



Anais - Textos Completos

MEDICINA E AMBIENTE: ARTICULAÇÕES E DESAFIOS NO PASSADO, PRESENTE E FUTURO

ORGS

Jaime Larry Benchimol

Isabel Amaral



Todos os direitos reservados à Fino Traço Editora Ltda.

© Jaime Larry Benchimol; Isabel Amaral

Este livro ou parte dele não pode ser reproduzido por qualquer meio sem a autorização da editora.

As ideias contidas neste livro são de responsabilidade de seus organizadores e autores e não expressam necessariamente a posição da editora.

CIP-Brasil. Catalogação na Publicação | Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

M442

Medicina e ambiente : articulação e desafios no passado, presente e futuro / organização Jaime Benchimol ... [et al.] ; [coordenação Jaime Benchimol]. - 1. ed. - Belo Horizonte [MG] : Fino Traço, 2019.

360 p. ; 22 cm.

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-8054-399-5

1. Medicina - Brasil - História. 2. Doenças - Brasil - História. I. Benchimol, Jaime.

19-54822

CDD: 610.981

CDU: 61(81)(091)

Leandra Felix da Cruz - Bibliotecária - CRB-7/6135

CONSELHO EDITORIAL COLEÇÃO HISTÓRIA

Alexandre Mansur Barata | UFJF

Andréa Lisly Gonçalves | UFOP

Gabriela Pellegrino | USP

Iris Kantor | USP

Junia Ferreira Furtado | UFMG

Marcelo Badaró Mattos | UFF

Paulo Miceli | UniCamp

Rosângela Patriota Ramos | UFU

FINO TRAÇO EDITORA LTDA.

Rua Dom Braz Baltazar 209 | Cachoeirinha | CEP 30150-100

Belo Horizonte. MG. Brasil | Telefone: (31) 3212-9444

finotracoeeditora.com.br

SUMÁRIO

Apresentação **9**

1 - O veneno de jararaca e os inibidores da enzima conversora de angiotensina **13**

Álvaro Hadad Filho

2 - A Gripe Espanhola na Cuesta: uma colaboração à história do sanitarismo paulista. Botucatu, São Paulo – 1918 **29**

Anna Cristina Rodopiano de Carvalho Ribeiro; Maria Cristina da Costa Marques

3 - An Altered Landscape: Malaria Control and Environmental Transformation in Trinidad and Tobago 1941 – 1962 **49**

Debbie McCollin

4 - Diagnósticos locais, validações globais: a gênese da Leishmaniose Tegumentar Americana como doença particularizada da América Latina (1909 – 1918) **63**

Denis Guedes Jogas Junior

5 - A homeopatia e o uso do Assacú: práticas de remediar na cura da lepra, Belém do Pará, 1920-1924 **81**

Elane Cristina Rodrigues Gomes

6 - O Luto do outro lado da fronteira: a travessia do mundo dos sãos para o dos doentes no hospital colônia de Curupaiti **101**

Erica Cristina da Silva Gomes; Nadja Paraense dos Santos

7 - A doença de Chagas em terras paulistas nos primeiros anos do século XX (1910-1916) **111**

Ewerton Luiz Figueiredo Moura da Silv; Prof. Dr. André Mota

8 - Hanseníase: um passado marcado pelo estigma e preconceito – a história da doença na cidade de Manaus (AM) 133

Giovanna Guimarães Azevedo; Hannah Caroline Barbosa Luiz; Rayane Thaise Neri de Souza

9 - A doença do sono em África no século XX : quo vadis ambiente? 145

Isabel Amaral

10 - Leishmanioses do Novo Mundo: uma rápida incursão histórica 167

Jaime L. Benchimol

11 - A influenza dos paizes quentes: apontamentos para uma história da dengue no Brasil (1847-1923) 189

Jorge Tibilletti de Lara

12 - Da medicina à diplomacia: a trajetória de José Augusto de Magalhães em dois mundos 207

José Maria de Castro Abreu Junior; Aristoteles Guilliod de Miranda

13 - Uso de coleção entomológica em instituição de ensino superior: passado, presente e expectativas futuras 227

Lídia Cristina Villela Ribeiro; Marcos Lázaro da Silva Guerreiro ; Márcio Costa de Souza; Artur Dias-Lima

14 - A descoberta dos biodemas e sua contribuição para o estudo da doença de Chagas 237

Prof. Marcos Lázaro da Silva Guerreiro; Profa. Lidia Cristina Villela Ribeiro

15 - Pelas ruas e nas instituições médicas da cidade: Os alienados em Manaus (1880-1927) 251

Maria de Jesus do Carmo de Araújo

16 - A iniciativa brasileira de nanotecnologia: a distância entre os determinantes ambientais da saúde e as doenças negligenciadas 267

Myrrena Inácio; Noela Invernizzi

17 - As falsas quinas brasileiras – um estudo que percorreu três gerações da família Peckolt 281

Nadja Paraense dos Santos

18 - Presenças femininas no campo da medicina tropical e da educação no Brasil: as carreiras científicas de Hortênsia de Hollanda e Virgínia Schall 295

Polyana Aparecida Valente; Ana Castilho; Luiz Otávio Ferreira; Denise Nacif Pimenta

19 - Tuberculose: a história do mal dos séculos no estado do Amazonas até os dias atuais 319

Rayane Thaise Neri de Souza; Maria do Socorro de Lucena Cardoso

20 - Na “triagem” das chagas: Hospital Oswaldo Cruz e experiências médicas no sertão mineiro no início do século XX 331

Renata Soares da Costa Santos

21 - História da medicina no Amazonas 349

Professor Doutor Rodolfo Fagionato de Freitas

22 - História da Saúde e desconstrução: o Hospital Miguel Couto na Modernidade (1927-1955) 359

Rodrigo Otávio da Silva

23 - Sobre bócios sem papos assustadores: a continuidade do bócio endêmico no Brasil e as políticas internacionais de controle depois de 1960 377

Rodrigo Ramos Lima

24 - Programa de apoio á iniciação científica: a experiência da Fundação Hospital Adriano Jorge em Manaus 391

Rosiane P. Palheta; Priscila L. B. Santiago; Renatha dos Anjos Frazão; Ana Carla da S. Lima; José Geraldo Xavier dos Anjos

25 - Resistência cultural, práticas de saúde dos imigrantes haitianos e sua interface com o sistema de saúde público em Manaus-AM 409

Adrieli L. de S. Pereira; Sabrina da C. Magalhães; Lys B. Barreira; Jasminne M. Guimarães; Diego M. de Carvalho

26 - Contagion of Cholera: Voyages of the Emigrant Coolies to the Colonial Tea Plantations of Assam 423

Sudip Saha

27 - O atendimento médico no Brasil e na cidade do Recife durante o século XIX: Improviso, Caos Sanitário e Epidemias 437

Washington Luiz Silva Lago

28 - Estigmatização e arte: a representação artística da lepra em pinturas de Bruegel – O Velho 455

Wenberger Lanza Daniel De Figueiredo

APRESENTAÇÃO

A presente publicação traz os textos completos apresentados num evento ocorrido em Manaus, na Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas, de 5 a 9 de novembro de 2018: o Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical e o 23º Congresso Brasileiro de História da Medicina. O primeiro teve como presidentes Jaime Larry Benchimol, da Fundação Oswaldo Cruz – Casa de Oswaldo Cruz e do Instituto Leônidas e Maria Deane (Fiocruz-Manaus) e Isabel Amaral, da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa. O 23º Congresso da SBHM foi presidido por João Bosco Botelho, da Universidade do Estado do Amazonas, e teve como vice-presidente Luiz Ayrton Santos Junior, da Universidade Federal e Universidade Estadual do Piauí.

Com duas edições anteriores em Lisboa, o Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical, promovido pela Fundação Oswaldo Cruz e pela Universidade Nova de Lisboa, congrega historiadores, antropólogos, sociólogos, filósofos, médicos, bioeticistas e outros investigadores que se dedicam à história da medicina tropical nos países lusófonos e em outras partes do mundo. O III Encontro, em Manaus, deu-se em combinação com outro evento que desfruta de grande respeitabilidade no campo da história da medicina e que congrega sobretudo profissionais da área da saúde. Foram assim estreitados os laços entre as entidades, instituições e grupos de pesquisa que dão vida a estas tradições científicas e que adotaram como tema comum: “Medicina e ambiente – articulações e desafios no passado, presente e futuro”.

Os Anais contendo os resumos dos trabalhos apresentados neste evento foram publicados pelo *Jornal Brasileiro de História da Medicina* e encontram-se tanto no site da Sociedade Brasileira de História da Medicina (<https://www.sbhmhistoriadamedicina.com/jornal-brasileiro-de-historia-da-me>) como na página do evento (<https://congressomanaus.wixsite.com/congresso2018>).

Em tempos nos quais a imprensa veicula incessantemente notícias sobre os riscos da reurbanização da febre amarela, as calamidades causadas pela dengue, *zika* e febre *chikungunya*, o agravamento das leishmanioses e outras doenças emergentes ou reemergentes, inclusive hanseníase e malária, a análise histórica desses fenômenos desempenha papel crucial. A história é indispensável para a saúde pública porque ajuda a compreender a origem e evolução dos problemas que enfrenta e a complexidade dos processos de negociação, ruptura ou continuidade que se produziram no passado na área da saúde. A seus profissionais e à opinião pública em geral a história pode dar uma perspectiva social de larga duração, que transcenda tanto a formação biomédica tradicional como as interpretações imediatistas ou apressadas dos desafios sanitários de nosso tempo. Por outro lado, a história da saúde constitui uma vertente da historiografia dedicada ao entendimento de realidades ainda pouco estudadas no Brasil, como por exemplo as interações entre as questões sanitárias e os processos sociais, culturais, econômicos e políticos; as continuidades ou mudanças nos padrões de comportamento, nas mentalidades e condições de vida das populações; o modo como diferentes grupos sociais e étnicos sofrem e/ou determinam políticas públicas e ações médicas e sanitárias. A história social da saúde é uma via privilegiada para o estudo de novas áreas de interesse das ciências sociais, como as que se referem a gênero, raça, percepções da ciência, representações culturais da doença etc.

O espaço amazônico possui características ambientais e socioculturais singulares que devem ser levadas em consideração pelas construções teóricas sobre os processos de saúde e doença elaboradas nas academias produtoras de saberes, em geral alheias à realidade amazônica. Uma dessas singularidades são as distâncias continentais entre grupos populacionais afastados dos núcleos urbanos, com acesso difícil, realizado preponderantemente pelos rios em determinada época do ano. A dificuldade de acesso às populações desprotegidas no interior do Amazonas combina-se à elevada morbimortalidade por doenças infecciosas, com subnotificações e pouco controle sanitário.

Por outro lado, nas cidades, apesar dos enormes progressos institucionais no tocante a diagnóstico e tratamento, a situação é igualmente grave devido à expansão rápida das fronteiras urbanas e a outros fatores.

A convergência das duas referidas tradições de pesquisa nos eventos internacional e nacional ocorridos em Manaus deu importante contribuição ao enriquecimento do debate e à qualificação da tomada de decisões concernentes aos desafios médicos, sanitários e socioambientais que as populações amazonense e brasileira enfrentam no presente momento.

O evento teve o propósito de discutir a história de doenças – em particular as chamadas “tropicais” ou “negligenciadas” – e a história das instituições e políticas de saúde do ponto de vista de seus determinantes socioambientais, privilegiando quatro eixos de reflexão:

1. Produção e circulação de conhecimento e práticas médicas visando o controle, prevenção e tratamento em contextos nacionais, coloniais e pós-coloniais;
2. Redes transnacionais e transimperiais de circulação de atores, saberes, protocolos, espécimes e patógenos;
3. Intervenções sobre o ambiente e seus efeitos sobre o contato entre populações, parasitos e vetores;
4. Posicionamentos bioéticos sobre medicina e ambiente, nos domínios da saúde pública e do desenvolvimento científico, tecnológico e médico.

Como mostram os *Anais – Textos completos* ora publicados, o evento realizado em Manaus cumpriu seu papel: estimulou boas análises sobre os intercâmbios entre diferentes nações, regiões e impérios e sobre as redes mais ou menos amplas e multicêntricas de colaboração e/ou competição técnico-científica envolvendo o estudo e controle das doenças e a formulação de políticas voltadas para a saúde e o ambiente. O III Encontro Luso-brasileiro de História da Medicina Tropical e o 23º Congresso da Sociedade Brasileira de História da Medicina promoveram a reflexão sobre o lugar das doenças e das políticas de saúde e ambiente nas agendas do pós-guerra a nível global, nacional e local, sem alijar as tradições de pesquisa já há mais tempo cultivadas e que dizem respeito a outras épocas históricas, em particular o século XIX. Ênfase foi dada também à dimensão bioética das investigações com populações humanas, aos tratamentos quimioterápicos ou imunobiológicos,

às iniciativas visando o saneamento de espaços insalubres e aos impactos na saúde da estreita relação entre ecossistemas naturais e humanos, ambos dotados de historicidade.

O VENENO DE JARARACA E OS INIBIDORES DA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA

Álvaro Hadad Filho¹

Resumo

O conceito de secreção interna exerceu um importante papel heurístico na fisiologia do final do século XIX e início do século XX. Uma das áreas de pesquisa em que esse conceito foi aplicado de forma particularmente bem sucedida são as investigações acerca da regulação da pressão arterial normal e da fisiopatologia da hipertensão. Neste trabalho, indicamos as principais etapas do esclarecimento experimental do sistema renina-angiotensina e discutimos como o desenvolvimento dos inibidores da enzima conversora de angiotensina, especialmente o captopril, pode ser visto como a consequência direta de um aprofundamento de conhecimentos fisiopatológicos prévios. Esse embasamento em sólidos conhecimentos fisiopatológicos torna o captopril

1. Mestrando em Filosofia pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (FFLCH) da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo/SP, Brasil. Contato: alvaro.hadad.filho@gmail.com

uma terapia essencialmente racional, já que sua eficácia é claramente explicada pelo seu mecanismo de ação.

Palavras-chave: História da medicina, sistema renina-angiotensina, iECA, captopril, *Bothrops jararaca*.

Introdução

A produção de novos recursos terapêuticos é uma expectativa que tanto médicos quanto pacientes nutrem em relação à pesquisa laboratorial biomédica. Como uma consequência dessa expectativa, coloca-se a questão de saber por quais vias ela pode ser satisfeita, isto é, quais são as estratégias de pesquisa que possibilitam o progresso na terapêutica, compreendido como a produção de novos tratamentos com eficácia demonstrada. Neste artigo, recorreremos a um exemplo histórico para esboçarmos uma resposta a essa questão e apresentaremos o desenvolvimento dos inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA), em geral, e do captopril, em particular, como a ilustração de um modelo ideal de desenvolvimento de novos recursos terapêuticos, especialmente de novos fármacos. Diferentemente de alguns medicamentos atualmente utilizados na prática clínica, cujo mecanismo de ação não é completamente compreendido, os iECAs são o resultado de um processo de esclarecimento experimental de um importante sistema envolvido na regulação da pressão arterial normal, mas também implicado na hipertensão essencial. Como tentaremos argumentar, a fundamentação da terapêutica em sólidos conhecimentos fisiopatológicos prévios garante não apenas a sua eficácia, mas também e sobretudo a sua racionalidade.

Para atingirmos nosso objetivo, utilizaremos basicamente artigos científicos publicados entre 1898, ano de descrição da renina, e 1977, ano de apresentação do captopril à comunidade científica, ainda que eventualmente façamos referência a obras fora desse período. Recorrendo a uma literatura talvez excessivamente técnica, pretendemos sublinhar os aspectos lógicos e experimentais envolvidos na elucidação dos componentes do sistema renina-angiotensina, com o esclarecimento da sua participação na hipertensão arterial e com a sua tomada como foco da ação terapêutica. Gostaríamos ainda de observar, antes de passarmos às exposições propriamente ditas,

que as ideias aqui defendidas não devem ser tomadas como o resultado de um trabalho acabado, mas como uma primeira aproximação e delimitação do objeto de estudo e como a formulação de hipóteses de trabalho cuja comprovação definitiva demandará uma investigação mais aprofundada da literatura relevante.

A identificação da renina e os primeiros esclarecimentos do sistema renina-angiotensina

A extirpação de um órgão e a observação dos fenômenos subsequentes é um procedimento clássico de fisiologia experimental, que tenta deduzir uma função orgânica dos efeitos de sua ausência. No laboratório, o fisiologista realiza sob condições controladas, em curto espaço de tempo e de forma radical o que a doença executa de forma mais ou menos completa e, frequentemente, ao longo dos anos. No entanto, as conclusões possibilitadas por esses procedimentos são necessariamente indiretas e negativas, além de não explicarem profundamente de que forma as manifestações da carência orgânica se relacionam com sua função normal. Essas limitações intrínsecas ao método de pesquisa por extirpação são de certa forma contornadas a partir do momento em que se reconhece a produção do que Claude Bernard (1813-1878) denominou de *secreção interna*, isto é, substâncias fisiologicamente ativas liberadas pelas glândulas diretamente na corrente sanguínea, e não através de seu duto excretor.² Além de explicar a ação à distância de um órgão através da mediação de compostos liberados na circulação, o conceito de secreção interna possibilita um novo método de pesquisa em fisiologia, inverso complementar dos procedimentos de extirpação, e que consiste em demonstrar positivamente a função de um órgão através da reprodução artificial de sua atividade. Se uma função orgânica se deve à ação de um

2. O conceito de secreção interna é claramente apresentado por Bernard no curso de medicina do inverno de 1854-1855, no *Collège de France*. Sua formulação havia sido motivada pelas próprias pesquisas de Bernard como fisiologista, principalmente pelo reconhecimento de que o fígado, além de produzir a bile, secreta também glicose, mas diretamente na corrente sanguínea: “A história do fígado estabelece de uma maneira muito nítida que há *secreções internas*, isto é, secreções cujo produto, ao invés de ser vertido ao exterior, é transmitido diretamente ao sangue” (Bernard, 1855, p. 96-7; grifo do autor). O início das pesquisas acerca do sistema renina-angiotensina, sobretudo no reconhecimento da renina, é um exemplo da aplicação desse conceito.

composto liberado na corrente sanguínea e se os efeitos da remoção de um órgão se devem à ausência desse composto, é possível reverter os efeitos da carência orgânica através da administração de extratos do órgão, que devem conter a sua secreção interna. No caso da renina, a utilização desse princípio levou de fato à identificação de uma secreção renal interna, mas cuja relação com os estados patológicos não deveria ser explicado por uma ausência, mas sim por um excesso de produção.

A observação clínica de pacientes com anúria completa de vários dias de duração e sem sintomas claros de uremia parecia indicar para autores como Charles-Édouard Brown-Séquard (1817-1894) e Jacques-Arsène d'Arsonval (1851-1940) que os sintomas que normalmente são atribuídos apenas ao acúmulo de uréia devem ser causados também pela ausência ou alteração da secreção interna dos rins. Ponto de vista referendado pela patologia experimental, que era incapaz de reproduzir completamente o quadro clínico de uremia através da injeção intravenosa de grandes quantidades de uréia, e pela terapêutica experimental, já que a administração de extratos de rins de animais saudáveis em animais submetidos à nefrectomia bilateral conseguia reverter alguns sintomas de uremia, sem estimular a excreção de uréia (Brown-Séquard; d'Arsonval, 1892, p. 1399-400; Brown-Séquard, 1893).³

Robert Tigerstedt (1853-1923) e Per Bergman (?) tentam identificar essa “secreção interna” (*innere Sekretion*) dos rins e testar a hipótese de que ela teria um papel na regulação da circulação sanguínea, hipótese também baseada em observações anatomoclínicas da frequente associação entre doenças renais e cardíacas. Administrando diretamente na veia de roedores saudáveis extratos renais obtidos pela maceração do órgão em solução fisiológica e posteriormente submetidos a filtração, esses pesquisadores obtinham uma gradual e sustentada elevação na pressão sanguínea dos animais. Os mesmos resultados eram obtidos quando se administrava em cobaias nefrectomizadas não o extrato renal, mas o sangue das veias renais, demonstrando que a substância, diferente de todos os produtos conhecidos da secreção externa dos rins, era liberada diretamente na corrente sanguínea. Esses mesmos

3. Posteriormente, a diferença entre os sinais de uremia e de hipertensão arterial de origem renal se tornaria mais clara, com a observação de que cães submetidos a nefrectomia bilateral apresentavam um quadro exuberante de uremia, sem desenvolver, no entanto, hipertensão.

autores fornecem uma caracterização química inicial do composto que decidiram, “(...) por uma questão de brevidade, designar pelo nome de renina” (Tigerstedt, Bergman, 1898, p. 236). Tratava-se de uma substância solúvel em água e glicerina, inativada em altas temperaturas e incapaz de atravessar membranas de diálise. Quanto ao seu mecanismo de ação, os autores também demonstram que a elevação na pressão sanguínea não deveria ser atribuída ao aumento da frequência e força de contratilidade cardíaca, mas sim ao aumento do tônus da musculatura vascular. Os resultados dessas pesquisas são publicados em 1898 e marcam o início do esclarecimento experimental dos componentes do que seria posteriormente conhecido como sistema renina-angiotensina.

Mas os resultados das pesquisas de Tigerstedt e Bergman não seriam imediatamente explorados. De fato, ainda que as pesquisas acerca da hipertensão de origem renal tenham se multiplicado nas quatro décadas seguintes, boa parte dos trabalhos desse período pretendia explicar a associação entre alterações cardiovasculares e renais através de mecanismos físicos, ou reflexos. Por exemplo, Katzenstein (1905), que tentou reproduzir a hipertensão arterial da nefrite através do clampeamento da artéria renal negava que qualquer secreção interna fosse a causa do aumento pressórico, pois considerava os efeitos da ligadura da artéria renal muito rápidos para serem atribuídos ao acúmulo de qualquer substância. Observando que o clampeamento completo do pedículo renal não causava hipertensão, mas que apenas a constrição parcial dos vasos sanguíneos renais tinha esse efeito, esse autor conclui que a hipertensão na doença renal devia-se a um aumento da resistência vascular, com consequente aumento da atividade cardíaca, visando manter a perfusão renal. Ponto de vista reiterado em uma revisão dos conhecimentos acerca da fisiopatologia da hipertensão arterial publicada em 1930, onde se lê a seguinte explicação para as alterações cardiovasculares na doença renal:

Quando há aumento da resistência na circulação renal, a pressão sanguínea deve ser aumentada a fim de manter o fluxo sanguíneo normal. (...) Por raciocínio teleológico, podemos concluir que impulsos aferentes passam do rim doente até o centro vasomotor e

causam vasoconstrição geral. No entanto, tal mecanismo reflexo não foi demonstrado. Denervação dos rins na glomerulonefrite crônica com hipertensão determinaria se tal reflexo existe (Bell; Pedersen, 1930, p. 235).

De fato, experimentos com denervação dos rins seriam realizados, como indicaremos a seguir, mas antes gostaríamos de comentar a passagem citada. Poderíamos levantar uma hipótese para a relativa negligência da ação da renina como possível causa da hipertensão: a fisiologia do final do século XIX e início do século XX ainda privilegiava explicações de tipo mecânico, em detrimento de explicações de tipo químico, que exigiam uma abstração maior do pensamento científico e o reconhecimento da possibilidade de ações à distância. Se Katzenstein tivesse realmente atentado para a possibilidade de haver uma substância vasopressora secretada pelos rins, teria concluído que sua técnica experimental era inadequada, pois, ao clampear a artéria renal junto com todo o pedículo renal, obstruía também a veia renal, por onde a secreção interna dos rins deveria chegar à corrente sanguínea. Por outro lado, se se tratasse somente de uma ação mecânica, a obstrução de qualquer ponto do leito arterial seria capaz de induzir hipertensão, e não haveria razões para a associação privilegiada das doenças cardíacas e renais.

Um procedimento experimental mais fino para reprodução da hipertensão renovascular só se tornaria amplamente disponível a partir de 1934, com as publicações de Harry Goldblatt (1891-1977). Goldblatt e colaboradores (1934) desenvolvem um aparato próprio para realizar a constrição parcial e seletiva das artérias renais de cães, procedimento que apresentava dificuldades técnicas devido à localização profunda dessas artérias no retroperitônio. Esse aparato permitia regular o grau de constrição da artéria, através da utilização de um clampe, que era aplicado inicialmente a apenas uma das artérias renais. O aumento da pressão arterial, geralmente proporcional ao grau de obstrução do fluxo sanguíneo, era detectável desde os primeiros dias após a operação, sem que houvesse, no entanto, alterações da excreção de uréia. Cerca de duas semanas após o primeiro procedimento, uma outra cirurgia era realizada para constriar a artéria renal contralateral, o que normalmente levava a um aumento ainda mais expressivo dos níveis

pressóricos e à morte dos animais por uremia. Esses experimentos do grupo de Goldblatt, que foram reproduzidos em diversos animais, demonstravam de forma clara que a hipertensão era uma consequência *específica* da isquemia renal, já que a constrição de outras grandes artérias, como as artérias esplênica e femoral, não afetava a pressão arterial sistêmica. Mas esses experimentos ainda não esclareciam o mecanismo de aumento da pressão após a isquemia renal. Como os próprios autores indicam, esse aumento poderia dever-se a (i) um reflexo que causaria ativação do sistema nervoso simpático; (ii) um impulso neural oriundo dos rins que estimularia a “secreção interna” de outras glândulas, como as suprarrenais; ou (iii) ao acúmulo de alguma substância na corrente sanguínea, que “(...) poderia efetuar uma ação pressórica como a de um hormônio” (Goldblatt et al. 1934, p. 373-4).

A denervação renal completa foi realizada em 1935 por Irvine Page (1901-1991), que continuava a observar um aumento da pressão arterial após constrição da artéria renal. Os resultados de seus experimentos foram corroborados pelos trabalhos de outros pesquisadores, como Collins (1936), excluindo a intervenção de mecanismos neurais e fortalecendo a hipótese de um mecanismo humoral para a hipertensão renovascular. O reconhecimento e isolamento de outros componentes do sistema renina angiotensina corroboraria definitivamente essa interpretação.

Kohlstaedt, Helmer e Page (1940), trabalhando com extratos purificados de renina, observam que a injeção dessa substância diluída em Ringer era incapaz de realizar a vasoconstrição da cauda de cães. No entanto, diluindo renina com plasma ou sangue, os efeitos vasopressóricos típicos da substância se manifestavam, o que forçava à conclusão de que algum componente do sangue era responsável pela ativação da renina. Ainda em 1940, o grupo de Page, radicado em Indianápolis, publica simultaneamente a um grupo de pesquisadores de Buenos Aires, liderados por Eduardo Braun-Menéndez (1903-1959), trabalhos demonstrando a produção de uma substância com fortes propriedades vasopressoras através da reação da renina com pseudo-globulinas plasmáticas. Enquanto o grupo de argentinos denominava essa substância “hipertensina” (Braun-Menéndez et al., 1940), o grupo de norte-americanos referia-se a ela com o termo “angiotonina” (Page; Helmer, 1940).

Apesar das diferenças terminológicas, os trabalhos dos dois grupos coincidiam ao caracterizar a renina como uma enzima, cuja ação dependia da formação de uma substância ativa diferente da própria renina, que não teria nenhuma ação direta sobre o sistema cardiovascular. A natureza enzimática da ação da renina explicaria ainda alguns fenômenos observados no laboratório, como a diminuição progressiva da resposta pressórica após administração de doses repetidas de renina (taquifilaxia) e sua ação mais lenta e prolongada, quando comparada com a ação das substâncias efetoras, isto é, da hipertensina ou da angiotonina. Em 1958, Braun-Menéndez e Page chegam a um acordo quanto à nomenclatura do sistema e criam os termos híbridos “angiotensinogênio”, para o substrato plasmático da renina, e “angiotensina”, para a substância ativa formada por ela.

É interessante observar que Braun-Menéndez não se refere mais a uma secreção interna renal em seus trabalhos. Antes, designa a hipertensina como um “princípio ativo”, ou uma “substância ativa” (Braun-Menéndez et al., 1940, p. 283). De fato, como a produção de hipertensina se dá na corrente sanguínea e como ela não é o produto direto da secreção orgânica, não faria sentido estrito referir-se a ela como uma secreção interna. De qualquer forma, parece-nos possível interpretar a noção de substância ativa como uma generalização do conceito de secreção interna, já que uma substância com atividade fisiológica à distância não se limita mais ao produto direto da atividade orgânica, mas passa a poder ser produzida em qualquer ponto da economia e também fora do organismo. Essa transição conceitual já aproxima, portanto, a terapêutica da fisiologia, já que nessa perspectiva não há diferença essencial entre substâncias orgânicas e artificiais. Um medicamento que age sobre um sistema fisiológico será igualmente tomado como uma substância ativa. Mas retornaremos a esse ponto mais à frente.

Ainda em 1954 e portanto antes da padronização terminológica, Leonard Skeggs (1918-2002), tentando purificar a hipertensina, demonstra não haver apenas uma forma dessa substância, mas duas, ambas com propriedades vasopressoras quando injetadas na corrente sanguínea. Trata-se, como o próprio autor reconhece (Skeggs, 1954, p. 275), de um achado fortuito, obtido quando se incubavam o substrato de proteínas plasmáticas e a hipertensina na presença de íons cloreto. Esses resultados indicavam que a transformação

de hipertensina I em hipertensina II, conforme nomenclatura adotada por Skeggs na época, também era uma reação enzimática. Tendo-se reconhecido que a atividade pressórica da hipertensina I dependia da sua conversão em hipertensina II por uma proteína plasmática, restava apenas identificar e isolar essa enzima, o que foi realizado dois anos mais tarde pelo próprio grupo de Skeggs (1956). Essa enzima, que seria posteriormente conhecida como enzima conversora de angiotensina (ECA), constitui o último componente do sistema renina-angiotensina que gostaríamos de indicar neste trabalho. A partir de agora, já temos elementos suficientes para relatar como o reconhecimento prévio de um importante sistema de regulação da pressão arterial normal, e também implicado na hipertensão arterial, pode se tornar o foco preferencial dos esforços de produção de novas terapêuticas.

A síntese do captopril como a realização de uma ideia

O reconhecimento de que a renina poderia estar relacionada com as doenças cardiovasculares é tão antiga quanto os trabalhos de Tigerstedt e Bergman (1898, p. 271), que já levantam a possibilidade de um aumento da atividade dessa substância estar implicado na hipertrofia cardíaca, através de um aumento da resistência vascular. Na maior parte dos trabalhos relatados ao longo da seção anterior, podemos apontar o reconhecimento, expresso ou implícito, da importância das pesquisas acerca do sistema renina-angiotensina para a compreensão da hipertensão essencial e, conseqüentemente, para o tratamento dessa condição. A fim de oferecer uma prova dessa atenção às implicações terapêuticas da pesquisa fisiopatológica, podemos citar Lewis e Goldblatt, que afirmam: “Existe uma indicação adequada de que a hipertensão renal experimental e a ‘hipertensão essencial’ humana são estreitamente similares, senão idênticas, e que os resultados obtidos nos estudos da patogênese, prevenção ou cura de uma podem ser diretamente aplicados à outra” (Lewis; Goldblatt, 1942, p. 461). Essas considerações parecem-nos indicar como a pesquisa laboratorial biomédica encontra uma forte motivação na resolução de problemas clínicos e como as implicações terapêuticas de seus trabalhos estão constantemente no horizonte dos pesquisadores. A preocupação em desenvolver tratamentos eficazes para a hipertensão se

torna ainda mais compreensível quando se observa que, na década de 1940, a maior parte das substâncias empregadas como anti-hipertensivos era sistematicamente incapaz de demonstrar a sua eficácia à experimentação laboratorial, ou era excessivamente tóxica (Goldblatt; Kahn; Lewis, 1942).

O médico e pesquisador brasileiro Sérgio Ferreira (1934-2016), trabalhando em uma área de pesquisa inicialmente afastada da pesquisa sobre o sistema renina-angiotensina, purifica e descreve em 1965 as ações farmacológicas de um grupo de componentes ativos do veneno da serpente *Bothrops jararaca*, capazes de potencializar as ações da bradicinina, especialmente a vasodilatação arterial e a contração da musculatura lisa de íleo de ratos. Esse grupo de substâncias ativas foi chamado de “fator potenciador de bradicinina” (BPF) por Ferreira (1965). A própria bradicinina, por sua vez, havia sido descrita em 1949 pelo também brasileiro Maurício Rocha e Silva (1910-1983), que demonstrou que a ação do veneno da jararaca sobre as proteínas plasmáticas produzia uma substância vasodilatadora e estimuladora da contração do músculo liso intestinal. Trata-se da terceira e última substância vasoativa a que faremos referência neste trabalho, também formada através da ação de uma enzima sobre a fração de pseudo-globulinas plasmáticas. Observemos que a descrição do sistema renina-angiotensina e da bradicinina nos apresenta um quadro da regulação da pressão arterial, dependente de mediadores químicos, extremamente diferente das explicações predominantemente mecânicas, que se referiam apenas a um incremento da atividade da bomba cardíaca, ou a um aumento reflexo da resistência vascular.

Ferreira (1965) considerou que a ação potencializadora dos efeitos da bradicinina devia-se à inibição da degradação desta substância por uma outra enzima, uma polipeptidase. A observação de que tanto a conversão da angiotensina I em angiotensina II, quanto a degradação da bradicinina se davam majoritariamente no leito pulmonar motivou a suposição de que a mesma enzima seria encarregada das duas funções.⁴ Isto é, levantou-se a

4. A demonstração da conversão de angiotensina I em angiotensina II no leito pulmonar demandava um aparato experimental engenhoso. Segmentos de cólon de rato eram continuamente banhados com sangue venoso e arterial de cães, retirados, respectivamente, do átrio direito e da aorta desses animais. Injetava-se angiotensina I na veia femoral dos cães e observava-se uma contração muito maior dos segmentos de cólon banhados pelo sangue arterial, que recebia o sangue recém saídos dos pulmões. Como a ação estimulante

hipótese da ECA ser a mesma polipeptidase responsável pela degradação da bradicinina (Ng; Vane, 1968, p.150). Essa suposição se tornava ainda mais forte diante da observação de semelhanças moleculares entre a bradicinina e a angiotensina I, que poderiam, do ponto de vista estrutural, servir de substrato à mesma atividade enzimática. Como um procedimento experimental para a testagem dessa hipótese, resolveu-se avaliar a ação do BPF sobre a ECA, demonstrando que, de fato, os compostos do veneno de jararaca bloqueavam a produção de angiotensina II (Bakhle, 1968). Restava apenas determinar quais eram as substâncias, entre os diversos peptídeos que compunham o BPF, especificamente responsáveis por esse efeito. Com essa pesquisa, esperava-se encontrar uma poderosa ferramenta farmacológica para a análise experimental e distinção dos sistemas da bradicinina e da renina. Além disso, “Tais inibidores de enzimas poderiam também se provar terapeuticamente úteis em condições patológicas como inflamação e hipertensão” (Ferreira; Bartelt; Greene, 1970, p. 2583).

