

O DISPENSÁRIO NOTURNO ANTIVENÉREO: sífilis na Paraíba no Governo Vargas (1935-1940)

Rafael Nóbrega Araújo*

RESUMO: O texto analisa a organização de políticas públicas para a profilaxia e o tratamento da sífilis na Paraíba, especificamente na cidade João Pessoa, ao longo da década de 1930. Num contexto em que se processava uma reforma sanitária a nível nacional, o Estado da Paraíba reformou os serviços de saúde pública ao longo do governo de Argemiro de Figueiredo (1935-1940). Com a organização de um Dispensário Noturno Antivenéreo, em 1938, os médicos sanitaristas imbuídos pela ideologia do trabalhismo se empenharam no combate à sífilis, considerada como uma doença que afetava a saúde do trabalhador, tornando-o improdutivo.

PALAVRAS-CHAVE: Sífilis; Paraíba; Reforma sanitária; Trabalhismo.

The night antivenereal dispensary: syphilis in Paraíba under the Vargas Government (1935-1940)

ABSTRACT: The text analyzes the organization of public policies for the prophylaxis and treatment of syphilis in Paraíba, specifically in the city of João Pessoa, throughout the 1930s. In a context in which health reform was taking place at national level, the State of Paraíba reformed public health services under the Argemiro de Figueiredo government (1935-1940). With the organization of an Antivenereal Night Dispensary, in 1938, sanitarians doctors imbued with the ideology of laborism endeavored himself in the fight against syphilis, considered as a disease that affected workers' health, making them unproductive.

KEYWORDS: Syphilis; Paraíba; Health reform; Laborism.

El dispensario de antivenerea nocturno: la sífilis en Paraíba bajo el gobierno de Vargas (1935-1940)

RESUMEN: El texto analiza la organización de políticas públicas para la profilaxis y el tratamiento de la sífilis en Paraíba, específicamente en la ciudad de João Pessoa, durante la década de 1930. En un contexto en que la reforma sanitaria se estaba llevando a cabo a nivel nacional, el Estado de Paraíba reformó los servicios de salud pública bajo el gobierno de Argemiro de Figueiredo (1935-1940). Con la organización de un Dispensario Nocturno de Antivenere, en 1938, los médicos sanitarios imbuidos de la ideología del laborismo se esforzaron por combatir la sífilis, considerada como una enfermedad que afectaba la salud de los trabajadores, haciéndoles improductivos.

PALABRAS CLAVE: Sífilis; Paraíba; Reforma de salud; Laborismo.

*Graduado em História (2017) pela Universidade Estadual da Paraíba, Mestre em História (2020) pela Universidade Federal de Campina Grande e atualmente é professor da rede privada de ensino de Campina Grande, Paraíba. Contato: Ser Ético Colégio e Curso, Rua Três Irmãs, 178, Santa Cruz, 58417-300, Campina Grande-PB, Brasil. E-mail: rafael.nobreg.araujo@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1211-2953>

Este artigo tem por objetivo analisar o estabelecimento de políticas públicas direcionadas para a profilaxia e o tratamento da sífilis na Paraíba, especificamente na cidade de João Pessoa, entre 1935 e 1940, período que demarcou o governo de Argemiro de Figueiredo. A institucionalização, em novembro de 1930, do Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP) teve papel preponderante para a reorganização administrativa dos serviços de saúde pública, como parte de um crescente processo de centralização política para a formação de um Estado forte, aspectos então desejados pelos poderes políticos.

Na Paraíba, em 1930, o dr. Antônio de Ávila Lins¹ recebeu a incumbência do chefe do executivo estadual de redigir um relatório a respeito das necessidades da saúde pública do Estado. Para tal, consultou a opinião de seus colegas esculápios da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Paraíba (SMCPB), que se reuniu para dar um parecer nesse sentido. No entanto, por estar ausente do Estado, deixou de comparecer “[...] o dr. Newton Lacerda, incontestavelmente um dos clínicos de maiores conhecimentos sobre o assunto em nosso meio”²

Diante dessa injunção, o dr. Ávila Lins resolveu encaminhar uma carta ao colega esculápio pedindo as sugestões do dr. Newton Lacerda³, ao passo que a resposta desse facultativo foi publicada pela imprensa paraibana em novembro de 1930. Em sua epístola, o dr. Lacerda destacou, dentre os pontos para um programa de saúde pública que ele acreditava que deveria ser desdobrado no Estado da Paraíba, o problema da sífilis e de outras doenças venéreas que estavam entre as endemias que necessitavam de um combate mais urgente, sendo necessária “[...] uma profilaxia colectiva verdadeira e não assistência individual como se tem feito até agora”⁴

Dentre as muitas endemias que afetaram a saúde da população paraibana em 1930, a constatação do médico era de que “A saúde da população de João Pessoa e arredores é principalmente agredida pela syphilis e doenças venéreas”, enquanto “O hinterland parahybano tem os seus problemas das endemias colidindo com os da capital”, com o aparecimento da “syphilis em menor escala”⁵

Ao longo da década de 1920, a profilaxia da sífilis era realizada a partir da atuação do Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, subordinado ao Serviço de Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural executado pela Comissão de Profilaxia e Saneamento Rural da Paraíba, mas orientado tecnicamente e fiscalizado em nível federal pela Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (IPLDV), órgão ligado diretamente à Diretoria Geral do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que por sua vez estava circunscrito ao

âmbito do Ministério da Justiça e Negócios Interiores⁶. A base da profilaxia da sífilis se assentava em dois pilares, a saber: uma ampla campanha de propaganda e educação higiênica e o tratamento profilático dos doentes em dispensários e hospitais especializados⁷.

Contudo, considerada demasiado “branda” e “liberal”, a legislação que organizou a luta contra a sífilis e as doenças venéreas não incluía o exame, a notificação e a hospitalização obrigatória dos doentes venéreos, bem como não procurava instituir a obrigatoriedade do exame pré-nupcial, que deveria apenas ser incentivado por meios persuasivos⁸. Com efeito, a profilaxia da sífilis assentada na propaganda higiênica e no tratamento individual foi alvo de muitas críticas. Nesse sentido, o discurso do dr. Newton Lacerda somou-se às críticas tecidas ao modelo de profilaxia adotado contra a sífilis até então:

Para a extinção *cabal* dos focos de infecção se faz isolados *exclusivamente* os doentes portadores de lesões abertas, pois é nessa phase que eles são nocivos a communhão social. Particularmente, em João Pessoa, essa medida é de fácil execução, pois já temos construído e instalado o hospital Oswaldo Cruz, que com algumas adaptações se prestará, admiravelmente, a este fim. Falemos da terceira phase da prophylaxia das doenças syphiliticas e venéreas: “evitar o contágio”. Com a prática dessa extraordinária providência; do isolamento e da esterilização dos doentes contagiantes, dentro de poucos annos teríamos extinto o mal gallico em nosso paiz. Factores innumeros são precisos à execução de tais medidas atinentes a “evitar o contágio” da syphilis: educação sanitária da população, feita por médicos ou pessoas instruídas, jornalistas, etc⁹.

Para o dr. Newton Lacerda, no que se refere a profilaxia da sífilis, essa deveria ser ancorada em três fases: a primeira, uma profilaxia coletiva e não individual, pois esse esculápio entendia que “Até agora tem só se cuidado de determinadas pessoas deixando-se, inteiramente, indefesa a collectividade”¹⁰; em seguida a extinção dos focos de infecção com o isolamento compulsório dos doentes portadores de lesões contagiantes e a posterior esterilização dos mesmos. Por fim, via na educação sanitária da população uma forma de prevenção, pois era pautada em regras sanitárias que deveriam reger o comportamento individual e prover o bom funcionamento da saúde da coletividade como meio de evitar a disseminação do terrível flagelo.

Newton Lacerda também se mostrou um defensor da organização de “[...] pequenos postos nocturnos de prophylaxia venérea”¹¹. Desejo que se transformou em realidade *a posteriori*, com a efetivação da reforma sanitária durante o mandato do interventor Argemiro de Figueiredo. A instalação do Dispensário Noturno Antivenéreo, como consecução da organização de políticas públicas para a profilaxia e o tratamento da sífilis na Paraíba, pautada nas ideias a respeito do trabalhismo, passou a oferecer tratamento gratuito noturno aos

trabalhadores paraibanos que tinham jornada de trabalho diurna, visando regenerar a força de trabalho corroída pela sífilis e contribuir para o incremento da produção econômica do Estado.

O recorte temporal que abarca o artigo situa-se no período em que a Paraíba foi governada por Argemiro de Figueiredo (1935-1940), político responsável por efetivar a reforma sanitária no Estado. A opção pelo recorte inicial de 1935 concorre para a sanção da Lei n. 54 de 31 de dezembro de 1935 que reformou os serviços sanitários da Paraíba, em especial, no combate à sífilis. A opção pela baliza cronológica final se deve em concomitância com a realização da 1ª Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis, entre 22 e 27 de setembro de 1940, no Rio de Janeiro, por ocasião da qual o jornal *A União* divulgou em suas páginas o resumo dos trabalhos realizados pelo Dispensário Noturno Antivenéreo, inaugurado em 1938, permitindo assim fazer um balanço de sua atuação e traçar um perfil dos trabalhadores atendidos nesse serviço.

As principais fontes utilizadas para a construção da análise foram os discursos publicados nos jornais *A União* e *A Imprensa*. O primeiro periódico constituía-se como Órgão Oficial do Estado, inaugurado em 1983 por Álvaro Lopes Machado, seu principal objetivo era o de ser o porta-voz entre a situação governista e a população paraibana, cujas publicações possuíam um teor político voltado para a divulgação das realizações do executivo estadual. Por seu turno, o segundo periódico tratava-se de uma publicação da Arquidiocese do Estado da Paraíba, esse jornal, fundado em 1897 por D. Adauto Aurélio de Miranda Henriques, arcebispo da Paraíba, era editado na capital paraibana e possuía um conteúdo doutrinário e noticioso que buscou disseminar entre seus leitores a base de uma conduta moral, social e religiosa católica¹². Nas páginas desse periódico foi possível encontrar discursos destoantes daqueles publicados pelo Órgão Oficial do Estado, contribuindo para observar criticamente as realizações no governo estadual no campo da saúde pública.

Compreendo como postulou Jacques Le Goff que todo documento é um monumento, no sentido de que não existem documentos inócuos. Todos os documentos são resultado dos interesses e das relações de poder das sociedades que o produziram. Desse modo, a afirmação de que o documento é um monumento, parte da compreensão que o documento resulta “[...] de uma montagem, consciente ou inconsciente, da história, da época, da sociedade que o produziram [...] do esforço das sociedades históricas para impor ao futuro – voluntária ou involuntariamente – determinada imagem de si próprio”¹³.

Nesse sentido, parto do pressuposto de que os discursos, as práticas médicas e as políticas públicas de enfrentamento à sífilis na Paraíba, se constituem como resultado de uma época, das relações de poder e do contexto político que os produziram e os legitimaram. O combate à sífilis na Paraíba na década de 1930, sustentado pelas descobertas científicas e o paradigma biomédico em voga, passou a apostar no tratamento profilático dos trabalhadores pobres, sobretudo, operários em consonância da ideologia trabalhista que caracterizou o período varguista¹⁴.

