

A triste vida das populações rurais do Brasil: revelações do Programa de Erradicação da Boubá (1956-1961).

Érico Silva A. Muniz¹

Resumo

O trabalho pretenderá analisar as relações entre políticas de saúde e desenvolvimento no Brasil no governo Juscelino Kubitschek (1956-1961). O Programa de erradicação da boubá será analisado a partir de sua relação com as diretrizes de organismos internacionais e do papel que essa doença e as medidas em saúde pública para erradicá-la representaram para expansão da autoridade pública nas áreas rurais do Brasil. O curso da campanha realizou - além da pesquisa sobre controle dessa endemia rural - uma denúncia das condições de saúde e revelou os hábitos e costumes do homem do interior.

Palavras-chave: boubá, Juscelino Kubitschek, sanitarismo desenvolvimentista.

Abstract

These papers wants to examine the relationship between health policies and development in Brazil during Juscelino Kubitschek's government (1956-1961). The programme for the eradication of yaws will be examined from its relation with the guidelines of international organizations and the role that the disease and public health policies to eradicate it accounted for expansion of public authority in rural areas of Brazil. The course of the campaign held - in addition to the research on control of rural diseases - a complaint of health and revealed the habits of brazilians that lived in the countryside.

Keywords: yaws, Juscelino Kubitschek, developmental sanitarianism.

¹ Mestrando em História das Ciências e da Saúde pela Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz.

Apresentação

A saúde pública no Brasil no período exatamente posterior à Segunda Guerra Mundial foi ainda pouca pesquisada no campo da história das políticas de saúde. Nísia Trindade Lima, Cristina Fonseca e Gilberto Hochman (2005) caracterizaram o período como sendo de um “otimismo sanitário” (Garrett, 1995) do pós-guerra, pela execução de programas de erradicação, e fortalecimento do papel das agências internacionais no contexto do “sanitarismo desenvolvimentista” que caracteriza esse período. Os anos do período democrático (1945-1964) foram responsáveis pela visão que a possibilidade de ação da saúde, do controle das doenças infecto-contagiosas resultava em algo que seria além de um gasto governamental, mas simbolizava um investimento no “capital humano”, fundamental para o progresso e desenvolvimento do país, expandindo a agricultura, aumentando a produtividade do trabalhador, do sertanejo.

As medidas e discursos empreendidos pelas elites políticas do “sanitarismo desenvolvimentista” eram de vincular pobreza, doença e intervenção em saúde (Lima, Fonseca & Hochman, 2005). Essa característica apresenta-se também no campo de institucionalização dos serviços, como na participação em cooperação internacional, a criação do Ministério da Saúde enquanto pasta isolada em 1953, e do surgimento de órgãos como o DNERu (Departamento Nacional de Endemias Rurais) que através da unificação dos já existentes serviços nacionais de doenças como lepra e malária intensificou, em 1956, o combate às endemias.

O presente texto é uma breve nota de pesquisa em curso sobre essas relações entre políticas de saúde e desenvolvimento no Brasil nos anos 1950. O Programa de erradicação da boubá é aqui analisado a partir de sua relação com as diretrizes globais e do papel que a doença e as medidas em saúde pública para erradicá-la representaram para expansão da autoridade pública nas áreas rurais, servindo como denúncia das condições de saúde e revelação dos hábitos e costumes do interior do Brasil.

A boubá, também conhecida como pian ou *framboesia*, é uma doença infecciosa transmitida por contato direto com a pele ou mucosas de indivíduos doentes (frequentemente pelo ato de coçar). É causada pelo *Treponema pertenue* e, apesar da

semelhança com a sífilis (cuja etiologia é o *Treponema pallidum*), sua transmissão não ocorre pela relação sexual. Apresenta-se em três estágios, com um período de incubação em torno de 28 dias. No período inicial, as pequenas lesões cutâneas iniciais, geralmente nas pernas, podem ser ulceradas. Após um período que varia entre 3 e 6 semanas, a doença entra em sua segunda fase, que pode durar até 5 anos, na qual pápulas bem maiores podem surgir, com ou sem pigmentação e pus, em diferentes partes do corpo. No estágio terciário pode haver ulcerações ainda maiores, cicatrizes e lesões mais destrutivas – tanto na pele quanto nas cartilagens e nos ossos longos do esqueleto que podem ficar deformados e protuberantes. Aproximadamente 75% dos indivíduos adquirem a doença com menos de 15 anos, e as cicatrizes e deformações são definitivas, levando muitas vezes à incapacidade funcional e à desfiguração (Rey, 1999; Brothwell, 2003; Cueto, 2007).