O isolamento dos componentes do veneno de jararaca e o teste de sua ação farmacológica sobre a ECA revelou um nonapeptídeo extremamente potente. Em 1971, Ondetti e colaboradores realizam a síntese artificial do peptídeo de ocorrência natural no veneno e observam que a molécula sintética possuía características químicas e farmacológicas idênticas às da molécula original. Esse seria o primeiro inibidor da enzima conversora de angiotensina utilizado na pesquisa e na prática clínica, denominado inicialmente SQ 22,881, ou teprotide. No entanto, o teprotide apresentava o grande inconveniente de ser ativo apenas pela via endovenosa, o que limitava uma aplicação mais ampla na prática.

Em 1977, o grupo de Ondetti realiza a síntese de uma nova molécula, não peptídica, baseando-se em conhecimentos prévios acerca da forma molecular dos inibidores da ECA e em analogias com a estrutura de uma enzima similar a ela. Trata-se, como os próprios autores reconhecem, de um *design racional* (Ondetti; Ruban; Cushman, 1977, p. 441), que poderíamos utilizar como um exemplo da atividade criadora da bioquímica contemporânea, ou

da contração intestinal da angiotensina II é muito maior do que aquela da angiotensina I, devia-se concluir que a conversão entre as duas formas desse substância ocorreu na circulação pulmonar (Ng; Vane, 1968).

como a realização de uma ideia científica. De fato, a substância denominada inicialmente SQ 14,255 e posteriormente captopril, apesar de ter sido inspirada em proteínas de ocorrência natural, foi *pensada* antes de ser produzida, ou seja, sua ideia precede a sua existência. Mas o resultado dessa criação não possuía apenas a estrutura molecular que os pesquisadores imaginavam; apresentava ainda a atividade biológica que deveria decorrer dessa estrutura. Estudos em animais demonstrariam que o captopril era efetivamente capaz de bloquear o aumento pressórico causado pela injeção de angiotensina I, além de potencializar os efeitos hipotensores da injeção de bradicinina (Murthy et al., 1977). Posteriormente, os primeiros ensaios clínicos confirmariam em nível populacional a eficácia do captopril como tratamento da hipertensão humana (Brunner et al., 1979), de certa forma justificando os esforços empregados na elucidação experimental do sistema renina-angiotensina.

Conclusão

A história da elucidação experimental do sistema renina-angiotensina revela a transição de um pensamento predominantemente mecânico para um pensamento humoral na explicação da hipertensão arterial. Essa transição deve ser interpretada, por um lado, como um aprofundamento e complexificação do entendimento dos mecanismos de regulação da pressão arterial, já que não houve substituição do pensamento mecanicista, mas complementação de uma explicação física por uma explicação bioquímica. O médico ainda pode servir-se de analogias com bombas e sistemas de tubulação para compreender o funcionamento do aparelho cardiovascular, mas deve ter sempre em mente que as modificações do funcionamento desse aparelho se dão por mecanismos essencialmente orgânicos. A partir de então, não é mais suficiente utilizar um argumento teleológico e dizer que o aumento da pressão arterial na doença renal visa garantir a perfusão renal diante de um aumento da resistência vascular. É preciso explicar como esse aumento de pressão é obtido, e, para isso, deve-se recorrer à ação de substâncias ativas, formadas através da atividade enzimática. Por outro lado, a própria noção de substância ativa já coloca a terapêutica no mesmo plano da fisiopatologia, pois o cientista passa a saber em qual etapa específica das vias fisiológicas de

regulação da pressão arterial o medicamento anti-hipertensivo deve agir. Na ausência de uma substância de ocorrência natural que execute adequadamente essa função, o pesquisador não suspende os seus esforços, pois a técnica permite-lhe criar artificialmente o que a natureza não lhe dá. O captopril é o resultado desse tipo de criação técnica e representa a profunda relação entre forma molecular e atividade orgânica.

O tipo de desenvolvimento apresentado pelo captopril não nos parece ser um caso isolado, mas representa um padrão de produção de novas terapias cada vez mais frequente na medicina contemporânea. Pode-se dizer que esse padrão se caracteriza pelas seguintes etapas: (i) esclarecimento de sistemas de regulação de funções orgânicas normais; (ii) demonstração de seu envolvimento em condições patológicas; e (iii) desenvolvimento de substâncias capazes de agir especificamente sobre os mecanismos desregulados. Obviamente, trata-se de uma descrição esquemática, pois, de fato, as duas primeiras etapas muitas vezes se sobrepõem. No entanto, consideramos a caracterização suficientemente justa. Acreditamos que a história recente da medicina possa nos oferecer outros exemplos como esse, como no caso da insulina e de diversos outros hormônios, cuja pesquisa inclusive recorreu intensamente ao conceito de secreção interna. Mas esse padrão não se limita à endocrinologia, podendo ser encontrado em boa parte dos chamados tratamentos alvo-moleculares, cada vez mais presentes nas pesquisas laboratorial e clínica. Esperamos que o estudo de outros casos possa nos fornecer melhores recursos para julgar essa interpretação.

Referências

- BAKHLE, Y. Conversion of angiotensin I to angiotensin II by cell-free extracts of dog lung. *Nature*, v. 220, p. 919-20, 1968.
- BELL, E.; PEDERSEN, A. The causes of hypertension. *Annals of Internal Medicine*, v. 4, n. 3, p. 227-37, 1930.
- BERNARD, C. *Leçons de physiologie expérimentale appliquée à la médecine*. Paris: J.B Baillière. 1855.
- BRAUN-MENÉNDEZ, E. et al. The substance causing renal hypertension. *Journal of Physiology*, v. 98, p. 283-98, 1940.

BRAUN-MENÉNDEZ, E.; PAGE, I. Suggested revision of nomenclature – angiotensin. *Science*, v. 147, p. 242, 1958.

BROWN-SÉQUARD, C. Importance de la sécrétion interne des reins démontrée par les phénomènes de l'anurie et de l'urémie. *Archives de Physiologie Normale et Pathologique*, s. 5, t. 5, p. 778-86, 1893.

BROWN-SÉQUARD, C.; d'ARSONVAL, J. Des injections sous-cutanées ou intra-veineuses d'extraits de nombre d'organes, comme méthode thérapeutique. *Comptes Rendus de l'Académie des Sciences*, t. 114, p. 1399-405, 1892.

BRUNNER, H. et al. Oral angiotensin-converting enzyme inhibitor in long-term treatment of hypertensive patients. *Annals of Internal Medicine*, v. 90, p. 19-23, 1979.

COLLINS, D. Hypertension from constriction of the arteries of denervated kidneys. *American Journal of Physiology*, v. 116, n. 3, p. 616-21, 1936.

FERREIRA, S. A bradykinin-potentiating factor (BPF) present in the venom of *Bothrops jararaca*. *British Journal of Pharmacology*, v. 24, p. 163-9, 1965.

GOLDBLATT, H. et al. Studies on experimental hypertension. I. The production of persistent elevation of systolic blood pressure by means of renal ischemia. *Journal of Experimental Medicine*, v. 59, n. 3, p. 347-79, 1934.

GOLDBLATT, H.; KAHN, J.; LEWIS, H. Studies on experimental hypertension. XVII. Experimental observations on the treatment of hypertension. *Journal of the American Medical Association*, v. 119, n. 5, p. 1192-201, 1942.

KATZENSTEIN, M. Experimenteller Beitrag zur Erkenntnis der bei Nephritis auftretend Hypertrophie des linken Herzens. *Virchows Archiv für pathologische Anatomie*, v. 182, n. 2, p. 327-37, 1905.

KOHLSTAEDT, K.; PAGE, I.; HELMER, O. The activation of renin by blood. *American Heart Journal*, v. 19, n. 1, p. 92-99, 1940.

LEWIS, H.; GOLDBLATT, H. Studies on Experimental Hypertension. XVIII. Experimental Observations on the Humoral Mechanism of Hypertension. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, v. 18, n. 7, p. 459-87, 1942.

MURTHY, V. et al. Inhibition of angiotensin converting enzyme by SQ 14,225 in conscious rabbits. *European Journal of Pharmacology*, v. 46, p. 207-212, 1977.

NG, K.; VANE, J. Fate of angiotensin I in the circulation. *Nature*, v. 218, p. 144-50, 1968.

- ONDETTI, M; et al. Angiotensin-converting enzyme inhibitors from the venom of *Bothrops jararaca*. Isolation, elucidation of structure and synthesis. *Biochemistry*, v. 19, n. 22, p. 4033-9, 1971.
- ONDETTI, M.; RUBIN, B.; CUSHMAN, D. Design of specific inhibitors of angiotensin-converting enzyme: new class of orally active antihypertensive agents. *Science*, v. 196, p. 441-3, 1977.
- PAGE, I. The Relationship of the Extrinsic Renal Nerves to the Origin of Experimental Hypertension. *American Journal of Physiology*, v. 112, n. 1, p. 166-71, 1935.
- PAGE, I.; HELMER, O. A crystalline pressor substance (angiotonin) resulting from the reaction between renin and renin-activator. *Journal of Experimental Medicine*, v. 71, n. 1, p. 29-42, 1940.
- ROCHA E SILVA, M.; BERALDO, W.; ROSENFELD, G. Bradykinin, a hypotensive and smooth muscle stimulating factor released from plasglobulin by snake venoms and by trypsin. *American Journal of Physiology*, v. 156, p. 261-73, 1949.
- SKEGGS, L. et al. The existence of two forms of hypertensin. *Journal of Experimental Medicine*, v. 99, n. 3, p. 275-82, 1954.
- SKEGGS, L.; KAHN, J.; SHUMWAY, N. The preparation and function of the hypertensin-converting enzyme. *Journal of Experimental Medicine*, v. 103, n. 3, p. 295-9, 1956.
- TIGERSTEDT, R.; BERGMAN, P. Niere und Kreislauf. *Skandinavisches Archiv Für Physiologie*, v. 8, p. 223-71, 1898.

A GRIPE ESPANHOLA NA CUESTA: UMA COLABORAÇÃO À HISTÓRIA DO SANITARISMO PAULISTA. BOTUCATU, SÃO PAULO – 1918⁵

Anna Cristina Rodopiano de Carvalho Ribeiro⁶

Maria Cristina da Costa Marques⁷

Resumo

5. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

6. Pós-Graduanda do Programa de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Historiadora (FFLCH- USP), São Paulo – Capital, Brasil. Especialista em Educação Permanente em Saúde (UFRGS); Pesquisadora do Centro de Memória da FSP-USP e membro dos Grupos de Pesquisa História e Memória da FSP-USP e Salus – História da Medicina e da Saúde (FM-USP). Email: criscarvalho2000@gmail.com

7. Professora Doutora do Departamento de Gestão, Política e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo – Capital, Brasil. Coordenadora do Centro de Memória da FSP-USP e do Grupo de Pesquisa História e Memória da FSP-USP. Doutora e Mestre em História Social (FFLCH-USP). Graduada em Enfermagem com Especialização em Saúde Pública. Estágio em Demografia Histórica (Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales) e Doutorado Sanduíche (London School of Tropical Medicine). Email: mcmarques@usp.br

Considerando que o historiador inscreve-se em seu tempo e que do presente emerge a visualização e a compreensão do passado, neste momento onde se retoma o debate sobre as atividades essenciais do Estado, esta pesquisa busca as condições e particularidades que corroboraram ao processo de coletivização da saúde, na Primeira República. Para tanto, debruça-se sobre a Epidemia de Gripe Espanhola, em 1918, investigando os contornos de combate a esta enfermidade e seus desdobramentos na assistência à saúde a partir de História local.

Palavras-Chave: História do Sanitarismo Paulista, História Local, Gripe Espanhola, Coletivização da Saúde

A contribuição da História ao campo da Saúde

Ao analisar por que e como a saúde se torna pública, no Brasil, (Hochman, 2006) aborda os cuidados coletivos – de caráter voluntário, comunitário e local, como uma das etapas da coletivização da saúde, segundo a teoria de De Swann (1990 apud Hochman, 2006; 1993). Contudo, alerta que tal processo não é gradativo e contínuo como possa parecer, mas sim uma correlação mutante de dependências recíprocas entre indivíduos, que configuram a interdependência entre seres, grupos e instituições – e que seriam a chave para a compreensão da coletivização do bem-estar (Elias, 1980,1993 apud Hochman, 2006).

Logo, o trabalho parte do pressuposto que a investigação de uma convulsão social como a provocada pela Epidemia de Gripe Espanhola possibilita desnudar, na trama histórica, características e configurações complexas imersas em imaginário de crenças, saberes e interesses que se fizeram presentes na assistência aos enfermos, tanto na perspectiva da estrutura social, quanto na da condição humana (Ferreira, Luca, 2011; Hochamn, 1993).

Considerando que obras acerca desta epidemia, em sua grande parte, ainda se limitam à análise de sua ocorrência nas capitais brasileiras, o trabalho se dedica ao estudo da enfermidade em Botucatu, cidade do interior paulista. Tal recorte objetiva expandir as lentes para as franjas do estado de São Paulo, capturando especificidades, inflexões e pactuações entre as estratégias de intervenção estadual, poder local e enfrentamentos da população à Gripe.

Diante da letalidade e do misterioso e rápido alastramento da doença, a Gripe Espanhola desafiou os saberes especializados da época e expôs, em tons dramáticos, as vísceras do então prodigioso e independente Serviço Sanitário de São Paulo, mobilizando a sociedade e conclamando municipalidades ao combate epidêmico.

Pontuando a necessária busca pelo contingente e pela radicalidade do argumento histórico nas análises do campo da saúde coletiva, assim como a constante contextualização e construção de diferenças, sistemas interpretativos e métodos, nexos causais e limites do saber, pretende-se abarcar o tecido social botucatuense do período em suas representações e expectativas quanto ao que seria a ordem da cidade e a saúde do corpo (Carvalho, Lima, 1992). E, neste sentido, a ruptura causada pela doença e pela morte, os ditos do sofrimento, o escrutínio das falas, o lugar fronteiriço onde a dor que é fratura num espaço ou imaginário particular também se torna laço social, revelando conflitos e outras configurações relacionais (Fargé, 2011).

Para tanto, esta pesquisa tem localizado arquivos e coleções e selecionado fontes primárias na busca do contexto sócio-histórico de Botucatu à época da epidemia de Gripe Espanhola. Assim, trilha a construção de uma cartografia da assistência aos enfermos da Gripe, a partir das associações de benemerência locais, da criação de uma Comissão de Socorros e do diálogo travado entre a agenda do Serviço Sanitário Paulista, municipalidade e população. Logo, debruça-se sobre a circularidade das práticas de cura (Ginzburg, 1993) e das representações da saúde enquanto projeto de Estado-Nação (Hochman, 1993; Chartier, 1990), em meio aos arranjos locais entre o público e o privado, na busca por prescrutar interesses, disputas regionais e negociações envolvidos nas etapas de coletivização da saúde, na Primeira República.

Considerando que a lógica da investigação histórica, se torna exequível a partir do desenvolvimento da pesquisa empírica proporcionada pela disponibilidade das fontes, faz-se importante pontuar a ausência de uma política pública municipal, em Botucatu, voltada à conservação, preservação e disseminação de fundos documentais de interesse histórico.

Os acervos encontram-se dispersos e sem tratamento arquivístico, sob a guarda de particulares ou equipamentos públicos que, se não se encontram

fechados à visitação mantêm horário restrito à consulta. Tal situação tem exigido diálogos de sensibilização sobre a relevância da pesquisa histórica junto aos servidores públicos municipais, representantes de diversas entidades privadas e acervos particulares para obter acesso às fontes e, posteriormente, à pesquisa em fluxo contínuo.

Periódicos como “O Correio de Botucatu” e documentos lavrados pelo poder público, como Atestados de Óbito expedidos pelo Cartório de Registro Civil da Comarca de Botucatu, Livro de Registro das Associações do Cartório de Registro de Imóveis e Anexos da 2 Circunscrição da Comarca de Botucatu, Livros de Atas da Câmara Municipal, Leis e Resoluções Municipais, Relatórios do Serviço Sanitário Estadual Paulistas e da Delegacia de Saúde de Botucatu, além de fontes históricas oriundas de arquivos e coleções das instituições assistenciais existentes à época da epidemia de Gripe Espanhola, fazem parte das evidências que compõe o desenvolvimento da trabalho historiográfico em foco.

Há de se destacar a riqueza documental contida em atestados de óbito, considerando-se que, em períodos epidêmicos, preocupadas com estatísticas fidedignas que refletissem o cenário enfrentado, as autoridades sanitárias redobravam atenção junto aos municípios para que estes documentos detalhassem, cuidadosamente, as condições de morte das vítimas. (Telarolli Júnior, 1996) No caso de Botucatu, os atestados de óbito do período de 20.05.1891 a 08.06.1921, assim como os de nascimento e casamento, encontram-se microfilmados no fundo “Registro Civil do Estado de São Paulo”, em Centro de Memória e Arquivos Históricos da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e no Centro de História da Família da Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos. Neste sentido, o acervo histórico Cúria da Arquidiocese de Sant’Ana de Botucatu também tem sido de grande valia no cotejamento das fontes.

Quanto ao Livro de Registro das Associações do Cartório de Registro de Imóveis e Anexos da 2 Circunscrição da Comarca de Botucatu, o mesmo contém o registro das associações fundadas para fins religiosos, morais, artísticos, científicos, políticos e recreativos em atendimento à lei federal n. 173, de 10 de setembro de 1893, que exigia inscrição do contrato social no registro civil da circunscrição de estabelecimento da sede. A inscrição

da associação – e suas futuras alterações –, por imperativo da lei, deveria contemplar: denominação, fins e sede da associação, modo pelo qual ela seria administrada e representada ativa e passivamente em juízo e nas suas relações para com terceiros, responsabilidade financeira, direitos e deveres dos diretores, conduta pela qual deveria se pautar, e normas para extinção (Mott et al., 2011).

Os dois volumes do Livro de Registro de Associações se encontram em perfeito estado de conservação e em poder do Cartório de Registro de Imóveis e Anexos da 2 Circunscrição da Comarca de Botucatu, carregando em seu bojo contribuição significativa sobre as instituições assistenciais e os serviços e práticas de saúde disponíveis no período estudado.

No caso do periódico “O Correio de Botucatu”, a análise histórica contempla as relações imprensa-sociedade, o contexto e interesses envolvidos em sua produção e seu projeto editorial (Cruz, Peixoto, 2007), chamando atenção ao fato do mesmo ter veiculado, em suas páginas, a disputa política entre duas facções do Partido Republicano Paulista (PRP), lideradas respectivamente pelas Famílias Cardoso de Almeida e Amando de Barros, esta última, exercendo forte influência sobre o jornal em questão.

O “O Correio de Botucatu” também é meio privilegiado para investigação sobre instituições assistenciais do período, pois que mudanças de diretoria e pautas de reunião eram publicadas neste jornal. Tal fonte também possibilita análise comparativa das notícias locais sobre a Gripe com as informações publicadas no jornal O Estado de S. Paulo, de forma a se analisar a circularidade e teor de comunicados oficiais do poder público, editoriais e propagandas de prestação de serviços e medicamentos à população letrada durante a epidemia, na capital e no interior paulista.

Assim, a escrita historiográfica se norteará pela lógica histórica que ocorre na relação tensa e dinâmica entre hipóteses, pesquisa empírica, questionamentos e respostas (Thompson, 1981), de forma a alcançar-se a produção do conhecimento histórico. Conhecimento este em movimento, diante das mutações que a temporalidade impõe às evidências e aos questionamentos que lhes recairão.

Desta forma, este recorte apresenta alguns caminhos percorridos pela pesquisa, como o impacto da Gripe Espanhola no Serviço Sanitário de São Paulo, o quadro sanitário como questão capturada pelo jogo político botucatuense e, por fim, a investigação da epidemia, por meio da história local, como evento histórico potente para descortinar rupturas, permanências, choques e contradições na tessitura das relações assistenciais entre as forças políticas do período.

As muitas faces da Gripe Espanhola...

Conhecida popularmente como Gripe Espanhola, a Gripe pneumônica ou Influenza, não possui origem geográfica definida, contudo, devido a Espanha ter se mantido neutra entre os anos da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), foram os seus jornais que noticiaram a chegada da nova peste, levando a associação dos primeiros casos da doença a este país. Segundo estudiosos, a Gripe Espanhola, maior epidemia da história, atingiu cerca de 80 a 90% da população do planeta, levando a 20 milhões de mortes entre os tempos finais da guerra e os meses iniciais de 1919 (Bertucci, 2004; Bertolli, 2003)

Encontrando corpos castigados pelo conflito mundial e debilitados pela carestia, a Gripe Espanhola avançou pelos Continentes em três surtos epidêmicos, aportando no Rio de Janeiro, então capital do Brasil, a bordo do navio S.S. *Demerara*, vindo de Liverpool, em 14 de setembro de 1918, depois de fazer escalas em Lisboa, Recife e Salvador. Em sua forma mais virulenta e contagiosa, a Gripe adentrou o país e alastrou-se rapidamente do litoral aos sertões afrontando ações sanitárias e saberes médicos do período. (Bertucci, 2004; Chagas Filho, 1993; Bertolli, 2003) : “O numero de mortos foi grande, o de atacados assombroso. Raríssimos os que se podem gabar de ter passados incólumes pelas chammas da fogueira”, *escreveu* Eduardo Imbassahy sobre a epidemia de Gripe no Rio de Janeiro, em sua tese de doutorado, em 1919 (Imbassahy, 1919, p.94-95)

Tal cenário lançou a comunidade científica e os órgãos de Saúde Pública a uma corrida contra o tempo. A mortandade do vírus, que vitimou principalmente adultos entre 20 e 35 anos de idade, desafiou as terapêuticas

conhecidas e disponíveis tensionando práticas científicas e populares de cura em meio ao pandemônio instaurado no país. (Bertolli, 2003; Bertucci, 2004)

Em São Paulo, a marcha epidêmica iniciou seu flagelo nos primeiros dias do mês de outubro de 1918, espalhando-se pelas diversas localidades do estado. Em 15 de outubro, o Serviço Sanitário paulista confirmou à população a existência da doença, com auge entre os dias 23 de outubro e transcorrer de novembro de 1918, e declínio a partir do dia 26 deste último mês. (Bertucci, 2004; Meyer, Teixeira, 1920)

Durante este ínterim, a publicação de boletins do Diretor Geral do Serviço Sanitário, a instalação de aparelhos telefônicos para transmissão de orientações e relatos do quadro epidêmico e a convocação de municipalidades e de setores da sociedade, sob as ordens do Secretário de Estado de Negócios do Interior, foram algumas das medidas tomadas pelo Poder Público paulista. (Meyer, Teixeira, 1920) Contudo, não foi o bastante para impedir a crise sanitária e a convulsão social. Desabastecimento, saques e pilhas de cadáveres aguardando enterramentos passaram a compor a paisagem caótica de São Paulo durante os dias de combate à epidemia. (Bertolli, 2003)

Medo e angústia transformaram-se partícipes do cotidiano paulistano. Os espaços e contatos tornaram-se circunscritos, as relações sociais esgarçaram-se e, junto aos medicamentos, o leite e a carne de frango tornaram-se essenciais à convalescença dos gripados elevando-lhes ainda mais os preços, tornando-os inacessíveis à maioria da população (Bertolli, 2003).

Os corpos que mais rapidamente tombaram foram os já expostos à fome e à insalubridade. Devido aos poucos salários e à inexistência de leis trabalhistas que garantissem a convalescença remunerada, os operários gripados foram a grande parcela de vítimas da Epidemia na cidade de São Paulo, posto que trabalhavam enfermos sob o risco de condenarem suas famílias à miséria. Até o último dia de 1918, somaram-se oficialmente 5.331 mortes na cidade de São Paulo (Bertolli, 2003, Bertucci, 2004)

Segundo Arthur Neiva, Diretor Geral do Serviço Sanitário Paulista durante a Gripe Espanhola: “O historiador que, no futuro, procurar descrever as principais epidemias que assolaram o Brasil, com muita dificuldade poderá fazer idéia da formidável calamidade que foi a gripe epidêmica.” (Meyer, 1920, Prefácio)

Não restam dúvidas de que há muito a se desvendar sobre a Epidemia de Gripe Espanhola e seus desdobramentos na assistência pública à saúde no país. Pensar o Brasil em suas regionalidades e dar destaque às franjas do interior paulista, que ainda carecem de estudos sistemáticos sobre as práticas médicas e sanitárias (Mota, Baddini, 2011), apresentam-se como alguns dos desafios que movem esta pesquisa.

A Gripe Espanhola em Botucatu: uma História em construção

Palco de disputas oligárquicas e de desfile dos expoentes do Partido Republicano Paulista (PRP), Botucatu, no primeiro quartel do século XX, tornou-se sede de bispado, de Delegacia regional, de distritos de obras públicas e ponto de confluência de extensa região do estado de São Paulo e norte do Paraná. (Antonini, 1985) Ponto de entroncamento de produtos entre a capital e o Sertão, com estradas de rodagem e estações da Sorocabana e servida por duas redes telefônicas - a Bragantina e a Sul Paulista – a cidade desfilava pelo alvorecer republicano, nas palavras de um filho da terra, como “linda, rica, próspera e attrahente” (Magalhães, 1920, p.31)

Com história pautada em mitos fundadores, sob as alcunhas de Terra da Caridade, Terras das Boas Escolas, Princesa da Serra, Meca do Ensino da Boca do sertão paulista, Capital do Sul [Paulista] e Terra dos Bons Ares, em Botucatu, a saúde seria ofertada pela geografia privilegiada, assistida pela caridade e promovida pela educação, como mostra-nos o editorial de “O Correio de Botucatu” (30 abr.1911, p.1):

“(…). A excepcional situação geographica desta terra é seu maior elemento de progresso. Precisamos preparal-a e aos seus habitantes para seguir pari-passu o desenvolvimento expontaneo que a zona requer de nós. Trabalhemos com affinco para tornar Botucatú uma grande urbs, a capital natural da zona sertaneja, servida pelos ramaes da Sorocabana e pela Noroeste.”

Em uma complexa articulação entre forças locais, desde o final do oitocentos, proliferaram associações de caráter benemerente e mutualista, que destinavam-se, em seus estatutos, a assistir – e recolher – pobres acometidos

pelas endemias que grassavam pelas extensas terras com cafezais amarelos e algodoeiros. (Antonini, 1985)

De acordo com Antonini (1985), tais instituições atenderam ao ordenamento social imposto pelas elites, ao mesmo tempo em que materializaram o esquadrinhamento espacial da cidade, com a localização isolada dos equipamentos assistenciais, em uma dupla ação que repercutia sobre o indivíduo e sobre o coletivo. As mazelas sociais tornaram-se objeto de saneamento e intervenção dos setores dominantes, por meio da identificação e exclusão da população de risco, fosse institucionalizando-a, fosse lançando-a espacialmente às rebarbas do município.

Segundo Mott et al. (2011) este aumento substancial da oferta de serviços de saúde pela iniciativa privada se organizou em entidades com fins lucrativos (sociedades anônimas e limitadas) e sem fins lucrativos (sociedades civis) e transcorreu pelas primeiras décadas da república.

Na ausência de uma política estatal de assistência à saúde, as ações para o cuidado individual assumiam, principalmente, vestes de caridade cristã, sendo encampadas pelos que se apresentavam como filantropos, médicos altruístas e senhoras da elite econômica e política. Tais grupos organizavam eventos beneficentes e campanhas de arrecadação de fundos entre seus pares para a construção e manutenção de obras e instituições assistenciais destinadas à população desvalida e adoentada. (Ribeiro, 1993)

Neste sentido, Luz (2000) versa sobre duas dicotomias históricas permanentes nas políticas públicas de saúde brasileiras - a centralização/descentralização e a concentração/desconcentração -, onde os serviços competentes ao Estado prestar à população – especialmente a saúde - vincularam-se à conjuntura política e à circunstância histórica, tendo como consequência de tal processo, a simbiose entre o político e o civil, o desconhecimento entre o individual e coletivo ou do que constitui o público e o privado.

Em Botucatu, a convocação às damas da cidade pelo editor J. Velho (02 jul.1911, p.1) e a publicação de donativos às associações de benemerência com seus respectivos valores e benfeitores no “O Correio de Botucatu” garantiam a notoriedade de núcleos familiares e o discurso de apaziguamento social através da caridade:

“Senhoras! Unide-vos, methodizae os vossos esforços isolados. (...) Acabemos de vez com a mendicidade dos morpheticos nesta cidade, dando aos infelizes o conforto da existência, a necessária subsistencia, a vida, enfim. (...) Estou certo que a um pedido vosso ninguem se negará a contribuir mensalmente com pequena quantia (...) Quem vos resistirá? De mais a mais, quem será de tão duro coração que deixe de attender a uma supplica vossa, em favor dos morpheticos? (...)”

Alguns dias depois da publicação ciatada acima, o mesmo jornal lançou em primeira página a carta de Amando de Barros (20 ago.2011, p. 1), destacado chefe político local e que se encontrava na Suíça, cuja resposta endossava a criação de uma Assistencia aos Morpheticos, em Botucatu, dando pistas à população que angariaria recursos públicos para tal ação :

“ ...Gostei immensamente do teu apelo “Appello ás Senhoras de Botucatú”, para cujo desideratum poderei contar com meu apoio. Muito tenho pensado sobre esse problema e já havia providenciado de alguma maneira para que em qualquer hypothese e de qualquer forma pudesse concorrer para esse humanitario fim. Assim caso consigas, como é de se esperar, algo das distinctas patricias, poderás contar commigo que com a melhor boa vontade irei ao encontro dessa grandiosa Idea. Escrevo-te ás carreiras, para alcançar a mala, que está partir...”

Com espaços de assistência providos e promovidos pela sociedade como Hospital da Misericórdia, Asilo dos Morféticos, Maternidade e Cruz Vermelha entre outras associações de caridade, filantropia e mutualismo, ao raiar da Primeira República, a cidade também ostentava na região médicos que divulgavam suas especialidades- conquistadas em escolas médicas internacionais - e parteiras diplomadas que ofereciam serviços aos que podiam lhes pagar.

Supõe-se que tal projeção regional, articulada às endemias e às complexas relações entre população, poder público e poder local elevaram Botucatu não só à cidade mais populosa do Planalto Ocidental paulista, mas à sede de uma das Delegacias de Saúde do Interior, pela Reforma do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo de 1917, conjuntamente às Delegacias instaladas em Santos, Campinas, São Carlos e Ribeirão Preto. (Antonini, 1985; Ribeiro, 1993)

A Reforma Sanitária de 1917, promovida pelo então diretor Artur Neiva - figura de destaque na campanha do saneamento rural-, foi fruto de intensa negociação com o legislativo paulista. Para a criação e inserção do Serviço Geral de Profilaxia e do Código Sanitário Rural, no escopo do Serviço Sanitário paulista, pactuou-se com os representantes das elites locais, que a nova legislação recairia somente sobre as fazendas estabelecidas pós-reforma de 1917. Com a extensão dos limites de jurisdição da autoridade sanitária estadual - a partir da implantação de postos de saúde nas áreas rurais e atuação sobre trabalhadores do campo afetados por endemias- e a manutenção do controle sobre a zona urbana, o Serviço Sanitário paulista adiantando-se à legislação federal consolidou seu poder público estadual junto às chefias locais, que passaram a vislumbrar benefícios advindos das ações de saneamento e saúde. (Hochman, 2006)

A instalação da Delegacia de Saúde de Botucatu, com larga abrangência territorial, se apresentava assim como parte de uma solução coletiva de defesa sanitária (Hochman, 2006) cujas práticas retroalimentavam as relações capitalistas, ao passo que buscavam proporcionar cenário profícuo à urbanização e à produção do capital (Mehry, 2014), atenuando as tensões no mercado interno de trabalho oriundas da imigração interrompida em decorrência da Primeira Guerra Mundial (Ribeiro, 1993):

“O nosso estado sanitario continua a ser muito bom, apesar de alguns casos de dyphteria e varicella benigna que se manifestaram na cidade. Pedi informações ao Fiscal Sanitario com referencia aos seus serviços (...) Quanto ao numero de vaccinações e revaccinações, nestes ultimos tempos tem sido muito diminuto, em vista da grande difficuldade que ha em se obter esse tão util preservativo, tendo-se mesmo assim feito 79 vaccinações e 73 revaccinações. (...)A hygiene em Botucatú muito virá a lucrar, logo que o Governo installe, como tencciona e já creou a Delegacia de Saúde nesta cidade, que ficará com o seguinte pessoal: 1 Delegado de 2a classe, 2 Inspectores, 1 Auxiliar, 2 Guardas Sanitarios, 1 Machinista encarregado do Deposito, 1 Desinfectador foguista, 6 desinfectadores de 2a classe e 1 servente. (Kuntz, 26 jan.1918, p1)”

A preocupação com o estado sanitário da cidade era acompanhada por segmentos diversos da população. No caso de Augusto de Magalhães, intelectual da cidade e responsável pela primeira edição do Almanaque de Botucatu – a qual nomeou de “verdadeiro entreposto do sertão”-, ao descrever o cenário da cidade ao início da segunda década do século XX, caracteriza o paisagismo das praças e as ruas largas e bem cuidadas, menciona existência de 1600 prédios erguidos – entre moradias, casas comerciais e instituições diversas - destacando algumas obras arquitetônicas, elogia as instalações do Matadouro como perfeitas e modernas, assim como, as fontes de água saudável e cristalina que abastecem a cidade e cujos barris são vendidos nas ruas, cita o fornecimento de energia elétrica como bom, mas caro. Contudo, não poupa palavras para o Mercado: “O Mercado é um pardieiro indigno do progresso e da civilização da cidade (...)” (Magalhães, 1920, p. 30)

A proliferação de entidades dedicadas aos enfermos pobres e às obras de misericórdia encampadas pelas Irmandades católicas, os pedidos de prestação de contas ao fiscal sanitário da cidade e a ansiosa espera pela instalação da Delegacia de Saúde expressas em “O Correio de Botucatu”, descortinam como o quadro sanitário da cidade tornara-se uma questão para as forças políticas em disputa, sugerindo “um olhar mais atento às condições locais que possibilitaram não só consolidar um discurso político em favor do saneamento e da intervenção técnica para alcançá-lo, mas também certas práticas do poder municipal para atender expectativas da elite local.” (Mota, Badini p. 177, 2011) :

“...a medicina conjugada com a administração pública, vai fazer essa grande obra de regeneração social. Só o homem robusto e sã pode ser a matéria prima para o aumento de nossa produção e exportação, para o povoamento do país e para a organização da defesa nacional. (...) A Delegacia de Saúde de Botucatu vai encontrar na bacia do Tietê e de seus afluentes, um vasto campo para sua missão patriótica, porque los referidos males se lastraram com intensidade em toda zona (...)” (Almeida, 18 mai.1918, p1)

Assim, criada pelo decreto n.2.918, de 9 de Abril de 1918 e instalada a 1 de Julho do mesmo ano, a Delegacia de Saúde de Botucatu – com sede em

Botucatu- tornou-se responsável por uma área de 107.929 km² (praticamente um terço de todo o território do estado que somava 290.876 quilômetros quadrados) e de uma população de 588.795 habitantes, sob comando do médico recém-formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Waldomiro de Oliveira, natural de Itapetininga : “(...) é importantíssima a zona a que se estende esta delegacia. Compreende vinte comarcas e parte de mais uma; cinquenta e dois municípios e noventa e sete districtos de paz. Ha tres delegacias de policia nesta zona: Botucatú, Itapetininga e Sorocaba” (Magalhães, 1920, p 201-202)

Em uma dinâmica social cíclica, onde os efeitos do aprofundamento das deficiências e adversidades individuais externavam-se em toda a sociedade, os serviços sanitários se apresentaram e se espalharam, enquanto autoridade pública, como alavanca à consciência social e à formação de identidade coletiva e nacional. Cresceu-se, entre as elites, a difusão e a consciência do caráter público da doença e a responsabilização do Estado no saneamento das condições sanitárias do país. (Hochman, 2006)

Legitimados por um discurso-saber tecno-científico e imiscuindo-se por espaços públicos e privados, os equipamentos sanitários, durante a República Velha, formaram corpos de agências políticas de contenção e controle da doença coletiva, com aparatos legais, institucionais e humanos, que lhe conferiram a autoridade sanitária. (Ferreira, Luca, 2011; Luz, 2013).

