassem na educação dos bons hábitos de higiene e da produção de material educativo, outras questões – notadamente as relativas à alimentação das populações rurais – reorientaram de alguma forma as práticas do PEB. Moraes (1990) descreve o caso de uma família de boubáticos e relata que o procedimento de prescrição de vermífugos e vitaminas, sem alteração na dieta alimentar cotidiana dos pacientes, era a prática do DNERu. A intervenção em quadros de desnutrição aguda e presença de verminoses era, portanto, pontual, assim como o método de ação que consagrou o espírito da campanha para erradicação da boubá, o otimismo sanitário.

Embora se considerasse que fatores socioeconômicos fossem os principais causadores dos problemas nutricionais, recomendava-se muitas vezes a educação alimentar com vistas à otimização do estado alimentar dos brasileiros, que conseqüentemente levaria a uma maior proteção contra doenças. Tal prática de valorização dos serviços educativos para uma nutrição melhor não foi, no entanto, a solução adotada para as populações analisadas no presente trabalho. Na história da família que não reagia favoravelmente à penicilina (Moraes, 1990), pode-se observar a atitude que tomavam os guardas sanitários diante de quadros de fome e pobreza: a prescrição de sulfato ferroso, vitaminas e remédios para vermes. Esse tipo de intervenção, quando necessário, deu-se somente por meio de medicamentos que dessem conta de sanar, ainda que temporariamente, as carências nutritivas ou imunológicas dos pacientes tratados.

O balanço dos serviços do Programa de Erradicação da Boubá

Às equipes das unidades volantes e as circunscrições do DNERu cabia elaborar relatórios e inquéritos e preencher laudos que, sintetizados pela direção do órgão, deveriam espelhar a situação da boubá no país. O Departamento publicava prestações de contas financeiras e das atividades desenvolvidas pelas campanhas em saúde pública sob sua responsabilidade. Nesses relatórios, com detalhamentos em nível estadual e nacional, é possível observar como

as circunscrições e diretorias locais do PEB resolveram as dificuldades que surgiram no decorrer da campanha. Salários baixos, escassez de material, falta de manutenção de equipamentos e diferenças de remuneração e benefícios entre os programas eram alguns dos problemas considerados pelos chefes do DNERu nos estados. O médico Raimundo Siebra de Brito (1986, p.7), chefe por vários anos da circunscrição do Departamento em Minas Gerais, reclamou das dificuldades enfrentadas no cotidiano dos serviços e das campanhas, sendo a principal delas a falta de pessoal, ocasionada pela baixa remuneração que era oferecida. A variação do salário-mínimo entre as diferentes campanhas, mesmo aquelas realizadas em uma única circunscrição, também representava um entrave para o curso dos trabalhos.

Segundo Raimundo de Brito (1986), na seção que chefiava faltavam duzentos guardas chefes (pois dispunham apenas de dez), produtos como inseticidas e viaturas em bom estado de conservação. Para ele, o serviço público tinha dificuldades frequentes para administrar um órgão daquele tipo: atrasos de pagamentos e falta de equipamentos, remédio e pessoal. O chefe questionava também a eficiência dos serviços, em razão do número excessivo de municípios atendidos pelas regiões e da quantidade de endemias que se pretendia tratar simultaneamente.¹⁰

Além das questões vividas pela administração do DNERu, outros ajustes parecem ter sido necessários ao PEB à medida que ocorria o trato diário com as famílias das áreas endêmicas. Hêlbio Moraes (19 jan. 2009) 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; por vezes acabavam realizando atividades de outros programas ou de rotina em saúde, independentemente das diferenças salariais. Assim, nos atendimentos – que em algumas localidades era o único contato da população com profissionais de saúde –, os guardas realizavam iam além das aplicações de injeções. No relatório referente às atividades da circunscrição mineira do DNERu de 1957, o chefe do posto da campanha da bouba, Levi Queiroga Lafeté (1957), ponderava que, com as aplicações de penicilina, o PEB não beneficiava somente os boubáticos e contatos, mas também portadores várias doenças cutâneas.

