

O SERVIÇO NACIONAL DE PESTE E A PESTE BUBÔNICA NO NORDESTE

Simone Evelin F. de S. Luna¹

Este trabalho, derivado das pesquisas relacionadas à dissertação de mestrado no Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde (PPGHCS/FIOCRUZ), pretende analisar as ações do Serviço Nacional de Peste (SNP), órgão criado em 1941, subordinado ao Ministério da Educação e Saúde (MES), durante seu período de existência (1941-1956). Essa investigação tem como recorte espacial o Nordeste, mais precisamente a área que correspondeu à 1ª circunscrição do órgão, referente aos estados do Ceará, Pernambuco, Paraíba e Alagoas, a região então mais acometida pela peste então.

A peste bubônica chegou ao Brasil em 1899 através do porto de Santos e, a partir deste momento, esforços foram empreendidos no sentido de controlar a disseminação dos casos da doença. A criação do SNP durante o governo de Getúlio Vargas se inscreveu num quadro de centralização política e de reforma da saúde pública na qual os Serviços Nacionais (SNs) se propuseram a combater doenças específicas de forma centralizada, unificada e sistemática. Tal situação possibilitaria uma administração, um gerenciamento e profilaxia direcionadas.

A reforma de 1941, que reorganizou o Departamento Nacional de Saúde (DNS), institucionalizou o modelo verticalizado de saúde no qual as normas, diretrizes e execução partiam do governo federal. Nesse contexto, o SNP e seus servidores intensificaram o combate à doença, a esta altura já endêmica no agreste e sertão nordestinos, formulando e executando planos e estratégias de modo a diminuir a sua incidência. Os médicos do Serviço percorriam, assim, periodicamente suas respectivas áreas de atuação de modo a fiscalizar as ações dos guardas sanitários e o andamento dos serviços de profilaxia nas regiões interior adentro, muitas vezes com dificuldade de acesso, para garantir a saúde e o alcance do tratamento à população em geral.

Tendo em vista que a saúde constituiu uma esfera muito importante para as causas políticas da República desde o início do século XX, sendo estas geralmente encabeçadas pelos sanitaristas, atuantes na promoção da melhoria das condições de saúde da população,

1 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde/PPGHCS/COC/FIOCRUZ. Bolsista CAPES.

argumento como o SNP teria expressado a estratégia de interiorização da autoridade estatal através do trabalho de seus médicos e guardas sanitários.

Desse modo, o artigo será dividido em duas partes. Na primeira procurarei demonstrar o contexto político interno como promotor de mudanças na área da saúde, através da qual o governo Vargas buscava uma ampliação do seu poder frente aos estados da federação e às suas oligarquias. A saúde funcionaria como um meio para se alcançar tal objetivo, uma vez que, assumindo a condução das políticas públicas desta esfera, a União tomaria para si uma grande área, na qual os serviços eram mais do que imprescindíveis e se alinhavam com um novo ideal de nação que exaltava o sertanejo e sua força, mas que era prejudicado pelas endemias que insistiam em permanecer acometendo o povo trabalhador. Posteriormente me debruçarei sobre o modo como a estrutura do SNP possibilitou a permanência de representantes do Estado nas regiões mais afastadas do interior, consolidando a presença do governo federal nestas áreas.

A saúde no governo Vargas e a criação do Serviço Nacional de Peste

O governo de Getúlio Vargas buscou redimensionar a interferência do Estado nas unidades da federação através de suas políticas de centralização. Para isso, houve a construção de um novo ideal de nação que integrasse as diferentes regiões do país e as inserissem nas dinâmicas econômicas dos centros de poder. Esse ideal também pretendia valorizar as populações do interior, entendidas como esquecidas e maltratadas pelas oligarquias estaduais, às quais Vargas pretendia suplantar em termos de influência. Somado a essas características estava a questão da saúde. Esta exerceu um papel importante tanto para a economia quanto para as intenções de centralização do poder federal.

Nesse sentido, as endemias, doenças que afligiam constantemente as populações, notadamente as do interior do país, ou dos “sertões”, emergiram como um dos focos de ação do governo em busca de sua interiorização geográfica e presença física. Dentre essas doenças, incluía-se a peste bubônica².