Desafiando os limites do federalismo constitucional, anuviando a liberdade individual e criando um Poder Público de forte caráter autoritário - em nome de uma política nacional de saúde -, o período apresentado inaugurou uma nova sociabilidade, pautada na comunicabilidade da “doença que se pega”. (Hochman, 2006, p 48).

O segundo semestre de 1918 iniciou-se em Botucatu em clima confiante com a instalação da Delegacia de Saúde e a inauguração do Dispensário Médico e Odontológico nas dependências do Grupo Escolar Cardoso de Almeida, quando o Diretor escolar, Luttgardes de Castro (14 set.1918, p.1), assim se pronunciou aos presentes:

“(...) Aqui a criancinha doente será curada, o falso anormal se livrará dos males que o impedem de progredir. Daqui sahirá uma mocidade forte, que, tanto poderá servir á Patria no amanho daterra, como na

caserna, como nos serviços domésticos, como na indústria, como em qualquer ramo da actividade humana.

Sanearemos aqui o corpo, alma e a intelligencia, afimde que o individuo assim tratado, comprehenda os seus deveres de cidadão para com a Patria, os de individuo para com a collectividade, prestando-lhe assim os serviços que lhe forem exigidos. (...)”

Note-se a presença do discurso eugênico na construção do ideário da higiene e do sanitarismo paulista, no pronunciamento do Diretor escolar.

Amparada pelo republicanismo, recebida como um saber médico e legitimada como aparato tecnológico e científico, a Eugenia apoiou-se em práticas e discursos de melhoramento da espécie humana, tendo sido recebida no Brasil em meio ao aprimoramento de medidas de saneamento e a um projeto de Estado Nacional ancorado no progresso, na civilidade e na modernidade, necessitando para tanto de corpo social organizado e conexo aos modos de produção capitalista do período, modelando assim, programas de formação e intervenção na saúde pública. (Mota, 2003)

Sobre o não dito...

Considerando que as evidências são esforços de sociedades históricas que, conscientemente ou não, produziram vestígios que testemunham seu tempo e lhes garantem presentificação às gerações futuras, tornando-se monumentos, tais evidências-monumentos precisam ser interrogadas, analisadas e desmontadas pelo Historiador, em sua lógica de investigação, de forma que surja do monumento o documento e, neste processo, as intencionalidades e condições latentes que alicerçaram a construção da evidência, no passado. (Le Goff, 2003)

Assim, faz-se relevante dizibilizar o silenciamento sobre a Gripe Espanhola na memória local, como também, as poucas páginas dedicadas à doença no “Correio de Botucatu”, jornal fundado em 1901 e alinhado política e ideologicamente à facção Amando de Barros, no Partido Republicano Paulista (PRP) (Antonini, 1985). Com cinquenta 50 óbitos e aproximadamente 1009 enfermos (Pupo, 2015), a proporção deste evento no cotidiano da

cidade não encontrou sua equivalência sobre narrativas do episódio. É como se Botucatu houvesse passado incólume pela maior epidemia da história: “(...) a dor significa, e a maneira como a sociedade a capta ou a recusa é extremamente importante” (Fargé, 2011, p19)

Segundo Pupo (2015), no ano de 1918, a cidade contava com diversos periódicos como “Cidade de Botucatu”, “Município”, “Diário de Botucatu”, “A Notícia” e “O independente”, o jornal religioso “Voz do Além” e cinco jornais lítero-humorísticos “O Espião”, “Braza”, “O Vê Tudo”, “A Tesoura” e o italiano “La Campana”. Todavia, até o momento a busca destas outras vozes ainda não obteve sucesso.

O único periódico da época, cuja guarda foi assumida pela Prefeitura Municipal de Botucatu é o jornal “O Correio de Botucatu”. O jornal “Cidade de Botucatu”, alinhado com a ala de Cardoso de Almeida do PRP, dissonante do “Correio de Botucatu” (ala amandista), encontra-se fragmentado e os volumes restantes não se referem à Primeira República – os demais jornais foram dispersos pelo tempo.

Tal quadro nos leva inferir o controle do registro e da memória coletiva pelas classes dirigentes, por meio de retenção na fonte (Chesneaux, 1995). O controle do poder sobre o passado e a acomodação de interesses locais em interface com o projeto de Estado-Nação, na Primeira República, onde a Saúde e seu aparato se apresentavam como cruzada civilizatória na boca do Sertão, junto à manutenção de mitos fundadores como o de “Terra dos Bons Ares”, mostram-se caminhos potentes para uma análise aprofundada sobre a passagem avassaladora da Gripe Espanhola em Botucatu e sua ocultação na memória local.

Considerações Finais

Ainda que a história oficial da saúde pública paulista tenha sido construída sobre mitos de origem conexos ao êxito de sua agenda sanitária, a compreensão de seu passado e da institucionalização da saúde, em São Paulo, perpassa pelo estudo das diversas regionalidades do estado, assim como, das estratégias encampadas pelo campo médico-filantrópico-caritativo. Faz-se fundamental considerar e cotejar as implicações das tecnologias disponíveis

e das especificidades políticas e regionais, os tensionamentos e arranjos entre ideias e modelos de saúde pública propostos e executados pelos paulistas, na primeira república. (Mota, 2015).

Desta forma, historicizar a tessitura da rede assistencial botucatuense de socorro aos gripados, composta pelo poder público e por sociedades civis, poderá revelar contornos da Saúde como campo de utilidade e valor, objeto de luta e disputa na construção de um projeto de Estado-Nação, nos primórdios republicanos, assim como, colaborar com a historiografia regional das práticas médicas e sanitárias paulistas. (Farge, 2011)

Considerando assim que “uma política nacional de saúde pública no Brasil foi possível e viável a partir do encontro da consciência das elites com seus interesses, e suas bases foram estabelecidas a partir de uma negociação entre os estados e o poder central, tendo o federalismo como moldura político-institucional” (Hochman, 2006, p. 16), apoiada em corpo documental e respondendo à convocatória de nosso tempo, onde se retoma o debate sobre quais seriam as atividades essenciais do Estado, esta pesquisa assume como imprescindível historicizar os mecanismos que forjaram saberes e práticas médicas e sanitárias, trazendo à baila elementos que corroboraram à coletivização da saúde, na Primeira República.

Referências

- ALMEIDA, Levy. Delegacias de Saúde. *O Correio de Botucatu*. Botucatu. Anno XVII. p.1. (Centro Cultural de Botucatu, Botucatu). 18 mai. 1918.
- ABREU, Laurinda. Prefácio. In: SANGULAR, Gisele [et.al] *Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: FGV/Faperj. p.7-12. 2015.
- ANTONINI, Inês G. *Sanear a cidade e segregar a pobreza: estudo de práticas sociais em Botucatu -SP, 1890-1920*. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 1985.
- BARROS, Amando de. *O Correio de Botucatu*. Botucatu. p.1. (Centro Cultural de Botucatu, Botucatu). 20 ago. 1911.
- BERTOLLI FILHO, Claudio. *A Gripe Espanhola Em São Paulo, 1918: Epidemia e Sociedade* São Paulo: Paz e Terra. 2003.

BERTUCCI, Liane Maria. *Influenza, a Medicina Enferma* : Ciência e Práticas de Cura na época da Gripe Espanhola em São Paulo Campinas : Editora da Unicamp. 2004.

CASTRO, Luttgardes de. Discurso proferido na inauguração do Dispensário Médico Odocontológico do grupo escolar Cardoso de Almeida. *O Correio de Botucatu*. Botucatu. Anno XVII. p.1. (Centro Cultural de Botucatu, Botucatu). 14 set.1918.

CHAGAS FILHO, Carlos. *Meu pai*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, Fiocruz. 1993.

CHARTIER, Roger. *A História Cultural*. Lisboa: DIFEL; Rio de Janeiro: Bertrand do Brasil. 1990.

CHESNEAUX, Jean. *Devemos fazer tabula rasa do passado?* Sobre a história e os historiadores. Série Fundamentos. São Paulo: Editora Ática. 1995.

CRUZ, Heloisa F.; PEIXOTO, Maria do Rosário da C. Na oficina do historiador: conversas sobre história e imprensa. Projeto História: *Revista de Estudos Pós-Graduandos em História e do Departamento de História da Puc-SP*, n. 35, p. 253-270. 2007.

FARGE, Arlette. *Lugares para a história*. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2011.

FERREIRA, Antonio Celso, LUCA, Tania Regina de. Medicina e Práticas Médicas em São Paulo: uma introdução. In: Mota A, Marinho MGSMC. *Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces*. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina, CDG Casa de Soluções e Editora. p 15-36. 2011.

GINZBURG, Carlo. *O queijo e os vermes*. São Paulo: Companhia das Letras. 1993.

HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento*. São Paulo: Hucitec. 2006.

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: Sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil 1910-1930). *Estudos Históricos*, v.6, n.11, p.40-61.1993.

IMBASSAHY, Eduardo. *Da gripe – etiologia, epidemiologia e prophylaxia*. Tese (Doutoramento) - Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1919.

KUNTZ, Nicolau. Relatório referente ao ano de 1917. *O Correio de Botucatu*. Botucatu. Anno XVII. p.1. (Centro Cultural de Botucatu, Botucatu). 26 jan. 1918.

MEYER, Carlos Luiz, TEIXEIRA, Joaquim Rabello. *A Gripe Epidêmica no Brasil e especialmente em São Paulo – Dados e informações*. São Paulo: Casa Duprat. 1920.

LIMA, Nísia Verônica T.; CARVALHO, Maria Alice R. O Argumento Histórico nas Análises de Saúde Coletiva. In Fleury, S. (Ed) *Saúde Coletiva?* Questinando a onipotência so social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. p.117-142. 1992.

LE GOFF, Jean. *História e Memória*. 5 ed. Campinas, SP: Editora da Unicamp. 2003.

LUZ, Madel Therezinha. *As instituições médicas no Brasil*. 2 ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida. 2013.

LUZ, Madel Therezinha. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil Republicano. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.5, n.2, p. 293-312. 2000.

MAGALHÃES, Augusto de. *Almanack de Botucatu*. São Paulo: Estabelecimento Graphico Pedro Rezzini & Cia. Anno 1. Num1. 1920

MEHRY, Emerson E. *Capitalismo e a saúde: emergência das práticas sanitárias no estado de São Paulo*. 2ª ed. Porto Alegre: Rede UNIDA. 2014.

MOTA, André. A Filantropia “paulista” que ficou “paulistana”: a Liga Paulista contra a Tuberculose, 1904-1920. In: SANGLARD, Gisele [et.al] *Filantropos da nação: sociedade, saúde e assistência no Brasil e em Portugal*. Rio de Janeiro: FGV/Faperj. p.225-244. 2015.

MOTA, André; BADDINI, Cássia Maria. Dilemas Revelados e Mito Desfeito: Sorocaba e a Epidemia de Febre Amarela Na República Velha. In: Mota A, Marinho MGSMC. *Práticas médicas e de saúde nos municípios paulistas: a história e suas interfaces*. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina, CDG Casa de Soluções e Editora. p 153-182. 2011.

MOTA, André. *Quem é bom já nasce feito: sanitarismo e eugenia no Brasil*. Rio de janeiro: DP&A. 2003.

MOTT, Maria Lúcia et al. Assistência à saúde, filantropia e gênero: as sociedades civis na cidade de São Paulo (1839-1929). In: MOTT, Maria Lúcia,

SANGLARD, Gisele (orgs). *História da saúde em São Paulo: instituições e patrimônio histórico e arquitetônico (1808 - 1958)*. Barueri, São Paulo: Miha Editora. p.93-132. 2011.

Progridimos! [Editorial]. *O Correio de Botucatu*. Botucatu. Anno X. p. 1. (Centro Cultural de Botucatu, Botucatu). 30 abr.1911.

PUPO, Trajano Carlos. F. *Botucatu Antigamente...* Volume 2 - De 1918 até 1948. Botucatu: Prefeitura Municipal de Botucatu. 2015.

RIBEIRO, Maria Alice R.. *Historia sem fim...* Inventário de saúde pública 1880-1930. São Paulo: Unesp. 1993.

TELAROLLI JUNIOR, Rodolpho. *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Editora Unesp. 1996.

THOMPSON, Edward P. *A Miséria da teoria*. Rio de Janeiro: Zahar. 1981.

VELHO, J.. Senhoras! Uma esmola (carta aberta às senhoras de Botucatú). *O Correio de Botucatu*. Botucatu. Anno X . p. 1. (Centro Cultural de Botucatu, Botucatu). 02 jul. 1911.

AN ALTERED LANDSCAPE: MALARIA CONTROL AND ENVIRONMENTAL TRANSFORMATION IN TRINIDAD AND TOBAGO 1941 – 1962

Debbie McCollin⁸

Abstract

By 1941, the insect borne disease, malaria, which had been present within the West Indies for at least two centuries, remained endemic in most of the colonies of the region. The geography and climate of these tropical territories were conducive to the breeding of malaria vectors and thus to the spread of the disease among inhabitants. In the colony of Trinidad and Tobago, in particular, the presence of swamps and low-lying regions prone to flooding and fauna that created the ideal habitat presented opportunities for the reproduction of *Anopheles* mosquitoes, the main vectors of malaria. It was only during the 1940s and 1950s that malaria numbers decreased as some of the most successful control (and later eradication) campaigns were implemented in both islands, driven by global and internal developments.

8. PhD, The University of the West Indies, St. Augustine, Trinidad and Tobago, West Indies.
debbie.mccollin@gmail.com

These campaigns, however, resulted in the greatest alteration of the colony's natural environment as a result of disease control ever recorded. This paper seeks primarily, to examine the impact of the particular methods of disease control used in this campaign on the physical environment of both Trinidad and Tobago focusing specifically on (i) the reclamation of swampland which resulted in a permanent and extensive change of the landscape and (ii) the introduction of the now controversial chemical dichlorodiphenyltrichloroethane (DDT) which was used liberally throughout the island after 1941. This paper, using extensive government records, documentation from philanthropic organisations, private collections, interviews as well as local media, will examine the relationship between health issues and the environment by revealing the extent to which, in one of the most progressive periods of disease control in the colony's history, the malaria campaigns led to the irreparable alteration of these islands after the Second World War. It also argues that these changes were driven by and had serious implications for the economic and political trajectory of the island. As such, the paper also examines the discourse surrounding the abdication of official power that resulted in the involvement of the US military in the work of transforming public health and thus the landscape of Trinidad and Tobago.

Key-words: malaria; Trinidad and Tobago; DDT; health and environment

Introduction

The re-emergence of malaria cases in Trinidad in 2018, 57 years after an eradication programme, has generated significant public concern and has local authorities scrambling for answers. Ironically, for a disease that stirs up such fear, very little is understood or has been documented about its history in Trinidad and Tobago and the role malaria control campaigns played in altering the local environment and in political and economic machinations in the 20th century.

The truth of malaria, known as one of the most ancient diseases of man, as a virus transmitted by the *Anopheles* mosquito⁹, only emerged in the late 19th century. The post World War II era saw a global reduction in the incidence of malaria with the initiation of new campaigns and methods of control. This trend, reflected in the West Indies, is examined in this paper through the colony of Trinidad and Tobago where the foundation had been laid for malaria control in the 1930s and propelled during the 1940s and 1950s. This paper also explores, however, the idea that this achievement, came with inevitable sacrifices to the environment, as the colony experienced the greatest alteration to its natural environment as a result of any disease control campaign with the introduction of new malaria fighting chemicals in abundance into the environment and the elimination of breeding habitats of the anopheles mosquitoes. It further proposes that the initiatives were politically and economically motivated and represented an abdication of control by the dominant imperial power.

Initially introduced by the Europeans in the 16th century and later the enslaved West Africans and indentured Indians who came in the post-emancipation era, malaria was the most prolific disease in Trinidad and Tobago throughout the seventeenth, eighteenth and nineteenth century, with numbers annually in the tens of thousands. Agricultural choices in the 19th century further exacerbated the presence of the disease within the territory as the growth of rice production, a heavily irrigation dependent crop, predominantly by Indian labourers in southern Trinidad, encouraged the breeding of the *Anopheles* mosquito.

Prior to 1930, methods of control were, in large part, the responsibility of the individual, family or organizational units. The role of official health and sanitary personnel was mainly in the form of education of the public and dissemination of pertinent information on how to prevent mosquito breeding in and around the home.

9. Produced by the microscopic protozoan parasite Plasmodium, transferred to humans through the bite of the Anopheles mosquito, the parasite then moves through the blood stream to the liver, where they breed during an incubation stage of a couple of weeks. Returning to the blood, they then attack the red blood cells, whose breakdown causes recurrent violent chills and high fever. Taken from Roy Porter, *Blood and Guts* (London: Penguin Press, 2002) 6.

The successful control model established in Cuba and the Panama Canal by American physician William Gorgas in the early 20th century of “fumigating property, screening houses... draining swamps and puddles, clearing vegetation, and lavishly spreading...larvicides” was applied by Caribbean territories as quickly as funding became available. This meant that, quite often, British Caribbean colonies, faced with fiscal and political hardship and an arguably neglectful imperial power, could only institute measures piecemeal and on a smaller scale than was needed.

For Trinidad and Tobago, the decade before World War II, saw distinctive measures in the area of malaria control and prevention by the government. A campaign was begun which included a malaria survey, an education drive, and preventive measures such as filling of small swamps and pools of water, the oiling of breeding areas, drain clearing and repairs.¹⁰ The spraying of larvicides and the use of chemicals in mosquito control was also effected. In the 1930s, paris green, a poisonous copper and arsenic compound, used in Trinidad predominantly as an insecticide to control mole crickets, also became widely used as a larvicide in the region.¹¹ Its high phytotoxicity was recognised however and its use declined with the rise of other insecticides in the early 1940s.¹²

Nonetheless, though the 1930s was the first decade to see a progressive decline in malaria deaths, by 1938 it was still a major cause of morbidity with over 19,000 cases reported annually.¹³

Geography and Swamps

It is imperative to an exploration of the problem of malaria in Trinidad and Tobago to understand the geography and topography of the islands. The extent to which the natural environment provided the best habitat possible

10. R. Seheult, *A Survey of the Trinidad Medical Service 1814-1944* (Port of Spain: Government Printers, 1948) 23.

11. Graham A Matthews, *A History of Pesticides* (Boston: CAB International, 2018) 5.

12. Trinidad and Tobago, Department of Agriculture, *Bulletin of the Department of Agriculture, Trinidad and Tobago*, Vol 16-17 (Port of Spain: Dept. of Agriculture, 1917) 79, 87.

13. Director of Medical Service, *Medical And Sanitary Report Of Medical Services For The Year 1938* (Port of Spain: GPO, 1939) 7.

for malaria vector breeding is indicative of the extent to which it would have had to be altered in the fight against this disease.

The twin island colony of Trinidad and Tobago was situated at the southernmost end of the Caribbean a few miles northeast of Venezuela. The Gulf of Paria,¹⁴ a small body of water to the west was exposed to the mouths of many rivers which originated from deep inside the South American continent (particularly the Orinoco) and from the colony itself creating, through extreme dilution of sea water of the Gulf, many brackish areas along the coastline. The impermeable nature of some of the land provided for improper drainage overland. This was also the case in Tobago, particularly in the south-western area, where many wetlands areas developed due to poor soil permeability and thus drainage.

The coastal swamps of Trinidad and Tobago were complex ecosystems consisting of all eight mangrove species that have been identified in the Caribbean along with a variety of other lower level vegetation, and supporting numerous species of fish, reptiles and mammals.¹⁵ But these wetlands were not only significant for the diversity of flora and fauna but also for producing food for both animal and human consumption. In the mud fauna of mangroves along the Gulf coast fiddle crabs were the main diet of many shore birds, and creatures destined for the domestic exotic food trade such as the blue or 'calaloo' crab, black conch¹⁶, oysters¹⁷ and mussels also inhabited these swamps. In addition, the mangrove served as a nursery ground for many commercial fish and shellfish species.¹⁸ Despite this evidence to the contrary,

14. The Gulf of Paria was almost completely surrounded by land with only small openings between Venezuela and Trinidad by the Dragon's mouth in the north and the Serpent's mouth in the south.

15. Rahanna A. Juman and Kahil Hassanali. "Chapter 2 Mangrove Conservation in Trinidad and Tobago, West Indies", in Gerard Gleason and Thomas R. Victor, eds. *Mangrove Ecosystems* (New York: Nova Science Publishers, Inc, 2013) 38

16. Blue Crab (*ucides cordatus*) used in a local green leafy vegetable dish called calaloo. Black conch (*melongena melongena*) is a shellfish found particularly in rivers and swamps.

17. Pearls from Trinidad oysters growing on mangrove trees were reported to have been exported as early as the sixteenth century. Peter R. Bacon, Ph.D, *The Ecology of Caroni Swamp, Trinidad* (Port of Spain: Information Services Institute of Marine Affairs, 1970) 3. Taken from Alec Waugh, *A Family of Islands: A History of the West Indies from 1492 to 1898* (London: Weidenfeld and Nicolson, 1964).

18. Deenish Persad, *Monitoring, Evaluation and Migration Measures regarding the Mangrove Die-Back at Point Lisas* (Port of Spain: EPAS Consultants, August 1999) 7.

wetlands continued to be associated with illness and either seen as wasteland or, alternatively, potential sites for commercial and domestic rice production or building construction.

1941 Malaria Survey

The advent of a US military base in Trinidad and Tobago in 1941 was a major turning point in the story of malaria in the colony. With over 70 000 US military personnel stationed in over 200 typically malarious regions across the country,¹⁹ it was necessary to the US military authorities that the problem of malaria be addressed. Consequently the International Health Division of the Rockefeller Foundation was approached to conduct a local survey which commenced on July 1941²⁰ and was the first concrete step in determining the main vectors of the disease and in designing effective measures of control. The British government embraced the opportunity to gain assistance, distracted as it was with the European theatre and the U-Boat conflict in the Atlantic and Caribbean Sea. The imperial power lacked sufficient funds and personnel to galvanise and maintain such a campaign and was grateful for the US initiative.

The Rockefeller survey confirmed that the human malaria plasmodia most common in Trinidad was the *Plasmodium falciparum*. It further identified the principal vectors of malaria in the colony as the *Anopheles bellator* mosquito responsible for high rates in the cocoa growing regions and the *Anopheles aquasalis*, the principal carrier of benign tertian and quartan types of malaria fever in the colony, found mostly in the marshier areas.

Efforts after the conclusion of the survey were therefore geared towards locating the *A. aquaalis* which bred in various districts all over the colony. The focus on wetlands was even more acute considering that the most populated areas were established in close proximity to malaria breeding wetlands with communities that averaged over a thousand cases within a mile and half

19. US Military History, Trinidad Sector (Chaguaramas: Chaguaramas Military Museum, 1945).

20. Director of Medical Services. *Medical and Sanitary Report of Medical Services for the Year 1941*. Port of Spain: Government Printing Office. 1942. 7.

radius of the largest swamps. For example, the capital city of Port of Spain was bordered to the west and east by the Diego Martin, Chaguaramas and Cororite wetland areas and the Laventille Mangrove Swamp respectively.

Control Measures and Eradication Programmes

DDT

One of the most important chapters in the fight against malaria was the introduction of the chemical dichlorodiphenyltrichloroethane or DDT, a colourless pesticide, as a control measure. This was the first chemical to be sprayed on such a wide scale in the colony. Though controversy would surround the use of DDT in later years,²¹ at this time it was the newest and most effective way of destroying *anopheles* mosquitoes. The chemical, recognised as potent nerve poison for insects, was first used in World War II and thereafter distributed for use against yellow fever, typhus and other insect vector diseases throughout the world.²² The Rockefeller Foundation led this trial with DDT in Trinidad, extending its experimental landscape which already included the US, Mexico and Brazil.²³ DDTs' use in the malaria control campaign in Trinidad began in 1945 with an aerial spraying of the U.S. Base at Fort Read²⁴ and in a village called California, on the west coast

21. With the publication of the American marine biologist Rachel Carson's *Silent Spring* in 1962, suspicion grew that DDT, by entering the food chain and eventually concentrating in higher animals, caused reproductive dysfunctions, such as thin eggshells in some birds. Some insect pests also gradually developed DDT-resistant strains whose populations grew unchecked while their natural predators, such as wasps, were being eradicated by spraying. In 1973 DDT was banned in the U.S. except for use in extreme health emergencies. Many other nations have also banned it or placed it under strict control.

22. Stapleton, Darwin H. "The Rockefeller Foundation's Experimental Strategies for Using DDT to Control Malaria in the Caribbean Region, 1943-1951: The Case of Trinidad and Tobago." Paper presented at the conference, "The Social History of Medicine and Public Health Policy in the Caribbean," at The University of the West Indies, Cave Hill Campus, Barbados. May 23-26, 2001. (New York: Rockefeller Archive Center, Sleepy Hollow. 2001) 11.

23. David Kinkela, *DDT and The American Century: Global Health, Environmental Politics, and the Pesticide that Changed the World* (North Carolina: The University of North Carolina Press, 2011) 25.

24. Wilbur Downs, *Diary Entries. January 27 1946*, Rockefeller Collection, RG 12.2 Diaries, Box 13. (Sleepy Hollow, New York: Rockefeller Archive Center, 1946).

of Central Trinidad, with the spraying of houses.²⁵ The immense success of DDT (malaria cases were reduced by approximately 40 percent in 1946 alone²⁶) guaranteed its use on a constant basis throughout the period as a spray, oil or powder in every dwelling and water source until 1961 when eradication campaigns finally came to a close. By the end of the war DDT was cheap, easy to produce, available and effective.

Tobago's size and isolation made it an essential player in disease campaigns in region in the 1940s. In the fight against malaria, Tobago was the site of the first eradication trial in the West Indies. The trial took the form of a five year programme begun in 1948 that used extensive spraying of DDT and engineering works, in particular swamp reclamation, as methods of eradication. At the end of the five years, the Health Department continued its eradication work using only government funds but considered malaria a rare disease with less than ten persons being affected each year.²⁷ With the early success of the Tobago eradication, DDT as a highly effective tool of control was introduced to the rest of the Caribbean. The eradication programme was instituted in Trinidad 11 years later²⁸ 1959 and by the year 1961 the colony was free of the disease, if not of the *anopheles* mosquitoes, and any new cases were found to be infrequent and imported.²⁹

Environmental Impact

The Changing Landscape-Swamp Reclamation

The control of anopheline breeding in wetlands led either to schemes to alter the salinity of swampy areas, prevent their formation or completely or partially eliminate existing coastal wetlands. Towards this end three

25. *Medical and Sanitary Report of Medical Services for the Year 1946*, 11.

26. *Annual Statistical Digest 1956*, 93.

27. Director of Medical Services, *Medical And Sanitary Report Of Medical Services For The Year 1960* (Port of Spain: Government Printing Office, 1961) 8.

28. *Medical and Sanitary Report of Medical Services 1946-1962*.

29. Medical Officer of Health for Port of Spain, *Administrative Report of the Public Health Department: Urban Sanitary District of the City of Port Of Spain 1962* (Port of Spain: Government Printing Office, 1963) 39. *The Health Situation: Epidemiological Analysis* (Port of Spain: Planning Unit, Ministry of Health and Environment, 1986) 7.

methods were increasingly employed by the Health Department during the 1930s, 1940s and 1950s as a means of larval malaria control: (i) *filling swampy and stagnant areas* with sand or other construction materials, (ii) *controlling fresh water in proper channels and preventing it from mixing with seawater* and (iii) *flooding brackish water areas with sea water* to increase the salinity above the breeding point of the *anopheles* (typically 85 percent or more seawater).³⁰ The success of these methods is evidenced in the reduction of anopheline breeding in particular areas by 100 percent and an overall dramatic decline of malaria deaths by 1962. Conversely, they were responsible for the destruction of numerous unique wetland ecosystems throughout both islands and the irreparable altering of the Trinidad and Tobago landscape.

Filling

The 1930s saw the acceleration of government involvement in this area with for example over 24 acres of wetland reclaimed along the Western Main Road in Trinidad and the Steele River swamp in Tobago.³¹ This continued in the post-1941 period with mangrove swamps and inland wetlands in Trinidad being filled frequently throughout the 1940s and 1950s particularly along the west coast with swamps such as in the Cocorite, Laventille, Carenage, Chaguaramas in the northwest, and the San Fernando area in the southwest.

Swamps were also reclaimed privately. The oil industry which had been growing steadily in Trinidad throughout the late 19th and early 20th centuries was also involved in the battle against malaria as many of the onshore oilfields and bases for workers were located near or around swamps. Thus it was necessary for them to protect their labour source by engaging in swamp clearing.

The government also encouraged owners of swamp land to fill in their lands, placing little to no restrictions on the material used. This was reflective of the desperation surrounding malaria and also the lack of appreciation for the wetland ecosystem by local health authorities.

30. Ibid, 2.

31. Surgeon General, *Medical And Sanitary Report of Surgeon General For The Year 1933* (Port of Spain: Government Printing Office, 1934) 7.

It was in Tobago, however that the true extent of wetland reclamation and destruction was observed. During the 1940s and 1950s reclamation continued with the filling of numerous small swamps particularly along the southern coast which resulted in the loss of wetland in areas such as Louis D'Or, Lucy Vale, Roxborough, Delaford, Indian Head, Speyside, Auchenskeoch and Creighton.

It is important to note that reclamation was also a preferred method despite its expensive nature, as the reclaimed land could be employed in a more useful manner in the minds of local authorities- for agriculture or building and housing construction or simple as wasteland. The presence of upscale residential areas such as Westmoorings where swampland used to exist in north-western Trinidad is evidence of this.

The mentality of local authorities towards wetlands provides even more insight into the reasons for the lack of true opposition to the dramatic schemes of swamp reclamation. The exact amount of land reclaimed, officially and privately during the 1930s to the 1950s will undoubtedly never be known. It is clear, however, that in an effort to eradicate the threat of malaria and protect the human population a significant proportion of wetlands of Trinidad and Tobago and all flora and fauna associated with them were completely lost altering not only the landscape but also destroying un-investigated natural areas that offered more to the society than could possibly be measured.

Chemical Spraying Dichloro-diphenyl-trichloro-ethane DDT

Indoor-spraying

As with most control methods, the management of malaria worked both on an unofficial and official level. This was certainly the case with spraying of chemicals where along with the official programme, spraying inside the home by individuals was a common method of dealing with mosquitoes using for instance various forms of insecticide (sometimes even kerosene) in what locals called a 'flit can'. Increasingly during the 1950s it was also common to purchase manufactured insecticide sprays in addition to using the 'flit can'.

On the official side, the house spraying initiative officially called the 'Residual DDT House Spraying Programme' instituted in 1946 put this method of controlling malaria at the forefront of the official battle against the disease. DDT solution was sprayed in and/or around all buildings at least twice a year from 1946 to mid 1960s.

One resident of Laventille on the outskirts of POS described the preparation and effects on the inhabitants:

"We spent the day before they were to show up covering the furniture and appliances and foodstuff, and taking all pictures and decorations off the walls. They came with cans on their backs and sprayed up and down the walls. They covered all the walls of the house and it was white on the walls and the floor and they told us not to mop for a few days."³²

Chemical Larval Control- Oiling

A DDT oiling solution referred to as 'high spreading anti-malarial oil' to which DDT was incorporated at about 5 percent was used frequently throughout the islands to oil most swamps, rivers and ravines. On a positive note, the successful use of DDT in local wetlands resulted in the lessening in the need for swamp reclamations during the period.

However, DDT's reputation as a "miracle insecticide" began to be publicly challenged as its effects on the environment were revealed. The controversy that surrounded its use from the nascent stages in other parts of the world amongst biologist, scientists and environmentalists³³ was not truly a part of the local discourse on DDT. Its use was only challenged when resistance in certain mosquitoes was noticed in the 1950s.³⁴ Though investigations into its use had begun at the time of its introduction, it was Rachel Carson an American biologist's 1963 work *Silent Spring* that exposed DDT as a chemical

32. Interview with Jacqueline Phillips-McCollin, June 14, 2007. Former resident of Laventille area in Northern Trinidad.

33. Thomas Dunlap, *DDT: Scientists, Citizens and Public Policy* (Princeton, N.J.: Princeton University Press. 1981) 39.

34. *Medical and Sanitary Report* 1958, 11.

that accumulated in animal tissue and led to reproductive problems, resistant strains, thinning eggshells of birds and ultimately mortality in certain species.³⁵

Unfortunately, very few scientific studies of note have been conducted in the Caribbean region concerning the effects of DDT and other chemicals prior to or since 1962. Evidence of experimentation in the period by Trinidad and Tobago authorities unfortunately did not conform to scientific standards. In the absence of investigations from the period, I have used research conducted two decades later of the Caroni area- a major agricultural and wetland area- that illustrates that the environment of Trinidad reacted typically to DDT saturation and that DDT was persistent in the ecosystem decades after its use was halted in the 1970s.

These two studies done in the early 1980s in Trinidad and Tobago confirmed that DDT was still present in relatively high numbers in the tissues of organisms inhabiting the Caroni region in western Trinidad despite DDT having been banned since the 1970s. The first, conducted in 1980 in the Caroni Swamp revealed that a particular area called the Reeds area was contaminated by a number of organochlorine chemicals, including DDT and dieldrin in high numbers. Two years later another study analysing the mussels and sediments of the Caroni River which ran through a large portion of north-western Trinidad showed that DDT levels more than any other insecticide was high in these organisms. This study concluded that DDT was “much more resistant to degradation under local conditions than the other organochemicals.”³⁶

It is not difficult to infer from this evidence of DDT’s presence in such a high degree in the environment that many adverse effects in many ecosystems (swamps, rivers, etc.) likely went undocumented during its prolonged use in the 1950 and 1960s. From this and studies conducted in similar regions

35. Rachel Carson. *Silent Spring*. London: Hamish Hamilton Ltd.. 1963. See also Graham, Frank, Jr., *Silent Spring*, (Houghton Mifflin Co.: Boston, 1970) and Gino Marco, et al, eds., *Silent Spring Revisited* (Washington, DC: American Chemical Society, 1987). DDT entered the food chain and eventually became concentrated in higher animals, causing reproductive dysfunctions, such as thin eggshells in some birds. In 1973 DDT was banned in the U.S. except for use in extreme health emergencies. Many other nations have also banned it or placed it under strict control.