Nesse contexto, o modelo de organização sanitária baseado no dispensário contribuiu para a promoção de meios de profilaxia, desinfecção e tratamento, bem como a produção de materiais educativos voltados para a propaganda sanitária entre os trabalhadores da capital paraibana. Com efeito, discutir a instalação e atuação do Dispensário Noturno Antivenéreo como parte de um contexto maior em prol da expansão dos serviços sanitários visando a centralização da autoridade estatal no campo da saúde, possibilita problematizar as práticas de assistência médica e as políticas públicas de enfrentamento à sífilis institucionalizadas na Paraíba na década de 1930.

Centralização política e reforma sanitária no contexto da Era Vargas

O assalto ao poder pelos atores políticos que entraram em cena em 1930, pode ser entendido, entre outros aspectos, como a necessidade de refazer o pacto oligárquico diante das disputas de poder, sendo necessário compreender que esse episódio não significou somente rupturas¹⁵. Para a historiadora Cláudia Maria Ribeiro Viscardi, 1930 não marcou uma ruptura com o pacto oligárquico, ao contrário, a Revolução se deu no sentido de retomar os princípios do “velho” arranjo político, que de acordo com a retórica golpista teria sido desbaratado pelas oligarquias paulistas ao romper o equilíbrio de poder “[...] que a República se constituía com base na formulação do consenso entre parceiros desiguais, cujo potencial de intervenção era proporcional a sua força política e ao potencial econômico de cada um”¹⁶.

Ainda para Viscardi, a tentativa de ruptura de eixos sustentadores¹⁷ dos processos sucessórios culminou na reação revolucionária que usurpou o poder, em prol da garantia do pacto. Além disso, faz-se interessante notar que o período iniciado em 1930, no mais das vezes interpretado no sentido de uma ruptura com o passado, na criação e institucionalização de políticas sociais e de centralização estatal, foi herdeiro do processo iniciado na Primeira República de construção do Estado a partir da ampliação da presença do governo federal no

interior do país, especialmente no âmbito da saúde pública, incorporando a bandeira do saneamento e reelaborando-a no projeto político-ideológico do governo, visto como um dos legados da era do saneamento¹⁸.

Os atores e setores políticos que tomaram o poder em 1930 com a proposta de retomar o pacto oligárquico, não constituíam um grupo com ideais e interesses homogêneos. A composição da aliança escondia a existência de projetos díspares em torno da reorganização do poder e da sociedade brasileira, que marcou o período pós-1930 pela grande instabilidade política decorrente, entre outros fatores, da heterogeneidade das forças políticas que se aliaram durante o processo revolucionário. Assim, os acontecimentos precipitados pelo movimento de outubro ficaram sujeitos às disputas políticas entre as diferentes facções políticas que reuniram-se em torno da Aliança Liberal¹⁹.

Na Paraíba, segundo a historiadora Eliete Queiroz Gurjão, o movimento de 1930 enveredou para o delírio coletivo. Esse Estado politicamente inexpressivo no cenário nacional, adquiriu um protagonismo que definiu os rumos da sucessão presidencial de 1930. Apoiado pelos comerciantes da capital, João Pessoa, então Presidente do Estado, empreendeu uma reforma tributária que agravou o desentendimento entre o poder das oligarquias locais despertando o descontentamento dos “coronéis” no interior do Estado²⁰. Diante da intransigência de João Pessoa, que pretendia centralizar a arrecadação tributária e retirar a máquina fiscal das mãos dos “coronéis”, ocorreu uma fragmentação da oligarquia epítacista²¹ entre o grupo ligado ao chefe do executivo estadual e os Pessoa de Queiroz, que foi agravada pelo episódio conhecido como Revolta da Princesa, colocando o Presidente do Estado em conflito contra o coronel José Pereira, líder oligárquico local²².

Os desdobramentos desse conflito ganharam contornos nacionais no cenário da sucessão presidencial de 1930. João Pessoa foi candidato à vice-presidência da República na chapa aliancista de Getúlio Vargas, sendo derrotados nas eleições daquele ano que fora marcada por fortes indícios de fraude eleitoral. Sua morte em 26 de julho de 1930 na confeitaria Glória, em Recife, precipitou os acontecimentos revolucionários de outubro. O papel da imprensa na propaganda pré e pós o movimento revoltoso de outubro contribuiu para legitimar os detentores do poder no Estado da Paraíba²³.

A participação da Paraíba na revolta de outubro, integrando o grupo da Aliança Liberal, permitiu que as lideranças locais, que já integravam o quadro administrativo do Estado, permanecessem no poder. Após a vitória do movimento armado, José Américo de Almeida se destacou na articulação do movimento e foi empossado na chefia do executivo

estadual, tornando-se o principal herdeiro político da oligarquia epítacista. As mudanças na política e administração pública processadas a partir de 1930, permitiram a gradual aparelhagem do poder central e possibilitou o seu controle das estruturas de poder regional anteriormente existentes, efetivando a contínua centralização do poder²⁴.

Assim, as “[...] interventorias (cargo de chefia do executivo estadual) e departamentos, então criados, constituíram-se em instrumentos eficientes para a centralização, na medida que articulavam as oligarquias estaduais, os ministérios e a presidência da República”²⁵. Desse modo, a política dos governadores que caracterizou a Primeira República e constituía o veículo que consolidava o sistema de clientelismo entre as oligarquias dominantes, foi substituída por um sistema cujas ações eram direcionadas para o governo federal por meio da intermediação dos interventores federais e departamentos administrativos. Na década de 1930, a Paraíba conheceu o governo de quatro interventores, quais sejam: José Américo de Almeida (04/10 a 25/11/1930), Antenor Navarro (1930-1932), Gratuliano de Brito (1932-1934) e Argemiro de Figueiredo (1935-1940)²⁶.

No que se refere à saúde pública, a tendência institucional de centralizar as ações e a gestão na esfera do governo federal se fez presente a partir de uma concepção desvinculada da ideia de direito, que imprimiu à saúde pública a atribuição unilateral do Estado, excluindo o processo de decisão da população beneficiária. Sobre o processo de constituição de políticas públicas durante a Era Vargas, Cristina Maria Oliveira Fonseca apontou para a existência de dois modelos de assistência à saúde inerentes ao processo de *state building*, quais sejam: os serviços do Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP) e os serviços do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MTIC)²⁷.

Durante a década de 1930, a atuação do MESP e do MTIC no campo da política de saúde apresentava diferenças, pois havia atores sociais, conformação de interesses e políticas públicas peculiares a cada um dos ministérios. À trajetória institucional do MTIC, coube a inclusão social por meio do sistema previdenciário, em que a composição de interesses em face das disputas políticas do período, acabaram ensejando um formato conciliatório que implicou um modelo de política pública em assistência da saúde que favorecia aqueles atores sociais inseridos no mercado de trabalho. A política social brasileira, ao mesmo tempo ancorada em princípios corporativos para a garantia de direitos para os trabalhadores, possibilitou igualmente o controle do Estado sobre os sindicatos, atendendo aos interesses dos industriais. Assim, os trabalhadores sindicalizados, cujo trabalho estava regido pelos direitos da legislação trabalhista, eram os legítimos destinatários das políticas sociais no âmbito do

MTIC²⁸. Nesse sentido, a população alvo das ações de saúde pública no âmbito do MESP, ao contrário dos trabalhadores sindicalizados, se destinava a todos aqueles “outros” cidadãos que não eram cobertos pelo sistema previdenciário.

[...] as ações e serviços de saúde pública desenvolvidos pelo Mesp dirigiam-se à toda a população não contemplada pelo sistema previdenciário, incorporando outras funções além do atendimento médico individualizado. Tal especificidade encontra-se na abrangência e diversidade das práticas que caracterizavam esse campo de ação pública: aquelas destinadas à prevenção (e as várias concepções e práticas a ela concernentes); os necessários controle e combate de doenças com perfil epidêmico, que demandavam ações urgentes e imediatas; e a assistência médica e suas particularidades em relação à oferecida pelo sistema previdenciário²⁹

Dessa forma, a população alvo das ações desenvolvidas no âmbito do MESP se configurava como as pessoas não contempladas pelo sistema previdenciário que, dispersas por todo o país, não possuíam possibilidades formais de reivindicação pública voltadas para suas necessidades primordiais no campo da saúde, situação que divergia dos trabalhadores sindicalizados, cobertos pelo sistema previdenciário do MTIC.

Fonseca ainda argumentou durante o governo Vargas não houve uma retração das ações públicas no campo da saúde que vinham sendo implementadas pelo interior do país na década anterior³⁰, mas defendeu que ocorreu um processo de incorporação tanto das suas instituições como dos atores envolvidos no novo processo de construção do Estado definido para o país através da normatização, centralização, formação e especialização profissional. Segundo a autora:

A bandeira do saneamento foi incorporada e reelaborada no projeto político-ideológico do governo e, independentemente da existência ou não de mobilização social, ela atendeu ao governo federal em seu interesse de garantir a presença no interior do país, apoiado no excesso de federalismo que havia marcado a Primeira República e, segundo as interpretações da época, prejudicando os interesses nacionais³¹.

A estrutura anterior, baseada em postos de profilaxia rural construídos na década precedente em vários pontos do país, foi modificada, ampliando e diversificando o controle de diversas doenças endêmicas, culminando na criação dos serviços nacionais de saúde em 1941. Sete doenças – tuberculose, lepra, febre amarela, malária, peste, câncer e doenças mentais – foram contempladas com serviços de âmbito federal.

Conforme observou Ricardo dos Santos Batista, a sífilis figurou fora do rol das doenças prioritárias em nível nacional como alvo do controle e combate das ações do MESP na década de 1930³². Segundo o autor, essa constatação levou Sérgio Carrara a induzir que as

medidas adotadas para o seu enfrentamento foram dispersas. De acordo com a argumentação de Carrara, o combate a sífilis se modificou ao longo da década de 1930, gerando uma ânsia por intervenções mais efetivas no que tange a uma educação higiênica mais ampla e uma legislação sanitária mais severa, sobretudo, no que diz respeito ao contágio venéreo. Com efeito, para ilustrar o seu argumento, o autor apresentou a extinção da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, em 1934, a instituição do exame pré-nupcial com a promulgação, no mesmo ano, da Constituição que declarava de forma explícita que seria regulamentada por lei a “[...] apresentação pelos nubentes da prova de sanidade física e mental, tendo em atenção as condições regionais do país”³³, bem como a incorporação ao Código Penal brasileiro de 1940 da criminalização do contágio venéreo³⁴.

Desse modo, para Sérgio Carrara, as esparsas iniciativas por parte do governo federal confluíram para a falta de uma orientação central a respeito do enfrentamento à sífilis no Brasil, situação que só teria sido alterada com a realização da 1ª Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis, de 22 a 27 de setembro no Rio de Janeiro, sob os auspícios do Estado Novo, que reuniu médicos, juristas e membros da sociedade civil organizada para discutir questões relacionadas à sífilis. Foi a primeira vez, em quase um século de luta antivenérea no país, que tal conclave científico ocorreu³⁵.