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, fato que causava estranheza na população de algumas áreas endêmicas e resistência às equipes do PEB. Em artigo com normas e técnicas para aplicação da injeção intramuscular de penicilina nas campanhas contra treponematoses, os pesquisadores John Hackett – que publicou e colaborou com o brasileiro Felipe Nery Guimarães – e W. Göckel enumeraram diversas questões sobre tais aplicações no que concernia ao trabalho de campo. Além do destaque a limpeza, esterilização das seringas e devido armazenamento de todo o material necessário, enfatizaram o processo de administração da injeção, que poderia, em alguns casos, ser dolorosa e apresentar sangramento de algum vaso sanguíneo quando a seringa penetrava no músculo. Hackett e Göckel (jul. 1959, p.31) lembravam também que as nádegas eram o local preferencial da aplicação, numa tentativa de minimizar a dor e a possibilidade de inchaços e sangramentos. É possível que tenham ocorrido alguns acidentes durante a aplicação das injeções, tais como choques, reações alérgicas e transmissão de doenças.

Não há dados estatísticos de reações ao tratamento com penicilina aplicada à bouba. HÉlbio Moraes (1990) menciona apenas o caso de uma menina que teria falecido após a administração das injeções. As reações mais comuns, registradas desde os anos 1950, são erupções cutâneas, coceiras e edemas na pele. Atualmente, o Ministério da Saúde considera que haja reação em apenas 2% dos casos e mais raramente, choque anafilático (uma reação alérgica grave e imediata), que ocorre numa média 0,5 a 1/100.000 casos (Brasil, 2006).

A direção do DNERu reconheceu, em alguns relatórios, que a campanha apresentara algumas dificuldades institucionais. Irregularidade na remessa de recursos, atrasos de pagamentos, diferença de salários entre programas e dificuldades de penetração em algumas áreas foram considerados fatores que atrasaram o andamento da campanha em escala nacional.

O método de realizar o tratamento com dose única do medicamento e com visita posterior, para averiguar a cura, não foi alterado no curso da campanha. Apenas uma mudança ocorreu durante os primeiros cinco anos, com base nos quadros de verminoses, fome e desnutrição que impediam o restabelecimento de doentes. O próprio presidente Kubitschek (1960), ao avaliar a execução dos serviços do PEB na mensagem de abertura do ano legislativo de 1960, enalteceu os avanços da campanha mas ressaltou que as injeções de penicilina não eram suficientes para a cura dos doentes: “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” (p.285).

A percepção da influência da cultura e das condições nutricionais sobre a recuperação dos pacientes redefiniu a visão dos valores da saúde pública da época. O que cabe ressaltar, quanto ao denominado tempo do otimismo necessário, é que nesse período dos anos 1950 a pobreza e as condições de vida também foram consideradas pelos sanitaristas, como se vê no caso do PEB. A conclusão de que era necessário mais do que a aplicação de uma injeção para curar a bouba, conforme havia anunciado JK em seu programa de governo, não surpreendeu os médicos.

Balanços e relatórios do DNERu e do Ministério da Saúde em 1961 reconheceram o esforço constituído pelos cinco primeiros anos da campanha contra bouba. Encerrado o governo JK, os serviços de combate à bouba continuaram com o mesmo método consagrado pelo PEB, apenas em um ritmo menos acelerado. 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, principalmente nas cidades de São Pedro d’Aldeia, Macaé, Campos, Casimiro de Abreu e Itaperuna. Em 1966 prosseguiram os inquéritos, o TMI e as reinspeções em todas as regiões de bouba endêmica do país, ainda que o número de doentes tenha sido bem menor que os da época do PEB. O DNERu avaliou que, naquele ano, a bouba tinha “queda da prevalência a níveis inferiores a 0,2% de lesões infectantes” (Brasil, 1966, p.20); o tratamento alcançou 14.506 pessoas em 131 municípios brasileiros.

Em 1967 a OMS constatou, em visita de seu representante Sven Christiansen, a erradicação da bouba em Minas Gerais, que havia sido a maior região endêmica do país. No

início dos anos 1970, a recém-criada Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) assumiu a responsabilidade por “quaisquer atividades de erradicação e controle de endemias, em todo território nacional, por meio de campanhas específicas” (Brasil, 1970).¹¹ A Sucam organizou atividades de controle da boubã nas áreas classificadas ‘de mais difícil acesso’. Em 1971 os serviços prosseguiram em fase de TMI em quatro estados brasileiros; em 1972, 1.124 pessoas foram tratadas, além de 916 contatos; no ano seguinte, reinspeções nos estados do Acre e Espírito Santo totalizaram 41.968 atendimentos.