36. M. Sampath, *An Investigation of Levels of Organochlorine Pesticides and Polychlorinated Biphenyls in the Caroni Swamp* (Unpublished Thesis St. Augustine, Trinidad: University of the West Indies, 1980) 147.

such as Jamaica and Puerto Rico and consequences observed in areas of DDT concentrated use, it can be inferred that local ecosystems (particularly swamps which, unlike the Caroni River, was more stagnant and thus DDT was concentrated for a longer period in one area) were affected by the extensive use of this chemical and probably suffered serious consequences. The rapidity and extent of DDT's movement through the food chain can be attributed to the extent of its use in the islands (for instance being spread weekly as an oil on all water sources in Tobago for more than 10 years) and also to the lack of a dormant season as a tropical area which would have slowed its movement through the various ecosystems. The extent of DDT's effect on Trinidad and Tobago will never be accurately known, but there can be no doubt that DDT, which was still present in relatively large quantities in the environment decades after its use was terminated and has been indicted for numerous environmental problems, had the same effect on this colony as it did on other parts of the world.

Conclusion

Trinidad and Tobago remains a shining example of foreign collaboration and the success of the malaria campaigns in the post World War II period. It however also reflects the extent to which the suppression of malaria in the colony came at a great cost to the local natural environment and supported socio-political agendas. Wetlands, once numerous and for the most part untapped ecosystems, were turned into major battlefields, laid waste to time and again, or chemically altered in an effort to destroy the malaria vector. The effects of the use of DDT not only in wetlands but throughout the island has yet to be investigated thoroughly though there is no doubt that trace elements of this chemical remained at high levels in the food chain for decades after its termination and undoubtedly affected the environment in ways that have yet to be measured.

Today, as malaria re-emerges unto the global scene seemingly erasing the hard won victories of the 1940s and 1950s, it is important to understand how the impact of these old battles on the environment have resulted in long term consequences, how they may have unknowingly laid the foundation for the resurgence. The saturation of DDT in the environment, for instance, is

consequently responsible for the resistant strains of *anopheles* which emerged to plague a new generation in the 1970s, 1980s and the 21st century. Had this been understood during the time, different decisions may have been made. However, as DDT's use is once again being promoted by major health organisation such as W.H.O.³⁷ it is important to remember these lessons of the past.

The story of malaria remains an important part of Trinidad and Tobago's social, demographic, epidemiologic and economic history. In the progressive era of the 1940s and 1950s that saw reductions in all major infectious diseases, the control of malaria was a major victory. This progress, however, is forever stamped by environmental damage, driven in part by economic and industry agendas. Furthermore, the abdication of responsibility by the British to the neo-imperialist US power in relation to disease control is also clearly evidenced by the history of malaria in 20th century Trinidad and Tobago.

37. "W.H.O. Backs DDT for Malaria Control" BBC News Website <http://news.bbc.co.uk/2/hi/science/nature/5350068.stm>. Last updated Friday Sept. 15 2006

DIAGNÓSTICOS LOCAIS, VALIDAÇÕES GLOBAIS: A GÊNESE DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA COMO DOENÇA PARTICULARIZADA DA AMÉRICA LATINA (1909 – 1918)

Denis Guedes Jogas Junior³⁸

Resumo

A segunda metade do século XIX foi marcada pelo crescimento da atividade imperialista europeia rumo aos trópicos. As principais metrópoles passaram a enviar médicos, pesquisadores e mesmo a criar laboratórios em suas regiões de domínio com objetivo de garantir a permanência do colonizador e a própria viabilidade dos projetos ultramarinos frente a ameaça representada pelas doenças que grassavam em estados endêmicos e epidêmicos, sobretudo, em regiões de climas quente e úmidos. Manifestações cutâneas, que eram denominadas por uma variedade de nomes locais, como botão de Biskra, Alepo, ou de Deli, passaram a serem consideradas um dos principais *souvenirs* para quem se aventurasse no Norte da África

38. Doutorando – PPGHCS/COC-Fiocruz.

e algumas regiões do Sudeste asiático. A partir da década de 1870, com advento da microbiologia, diversos pesquisadores passaram a buscar o microrganismo responsável por essas úlceras que brotavam misteriosamente nas partes descobertas do corpo, mesmo daqueles que pernoitavam poucos dias nos lugares endêmicos. No entanto, foi somente após mais de três décadas de pesquisas, em processo sincrônico à emergência da parasitologia e da medicina tropical, que o protozoário responsável por esta doença foi descrito, seguido de uma total reconfiguração do seu entendimento que culminou na sua classificação como parte integrante do grupo de moléstias denominado 'leishmanioses', o qual, além dessas feridas cutâneas, passou a incluir uma doença visceral com altas taxas de mortalidades, conhecida como kala-azar. A esse grupo de doenças, que, em sua concepção, já contrariava o princípios pasteuriano do agente etiológico único e diferenciado de cada doença, somou-se, alguns anos mais tarde, uma terceira forma da doença encontrada na região latino-americana, que apresentava, predileção pelas partes mucosas do corpo e cursos clínicos mais extensos e agressivos quando comparados àqueles observados no Velho Mundo. Tal constatação inaugurou uma nova fase das pesquisas sobre as leishmanioses que deu oportunidades para que pesquisadores situados neste continente se singularizassem na rede de pesquisa global dedicada as doenças tropicais. Neste trabalho, demonstrarei os primeiros caminhos e os argumentos específicos utilizados na gênese do enunciado científico Leishmaniose Tegumentar Americana, como uma doença particularizada da América Latina.

Palavras-chave: Leishmanioses; Leishmaniose Tegumentar Americana; Medicina tropical; Circulação de saberes

Em 1878, o jovem e (ainda) desconhecido médico-militar francês Charles-Louis-Alphonse Laveran (1845 – 1922) foi enviado a Argélia para trabalhar nos hospitais militares da colônia francesa. Primeiro, serviu na cidade de Bône (atual, Annaba), depois em Biskra e, por fim, em Constantine, onde, em novembro de 1880, faria uma grande descoberta ao associar as endêmicas febres palustres (malária) a um agente etiológico que em nada se parecia com os agentes microbianos específicos que vinham sendo descritos até então pela microbiologia, ocasionando intensos debates e longas controvérsias científicas sobre a natureza etiológica da malária que demorariam mais um

década para que, o *Plasmódio*, fosse aceito e reconhecido como verdadeiro e único agente causal desta doença (Théodorides, 1973, p. 228; Caponi, 2003, p. 127; Osborne, 2008, p. 216).

Entre o final de 1879 e o início de 1880, Laveran prestou serviço em Biskra, cidade que era considerada a porta de entrada do deserto do Saara. Lá, se deteve ao estudo de uma dermatose, localmente conhecida como ‘botão de Biskra’ que reinava endemicamente nesta região, sobretudo, entre os meses de setembro e outubro. Na verdade, esta doença não era desconhecida dos europeus. Na segunda metade do século XVIII, os naturalistas Alexandre Russell e Constantin-François Volney já a haviam mencionada em seus relatórios de viagens, respectivamente, à Alepo, em 1756, e à Síria e ao Egito (1783 – 1785) e no século XIX, com a intensificação da atividade imperialista, passaram ser considerada o principal *souvenir* para aqueles que se aventuravam no norte da África e em determinadas regiões da Ásia (Killick-Kendrick, 2010, p. 4).

Eram feridas cutâneas brotavam misteriosamente nas partes descobertas do corpo, mesmo daqueles que pernoitavam poucos dias nos lugares endêmicos (Bouquet, 1887, p. 29). Em Bagdá, era praticamente impossível escapar do seu ataque enquanto que, na cidade de Deli, no ano de 1864, de 40 a 70% da população inglesa residente já as haviam contraído (Manson, 1898, p. 443). Na Argélia, os franceses enfrentavam problemas com essas úlceras desde os primeiros anos de ocupação, quando tiveram de retirar grande parte da guarnição militar, em 1845, em função de uma grande epidemia ocorrida durante as batalhas de conquista no Sul desta região (Dowleh, 1908, p. 22, 23; Laveran, 1917, p. 305).

Em 1874, as autoridades coloniais inglesas, buscando melhor conhecer as doenças de pele que existiam na Índia, encarregaram o dermatologista William Tilbury Fox (1836 – 1879) do Departamento de doença de pele da *University College Hospital* e o Cirurgião-Major escocês Thomas Farquhar (1825 – 1891) aposentado do *Bengal Medical Service* de realizarem uma ampla pesquisa que sistematizasse as dezesseis doenças cutâneas mais importantes em sua colônia e chegar a um acordo, “que está longe de existir no presente”, entre os profissionais na Índia e na Inglaterra quanto a nomenclatura, as características típicas e as causas prováveis ou demonstradas das doenças em questão (Fox e Farquhar, 1871, p. 3).

Dois anos mais tarde, concluíram o relatório final, intitulado *On certain endemic skin and other diseases of India and hot climates generally*, mas seu escopo foi amentado devido as contribuições recebidas tanto de profissionais situados fora dos limites deste protetorado colonial, como também os resultados da expedição realizada em 1875 pelo Cirurgião-Major Henry Vandyke Carter (1831 – 1897) “por certas partes da África e da Europa a caminho da Índia”, integrado às pressas no produto final do relatório. Apesar de Carter ter como objetivo oficial “estudar a história clínica, distribuição geográfica e etiologia da lepra”, sua grande contribuição para esse relatório – que lhe rendeu o nome na capa e menção na primeira página da introdução – foi ter observado e descrito, em diferentes regiões, como em Biskra na Argélia, em Alepo na Síria, em Creta na Grécia, na região Mesopotâmica e na cidade de Deli na Índia, a presença de úlceras cutâneas semelhantes, sempre bem conhecidas das populações nativas e geralmente com uma ou mais designações populares, que, apesar de apresentarem algumas características peculiares entre si, pareciam constituir um quadro clínico específico e individualizado. (Fox e Farquhar, 1876, p.12) Sugeriram, então, engloba-las sob a “denominação genérica” de *Oriental sore* devido sua abrangência territorial parecer estar limitada ao Oriente (Fox e Farquhar, 1876, p.19).

Com o advento da doutrina pasteuriana, na década de 1870, diferentes microrganismos passaram a ser associados como o agente etiológico das úlceras cutâneas. Primeiro, o próprio Henry Vandyke Carter sugeriu que sua causalidade estaria associada a um cogumelo de origem vegetal, que denominou *Mycosis cutis chronica* (Fox e Farquhar, 1876, p. 20). Em 1885, David Douglas Cunningham (1843 – 1914) do *Indian Medical Department*, estudando a doença em Deli, julgou, sê-la de origem parasitária e a relacionou a ação de “um organismo simples de natureza micetozoária”, que se multiplicava por divisões e formação de esporos, com estrutura próximo a de plasmódios e amebas, sem, no entanto, denomina-lo (Cunningham, 1885, p. 29).

Seis anos mais tarde, em 1891, Robert Hammil Firth, Cirurgião do Exército Britânico, considerando o trabalho de Cunningham como o “mais habilidoso e mais claro relato da moderna patologia sobre essas *sores* já publicado” (Firth, 1891, p. 62), publicou suas pesquisas que desenvolvia desde

1886 no *British Medical Journal* afirmando tinha por objetivo confirmar e ampliar “as notas preliminares feitas por Cunningham”. Propôs denominar o mesmo microrganismo indicado por Cunningham como *Sporozoa furunculosa* e indicou “sua peculiar influencia patologia em climas tropicais, onde eram, provavelmente, parasitas do homem e dos animais” (Firth, 1891, p. 61).

Em 1898, ao lançar a primeira edição de *Tropical Diseases – A manual of diseases of warm climates*, que tornaria um dos maiores manuais médicos sobre as doenças tropicais, Patrick Manson incluiu pequeno verbete dedicado ao *Oriental sore* o associando às condições de salubridade e higiene de determinadas localidades. Disse acreditar que melhoramentos sanitários, como aqueles conduzidos por ingleses em suas colônias, poderiam reduzir significativamente as condições de contaminação. Sobre seu agente patogênico, sinalizou os trabalhos de Cunningham (1886) e de Firth (1891), mas ponderou, acreditar que esse ainda estava por ser descrito, uma vez que, em nenhum dos casos foi possível reproduzir as condições necessárias para a associação entre o parasito e a doença (Manson, 1898, p. 444).

Ao detalhar sua distribuição geográfica, além de enumerar diversas regiões à Oriente localizadas, notadamente, no Norte da África e no Oriente Médio, como “Marrocos, o Saara (Biskra, Gafsa), Egito, Creta, Chipre, Ásia Menor, Síria (Alepo), Mesopotâmia (Bagdá), Pérsia, Cáucaso, Turquestão, Índia (Laore, Multan, Deli etc)”, Manson afirmou que a denominação *Oriental sore* “não era mais adequada”, uma vez que havia sido relatada e categorizada “como comum na Bahia, Brasil”, (Manson, 1898, p. 442). Manson se referia ao trabalho do ainda estudante baiano, do último ano do curso de medicina, Juliano Moreira (1872 – 1933) publicado no *Jornal des Maladies Cutanées et Syphilitiques*, no segundo semestre de 1895, no qual identificava clinicamente as afecções cutâneas encontradas em sua cidade natal ao botão do Oriente. Era a primeira vez que alguém relatava a existência desta doença no continente latino-americano e, por conseguinte, no hemisfério Ocidental do globo, fazendo com que Patrick Manson demonstrasse incomodo com a nomenclatura *Oriental sore* (Manson, 1898, p. 442; Moreira, 1895, p. 594).

Em 1903, o médico norte-americano James Homer Wright (1869 – 1928), diretor do laboratório clínico-patológico do Hospital Geral de Massachusetts, examinou o caso de uma menina armênia de nove anos de idade, recém-

emigrada aos Estados Unidos, que apresentava uma úlcera no lado esquerdo do seu rosto. Após extração e análise do material colhido na ferida, foi diagnosticada com “*aleppo boil or tropical ulcer*” (Wright, 1903, p. 476). Utilizando o recém-criado método Romanowsky para coloração do parasito, identificou características morfológicas que lhe pareciam próximas aos protozoários e, por isso, denominou-o *Helcosoma tropicum*. Ao mesmo tempo, defendeu não se tratar do mesmo organismo formador de esporo, próximo à ameba, descrito por David Cunningham e nomeado por Robert Firth (Wright, 1903, p. 487)

Em outro polo de preocupação e sem nenhuma relação de identidade com o botão do Oriente, encontrava-se o kala-azar indiano (febre negra, em hindu). Doença que chamava a atenção das autoridades imperialistas britânicas, desde 1858, devido aos constantes relatos sobre epidemias de febres quinino-resistentes que ocasionavam altas taxas de mortalidades entre os cultivadores de chá e outros gêneros na região de *Garo Hills*, no Sudeste de *Assam*, prejudicando a produtividade agrícola e, consequentemente, a lucratividade colonial. Essa nova e temida moléstia apresentava sintomas similares à malária e era caracterizada por constantes ataques de febres intermitentes ou remitentes, aumento de baço e, em estágios mais avançados, emagrecimento, anemia e escurecimento da pele (sendo este o sinal que dava nome ao mal) (Gibson, 1983, p. 203).

Em Netley, na Inglaterra, o médico William Boog Leishman (1887 – 1926) tratava de militares que haviam prestado serviços na Índia e retornavam à Inglaterra por motivos de saúde, no *Royal Victoria Hospital*. Um dos pacientes tratados por Leishman era um soldado que havia servido em Dum-Dum, cidade notoriamente insalubre localizada a cerca de onze quilômetros de Assam. Retornou à Inglaterra em 1900 e dera entrada nos hospital de Netley com quadro de disenteria. Não resistindo ao tratamento e faleceu alguns meses depois (Dutta, 2008, p. 74). Ao autopsiar o soldado, William Leishman encontrou nos esfregaços feitos com material extraído de seu baço um parasita desconhecido. Em maio de 1903, publicou suas observações no *British Medical Journal*: o que vira pareceram-lhe formas mortas e degeneradas de tripanossomas que o médico escocês associava ao kala-azar (Leishman, 1903, p. 1252 – 1254).

Dois meses mais tarde, Charles Donovan, professor de fisiologia no *Madras Medical College*, na Índia, escreveu ao inglês Ronald Ross perguntando se reconhecia um parasito que havia encontrado durante a biopsia do baço feita ainda em vida num paciente que apresentava febre remitente e aumento notável daquele órgão. Ross transmitiu as dúvidas de Donovan a Leishman, que prontamente respondeu informando que aquele achado era aparentemente similar ao que fizera em Netley. Após solicitar mais informações, concluiu que eram “absolutamente iguais”, e que as divergências a princípio observadas tinham a ver com as diferentes formas do parasito em vida e no exame *post-mortem* (Gibson, 1983, p. 210).

À mesma época dessa correspondência, Donovan enviava amostras do parasito a Félix Mesnil, zoólogo do Instituto Pasteur de Paris, para que este as mostrasse a Alphonse Laveran que desde 1897 fazia parte deste instituto de pesquisa. Laveran classificou o parasito encontrado por Donovan como uma nova espécie do gênero *Piroplasma*. Neste meio tempo, Leishman só deparou com mais um caso de kala-azar e não conseguiu detectar o parasito no sangue deste outro soldado internado. Pelo regulamento militar, era proibido extrair amostras de baço de pacientes em vida e, enquanto buscava autorização para realizar o procedimento, o paciente faleceu, frustrando sua expectativa de conseguir (*in vivo*) uma amostra do parasito em questão. Ross, que já discordava da ideia de Leishman de que havia visto formas degeneradas de tripanossomas, publicou artigo no qual discordava também da classificação proposta por Laveran: *Piroplasma donovani* (Ross, 1903a, p. 1262).

Tratava-se, para Ross, de um novo gênero de protozoário e, em novo artigo, no qual explorava minuciosamente a questão, denominou-o *Leishmania-Donovani*, em homenagem a dupla de pesquisadores, que mesmo trabalhando de forma independente, haviam formulado as primeiras descrições do referido patógeno (Ross, 1903b, p. 82). No ano seguinte, em março de 1904, Donovan finalmente conseguiu encontrar aquele protozoário na circulação sanguínea periférica e em outros órgãos internos de um paciente com calazar durante um acesso de febre alta, abrindo caminho para que diagnósticos idênticos fossem realizados na Índia e em outras regiões endêmicas, como Sudão e Egito. Naquele mesmo ano, Leonard Rogers teve sucesso em cultivar o protozoário *in vitro* após descobrir que, como os tripanossomas, ele se

multiplicava em amostra de sangue quando era aquecida a 27° C. Em fins de 1904, a denominação *Leishmania-Donovani* passou a ter uso corrente nos principais centros de médicos da Europa como o nome do agente do calazar (Gibson, 1983, p. 212).

Ainda em 1904, Leishman publicou um novo trabalho no *British Medical Journal* chamando a atenção para o fato de que o micro-organismo estudado por ele e Donovan era similar a aquele identificado por Wright. No entanto, a relação entre as duas doenças (o botão do Oriente e o kala-azar) permaneceu muito incerta, criando-se uma anomalia científica que desafiava o princípio do agente etiológico único e singular para cada moléstia. Tal anomalia é um aspecto essencial do processo de construção subsequente de um grupo nosológico cujos componentes apresentavam agentes patogênicos morfollogicamente indiferenciáveis, mas que tinham características e cursos inteiramente diferentes.

Foi então que o parasitologista alemão Max Luhe, em 1906, propôs renomear o patógeno do botão do Oriente (*Helcosoma tropica*) para *Leishmania tropica* de maneira a se criar o grupo de doenças denominado leishmanioses. Estas, a partir de então, passaram a constituir importante objeto de pesquisa para os médicos ligados ao campo emergente da medicina tropical. Afinal, como dois protozoários morfollogicamente idênticos podiam causar doenças tão distintas? As principais suspeitas recaíam sobre ciclos biológicos possivelmente diferenciados no organismo do hospedeiro intermediário. Mas essa hipótese remetia a outra incógnita: existia um hospedeiro intermediário? Por analogia a outras doenças relacionadas a bactérias e protozoários, seriam moscas, mosquitos, percevejos, pulgas ou carrapatos. Outra hipótese relacionava leishmaniose cutânea (botão do Oriente) e visceral (calazar) aos diferentes ambientes e climas que emolduravam a relação entre patógeno e hospedeiro humano. Mas como comprovar a relação entre ambiente e as distintas manifestações clínicas da *Leishmania*? Essas eram algumas das questões que norteavam as pesquisas sobre as leishmanioses no começo do século XX, fazendo delas um tópico dos mais intrigantes e pujantes numa conjuntura caracterizada por crescente entrecruzamento das agendas de pesquisa das instituições científicas recém-criadas em diferentes lugares do globo para dar concretude aos programas da microbiologia e medicina

tropical, conjuntura, portanto, em que os próprios protocolos destes campos científicos imbricados eram ainda criados e validados em diferenciados contextos nacionais.

Foi justamente em meio a esse turbilhão de pesquisas, hipóteses e suposições sobre a natureza deste recém-criado grupo de moléstia que novas pesquisas vindas do continente latino-americano aumentariam a abrangência territorial das leishmanioses e inaugurariam uma nova fase de estudos sobre aquele grupo de doenças. Com manifestações e cursos clínicos extremamente diferenciados quando comparados àqueles encontrados na África e Ásia, as leishmanioses no continente latino-americano proporcionaram aos pesquisadores que atuavam nesta região um tema de pesquisa com fortes e duradouras oportunidades de diálogo com pesquisadores de outros continentes sobre um objeto de pesquisa já bastante valorizado nas agendas dos centros de medicina tropical europeia.

Apesar da existência de registro clínico da existência do botão do Oriente no continente latino-americano, os pesquisadores Antonio Carini, diretor do Instituto Pasteur de São Paulo e Adolpho Lindenberg, médico da Santa Casa de Misericórdia e seu assistente Ulisses Paranhos foram os primeiros a diagnosticar parasitologicamente protozoários do gênero *Leishmania* nesta região, durante uma epidemia de úlceras cutâneas e mucosas – popularmente conhecidas como úlceras de Bauru – que entre finais de 1908 e o início de 1909 acometera, em grande profusão, os operários que trabalhavam em um trecho de mata virgem na cidade de Bauru, interior de São Paulo, na construção da *Estrada de Ferro Noroeste do Brasil*, ferrovia que ligaria o porto de Santos, na região sudeste à capital do estado de Mato Grosso, Cuiabá, no Centro-Oeste brasileiro.

Essa epidemia foi tão violenta que além de atrapalhar o andamento das obras de construção desta ferrovia, lotou as enfermarias do hospital da Santa Casa de São Paulo localizadas a mais de 400 quilômetros (Lindenberg, 1909, p. 252). Mesmo estranhando as manifestações de mucosas, não conhecidas nos casos de leishmanioses cutâneas encontradas na África e Ásia, ambos os artigos publicados tanto na *Revista Médica de São Paulo*, como no periódico francês *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique* tinham por objetivo comprovar a existência do protozoário *Leishmania tropica* no continente

latino-americano. Até então, o único registro do referido protozoário nesta região havia sido aquele, identificado por James Wright, em 1903, e mesmo assim a partir de uma menina armênia que acabava de emigrar para os Estados Unidos, levando-o a concluir que a mesma havia contraído o parasito em sua terra natal (Lindenberg, 1909; Carini e Parnhos, 1909).

De acordo com o dermatologista brasileiro Eduardo Rabello, a identificação das úlceras de Bauru a tal grupo de doenças foi “importantíssima” não só por adicionar novos territórios à cartografia global das leishmanioses, como também no que dizia respeito ao conhecimento da nosologia das leishmanias, pois era a primeira vez que se detectavam parasitas desse gênero em úlceras mucosas, o que abria caminho para que lesões semelhantes fossem examinadas como possíveis manifestações clínicas de leishmanioses em outros pontos do continente (Rabello, 1925, p. 19, 20).

Ainda neste mesmo ano, os pesquisadores Louis Nattan-Larrier e Ferdinand Heckenroth, da *Société de Pathologie Exotique*, receberam das autoridades coloniais francesas na Guiana fragmentos de uma úlcera mucocutânea extraída de uma moléstia popularmente conhecida como *Pian-Bois* de um paciente francês que residia na colônia americana havia aproximadamente 10 anos. Após realização de exames parasitológicos, e sem deixar de estranhar as manifestações clínicas relatadas, essa moléstia foi diagnosticada como uma manifestação diferenciada de leishmaniose, levando Nattan-Larrier a ponderar em suas conclusões que, apesar de ter ficado comprovado a existência de protozoários do gênero *Leishmania* na Guiana, novas pesquisas seriam necessárias “antes que se possa, de uma parte, especificar completamente [a espécie d]este parasita e, de outra parte, saber qual é a importância do seu papel patogênico nas diversas úlceras cutâneas observadas na Guiana” (Nattan-Larrier, Touin, Heckenroth, 1909, p. 590, 591).

A partir de então, as manifestações de leishmanioses na América Latina passaram a ser um tema de pesquisa constantemente estudado por diferentes personagens e instituições científicas que paulatinamente iam acrescentando novos elementos à cartografia sul-americana das leishmanioses e, sem deixar de relatar as anomalias observadas, forneciam modelos para que pesquisadores situados em outras regiões deste continente buscassem nas nos lugares em que exerciam suas pesquisas.

Na região norte do Brasil, o estudante de medicina Carlos Rao e o médico baiano Alfredo Da Matta, fundador e presidente da *Sociedade de Medicina e Cirurgia do Amazonas*, relataram a existência de leishmanioses cutâneas e mucocutâneas na capital e no interior do Amazonas e no Pará (Rao, 1910; Da Matta, 1910). O médico italiano Affonse Splendore, que há dez anos trabalhava no hospital São Joaquim em São Paulo, publicou no conceituado periódico alemão *Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene* importante trabalho defendendo que ao examinar pacientes proveniente da região noroeste do Brasil encontrou manifestações mucosas de leishmanioses, que acreditava constituir-se uma nova forma de leishmaniose (Splendore, 1910). Opinião semelhante à externada por Antonio Carini, em 1911, ao publicar o artigo *Leishmaniose de la muqueuse rhino-bucco-pharyngée* no *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*. (Splendore, 1911, p. 105 – 113; Carini, 1911, p. 290, 291)

De acordo com diretor do Instituto Pasteur de São Paulo, apesar de ser menos frequente do que feridas de pele em locais descobertos, a localização de úlceras sobre o nariz e a boca não chegava a ser rara em São Paulo. Com diversos casos já observados e fisionomia clínica bastante característica, Carini argumentava que não mais hesitava em diagnosticá-las como leishmanioses de mucosas e afirmava que, apesar de não ter encontrado, mantinha a suspeita da existência de um protozoário específico responsável por esse tipo de manifestação patogênica. (Carini, 1911, p. 291)

No Peru, dois meses após a publicação de Carini, o médico Edmundo Escomel, pesquisador desse país andino formado pela Universidade San Martin, que contou com um período de intercambio no Instituto Pasteur de Paris, publicou no *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique* um artigo intitulado “*La espundia*”, no qual relatava ter observado diversos casos de uma moléstia crônica, caracterizada por ulcerações granulosas, com diversos anos de duração, encontradas sobretudo próximas às florestas de “vegetação exuberante, temperatura quente e grande umidade” da Zona Central do Peru e descrevia, de forma sumária, algumas observações sobre essa doença popularmente conhecidas pelo nome que dava título a seu artigo. (Escomel, 1911, p. 489)

Em outubro de 1911, o pesquisador paraense Gaspar Vianna, que acabara de ser convidado por Oswaldo Cruz para trabalhar no Instituto de Manguinhos, publicou no periódico *Brazil Médico* uma nota preliminar relatando que, ao analisar amostras de tecidos de um paciente de São João do Além Paraíba, Minas Gerais, internado no Hospital da Misericórdia do Rio de Janeiro havia identificado protozoários “com a forma d’um ovoide”, “núcleo localizado um pouco acima da parte mediana”, que julgava pertencer ao gênero *Leishmania*. Mas, devido à presença de um filamento, “talvez rudimento de flagelo, não observado até hoje”, julgava que esse parasito poderia “ser considerado como uma nova espécie” desse gênero. Batizou-o então como *L. braziliensis* e concluiu sua breve nota afirmando estar “aguardando estudos posteriores para sua minuciosa descrição morfológica e biológica” (Vianna, 1911, p. 411).

No ano seguinte, os pesquisadores da *Société de Pathologie Exotique* Alphonse Laveran e Louis Nattan-Larrier lançaram dois artigos no periódico desta instituição sugerindo “contribuições” ao estudo da *espundia* e entraram de vez no debate sobre as leishmanioses no continente latino-americano. No primeiro artigo, em março de 1912, relatando terem recebido de Escomel um pedaço de mucosa do palato duro de um paciente peruano que convivía com a *espundia* havia 15 anos, afirmaram terem localizado protozoários do gênero *Leishmania* “com uma grande analogia com a *L. tropica*, mas apresentando uma particularidade que nos pareceu interessante.” (Laveran e Nattan -Larrier, 1912 p. 177).

De acordo com esses cientistas, apesar da semelhança morfológica entre esses protozoários, aqueles que foram localizados nos materiais enviados por Escomel apresentavam comportamento e dimensões ligeiramente diferenciados. Entretanto, na conclusão desse artigo, apenas afirmaram que “as observações relatadas nesta nota, tendem a demonstrar que a *espundia*, como bem descrita por nosso colega Dr. Escomel, tem por um agente uma *Leishmania*” (Laveran e Nattan-Larrier, 1912a, p. 179).

Quatro meses mais tarde, Laveran e Nattan-Larrier publicaram sua segunda “contribuição” aos estudos da *espundia*. Nesta nova oportunidade, analisando novos materiais enviados por Escomel e qualificando-o, pela primeira vez, como sócio correspondente dessa sociedade científica, esses

pesquisadores confirmavam o diagnóstico de leishmaniose, feito no último artigo, e informavam que estavam procedendo a novos estudos sobre o protozoário em questão, sugerindo denominar seu parasito como *L. tropica* var. *americana* e a doença por ele ocasionada, leishmaniose americana (Laveran e Nattan-Larrier, 1912b, p. 489).

Entre 1910 e 1913, multiplicaram-se os relatos de diagnósticos parasitológicos de casos de leishmanioses no continente latino-americano que, a despeito das variadas denominações locais e diferentes manifestações clínicas iam acrescentando novos pontos geográficos a cartografia das leishmanias. Em 1910, Samuel Taylor Darling diagnosticou casos de botão do Oriente na zona do Canal do Panamá (Darling, 1910, p. 60 – 63). No ano seguinte, P. C. Flu associou à leishmaniose casos conhecidos como *boshyaw*s ou *boessie yassi* na Guiana Holandesa (Flu, 1911, p. 624 – 637). Em 1912, Harold Seidelin encontrou protozoários de *Leishmania* no pavilhão auricular de trabalhadores indígenas que extraíam látex nas florestas virgens de Yucatan, nas denominadas *ulceras de los chicleros* (Seidelin, 1912, p. 295 – 299). No Peru, após os trabalhos de Escomel, outra forma de leishmaniose popularmente denominada *uta* passou a ser constantemente estudada por médicos nacionais como Lizardo Lopez Velez (Velez, 1913) e Carlos Monge Medrano (Medrano, 1913) e norte-americanos, como Richard P. Strong e seus colaboradores, após a primeira expedição do Departamento de Medicina Tropical de Harvard a esta região (Stronh et all, 1913, p. 1713 – 1716).

Ainda em 1913, por ocasião da fundação da Faculdade de Medicina de São Paulo, o parasitologista francês e professor da Faculdade de Medicina de Paris, Émile Brumpt foi convidado a organizar o curso de parasitologia da referida instituição. Em sua estadia de um pouco mais de um ano neste país, ele realizou, junto ao médico paulista Alexandrino Pedroso, uma expedição ao interior de São Paulo com o objetivo de fazer um levantamento epidemiológico sobre as manifestações de leishmanioses encontradas nesta região. Como resultado de suas pesquisas, Brumpt e Pedroso argumentaram que, apesar de, na forma benigna, a leishmaniose encontrada no interior paulista guardar intimas relações com o botão do Oriente, nas suas formas malignas, que corresponderiam a cerca de 10% dos casos, a doença apresentava quadro clínico e evolução diferenciados que permitiam considerá-la uma afecção bem individualizada (Brumpt e Pedroso, 1913, p. 753).

Em 1916, por ocasião da Primeira Conferência da Sociedade Sul-Americana de Higiene, Microbiologia e Patologia, realizada na cidade de Buenos Aires, o pesquisador brasileiro Arthur Neiva e o argentino Belarmino Barbará apresentaram os resultados de suas pesquisas nas quais afirmaram terem diagnosticado mais de 40 casos de leishmanioses nas províncias de Salta e Jujuy, no Norte do país, e utilizaram, pela primeira vez, a denominação ‘Leishmaniose Tegumentar Americana’ para definir a doença americana. Considerando-a uma doença particularizada e atribuindo sua causalidade a *Leishmania braziliensis*, esses pesquisadores defendiam a ideia que essa era uma patologia autóctone da América Latina; utilizando, para isso, um novo argumento: os achados arqueológicos de cerâmica de origem incaica, conhecidos como *huacos peruanos*, que continham imagens de homens portando cicatrizes semelhantes àsquelas produzidas pela forma mucosa da doença, e assim, demonstravam, segundo a teoria, a existência de casos de leishmanioses no país, antes da chegada dos europeus no continente latino-americano (Neiva e Barbará, 1916, p. 324).

No ano seguinte, em 1917, Alphonse Laveran lançou um grande manual médico intitulado *Leishmanioses. Kala-azar; Bouton d’Orient; Leishmaniose Americana*”, o último manual escrito por esse pesquisador, antes do seu falecimento, em 1922. Com mais de 500 páginas, ele teve por objetivo reunir e sistematizar o conhecimento científico produzidos nos últimos quatorze anos sobre este grupo de doenças. Após introdução sobre as “leishmanioses e leishmanias em geral” no qual o pesquisador francês explicitava os motivos pelos quais este grupo de protozoários flagelados haviam sido unificados sob a denominação de *Leishmania*, ele organizou a estrutura deste livro de modo a destinar um capítulo para cada uma destas manifestações patogênicas, conforme indicadas no título do livro: botão do Oriente, calazar e as “leishmaniose americana de pele e mucosas”. No que tange ao estudo das leishmanioses encontradas no continente latino-americano, Laveran assumiu, pela primeira vez, a possibilidade de sê-la ocasionada por uma espécie distinta de *Leishmania*, a *L. braziliensis*, e assim deu validade e novo fôlego as pesquisas desenvolvidas por pesquisadores situados em diferentes países dessa região (Laveran, 1917, p. 494).