Contudo, a experiência em relação à reforma sanitária na Paraíba diverge da interpretação feita por Sérgio Carrara³⁶ quanto ao combate à sífilis na década de 1930. Os indícios levantados a partir da documentação consultada e o caminho apontado pela análise de Ricardo Batista ao estudar o caso da Bahia³⁷, indicam que as medidas centralizadoras e a reforma que marcou o governo Vargas, no sentido de organizar os serviços sanitários em direção ao fortalecimento gradual dos trabalhos executados na esfera da saúde pública, contribuíram para a consecução de medidas específicas para o tratamento da sífilis na Paraíba, mesmo que essa doença não tenha configurado como problema prioritário na intervenção do governo federal.

A reforma sanitária ocorrida em diferentes momentos no governo de Getúlio Vargas, estava intrinsecamente ligada à instabilidade política que caracterizou o cenário político no Brasil entre 1930 e 1945, oscilando conforme a indefinição política que marcava o panorama nacional. Como evidência para a indefinição de políticas públicas no âmbito da saúde, ocorreram sucessivas alternâncias de ministros na chefia do MESP, que nos quatro primeiros anos de sua criação foi conduzido sucessivamente por Francisco Campos, Belisário Penna e Washington Pires, tendo sido somente em 1934, após promulgada da Constituição, que

Gustavo Capanema foi indicado para o cargo em que permaneceu até o final do Estado Novo³⁸.

A estrutura institucional do novo ministério deveria conciliar os debates que ocorriam nas disputas de poder no contexto pós-1930. Assim, demandava-se uma reorganização administrativa como sendo necessária para concretização dos ideais de um Estado forte e centralizado que envolvesse, entre outros aspectos, a construção de um aparato que pudesse atuar em todo o território nacional, conjugando a atuação das esferas federal, estadual e municipal³⁹.

Nos dois primeiros anos após a criação do MESP, a estrutura administrativa concernente aos serviços de saúde pública desenvolvidos em seu âmbito se restringia aos dois órgãos existentes antes de 1930, quais sejam, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e o Instituto Oswaldo Cruz (IOC). Nesse ínterim, estiveram à frente da pasta da educação e saúde pública Francisco Campos e Belisário Penna⁴⁰. Na tentativa de reconstituir as finanças do país, estremecida pela crise econômica no cenário internacional e um déficit orçamentário crescente, os primeiros anos que se seguiram ao movimento revolucionário foram marcados por corte de verbas imposto à área da saúde⁴¹. Assim, na busca por construir um aparato técnico-burocrático de administração, a União recorreu ao apoio financeiro dos Estados, para que os governadores assumissem as despesas com a saúde pública, suspendendo verbas designadas para os serviços de profilaxia rural. Dessa forma:

Ao contrário, portanto, do que ocorria na esfera política, em que o governo ainda em 1930 criara um sistema de interventorias assegurando sua presença e controle político sobre os estados, no âmbito da saúde pública o movimento era inverso. Orientado por dificuldades financeiras, as primeiras medidas do governo federal levariam a uma redução na já limitada participação da União nos estados⁴².

O jornal *A União*, publicando uma comunicação do ministro da educação e saúde pública, Francisco Campos, dirigida aos interventores na qual informava que “[...] à vista das agudas dificuldades financeiras do momento, o Governo Provisório deliberou suspender os serviços de prophylaxia rural, da lepra e doenças venéreas que vinha mantendo nesse Estado, até a reorganização geral da Saúde Pública”⁴³. Contudo, segundo afirmou o jornal:

[...] a Parahyba não foi atingida pelo acto a que nos referimos, pois quando o ex-ministro Vianna Castello pretendeu fazer a política do Catette na repartição de saneamento da Parahyba, o Presidente João Pessoa rescindiu o contrato de cooperação. Os serviços de prophylaxia rural passaram, então, a serem custeados pelo Estado. E até hoje o tem sido⁴⁴.

O documento revela que, apesar da suspensão de verbas para o Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas que vinha sendo executado na Paraíba, o Estado não foi atingido pelo corte de verbas ou pela suspensão do serviço. O motivo reside no fato que, no período anterior aos acontecimentos políticos de 1930, o então Presidente do Estado, João Pessoa, negando apoio a Washington Luís na sucessão presidencial, passou a sofrer retaliações do governo federal, isto é, a “política do Catete”. Assim, na Paraíba, o Serviço de Saneamento Rural funcionou com certa regularidade e o apoio de verbas federais que em anos anteriores até 15 de outubro de 1929, quando João Pessoa “[...] usando da atribuição contida na lei nº 685, de primeiro de outubro de 1929”, foi obrigado “a rescindir o contrato de cooperação com a União”. Sendo a rescisão “motivada por ter o governo federal, demitindo o chefe do serviço, pretendido desorganiza-lo com fins partidários”⁴⁵. Contudo, a alegação do governo federal por meio do DNSP, fora a exigência de que a repartição sanitária na Paraíba fosse dirigida por um sanitarista de carreira. O governo estadual não se submetendo a tal injunção sob as alegações de perseguição política, resolveu rescindir o convênio⁴⁶.

As consequências desse episódio, segundo a historiadora Silvera Vieira de Araújo, que analisou os limites da institucionalização da Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural no Estado da Paraíba, foi demonstrar que a política partidária influenciou a institucionalização desse serviço sanitário a partir dos desentendimentos entre as duas esferas de poder, motivando a rescisão do contrato, que acarretou, dentre outras coisas, “[...] a supressão de postos, a demissão de funcionários e a limitação das verbas destinadas à compra de medicamentos e materiais de uso diário” o que afetou, dessa forma, “[...] o funcionamento da instituição e, ocasionando os limites da institucionalização dos serviços do DNSP na Paraíba”⁴⁷.

Foi com a gestão de Washington Pires (1932-1934) à frente do MESP que foi dado o primeiro passo na direção de uma nova institucionalização na área da saúde pública pós-1930, com a discussão de uma remodelação dos serviços com propostas mais abrangentes. A reforma empreendida por Pires para o MESP foi regulamentada em junho de 1934, “[...] representando o primeiro movimento efetivo de mudança na estrutura da saúde pública desde 1923, quando fora reorganizado o DNSP”⁴⁸. Com o fim do Governo Provisório, o MESP estava no início de um processo de reestruturação administrativa. O quadro de instabilidades e substituições no cargo ministerial mudou substancialmente após 1934, com a posse de Gustavo Capanema (1934-1945).

Decorrido um ano e quatro meses de sua posse na pasta do MESP, Gustavo Capanema encaminhou para Vargas uma proposta para reformular a estrutura institucional do recente ministério. Capanema almejava a dilatação da presença do ministério em todo território nacional, levando sua influência para todas as unidades federadas. No projeto de reforma para o MESP, o ministro apresentava claramente alguns dos princípios que norteavam o projeto político-ideológico do governo Vargas, com a orientação para a formação de um novo homem, de um novo cidadão brasileiro. Com efeito:

O modelo atendia as intenções de mudança nas formas de participação da União na estrutura institucional da saúde de âmbito federal. Ainda que mantendo a atuação indireta como a principal orientação, esboçavam-se mecanismos para que órgãos federais atuassem mais diretamente nos estados, considerando os propósitos de projetar a influência do governo central sobre todo o território nacional [...] Com relação aos órgãos de direção, o projeto atribuía à União uma função mais administrativa, de normatização e supervisão dos serviços nos estados, e previa a transferência gradativa dos serviços locais a cargo da União para os respectivos governos estaduais, explicitando um formato de ação indireto⁴⁹.

Entrou em vigor, em 13 de janeiro de 1937, a nova lei que reorganizou a estrutura do ministério, que passava a ser o Ministério da Educação e Saúde (MES) e delegou ao Departamento Nacional de Saúde (DNS) a administração dos trabalhos e serviços de saúde pública no Brasil. Segundo Cristina Fonseca, com a nova organização institucional, foram intensificadas diversas medidas que se encontravam em curso, no sentido de uma maior centralização e normatização das ações no âmbito da saúde pública. Todo esse movimento para consolidar uma organização com a atuação em âmbito nacional, conjugando a centralização normativa com a descentralização executiva, foi conduzido pessoalmente por João de Barros Barreto, diretor do DNS, em 1937⁵⁰.

Apesar da diretriz nacional no sentido de uniformizar e coordenar os serviços de saúde pública, já vinham sendo adotadas medidas no sentido de reformar a saúde pública em âmbito estadual, ainda que parciais, antes da reforma de Gustavo Capanema em janeiro de 1937⁵¹. Nesse ponto, situo o contexto paraibano, que com a aprovação na Assembleia Legislativa e sanção do governador⁵² Argemiro de Figueiredo da Lei n. 54 de 31 de dezembro de 1935, reformou os serviços sanitários na Paraíba.

Nesse contexto, o médico sanitarista Otávio Oliveira⁵³, assumiu a responsabilidade de reformar os serviços sanitários na Paraíba, desenvolvendo um plano de ação sanitária que incluía, entre outras coisas, o combate à sífilis através da atuação do Centro de Saúde de João Pessoa e, especialmente, do Dispensário Noturno Antivenéreo, que passou a funcionar a partir

de 1938. Passo agora a discutir as nuances da reforma sanitária na Paraíba, delegando especial atenção e interesse no combate à endemia da sífilis na capital João Pessoa.

“Só tem doenças venéreas quem quer” (?): o combate à sífilis em João Pessoa

As palavras abaixo foram proferidas pelo dr. Otávio Oliveira, então chefe da Diretoria de Saúde Pública, em entrevista ao jornal *A União*. Na ocasião, um jornalista do referido jornal procurou o médico sanitarista para ouvi-lo a respeito do programa de saúde pública a ser implementado na Paraíba. Nas palavras do esculápio: “A minha preocupação é de fazer na Parahyba sobre o ponto de vista de saúde pública, o mesmo que se tem procurado fazer em alguns estados da União, isto é, uma reforma dentro dos nossos moldes e adequada às possibilidades de nosso estado”⁵⁴.

É possível notar que o interesse do sanitarista estava atrelado ao contexto nacional de reforma sanitária, conforme já discutido anteriormente. Assim como ocorreu em outros Estados, a Paraíba procurava reformar seus serviços sanitários, mas dentro dos limites econômicos que se impunham. Para realizar o plano de ação organizado, o dr. Otávio Oliveira buscava orientar suas ações por três seções:

A primeira referente a serviços sanitários no Estado. A outra a serviços propriamente da capital. A terceira, finalmente, a serviços no interior do Estado. Quanto aos primeiros, muito embora esses serviços sanitários no interior do estado tenham o seu quartel general ou sua instalação nesta capital, a irradiação de suas atividades far-se-á sentir em todo o Estado. Os serviços de interesse próprios da capital irão integrar o “Centro de Saúde de João Pessoa”, que será uma organização sanitária complexa, de acordo com os problemas sanitários, igualmente complexos da capital⁵⁵.