Em rápido resumo sobre a peste no Brasil sua confirmação de chegada ao país ocorreu em 1899, quando foi detectada em Santos. Tendo entrado no país através do porto daquela cidade durante a terceira pandemia que teve origem na China. A partir dessa “inauguração” começaram os esforços para debelar e impedir que a infecção se espalhasse país adentro. Foi

2 Outras doenças consideradas como endemias eram a febre amarela, malária, doença de Chagas, esquistosomose.

nesse contexto que figuras como Vital Brazil e Oswaldo Cruz, dentre outros, atuaram no combate à enfermidade e que os institutos soroterápicos de São Paulo, hoje Instituto Butantan, e do Rio de Janeiro, hoje FIOCRUZ, foram criados para produção de soro antipestoso, uma vez que houve dificuldade de importá-los em grande quantidade da Europa (NASCIMENTO, 2011).

A profilaxia antipestosa, a partir de então, ficou a cargo de diversos órgãos. Na capital do país, o governo federal, através da Diretoria Geral de Saúde Pública, se responsabilizou pelo combate. Já aos governos estaduais caberia o enfrentamento à doença em suas respectivas jurisdições, o que ocorreria até meados da década de 1930, quando os casos de peste recrudesceram no Nordeste e a União tomava para si a luta contra a moléstia³.

Com isso, a União já começa a adentrar e estar presente no território dos estados responsabilizando-se por uma doença que os governos estaduais não se mostravam competentes em tratar. Na verdade, a ideia de se reunir os cuidados com a peste numa frente mais ampla já existia. Décio Parreiras, diretor do Departamento de Saúde Pública do estado Pernambuco, em 1934, relatou que

Em todos os annuarios deste Departamento venho chamando a atenção da necessidade de um combate systematico á peste, nas regiões nordestinas [...] Sem articulação de vários serviços em os diversos Estados do nordeste, pouco vale o que representa a destruição de ratos em Triumpho, se o mesmo não se verifica em Princeza⁴.

Percebe-se que havia a necessidade de uma maior organização para a efetividade na resolução do problema que a doença representava. No entanto, as medidas tomadas apenas respondiam às demandas mais imediatas em resposta ao caso pestoso humano, sendo adotadas práticas profiláticas como desratização e antiratização⁵ apenas pontualmente e sem continuidade, o que contribuía para o retorno periódico dos casos. Assim, foram realizados inquéritos e pesquisas na década de 1930 para se dimensionar o problema da peste no

3 CPDOC/FGV/GC h 1940.03.11

4 Diário de Pernambuco, 20 de novembro de 1934, p. 1.

5 As práticas de desratização se referiam àquelas que destruiriam os ratos como uso de itens como cianogás e lança-chamas. As de antiratização se concentravam em impedir o convívio dos ratos com os humanos como afastamento de vegetação e cercas vivas, limpeza do ambiente e descarte correto do lixo, ajustes arquitetônicos que impedissem os animais de fazer ninhos dentro das residências.

Nordeste (FIALHO, 1935; BARRETO, 1940)⁶, derivando daí o início da atuação do governo federal.

O reforço desse controle viria em 1937 com a reforma da saúde que reorganizou o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP e que passaria a se chamar MES na mesma lei) e a criação das Delegacias Federais de Saúde (DFS). A instituição das Delegacias foi uma conquista da gestão do ministro Gustavo Capanema que buscava a ampliação da atuação do governo nas áreas da educação e da saúde. No caso desta última através da sua presença física via órgãos de fiscalização. Segundo Cristina Fonseca, as DFS e a divisão do território brasileiro em 8 jurisdições, foram instrumentos poderosos para as ambições do governo e uma importante inovação institucional (FONSECA, 2007). Isto porque as Delegacias foram o meio pelo qual o governo federal conseguiu se relacionar com os departamentos de saúde dos estados e assumir algumas campanhas de combate à doenças, visto que aquelas unidades federativas não conseguiam arcar com os custos de seus problemas sanitários. Sobre isso, vale a pena fazer um rápido adendo sobre as relações que o Estado queria implementar nesse período de fins da década de 1930 com a relação existente anteriormente que era de total autonomia dos estados. Algo instituído pela constituição de 1891 que previa a intervenção do governo central apenas e m casos muito específicos⁷ de modo a não abalar a sacralidade daquela autonomia.