Em virtude da facilidade de tratamento com 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, equivalendo a uma redução de 95%. Nos anos 1970, entretanto, observou-se o retorno da doença em diversas localidades, e surgiram na OMS novos incentivos a programas de erradicação e controle, dirigidos a países com os maiores índices (Asiedu, 2008a). No continente americano, países que haviam dado a doença como erradicada ou controlada, no início dos anos 1960, voltaram a apresentar casos de boubã na década de 1970. Comunidades do Brasil, Colômbia, Equador, Haiti, Peru, Santa Luzia, São Vicente, Guiana e Suriname tiveram casos da doença (Hopkins, 1978). Ainda de acordo com dados da OMS, em 1995 foram 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 boubã permanece na pauta da agenda, e a meta é atingir sua erradicação em 2012. Na Índia não se detectam casos desde 2004 (WHO, Jan. 2007).

Atualmente estudos sobre boubã e políticas para seu controle e erradicação são centralizados no Departamento de Controle de Doenças Tropicais Negligenciadas, vinculado à OMS. Para o médico sanitário desse Departamento, Kingsley Asiedu (2008b), hoje a boubã está presente apenas em regiões remotas, em que é muito baixa a cobertura realizada pela atenção básica à saúde. Para ele, a doença é problema em localidades específicas da Indonésia, Timor Leste, Papua Nova Guiné, Ilhas Salomão e algumas outras ilhas do Pacífico. Asiedu também considera a possibilidade de existir um bolsão de portadores da doença na região amazônica.

O ressurgimento da boubã em áreas em que ela fora 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 remanescentes. Com a eficácia dos trabalhos das décadas de 1950 e 1960, a boubã deixou a agenda de prioridades das políticas e campanhas em saúde. Nos dias de hoje, a doença não consta sequer entre os conteúdos das disciplinas cursadas pelos profissionais de saúde, resultando em seu esquecimento absoluto. Até o presente, o tratamento indicado na maioria dos casos é a injeção única de penicilina.

Considerações finais

Os números apresentados pelo PEB indicam que os trabalhos de aplicação de injeções à base de penicilina e reinspeção dos doentes foram causa do relativo sucesso da campanha ocorrida entre 1956 e 1961. As reorientações por que passou a campanha, em seu curso, não contrariaram os princípios do modelo do PEB, que prevaleceu também em outras

campanhas de erradicação nos anos de 1950. O tipo de intervenção em quadros de desnutrição aguda e de presença de verminoses, por exemplo, estava de acordo com as ações verticais executadas por outros programas de controle e erradicação de endemias rurais.

A intervenção realizava-se por meio de medicamentos que sanassem, mesmo que temporariamente, as carências nutricionais ou imunológicas dos pacientes, para que eles pudessem ser tratados e curados da doença, independentemente do fato de essas carências retornarem. Ainda que a injeção curasse de fato os doentes, os guardas sanitários revelaram que talvez não bastaria apenas uma injeção para curar as populações miseráveis e famintas do interior, como preconizara JK em 1955.

Além de coadunar com os planos de desenvolvimento de JK, a campanha vinculava-se também a uma tradição de debate sobre 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 bouba foi o mesmo que predominou em outras dos anos 1950: ações temporárias voltadas para a eliminação de uma doença específica, utilizando-se uma dada tecnologia, sem buscar alterar as condições de vida da população-alvo e desconsiderando também seus hábitos e suas tradições. A história da campanha da bouba indica as condições, as possibilidades e os limites de programas de erradicação associados a projetos de desenvolvimento.

Os efeitos da bala mágica levaram a grande diminuição dos casos da doença no Brasil, onde foi declarada erradicada, e em outras partes do mundo em que campanhas foram realizadas nas décadas de 1950 e 1960. Esse sucesso gerou um esquecimento do flagelo da bouba por parte de autoridades sanitárias, médicos e governos. Sem programas de controle, vigilância ou atendimento em saúde, e com as dificuldades em diagnosticá-la devido à falta de treinamento das equipes de saúde, a doença, classificada hoje como doença tropical negligenciada, parece retornar e vitimar os mais miseráveis nas mais pobres áreas rurais da África, da Ásia e das Américas.