Com base no plano sanitário esboçado pelo dr. Otávio Oliveira é possível notar a tendência para a centralização administrativa das ações sanitárias a partir do Centro de Saúde de João Pessoa. Para o sanitarista, o êxito da reforma sanitária dependia somente da aprovação da Assembleia Legislativa do Estado e tão logo aprovada, seria sancionada pelo governador Argemiro de Figueiredo. Em 31 de dezembro de 1935, foi sancionada a Lei nº 54 que reformava os serviços sanitários do Estado⁵⁶. Os serviços sanitários seguiam o regulamento nacional do DNS⁵⁷ e seriam executados pela Diretoria Geral de Saúde Pública do Estado (DGSP), cujas ações se iniciaram a partir de primeiro de janeiro do ano seguinte. Com base na Lei, os serviços estavam distribuídos em vinte e sete seções, que passariam a atuar divididas em: a) Serviços Gerais do Estado; b) Serviços da Capital; c) Serviços do Interior.

Levando em consideração o recorte espacial proposto neste artigo, interessa-me avaliar tão somente a organização dos serviços sanitários na capital, assim, de acordo com Art. 3, § 2º da Lei n. 54, os serviços da capital seriam os que compreenderiam, em primeiro lugar, o Centro de Saúde de João Pessoa, quais sejam: a) Epidemiologia e Verificação de Óbitos; b) Higiene da Alimentação e Polícia Sanitária; c) Profilaxia das endemias rurais e Higiene do Trabalho; d) Higiene da Criança; e) Profilaxia da Tuberculose; f) Profilaxia da Sífilis, Doenças Venéreas e Lepra; g) Enfermagem de Saúde Pública; e h) Higiene Mental. Todos esses serviços seriam realizados no Centro de Saúde de João Pessoa, ademais, a Lei n. 54 previa ainda outros dois serviços funcionando separadamente na capital, o segundo seria a Maternidade e terceiro seria o Hospital de Isolamento.

Luiz Antônio de Castro-Santos e Lina Faria, ao analisarem comparativamente o processo de formação dos centros de saúde⁵⁸ nos Estados Unidos e no Brasil, especialmente em São Paulo, afirmaram que a partir da década de 1930, os centros de saúde no Brasil seguiram uma rota de prestígio no âmbito da autoridade sanitária e das campanhas de combate às endemias e epidemias. Os autores ressaltaram que os centros de saúde no país não foram uma mera réplica dos serviços comunitários de saúde estadunidenses, destacando como fatores importantes nesse processo as formações históricas, as tradições médicas e culturais e os contextos políticos que diferenciaram as trajetórias dos centros de saúde em outros países como o Brasil e o México, mas destacaram alguns elementos comuns importantes entre as experiências históricas em torno dos Centros de Saúde nos dois países, como o incentivo à educação sanitária e a ideia de administração distrital ou local⁵⁹.

No Brasil, o médico Geraldo de Paula Souza iniciou uma reformulação dos serviços públicos de saúde no Estado de São Paulo a partir do “modelo Rockefeller” dos centros de saúde. Em relação ao exemplo paulista, aos poucos, “[...] os dispensários especializados foram cedendo lugar aos centros de saúde e postos de higiene, onde os problemas higiênicos, sanitários e sociais eram considerados em conjunto, não mais em seus aspectos isolados”⁶⁰. Mudando o olhar para a Bahia, ao analisar a atuação dos centros de saúde em Salvador, Ricardo dos Santos Batista observou a que “O Centro de Saúde era visto como um lugar onde diversas especialidades poderiam ser tratadas e prevenidas, diferente dos dispensários, que ofereciam tratamento e prevenção especializado para uma doença apenas e se encontravam espalhados pelas cidades”⁶¹.

A experiência com o modelo de Centro de Saúde implementado por Paula Souza em São Paulo, representou uma referência para o movimento sanitário brasileiro, cujo

pioneirismo foi mencionado por Batista⁶² como uma influência para a proposição da criação dessas instituições em Salvador. O objetivo era promover a consciência sanitária, ou seja, as percepções e atitudes da população diante das enfermidades, e, como finalidade correlata, os serviços de profilaxia em geral. Contudo, não se excluía os dispensários e serviços especializados. Estes, por seu turno, tinham as finalidades definidas pelos centros de saúde, sob cuja direção deveriam entrosar-se⁶³.

Ainda que os centros de saúde fossem parte fundamental das propostas reformistas no âmbito sanitário em São Paulo nos anos de 1920, foi durante os anos de 1930 e 1940 que ocorreu um aumento significativo desse tipo de serviço em todo o país, afirmando que as evidências no plano nacional são consideráveis, pois “A partir de 1934 institui-se, nos serviços sanitários de vários estados, o sistema distrital dos centros de saúde e postos de higiene, que passou a incorporar e conjugar as atividades antes exercidas pelas inspetorias especializadas”⁶⁴. Mas além dos centros saúde, também foram criados postos, subpostos, postos de higiene especializados e postos itinerantes.

O trabalho de Batista aponta igualmente nesse sentido, uma vez que, para o autor “[...] a utilização dos Centros foi vista cada vez mais como importante para a manutenção da saúde da população soteropolitana e acompanhou o processo de centralização das ações sanitárias do Estado da Bahia”⁶⁵. Em Salvador, verificou-se que um dos centros de saúde inaugurou um serviço antivenéreo noturno para proporcionar às prostitutas a profilaxia e o tratamento da sífilis, em 1934⁶⁶.

Com a reforma sanitária aprovada em 1935, a Paraíba passaria a contar com a atuação do Centro de Saúde de João Pessoa, oito postos de saúde no interior que deveriam atuar tanto quanto possível com as mesmas atribuições do serviço central na capital, além de um subposto⁶⁷. A análise do caso soteropolitano sugere indícios para o estudo do caso paraibano, em particular de João Pessoa, pois com base na documentação levantada ao longo pesquisa, verificou-se a instalação de um Dispensário Noturno Antivenéreo que atuou conjuntamente com o Centro de Saúde de João Pessoa, conforme será analisado.

As ações sanitárias que vinham sendo tomadas nos Estados obedeciam a uma lógica do DNS, passando a promover “[...] a substituição gradativa da tradicional estrutura administrativa – que até então se baseara principalmente em inspetorias especializadas – pelo sistema distrital dos centros e postos de saúde”⁶⁸. Um aspecto valorizado dessa forma de atuação pública, foi a combinação da centralização normativa e a descentralização executiva, ou seja, a instância administrativa passava para a esfera estadual, enquanto o gerenciamento

dos serviços públicos de saúde ficaria sob a orientação direta do governo federal. Tal fato possibilitou um maior controle por parte da União sobre as instâncias locais que, além de ter vínculos com os políticos locais sob o regime das interventorias, estabelecia um contato direto com os diretores estaduais de saúde⁶⁹.

Diante disso, interessa-me destacar as mudanças que foram gestadas no tocante ao combate à sífilis na Paraíba. Desde 1921, com a criação da IPLDV, até 1934, ano da extinção desse órgão federal, a profilaxia da sífilis era feita mediante as ações do Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, mantido pela Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural na Paraíba. A reforma sanitária que teve início em 1936 no Estado da Paraíba, constituía agora um serviço de nível estadual ainda mais específico para o combate a esse flagelo: era o Serviço de Profilaxia da Sífilis, Doenças Venéreas e Lepra. Se antes, ao longo da vigência da IPLDV, o nome do serviço de profilaxia incluía a sífilis no rol das doenças venéreas, o novo serviço de profilaxia criado na Paraíba dava destaque a especificidade da sífilis em relação à outras doenças venéreas. A meu ver, esse dado é indicativo de que as ações de combate a essa enfermidade não arrefeceram, mas ao contrário, foram intensificadas.

O jornal *A União*, Órgão Oficial do Estado, propagandeava as realizações do executivo estadual em consonância com as tendências nacionais. Na edição especial comemorativa aos dois anos da administração de Argemiro de Figueiredo, os redatores do jornal enalteciam o que vinha sendo desempenhado em relação à saúde pública na Paraíba. Segundo o periódico afirmava, da Lei n. 54 de 31 de dezembro de 1935:

[...] derivam a manutenção prudente de serviços indispensáveis; a ampliação e reforma de outros, cujo desdobramento era um imperativo categórico; a agitação de actividades novas, reclamadas pela moderna technica sanitária; todas ellas orientadas no sentido superior humanitário do bem estar colectivo, conduzidas pelas tendências nacionaes cada vez mais pronunciadas e relevantes de um aprimoramento das organizações de saúde pública⁷⁰.

Contudo, é necessário ressaltar que muito ainda havia por ser feito. Mesmo ao longo do ano de 1936, o primeiro ano de efetivação da reforma, o Centro de Saúde da Capital ainda não encontrava-se organizado de forma integral. A esse respeito, o jornal colocava que:

Agora, que um ano já é decorrido, o anno de 1936, já é tempo de se começar a dizer a utilidade dos fructos dimanantes daquele acto do governo [a Lei n. 54 de 31 de dezembro de 1935]. A quem já assumiu postos de direcção, escusada se fará a affirmativa das difficuldades que salteiam aos olhos envidados no objectivo urgentemente de se collocar uma velha repartição dentro de moldes novos. Cite-se, por exemplo, que não foi ainda possível instalar em sua montagem integral o Centro de Saúde de João Pessoa⁷¹.

Do plano de ação sanitária na Paraíba, ressaltava-se a criação do Centro de Saúde para atender as questões de medicina preventiva em João Pessoa através dos vários serviços que se planejava realizar. Contudo, não obstante as dificuldades materiais com que os serviços sanitários na capital concorreram e à míngua de instalações, ainda conseguiu realizar diversos serviços de profilaxia, dentre eles da sífilis. Em 1937, os reparos e modificações realizadas pelo Governo do Estado completaram as obras de adaptação no prédio onde funcionava o Centro de Saúde da Capital⁷².

No que se refere especificamente ao combate à sífilis, na capital João Pessoa os serviços do Centro de Saúde estavam concluídos e incluíam um Dispensário de Sífilis, Lepra e Doenças Venéreas. O movimento realizado nesse espaço terapêutico no primeiro semestre de 1937 constava dos seguintes trabalhos:

Tabela 1: Relação dos trabalhos executados no Dispensário de Sífilis, Lepra e Doenças Venéreas do Centro de Saúde da Capital (1º Semestre de 1937).

	Pessoas inscritas	Injeções Arsenicais	Injeções mercuriais	Injeções ioduradas	Injeções bismutadas
Homens	357	748	328	593	2.638
Mulheres	566	453	4	41	4.459
Total	923	1.201	332	634	7.079

Fonte: *A União*, 03 set. 1937⁷³

Com base nos dados expostos na Mensagem de Governo, publicada no jornal *A União*, é possível notar a mudança significativa ocorrida na terapêutica da sífilis. As injeções mercuriais e arsenicais que predominavam no tratamento da doença ao longo da década de 1920, cederam lugar ao bismuto. Ao todo, foram aplicadas 9.246 medicações contra sífilis em um período de seis meses, desse total aproximadamente 76,5% foram de injeções bismutadas, seguidas por injeções arsenicais com 12,9% de utilização, outrora considerado o preparado mais eficaz contra a sífilis, enquanto as injeções ioduradas correspondiam a 6,8% das práticas terapêuticas e o mercúrio gradativamente ia perdendo seu valor profilático significando 3,5% do uso total de medicamentos. Os dados desse quadro corroboram com o que Sérgio Carrara chamou atenção em relação à terapêutica da sífilis. Gradativamente o mercúrio e depois o arsênico foram perdendo o valor profilático para o bismuto, até que a penicilina decretou o fim da utilização de todos eles, mostrando-se a terapêutica mais eficaz no tratamento da sífilis⁷⁴.