Na verdade, nos oito anos transcorridos entre a primeira identificação parasitológica no continente latino-americano (1909) e o lançamento do manual médico de Laveran (1917), muito se discutiu as possibilidades de distinções morfológicas do protozoário existente na América Latina, mas foram poucos consensos produzidos sobre as diferentes dimensões da doença: patogenia, modo de transmissão e prevenção. Essas incertezas somadas a sua crescente importância epidemiológica, tornavam-na um interessante tema de investigação para os centros médicos localizados nos diferentes países desta região, ao mesmo tempo em que proporcionava aos seus membros uma possibilidade real de se notabilizar nas redes globais de pesquisas sobre as doenças tropicais sobre um importante assunto de saúde pública regional e que muito interessava aos principais centros europeus de medicina tropical.

Na década de 1920, os trabalhos produzidos pelos irmãos Edmundo e Etienne Sergent e seus colaboradores no Instituto Pasteur de Argel, capital da Argélia, no qual associavam a transmissão do botão do Oriente ao *Phlebotomus papatasi* e aqueles executados por Henrique Aragão, do Instituto Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, então capital federal do Brasil, que demonstrou que o *Phlebotomus intermedius* (atual *Lutzomyia intermedia*) era o responsável pela transmissão da leishmaniose americana, fecharam a primeira fase de pesquisa sobre as leishmanioses ao definirem a tríade patógeno-doença-vetor para as formas cutâneas e mucosas da doença (Jogas Junior, 2017, p. 130).

As pesquisas sobre as leishmanioses não se arrefeceram nas décadas subsequente. O processo de definição das variadas espécies de flebotomíneos capazes de transmitir a doença e as investigações sobre o ciclo biológico do protozoário ocuparam grande parte das agendas de pesquisas daqueles que se dedicavam aos estudos deste grupo de doenças, com significativas alterações, sobretudo, na década de 1970 com o advento da microscopia eletrônica e da microbiologia molecular, no entanto, dentro do recorte proposto para este trabalho, podemos considerar que os partidários da proposta da individualização latino-americana, foram vencedores destes embates, conseguindo perpetuar suas ideias e proposições de uma doença latino-americana, diferenciada do botão do Oriente conhecida no Velho Mundo e denominada Leishmaniose Tegumentar Americana.

Referências Bibliográficas:

- ARAGÃO, H. Transmissão da leishmaniose no Brasil pelo phlebotomus intermedius. *Memórias do IOC*. Ano 36, vol. 1, 1922
- BRUMPT, É. e PEDROSO, A. Recherches épidémiologiques sur la leishmaniose forestière américaine de l'État de São Paulo (Brésil). *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 6, n.10, 1913
- CARINI, A. Leishmaniose de la muqueuse rhino-bucco-pharyngée, *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 4, n.5, 1911
- CONSTANTIN-FRANÇOIS, V. *Voyage en Syrie et en Egypte pendant les années 1783, 1784 e 1785*. Paris, Desenne et Volland, Paris, 1787
- CUNNINGHAM, D. *On the presence of peculiar parasitic organisms in the tissue of a specimen of Delhi boil*. Calcutta, Printed by the superintendent of government printing, India, 1885
- DA MATTA, A. Leishmaniose tropica. *Revista Médica de São Paulo*, n.13, 1910
- DARLING, S. Autochthonous Oriental sore in Panama. *Trans. Roy Soc trop Med & hig.*, 4, 1910
- DUTTA, A. Pursuit of medical knowledge: Charles Donovan (1863 – 1951) on kala-azar in India. *Journal of Medical Biography*, n. 16, 2008
- ESCOMEL, E. La espundia. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 4, n.7, 1911
- FIRTH, R. H. “Notes on the Appearance of Certain Sporozoid Bodies in the Protoplasm of a ‘Oriental Sore’”. *British Medical Journal*, 10, 1891
- FOX, W. & FARQUAR, T. *On certain endemic skin and other diseases of India*. Londres, 1876
- FLU, P C Die Aetiologie der in Surinam vorkommender sogenannten “Boschyaws” einer der Aleppobeule analogen Erkrankung. *Centralbl. Bakter Parasit* , 6, 1911
- GIBSON, M. The identification of Kala Azar and the Discovery of Leishmania Donovanii. *Medical History*, 27, 1983
- JOGAS JUNIOR., D. Uma doença americana? A leishmaniose tegumentar e a medicina tropical no Brasil (1909- 1927). Curitiba: Prismas. 2017.
- KILLICK-KENDRICK, R. Oriental sore: an ancient tropical disease and hazard for European travelers. *Wellcome History*. Vol. 43, 2010

- LAVERAN, A. *Leishmanioses. Kala-Azar, Bouton d'Orient, Leishmaniose Américaine*. Manson et Cie. Ed. Paris, França, 1917
- LAVERAN, A. & NATTAN-LARRIER, L. Contribution à l'étude de la espundia. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 5, n.3, 1912a
- _____. LAVERAN, A. & NATTAN-LARRIER, L. Contribution à l'étude de la espundia. (Deuxième note). *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 5, n.6, 1912b
- LEISHMAN, W. B. On the possibility of the occurrence of trypanosomiasis in India. *British Medical Journal*, n. 1, 1903
- LINDENBERG, Adolpho. L'Ulcère de Bauru ou le bouton d'Orient au Brésil. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 2, n. 5, 1909
- MANSON, P. Tropical Diseases – A manual of the diseases of Warm Climates. 1. Ed. Londres, 1898
- MONGE, Carlos. La leishmaniosis Del dermis em Péru, formas clínicas. *La Cronicas Médicas de Lima*, n. 589, 1913
- MOREIRA, J. Le bouton endémique des pays chauds observé à Bahia. *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, Paris, n. 10, 1895
- NATTAN-LARRIER, L., TOUIN et HECKENROTH, F. Sur un cas de Pian-Bois de la Guyane. Ulcère à Leishmania de la Guyane. *Bulletin de la Société Pathologie Exotique*. Paris, França, vol. 2, n.10, 1909
- RAO, C. Leishmaniose ulcerosa no Amazonas. *Revista Médica de São Paulo*, n. 7, 1910
- ROSS, R. Note on the bodies recently described by Leishman and Donovan. *British Medical Journal*, n. 2, 1903
- _____. Further notes on Leishman's bodies, n. 2, 1903b
- _____. A new parasite of man. *Thompson Yates and Johnston Laboratories Reports*, new series, n. 5, 1903c
- RUSSELL, A. *The Natural History of Aleppo and other parts*. Londres, 1756
- SEIDELIN, H. Leishmaniosis and babesiasis in Yucatan. *Ann Trop Med & Parasit*, n.6, 1912
- SPLENDRE, A. Buba-Blastomicosi-Leishmaniosi. Nota sopra alcune affezioni framboesiche osservate in Brasile. *Achiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene*, n. 15, 1911

STRONG, R. et all. Verruga Peruviana, Orya fever and Uta. A Preliminary report of the First expedition to South American from Department of Tropical Medicine of Harvad University. *Journal of the American Medical Association*, vol. 61, n. 10. 1913

VELEZ LOPES, L. La uta es producida por la Leishmania peruviana. *La Crónica Médica de Lima*, n.589,1913

VIANNA, G. “Sobre uma nova espécie da Leishmania”. *Brazil Médico*, ano 25, 1911

BOUQUET, M. *Du clou de Biskra*. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina de Paris, 1887

A HOMEOPATIA E O USO DO ASSACÚ: PRÁTICAS DE REMEDIAR NA CURA DA LEPRA, BELÉM DO PARÁ, 1920-1924

Elane Cristina Rodrigues Gomes³⁹

Resumo

O artigo analisa a inserção da homeopatia na prática de remediar, visando a cura da lepra, em Belém do Pará, entre 1920-1924. Com a chegada do homeopata colombiano Mamerto Cortés nesta cidade, percebem-se tensões no âmbito da alopatia e da homeopatia, sendo essa última considerada charlatanismo por divulgar a cura da lepra por meio de um vegetal, o assacú. A documentação apresenta a disputa pelo espaço da cura não apenas entre homeopatas e alopatas, mas também no interior da homeopatia, já que o medicamento utilizado na cura da lepra por meio do assacú teria sido exportado para outros países. O cenário exposto apresenta as atitudes de um Estado que almejava sistematizar o tratamento da lepra por meio da

39. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em História Social na Universidade Federal do Ceará; Professora da Escola de Aplicação da Universidade Federal do Pará. Av. Perimetral, 1000 - Terra Firme, Belém - PA, 66095-780, elanegomes@ufpa.br

Comissão de Profilaxia Rural e os conflitos com o doente que buscaram formas distintas de sanar os sintomas da moléstia no corpo.

Palavras-chave: Homeopatia. Lepra. Assacú. Charlatanismo.

Abstract

The article analyzes the insertion of homeopathy in the practice of remedying, aiming the cure of leprosy, in Belém do Pará, between 1920-1924. With the arrival of the Colombian homeopath Mamerto Cortés in this city, tensions are perceived in the scope of allopathy and homeopathy (this last being considered charlatanism for spreading the cure of leprosy through the vegetable assacú). The documentation presents the dispute for the space of healing not only between homeopaths and allopaths, but also within the homeopathy, since the medicine used in the cure of leprosy through assacú would have been exported to other countries. The scenario presents the attitudes of a State that sought to systematize the treatment of leprosy through the Rural Prophylaxis Commission and the conflicts with the patient that sought different ways of healing the symptoms of the disease in the body.

Keywords: Homeopathy. Leprosy. Assacu. Charlatanism.

Se o leitor folheasse as páginas do periódico *O Estado do Pará* no dia 04 de junho de 1921, na cidade de Belém, compreenderia que Mamerto Cortés foi um leprólogo, médico homeopata, que estava empenhado em curar “leprosos” por meio do uso do assacú⁴⁰, uma planta originária da América central e da Amazônia, acrescentando ainda que seu tratamento tinha alcançado avanços no âmbito da cura dessa enfermidade. Por outro lado, o *Jornal Folha do Norte*, noticiava em primeira página o colombiano como um charlatão que estava exercendo ilegalmente a medicina e abusando da credulidade humana, o que teria impulsionado a comissão de Profilaxia Rural a multá-lo e intimá-lo a depor sobre suas possíveis práticas escusas (CHEGARAM..., 1921, p. 1). Uma das pretensões nesse trabalho é inquirir o porquê de tais periódicos tratarem a profilaxia da lepra por meio do uso do assacú de maneira tão divergente, bem como compreender as tensões que giravam em torno das práticas da alopatia e da homeopatia no tratamento

40. A grafia da palavra assacú foi mantida como está presente na documentação.

da lepra no início do século XX em Belém do Pará e suas repercussões em outros estados da federação.

Deve-se mencionar que os jornais citados tinham posicionamentos políticos antagônicos no período abordado e a vinda da comissão de Profilaxia Rural ao Estado do Pará veio aguçar ainda mais tais relações. A Folha do Norte passou a construir uma imagem heroica e patriótica em relação aos feitos da comissão, principalmente por meio da personalidade de Heraclides de Sousa Araújo, médico que assumiu a chefia da comissão, referenciando-o como pessoa idônea e competente, enquanto o Estado do Pará, por várias vezes, mencionava-o como autoritário e arrogante⁴¹.

O Serviço de Profilaxia Rural surgiu por volta de 1918. As reformas inseridas pelo viés do legislativo possibilitaram a ampliação dos serviços sanitários federais nos estados, principalmente a partir da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). O DNSP, por sua vez, foi criado por meio do decreto 3.987 de 2 de janeiro de 1920, com a intenção de repensar os serviços sanitários federais e substituir a Diretoria Geral de Saúde Pública. (CABRAL, 2013) Ademais, esse órgão estava subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

Assacú: o específico da cura da lepra

Voltando a querela estabelecida no “caso Mamerto Cortés”, é importante destacar que em nenhum momento o colombiano publicou artigos seus nesses jornais. O Estado do Pará se mostrava como intermediador nas questões atreladas às tensões que se desenrolaram a partir da cura da lepra com o uso do assacú. Afirmava a notícia que o homeopata havia descoberto o específico contra o terrível flagelo da lepra e que seus prodigiosos resultados deixaram atônito seus concorrentes, ou seja, os médicos alopatas, os quais se viam aplicando práticas sem eficácia nos consultórios e no atendimento a domicílio. A disputa pelo espaço da cura entre os esculápios e os desafios que essa moléstia despertou no meio acadêmico teria provocado acusações ao colombiano. Escreveu o articulista do jornal:

41. Os periódicos paraenses que circularam entre o final do século XIX e o início do XX.

Começou-se, então, a blaterar contra o colombiano, sem carta, segundo uns, charlatão, conforme outros, mas sem a menor duvida (sic) possuidor de um methodo (sic) de cura que, se não erradica para sempre o mal do organismo atingido, todavia, sem enfraquecer o paciente, faz a molestia (sic) retrotrair rapidamente a um ponto que, pelo menos na apparencia (sic), coincide com sua cura. (A CURA..., 1921a, p. 1)

O periódico Estado do Pará colocava-se como testemunha dos benefícios que o medicamento do doutor Mamerto vinha ocasionando e principalmente das insatisfações geradas entre os médicos alopatas, ironizando que muitos inclusive adotavam práticas com o uso de ervas medicinais em seus consultórios e em atendimentos em domicílio e naquele momento criticavam o esculápio estrangeiro de charlatanismo. Conforme a imprensa, a comissão de profilaxia teria chegado tarde demais à cidade de Belém, pois estava repleta de “leprosos” e o Asilo do Tocunduba⁴² regurgitava doentes. Indagava, ainda, se a comissão faria a lei valer para todos, lançando o desafio para que o método utilizado fosse analisado cientificamente pelo colombiano no tratamento da lepra antes de difamá-lo, já que Mamerto não era o único que prometia a cura e não havia apresentado a licença de médico na época.

Enquanto isso a Folha do Norte trazia o depoimento de um morador, Sr. Francisco Rodrigues, da Rua Santarém, que se dizia sabedor de que na casa nº 36 residia um professor de nome Level Goda, que abrigava um homem de nome Mamerto Cortés. Dessa maneira soube que ele clinicava nessa residência e receitava diversas pessoas decentemente vestidas, que o procuravam durante o dia. Complementava sua queixa dizendo ainda que era voz corrente na Rua Santarém que o Sr. Mamerto se intitulava médico, dedicava-se ao tratamento da lepra e que a comissão de profilaxia tinha ido à casa do Sr. Level, onde haviam apreendido vários vidros de remédios da

42. Conta Arthur Vianna que o terreno que abrigou o asilo do Tocunduba pertenceu aos mercedários, que estavam estabelecidos em terreno aforado pelos frades. Nesse lugar Frei Caetano Brandão construiu uma olaria para fornecer tijolos e telhas para as casas em construção na cidade. Após a decisão de que a Santa Casa passaria a administrar os bens do Hospital Bom Jesus dos Pobres, a olaria entrou em decadência, permitindo que a Santa Casa de Misericórdia do Pará abrigasse o hospício, entre os anos de 1814-1816 transformando o telheiro em construção com separações internas para abrigar doentes de lepra e alienados (NETO, 2001).

fórmula de Mamerto, porém dizia nunca ter visto entrar na casa nenhum “leproso”, mas que sabia a nacionalidade de Mamerto e seu nome completo pela leitura nos jornais. O depoimento aponta indícios de que os pacientes ou familiares interessados na fórmula manipulada pelo colombiano eram pessoas que possuíam condições financeiras favoráveis e o atendimento não parecia segredo para a vizinhança, pois os jornais já divulgavam os milagrosos efeitos da prática de cura de Mamerto, como bem relatou o depoente. É importante destacar a imagem que os moradores daquela rua construíram sobre o tão afamado estrangeiro, tendo em vista que Francisco, em seu depoimento, sempre fazia uso de termos “é voz corrente” ou “pela leitura que fiz nos jornais”. Mesmo morando quase ao lado a percepção do “outro” é construída a partir da negação de conhecê-lo, evitando qualquer tipo de aproximação que pudesse despertar a ideia de cumplicidade com as práticas executadas pelo colombiano (O TRATAMENTO..., 1921a, p. 1).

Como Mamerto Cortés não apresentou a carta de licença para o exercício da medicina, a comissão deu início a um inquérito policial que teve como uma de suas ações a apreensão dos medicamentos na casa do senhor Level. O vizinho depoente podia saber muito mais do que disse, porém era visível a necessidade de tornar notório para a polícia que ele não tinha nenhuma aproximação com o acusado e que mesmo sabendo por voz corrente que Mamerto receitava leproso, nunca viu nenhum doente entrando na residência do professor que dividia a moradia com Mamerto. Mas o vizinho deixou uma lacuna em seu depoimento, dizendo que sobre o horário da noite não tinha como fornecer informações a respeito da movimentação na residência do acusado, uma vez que trabalhava como vigilante.

A comissão de profilaxia não imaginava que nos dias subsequentes os médicos envolvidos na apreensão dos medicamentos, entre estes Cyriaco Gurjão e Heraclides de Sousa Araújo, seriam arrolados na petição que Mamerto encaminhou a 4ª vara solicitando a condenação dos respectivos membros da comissão, no grau máximo do código penal, por terem utilizado de violência no exercício de sua profissão. A petição foi negada pelo promotor por justificar que não foi anexada nenhuma circunstância agravante, de acordo com a lei. Esclarecia ainda que a petição apresentava várias falhas e uma delas era quanto à instância responsável, caso houvesse crime, pois,

por tratar-se de funcionários públicos da União, não cabia àquela instância local tal competência e que o Sr. Cyriaco Gurjão não poderia ser processado porque desempenhava mandado de deputado estadual, não podendo ser processado sem licença da Câmara a que pertencia. Conforme o cenário exposto ficava evidente que o colombiano tinha adquirido inimigos com uma ampla rede de relações de poderes que estariam dispostos a restringir cada vez mais sua atuação na cura da lepra (O TRATAMENTO..., 1921b, p. 1).

A dimensão que o medicamento de Mamerto Cortés alcançou, tanto nos periódicos quanto na justiça, indica que ele deve ter disputado de maneira acirrada o espaço na corrida pela cura com os esculápios da medicina oficial, caso contrário não teria ganhado a atenção quase que diária nas páginas dos jornais.⁴³ Além disso, contribuiu para divulgar os milagrosos efeitos de seu tratamento, a ponto de o articulista do Estado do Pará narrar a visita a um paciente, morador da Rua dos Tamoyos que estava em tratamento e esse testemunhou como as ulcerações haviam cicatrizado, afirmando não se sentir fragilizado com o uso do assacú. Pelos indícios, a prática de remediar consistia no uso de uma tintura homeopática (assacú), banho quente de uma erva que só o colombiano sabia e o uso de uma pomada de cor preta e corrosiva que deveria ser aplicada nas ulcerações.

(...) hontem (sic) volvia 39 dias, fomos, novamente, visital-o. (sic) (...)

A chaga vergonhosa, embutida de panno (sic), cicatrizou completamente. As orelhas vêm voltando ao natural, com os seus lóbulos, onde murcham os lepromas (sic) horripilantes. Em summa (sic), aquelle (sic) aspecto monstruoso, dantesco, pachydermico (sic), humaniza-se rapidamente.

Falamos-lhe: -Como se sente?

-Melhor, muitíssimo melhor. (DEVEM..., 1921, p. 1)

Contudo, para além das divergências políticas e sobre a ideia de ciência entre os jornais, no caso Mamerto Cortés, o Estado do Pará assumiu, ao que

43. O articulista noticiava que existiam outros estrangeiros, como o espanhol, Saturnino Fernandez, que dizia curar pela água e o mesmo não teria sido indiciado pela comissão de profilaxia (A LEPRÁ..., 1921, p. 1).

parece, o papel de difusor da prática do mercado de cura do colombiano, incumbindo-se a responsabilidade de visitar o paciente e divulgar a perfeição do medicamento, apresentando a eficácia em curto espaço de tempo e a satisfação do doente, ganhando ares de propaganda. O que o jornal chamou de relato do paciente, parecia mais uma descrição minuciosa da equipe do jornal sobre os avanços do tratamento, já que na aparência física o “leproso” recuperava “ares de humanidade” e no depoimento a única resposta do doente era de que havia melhorado bastante. Esse tipo de reportagem trazia semelhanças com outros anúncios do período, em que os pacientes iam aos jornais manifestar testemunhos favoráveis sobre certos medicamentos, todavia tratava-se de um subterfúgio para transmitir credibilidade ao doente na escolha da medicação. (RODRIGUES, 2008, p.55)

Para respaldar a prática da homeopatia, que o jornal afirmava que Mamerto realizava, o articulista dialogou com a experiência de um médico paraense, Zacheu Cordeiro, que era colaborador nesse jornal. O doutor Zacheu era médico, homeopata, formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. A escrita do médico era acima de tudo um desabafo para com a chamada escola oficial, a qual segundo esse médico se intitulava a única e absoluta capaz de conduzir os caminhos da cura. Em contrapartida sobre as constantes críticas lançadas a Cortés, dizia não ter importância se o colombiano possuía ou não uma “carta” para exercer a profissão, mas sim a eficácia do tratamento proposto e que cabia à medicina oficial reconhecer a importância da homeopatia como uma possibilidade de estudos no campo da doença, haja vista que o interesse maior era beneficiar o paciente com o alívio da dor, seja vindo de um médico ou curandeiro. Escreveu o doutor Zacheu aos leitores do Estado do Pará:

(...) Se não fôsse (sic) medico (sic) o dr. Mamerto mas trouxesse-nos o remédio da lepra mesmo empiricamente estudada, não deveria ser aceito?

Foi Talbot, curandeiro inglez (sic), que sabendo aohar-se (sic) doente um personagem ilustre (sic), atacado de grave febre e cercado dos mais reputados medicos (sic) da época, que discutiam sem saberem debelar a moléstia (sic), bateu-lhes á (sic) porta dizendo possuir o segredo de um

maravilhoso remédio (sic) com que curaria o doente. Repelliram-no (sic) a princípio (sic), mas depois de muito insistir deram-lhe assento. Para embaraçar-o (sic), porém, um dos médicos (sic) presentes pergunta-lhe:

-Sabe o que é a febre? Diga?

-A febre responde o curandeiro, é uma doença que não sei definir, mas lhe garanto que sei curar, e que os senhores, ao contrário (sic) conhecem perfeitamente, mas são incapazes de combater.

O que nos (sic) adianta (sic) vermos todos os microbios (sic) de Hansen revelados (sic) ao microscópio (sic), e o aparelhamento (sic) de um laboratório (sic), se temos de enfrentar o mal de braços cruzados e de nos humilhar ao considerarmos a nossa impotência (sic) diante (sic) de sua força? (A CURA..., 1921c, p. 1)

Para Zacheu Cordeiro, recaíam sobre Mamerto duas graves acusações inaceitáveis pela escola oficial: não ter um diploma para comprovar a profissão e adotar a prática da homeopatia. Esta última tida pela ciência oficial “não por matar, mas por deixar morrer”. o questionamento do médico pairava justamente pela intolerância dessa medicina em não se dispor a estudar, a pesquisar ou experimentar os métodos da homeopatia. Incomodava o fato de a medicação usada não ser proveniente de nenhum dos laboratórios que tivessem o cheiro da medicina oficial em seus rótulos ou manuais. Comentava o médico que nesse círculo da escola oficial só existia espaço para os que a ela pertenciam. Logo as propostas de tratamento por mais absurdas que fossem poderiam ser bem recebidas desde que estivessem circunscritas a essa escola.

Ao que parece, pela perspectiva dos médicos alopatas, o cheiro do charlatanismo e do curandeirismo vinha também da homeopatia, sempre questionavam a eficácia do método do sistema dos semelhantes adotado pelos homeopatas, que consistia em reativar os sintomas pela semelhança, visando a superar a crise enfrentada pelo paciente agindo no mesmo sentido da doença, então o remédio provocava os sintomas da doença em doses controladas para estimular a defesa do organismo. A ineficiência da medicina oficial diante da lepra fragilizava-a produzindo questionamentos em relação

às terapêuticas que ganhavam divulgação na sociedade, como a praticada por Mamerto Cortés. As tensões e divergências internas no âmbito da medicina apontam a necessidade de desconstruir a imagem idealizada de consenso no interior desse grupo, logo tudo indica que o crescimento dos casos de lepra e a falta de tratamentos eficazes no âmbito da medicina oficial tenham alimentado proporcionalmente os anúncios de medicamentos e conflitos entre os envolvidos com o mercado da cura. E nesse ambiente estavam os licenciados lutando pelo monopólio do exercício terapêutico. (PIMENTA, 2013)

O discurso da ciência oficial fundamentava-se não obrigatoriamente na reprovação no uso do assacú, mas de quem estava legitimando o tratamento, pois a ausência da habilitação médica colocava-o na categoria de charlatão ou curandeiro, o que para os médicos era considerado imoral por estarem tentando demarcar e organizar seu espaço de atuação profissional a partir de um saber específico e autorizado. Por isso eles consideravam inadmissível menosprezar o tratamento médico profissional, dizendo que a população não tinha paciência para esperar um tratamento mais prolongado e acabava se rendendo ao charlatanismo (WEBER, 1999).

O doutor Zacheu Cordeiro, homeopata, colocou no rol dos debates o seguinte questionamento: para seus colegas da escola oficial, a prioridade não era a descoberta de um tratamento para o caminho da cura, mas o lugar de onde emanaria esse saber. Sugerindo que a prioridade não era o paciente e a moléstia que o atormentava, mas a necessidade de conquistar e assegurar que a prática da cura fosse legitimada por um grupo, que naquele momento se mostrava ineficiente diante da lepra. As práticas de Mamerto ganharam as manchetes dos jornais do Rio de Janeiro (MAIS..., 1921, p. 4) e São Paulo (A CURA..., 1921b, p. 1):

Uma grande descoberta a que a medicina official (sic) não está ligando importância (sic)

BELÉM DO PARÁ, 4(A.A) - O medico (sic) columbiano (sic) Dr. Mamerto Cortés, actualmente (sic) nesta capital, em longo histórico sobre a applicação (sic) do leite de assacu (sic) revindica (sic) a gloria (sic) da descoberta da cura da lepra, tysica (sic) e cancro. (MAIS..., 1921, p. 4)

O jornal carioca noticiava os resultados obtidos pelo colombiano a partir da lei dos semelhantes, apresentando como a cura de certos pacientes foi confirmada ao longo do tratamento com o assacú. Reiterava que tais descobertas não eram provenientes de uma causalidade, mas dos estudos realizados pelo médico que estava conseguindo cicatrizar as ulcerações provocadas pela moléstia e atenuado as dores no corpo. Porém ficava evidente que o tratamento por exigir gastos dispendiosos e uma alimentação controlada não se destinava a todos.

Mesmo sob o peso da lei e da campanha da Folha do Norte para desqualificar e criminalizar a prática de cura realizada por Mamerto, este continuou manipulando seus medicamentos e comercializando, porém com o apoio do doutor Zacheu Cordeiro, que pelos indícios tornou-se sócio do colombiano. Inicialmente entrando com a contrapartida da estrutura da farmácia que possuía, para que os medicamentos fossem manipulados, uma vez que a comissão de profilaxia rural havia acusado Mamerto de preparar medicamentos em local não apropriado, a residência do senhor Level Goda. Na coluna de notícias dos estados no jornal o Paiz (RJ)⁴⁴ afirmava-se que:

O dr. Mamerto visitou já o seu novo doente, cuja perna esquerda já estava atrofiada. Iniciando o tratamento, aquelle (sic) medico (sic) já conseguiu levantar o doente, que póde fazer todos os movimentos sentindo-se bem.

Segundo informações que obtivemos de pessoas que tem procurado o Dr. Mamerto este pede grandes somas (sic) a títulos (sic) de honorários (sic) médicos (sic), desanimando os desgraçados em busca de auxilio (sic) para seus males. (TELEGRAMA..., 1921, p. 2)

44. “Jornal carioca diário fundado em 1º de outubro de 1884 por João José dos Reis Júnior. Teve sua circulação interrompida entre 24 de outubro de 1930 e 22 de novembro de 1933, e encerrou definitivamente suas atividades em 18 de novembro de 1934. Apresentava em seu título a grafia O Paiz. Durante os últimos anos da Monarquia, O País destacou-se por sua participação nas campanhas abolicionista e republicana. O primeiro redator-chefe do jornal foi Rui Barbosa, logo substituído por Quintino Bocaiúva. Este último dirigiria o periódico até o ano de 1901, e mesmo após essa data continuaria a exercer influência sobre a linha editorial. Durante o período Artur Bernardes, apoiou o presidente em todos os seus atos, inclusive a decretação do estado de sítio, o jornal teve sua credibilidade reduzida e sua circulação caiu. Ainda assim, foi mantido o apoio ao governo” (LEAL, 2018).

Conforme o diário de notícias do jornal O Paiz (RJ), o médico teria iniciado o tratamento em um garoto pobre e a equipe do jornal Estado do Pará teria feito uma campanha solicitando doações à sociedade de alimentos e vestimenta para que fossem asseguradas ao tratamento as condições de higiene e nutricionais necessárias. E os resultados teriam sido os mais promissores possíveis, com a cicatrização das chagas e a recuperação do movimento da perna esquerda. Para um paciente, abrir a página de um jornal e se deparar com uma narrativa tão esperançosa era construir uma expectativa de futuro, porém que exigia vultosas quantias de dinheiro aos que estavam na condição desesperadora da luta pela vida (KOSELLECK, 2014). O atendimento aos pobres que era publicado no Estado do Pará talvez fosse um caminho de projetar a cura empreendida por Mamerto e construir uma ânsia de futuro aos que estavam acometidos pela doença, já que não só pelo jornal, mas pelo depoimento do vizinho de Mamerto, ficava evidente que as pessoas que procuravam pelos seus serviços andavam “decentemente vestidas”.

O cenário produzido pela disputa entre as práticas da homeopatia e a da alopatia entre os doentes e seus familiares foi marcada por descrições que favoreciam as práticas de remediar de Mamerto Cortes e colocava em dúvida os conhecimentos alopáticos sobre a lepra. Em junho de 1921 um paciente relatou ao jornal Estado do Pará que seu irmão ao apresentar os sintomas da “gafa” no corpo foi imediatamente encaminhado aos cuidados clínicos de um especialista dos mais conceituados de Belém, com o qual gastaram muito dinheiro e tempo. O caso do irmão só agravava, pois só andava de muletas, com as chagas enroladas em panos, pés inchado, sem a sensibilidade em várias partes do corpo e com dificuldades respiratórias. Porém, ao saberem da existência do homeopata, buscaram ajuda. Com dois meses de tratamento, notava que as chagas tinham cicatrizado, voltou a ter sensibilidade em certas partes do corpo e os pés tinham atingido o tamanho normal, mantendo apenas algumas manchas no antebraço e mãos. Para tais avanços no quadro do enfermo o homeopata indicou banhos quentes, uma erva que apenas o colombiano sabia a origem e uma pomada preta cáustica. (HÁ..., 1921, p. 1)

Além dos relatos de pacientes que seguiram o tratamento de Cortes, o jornal Estado do Pará convidou os redatores de outros jornais locais para visitarem os pacientes e observarem diretamente os avanços que os medicamentos utilizados pelo homeopata vinham ocasionando, bem como publicou a foto de uma criança chamada José de Oliveira após duas semanas experimentando o uso do assacú e demais recomendações. Mencionava que o garoto já conseguia usar chinelas, abrir as mãos e que as ulcerações na perna estavam em fase de cicatrização, afirmando que o rosto do doente começava a voltar ao seu aspecto humano, pois tinha sido alterado pela moléstia e assemelhava-se anteriormente a face de um tigre. (A CURA..., 1921a, p. 1)

Os desafios lançados aos médicos se renovavam diariamente com casos em que os alopatas já haviam diagnosticados como irreversíveis devido ao avançar da doença. Apesar disso, nem mesmo um paciente no fundo de uma rede, com ulcerações por todo o corpo, sem sobrancelhas, com o nariz disforme e a pele com uma cor de “tijolo” desistia da possibilidade de encontrar alívio e a cura para o mal que o debilitava. O caso do português que morava na passagem Jurunas e que recebeu em sua pobre moradia a equipe do jornal juntamente com um clínico também foi tido como “irreversível”, mas aceitou submeter-se ao tratamento oferecido por Mamerto Cortes. Nota-se que mesmo em estado avançado da doença muitos doentes vislumbravam no tratamento um caminho para atenuar as sequelas, a dor e consequentemente as deformações que a lepra provocava no corpo, haja vista o impacto e os estigmas que tais aspectos causavam (DETERMINADOS..., 1921, p. 1)

A impressão das práticas de remediar usadas pelo colombiano, segundo os familiares e doentes, atenuava as dores, cicatrizava as chagas cobertas em curativos, as orelhas e a barba ganhavam pelos, o sono era recuperado, as ulcerações reduziam e assim, segundo as notícias da época, o doente deixava de ter aspectos dantescos e monstruosos para humanizar-se. Por hora o paciente entendia que tais sintomas de melhora significava a cura e, dessa maneira, o jornal se pronunciava divulgando que Mamerto era conhecedor do específico para a cura da lepra (DEVEM..., 1921, p. 1).

Homeopatia e Alopatia: a disputa pelo espaço da cura da lepra

A notícia estampada na primeira página da Folha do Norte, no dia 24 de julho de 1921, trazia uma foto do médico Camillo Salgado⁴⁵ destacando como esse “eminente” esculápio e membro da Sociedade Médico Cirúrgica do Pará⁴⁶ havia comprovado a cura da lepra pela descoberta do específico da assacú-rana⁴⁷, constava que após um ano e oito meses de estudos acompanhando, um paciente com nove anos de idade teria identificado a cicatrização das ulcerações e a diminuição do bacilo, o qual teria sido comprovado com exame bacteriológico. Segundo seus estudos a partir de doses alternadas com a tinta da assacú-rana foi possível identificar avanços e recuos nos sintomas. Uma fala tida como autorizada, por vir da escola oficial trazia a prova da comunidade médica uma possível cura que teria sofrido duras críticas entre os pares. Camilo Salgado colocava-se à disposição para que a Comissão de profilaxia escolhesse um paciente para submeter-se ao tratamento proposto e acompanhasse as etapas dos procedimentos.

Uma notícia como a exposta acima foi o cenário propício para que o debate da cura lepra pelo assacú fosse retomado imediatamente nas páginas do jornal Estado do Pará por Zacheu Cordeiro, que conclamava a coragem de Camillo Salgado ao levar para o interior da escola oficial de medicina um tema tão árduo aos seus pares, eis o que escreveu Zacheu:

Sabio (sic) mestre e distinto.