O serviço das Delegacias parece ter sido bem recebido, uma vez que, de fato, os estados viam nisso uma forma de solucionar problemas de higiene e “os estados prazeirozamente entregaram essas... essas atribuições... ao Governo Federal”⁸. Como explica Gilberto Hochman para o período anterior, as necessidades impostas pela “interdependência sanitária” (que acontece pelas endemias e epidemias não conhecerem limites ou divisas), abriram o caminho para a intervenção da União no âmbito da saúde na década de 1920 (HOCHMAN, 1998). Como cada estado era responsável pela própria profilaxia, a negligência de um poderia custar a contaminação do outro. Adveio daí a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920 que, segundo o autor, seria o início das intervenções futuras nas gestões seguintes, apoiadas fortemente pelo quadro de médicos

6 Pesquisas foram realizadas por Amadeu Fialho, José Bonifácio Paranhos da Costa e Marcelo Silva em 1935 e 1936.

7 “Art. 6º O Governo Federal não poderá intervir em negocios peculiares aos Estados, salvo: 1º Para repellar invasão estrangeira, ou de um Estado em outro; 2º Para manter a fôrma republicana federativa; 3º Para restabelecer a ordem e a tranquillidade nos Estados, a requisição dos respectivos governos; 4º Para assegurar a execução das leis e sentenças federaes”. Como exemplo, o governo federal interviu no Rio Grande do Norte, Paraíba e Rio de Janeiro para combater surtos de peste em 1912 e 1913 (HOCHMAN, 1998).

8 Depoimento de Celso Arcoverde de Freitas (DCAF), fita 4, lado A.

sanitaristas. Talvez, a partir da análise de Hochman (e da sabida precariedade dos serviços sanitários nos estados e da aceitação dos mesmos das ações do governo federal em matéria de saúde) pode-se entender a colaboração entre DFS e Departamentos de saúde dos Estados. A reforma foi aprovada em janeiro, antes do golpe de 1937, ocorrido em novembro, que instaurou o Estado Novo. Ainda não tinha sido aprovada como Capanema gostaria, pois, ainda em período democrático, dependia das negociações no Congresso.

Mas quatro anos depois houve outra reforma que atendeu aos interesses do governo de uma forma mais robusta e que instituiu o objeto deste artigo, os Serviços Nacionais, um deles o de peste. Na verdade, as demandas para a nacionalização ou criação de um órgão específico para os cuidados com a peste bubônica já vinham de anos antes. Os próprios inquéritos de 1935 já sugeriam isso e, em 1940, por exemplo, Ernani Agrícola, diretor da Divisão de Saúde Pública, escreve em ofício ao diretor geral do DNS “Creio que mais razoável seria a criação do Serviço Nacional da Peste, no Departamento Nacional de Saúde, tendo o mesmo duas secções: uma de profilaxia e outra de pesquisas”⁹.

Contudo, apenas em 1941, isso se tornaria realidade com a lei nº 3171 que reorganizou o DNS. Nela foram criados os SNs¹⁰, designados para o combate à doenças específicas cada um.

O SNP e a interiorização das ações em saúde

O SNP foi dividido em 4 circunscrições que, por sua vez, foram divididas em setores e estes em distritos conforme a tabela a seguir¹¹:

Circunscrição	Setor	Distritos
1ª – Nordeste Oriental	-Fortaleza	-Baturité, Fortaleza, Ipu
	-Recife	-Recife, Campina Grande, Caruaru, Garanhuns, Pesqueira, Triunfo
	-Crato	-Crato, Lavras, Bodocó
	-Maceió	-Maceió, Viçosa, Palmeira dos Índios
2ª – Leste Setentrional	-Salvador	-Salvador, Serrinha, Feira de Santana

9 CPDOC/FGV. GC h 1940.03.11

10 Os outros Serviços Nacionais criados referentes às doenças específicas foram os da lepra, tuberculose, febre amarela, malária, câncer e doenças mentais.