O diagnóstico da boubá é clínico e deve ser confirmado através de exame microscópico (em campo escuro) de um fragmento da lesão. Apesar de não haver exame de sangue específico, diante de uma suspeita, realiza-se a sorologia para sífilis, a partir da qual se pode identificar a existência de anticorpos contra o treponema. Muitas vezes pode haver confusão diagnóstica entre a boubá e a sífilis, mas o tratamento de ambas as doenças é o mesmo (WHO, 2008). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a boubá atinge principalmente regiões quentes e úmidas e está associada à pobreza; ocorre principalmente na África, Ásia e América Latina (WHO, 2008). Para Brothwell, a alta prevalência da doença em regiões de clima tropical e subtropical deve ser compreendida pela combinação entre fatores geográficos como umidade e calor e fatores sociais como a miséria e condições de higiene adversas que costumam caracterizar essas áreas do planeta (Brothwell, 2003: 1096).

As pesquisas revelam que tal doença já era conhecida desde primórdios da institucionalização da saúde pública no Brasil², e o país possuía o maior número absoluto entre os casos registrados. Em outros países, como o Haiti, a boubá chegou a ser considerada o maior problema de saúde pública na década de 1940 (Hopkins, 1978: 262-263).

² Há referência à framboesia tropical como tendo existido entre os aborígenes ou vindo da importação dos negros africanos. No século XIX foi assunto de teses nas faculdades de medicina no Rio de Janeiro e Salvador. Cf. Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação, 1958.

O combate à bouba passou a ser uma prioridade em países em que ela era existente na década de 1950. Entre 1950 e 1970 os programas de erradicação global promovidos pelos organismos internacionais de saúde - como a OMS e sua regional para as Américas, a Organização Pan-americana da Saúde (Opas) – ganharam força também na agenda para as políticas de saúde brasileiras influenciadas pela valorização das novas ferramentas biomédicas surgidas no pós-guerra, como os antibióticos, as sulfas e o DDT (Dicloro-Difenil-Tricloroetano).

Na Opas havia diretrizes que os países vizinhos da América Latina deveriam adotar para se verem livres também da bouba. Na região a *frambesia* ou *pian*, como é chamada em língua espanhola ou ainda *yaws*, do inglês, constituía grave problema de saúde pública ao menos no Brasil, Colômbia, Equador, Haiti, Peru, Santa Luzia, na Guiana e no Suriname.

A bibliografia específica sobre o combate às endemias rurais nos anos 1950 é extremamente reduzida, sendo assim, as considerações sobre a história de combate à bouba no Brasil baseiam-se essencialmente em livros memorialísticos e materiais produzidos pela burocracia em saúde. Em um capítulo de análise de aspectos históricos do combate à bouba no Brasil, por exemplo, o sanitarista Hêlbio Moraes, em seção em que homenageia o sanitarista Mário Pinotti³ apresenta uma série de aspectos dos dramas relativos à luta e manifestação da moléstia:

[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*

³ Mário Pinotti foi diretor do Serviço Nacional de Malária entre 1942 e 1956, quando assumiu o recém-criado DNERu, cargo que ocuparia até tomar posse como ministro da saúde do governo Juscelino Kubitschek (JK) em 1958. Cf. Hochman, 2007.

uma época cruel. O quadro constrangedor e doloroso contemplado, era capaz de comover ao mais insensível e desumano coração (Moraes, 1990: 373).

Assim, o autor busca reconstituir de forma forte e dramática o ‘barracão de boubáticos’ que teria sido uma das práticas profiláticas ao menos até fins dos anos 1940⁴. O barracão era uma espécie de albergue onde os portadores da boubá, num exemplo da autoridade da qual se revestia a saúde pública da época, estariam isolados para controle do contágio principalmente entre internos portadores das doenças em seus diversos estágios do desenvolvimento. Ao revelar a prática de conter a boubá, o sanitarista expõe também o estado de miséria e fome compartilhado pelos doentes do interior país.

O início do tratamento em massa com penicilina no Brasil

O uso em larga escala da penicilina de ação retardada representou, entretanto, uma revolução na terapêutica da boubá a partir da década de 1950. O extermínio dessa doença no Brasil, era previsto para acontecer nos 5 anos do mandato de JK (1956-1961) e fora considerado fácil, bastando com que as doses de penicilina fossem devidamente aplicadas e havendo reinspeção nas áreas boubáticas. O programa de erradicação constituiu-se enquanto campanha do DNERu para eliminação da doença e visava “eliminar a boubá como problema de saúde em 5 anos, e por fim erradicá-la do país, mediante tratamento em massa com penicilina” (DNERu, 1962: 31).