Os dados também mostram que o número de mulheres que procurou o serviço foi maior do que o de homens. Foram 209 pacientes do sexo feminino a mais. Contudo, não há um indicativo a respeito da profissão ou ocupação para nenhum dos sexos, algo que seria de significativa importância na análise. Porém, esses dados podem indicar que a sífilis e as doenças venéreas afetaram mais às mulheres que aos homens.

Com a reforma sanitária, a DGSP organizou, em 1938, um Dispensário Noturno Antivenéreo. O objetivo? Promover a profilaxia da sífilis para os trabalhadores que possuíam uma jornada de trabalho diurna. Dessa forma, de acordo com o discurso médico, não haveria escusas para o trabalhador não procurar o tratamento, uma vez que não perderia uma jornada de trabalho ao optar por buscar o tratamento para as suas moléstias secretas.

“Só tem doenças venéreas quem quer”. Com essas palavras, era anunciado no jornal *A União*, na edição de 29 de dezembro de 1938, os serviços no Dispensário Noturno Antivenéreo. Como um imperativo categórico, o anúncio completava: “Procure o Dispensário Noturno Anti-venéreo”. Esse serviço sanitário, inaugurado na capital João Pessoa em dezembro de 1938, precisamente dezessete anos após a inauguração do primeiro dispensário antivenéreo na capital, em 1921⁷⁵, era anunciado na imprensa oficial desde janeiro daquele ano. Começou a ser instalado na mesma época da construção do leprosário, durante o governo Argemiro de Figueiredo, que em se tratando da “[...] syphilis, sendo de notar que agora o mesmo governo acaba de instalar um serviço de grande alcance social, o dispensário anti-venéreo nocturno onde se tratam os operários que de dia ganham o pão, talvez o único do país”⁷⁶.

Em um contexto pautado pelo discurso da política varguista para a formação de um novo homem e de uma nova nação a partir do trabalhismo, chamo a atenção para a valorização do trabalho e do trabalhador, tão forte no contexto do governo Vargas, presente no discurso do jornal oficial, quando destacou o público alvo do serviço do Dispensário Noturno Antivenéreo: os operários com jornada de trabalho diurna. Segundo a historiadora Ângela de Castro Gomes, as práticas ideológicas do Estado pós-1930, em particular do regime do Estado Novo, demarcaram uma política de ordenação do mercado de trabalho “materializada na legislação trabalhista, previdenciária, sindical e também na instituição da Justiça do Trabalho”⁷⁷. De acordo com a autora, foi a partir desse aparato institucional que se tornou possível identificar uma estratégia político-ideológica voltada para o combate à pobreza centrada na promoção do valor do trabalho.

Na política do Estado varguista, a forma de superação dos problemas socioeconômicos do país perpassou pela garantia para a população pobre abandonada de uma forma digna de vida. Assim, a promoção do homem brasileiro, a defesa do desenvolvimento econômico e a ordem social do país eram “[...] os objetivos que se unificavam em uma mesma e grande meta: transformar o homem em cidadão/trabalhador, responsável por sua riqueza individual e também pela riqueza do conjunto da nação”⁷⁸.

Com o trabalhismo, o trabalhador, especialmente o mais pobre, teve seu valor social mensurado a partir da sua capacidade produtiva. Como condição imprescindível ao trabalhador produtivo era necessário ser saudável. Afinal, segundo o discurso médico da época, como ter um trabalhador produtivo para a lavoura, a indústria ou o comércio, se estava corroído pela sífilis? Nesse sentido, a inauguração de um serviço noturno para realizar a profilaxia da sífilis, era visto como uma ação do governo que viria beneficiar diretamente o trabalhador. É o que pode se depreender do discurso publicado pelo jornal católico *A Imprensa*:

Posto noturno de saúde

Uma das mais interessantes inovações introduzidas este ano pelo governo em nossos serviços de assistência social foi o posto noturno de saúde que virá beneficiar grandemente nossos meios proletários. Estes homens do trabalho quotidiano, quando adoentados, não podem ir ao Centro de Saúde três vezes por semana ao menos para fazer tratamentos. Si fossem abastados, descansariam, fariam estações d’água, etc. Sendo homens pobres, ganham o pão ao sol e se medicam as primeiras horas da noite⁷⁹.

Como visto, a instalação desse serviço era vista como uma medida de grande valor social, justamente por beneficiar os meios proletários, uma vez que não podendo descuidar do trabalho durante o dia pela sua condição de pobreza, o único tempo que teriam livre para se tratar quando doentes seria nas primeiras horas da noite. Assim, o dispensário noturno foi pensado como instrumento de valorização do trabalho, almejando a formação de trabalhadores produtivos. Produtivos porque saudáveis.

Ao contrário do que se afirmava no jornal oficial do Estado, segundo o jornal *A Imprensa* as obras estavam paradas há quatro meses. O discurso citado anteriormente do diário *A União* dava conta do serviço do dispensário noturno como algo já dado. Uma versão diferente para os fatos dada por outro impresso, alerta para desconfiar das fontes oficiais, de modo a questionar as pretensas benesses propagandeadas pelo órgão de imprensa oficial do governo. Afirmo isso, pois, segundo os redatores de *A Imprensa*:

Desde janeiro, porém, que a Diretoria de Saúde Pública requisitou das obras públicas a adaptação de uma casa na rua Silva Jardim para a inauguração deste serviço. Quatro meses já se passaram e apesar de feitas as plantas e iniciados os serviços que não são grandes idéias aliás até agora não se pode ainda inaugurar o serviço. Consta-nos até que os trabalhos foram suspensos ultimamente, com grave prejuízo para o povo, principalmente a classe proletária⁸⁰.

Com efeito, é possível perceber as dificuldades na organização desse serviço sanitário, o que leva a relativizar a real eficiência do executivo estadual no campo da saúde pública, apesar do que era divulgado pela imprensa oficial, e questionar a propaganda governista. Segundo o jornal *A União*, “As realizações médico-social na Paraíba se desenvolvem continuamente, no decorrer da execução do vasto programa do interventor Argemiro de Figueiredo, que dedica boa parte de sua atenção a saúde pública”⁸¹.

Esse discurso é revelador acerca do interesse em monumentalizar as ações do interventor federal no campo da saúde, construindo a sua imagem como um benfeitor da população paraibana. Assim, a instalação do Dispensário Noturno Antivenéreo em João Pessoa era oficialmente apresentada “Entre as mais novas secções da Diretoria da saúde Pública da Paraíba pela sua finalidade social e por ser o primeiro oficialmente criado no Brasil, destaca-se o Dispensário Noturno Anti-venereo”⁸².

O Dispensário Noturno Antivenéreo ficava situado na rua Tenente Retumba⁸³, cuja chefia foi delegada ao dr. Giacomo Zacara. O horário de funcionamento era das 19 às 23 horas, diariamente. Era aberto a todos e gratuitamente. Na imagem abaixo, reproduzida no jornal *A União*, é possível perceber uma placa que identificava o serviço de profilaxia contra a sífilis que ali era executado, na qual pode se ler “Dispensário Noturno Anti-Venereo” e na linha seguinte “Saúde Pública”. Convinha identificar o serviço e a sua finalidade para informar os transeuntes a respeito do seu funcionamento.

Figura 1: Dispensário Noturno Antivenéreo



Fonte: *A União*, 22 dez. 1938⁸⁴

Do ponto de vista estrutural, o prédio era considerado inteiramente adaptado a sua finalidade, compreendendo de “[...] uma sala de espera, uma sala de consultas, uma sala de curativos, outra de endoscopias e uma outra sala para o tratamento preventivo, todas comodamente mobiliadas e aparelhadas”⁸⁵. O Dispensário Noturno Antivenéreo tinha uma dupla finalidade: uma preventiva e outra curativa.

Como preventivo, facilita aos indivíduos de qualquer classe, a desinfecção que o previne contra doenças venéreas, desinfecção esta que deve ser feita, para a sua própria eficiência, dentro de um período de seis horas. Na parte curativa, o serviço é extensivo aos funcionários, comerciários, soldados e operários, reconhecidamente desprovidos de recursos. É preciso ficar claro que para o tratamento preventivo, o Dispensário é aberto a todos, sem distinção, gratuitamente, porém, para o tratamento de cura, somente terão direitos os que forem necessitados⁸⁶.

Com efeito, para a sala de prevenção do dispensário poderiam confluír todos os cidadãos que, dentro de um prazo de seis horas tivessem estabelecido relações sexuais, pois essa parte do tratamento seria universal e gratuita. No que tange a parte curativa, ou seja, o tratamento dos doentes infectados, o dispensário restringia o acesso aquelas pessoas mais necessitadas, sobretudo, trabalhadores pobres.

Além disso, para que o objetivo do Dispensário Noturno Antivenéreo fosse alcançado, era preciso haver “[...] colaboração por parte da opinião pública educada e esclarecida junto a direção médica”, pois já existia “[...] os recursos necessários, o material humano”, era preciso então “[...] haver da parte do público um espírito de compreensão que o leve a ver o Dispensário Noturno Anti-venéreo [...] como um centro onde se trabalha dedicadamente pelo bem estar colectivo”⁸⁷.

Existia a compreensão de que era preciso haver a colaboração do povo, pois sem ela nada poderia ser feito, mesmo que fosse movimentado todos os recursos, pessoal e material necessário para tal. Era preciso interesse do povo, em particular, dos doentes venéreos. O discurso publicado no jornal era praticamente um clamor por doentes para o dispensário. A matéria publicada na imprensa tinha o intuito de instruir a população paraibana para as “[...] finalidades filantrópicas do Dispensário. A que deve prestar todo o seu apoio, em seu próprio benefício, em benefício da própria terra paraibana e do Brasil”⁸⁸.

Os doentes existiam, ao menos no Centro de Saúde de João Pessoa foram registrados, em outubro de 1939, um total de 3.877 homens e 5.874 mulheres matriculadas no Dispensário de Sífilis e Doenças Venéreas⁸⁹. O problema era convencê-los a realizar o tratamento e continuar até se verem livres das lesões contagiantes, pois a sífilis contribuía para:

[...] o desbaratamento da economia, pois o homem é um capital, devemos considerar ainda os estados de miséria física e moral que ela provoca, os prejuízos econômicos que acarreta à sociedade, *não só pelos dias de trabalho que se perdem na inação decorrente da doença*, como pelo custeio de milhares de infelizes alienados, paralíticos, degenerados, sífilíticos em manicômios ou hospitais mantidos pela colectividade⁹⁰.

De acordo com o discurso médico, a sífilis causava um grande prejuízo pela inação que provocava aos trabalhadores, fazendo-os perder dias valiosos de trabalho, bem como pelo custo elevado que o tratamento e o cuidado com os doentes sífilíticos em instituições de saúde acarretaria. Desse modo, para o discurso médico, a instalação de um posto noturno de profilaxia da sífilis, representava um investimento de alto valor social, sobretudo, para a saúde do trabalhador em um momento em que o discurso do Estado colocava o trabalhismo como uma de suas bandeiras políticas.