De viva emoção e justo contemplamento (sic) encheu-me a notícia (sic) estampada na “Folha do Norte” e reproduzida no “Estado do Pará” da cura de um leproso, doente seu, pelo assacu’.

45. Camillo Salgado cursou até o quarto ano de Medicina na Faculdade da Bahia e posteriormente solicitou transferência para a Faculdade do Rio de Janeiro, diplomando-se em 1911. Também frequentou os serviços de cirurgia da Clínica de Charcot no Salpêtrière. (MIRANDA, 2017)

46. Foi a primeira instituição que tentou agregar os princípios éticos da profissão de médico, criada em 1914 na cidade de Belém. Era formada por um grupo de médicos associados com a intenção de solucionar as divergências internas na busca pela autodisciplina evitando exposições e conflitos nas páginas dos jornais (RODRIGUES, 2008).

47. Conhecida cientificamente como *Erythrina glauca*, semelhante ao açacu, árvore da família das leguminosas, habitantes das matas, porém já bastante cultivada por toda América tropical (CÂNOVAS, 2017).

Felicitó-o sincera e ardentemente, não só pela sua esplendida (sic) victoria (sic), como por ter conseguido introduzir tal substancia medicamentosa no seio da escola oficial (sic). (CARTA..., 1921, p. 1)

Apesar de os médicos terem constituído uma Sociedade ambicionando a necessidade de consolidar seu espaço nas relações políticas e no âmbito da saúde e da doença era notável ainda divergência nas perspectivas adotadas no interior desse grupo, envolvendo não apenas divergências de origem política, mas da academia de formação e da geração (RODRIGUES, 2008). Não encontramos notas de repúdio às pesquisas do doutor Camillo Salgado, escrito por seus pares, talvez justamente pela busca de traçar a partir dessa instituição limites no âmbito profissional. No entanto, a política adotada pelo estado, em que estava à frente a Comissão de Profilaxia Rural, representada pelo doutor Heraclides de Sousa, não reconhecia o assacú ou assacú-rana como possíveis meios de alcançar a cura da moléstia.

Para muitos médicos alopatas, o ambiente de divergências tanto no diagnóstico quanto nas práticas de curas entre seus pares conferia um espaço propício para a construção do chamado charlatão, que afirmava que tudo curava, afastando a população dos médicos honestos que buscavam se especializar e não faziam promessas mirabolantes ou permitiam expectativas desmedidas de esperança ao doente. Segundo os membros da Sociedade Médico Cirúrgica do Pará, curandeiro ou charlatão não era apenas os que não possuíam a licença profissional, mas também os que agiam de maneira distinta da defendida por essa associação e nesse ambiente a homeopatia não se encaixava como uma prática padrão.

Os médicos alopatas criaram vários obstáculos na trajetória de oficialização do saber homeopático no Brasil, seja dificultando o reconhecimento do Instituto Hahnemanniano ou vetando a inclusão de disciplinas da homeopatia no ensino alopático oficial. Porém, em 1912, foi implantada a faculdade de medicina homeopática no Rio de Janeiro⁴⁸, onde se formou o homeopata Zacheu Cordeiro. No entanto as práticas de medidas

48. As disciplinas no campo da homeopatia passaram a serem inseridas na Faculdade de Medicina no final do século XIX repensando a possibilidade de fundar uma escola homeopática independente, dessa maneira a homeopatia podia ser incluída na ordem médica, porém com métodos peculiares (NETO, 2001).

coercitivas para assegurar o controle da cura pelos diplomados alopáticos não deixou de revelar-se uma prática recorrente (NETO, 2001).

O vegetal reconhecido publicamente, por um médico diplomado, ganharia a legitimidade da ciência como medicamento? Em passagem pelo Rio de Janeiro para participar do Congresso sobre a lepra, Heraclides de Sousa Araújo não hesitava em exaltar a política de saneamento que vinha desenvolvendo no Pará, o que estava atrelado à personificação dele como médico desbravador e patriótico na trilha do progresso. A entrevista do médico Heraclides de Sousa ao *Correio da manhã* (RJ)⁴⁹ foi enfática de que o assácu ou assacúrana não curava “coisa alguma” (O CASO..., 1922, p. 3), afirmou que o charlatanismo do doutor Mammerto Cortés iludiu a boa fé das pessoas incultas e que sempre foi do interesse da comissão que tal cura fosse verdade, porém a informação não passava de charlatanismo. Destacava ainda que essas práticas já estavam extintas nas terras do Pará.

Entre o escárnio e a tragédia anunciada

Certamente o conde de almofadinha, como o médico Heraclides de Araújo ficou conhecido nos jornais, construiu em sua entrevista uma Belém que não existia porque as práticas de curas persistiram, inclusive por meio do pajé de Bogotá, como Heraclides nomeava Mamerto Cortés. No entanto, o homeopata continuava a vender seus medicamentos aos olhos da comissão de profilaxia. Entre a tragédia da doença e as adversidades da cura frente à polêmica do assacú, a sociedade manifestou ou representou de várias formas a sua percepção e o escárnio, sem dúvida. Esteva presente não apenas nos jornais com as farpas e os apelidos trocados entre os articulistas e os

49. “O Jornal carioca diário e matutino fundado em 15 de junho de 1901, por Edmundo Bittencourt e extinto em 8 de julho de 1974. Foi durante longo período de sua existência um dos principais órgãos da imprensa brasileira, destacando-se como um ‘jornal de opinião’” (LEAL, 2018).

O jornal era uma espécie de frente organizada para opor-se à situação. Admitindo colaboradores das mais diversas tendências, como o conde de Afonso Celso, monarquista, e Medeiros e Albuquerque, simpatizante do florianismo, Edmundo Bittencourt empenhava-se no entanto em recusar caráter neutro a seu jornal. Sua personalidade funcionava como uma espécie de denominador comum entre as diferentes opções políticas de seus colaboradores, constituindo a verdadeira força motriz que impulsionava o *Correio da Manhã* nessa primeira fase.

médicos, mas também nas ruas quando em meio ao circuito de preparação das festas do Círio de Nazaré⁵⁰, divulgava-se uma peça de teatro com o título “O Assacú” (O ASSACÚ..., 1921, p. 1):

O Assacú no Theatro (sic) da Natureza

A festa de Nazareth (sic) este anno (sic) terá uma atração (sic) magnifica que de certo chamará a attenção (sic) dos festeiros.

No theatro (sic) da natureza, ao ar livre, onde costumava funcionar (sic) o Cinema Olympia, será encenada (sic) este anno (sic) uma esplendida revista de critica (sic) que constituirá o maximo (sic) encanto das festas nazarethnas (sic).

A peça tem por titulo (sic) “O ASSACU”. É da autoria de Zig e Zag, os victoriosos (sic) autores do “Disfarça...e passa” e está dividida em dois mirabolantes quadros com os seguintes títulos:

1º Quem manda é o Assacú!!

2º Quem manda é o Conde!!

A polêmica do assacú pairou pelos cantos da cidade e revelou-se no escárnio, entre uma sociedade que vivia a tensão entre a busca por múltiplas formas de curas e a imposição do estado para controlar o corpo e a doença a partir dos parâmetros da lei e da ciência oficial. Os dois atos da peça espelhavam um conflito evidente entre as propriedades de uma planta que ganhou uma visibilidade nacional e uma percepção de ciência propagada pelo estado republicano, imposta nesse caso, diretamente pela ação da comissão de profilaxia rural. O autoritarismo das políticas adotadas reflete na maneira como Heraclides foi retratado na peça “o conde”, na qual foi satirizado como aquele que tinha a autoridade, representava a voz legitimadora da ciência perante uma sociedade que usava em suas práticas de remediar uma planta.

50. Festa católica em devoção a Nossa Senhora de Nazaré. Além das comemorações religiosas a cidade reveste-se de comemorações profanas em vários circuitos das artes tais como no teatro e música (HENRIQUE, 2016).

O humor pode ser pensado na peça teatral “Assacú”, tal como um espaço em que a sociedade do século XX vai ancorar-se para existir, sobreviver às catástrofes e, nesse caso, a busca incessante pela cura de uma doença que amedrontava e atingia os diversos grupos sociais. Flertar com o desespero humano era, ao mesmo tempo, tratar cruamente a dor do doente, a morte, a ciência autoritária e concomitantemente perder a razão arrancando risos de uma situação trágica, mas que era denunciada, logo o humor “é a polidez do desespero” (MINOIS, 2003). Entre o humor e a ironia pairava uma contradição, culminando em uma manifestação social que zombava claramente de um médico que simbolizava a política adotada pelo estado republicano.

Mas as folhas dos jornais em breve anunciaram que a polidez nem sempre se fazia atuante no cotidiano das relações de poder entre os médicos, haja vista que, tratava-se de uma fórmula que havia ganhado grande repercussão, falava-se de um específico de cura da lepra, ambicionado por muitos esculápios. Essa foi a notícia estampada, em primeira página, na Folha do Norte, em 09 de abril de 1924 (UM CHARLATÃO..., 1924, p. 1):

O famoso curandeiro columbiano (sic) Mamerto Cortes matou, covardemente, a tiros, o conhecido homeophata (sic) dr. Zacheu Cordeiro, cujo desaparecimento encheu a cidade de consternação. O flagrante e os depoimentos do delinquente:

As primeiras horas da tarde de ontem (sic)

A Folha Norte em sua querela política com o periódico Estado do Pará e em caráter de resposta, dizia que Mamerto teve o apoio de certa imprensa local e revelou-se não apenas um charlatão, mas assassino e que havia disparado três tiros em Zacheu Cordeiro quando esse descia do bonde. A cena construída no jornal colocou a imagem do curandeiro assassino, ao lado do médico vitimado. É importante notar o cenário descrito para legitimar o que acontecia quando se dava espaço a curandeiros e ou charlatões na prática da cura. Publicar a imagem do morto no necrotério podia parecer um apelo para que a sociedade percebesse as consequências da barbárie que as atitudes de um falso médico poderiam gerar quando esse encontrava

reconhecimento seja da população ou da imprensa que não tinha a ciência como legitimadora do progresso, pois como bem escreveu o jornal, Mamerto era famoso.

De acordo com as investigações policiais Mamerto teria assassinado Zacheu Cordeiro porque achava que esse último ia sacar uma arma ao encontrá-lo no bonde do centro da cidade e argumentou agir em legítima defesa. No entanto testemunhas afirmaram que Zacheu não estava armado e que a justificativa de Mamerto era infundada. Pelo relato da esposa da vítima, que chegou a óbito, tinha um certo tempo que os dois estavam em conflito por causa da fórmula do assacú, já que o colombiano acusava Zacheu de não lhe repassar o dinheiro referente a venda da fórmula, porém a esposa, dona Zuleika, contou que seu marido recebia vários pedidos de sua fórmula de inúmeros lugares tais como: França, Portugal, Cayena Rio de Janeiro, São Paulo, Hospital dos lázaros de Pernambuco, Ceará e Amazonas, no entanto nunca tinha se apropriado dos medicamentos preparados por Mamerto, que inclusive estavam guardados na farmácia homeopática de seu marido, na Rua Nova de Santana nº45 (UM CHARLATÃO..., 1924, p. 1).

É possível deduzir que Mamerto pode ter conquistado inimigos entre as autoridades, mas também conquistou um grupo de pessoas que almejavam curar-se ou sanar a doença em um parente ou conhecido, o que reitera que existia um espaço para ele, haja vista que os esculápios não conseguiam atender a essa demanda, pois a doença desafiava os saberes da escola oficial.

Referências

- A CURA da lepra pelo Assacú. *Estado do Pará*, Belém, p.1, 07 jul.1921c.
- A CURA da lepra pelo Assacú. *Estado do Pará*, Belém, p.1, 11 jun. 1921a.
- A CURA radical da morphéa: as propriedades da planta assacú. *Correio Paulistano*, São Paulo, p. 3, 14 jun. 1921b.
- A LEPRÁ e o processo Mamerto Cortés. *Estado do Pará*, Belém, p. 1, 28 jun. 1921.
- CABRAL, Dilma. *Lepra, Medicina e Políticas de Saúde no Brasil (1894-1934)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2013.
- CÂNOVAS, Raul. *Erythrina fusca*. Disponível em: http://www.jardimdasideias.com.br/biblioteca-de-especies/137-erythrina_fusca. Acesso em: 21 jan. 2017.

CARTA aberta ao Exm. Senhor Dr. Camillo Salgado. *Estado do Pará*, Belém, p.1, 26 jun. 1921.

CHEGARAM finalmente os médicos Patrícios que vêm encetar o Serviço de Prophylaxia Rural. *Estado do Pará*, Belém, p.1, 04 jun. 1921.

DETERMINADOS pelo princípio da humanidade. *Estado do Pará*, Belém, p. 1, 10 jul. 1921.

DEVEM os leitores estar lembrados do “suelto” inserido na edição 10. *Estado do Pará*, Belém, p.1, 20 Agost. de 1920.

HÁ muitos anos. *Estado do Pará*, Belém, p.1, 8 de Junho de 1921.

HENRIQUE, Marcio Couto. *Círio de Nazaré: Patrimônio cultural brasileiro*. Belém: Editora Açaí. 2016.

KOSSELLECK, Reinhart. *Estratos de tempos*. Rio de Janeiro: Contraponto. 2014.

LEAL, Carlos Eduardo. Correio da Manhã. Disponível em: <http://www.fgv.br/cpd/doc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/correio-da-manha>. Acesso em: 28 mar. 2018.

LEAL, Carlos Eduardo. País, O. Disponível em: <http://cpdoc.fgv.br/sites/default/files/verbetes/primeira-republica/PA%C3%8DS,%20O.pdf>. Acesso em 28 de mar.de 2018.

MAIS uma vez a Europa se curva diante o Brasil! *A Noite*, Rio de Janeiro, p. 4, 04 mai. 1921.

MINOIS, Georges. *História do riso e do escárnio*. São Paulo: Editora UNESP. 2003.

MIRANDA, Aristoteles Guiliod de. Camilo Salgado: o médico e o mito. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=243>. Acesso em 20 mai. 2017.

NETO, André de Faria. *Ser Médico no Brasil: o passado no presente*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2001.

O ASSACÚ no teatro da natureza. *Estado do Pará*, Belém, p. 1, 04 set. 1921.

O CASO da lepra e a regulamentação do meretrício em Belém. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, p. 3, 04 out. 1922.

O TRATAMENTO da lepra pelo assacú. *Folha do Norte*, Belém, p. 1. 07 jun. 1921.

O TRATAMENTO... O tratamento da lepra pelo assacú. *Folha do Norte*, p. 1. 08 jun. 1921.

PIMENTA, Tânia Salgado. Alopatria e Homeopatia no Rio de Janeiro em meados do oitocentos. In: FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; MACIEL, Ethel Leonor Noia (orgs). *Uma história brasileira das doenças*. 2. Belo Horizonte: Fino Traço. 2013.

RODRIGUES, Silvio Ferreira. *Esculápios Tropicais: a institucionalização da medicina no Pará, 1889-1919*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de História, Universidade Federal do Pará, Belém. 2008.

Telegrama. *O Paiz*, Rio de Janeiro, p.2, 14 jun. 1921.

UM CHARLATÃO assassino. *Folha do Norte*, Belém, p. 1. 09 abr. 1924.

VIANNA, Arthur. *A Santa Casa da Misericórdia Paraense: notícia histórica 1650-1902*. Belém: Secretaria de Estado da Cultura, 1992

WEBER, Beatriz Teixeira. *As artes de curar: medicina, religião, magia e positivismo na República Rio-Grandense, 1889-1928*. Santa Maria: Ed. da UFSM; Bauru: EDUSC. 1999.

O LUTO DO OUTRO LADO DA FRONTEIRA: A TRAVESSIA DO MUNDO DOS SÃOS PARA O DOS DOENTES NO HOSPITAL COLÔNIA DE CURUPAITI

Erica Cristina da Silva Gomes⁵¹

Nadja Paraense dos Santos⁵²

Resumo

Neste trabalho identificamos sinteticamente as diferentes posturas de alguns pacientes com Mal de Hansen frente às sequenciadas perdas enfrentadas ao serem internados no antigo Hospital Colônia de Curupaiti, em

51. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia (HCTE) na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), RJ, Brasil. Mestre em Comunicação Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Possui graduação em Comunicação Social (Jornalismo) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. E-mail: assessoraerica@yahoo.com.br

52. Professora adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Química em Rede Nacional (PROFQUI) do Instituto de Química da UFRJ, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Doutora em Engenharia de Produção na área de História das Ciências pela Coordenação dos Programas de Pós-Graduação em Engenharia e Mestre em Educação Pela UFRJ. Possui graduação em Engenharia Química e graduação em Licenciatura em Química - ambas pelas UFRJ. E-mail: nadja.paraense@gmail.com

Jacarepaguá, Zona Oeste do Rio. O acesso a este posicionamento em relação ao luto foi possível graças a realização de trabalho de campo para pesquisa de Doutorado no HCTE-UFRJ, quando tivemos contato com registros físicos-simbólicos que deram pistas de como tais internos lidaram com sua condição de confinamento no cotidiano. O leprosário foi criado na década de 1920 para atender a determinação legal brasileira de isolamento compulsório dos “leprosos” e ficou com seus portões fechados ao mundo externo até 1983. A reação da passagem do mundo dos sãos para o dos doentes na instituição é considerada uma metonímia de respostas dadas também por outros pacientes segregados em espaços similares no país.

Palavras-chave: Hospital Colônia de Curupaiti, Lepra, Luto.

Introdução

Na década de 1920 foi criado o Hospital Colônia de Curupaiti⁵³, em Jacarepaguá, Zona Oeste do Rio de Janeiro. A iniciativa é fruto de uma política nacional de saúde pública voltada para o isolamento e a internação compulsória dos acometidos pela “lepra” (Cabral, 2013). O intuito era evitar a propagação da doença até então considerada incurável. Instalados em locais distantes e de difícil acesso (Amora, 2009), a entrada para este tipo de instituição representava para muitos doentes uma espécie de morte simbólica.

Tomando a experiência de Curupaiti como uma metonímia dos demais hospitais colônias brasileiros voltados para o Mal de Hansen, identificamos de maneira sintética as posturas dos internados frente às variadas perdas que os acometeram ao serem retirados do mundo dos sãos. Tais posicionamentos referem-se ao período em que os portões de Curupaiti estavam legalmente fechados, ou seja, entre os anos de 1928 a 1983 (Cruz, 1995).

Alguns dos atores sociais, que vivenciaram este processo traumático, deixaram marcas físico-simbólicas no local, tais como arquivos pessoais, livros e iniciativas relevantes. Neste trabalho, baseamo-nos em algumas

53. O local hoje chama-se Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária (IEDS). Além da área médica, que abriga pacientes com sequelas, necessitados de atendimento de enfermagem, a ex-colônia é composta por uma comunidade com cinco vilas de casas, igrejas, centro espírita, templo budista, Centro de Estudos, pequenos comércios locais, entre outros espaços.

destas pistas reveladoras para identificar o direcionamento dado por eles à sua condição de confinamento no cotidiano.

Metodologia

Este trabalho é fruto da análise das primeiras fontes e registros físico-simbólicos encontrados no antigo Hospital Colônia de Curupaiti durante a fase inicial de pesquisa de campo realizada em 2016. As visitas incipientes tinham por finalidade a definição de melhor recorte temático para a elaboração da tese de Doutorado, em desenvolvimento no Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia (HCTE-UFRJ). Para interpretar tais indícios, recorreremos à análise teórica interdisciplinar de áreas como História, Antropologia, Ciências Sociais e Psicologia.

Resultados e discussão

Os primeiros hansenianos que chegaram em Curupaiti foram transferidos do Hospital de São Sebastião do Caju. Em 15 de outubro de 1928, os 53 pacientes fizeram o pioneiro rito de passagem que seria repetido incontáveis vezes por aqueles que cruzaram os portões do leprosário, enquanto vigorou a política de internação compulsória. A sensação inicial da travessia do mundo dos “sãos” para o dos “doentes” (Cruz, 1995) é traduzida por um ex-interno de Curupaiti em livro de sua própria autoria: “(...) Agora, eu estava do outro lado da fronteira, na margem acidentada e escura, onde os caminhos nunca se destinam ao futuro nem os horizontes se abrem em promessas de luz. Era a fronteira dos solitários, onde jamais chegam os gestos, as vozes e as palavras amigas... Eu estava leproso!” (Martins, 1984:33).

Para compreender os impactos desta travessia, consideramos como basilar os conteúdos trazidos por Goffman (2005). O foco do autor está no universo social do internado, cuja vivência se dá subjetivamente. O conceito e as características de “instituição total”, elaboradas pelo estudioso, são fundamentais para analisarmos a estruturação de Curupaiti. De modo sintético, este tipo de instituição seria considerado local de residência e trabalho, onde um grande grupo de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada.

De acordo com a sua finalidade, as “instituições totais”, segundo Goffman (2005), podem ser divididas em cinco tipos de agrupamentos: instituições criadas para cuidar de pessoas tidas como inofensivas e incapazes; locais para cuidar de pessoas que não seriam capazes de fazer isso por si próprias e que também representem uma ameaça não intencional à comunidade; instituições organizadas para proteger a sociedade de perigos intencionais e onde o bem-estar dos isolados não é a preocupação inicial; locais criados para a realização mais adequada de alguma tarefa de trabalho; e estabelecimentos de refúgio do mundo, que muitas vezes servem também como locais de instrução para religiosos. A justificativa para a existência do Hospital Colônia em questão seria a segunda situação acima descrita. Estes seriam os casos dos sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários.

No Curupaiti, altos muros envolveram a instituição. Eles seriam a materialização das barreiras em relação ao mundo externo, indicando que a saída é proibida. Para Goffman (2005), este impedimento é estabelecido de forma física na “instituição total”: seja através de portas fechadas, arame farpado, fossos, água, florestas, pântanos ou paredes altas. Como desdobramento deste isolamento, um aspecto central das instituições totais é a quebra das barreiras que normalmente separam as três esferas da vida. O indivíduo mora, realiza atividades de lazer e trabalho no mesmo lugar e sob uma única autoridade, que seria a equipe dirigente.

Internados e dirigentes pertenceriam a dois mundos socioculturais diferentes, com pontos de contato oficial, mas com pouca interpenetração (Goffman, 2005). Isto porque nas “instituições totais” há uma divisão básica de modo a limitar a conversa entre as fronteiras, reforçando os estereótipos. Tratam-se de dois universos com restrições de comunicação, assim determinados: Internados - vivem na instituição, tem contato restrito com o mundo externo, veem os dirigentes como condescendentes, arbitrários e mesquinhos e tendem, sob alguns aspectos, a sentirem-se inferiores, fracos, censuráveis e culpados. Caso sua estada no local seja muito longa, podem sofrer um “desculturamento”, ou seja, ficarem temporariamente incapazes de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária; Equipe dirigente - está integrada ao mundo externo, geralmente trabalha 8 horas por dia, considera os internados amargos, reservados e não merecedores de confiança. Este

panorama se deu de forma física-simbólica em Curupaiti (Cruz, 1995). O local foi dividido em áreas para sadios, doentes e mistas, onde somente era estabelecido o contato estritamente necessário entre os dois lados da “fronteira” (Martins, 1984).

O não respeito à esta e demais normas gerava punição, de modo a servir de exemplo coletivo. Algo facilmente concretizado, na medida em que na “instituição total” as atividades são feitas em grupo para que a supervisão seja mais eficaz (Goffman, 2005). A cadeia era um espaço presente na estrutura física de Curupaiti e servia como prisão para os infratores das normas internas (Cruz, 1995).

A penalidade, tal como anteriormente citamos, é uma das muitas formas de fragilizar o internado, que passa por sistemáticas “mortificações do Eu”, intencionais ou não. Em outras palavras, na “instituição total”, o paciente é despedido das disposições sociais trazidas do seu mundo doméstico, que lhe garantiam uma concepção de si mesmo (Goffman, 2005).

No caso do Hospital-Colônia, os pacientes foram abruptamente afastados de familiares, do trabalho e legalmente proibidos de ter contato externo, gerando uma série de estigmas. Nas palavras de Goffman (2005), há uma sucessão de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do Eu.

Muitos, no auge da carreira ou em períodos de grande satisfação pessoal, eram acometidos pela enfermidade, tendo suas vidas radicalmente modificadas. Desse modo, além de habitantes da colônia e portadores da sensação de um fracasso biográfico, outra característica em comum se impunha a todos que se tornavam pacientes em Curupaiti e nas demais instituições similares pelo país (Souza Araújo, 1956): uma sequência de perdas.

Considerações finais

Diante destas mortes físicas e simbólicas⁵⁴ vivenciadas pelos hansenianos de Curupaiti identificamos basicamente dois tipos de posturas: há quem

54. “A ideia de luto não se limita apenas à morte, mas o enfrentamento das sucessivas perdas reais e simbólicas durante o desenvolvimento humano. Deste modo, pode ser vivenciado por meio de perdas que perpassam pela dimensão física e psíquica, como os elos significativos com aspectos pessoais, profissionais, sociais, e familiares do indivíduo” (Cavalcanti, Samczuk, Bonfim, 2013:88).

tenha ficado no luto patológico e aqueles que conseguiram passar pelas fases do luto normal (FREUD, 1917). De forma geral, o luto é uma reação à perda de um objeto amado. O referido estado não é considerado patológico desde que haja superação após certo período de tempo, mesmo que variável. Suas características são muito semelhantes às da melancolia, que tem como sintomas desânimo profundo e penoso, cessação de interesse pelo mundo externo e inibição de toda e qualquer atividade.

O que difere significativamente o luto normal do patológico (melancolia) é que neste último há presença de baixa auto-estima e auto-recriminação. No primeiro, existe claramente o objeto perdido, já no segundo nem sempre este objeto é definido conscientemente. Mesmo depois da perda, há uma hipercatexia do referido objeto, que continua na psique.

A cada lembrança, a libido que se ligava ao objeto é superinvestida, no entanto, a realidade comprova sucessivamente que o objeto amado não existe mais. Essas variadas constatações motivam o desligamento da libido, uma vez que o “Eu” precisa escolher se mantém ou não o direcionamento a esse objeto. As forças narcísicas o convencem a ficar vivo e, para tanto, rompe o vínculo com o objeto amado, declara-o morto e a partir daí pode encontrar novos substitutos. Este processo de redirecionamento de interesse para a busca de outros objetos, que possam substituir o perdido, não se dá no luto patológico.

Tendo em vista estas considerações, não é aleatório, por exemplo, que ao ser internado em Curupaiti, Martins tenha recebido a seguinte resposta para uma indagação feita a um veterano da colônia: “Procurei saber do velho colono qual a melhor maneira de se viver em Curupaiti. A resposta foi dada com rapidez, sem hesitação, assim como se tivesse sido pensada e meditada durante longo tempo: “- O melhor meio de se viver aqui, meu caro, é ficar sentado e esperar a morte no fundo de um quintal” (Martins, 1984:167).

Acreditamos que o relato com aparente tom pessimista constitui uma superfície sintomática de um processo muito mais amplo e profundo, que atingiria pacientes não só em Curupaiti, mas também internos em condições semelhantes alocados em outros Hospitais Colônia. Metaforicamente, consideramos que a narrativa exemplifica uma postura coletiva dos internos que frente ao isolamento compulsório foram tomados pelo desânimo e falta de

sentido gerados pelas perdas sequenciadas. Sem conseguirem ressignificar a existência, ficaram no luto patológico, que é fruto da interrupção do processo normal do luto (Freud, 1917).

Trata-se de um estado mental cronicado, marcado por graus diferentes de depressão e melancolia, que está relacionado à impossibilidade pessoal de integrar perdas significativas e suas transformadoras consequências. Como desdobramento, o enlutado estabelece uma identificação com o que está morto, direcionando-lhe raiva e hostilidade:

A correlação entre a melancolia e o luto parece ser justificada pelo quadro geral dessas duas condições. Além disso, as causas excitantes devidas a influências ambientais são, na medida em que podemos discerni-las, as mesmas para ambas as condições. O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto; por conseguinte, suspeitamos que essas pessoas possuem uma disposição patológica. (Freud, 1917: 249)

No entanto, como dissemos anteriormente, há também outro tipo de reação: hansenianos que como os demais passaram pelas rupturas impostas pela segregação, mas que apesar das privações físicas e sócio simbólicas da “lepra”, de certa forma, conseguiram se reinventar através de posturas proativas no dia-a-dia de Curupaiti (Certeau, 1994).

Parece-nos que este é o caso de quatro hansenianos cujas ações protagonistas encontramos inscritas no próprio espaço físico da ex-colônia. Da mesma forma que o “velho colono”, citado por Martins (1984), eles também representam o posicionamento de vários outros personagens de Curupaiti e dos demais Hospitais Colônia do país (Monteiro, 2002). Mas, aqui, eles ilustrariam a postura daqueles que conseguiram reconfigurar sua vivência saudavelmente, apesar do confinamento (Braga, 2006).

De olho nos rastros

As contribuições de Amazonas Hércules (1912-2004); Monsenhor José Carlos Moreira (1919-2003); Maria Ferreira Junqueira (1919-?); e Ana Helena Bastos Silva (?-1994), conhecida como Dona Anita⁵⁵, para a melhoria das condições de vida dos internos de Curupaiti ficaram marcadas na memória simbólica-espacial da colônia.

É assim que, por exemplo, o Pavilhão Residencial Feminino, Clementino Fraga, ficou conhecido pelo nome de Maria Junqueira. A homenagem revela o reconhecimento à respectiva hanseniana que por décadas chefou o local, demonstrando dedicação integral às idosas, muitas vezes portadoras de sequelas causadas pela doença (Torres, maio/junho 2009).

Da mesma forma, José Carlos Moreira, torna-se padre-capelão de Curupaiti, e recebe o título de Monsenhor na instituição, tendo em vista sua fundamental colaboração na construção de prédios residencial, hospitalar, capela mortuária, além de implantação de uma radiodifusora e realizações de várias atividades sociais no Hospital Colônia. Iniciativas registradas no arquivo pessoal do religioso e em um livro de memórias rascunhado⁵⁶.

Na mesma linha, Dona Anita dá nome a um centro de curativos instalado em Curupaiti para rememorar sua contribuição como visitadora social e pioneira na criação do Serviço Social na colônia. Uma trajetória de 55 anos como interna e ativa militante na conquista de direitos para os moradores de Curupaiti (Cruz, 1995).

Durante o meio século que passou no leprosário, o então secretário no Centro Espírita Filhos de Deus (CEFD), Amazonas Hércules, também deixou um legado bem palpável, que pode ser traduzido na escrita de um livro de poesias, na realização de palestras, nas participações em programas de rádio, nas atividades de caráter assistencial para os internos e seus familiares, e na criação de uma sala de curativos - fundamental em uma colônia de hansenianos.

55. A trajetória de tais atores sociais dentro do Hospital Colônia de Curupaiti são foco de nossas investigações na pesquisa de Doutorado em desenvolvimento no HCTE, desde 2016.

56. Em vida, o padre-hanseniano redigiu esses manuscritos, que não chegaram a ser publicados, constituindo-se como uma das fontes primárias utilizadas pela autora em sua pesquisa de Doutorado.

Assim como os demais hansenianos, esses personagens passaram pelas rupturas e perdas impostas pelo isolamento compulsório. Mas, segundo deduzimos, apesar das variadas perdas, talvez eles conseguiram vivenciar as fases do luto normal, transformando as perdas em marcas. Tornaram-se seres marcados, como todos os humanos, mas não perdidos na sua vontade de viver, pulsar e decidir (Freud, 1917).

Após a superação deste momento inicial, os referidos hansenianos desenvolveram uma série de ações proativas e de cooperação. Em síntese, o legado deste grupo pode ser expresso pela conquista de direitos sociais e trabalhistas para os internos, criação de novos espaços de cuidado e sociabilidade na colônia, realização de atividades de caráter essencial para os doentes e estabelecimentos de elos com o chamado “mundo externo”. Apesar das imposições restritivas dentro de Curupaiti, que se atribuiu ao sistema, eles elaboraram sutis e criativas estratégias no cotidiano para driblar a condição de sujeição (Certeau, 1994).

Tratam-se de posturas que nos sinalizaram respostas previsíveis e outras diferentes ao que tradicionalmente se convencionou como o esperado diante de um processo de segregação tão traumático. É assim que ao lado da resistência à aceitação das sequenciadas perdas impostas pela condição de “leproso” e interno de um Hospital Colônia parece que também coexistiu a resiliência ativa, cujos motivos neste trabalho nos pusemos a investigar.

Referências

AMORA, Ana Albano. Utopia ao avesso nas cidades muradas da hanseníase: apontamentos para a documentação arquitetônica e urbanística das colônias de leprosos no Brasil. *Cadernos de História da Ciência*, v. V – Instituto Butantan – vol. V, n. 1, p. 23-53. jan-jul 2009.

BRAGA, Andréa Baptista Freitas. “*O que tem de ser tem força*”: narrativa sobre a doença e a internação de Pedro Baptista, leproso, meu avô (1933-1955). Dissertação (Mestrado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2006.

CABRAL, DILMA. *Lepra, medicina e políticas públicas no Brasil (1894-1934)*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

CAVALCANTI, Andressa Katherine Santos, SAMCZUK Milena Lieto, BONFIM, Tânia Elena. O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. *Psicólogo inFormação*. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.15603/2176-0969/pi.v17n17p87-105>>. Acesso em: 2 out. 2018. jan./dez 2013.

CERTEAU, Michel de. *A Invenção do cotidiano. Artes de fazer*. Petrópolis, Vozes, 1994, [Tradução: Ephraim Ferreira Alves].

CRUZ, Regina. “Essa história eu vivi...” *O resgate histórico da Colônia e da Caixa Beneficente de Curupaiti, através da memória de seus contemporâneos, no período de 1928 a 1983*. 1995. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 1995.

FREUD, Sigmund. Luto e melancolia. 1917 [1915]. In: A história do movimento psicanalítico. Rio de Janeiro: Imago. p. 243-263. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 14). 1996.

GOFFMAN, Eving. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

MARTINS, Antônio Magalhães. *Do outro lado da fronteira*. São Paulo: Edições Paulinas, 1984.

MONTEIRO, Eduardo Carvalho. *A Extraordinária Vida de Jesus Gonçalves*. São Paulo: Madras, 2002.

SOUZA ARAÚJO, Heráclides César de. *História da lepra no Brasil: período republicano (1890-1952)*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956.

TORRES, Raquel. Isolamento Obrigatório. *Revista Poli – Saúde, Educação, Trabalho*, v. I, n. 5, p. 14-15. maio /junho 2009.

A DOENÇA DE CHAGAS EM TERRAS PAULISTAS NOS PRIMEIROS ANOS DO SÉCULO XX (1910-1916)

Ewerton Luiz Figueiredo Moura da Silva⁵⁷

Prof. Dr. André Mota⁵⁸

Resumo

Em 1912 Carlos Chagas foi convidado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo para uma visita à capital do estado. Nesta curta estadia, Chagas proferiu uma conferência sobre as manifestações clínicas da tripanossomíase americana, destacando os seus aspectos cardíacos, neurológicos e endócrinos. O conferencista defendeu que o *Trypanosoma cruzi* era o responsável não apenas pelo óbito, mas pela inutilização de milhares de brasileiros pelos recantos do país. Em São Paulo já se conhecia a existência do barbeiro pelas terras do estado, porém, ainda nenhum trabalho havia confirmado a existência de casos daquela doença na “terra dos bandeirantes”.