Com alto grau de profissionalização e especialização, a campanha de erradicação aconteceria nas seguintes práticas: diagnóstico clínico-laboratorial, treinamento de pessoal para aplicação de injeções, estudos topográficos das áreas endêmicas e inspeção de logradouros como escolas, orfanatos e albergues (DNERu, 1962: 32-33). A divisão organizacional do DNERu criava um contato diferenciado com os agentes de saúde que tocavam o programa, pois além das visitas de médicos, enfermeiras e assistentes nas casas dos moradores das regiões endêmicas, era formada uma rede de postos

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 (1990:372-374).

permanentes que seriam sedes ou sucursais do órgão para servirem de base para o combate à boubá e a outras endemias rurais. Dessa forma, o que se observa sobre o programa é que além de criar leis e decretos que postulavam sobre seu funcionamento, também intensificou a pesquisa científica sobre a doença, e possibilitou a instalação de fábricas de insumos e criação de burocracia pública para sua gestão.

Segundo um relatório do DNERu, a campanha apresentou algumas dificuldades institucionais e alguma resistência ao tratamento por parte das populações. A irregularidade na remessa de recursos, atrasos de pagamentos e dificuldades de penetração em algumas áreas da doença foram considerados fatores que atrasaram o andamento da campanha (DNERu 1962: 34-35). As recusas à vacinação também eram expressivas principalmente no início da campanha e após relatos de reação à penicilina que poderiam conduzir, nos casos mais graves, à morte (Moraes, 1990: 379).

Outro elemento que vem surgindo recorrentemente na pesquisa refere-se a grande quantidade de discussões e debates entre médicos e epidemiologistas do período sobre uma melhor forma de combate à doença no interior do país. Nos periódicos médicos específicos do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), de dermatologia, estavam sendo estudados não só a melhor eficácia do uso dos antibióticos para a boubá nos doentes, mas também buscava-se compreender hábitos e costumes das populações sertanejas acometidas com os framboesomas (Guimarães, 1946, 1947, 1947b, 1961).

O médico paraense Felipe Nery Guimarães estudou pelo IOC a introdução da penicilina no combate à boubá a partir de 1941, tendo chefiado postos de estudo na Baixada Fluminense e pesquisado no nordeste brasileiro e na região de Minas Gerais. Nery Guimarães participou também da discussão internacional sobre essa patologia, tendo sido o representante brasileiro no I Simpósio Internacional no controle da Boubá promovida pela OMS em 1951. Nesse evento, o médico participou dos debates sobre a boubá entre representantes dos Estados Unidos, Haiti, Jamaica, Inglaterra, Indonésia, Tailândia e Filipinas, tendo alguns desses pesquisadores artigos de Guimarães entre os listados em suas referências bibliográficas (WHO, 1953).

Para além da penicilina ou pela *‘melhoria do nível de vida das populações rurais’*

Ao longo da execução da campanha revelou-se, além da resistência à vacinação, a noção de que outras variáveis influenciavam de fato na recuperação dos doentes, como se vê no seguinte relato:

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 20 dias, o pessoal foi à localidade para verificar os resultados. Surpreendentemente as meninas não tinham sido curadas!... Diante do exposto, o 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 constatada 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. (Moraes, 1990: 379-380).

Dessa forma, os fatores externos à influência da ação das injeções de Benzetacil não só eram conhecidos como registrados e considerados. O que se nota no fragmento de Moraes (1990) é que houve reorientação da forma de intervenção e combate à boubá ainda durante os primeiros 5 anos da campanha a partir das respostas dos organismos das populações vacinadas. Revelava-se assim um quadro pessimista do interior do Brasil, no qual verminoses e desnutrição debilitavam a população.

Também com o intuito conhecer a realidade e compreender a vida cotidiana das populações do interior, o pesquisador Nery Guimarães empreendeu viagens científicas para averiguar ocorrência da boubá e outras endemias nos sertões brasileiros. Numa viagem à cidade de Bom Jesus da Lapa, interior da Bahia, por ocasião de uma tradicional festa religiosa Guimarães buscou examinar os romeiros vindos dos mais

distantes estados nordestinos como se assim obtivesse informações de um quadro nosológico dos sertanejos e também um pouco da interpretação de seus hábitos e costumes. Os símbolos religiosos, o “fanatismo”, tudo foi observado pelo médico ao realizar quase que uma etnografia da festa típica e o quadro de miséria e falta de higiene foi descrito, como quando se referiu aos hábitos à beira do rio. Em suas palavras:

Notável é a promiscuidade da beira do Rio. Lá estão mulheres lavando roupa e outras atirando dejetos na água, e logo adiante aguadeiros enchem os barris que vão para a cidade do costado dos burros. Dali mesmo, com a água, vai o tifo, a amebíase, as verminoses. Crianças nuas aguardam as mães, chorando ou quietas, sentadas no chão, com o nariz escorrendo e os olhos remelentos (...). (Guimarães, 1947: 216).