11 Tabela produzida com base nas fontes e que constará na dissertação de mestrado.

	-Bonfim -Jequié	-Bonfim, D. Dutra -Jequié, Conquista, Palmeiras
3 ^a – Leste Meridional	-Rio de Janeiro -Belo Horizonte	- DF, Estado do Rio -Sete Lagoas, Salinas
4 ^a – Sul	-São Paulo	-São Paulo, Santos

Conforme se disse anteriormente, o foco será a 1^a circunscrição e as ações do SNP nesta jurisdição. Essa unidade foi comandada na maior parte do tempo pelo médico Celso Arcoverde de Freitas que começou sua relação com a peste bem cedo, aos 24 anos quando iniciou seu trabalho na DFS da 4^a região. Através de seus diários de médico, documentos produzidos semanalmente pelos médicos do Serviço, e que foram inspirados em diários semelhantes feitos pelos seus correspondentes no Serviço de Febre Amarela da Fundação Rockefeller¹², ele relatava ao seu superior, o diretor do SNP, sobre o andamento das atividades em campo, em laboratório e das atribuições administrativas. O médico sanitário, como bom administrador, não se ocupava estritamente dos serviços médicos, mas deveria também somar a sua experiência as tratativas burocráticas, afinal o sanitário é um administrador dos problemas de saúde, inclusive os financeiros e logísticos.

A estrutura criada para o SNP permitiu que o governo federal, na figura de seus guardas, médicos, postos, serviços e tratamentos se materializasse na presença física de todos eles. Mas como?

Criado num momento de políticas autoritárias do Estado Novo, o SNP, assim como outros órgãos do DNS, teve apoio dos interventores dos estados¹³ e dos departamentos de saúde dos estados, uma vez que, o comando destes estava sob o encargo de sanitários escolhidos por João de Barros Barreto¹⁴ que sempre procurava ter com os chefes políticos dos estados para garantir suas indicações, pois, segundo ele, a interferência da política em assuntos de saúde era nefasta para o sucesso sanitário a longo prazo. Os interesses políticos de cada governo em particular não daria continuidade a programas anteriores, esse era o pensamento.

12 Segundo Freitas “O...a adoção do diário do médico para registro de...atividades administrativas e um resumo do...das...dos fatos epidemiológicos ocorridos, isso foi realmente uma idéia que surgiu do que vimos na febre amarela. A febre amarela adotava, sempre adotou o diário médico” (DCAF, Fita 8, lado A).

13 Embora, vale destacar que houve resistências de algumas figuras políticas e da população a respeito das ações empreendidas pelo SNP como será mostrado na futura dissertação de mestrado.

14 João de Barros Barreto foi um grande nome da saúde nacional, tendo sido diretor do DNS em dois períodos, entre 1937 e 1939 e entre 1940 e 1945.

A constituição da estrutura do SNP se baseava no modelo de saúde vertical que se caracterizava por ter uma hierarquia forte e bem definida, uma perspectiva de trabalho organizado em cima da uniformidade, sistemática e permanência das ações, seguindo um modelo conhecido como campanhista. Essa condição trouxe uma melhor organização dos serviços de peste comparado ao que ocorria com a profilaxia dos estados e até mesmo das DFS, pois a coesão e a hierarquização tornaram as atividades mais intensas e contínuas (embora no início houvesse falta de funcionários e de verba, tendo a situação melhorado nos anos seguintes).