57. Doutorando pelo programa de pós-graduação em Medicina Preventiva da FMUSP. Bolsista Capes. São Paulo, Brasil. e-mail: ewertonfigueiredo@usp.br

58. Professor Livre-Docente do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP. São Paulo, Brasil. e-mail: andremota13@gmail.com

No início do século XX, a jovem República brasileira conferiu aos estados atribuições para que gerissem os assuntos relacionados à saúde pública em seus territórios e São Paulo organizou seu próprio modelo médico-sanitário que contou com instituições como: Bacteriológico, Butantan, Pasteur, Faculdade de Medicina e Cirurgia. Estes centros de produção de pesquisa, bem como de elaboração de soros e vacinas, foram envolvidos no mapeamento da distribuição dos barbeiros pelo estado, no estudo de formas de diagnóstico da doença e na identificação de casos pontuais de infecção parasitária em humanos.

Palavras-chave: São Paulo; doença de chagas; História.

Introdução

Esta pesquisa pretende abordar as primeiras recepções, pela elite médica paulista, dos trabalhos de Carlos Chagas sobre “a nova tripanossomíase humana” e as contribuições de São Paulo para o estudo desta enfermidade no início do século XX.

No outono de 1909, Oswaldo Cruz anunciou nos salões da Academia Nacional de Medicina uma importante descoberta científica feita nos sertões mineiros por um de seus discípulos. Enviado dois anos antes para o povoado de Lassance, afim de combater a malária que dizimava os operários empregados na construção de um trecho da Estrada de Ferro Central do Brasil, Carlos Chagas identificou no intestino de um inseto hematófago muito comum naquelas paragens – chamado popularmente de barbeiro – o que parecia ser uma nova espécie de tripanosoma. No Rio de Janeiro, Oswaldo Cruz conseguiu infectar saguis com os triatomíneos remetidos de Minas Gerais por seu discípulo e, em Lassance, Carlos Chagas encontrou tais tripanosomas em amostras de sangue colhidas de uma menina de apenas dois anos, chamada Berenice, que se apresentava “em franca decadência orgânica” (Chagas, 1909:p.165). Estes flagelados, em homenagem a seu mestre, foram batizados como *Trypanosoma cruzi*. Iniciava-se, assim, a construção de uma nova doença, apresentada ao mundo científico como a “nova tripanossomíase humana” – pois, até então, a doença do sono era a única tripanossomíase patogênica ao homem.

Se por um lado, a nova enfermidade foi apresentada como o grande triunfo da ciência médica brasileira – em especial do Instituto Oswaldo Cruz de Manguinhos –, por outro, simbolizou um Brasil rural, pobre e doente (Kropf, 2006). Marcado por seus habitantes depauperados pela pobreza e sugados pelos barbeiros que viviam nas frestas das míseras casas de pau-a-pique que abundavam pelos sertões deste país. Uma visão antitética daquela que a jovem República procurava imprimir no Rio de Janeiro: a de uma cidade saneada e modernizada.

Há perigo em São Paulo?

Em sessão ordinária da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo de 16 de novembro de 1910, exatos 21 dias depois da posse de Carlos Chagas como membro da Academia Nacional de Medicina, Vital Brazil, diretor do Instituto Butantan, propôs o nome do colega de Manguinhos para ingressar, como sócio honorário, no seletivo grupo de esculápios paulistas, o que foi aprovado por aclamação de seus membros. Em seu discurso, Vital Brazil destacou a necessidade de “fazer-se um inquérito científico para verificar se nas zonas em que existe o ‘chupança’ encontram-se doentes de papo, hipertrofia da glândula tiroide que é um dos característicos da moléstia de Chagas” (Sessão, 1911: p: 337-338).

Embora Arthur Neiva apontasse para a existência de triatomíneos em Itapura, nos sertões paulistas, em 1910 e o Museu Paulista, dirigido por Rodolpho von Ihering, possuísse, em 1911, uma coleção entomológica de triatomíneos procedentes dos estados de Minas Gerais, Bahia, Espírito Santo e São Paulo – vindos de Barretos e de Franca – nenhum caso havia sido confirmado de tripanossomíase humana nas terras dos Bandeirantes: “Nestas duas últimas localidades [Franca e Barretos] denominam-no comumente Chupão ou Chupança e também ali, como em Minas, o inseto infesta as casas, onde se aloja nas camas, nos móveis e nas frestas. Entretanto, nada consta de positivo sobre o aparecimento da tripanossomíase também nestas localidades” (Ihering, 1911: p.24).

A periculosidade atribuída aos barbeiros após 1909, bem como sua proliferação no interior das casas de taipa habitadas pelos caipiras e colonos, chamou a atenção da revista *Chacaras e Quintaes* que, a pedido

dos proprietários rurais, publicou, em abril de 1911, um artigo de Rodolpho von Ihering sobre aqueles hemípteros para que: “Expusesse aos nossos leitores alguns detalhes sobre a biologia do barbeiro e principalmente sobre a profilaxia a empregar contra esse terrível transmissor de moléstia. Assim correspondemos a numerosas consultas que nos foram feitas sobre este assunto de tanta atualidade (Ihering, 1911: p.9).

Assim, os paulistas demonstravam alguma apreensão com a existência dos vetores da doença no estado quando, em 5 de setembro de 1912, Carlos Chagas, a convite da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, desembarcou na estação da Luz, sendo recebido por jornalistas e pelos membros mais destacados da comunidade médica paulista, dentre eles Arnaldo Vieira de Carvalho e Vital Brazil. O jornal *O Estado de São Paulo* destacou a vinda do cientista recém-chegado da então capital federal da República dos Estados Unidos do Brasil e o que os paulistas esperavam desta visita:

Demais, o Dr. Carlos Chagas tem procurado limitar a geografia médica da moléstia que tão bem estudou. Ele nos dirá se tem notícias de casos verificados no território do estado de São Paulo, que mais de perto nos interessa. Não será para admirar que isto se dê, porque o lustrado pesquisador corresponde-se com todos os que lhe podem oferecer elementos para o seu juízo em relação aos domínios da moléstia. Não será de admirar, ainda, porque em S. Paulo têm sido encontrados alguns exemplares do barbeiro e espécies vizinhas (*O Estado de São Paulo*, 1912: p.3).

Enquanto o discurso de Carlos Chagas, cientista de um instituto federal de pesquisa e de produção de soros e vacinas, estava voltado para a abrangência nacional de uma grave endemia – daí o uso do termo “tripanossomíase brasileira” presente em muitos de seus trabalhos – as elites paulistas olhavam para dentro dos limites de seu próprio estado e sua preocupação em relação à nova ameaça detectada nos sertões brasileiros consistia em apontar para sua existência ou não em terras paulistas, mesmo porque já se sabia na altura que o barbeiro “não ocorre senão no Oeste, pois nunca o encontramos [...] nem no litoral, nem na capital ou seus arredores, Campinas, etc.” (Ihering, 1911: p.9). Portanto, em regiões de importante produção cafeeira do estado.

Em sua conferência, dirigida à fina flor da sociedade paulistana, que encheu o salão do Radium para ouvi-lo, Chagas, que não possuía informações sobre a existência de doentes no estado de São Paulo, realizou uma longa apresentação sobre os aspectos clínicos da tripanossomíase brasileira descrita como uma doença que “não encontra na nosologia outra entidade mórbida que lhe exceda em consequências funestas” (Chagas, 1912: p. 64) e por ser, talvez, “em patologia humana, a entidade mais multiforme” (Chagas, 1912: p. 50) devido aos danos provocados pelo tripanosoma na glândula tireoide, no sistema nervoso central e na musculatura cardíaca. Naquele tempo, o bócio, ou a hipertrofia na glândula tireoide, era apontado como a marca visível da enfermidade, o “selo da doença” nos dizeres de Miguel Couto e, por isso, a doença foi chamada também de tireoidite parasitária (Kropf, 2006).

No entanto, antes de iniciar a apresentação em torno da doença em si, Carlos Chagas proferiu um discurso onde agradeceu à Sociedade por tê-lo aceito como membro honorário e teceu elogiosas palavras à elite médica paulista e à estrutura médico-sanitária do estado:

E assim é porque a permanência de algumas horas entre os colegas paulistas, em que desde muito, admiramos essa energia de trabalho e esta alma nova de progresso que se reflete aqui em todos os ramos da atividade medica, constitui, para nós outros, oportunidade feliz de apresentar-lhes homenagem muito sentida e de aplaudir a grandeza de sua ação profissional, que desejamos continuada e sempre próspera.

Ou seja numa higiene pública modelar, fundamentada em solidas razões de ciência e obediente aos modernos preceitos que a experimentação tem estabelecido, ou numa assistência hospitalar perfeita, exercitada com a maestria de profissionais que sabem da arte a verdade última [...] a alta cultura do médico paulista, prestígio do seu saber, vêm de longe concorrendo vantajosamente para este surto incomparável de progresso e de civilização com que São Paulo tem glorificado o Brasil, prestigiado o seu nome e nobilitado a sua nacionalidade (Chagas, 1912: p. 34-35).

Carlos Chagas encerrou sua curta estadia na capital dos paulistas no dia 7 de setembro quando embarcou no trem de luxo de volta ao Rio de Janeiro,

horas depois de ter visitado o Instituto Butantan, o Hospital de Isolamento, a Santa Casa e a Universidade de São Paulo importantes pilares da “higiene pública modelar de São Paulo” nos primeiros anos da República no Brasil. Mas, como estavam constituídos os serviços de saúde paulistas que tanto impressionaram o cientista de Manguinhos?

O modelo médico-sanitário dos paulistas

A Primeira República Brasileira (1889-1930) conferiu às autoridades estaduais e municipais os poderes para a gestão dos assuntos relacionados à saúde pública em seus respectivos territórios, cabendo ao governo federal a fiscalização sanitária nos portos do país e do Distrito Federal. Como a Constituição promulgada em fevereiro de 1891 garantiu o princípio federativo, a União só poderia interferir nos poderes locais por solicitação expressa dos estados e nunca pela iniciativa do governo sediado no Rio de Janeiro (Hochman, 1993). Neste contexto amparado pelo pacto federativo e pelos recursos financeiros provenientes da economia cafeeira, o estado de São Paulo desenvolveu seu próprio modelo médico-sanitário, tido como exemplar para o resto do país. Tal como escreveu Monteiro Lobato “enquanto no Rio a ideia do saneamento gira no ciclo da propaganda pela palavra, em São Paulo gira no terreno dos fatos” (Monteiro Lobato, 2010).

Na virada do século XIX para o século XX, os paulistas conheceram um acelerado desenvolvimento demográfico, em especial na sua capital, impulsionado pela lavoura cafeeira, pela expansão da malha ferroviária pelo interior do estado e pelo crescente afluxo de imigrantes europeus – principalmente italianos, portugueses e espanhóis. Os dados oficiais refletiam as transformações atravessadas pelo estado: a população total de São Paulo saltou dos 1.384.753 habitantes em 1890 para os 2.279.608 em 1900, ano que sua pujante capital contava com 239.820 moradores, configurando entre as cidades mais importantes do Brasil (República dos Estados Unidos do Brasil, 1905).

Este vertiginoso crescimento atingido pelo estado tencionou as relações sociais em um ambiente que se tornaria cada vez mais caótico com a proliferação dos cortiços na capital e nos momentos de epidemias em diversas cidades paulistas como a febre amarela em Campinas em 1889 (Silva,

2012) e a peste bubônica em Santos dez anos depois (Nascimento 2013). As doenças eram uma dura realidade e uma grande ameaça não apenas para a mão de obra desejada para o desenvolvimento do estado, mas também para a proteção de suas elites devido às possibilidades aterradoras do contágio.

Assim, o governo paulista buscou organizar sua própria base de pesquisa científica e produção de soros, vacinas e medicamentos que serviram de apoio às medidas sanitárias estaduais, com autonomia em relação ao governo federal. O núcleo duro desta organização constituiu-se em torno do Serviço Sanitário (1892), órgão responsável pela centralização das políticas sanitárias e higiênicas e, subordinado a ele havia: o Instituto Bacteriológico (1892), responsável pelo estudo e formas de propagação das epidemias; o Instituto Vacinogênico (1893), para a produção de vacinas contra Varíola; e o Instituto Soroterápico do Butantan (1899) destinado inicialmente para a produção de soros antipestosos e posteriormente direcionado para o ofidismo.

Para a formação de seus próprios médicos, São Paulo contou, a partir de 1912, com a Faculdade de Medicina e Cirurgia (Mota, 2005). No quadro de professores da nova faculdade, esculápios estrangeiros foram contratados, dentre eles, o parasitologista francês Émile Brumpt – que participara de missões científicas de estudo da doença do sono na África Equatorial Francesa – contratado para assumir a cadeira História Natural Médica e implementar um laboratório de pesquisa em Parasitologia. Brumpt permaneceu em São Paulo entre 1913 e 1914, quando retornou a seu país como parte do esforço de guerra, e neste período interessou-se pela doença de chagas tendo desenvolvido um método diagnóstico conhecido como xenodiagnóstico. Este consistia no uso de barbeiros, criados laboratorialmente e livres da infecção parasitária, para que picassem indivíduos suspeitos de portar a doença e, caso o suspeito possuísse o *Trypanosoma cruzi* em seu sangue, o exame microscópico das fezes do inseto denunciaria a presença dos flagelados. De acordo com Brumpt este método possuía valiosas vantagens sobre os exames realizados a partir da observação microscópica direta de amostras de sangue: “Os Triatomas são capazes, com efeito, de garantir em qualquer idade, a cultura do *Trypanosoma cruzi*, e, como podem absorver de 10 a 500 vezes mais sangue que a quantidade que se pode pôr entre lamina e laminula, apresentam eles vantagens consideráveis sobre o exame direto” (Brumpt, 1914: p.100).

As chamadas doenças tropicais, muitas delas endêmicas nos sertões paulistas, despertaram a atenção da corporação médica do estado como a febre amarela e as doenças que dizimavam e desfiguravam operários e engenheiros empregados na construção de ferrovias pelo interior do estado, como a malária e a úlcera de Bauru. Entre tais empreendimentos, destaca-se aqui a construção da Estrada de Ferro Noroeste do Brasil, iniciada em 1905 para ligar o estado de São Paulo, a partir de Bauru, à Corumbá, no estado do Mato Grosso (Benchimol; Silva, 2008).

A Noroeste do Brasil foi construída em pleno sertão paulista, em uma região marcada pelos sangrentos conflitos contra os índios Caingangues. Além dos combates travados contra os indígenas, as matas cerradas e as margens dos rios Tietê e Iguapeí estavam infestados de mosquitos que naquele momento tinham à sua disposição o sangue de milhares de operários envolvidos na construção dos trilhos (Ribeiro, 1993). O resultado foram epidemias de malária, beribéri, verminoses, disenteria e uma doença que desfigurava a face dos operários, a úlcera de Bauru. Os estudos em torno desta doença, feitos por Antonio Carini, Ulysses Paranhos e Adolpho Lindenberg identificaram as úlceras como manifestações clínicas da leishmaniose tegumentar e estabeleceram, em 1909, o primeiro diagnóstico parasitológico desta enfermidade no Brasil (Benchimol; Silva, 2008).

As elites paulistas procuraram colocar São Paulo como a “locomotiva sanitária” de um Brasil enfraquecido por seus sertões doentes e, desta forma, a medicina bandeirante seria uma ferramenta para a projeção de São Paulo no comando nacional durante a Primeira República. No entanto, havia um grande contraste entre o que os discursos médicos afirmavam – sobre as certas potencialidades do aparato sanitário do estado em debelar as epidemias e a harmonia reinante entre tais instituições, a população e os poderes públicos – e os impasses encontrados pela medicina paulista em transformar o estado naquela tão almejada “locomotiva sanitária”, como as péssimas condições de salubridade de sua capital e a existência de numerosas endemias que castigavam as populações do interior (Mota, 2005). E a doença de chagas estava no rol destas endemias.

Os Institutos Bacteriológico, Butantan e Pasteur nos rastros da nova tripanossomíase humana

Em dezembro de 1912, Vital Brazil, ao abrigo da rede para a permuta de soros por serpentes que uniu o Butantan aos proprietários rurais, solicitou que os mesmos enviassem triatomas que por ventura viessem a encontrar em suas propriedades e também foi feito o uso da revista agrícola *Chacaras e Quintaes* com o propósito de ampliar o alcance desta solicitação:

O Instituto Soroterápico deste estado (em Butantan, Pinheiros) está completando alguns estudos sobre os *barbeiros* ou *chupanças*, insetos sugadores de sangue humano e transmissores de moléstia gravíssima [...]. Para este fim pede aos que estiveram em condições de remete-los para aquele endereço em caixinhas de fósforos ou semelhantes pelo correio.

Será conveniente virem juntos em uma caixa somente os *chupanças* apanhados em uma mesma casa, e que as caixas sejam marcadas com o nome ou as iniciais do morador dela e a localidade.

Em retribuição aos *chupanças* que forem remetidos o Instituto envia uma ampola de soro contra mordeduras de cobras (BARBEIROS E CHUPANÇAS, 1916:p. 683).

Entre 1912 e 1916 o Butantan recebeu hemípteros de localidades como Mogi-Guaçu, Itaoca, Santa Rita do Passa Quatro, Descalvado, Rifaina e Pirassununga, muitos deles capturados nas míseras habitações que eram frequentes nas paisagens dos sertões paulistas. Conforme os triatomíneos chegavam ao Instituto, João Florêncio Gomes e Bruno Rangel Pestana – assistentes do Butantan – indicavam no mapa do estado os locais de onde tais insetos eram procedentes e examinavam as fezes dos exemplares de cada remessa para verificarem se estavam ou não infectados pelo *Trypanosoma cruzi* (Gomes,1916).

Embora o envio de remessas com triatomíneos tenha sido importante para o estabelecimento da distribuição geográfica destes hemípteros pela terra dos Bandeirantes, os cientistas do Butantan também fizeram o caminho oposto, ou seja, deixaram a capital para percorrerem os rincões do estado

afim de divulgar os produtos biológicos elaborados pelo Instituto e colher informações sobre as doenças que afligiam os municípios do interior paulista.

Foi o caso da viagem realizada por Octavio Veiga que, por designação de Vital Brazil, percorreu os municípios de Campinas, Rio Claro, Ribeirão Preto, Orlândia, Pitangueiras e Barretos entre os dias 9 e 29 de outubro de 1915. Meses antes, Veiga foi admitido pelo Butantan para ocupar o posto vago pela transferência de Rangel Pestana para o Bacteriológico em fevereiro de 1915 e, através de sua passagem pelo interior paulista, teceu um valioso relatório sobre as condições sanitárias daquelas paragens, onde enfermidades como a ancilostomíase e o impaludismo predominavam nas zonas rurais e a lepra marcava os corpos dos mendigos que perambulavam pelas ruas das cidades.

Entre os municípios visitados apenas Campinas e Rio Claro desconheciam o barbeiro; no entanto, os hemípteros eram comuns, juntamente com as moscas e os mosquitos, nos outros recantos, como em Pitangueiras onde constituíam verdadeiros flagelos: “Eu tive ocasião de verificar porquanto em um curto espaço de tempo de duas casas nos enviaram mais de quinhentos exemplares sendo ninfas em sua quase totalidade de triatoma infestans. Dessa grande quantidade ainda consegui trazer vivos cerca de 80 para o Butantan onde examinei com o Dr. João Florêncio 16 exemplares que não estavam contaminados” (Veiga,1915: p.14).

Mas a abundância de triatomíneos não se traduziu em casos confirmados de tripanossomíase americana, cujo diagnóstico era na altura bastante difícil de ser estabelecido. Tendo recorrido aos clínicos residentes nos municípios do interior, Veiga apenas apontou para casos “patológicos suspeitos que talvez sejam de moléstia de chagas”, alguns deles exteriorizavam o bócio e outros apresentavam taquicardia.

Tem observado o Dr. Xavier vários casos muito suspeitos de moléstia de chagas casos esses que são muito frequentes na localidade e para que melhor eu me apercesse dessa sua afirmativa fez-me observar alguns doentes que foram por ele tratados e que embora bem melhores ainda estavam bem anêmicos com taquicardia e fenômenos raquíticos. Disse também já ter o Dr. Carini tido oportunidade de ver infestados alguns triatomíneos que lhe enviara de Pitangueiras o Coronel Francisco Catoni (Veiga,1915: p.14).

Em São Paulo os primeiros diagnósticos parasitológicos da doença foram publicados em revistas científicas, com curto intervalo entre eles, durante os primeiros meses de 1914, por Theodoro Bayma – assistente do Instituto Bacteriológico – e pela dupla Antonio Carini e Jesuíno Maciel – integrantes do Instituto Pasteur.

Em janeiro de 1913, Bayma foi enviado à fazenda Aurora, no município de Palmeiras, hoje Santa Cruz das Palmeiras, para verificar a presença da doença em casos suspeitos de tripanossomíase americana. Tratava-se de uma família de colonos italianos – a mãe de 35 anos e dois filhos de 14 e 5 anos – que habitavam um casebre infestado de barbeiros (da espécie *Triatoma infestans*). No entanto, mesmo com o hipertireoidismo manifestado na matriarca e no filho primogênito e na suposta forma mixedematosa do filho caçula, não foi constatada a presença do *Trypanosoma cruzi* em amostras do sangue destas pessoas e nem nas triatomas que habitavam a moradia da família (Bayma, 1913).

O assistente do Bacteriológico ainda percorreu outras fazendas pelos municípios de Casa Branca e São João da Boa Vista coletando e examinando triatomíneos, mas sem constatar a presença de parasitos em seus intestinos. Porém, ao inocular amostras de sangue coletadas entre os alunos bociosos de um grupo escolar de Ribeirão Preto em cobaias, verificou formas de flagelados, identificados com o *Trypanosoma cruzi*, no animal inoculado com o sangue da menina Laura Lorenzato – jovem de 13 anos que apresentava de forma incipiente o hipertireoidismo. Com o sangue da cobaia infectada, sangrado do coração, Bayma inoculou um gato e alguns camundongos e obteve resultados satisfatórios quanto à presença do tripanosoma de organismo de algumas dessas cobaias (Bayma, 1914).

Os resultados obtidos por Theodoro Bayma foram publicados na Revista Medica de São Paulo em janeiro de 1914. No entanto, poucos meses depois, dois cientistas do Instituto Pasteur divulgaram seus trabalhos que também comprovaram a presença da temida doença no estado. A partir de 1913, o médico italiano Antonio Carini, diretor do Instituto Pasteur, e José Jesuíno Maciel, contratado pela mesma instituição como assistente, receberam triatomíneos enviados de municípios como Vargem Grande, Pirassununga e Brotas. Ao examinarem os intestinos destes insetos, encontraram formas

flageladas identificadas com o *Trypanosoma cruzi* e, através da inoculação do conteúdo intestinal destes hemípteros, conseguiram obter a infecção de cobaias (cães novos, gatos, camundongos e saguis).

À semelhança de Bayma, os cientistas do Pasteur também procuraram identificar a presença do temido tripanosoma no organismo humano. Para tanto, ao percorrer os municípios de Brotas, Pirassununga e Annapolis (atual Analândia), no ano de 1913, Jesuíno Maciel coletou amostras do sangue de pessoas com os sintomas clínicos da tripanossomíase americana que habitavam aquelas paragens. O material foi inoculado em cobaias e, em uma delas, o exame microscópico dos cortes de músculos identificou a presença do *Trypanosoma cruzi*. O sangue presente neste animal era procedente da menina negra Zulmira, de 10 anos de idade, pequena moradora de um casebre infestado de barbeiros no município de Brotas e que “apresentava sinais de notável anemia, sensível reação ganglionar mais ou menos generalizada e acentuado atraso mental” (Carini; Maciel, 1914: p.77).

A cobaia recebeu o sangue de Zulmira no dia 15 de setembro de 1913 e o tripanosoma foi identificado em sua musculatura em outubro do mesmo ano, pouco tempo antes das conclusões obtidas por Bayma a partir das amostras de sangue da menina Laura. No entanto, os resultados de Carini e Maciel foram publicados nos Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia em março de 1914, dois meses depois da publicação de Bayma na Revista Medica de São Paulo. Os cientistas do Pasteur, apesar de identificarem apenas 1 caso da doença em humanos, apontaram para a sua generalização no estado: “Esta observação prova, pois, a existência da moléstia de Chagas no Estado de São Paulo: acreditamos mesmo que ela não seja rara e que existam múltiplos focos com não pequenos números de casos” (Carini; Maciel, 1914: p.77).

As pesquisas paulistas tiveram repercussão além das fronteiras brasileiras e foram acompanhadas na Argentina, país onde as primeiras críticas em torno da associação entre o bócio e a ação do *Trypanosoma cruzi* foram levantadas:

Es de observar que si bien los triatomas em el estado de Sao Paolo se encuentran muy difundidos, Carini y Maciel, no suministran datos sobre la frecuencia de la enfermedad de Chagas en el hombre. Estos autores infectaron con sangre de personas sospechosas a numerosos

cobayos, y sólo em uno de ellos observaron em sus músculos formas quísticas. Este animal fué injectado con sangre de un niño de 10 años (Negro) que presentaba tumefacciones ganglionares, especialmente de los ganglios cervicales. No describen la presencia de bocio. Fuera de este caso, Carini y Maciel no encuentran otros del mismo diagnóstico etiológico y sin embargo creen poder admitir que la enfermedad de Chagas en el estado de Sao Paolo es muy frequente. Outro caso en Sao Paolo es descripto por Bayma (Kraus, Maggio, Rosenbusch, 1915: p.2).

A despeito de confundirem a menina Zulmira com um garoto, os argentinos apontaram para a inconsistência entre as afirmações de Carini e Maciel, que admitiam a frequência da doença pelo estado de São Paulo, e seus resultados, que apontaram apenas para um caso da doença.

Um perigo iminente para a lavoura cafeeira?

Durante a realização do Primeiro Congresso Médico Paulista, ocorrido entre os dias 3 e 10 de dezembro de 1916, foi apresentado um relatório, por João Florêncio Gomes, onde as conclusões obtidas pelo Instituto Butantan foram reunidas com o conjunto dos dados publicados por Neiva, Bayma, Carini e Maciel. Suas páginas discriminaram cerca de 100 localidades paulistas onde foram capturados triatomíneos, nestas, 40 apresentavam a presença de hemípteros infectados pelo *Trypanosoma cruzi*. As três espécies predominantes em São Paulo eram, por ordem de importância: a *Triatoma infestans* – apanhada em 76 localidades –, a *Triatoma megista* – capturada em 22 localidades – e a *Triatoma sordida* – caçada em 12 pontos do estado. Um mapa foi confeccionado com todos os locais onde foram remetidos triatomíneos para a capital.

Figura 1

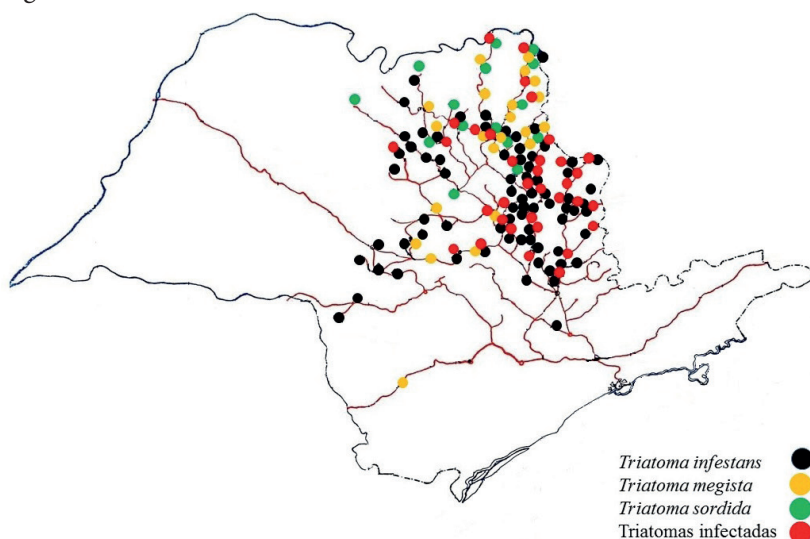


Fig.1: Distribuição geográfica dos triatomíneos pelo estado de São Paulo (mapa confeccionado a partir do original: Distribuição geográfica das triatomas no estado de S. Paulo). Cf. GOMES, João Florencio. Triatomas e molestia de Chagas no estado de S. Paulo. *Annaes do Primeiro Congresso Medico Paulista*, São Paulo, v.2, 1916. p. 198.

A carta geográfica também discriminou, por linhas vermelhas, a malha ferroviária do estado e os municípios atingidos eram aqueles servidos pelas estradas de ferro Mogiana, Paulista e Araraquara, importantes escoadouros da produção cafeeira. Algumas das localidades infestadas pelos triatomíneos eram as chamadas “bocas do sertão” que ocupavam a orla de povoamento pioneira, funcionando como áreas de apoio para expedições além da chamada fronteira (Holloway, 1984) – esta última entendida como a faixa territorial continuamente em movimento, uma zona de contato entre a região onde vigoravam os padrões de ocupação considerados civilizados e a região ainda a ser incorporada (Faleiros,2010).

A expansão da lavoura cafeeira pelas regiões oeste, norte e nordeste foi acompanhada progressivamente pela abertura de ferrovias, pela derrubada das matas nativas, pelo extermínio dos indígenas, por conflitos violentos pela posse da terra, pela instalação de fazendas e núcleos urbanos como: Ribeirão Preto, Jaú, Brodowski, Batatais, Cajurú e Espírito Santo do Pinhal (Ferreira,

2002), e alguns deles tornaram-se fornecedores de barbeiros para as pesquisas que eram desenvolvidas na capital do estado. Os cientistas examinaram 406 triatomíneos e destes 74 estavam contaminados pelo *Trypanosoma cruzi*, ou seja, aproximadamente 18% do total dos hemípteros examinados.

Os municípios que conviviam com os barbeiros eram importantes produtores cafeeiros, mas quanto representavam em peso para o total da produção do estado de São Paulo? De acordo com o Boletim da Diretoria de Indústria e Comércio, publicação da Secretaria da Agricultura, Comércio e Obras Públicas do Estado de São Paulo, o total da produção da safra paulista de café de 1913/1914 correspondeu a 36.826.030 arrobas, deste total, 23.409.336 arrobas, ou 63,56% da produção total, eram os frutos da lavoura nas localidades que reportaram triatomíneos. E, finalmente, os municípios onde foram capturadas triatomas contaminadas pelo tripanosoma responderam por 10.212.870 arrobas, ou 27% de toda a safra do estado de São Paulo (Secretaria, 1915: p.454-457). O conhecimento destes dados contribui para a compreensão do porquê a doença de chagas também esteve na agenda do Serviço do Sanitário ao lado de outras moléstias no meio rural paulista.

Como salientou Rodrigues Alves no discurso que proferiu ao passar o bastão do poder estadual a Altino Arantes em 1916, o café era vital para a economia brasileira e para a “vocação agrícola” de São Paulo: “A situação do café, Sr. Presidente, continua a ser a nossa maior preocupação. A riqueza do Estado e a da República repousam, primordialmente, no valor desse grande produto da lavoura. É mister, pois, ir acompanhando o desenvolvimento da produção em todas as suas fases e só nos tranquilizarmos quando virmos o nosso café bem colocado nos centros de consumo” (Alves, 1916: p.3).

A expansão “civilizadora” do homem por recantos indômitos associada à marcha do café também contribuiu para a disseminação de doenças, entre elas a tripanossomíase americana. Os barbeiros parasitavam originalmente os animais selvagens, mas a derrubada das matas, o plantio da lavoura e a construção de habitações humanas destruiriam ou afugentaram parte da fauna preexistente e, com ela, as fontes de alimento dos triatomíneos. Paralelamente, as precárias moradias erguidas com o uso do barro, da madeira, do cipó e do sapé constituíam um espaço propício aqueles insetos, pois possibilitavam abrigo durante o dia e alimento durante a noite procedente do sangue dos homens e de seus animais domésticos (Gomes, 1916).

Os deslocamentos populacionais, facilitados pelos transportes ferroviários, facilitaram a disseminação de epidemias pela zona cafeeira ao transportar doentes e vetores de regiões contaminadas para áreas indenens (Telarolli Júnior, 1996): “A difusão dessa praga [o barbeiro] se tem feito a custa dos trabalhadores nômades, colonos, etc. que procedem de localidades já infectadas, transportando quase sempre nas vestes e mesmo em pequenos objetos, as larvas do inseto que podem ter as dimensões de um percevejo comum e assim serem facilmente conduzidas” (Carini; Maciel, 1914: p.78-79).

A importância das ferrovias para a disseminação das epidemias justificou a adoção de medidas profiláticas com a instalação de estufas para a desinfecção de roupas e bagagens dos passageiros (Telarolli Júnior, 1996). Sobre este aspecto, é bom salientar que muitos dos barbeiros remetidos aos institutos Bacteriológico, Pasteur e Butantan foram apanhados em estações ferroviárias como Amália e Guedes (E.F Mogiana), Aurora e Elihu Root (E.F Paulista). Assim, de acordo com Luiz Jacintho da Silva, o processo de organização do espaço geográfico, no interior de São Paulo, criou condições para o desenvolvimento de casos relacionados à doença de chagas (Silva, 1999).

Importante ainda notar que os primeiros trabalhos desenvolvidos em São Paulo sobre a distribuição dos triatomíneos pelo estado ocorreram entre 1911 e 1916 e ganharam algum fôlego entre 1913 e 1915, justamente em um momento histórico de preocupação quanto à mão de obra presente no estado como bem lembrou Maria Alice Ribeiro. Segundo a autora, a Primeira Guerra Mundial (1914-1918) contribuiu para a redução do fluxo de imigrantes para o Brasil e a maior atração destes pelas cidades e pelas zonas agrícolas pioneiras acentuou o desequilíbrio em relação às zonas rurais mais antigas. Tais fatores colocaram na ordem do dia questões relacionadas ao combate dos problemas sanitários que flagelavam aquelas paragens para a plena recuperação dos inúmeros jecas tatus para a agricultura capitalista (Ribeiro, 1993).

Em 1914, o relatório do Serviço Sanitário apontava para os grandes flagelos que afligiam o estado e a necessidade de maior centralização nas questões relacionadas à saúde pública:

A malária, as disenterias, a opilação, a febre tifoide, o tracoma, a ulcera de Bauru, a moléstia de Chagas, a lepra, a peste, etc... são problemas sanitários que estão reclamando solução urgente nas zonas rurais, crescendo de ano para ano o alastramento desses males evitáveis. Na falta de iniciativas por parte das municipalidades, aliás em geral tão ciosas das suas prerrogativas legais, o Estado será obrigado a intervir para salvar a causa pública e a demora dessa intervenção importará certamente no aumento dos sacrifícios a se fazer para a erradicação desses males (Relatório, 1914: p.2).