Assim, a importância do Dispensário Noturno Antivenéreo residia justamente no fato de que os trabalhadores que “de dia ganham o pão”, poderiam procurar o tratamento contra as afecções venéreas de noite, evitando perder um dia de trabalho, seja por conta da doença, seja por conta do tratamento. Com efeito, é possível que a instalação do dispensário noturno tenha servido à finalidade da profilaxia dos doentes que não eram contemplados, ou melhor, que não poderiam sê-lo, no Centro de Saúde de João Pessoa em decorrência das vicissitudes do trabalho. Assim, os fatos documentados apontam para a coexistência de dois serviços sanitários de caráter distinto quanto a sua especificidade no combate à sífilis na cidade, uma vez que o Centro de Saúde congregava diversas especialidades, dentre elas um Dispensário de Profilaxia da Lepra, Sífilis e Doenças Venéreas, em um modelo “horizontal” de assistência à saúde que visava ao atendimento, em um mesmo local e de uma única vez, de todos os interesses e necessidade higiênicas do público cidadão. E, por outro lado, o Dispensário Noturno Antivenéreo representando uma estrutura “vertical” de assistência, pois estava centrado em um problema de saúde específico – a sífilis e as doenças venéreas –, configurava-se assim em um serviço cuja especificidade atenderia aos doentes em um horário considerado conveniente para os trabalhadores com jornada de trabalho diurna.

Nesse sentido é que o discurso médico anunciava nas páginas do jornal *A União* que “Só tem doenças venéreas quem quer”. Lembrando possivelmente a famosa frase de Oswaldo Cruz de que “só tem varíola quem quer”, proferida em um contexto no qual este médico empreendeu uma intensa campanha pela vacinação antivariólica no Rio de Janeiro, a retórica médica presente no anúncio do serviço sanitário considerava que diante da possibilidade de

trabalhador tratar de suas doenças secretas à noite, tido como um horário cômodo de funcionamento, pois assim não teria escusas em procurar o tratamento médico no dispensário.

Por ocasião da realização da 1ª Conferência Nacional de Defesa Contra a Sífilis, em 22 de setembro de 1940, no Rio de Janeiro, o jornal *A União* chamou a atenção para a necessidade e a importância desse concurso científico em prol da saúde da população, sobretudo, dos trabalhadores. Em um artigo escrito pelo dr. Giacomo Zaccara, chefe do Dispensário Noturno Antivenéreo, o médico apresentou uma relação dos exames de sangue realizados nos indivíduos que compareceram ao serviço espontaneamente entre janeiro de 1939 e agosto de 1940, “[...] os quais apresentavam sintomas luéticos ou antecedentes que justificassem a reação”⁹¹.

Tabela 2: Coeficientes de positividade e negatividade em relação à sífilis (Por profissão)

Classes	Positivos	%	Negativos	%	Total
Operários	84	14,2%	49	8,3%	133
Pedreiros	26	4,4	18	3,05	44
Funcionários	38	6,6	29	5,0	67
Comerciários	37	6,4	40	6,7	77
Motoristas	36	6,1	25	4,2	61
Alfaiates	9	1,5	11	1,8	20
Pintores	9	1,5	2	0,34	11
Agricultores	8	1,35	6	1,0	14
Estudantes	4	0,67	8	1,36	12
Domésticos	13	2,2	6	1,0	19
Militares	24	4,06	31	5,24	55
Barbeiros	4	0,67	2	0,34	6
Padeiros	3	0,51	8	1,36	11
Garçons	4	0,67	3	0,51	7
Sapateiros	8	1,35	6	1,0	14
Marceneiros	12	2,0	8	1,35	20
Eletricistas	2	0,34	2	0,34	4
Tipógrafos	2	0,17	5	0,8	6
Carvoeiros	5	0,8	1	0,17	6
Leiteiros	1	0,17	0	0	1
Carroceiros	1	0,17	0	0	1
Enfermeiros	0	0	2	0,34	2
Total	329	55,73%	262	44,18%	591

Fonte: *A União*, 22 set. 1940⁹²

Ao todo, foram submetidas aos exames de sangue pela reação de Wasserman⁹³, reação de Muller e reação de Kahn⁹⁴, um total de 591 pessoas, revelando um índice de positividade de 55,73% dos casos, o que equivalia ao quantitativo de 329 pessoas atingidas pela sífilis. O documento oferece ainda a discriminação por função desempenhada pelas pessoas que se submeteram ao exame, identificando a sua profissão. Dentro desse universo amostral, os operários eram os indivíduos que apresentavam maior porcentagem de manifestação da lues.

Em relação à frequência, de acordo com os dados, a quantidade de operários era muito maior em relação às demais profissões, o que indica que a sífilis afetava mais os trabalhadores urbanos, pois como se pode observar o número de operários (133) que procurou o serviço era quase o dobro de comerciários (77), seguidos de funcionários (67), motoristas (61), militares (55), pedreiros (44), marceneiros (20) e alfaiates (20). Outras profissões representavam um total de 104 pessoas atendidas no dispensário.

Dos 133 operários, 89 tiveram diagnósticos positivos para a sífilis, enquanto 48 foram negativos. Em relação à quantidade de diagnósticos positivos para a sífilis os maiores índices depois dos operários era o de funcionários (38), comerciários (37), motoristas (36), pedreiros (26) e militares (24) de um total de 329 diagnósticos positivos, sendo 262 negativos. No que tange ao índice de negatividade, a única profissão que não teve diagnósticos positivos para a sífilis foram os dois enfermeiros que procuraram o serviço do Dispensário Noturno Antivenéreo. Em geral, a maioria das profissões, exceto os comerciários, militares, alfaiates, estudantes, padeiros, tipógrafos e enfermeiros, possuíam mais diagnósticos positivos para a sífilis do que negativos.

Apesar da riqueza de dados, a documentação não continha mais informações a respeito das pessoas inscritas no serviço. Não há, por exemplo, discriminação por sexo, ou ainda, o que seria um dado bastante significativo, o estado civil, sobretudo, dos pacientes com diagnóstico positivo para a sífilis. Além disso, seria muito interessante que pudesse ser traçado um perfil a partir da faixa etária dos doentes.

A respeito desses números, o discurso médico considerava uma “calamidade” e clamava ações para atenuá-la. Se o anúncio do Dispensário Noturno afirmava que só tinha doenças venéreas quem quisesse, no entanto, o que acontecia com a grande maioria “[...] dos que se submetem ao tratamento anti-sifilítico é que abandona o serviço quando desaparecem os sintomas que os levaram a procurar cuidados médicos”. Para o discurso médico, a responsabilidade era da “ignorância completa” dos pacientes em relação à sífilis, pois não sabiam que “[...] a sífilis não é uma doença que se cura com três ou quatro doses de

medicamentos à base de arsênico (914) nem com duas ou três caixas de preparados à base de bismuto, mercúrio ou iodo, nem tão pouco com depurativos”⁹⁵.

O que faria efeito, segundo o discurso médico, seria um tratamento lento e persistente, entre dois ou três anos, acompanhado de um médico e dos respectivos exames de sangue. Para o saber médico da época, a sífilis não era uma doença fácil de se tratar. Assim, considerava-se que “[...] tratamentos precários ou insuficientes que se fazem sem orientação científica tornam a moléstia latente e quando menos se espera ela surge com todo seu cortejo de malefícios”⁹⁶.

Mas de fato, só teria sífilis quem queria? Até que ponto os doentes teriam a compreensão e o discernimento de realizar o tratamento e, principalmente, no que consistia o tratamento? O caráter moral que revestia a doença e culpava o doente, visto como responsável por tê-la contraído, possivelmente impediu muitos homens e mulheres de ir em busca de tratamento para seus padecimentos. Não por negligência em relação à saúde e à doença, mas simplesmente por medo, vergonha do diagnóstico e, sobretudo, do julgamento social que ele acarretava. Além disso, era um tratamento longo, doloroso e perigoso, feito por meio de injeções intravenosas de preparados altamente tóxicos, que nem sempre curava, embora fizesse com que as lesões contagiantes cicatrizassem⁹⁷.

Considerações finais

O Dispensário Noturno Antivenéreo foi resultado das políticas de saúde gestadas no âmbito da reforma sanitária no contexto da Era Vargas, cuja consecução na cidade de João Pessoa ocorreu durante o governo de Argemiro de Figueiredo. Esse serviço de profilaxia e tratamento da sífilis representou os interesses governamentais para a construção de um novo homem, de um novo trabalhador a partir do combate à essa doença que era considerada o maior flagelo da humanidade.

A documentação aponta para a tentativa de intervenção médico-social sobre os trabalhadores na cidade de João Pessoa nos anos finais da década de 1930. Fundamentalmente, as fontes consultadas permitem trazer à tona as políticas públicas de saúde gestadas pela reforma sanitária durante a Era Vargas na Paraíba, apontando para o fato de que os médicos e políticos não estavam somente pretensamente sensibilizados com a saúde do trabalhador acometido pela sífilis, mas interessados em transformá-los em trabalhadores produtivos, porque saudáveis, em corpos dóceis.

Notas

¹ Médico formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1924, como a tese “*Da colecistectomia precoce na Litíase Biliar*”. Clinicou inicialmente em Areia, transferindo-se em 1928 para a capital paraibana. Foi nomeado para o corpo médico da Assistência Pública e passou a figurar o corpo técnico do Instituto de Proteção e Assistência à Infância. Prestou serviços ainda no Hospital Colônia Juliano Moreira, vindo a dirigir esse nosocômio de assistência aos doentes mentais. Ocupou todos os cargos da diretoria da Sociedade de Medicina e Cirurgia da Paraíba (NÓBREGA, Humberto. *As raízes das ciências médicas na Paraíba: medicina, farmácia, odontologia e enfermagem*. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB, 1979, p. 192-193).

² LACERDA, Newton. Profilaxia e tratamento da boubá. *A União*, João Pessoa, ano 34, n. 269, p. 2, 21 nov. 1930.

³ Natural de Pernambuco, Newton Lacerda formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1922. Após formado veio exercer a profissão na Paraíba, atraído por Acácio Pires, vindo a assumir o cargo de assistente no Laboratório de Pesquisas Clínicas mantido pela Comissão de Saneamento e Profilaxia Rural. Presidiu a Sociedade de Medicina e Cirurgia da Paraíba. Em 1934 foi eleito deputado na Assembleia Nacional Constituinte (NÓBREGA, Humberto. *Op. cit.*, 1979, p. 179-180).

⁴ LACERDA, Newton. Profilaxia e tratamento da boubá. *A União*, João Pessoa, ano 34, n. 269, p. 2, 21 nov. 1930.

⁵ *Ibidem*, p. 2.

⁶ BRASIL. Decreto nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920. Reorganiza os serviços da Saúde Pública. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, seção 1, p. 437, 08 jan. 1920.

⁷ CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996, p. 220.

⁸ CARRARA, Sérgio. *Op. cit.*, 1996, p. 96.

⁹ LACERDA, Newton. Profilaxia e tratamento da boubá. *A União*, João Pessoa, ano 34, n. 269, p. 2, 21 nov. 1930, Grifos no documento.

¹⁰ *Ibidem*, p. 2.

¹¹ *Ibidem*, p. 2.

¹² ARAÚJO, Fátima. *Paraíba, imprensa e vida*. João Pessoa: A União, 1986, p. 42-43.