Nota-se que, neste momento, os hábitos, costumes e a realidade social dos sertanejos já eram vistos como fatores fundamentais para o sucesso do programa de erradicação. O próprio presidente JK ao avaliar a execução dos serviços sobre a boubã na mensagem de abertura de seu último ano de mandato ao Congresso Nacional lembrou que não bastavam as injeções de penicilina para que aqueles doentes ficassem sadios:

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 (Oliveira, 1960: 285). (grifos meus).

A sentença da erradicação da boubã, ao menos na região de Minas Gerais, foi divulgada pelo DNERu em 1962. Por ocasião da visita no ano de 1967 de Sven Christiansen, representante da OMS, foi constatada a erradicação da boubã em Minas Gerais por esta agência internacional (Moraes, 1990: 380). O DNERu existiu até 1970, ano da criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) que passou a ser responsável por “quaisquer atividades de erradicação e de controle de endemias, em todo território nacional por meio de campanhas específicas”. Por conta da facilidade de tratamento com a penicilina e antibióticos baratos, o número de doentes no mundo foi reduzido em 95% nos anos 1970. Nos anos 1980, entretanto, observou-se um

recrudescimento da doença, e em 1990 estimava-se que a prevalência fosse de 2 milhões e 500 mil casos, dos quais 460 mil seriam casos novos (WHO, 2008).

Considerações Finais

Esses aspectos da provisão de cuidados médicos para as endemias rurais e de uma nova profilaxia para o combate à boubá no Brasil inserem-se no contexto do “otimismo sanitário” do pós-guerra e do papel que as doenças representavam nos planos de desenvolvimento nacionais da América Latina. O que a pesquisa empírica sobre o Programa de Erradicação da Boubá tem sugerido é que esta patologia, que era do interior, dos sertões, denuncia também as condições de vida e doenças dos trabalhadores brasileiros.

Os relativos baixos custos para execução do programa da boubá fazem dele, entre outras políticas de saúde dos anos 1950 no Brasil, representação de um aumento de provisão dos cuidados em áreas de maiores limites territoriais. Naquele momento, a penicilina simbolizou a possibilidade de um fácil controle e eliminação da doença no interior do país.

As relações entre os temas saúde e desenvolvimento ficam mantidos na análise dos pactos firmados com os organismos internacionais para área de saúde, como no caso Programa da boubá. As primeiras investigações das fontes mostram que o período de execução do Programa, o do governo JK, e o uso em larga escala da penicilina de ação retardada nas áreas rurais e as relações do grupo de trabalho brasileiro com as diretrizes internacionais afinam-se como contexto da saúde pública à época.

Fontes publicadas

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.

GUIMARÃES, Felipe Nery. “Doenças encontradas nos romeiros de Bom Jesus da Lapa, Bahia”. In: *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 45, (1). 1947. pp. 211-251.

_____. “Estado atual da campanha de Erradicação da boubá no Brasil”. In: *BOSP*. mar. 1961. pp. 241-245.

_____. “Pesquisas sobre a imunidade da *Framboesia tropica* no homem.” In: *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 44, (4). 1946. pp. 649-685.

_____. “Manifestações boubáticas tardias, semelhante quadro clínico de pinta terciária”. In: *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 45, (2). 1947b. pp. 307-334.

HOPKINS, Donald R. “Frambesia en las Americas, 1950-1975.” In: *BOSP*. 84(3), 1978. pp. 262-267.

INSTITUTO BRASILEIRO DE BIBLIOGRAFIA E DOCUMENTAÇÃO. *Boubá: bibliografia brasileira*. Rio de Janeiro: Conselho Nacional de Pesquisas, 1958.

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.

_____. *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.

OLIVEIRA, Juscelino K. _____. *Mensagem ao Congresso Nacional*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1960.

World Health Organization (WHO). *First International Symposium on Yaws control - Premier Symposium International sur la lute contre le pian*. Genève; W.H.O; 1953.

Referências Bibliográficas

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

CUETO, Marcos. *O valor da saúde: história da organização pan-americana da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

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

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

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

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.

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

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). “Yaws: a forgotten disease”. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs316/en/>> Último acesso em 25/2/2008.