NOTAS

* Este texto sintetiza ideias desenvolvidas em minha dissertação de mestrado (Muniz, 2009), apresentada ao Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz, sob orientação de Gilberto Hochman, com bolsa Fiocruz de mestrado.

¹ Embora o DNERu tenha sido criado em março de 1956 (Brasil, 1956), o PEB iniciou suas atividades apenas em setembro daquele ano.

² Nesta e nas demais citações de textos em outros idiomas, a tradução é livre.

³ As atividades de combate à bouba no Brasil prosseguiram após 1961. Adotamos aqui o recorte 1956-1961 por corresponder ao período do governo Juscelino Kubitschek, em que o PEB foi criado e a meta para a erradicação da doença, estabelecida. Kubitschek deixou a Presidência em 31 de janeiro de 1961.

⁴ Conforme depoimento de Reinaldo Felipe Nery Guimarães (5 set. 2008), filho de Felipe Nery Guimarães, pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz e coordenador da campanha, o nome boubasilina foi utilizado para evitar que houvesse comercialização desse medicamento de distribuição gratuita, dado o amplo número de doenças para as quais se prescrevia a penicilina.

⁵ Em 1956 Felipe Nery Guimarães (1910-1975) foi nomeado diretor do PEB, sob a gestão de Mário Pinotti no DNERu. Nery Guimarães era pesquisador do IOC, com destacados estudos e experiências sobre

penicilina aplicada à boubá. O pesquisador foi ainda chefe de gabinete do Ministério da Saúde, no período de transferência desse órgão para a nova capital federal (Lacaz, 1977).

⁶ Em 1958 o DNERu contava com 25 circunscrições: 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 (Brasil, 1958b).

⁷ A ideia de bala mágica foi defendida originalmente pelo alemão Paul Ehrlich (1854-1915). Ehrlich criou, em 1910, o Salvarsan ou 606, medicamento considerado eficiente para o combate à sífilis, doença que, assim como a boubá, é causada por um treponema. Ehrlich é também considerado um dos precursores de tratamentos quimioterápicos (Kropf, 2009).

⁸ A maioria dos artigos publicados por Everaldo de Lima Batista, Helio de Souza Kuz, Pedro Borges e Josué de Castro tratou dos problemas de desnutrição e fome nos sertões, no período do PEB.

⁹ Nesta passagem, o depoente refere-se ao antibiótico à base de penicilina por seu nome comercial, Benzetacil.

¹⁰ Os problemas administrativos eram diversos, inclusive os de repasse de verbas e atraso de salários. Por vezes, os atrasos parecem ter comprometido a saúde e as condições de trabalho dos guardas sanitários. Brito (1986, p.66-67) narra, em suas memórias, um episódio dos tempos das campanhas do DNERu mineiro, em que a polícia do município de Itabiro deteve um guarda sanitário "mal vestido, pessimamente calçado, desnutrido, sem documentação bastante nem cobertura capaz".

¹¹ A Sucam foi criada em 1970 e passou a gerir as funções que cabiam ao DNERu e às campanhas de erradicação da malária e da varíola (Brasil, 1970). Mais tarde, em 1990, assumiu também as funções da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp).

REFERÊNCIAS

Anuário...

Anuário Estatístico do Brasil – 1960.
Rio de Janeiro: IBGE, v.21. 1960.

ASIEDU, Kingsley et al.
Yaws eradication: past efforts and future perspective. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneve, v.86, n.7. Available at: <http://www.who.int/bulletin/en/>. Access on: Apr. 8, 2009. 2008a.

ASIEDU, Kingsley.
The return of yaws: an interview with Kingsley Asiedu. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneve, v.86, n.7. Available at: <http://www.who.int/bulletin/en/>. Access on: Apr. 8, 2009. 2008b.

BRAGA, José Carlos de S.; PAULA, Sérgio Goes de.
Saúde e previdência: estudos de política social.
São Paulo: Hucitec. 2006.