¹³ LE GOFF, Jacques. *História e memória*. Campinas: UNICAMP, 1994, p. 545-548.

¹⁴ Getúlio Vargas esteve no poder de forma ininterrupta desde 1930 até 1945, posteriormente, em 1951, toma posse como presidente eleito, ocupando o cargo pela segunda vez até cometer suicídio em 1954. O período que compreende o Primeiro Governo Vargas caracteriza-se por três momentos: o Governo Provisório (1930-1934), o Governo Constitucional (1934-1937) e o Estado Novo (1937-1945). A análise aqui proposta situa-se temporalmente entre 1935 e 1940, compreendendo, portanto, dois momentos do Primeiro Governo Vargas: o Governo Constitucional e o Estado Novo.

¹⁵ CARVALHO, Leonardo Dellacqua de. *O saneador do Brasil: saúde pública, política e integralismo na trajetória de Belisário Penna (1868-1939)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2016, p. 113-115.

¹⁶ VISCARDI, Cláudia M. Ribeiro. *O teatro das oligarquias: uma revisão da “política do café com leite”*. 2.ed. Belo Horizonte: Fino Traço, 2019, p. 319.

¹⁷ Cláudia Viscardi partiu da estratégia de análise das sucessões presidenciais para questionar a interpretação cristalizada na historiografia brasileira sobre a Primeira República acerca da “política do café com leite”. A hipótese sustentada pela autora é a de que a estabilidade do modelo político foi garantida pela instabilidade das alianças entre os Estados politicamente mais importantes da Federação, o que impedia, a um só tempo, que a hegemonia fosse perpetuada e que a exclusão de outros fosse definitiva. Para a autora essa “instabilidade pôde conter rupturas internas, sem que o modelo político fosse ameaçado, até o limite em que as principais bases de sustentação desse modelo deixaram de existir, ocasionando a sua capitulação” (VISCARDI, Cláudia M. Ribeiro. *Op. cit.*, 2012, p. 25).

¹⁸ Sobre a continuidade das políticas sociais no âmbito da saúde entre a Primeira República e o Governo Vargas, ver: FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930-1935): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007; HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2012; HOCHMAN, Gilberto. FONSECA, Cristina M. Oliveira. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1935-45. In: PANDOLFI, Dulce. *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999, p. 73-93; CARVALHO, Leonardo Dellacqua de. *Op. cit.*, 2019.

¹⁹ FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Op.cit.*, 2007, p. 32; VISCARDI, Cláudia M. Ribeiro. *Op. cit.*, 2012, p. 320; NAPOLITANO, Marcos. *História do Brasil república: da queda da Monarquia ao fim do Estado Novo*. 1 ed. São Paulo: Contexto, 2018, p. 93.

²⁰ Segundo Eliete Queiroz Gurjão, o recolhimento das rendas estaduais era limitado devido aos desvios do comércio pelas fronteiras dos Estados vizinhos, pois era facilitado pelo traçado das ferrovias que contribuía para a captação da produção agrícola da Paraíba, sobretudo, do algodão que em 1929 atingiu o ápice, para o porto de Recife e as rodovias ligavam as cidades sertanejas aos Estados limítrofes. Dessa forma, o porto do Estado, com um movimento insignificante, prejudicava as rendas estaduais (GURJÃO, Eliete Queiroz. *Morte e vida das oligarquias*. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB, 1994, p. 73).

²¹ O ápice do domínio do epitacismo ocorreu durante a administração de Solon de Lucena (1920-1924) no âmbito estadual apoiado politicamente pela presença no âmbito federal da gestão de Eptácio Pessoa (1919-1922). Na Paraíba, a política oligárquica no período de 1912 a 1915, concentrou o poder nas mãos de duas principais forças: o grupo alvarista e o grupo epitacista, que polarizaram a disputa paraibana até a década de 1920, momento em que a política passou a ser dominada pela oligarquia liderada por Eptácio Pessoa. A composição de cada facção oligárquica se definia pela coligação de parentelas sob a liderança de um chefe político maior, tal era a identificação entre o partido e a chefia. Desse modo, Álvaro Machado, chefe do Partido Republicano da Paraíba comandou o alvarismo, e Eptácio Pessoa, posteriormente, chefiou o partido que, ao mesmo tempo, se constituía na coligação derivada de seu nome, o epitacista (GURJÃO, Eliete Queiroz. *Op. cit.*, 1994, p. 60).

²² GURJÃO, Eliete Queiroz. *Op. cit.*, 1994, p. 73-76.

²³ *Ibidem*, *Op. cit.*, 1994, p. 103-105.

²⁴ *Ibidem*, *Op. cit.*, 1994, p. 105.

²⁵ GURJÃO, Eliete de Queiroz. A Paraíba republicana: (1889-1945). In: SILVEIRA, Rosa Maria Godoy et al. (Orgs.). *Estrutura de poder na Paraíba*. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 1999, p. 76.

²⁶ GURJÃO, Eliete Queiroz. *Op. cit.*, 1999, p. 77.

²⁷ FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Op.cit.*, 2007, p. 36-42.

²⁸ *Ibidem*. *Op.cit.*, 2007, p. 36-37.

²⁹ *Ibidem*. *Op.cit.*, 2007, p. 49.

³⁰ A constatação feita pelos médicos durante a década de 1920 do diagnóstico do Brasil como um “vasto hospital” caracterizado pelo binômio abandono-doença, marcou as ações de controle e combate às doenças endêmicas por parte do governo federal como elemento de um processo de construção nacional. De acordo com os autores consultados, a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), levou o governo federal, por meio de convênios com os governos locais, a ampliar sua participação nas ações desenvolvidas nos estados, com a criação de postos de profilaxia rural em diversas regiões do país, permitindo assim, através das ações públicas, a construção de um projeto de interiorização do Estado com a penetração do poder público em várias regiões do território nacional (CASTRO-SANTOS, Luiz Antônio de. “O pensamento sanitário na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade”. *Dados. Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 28, n .2, p.193-210, 1985; HOCHMAN, Gilberto. Logo ali, no final da avenida: *Os sertões* redefinidos pelo movimento sanitário da Primeira República. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, p. 217-235, jul.1998; HOCHMAN, Gilberto. *Op. cit.*, 2012 (Cap. 2, 3 e 4); LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. “Pouca Saúde e muita Saúde”: sanitário, interpretações do país e ciências sociais. In: HOCHMAN, Gilberto. ARMUS, Diego. (Orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004).

³¹ FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Op.cit.*, 2007, p. 29.

³² BASTISTA, Ricardo dos Santos. *Sífilis e Reforma da Saúde na Bahia (1920-1945)*. Salvador: EDUNEB, 2017, p. 172-174.

³³ BRASIL. [Constituição (1934)]. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil*. Diário Oficial da República dos Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1934. Suplemento e republicado em 19 dez. 1935. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm>. Acesso em: 24 mar. 2020.

³⁴ Sobre o assunto ver CARRARA, Sérgio. *Op. cit.*, 1996, p. 230-231, 244, 271, 280, 284-285.

³⁵ CARRARA, Sérgio. *Op. cit.*, 1996, p. 44, 68, 121, 131-132, 275.

³⁶ *Ibidem*. *Op. Cit.*, 1996.

³⁷ BASTISTA, Ricardo dos Santos. *Op. cit.*, 2017, p. 172-174

³⁸ FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Op.cit.*, 2007, p. 109.

³⁹ FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Op.cit.*, 2007, p. 115.

⁴⁰ Para uma análise da trajetória de Belisário Penna à frente do DNSP e do MESP na década de 1930, ver FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Op.cit.*, 2007, (Cap. 3) e CARVALHO, Leonardo Dellacqua de. *Op. cit.*, 2019 (Cap. 2 e 3).

⁴¹ FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Op.cit.*, 2007, p. 116-118.

⁴² *Ibidem. Op. cit.*, 2007, p. 119.

⁴³ O MINISTÉRIO da Saúde Pública e os Serviços de Saneamento Rural. *A União*, ano 34, n. 291, p. 8, 7 dez. 1930.

⁴⁴ *Ibidem*, p. 8.

⁴⁵ MENSAGEM... Mensagem apresentada à Assembleia Legislativa do Estado da Paraíba pelo Vice-Presidente da Paraíba Álvaro Pereira de Carvalho e elaborada pelo Presidente da Paraíba João Pessoa Cavalcante de Albuquerque (assassinado em 26 de julho de 1930). João Pessoa, 1930, p. 122.

⁴⁶ NÓBREGA, Humberto. *Op. cit.*, 1979, p. 69.

⁴⁷ ARAÚJO, Silvera Vieira de. *Entre o poder e a ciência: história das instituições de saúde e higiene da Paraíba na Primeira República (1889-1930)*. 2016. Tese (Doutorado em História) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2016, p. 291.

⁴⁸ FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Op.cit.*, 2007, p. 123.

⁴⁹ *Ibidem. Op.cit.*, 2007, p. 137.

⁵⁰ FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Op.cit.*, 2007, p. 184.

⁵¹ *Ibidem. Op. cit.*, 2007, p. 189.

⁵² Argemiro de Figueiredo foi indicado por José Américo de Almeida para ser o sucessor do interventor Gratuliano de Brito, tendo sido eleito indiretamente pela Assembleia Legislativa sob o Governo Constitucional para governador e tomou posse em 25 de janeiro de 1935 (SILVA, Waniéry Loyvia de Almeida. *Autoritarismo, repressão e propaganda: a Paraíba no governo Argemiro de Figueiredo (1937-1940)*. 2017. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2017, p. 57).

⁵³ Otávio Gonçalves de Oliveira foi um médico sanitarista paraibano, formado pela Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), em 1919, com a tese *Ligeiras considerações sobre uma espécie de cucurbitácea*. Especializou-se no curso de Higiene no Instituto Oswaldo Cruz, em Manguinhos. Em 1929, quando houve o rompimento do governo do Estado da Paraíba com a situação federal, decorrente da adesão paraibana à Aliança Liberal, o DNSP indicou o sanitarista Otávio Oliveira para chefiar a Comissão de Profilaxia Rural. Segundo Humberto Nóbrega “Aquele técnico, porém, não desejando se imiscuir em política e antevendo os obstáculos de sua ação administrativa, face a acirrada campanha partidária que havia de se seguir ao ato de rebeldia da nossa terra, declinou do convite”. Em 1935, sob o governo constitucional de Argemiro de Figueiredo, foi nomeado chefe do Diretoria de Saúde Pública do Estado (NÓBREGA, Humberto. *Op.cit.*, 1979, p. 233).

⁵⁴ A REFORMA da Diretoria de Saúde Pública. *A União*, ano 43, n. 277, 12 dez. 1935, p. 1.

⁵⁵ A REFORMA da Diretoria de Saúde Pública. *A União*, ano 43, n. 277, 12 dez. 1935, p. 1.

⁵⁶ ADMINISTRAÇÃO do Exmo. Sr. Dr. Argemiro de Figueiredo. Lei n. 54 de 31 de dezembro de 1935. *A União*, Ano 43, n. 6, 9 jan. 1936, p. 4.

⁵⁷ Decreto n. 295 de 18 de julho de 1932, sendo atendidos ainda os Decretos n. 377 de 3 de abril de 1932 e n. 479 de 13 de janeiro de 1934.