Um outro fator que garantiu a presença dos funcionários do SNP viria pela força da lei, tanto do seu regimento¹⁵ quanto da lei de antiratização e desratização¹⁶. Seu regimento, por exemplo, obrigava o médico-chefe a residir no local de trabalho e aos funcionários trabalharem onde forem designados¹⁷, o que indica a necessidade de estabelecer o pessoal, fincar os pés nessas regiões que pouco conheciam do poder público. Como aponta Lúcia Lippi Oliveira “a Geografia forneceu o mais forte embasamento para os modelos de identidade nacional que tiveram êxito” (OLIVEIRA, 2007: 15). Assim como, a “Marcha para o Oeste”¹⁸ buscou colonizar áreas esquecidas, a saúde também fez parte desse projeto de interiorização assentando suas bases e funcionários nas localidades distantes como o sertão e agreste nordestinos.

Quanto ao projeto de antiratização e desratização, estabelecia pontos que garantiam poder de ação ao Serviço que também garantiam sua presença física, pois previam o exercício da autoridade do órgão enquanto agente fiscalizador. Como, por exemplo, a garantia ao acesso livre e imediato em localidades que deveriam ser inspecionadas e as multas e intimações que poderiam ser aplicadas. Além disso, a aproximação se dava pela própria presença dos guardas nos seus trabalhos rotineiros em fazendas, sítios e habitações ou pelo tratamento ministrado pelos médicos. Essa presença se manifestava na interação com moradores, no auxílio prestado pelo Serviço no ajuste das residências através de medidas realizada pelo SNP como embarramento, instalação de pisos e rodapé, despulização, captura de ratos, desmatizações, orientações gerais sobre higiene, tudo de modo a afastar os roedores

15 Decreto nº 8676 de 4 de fevereiro de 1942.

16 Decreto-Lei nº 8938 de 26 de janeiro de 1946.

17 Art. 24. O pessoal do Serviço é obrigado a trabalhar em qualquer ponto do território nacional para onde for designado, e sob regime de tempo integral, quando assim o exigirem as necessidades do serviço, a critério do diretor do S.N.P. Parágrafo único. É obrigatória, para os chefes de circunscrição ou de setor, a residência na localidade, sede do seu trabalho.

18 A “Marcha para o oeste” foi um programa criado em 1938 com o objetivo de desenvolver e integrar as regiões distantes do centro político do país. Entendidas como regiões abandonadas e esquecidas pelas elites, o governo Vargas pretendia assimilá-las através de ações de colonização e desenvolvimento econômico.

do convívio com os humanos. Do mesmo modo, o tratamento, vacinação e a soroterapia dirigidas aos moradores de áreas pestosas se encaixavam no contexto centralizador do Estado que aspirava alcançar até onde fosse possível as populações de regiões afastadas.

Fontes

DAD/COC/FIOCRUZ - Fundo Celso Arcoverde de Freitas - BR RJ COC CE-G1-02. V1- V2

FGV/CPDOC – Fundo Gustavo Capanema - GC h1940 03.11

Depoimento de Celso Arcoverde de Freitas (dado às pesquisadoras da Casa de Oswaldo Cruz Cristina Fonseca, Wanda Hamilton e à bolsista Maria Beatriz Guimarães em 1994).

Bibliografia

BARRETO, João de Barros. **O estado atual do problema da peste no Brasil**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; 19(9), sept. 1940.

FIALHO, Amadeu. **A peste bubônica no Ceará**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; 14(9), sept. 1935.

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

FREITAS, Celso Arcoverde. **Episódios de campanhas sanitárias em Pernambuco**. Rio de Janeiro: Gráfica Cervantes, 1992.

_____. **História da Peste e de Outras Endemias**. Rio de Janeiro: PEC/ENSP, 1988.

_____. **Saúde no Brasil: nomes e fatos**. Recife: Bagaço, 1988.

HOCHMAN, Gilberto. **A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil**. São Paulo: Anpocs, Hucitec, 1998.

NASCIMENTO, Dilene. **Quando a peste aportou no Brasil no ano de 1899**. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH. São Paulo, julho de 2011.

OLIVEIRA, Lúcia Lippi. **Estado Novo e a conquista de espaços territoriais e simbólicos**. In.: Política e Sociedade, bº 12, p. 13-21, abr/2008.

PARREIRAS, Décio. **Notas e estudos sobre a peste no Nordeste do Brasil, um problema nacional**. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana; 15(5), mayo 1936.