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

BRASIL.
Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970.
Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/>

legin/fed/decret/1970-1979/decreto-66623-22-maio-1970-408086-publicacaooriginal-1-pe.html. Acesso em: 2 fev. 2012. 1970.

BRASIL.
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. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=174667&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>. Acesso em: 2 fev. 2012. 1958a.

BRASIL.
Decreto nº 43.174, de 4 de fevereiro de 1958.
Institui Grupo de Trabalho do Departamento Nacional de Endemias Rurais, do Ministério da Saúde, para erradicação da malária no País. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=174178&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB>. Acesso em: 2 fev. 2012. 1958b.

BRASIL.
Lei nº 3.259, de 6 de setembro de 1957. Concede isenção de direitos aduaneiros de importação para a penicilina injetável, importada até 31 de dezembro de 1947. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/>

ListaPublicacoes.action?id=111811&tipoDocumento=LEI&tipoTexto=PUB. Acesso em: 2 fev. 2012. 1957.

BRASIL.

Lei nº 2.743, de 6 de março de 1956. Cria o DNERu no Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-2743-6-marco-1956-355164-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 2 fev. 2012. 1956.

BRASIL.

Ministério da Saúde. 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). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0156_19_01_2006.html. Acesso em: 2 fev. 2012. 2006.

BRASIL.

Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Endemias Rurais. Boubas. In: Departamento Nacional de Endemias Rurais. *Endemias Rurais: métodos de trabalho adotados pelo DNERu*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. p.70. 1968.

BRASIL.

Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Endemias Rurais. Combate à boubas. In: Departamento Nacional de Endemias Rurais. *Resultados alcançados pelo DNERu em 1966*. Rio de Janeiro: s.n. p.20-22. 1966.

BRASIL.

Ministério da Saúde. Departamento Nacional de Endemias Rurais. Vamos acabar com a boubas no Brasil: cartilha da boubas. Rio de Janeiro: Serviço Gráfico do IBGE. 1958c.

BRASIL.

Presidência da República. *Resenha do governo do presidente Juscelino Kubitschek (1956-1960)*. Tomo 4. Trabalho e bem-estar social. Educação e Cultura. Saúde Pública. Rio de Janeiro: Serviço de Documentação da Presidência da República. 1960.

BRITO, Raimundo Siebra de.

Caçando rato e matando mosquitos: impressões de um sanitarista. Belo Horizonte: Imprensa Oficial. 1986.

BROTHWELL, Don R.

Yaws. In: Kiple, Kenneth F. (Ed.). *The Cambridge Historical Dictionary of Disease*. Cambridge: Cambridge University Press. p.1096-1100. 2003.

CAMPOS, André Luiz Vieira de.

Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública, 1942-1960. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006.

CARRERO, Raimundo.

Orlando Parahym: o arco e o escudo. Recife: Assembléia Legislativa do Estado do Pernambuco. 2001.

CASTRO, Josué de.

Geografia da fome: o dilema brasileiro – pão ou aço. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2010.

CASTRO, Josué de; LUZ, Helio de Souza;

BORGES, Pedro.

Pesquisa sobre o estado nutritivo dos escolares do Distrito Federal. *Arquivos Brasileiros de Nutrição*, Rio de Janeiro, v.6, n.1. 1949.

COURA, José Rodrigues et al.

Centenário do Instituto Oswaldo Cruz: 1900-2000. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 2000.

CUETO, Marcos.

O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

Doctor Ehrlich's...

Doctor Ehrlich's magic bullet. Direção: William Dieterle. US. Film. 103min. 1940.

FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucilia de A.N. (Org.).

O Brasil Republicano. Vol. 3: O tempo da experiência democrática – da democratização de 1945 ao golpe civil-militar de 1964. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2003.

FONSECA FILHO, Olympio da.

Escola de Manguinhos: contribuição para o estudo do desenvolvimento da medicina experimental no Brasil. *Revista dos Tribunais*, São Paulo. Separata do tomo 2 de Oswaldo Cruz Monumenta Histórica. 1974.

GARRETT, Larrie.

The coming plague: newly emerging diseases in a World out of balance. New York: Penguin. 1995.

GUIMARÃES, Reinaldo Felipe Nery.