⁵⁸ O papel de assistência que cabia ao Centro de Saúde, caracterizava-se por um programa diversificado, que incluía assistência médica e educação sanitária, e congregava diversos serviços sanitários. Esse plano de ação sanitária foi desenvolvido nos Estados Unidos a partir da ação de Wilbur C. Phillips em Milwaukee, Wisconsin, na primeira década do século XX, que buscava integrar toda a comunidade em um esforço sanitário de educação e prevenção. A experiência estadunidense dos centros de saúde difundiu-se por vários continentes, em larga medida pela ação internacional da Fundação Rockefeller e de suas divisões sanitárias, como no caso do Brasil (CASTRO-SANTOS, Luiz Antônio de. FARIA, Lina. Os primeiros centros de saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo. *In: CASTRO-SANTOS, Luiz Antônio de. FARIA, Lina. (Orgs.). Saúde e história*. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 159-165).

⁵⁹ CASTRO-SANTOS, Luiz Antônio de. FARIA, Lina. Os primeiros centros de saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo. *In: CASTRO-SANTOS, Luiz Antônio de. FARIA, Lina. (Orgs.). Saúde e história*. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 154-186.

⁶⁰ CASTRO-SANTOS, Luiz Antônio de. FARIA, Lina. *Op. cit.*, 2010, p. 172.

⁶¹ BATISTA, Ricardo dos Santos. Centros de Saúde em Salvador. *In: FRANCO, Sebastião Pimentel et al. (Orgs.). Artes de curar: doenças em perspectiva*. Vitória: Milfontes, 2019, p. 141.

⁶² *Ibidem, Op. cit.*, 2019, p. 141.

⁶³ CASTRO-SANTOS, Luiz Antônio de. FARIA, Lina. *Op. cit.*, 2010, p. 176.

⁶⁴ *Ibidem, Op. cit.*, 2010, p. 177.

- ⁶⁵ BATISTA, Ricardo dos Santos. *Op. cit.*, 2019, p. 248.
- ⁶⁶ *Ibidem. Op. cit.*, 2019, p. 247; BATISTA, Ricardo dos Santos. *Op. cit.*, 2017, p. 181.
- ⁶⁷ As cidades sede dos respectivos postos de higiene foram: Bananeiras, Itabaiana, Campina Grande, Alagoa Grande, Patos, Mamanguape, Cabedelo, Cajazeiras e um subposto em Santa Rita (MENSAGEM apresentada pelo governador Argemiro de Figueiredo à Assembleia Legislativa da Paraíba. *A União*, ano 45, n. 168, 3 set. 1937, 8ª seção, p. 4.).
- ⁶⁸ FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Op.cit.*, 2007, p. 189-190.
- ⁶⁹ *Ibidem. Op. cit.*, 2007, p. 191.
- ⁷⁰ DIRETORIA de Saúde Pública. Aspectos gerais de sua atuação em 1936. *A União*, ano 44, n. 310, 25 jan. 1936, 3ª seção, p. 7.
- ⁷¹ *Ibidem*, p. 7.
- ⁷² MENSAGEM apresentada pelo governador Argemiro de Figueiredo à Assembleia Legislativa da Paraíba. *A União*, ano 45, n. 168, 3 set. 1937, 8ª seção, p. 4.
- ⁷³ *Ibidem*, p. 4.
- ⁷⁴ CARRARA, Sérgio. *Op. cit.*, 1996, p. 34.
- ⁷⁵ ARAÚJO, Rafael Nóbrega. *O “terrível flagello da humanidade”: os discursos médico-higienistas no combate à sífilis na Paraíba (1921-1940)*. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Humanidades, Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, 2020, p. 212.
- ⁷⁶ OS SERVIÇOS de Assistência Social no governo Argemiro de Figueiredo. *A União*, ano 45, n. 19, 25 jan. 1938, 7ª seção, p. 1. Convém destacar que, ao contrário do que afirma o documento, o dispensário noturno antivenéreo em João Pessoa não se tratava do único serviço dessa natureza no país. A análise da reforma sanitária na Bahia, mostrou que um serviço similar já existia nesse Estado (BATISTA, Ricardo dos Santos. *Op. cit.*, 2017, p. 181; BATISTA, Ricardo dos Santos. *Op. cit.*, 2019, p. 247).
- ⁷⁷ GOMES, Ângela de Castro. Ideologia e trabalho no Estado Novo. In: PANDOLFI, Dulce. *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999, p. 55.
- ⁷⁸ *Ibidem. Op. cit.*, 1999, p. 55.
- ⁷⁹ POSTO noturno de saúde. *A Imprensa*, 10 maio 1938.
- ⁸⁰ POSTO noturno de saúde. *A Imprensa*, 10 maio 1938.
- ⁸¹ O DISPENSÁRIO noturno anti-venereo. *A União*, ano 46, n. 285, 22 dez. 1938, p. 3.
- ⁸² *Ibidem*, p. 3.
- ⁸³ O prédio onde funcionou o Dispensário Noturno Antivenéreo ainda existe e está situado na esquina da rua Tenente Retumba com a rua Silva Jardim nas seguintes coordenadas geográficas: 7°07'12.7"S 34°53'09.9"W.
- ⁸⁴ O DISPENSÁRIO noturno anti-venereo. *A União*, ano 46, n. 285, 22 dez. 1938, p. 3.
- ⁸⁵ O DISPENSÁRIO noturno anti-venereo. *A União*, ano 46, n. 285, 22 dez. 1938, p. 3.
- ⁸⁶ *Ibidem*, p. 3.
- ⁸⁷ O DISPENSÁRIO noturno anti-venereo. *A União*, ano 46, n. 285, 22 dez. 1938, p. 6.
- ⁸⁸ *Ibidem*, p. 6.
- ⁸⁹ DIRETORIA Geral de Saúde Pública. *A União*, 8 nov. 1939.
- ⁹⁰ CONSIDERAÇÕES sobre o problema da sífilis. *A União*, ano 46, n. 282, 18 dez. 1938, p. 3, Grifos meus.
- ⁹¹ EM TORNO da Conferência, etc. *A União*, 22 set. 1940, p. 7.
- ⁹² EM TORNO da Conferência, etc. *A União*, 22 set. 1940, p. 7.
- ⁹³ Exame de sangue desenvolvido pelo bacteriologista alemão August Paul Wasserman (1866-1925) que foi empregado para testar a sorologia da sífilis, tendo sido amplamente utilizado até a década de 1940 e considerado um meio eficaz para a detecção da doença (CARRARA, Sérgio. *Op. cit.*, 1996, p. 36; FLECK, Ludwik. *La génesis y el desarrollo de um hecho científico*. Tradução Luis Meana. Madrid: Alianza Editorial, 1986, p. 61, 70-71).
- ⁹⁴ Consistia na reação de floculação do líquido cefalorraquidiano ou do soro para diagnóstico da sífilis desenvolvida pelo bacteriologista estadunidense Reuben Leon Kahn, no qual utilizava-se como antígeno um extrato de músculo de coração de boi, ao qual se junta colesterol.
- ⁹⁵ EM TORNO da Conferência, etc. *A União*, 22 set. 1940, p. 7.
- ⁹⁶ *Ibidem*, 7.
- ⁹⁷ CARRARA, Sérgio. *Op. cit.*, 1996, p. 34.

Referências

ARAÚJO, Fátima. *Paraíba, imprensa e vida*. João Pessoa: A União, 1986.

ARAÚJO, Rafael Nóbrega. *O “terrível flagello da humanidade”: os discursos médico-higienistas no combate à sífilis na Paraíba (1921-1940)*. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Humanidades, Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, 2020. 250 p.

ARAÚJO, Silvera Vieira de. *Entre o poder e a ciência: história das instituições de saúde e higiene da Paraíba na Primeira República (1889-1930)*. 2016. Tese (Doutorado em História) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2016. 327 p.

BATISTA, Ricardo dos Santos. “Centros de Saúde em Salvador”. In: FRANCO, Sebastião Pimentel et al. (Orgs.). *Artes de curar: doenças em perspectiva*. Vitória: Milfontes, 2019, p. 235-252.

BASTISTA, Ricardo dos Santos. *Sífilis e Reforma da Saúde na Bahia (1920-1945)*. Salvador: EDUNEB, 2017.

BRASIL. [Constituição (1934)]. *Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil*. Diário Oficial da República dos Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1934. Suplemento e republicado em 19 dez. 1935. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm>. Acesso em: 24 mar. 2020.

BRASIL. Decreto nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920. Reorganiza os serviços da Saúde Pública. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, seção 1, p. 437, 08 jan. 1920.

CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.

CARVALHO, Leonardo Dellacqua de. *O saneador do Brasil: saúde pública, política e integralismo na trajetória de Belisário Penna (1868-1939)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2016. 216 f.

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

CASTRO-SANTOS, Luiz Antônio de. FARIA, Lina. Os primeiros centros de saúde nos Estados Unidos e no Brasil: um estudo comparativo. In: CASTRO-SANTOS, Luiz Antônio de. FARIA, Lina. (Orgs.). *Saúde e história*. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 154-186.

FLECK, Ludwik. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Tradução Luis Meana. Madrid: Alianza Editorial, 1986.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930-1935): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

GOMES, Ângela de Castro. Ideologia e trabalho no Estado Novo. In: PANDOLFI, Dulce. *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999, p. 53-72.

GURJÃO, Eliete de Queiroz. A Paraíba republicana: (1889-1945). In: SILVEIRA, Rosa Maria Godoy et al. (Orgs.). *Estrutura de poder na Paraíba*. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 1999, p. 53-95.

GURJÃO, Eliete Queiroz. *Morte e vida das oligarquias*. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB, 1994.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

HOCHMAN, Gilberto. FONSECA, Cristina M. Oliveira. O que há de novo? Políticas de saúde pública e previdência, 1935-45. In: PANDOLFI, Dulce. *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, 1999, p. 73-93.

HOCHMAN, Gilberto. Logo ali, no final da avenida: *Os sertões* redefinidos pelo movimento sanitário da Primeira República. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, p. 217-235, jul.1998.

LE GOFF, Jacques. *História e memória*. Tradução Bernardo Leitão et al. Campinas: Editora da UNICAMP, 1994.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. “Pouca Saúde e muita Saúva”: sanitário, interpretações do país e ciências sociais. In: HOCHMAN, Gilberto. ARMUS, Diego. (Orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

NAPOLITANO, Marcos. *História do Brasil república: da queda da Monarquia ao fim do Estado Novo*. 1 ed. São Paulo: Contexto, 2018.

NÓBREGA, Humberto. *As raízes das ciências médicas na Paraíba: medicina, farmácia, odontologia e farmácia*. João Pessoa: Ed. Universitária UFPB, 1979.

SILVA, Waniéry Loyvia de Almeida. *Autoritarismo, repressão e propaganda: a Paraíba no governo Argemiro de Figueiredo (1937-1940)*. 2017. Dissertação (Mestrado em História) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2017. 162 p.

VISCARDI, Cláudia Maria Ribeiro. *O teatro das oligarquias: uma revisão da “política do café com leite”*. 2.ed. Belo Horizonte: Fino Traço, 2019.