[Depoimento]. Entrevistadores: Érico Silva Muniz e Gilberto Hochman. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz; Papes V-Fiocruz/CNPq. 1CD (1h22min). Depoimento concedido ao projeto Políticas Nacionais e Programas Internacionais de Saúde em Perspectiva Histórica e Comparada (Brasil, 1958-1973). 5 set. 2008.

HACKETT, C.D.; GÖCKEL, C.W.

Instrumental y técnica de la inyección intramuscular en las campañas de tratamiento colectivo de las treponematoses. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, p.23-32. Disponible em: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v47n1p23.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2012. jul. 1959.

- HOCHMAN, Gilberto.
'O Brasil não é só doença': o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, supl., p.313-331. 2009.
- HOPKINS, Donald R.
Frambesia en las Americas, 1950-1975. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, v. 84, n.3, p.262-263. 1978.
- IOC.
Instituto Oswaldo Cruz. *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.
- IOC.
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.
- KROPF, Simone.
Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação, 1909-1962. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2009.
- KUBITSCHKEK, Juscelino.
Mensagem ao Congresso Nacional remetida pelo Presidente da República na abertura da Sessão Legislativa de 1960. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. 1960.
- KUBITSCHKEK, Juscelino.
Programa de saúde do candidato. São Paulo: N. Nicollini. 1955.
- 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. p.9-36. (Textos de Apoio – Saúde). 1988.
- LACAZ, Carlos da Silva.
Vultos da medicina brasileira. Rio de Janeiro: Pfizer. v.4. 1977.
- LAFETÁ, Levi Queiroga.
Endemia boubá. In: DNERu. *Relatório anual de 1957*. Rio de Janeiro: Departamento Nacional de Endemias Rurais. 1957.
- LIMA, Eronildes da Silva.
Mal de fome e não de raça: gênese, constituição e ação política da educação alimentar – Brasil, 1934-1946. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2000.
- 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. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p.27-58. 2005.
- MACHADO, Ricardson Miranda.
Prevalência das infecções hospitalares no Centro de Terapia Intensiva do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2006.
- MARANHÃO, Ricardo.
O governo Juscelino Kubitschek. São Paulo: Brasiliense. 1981.
- MORAES, Hêlbio Fernandes.
[Depoimento]. Entrevistadores: Érico Silva Muniz e Gilberto Hochman. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz; Papes V-Fiocruz/CNPq. 1 CD (1h10min). Depoimento concedido ao projeto Políticas Nacionais e Programas Internacionais de Saúde em Perspectiva Histórica e Comparada (Brasil, 1958-1973). 16 jan. 2009.
- MORAES, Hêlbio Fernandes.
SUCAM: sua origem, sua história. Brasília: Ministério da Saúde. 1990.
- MUNIZ, Érico Silva.
Basta aplicar uma injeção?: saúde, doença e desenvolvimento – o Programa de Erradicação da Boubá no Brasil (1956-1961). Dissertação (Mestrado) – Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro. 2009.
- OMS.
Organización Mundial de la Salud. *Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: OMS. 1958.
- PARAHYIM, Orlando.
Pequena história das vitaminas. Recife: Universidade do Recife/Imprensa Universitária. 1963.
- PARAHYIM, Orlando.
Endemias brasileiras. Recife: Universidade do Recife/Imprensa Universitária. (Coleção Nordestina). 1961.
- PARAHYIM, Orlando; LIMA, Jamesson.
Alimentação e saúde pública na área da seca. *Arquivos Brasileiros de Nutrição*, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.83-84. 1960.
- PINOTTI, Mário.
Vida e morte do brasileiro (saúde e doença no Brasil). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1959.

PORTER, Roy.
The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity. New York/London: W. W. Norton. 1999.

REY, Luís.
Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1999.

SAMAME, G.E.
Erradicación de las treponematoses com referencia especial a la erradicación de la frambesia em Haiti. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, v.62, n.5, p.421-431. 1957.

VASCONCELOS, Francisco de Assis G.
Os Arquivos Brasileiros de Nutrição: uma revisão sobre produção científica em nutrição no Brasil (1944 a 1968). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.303-316. 1999.

WHO.
World Health Organization. Yaws: a forgotten disease. Fact sheet n.316. Disponible at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs316/en/>. Access on: Apr. 8, 2010. Jan. 2007.