Embora a tripanossomíase americana integrasse o rol das endemias que assolavam o meio rural paulista – lugar onde “residem as forças vivas do Estado” (Relatório, 1914: p.2) – era ainda uma doença com diagnóstico experimental difícil, o que tornava sua identificação clínica bastante problemática. A especificidade da então conhecida tireoidite parasitária conferia à esta doença uma espécie de “não-lugar” – se por um lado era reconhecida como entidade mórbida essencialmente crônica e de quadro clínico polimórfico, por outro, as dificuldades em localizar o agente patogênico no organismo humano, o *Trypanosoma cruzi* – presente na corrente sanguínea na fase aguda, mas alojado nos tecidos musculares, em especial o cardíaco, na fase crônica – comprometiam a identificação da doença nos enfermos e, com ela, as estatísticas dos infectados e dos eventuais óbitos. Se, para o período entre 1910 e 1924, faleceram no estado de São Paulo 14.640 indivíduos de impaludismo, 36.243 de gripe, 42.677 de tuberculose e 2.188 de lepra, não houve nenhum registro numérico para óbitos em decorrência da doença de chagas (Anuario, 1924). O que houve foi o registro de apenas quatro casos de infecção parasitária em todo o estado entre 1914 e 1939 (Pessoa, 1943).

Na década de 1920, as dificuldades na obtenção do diagnóstico experimental e certas indisposições com a projeção de Carlos Chagas – nomeado diretor do Instituto Oswaldo Cruz após a morte de seu mestre em 1917 e chefe do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920 – conduziram à uma calorosa polêmica nos salões da Academia Nacional de Medicina onde a dimensão epidemiológica da doença foi questionada e para alguns até negada. Neste debate, as pesquisas paulistas foram utilizadas pelos

opositores de Chagas para apontar os limites do diagnóstico da doença no início do século XX, pois, mesmo o estado dispondo de todo um aparato médico-sanitário, apenas conseguiu identificar parasitologicamente poucos casos, a despeito da vasta quantidade verificada de triatomíneos (Kropf,2006).

Considerações finais

Percebeu-se ao longo deste estudo que o estado de São Paulo, em um contexto de grande dinamismo na ocupação de seu território e incremento da produção cafeeira, utilizou a estrutura de seu modelo médico-sanitário para mapear a distribuição geográfica dos vetores da doença de chagas e identificar casos de infecção parasitária em humanos no estado. Embora a difusão dos barbeiros estivesse relacionada à expansão da malha ferroviária, das fazendas de café e das habitações humanas pelo interior do estado – fatores que desafiavam as ações dos serviços médico-sanitários – os paulistas procederam em importantes trabalhos científicos sobre a tripanossomíase americana, com repercussões internacionais, e que foram reconhecidos por Arthur Neiva, em 1923, como os “mais importantes existentes quanto ao que se refere ao estudo da distribuição desses hemípteros entre nós” (Neiva; Pinto,1923:p.73).

Fontes de financiamento e agradecimentos

Agradecimentos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de Doutorado fornecida.

Referências Bibliográficas

ALVES, Francisco Rodrigues. *Mensagem apresentada ao Ex.^{mo} Sr. Dr. Altino Arantes Marques*, em 1º de maio de 1916 (Arquivo Público do Estado de São Paulo).

ANNUARIO Demographico. Seção de estatística demógrafo-sanitária. São Paulo: Tipografia Brazil Rothschild, ano.31, v.2, 1924 (Arquivo Público do Estado de São Paulo).

BARBEIROS E CHUPANÇAS. *Chacaras e quintaes*, São Paulo, v.14, n.3, fev.1916.

BAYMA, Theodoro. Um caso de mixedema congênito. Apontamentos sobre a distribuição do “triatoma” no estado de São Paulo. *Revista Médica de São Paulo*, São Paulo, ano.16, n.6, mar.1913 (Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP).

BAYMA, Theodoro. Moléstia de Carlos Chagas (nota sobre sua verificação parasitológica no homem, em São Paulo). *Revista Médica de São Paulo*, São Paulo, ano. 17, n.1, jan.1914 (Biblioteca da Faculdade de Medicina da USP).

BENCHIMOL, Jaime Larry; SILVA, André Felipe Cândido da. Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.3,p.719-762, jul-set. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v15n3/09.pdf>>. Acesso em 29.Set 2018.

BRUMPT, Émilie. O xenodiagnostico. Aplicação ao diagnóstico de algumas infecções parasitárias e em particular á tripanossomose de chagas. *Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia*. São Paulo, v.3, n.5, nov.1914 (Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP).

CARINI, Antonio; MACIEL, Jesuíno. A existência da moléstia de Chagas no estado de São Paulo. *Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia*, v.2, 1914 (Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP).

CHAGAS, Carlos. A nova tripanossomíase humana. Estudos sobre a morfologia e o ciclo evolutivo do *Schizotrypanum cruzi*, agente etiológico de nova entidade mórbida do homem. *Memórias do instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, vol.1, n.2. 1909.p.165. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/mioc/v1n2/tomoo1\(f2\)_159-218.pdf](http://www.scielo.br/pdf/mioc/v1n2/tomoo1(f2)_159-218.pdf)> Acesso em: 26 Jun.2018.

CHAGAS, Carlos. O mal de Chagas. Conferencia realizada em São Paulo pelo dr. Carlos Chagas, a convite da Sociedade de Medicina e Cirurgia, sobre a tripanossomíase brasileira, e de sua descoberta. *Arquivo da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. São Paulo: Tipografia do “Diário Oficial”, n.9 a 10, ano 3, 1912 (Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP).

FALEIROS, Rogério Naques. *Fronteiras do café: fazendeiros e “colonos” no interior paulista (1917-1937)*. Bauru: EDUSC, 2010.

FERREIRA, Antonio Celso. *A epopeia bandeirante: letrados, instituições, invenção histórica (1870-1940)*. São Paulo: Editora Unesp,2002. E-book.

IHERING, Rodolpho von. Percevejos brasileiros hematófagos. *Characas e quintaes*, São Paulo, v.3, n.2, fev.1911 (Biblioteca Municipal Mário de Andrade).

IHERING, Rodolpho von. Como se desenvolve o barbeiro (chupança) e como extirpa-lo?. *Chacaras e quintaes*, São Paulo, v.3, n.4, abr.1911 (Biblioteca Municipal Mário de Andrade).

GOMES, João Florencio. Triatomas e moléstia de Chagas no estado de S. Paulo. *Annaes do Primeiro Congresso Medico Paulista*, São Paulo, v.2, 1916 (Arquivo do Museu Emilio Ribas).

HOCHMAN, Gilberto. Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do estado (Brasil 1910-1930). *Estudos históricos*, Rio de Janeiro, v.6, n.11, 1993.p.40-61.

HOLLOWAY, Thomas H. *Imigrantes para o café*. Tradução de Eglê Malheiros. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.

KRAUS, R; MAGGIO, C; ROSENBUSCH, F. Bocio, cretinismo y enfermedad de chagas. *La prensa medica argentina*, Buenos Aires, v.2, n.1, jun.1915 (Biblioteca Nacional).

KROPF, Simone Petraglia. *Doença de chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação (1909-1962)*. Tese (Doutorado) – Programa de pós-graduação em História, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2006.

MONTEIRO LOBATO, José Bento Renato. *Problema vital, jeca tatu e outros textos*. São Paulo: Editora Globo, 2010. E-book.

MOTA, André. *Tropeços da medicina bandeirante*. Medicina paulista entre 1892-1920. São Paulo: Edusp, 2005.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo ; SILVA, Matheus Alves Duarte. A peste bubônica em Portugal e Brasil: uma análise comparada (1899-1906). *Vozes, pretérito & devir*, Teresina, v.1, n°2,p.21-32,2013. Disponível em < <http://revistavozes.uespi.br/ojs/index.php/revistavozes/article/view/4/14>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

NEIVA, Arthur; PINTO, Cesar. Dos hemípteros hematófagos do norte do Brasil com a descrição de duas novas espécies. *Brazil-Medico*, Rio de Janeiro, ano.37, v.1, n.6, fev. 1923 (Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP).

O ESTADO DE SÃO PAULO, São Paulo, p.3. 5 set.1912. Disponível em: < <http://acervo.estadao.com.br/pagina/#!/19120905-12316-nac-0003-999-3-not/tela/fullscreen>> Acesso em 02.dez 2017.

PESSOA, Samuel Barnsey; SPINELLI, Jarbas. Primeiro caso da forma aguda da moléstia de chagas em Franca. *Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia*. São Paulo, v.45, n.1, jan.1943 (Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP). RELATÓRIO do Serviço Sanitário, 1914. Fundo Secretaria de Negócios do Interior / Caixa C6845 (Arquivo Público do Estado de São Paulo).

REPUBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRAZIL. Sinopse do Recenseamento de 31 de dezembro de 1900. Rio de Janeiro: Tipografia da Estatística, 1905. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20%20RJ/synopse_recenseamento_1900.pdf>. Acesso em: 23 set. 2018.

RIBEIRO, Maria Alice Rosa. *História sem fim...inventário da saúde pública*. São Paulo: Editora Unesp, 1993.

SECRETARIA da Agricultura, Comércio e Obras Públicas. *Boletim da diretoria de indústria e comércio*. São Paulo: Tipografia Brasil de Rothschild and Comp. Série 6, n.10, outubro de 1915 (Arquivo Público do Estado de São Paulo).

SESSÃO ordinário em 16 de novembro de 1910. *Arquivo da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo*. São Paulo: Tipografia do “Diário Oficial”, 1911.p.337-338 (Biblioteca da Faculdade de Saúde Pública da USP).

SILVA, Luiz Jacintho. *A evolução da doença de Chagas no estado de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1999.

SILVA, Felipe Nascimento da. *Os debates médicos sobre as epidemias de febre amarela em Campinas (1889-1890)*. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2012.

TELAROLLI JÚNIOR. Rodolpho. *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde um São Paulo*. São Paulo: Editora da Unesp, 1996.

VEIGA, Octavio. *Relatório apresentado ao Sr. Dr. Vital Brazil*. Acervo do Instituto Butantan, 1915 (Biblioteca do Instituto Butantan).

HANSENÍASE: UM PASSADO MARCADO PELO ESTIGMA E PRECONCEITO – A HISTÓRIA DA DOENÇA NA CIDADE DE MANAUS (AM)

Giovanna Guimarães Azevedo
Hannah Caroline Barbosa Luiz
Rayane Thaise Neri de Souza ⁵⁹

Resumo

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa cujos primeiros registros no Amazonas se deram por volta de 1854. Quando não tratada precocemente, evolui para a incapacitação física permanente, até hoje causadora de exclusão social. **Objetivo:** Realizar revisão da literatura acerca de aspectos históricos da hanseníase em Manaus. **Metodologia:** Levantamento bibliográfico e análise de publicações sobre o tema. **Desenvolvimento:** As primeiras políticas voltadas ao combate da hanseníase seguiam a tendência isolacionista, dando origem a leprosários na cidade de Manaus. O histórico de perdas e isolamento reflete hoje no estigma e preconceito ainda presentes na vida dos portadores,

59. Acadêmicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

exigindo esforços maiores na assistência a esses pacientes. **Conclusão:** a hanseníase ainda é um problema de saúde pública e cabe ao governo prestar assistência integral aos doentes, o que engloba investimentos em tratamento, educação em saúde e também a reintegração social dos indivíduos.

Palavras-chave: saúde pública; Amazonas; mal de Hansen; memória; dermatologia.

Introdução

A hanseníase ou moléstia de Hansen, antigamente denominada lepra, é uma doença infectocontagiosa de evolução lenta e progressiva causada pelo agente *Mycobacterium leprae*, um bacilo álcool-ácido-resistente. Este patógeno foi descoberto pelo pesquisador e médico norueguês Gerhard Armauer Hansen, em 1873, e sua transmissão ocorre de forma direta pelo paciente não tratado, via perdigotos eliminados pelas vias aéreas superiores, ao longo do convívio domiciliar íntimo e prolongado (VERONESI & FOCACCIA, 2015).

Inicialmente, a bactéria acomete as células nervosas periféricas (células de Schwann), para depois atingir a pele, apresentando-se clinicamente por meio de lesões cutâneas, com perda de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. A sua relevância se encontra especialmente nessas sequelas neurológicas, uma vez que, além da perda da sensibilidade, pode levar também a atrofias, parestias e paralisias musculares (VERONESI & FOCACCIA, 2015).

A moléstia era tida antigamente como uma forma de punição, onde os doentes deveriam utilizar trajes específicos para serem reconhecidos, além de serem expulsos do convívio social. No Brasil, os primeiros relatos da doença datam por volta do ano de 1600, no Rio de Janeiro, mas devido à deficiência de políticas e medidas de controle na época, a extensão da doença para outros estados foi inevitável e, em 1854, os primeiros casos no Amazonas foram registrados (TAVARES et al., 2015; CUNHA et al., 2015).

Caso a doença não seja diagnosticada e tratada precocemente, evolui para a incapacitação física permanente, até hoje muito estigmatizada e causa de marginalização e exclusão social, persistindo como um grave problema de saúde pública nacional.

Desenvolvimento

Histórico e Políticas

Antes conhecida por outras denominações tais como “morfeia”, “mal de Lázaro” (em referência à parábola bíblica O Rico e Lázaro) e “lepra”, a hanseníase tem evidências tão remotas que, de certo modo, pode-se considerá-la como a doença mais antiga a conhecidamente afetar os seres humanos (TRAUTMAN, 1984; PEREIRA, 2011).

Estudos genômicos indicam que a hanseníase é originária da África Oriental ou Oriente Próximo, mas não é possível saber com exatidão quando os primeiros casos surgiram. Acredita-se que a sua disseminação foi decorrente das migrações humanas e, em seguida, das grandes colonizações, que culminaram na introdução da doença nas Américas, há cerca de 500 anos. Especialmente no Brasil, os primeiros indícios da doença se deram no final do século 16 e início do século 17 em colônias onde hoje se localizam atualmente as cidades do Rio de Janeiro, Salvador e Recife. (CUNHA et al., 2015).

Considerando as fracas medidas sanitárias da época, a doença rapidamente avançou para outras regiões, chegando à Amazônia por volta de 1800, tendo o Amazonas registrado seus primeiros casos em 1854. Tal situação agravou-se com a migração dos nordestinos para o estado, atraídos pela oferta de trabalho como “soldados da borracha”, na época da Segunda Guerra Mundial, principalmente nas localidades próximas ao rio Amazonas e seus afluentes (Rios Juruá, Purus, Madeira etc.), onde esse tipo de atividade extrativa era economicamente mais importante (PEREIRA, 2011; CUNHA et al., 2015).

Com o aumento no número de casos, foi necessária a instituição de medidas para o controle da hanseníase que, desde o princípio, eram baseadas apenas em políticas de isolamento dos acometidos. Em uma esfera macroscópica, os cuidados com os indivíduos acometidos pela lepra, até o século XX, eram realizados em sua grande maioria pela Igreja. O movimento sanitário da década de 1910 não tinha, inicialmente, colocado a doença como um problema nacional, mas, com os dados alarmantes de seu crescimento nos estados,

a partir da década de 1920, tornou-se necessária uma política específica para o seu combate. Desde a década de 1910, discutia-se a necessidade de que cada estado criasse seus leprosários, para evitar o trânsito de doentes. No entanto, não havia consenso sobre uma política de isolamento para o combate da lepra. (MACIEL, 2007; CABRAL, 2013; HOCHMAN, 1998).

Em relação ao isolamento, havia, até o início da década de 1930, duas tendências: (a) a humanista, ou liberal, que defendia o tratamento em pequenas colônias e nas residências, sendo o isolamento seletivo para aqueles doentes que apresentavam lesão mais avançada, e era contra a internação compulsória, tendo sido utilizada pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas durante a década de 1920; e (b) a isolacionista, que defendia o isolamento amplo e fechamento dos doentes em colônias, acompanhando e tratando as pessoas que tiveram contato e, finalmente, a internação compulsória (MONTEIRO, 2003; CUNHA, 2010; CABRAL, 2013).

Nesse contexto, surge o primeiro local de segregação dos hansenianos de Manaus, o Umirisal, cujo prédio, construído em 1908, havia sido utilizado inicialmente para isolamento de pacientes com varíola. De 1908 a 1927, houve um total de 427 pacientes internados no local. No entanto, a partir de 1922, deu-se início aos trabalhos do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas, que, de acordo com Malta (1929), foi a política mais racional no combate a hanseníase. O período foi marcado pela centralização da política na Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, que criou o tripé denominado: dispensário-educandário-leprosário (CUNHA et al., 2015).

Samuel Uchoa assumiu a direção geral do Saneamento Rural e nomeou o médico Alfredo da Matta para chefiar a profilaxia da lepra. A assistência aos doentes de hanseníase era realizada no Dispensário Oswaldo Cruz e no subdispensário Gabizo, ambos criados em 1922, para o tratamento da hanseníase e das doenças venéreas, respectivamente (SCHWEICKARDT, 2011).

Devido a isso e à forte pressão da população que temia a contaminação do rio, tendo em vista a sua localização na margem esquerda do Rio Negro, por volta de 1930, o Umirisal acabou sendo desativado. Ainda nesse ano, com a tomada de poder de Getúlio Vargas, a política de combate à lepra teve um retrocesso, pois foram desativados os Dispensários de Profilaxia da Lepra e

das Doenças Venéreas, provocando descontinuidade e desorganização dos serviços, que só foram retomados em 1935, com o Plano Nacional de Combate à Lepre, amplamente apoiado na construção de leprosarias, tornando a internação compulsória (MACIEL, 2007; PEREIRA, 2011; CABRAL, 2013).

Apesar de que ainda predominava uma política mais liberal de tratamento da doença, surge então o primeiro leprosário (posteriormente adaptado a estrutura hospitalar) da região, onde atualmente se encontra Paricatuba, distrito de Iranduba, a 25 km de Manaus, com o intuito de manter um afastamento ainda maior dos hansenianos. Inaugurado em 1931 e com capacidade para 300 pessoas, a instalação foi denominada Leprosário Belisário Penna, em homenagem ao médico sanitarista que contribuiu significativamente à saúde pública do Brasil (DUARTE, 2009; CABRAL, 2013).

Em 1942, surgiu em Manaus a Colônia Antônio Aleixo, localidade na época não integrada à Manaus, também com o objetivo de manter pacientes hansenícos em isolamento. Após o encerramento do Leprosário em 1965, os pacientes hansenícos eram triados e identificados no Dispensário Alfredo da Matta (antiga “Casa Amarela”), localizado no bairro Cachoeirinha, sendo em seguida transferidos para a Colônia (RIBEIRO, 2011).

Os diversos trabalhos realizados pelo Dispensário na busca ativa de pacientes, na conscientização sobre a doença e na realização de exames dermatológicos contribuíram para a desativação da Colônia Antônio Aleixo em 1979, depois de praticamente 15 anos abrigando os doentes, e sua subsequente inclusão como bairro da cidade (TAVARES, 200-?; RIBEIRO, 2011).

A partir de 1978, o Dispensário passou a ampliar sua área de atuação, voltando-se agora para o tratamento e prevenção dos agravos da doença, contando com a ajuda das Irmãs Franciscanas e outros especialistas que haviam trabalhado na antiga Colônia. Dessa forma, em 1982, passou a ser chamado de Centro de Dermatologia Tropical e Venereologia “Alfredo da Matta”, cujos atendimentos agora eram direcionados não somente os casos de hanseníase, mas também outras infecções, tais como doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e leishmaniose (*Fundação Alfredo da Matta*, 200-?).

Atualmente, a Fundação de Dermatologia Tropical e Venereologia “Alfredo da Matta”, é considerada “Centro de Referência Nacional” para

o Programa Nacional de Controle e Eliminação da Hanseníase e Outras Dermatoses de interesse sanitário desde 1992 e, em 1998, foi credenciada também como Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde OMS/OPAS para Controle, Treinamento e Pesquisa em Hanseníase para as Américas, e atuando também nos serviços de combate ao câncer de pele e cirurgia dermatológica (*Fundação Alfredo da Matta*, 200-?).

Impacto social da hanseníase

A hanseníase, apesar de ter cura, gera ainda grande incapacidade física e social, especialmente em decorrência das sequelas físicas permanentes nos estágios avançados da doença, o que pode levar a repercussões a nível psicológico nos indivíduos acometidos.

Nos tempos antigos a doença foi associada a impureza moral e marcada pelo isolamento social terapêutico. Ao longo do século XIX e XX, após a descoberta do bacilo, houve retificação do isolamento como única forma de proteger a população sadia. Apenas a partir de 1950 começaram a surgir as drogas de combate a hanseníase e, com isso, esperava-se que o tratamento de todos os casos levaria ao desaparecimento do estigma em frente a indivíduos não mais doentes. Porém, o avanço na terapia não foi suficiente para tratar e reintegrar socialmente esses pacientes (SOBRINHO et al, 2015).

Em 1990, em acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde), o Brasil se comprometeu a eliminar a doença enquanto problema de saúde pública (condicionada a taxa de um caso para cada dez mil habitantes) até 2001. No entanto, mesmo após a introdução da Poliquimioterapia, o objetivo não foi alcançado, tendo sido necessária a extensão do prazo por duas vezes, primeiro para 2002, e posteriormente para 2005 (MACIEL, 2017).

Atualmente, a responsabilidade na instituição de políticas voltadas ao combate à hanseníase cabe às três esferas de poder, municipal, estadual e federal, o que se encontra inserido no contexto de descentralização dos serviços de saúde concebido desde 1980. O SUS hoje tem por objetivo prestar assistência integral ao doente com hanseníase, o que considera desde as medidas preventivas, de tratamento e de evitação da proliferação, até a incorporação da educação em saúde, para que os pacientes redescubram

seus valores, auxiliando-os no processo de reintegração e reinserção social (SOBRINHO et al, 2015; MACIEL, 2017).

A doença no Amazonas foi principalmente caracterizada por um histórico de vidas em segregação e pela perda, pois, com o isolamento, os indivíduos eram obrigados a deixar suas famílias de lado, tendo sido até mesmo criados orfanatos para que fosse possível o abrigo de filhos de pessoas diagnosticadas. Mesmo após políticas de desativação, nos espaços utilizados para o afastamento dos hanseníacos ainda hoje vivem pessoas que passaram pela internação compulsória e que, aos poucos, acabaram se estabelecendo ali juntamente aos seus familiares.

Em pesquisa realizada por Xerez (2013) foram entrevistados 13 idosos de forma livre, sob critério de já terem vivido em um leprosário do Amazonas. Ao longo dos depoimentos observou-se que, apesar da agressividade da política isolacionista, estavam inclusas na rotina dos pacientes alguns momentos de recreação, possivelmente numa tentativa de compensar e trazer algum conforto àqueles indivíduos. Em alguns relatos evidenciou-se a existência nessas instalações de sala de cinema e até mesmo de campo de futebol, além da realização eventual de festas religiosas e bailes.

Dessa maneira, o convívio nos leprosários gerava alguma sociabilidade entre todos, tendo em vista que nos locais onde antes viviam eram proibidos de entrar em contato com qualquer pessoa sadia, uma condição que podia se estender inclusive a pessoas de seu convívio mais íntimo, já em decorrência do preconceito gerado em torno do diagnóstico. Isso permitiu, de certo modo, que os doentes, como iguais, conseguissem constituir até mesmo famílias de forma livre nos leprosários.

Em contrapartida, ressalta-se o sofrimento da isolamento obrigatória. De acordo com reportagem publicada no portal *A Crítica* (2017), muitos indivíduos lamentam a época vivenciada, tendo como principais motivos os vínculos familiares desfeitos e que, mesmo após o fim das políticas de isolamento, não puderam ser reatados. Em outra reportagem do portal *D24AM* (2014), há relatos de separação entre mãe e filho logo após o nascimento, sendo os bebês adotados em seguida por outros casais, o que por vezes, infelizmente, não garantia a não rejeição por parte da família adotiva. Ademais, tendo sido registrados com nomes diferentes, e até pelo

desconhecimento da condição de filhos de hansênicos, o reencontro com seus progenitores tornou-se mais difícil ou mesmo impossível.

Atualmente, o estigma e o preconceito ainda permanecem na mentalidade da sociedade. Muitos pacientes sentem-se envergonhados por terem sido diagnosticados com hanseníase, tanto por medo de serem discriminados pelos seus familiares e comunidade, quanto pela sensação temerosa de perderem seus empregos (SILVEIRA et al, 2014).

Tendo em vista essas dificuldades, desde 1981 atua no país o Morhan (Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase), entidade sem fins lucrativos, cujo objetivo é ampliar a divulgação de informações a respeito da doença, contribuindo assim para a eliminação de conceitos ultrapassados, preconceitos e estigma ainda persistentes. Em Manaus, o Morhan possui sede localizada no bairro Colônia Antônio Aleixo, com amplo espaço, tanto para promoção de ações assistenciais quanto para uso social pelos portadores da doença (*Morhan*, 2011; *A Crítica*, 2015).

Conclusão

A hanseníase ainda é um problema grave de saúde pública no país, podendo ser caracterizada como endemia, e as políticas públicas voltadas para a doença ainda são escassas e necessitam de avanços a nível regional e nacional.

Essa desassistência reflete na realidade de vida dos portadores da enfermidade, o que pode ser evidenciado principalmente na dificuldade de reinserção dos indivíduos ao convívio social e ao mercado de trabalho, tendo em vista ainda a permanência de velhas concepções acerca da doença, bem como a estigmatização dos pacientes e o preconceito.

Para que ocorra a modificação dessa situação, deve ser realizado um esforço conjunto das esferas de poder, por meio do sistema de saúde público, na promoção de uma assistência integral e humanizada ao doente, bem como a manutenção das medidas profiláticas, de tratamento e de controle proliferativo. Além disso, é necessária a reintegração social desses indivíduos, o que é possível por meio de ampliação de ações voltadas para a educação em saúde e campanhas informativas, atividades já promovidas tanto pelo

Ministério da Saúde quanto por outras entidades de cunho não-lucrativo, tais como o Morhan.

Referências bibliográficas:

ABRITA, Ana Paula C. T.; ABRITA, Mateus Boldrine. Hanseníase – aspectos psicológicos e socioeconômicos. *Revista Brasileira de Administração Científica*, v. 9 n. 1 (2018); Jan, Fev, Mar, Abr 2018. Acesso em: 17 out. 2018

AZULAY, Rubem David; AZULAY-ABULAFIA, Luna. *Dermatologia*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

CABRAL, Dilma. Lepra, medicina e políticas de saúde no Brasil (1894-1934). *Educar em Revista*, Curitiba, Brasil, n. 54, p. 311-315, out./dez. 2014. Editora UFPR. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602014000400019. Acesso em: 17 set. 2018

CUNHA, Carolina et al. Historical aspects of leprosy in State of Amazonas, Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 48(Suppl I):55-62, 2015 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0103-2013>. Acesso em: 25 ago. 2018

CUNHA, Vivian da Silva. Isolados “como nós” ou isolados “entre nós”?: a polêmica na Academia Nacional de Medicina sobre o isolamento compulsório dos doentes de lepra. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.17, n.4, p.939-954. 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=386138051006>. Acesso em: 17 set. 2018

DUARTE, Durango. *Manaus: entre o passado e o presente*. Mídia Ponto Comm, 2009; Vol. 1, p. 248.

MACIEL, Laurinda Rosa. “*Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade*”: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). Tese (Doutorado em História) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2007. Disponível em: http://www.historia.uff.br/stricto/teses/Tese-2007_MACIEL_Laurinda_Rosa-S.pdf.

MACIEL, Roseli Martins Tristão. As políticas públicas para o controle da hanseníase em Goiânia de 2005 a 2013. *OPSS (On-line)*, Catalão, v. 17, n. 1, p. 68-84, jan./jun., 2017. Acesso em: 17 set. 2018

MARQUES, Eduardo. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 1999. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/26361459_A_era_do_saneamento_as_bases_da_politica_de_saude_publica_no_Brasil. Acesso: 17 set. 2018

MATTA, Alfredo Augusto da. Relatório do Dispensário Oswaldo Cruz. In: Uchoa, Samuel. *Três meses de atividade: relatório do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural do Amazonas*. Manaus: Imprensa Pública. 1922.

MONTEIRO, Yara Nogueira. Profilaxia e exclusão: o isolamento compulsório dos hansenianos em São Paulo. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.10, n.1, p.95-121. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702003000400005&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 17 set. 2018

Morhan, entidade que dá apoio aos hansenianos, inaugura nova sede, nesta quinta-feira (10). *A Crítica*, Manaus, 7 dez. 2015. Disponível em: <https://www.acritica.com/channels/manaus/news/morhan-entidade-que-da-apoio-aos-hansenianos-inaugura-nova-sede-nesta-quinta-feira-10>. Acesso em: 10 out. 2018

Morhan: Institucional. 2011. Disponível em: <http://www.morhan.org.br/institucional>. Acesso em: 10 out. 2018

No Amazonas, 200 crianças foram retiradas dos pais hansenianos ao nascerem. *D24AM*, Manaus, 8 fev. 2014. Disponível em: <http://d24am.com/noticias/no-amazonas-200-criancas-foram-retiradas-dos-pais-hansenianos-ao-nascerem/105920/>. Acesso em: 09 out. 2018

NUNES, Paulo A. Conheça o drama de portadores de hanseníase afastados dos filhos. *A Crítica*, Manaus, 8 abr. 2017. Disponível em: <https://www.acritica.com/channels/manaus/news/conheca-o-drama-de-portadores-de-hanseniose-afastados-dos-filhos>. Acesso em: 17 set. 2018

PEREIRA, Noriel Viana. *Distribuição espacial da hanseníase em Manaus no período de 1990 a 2009*. 2011. Dissertação (Mestrado em Geografia pelo Programa de Pós-Graduação em Geografia) – Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 2011.

RIBEIRO, Maria de Nazaré de Souza. *De leprosário a bairro: reprodução social em espaços de segregação na Colônia Antônio Aleixo (Manaus-AM)*. 2011. Tese (Doutorado em Geografia Humana) - Faculdade de Filosofia,

Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. doi:10.11606/T.8.2011.tde-27102011-091535. Acesso em: 25 out. 2018

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. *Ciência, Nação e Região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas (1890-1930)*. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009. 425 p.

SILVEIRA, M. G. B.; COELHO, A. R.; RODRIGUES, S. M.; SOARES, M. M., & CAMILLO, G. N. (2014). Portador de hanseníase: impacto psicológico do diagnóstico. *Revista Psicologia & Sociedade* 26 (2), 517 – 527. Acesso em: 25 out. 2018

SOBRINHO, R. A. S.; ARCOVERDE, M. A. M.; ZILLY, A.; NIHEI, O. K.; SOUZA, D. C. S. Repercussões sociais: histórico da hanseníase. *Varia Scientia – Ciências da Saúde*, e-ISSN 2446-8118. v. 1, n. 2 (2015). Acesso em: 25 out. 2018

TAVARES, Tomázia. Histórico. *Fundação Alfredo da Matta*, Manaus, 200-?. Disponível em: <http://www.fuam.am.gov.br/institucional/historico/>. Acesso em: 25 ago. 2018

TAVARES, Walter; MARINHO, Luiz Alberto Carneiro. *Rotinas de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias*. 4. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

TRAUTMAN, John R. A brief history of Hansen's disease. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 1984;60(7):689-695. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1911721/>. Acesso em: 25 ago. 2018

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. *Tratado de infectologia*. 5. ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

VIEIRA, Michelle Christini Araújo. *Vivendo com Hanseníase: Representações Sociais e Impactos no Cotidiano*. Dissertação (Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2010, 126 p.

XEREZ, Luena Matheus de. *Memórias e história da hanseníase no Amazonas de 1930 a 1978*. 2013. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2013.

A DOENÇA DO SONO EM ÁFRICA NO SÉCULO XX : QUO VADIS AMBIENTE?

Isabel Amaral⁶⁰

Resumo

A doença do sono/tripanosomíase humana africana posicionou-se no decurso da evolução socioecológica como uma das doenças presentes na civilização humana, cujo percurso acompanhou as dinâmicas biológicas, científicas, sociais, culturais e políticas, documentadas desde a pré-história. Este artigo pretende refletir sobre esta patologia no contexto da medicina tropical portuguesa, utilizando como matriz teórica a história ambiental, apoiada pelas questões abordadas à luz do antropoceno, no século XX.

A doença do sono tornou-se conhecida como doença vetorial transmitida por glossinas, apenas nas primeiras décadas do século XX, o que permitiu enquadrá-la numa abordagem epidemiológica, consentânea com o trajeto da emancipação da medicina tropical, no contexto europeu, nos primeiros anos

60. Professora Auxiliar, Departamento de Ciências Sociais Aplicadas, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Nova de Lisboa. Centro Interuniversitário de História das Ciências e da Tecnologia (CIUHCT). ima@fct.unl.pt

do século XX, num momento em que a comunidade científica se movia por interesses imperialistas na esfera económica, científica e política. Assistimos assim a um ciclo de atenuação e recrudescimento desta doença, em função dos fluxos migratórios populacionais espontâneos ou forçados, do traçado das infraestruturas para a edificação do projeto colonial, da adaptabilidade de parasitas e vetores a diferentes condições ambientais, em suma, da imposição de um padrão evolutivo para a espécie humana determinado e condicionado pelas alterações ambientais (naturais e sociais) ao longo do século XX, ancorada na ideologia capitalista e na globalização. Não obstante os vários programas utilizados para a sua erradicação ao longo do tempo, ainda hoje persiste como doença sem soluções definitivas.

Para este estudo procuraremos refletir sobre a forma como Portugal participou no empreendimento colonial e foi alterando o percurso da doença do sono em África, na perspetiva da epidemiologia, da ecologia da doença e do todo social envolvente. Pretende-se utilizar este estudo de caso para promover uma discussão mais abrangente sobre a evolução das doenças e do Homem, associadas às crises ambientais que foram definindo círculos de retroalimentação entre processos ecológicos, níveis de complexidade social, económica e política, que importa considerar quando utilizamos a lente da medicina europeia e do colonialismo, na assimetria de oportunidades definidas para a história da saúde pública, na agenda da sustentabilidade para o século XX e XXI.

Introdução: a doença do sono ao longo da história, um padrão ambiental na interface de dois ecossistemas

A doença do sono era endémica e conhecida em África desde as civilizações pré-clássicas, através das quais conhecemos alguns documentos, como o papiro de Kahun (3000-2000 BC), que descreve os sinais de uma doença, no vale do Nilo, que se manifestava no gado bovino, associada à perda de atividade, evidenciando os pássaros como agentes na prevenção da patologia (Steverding, 2008). A primeira evidência da doença estava diretamente associada a uma visão economicista da natureza, na qual o gado bovino, depois o zebu e o cavalo, se tornaram o principal actor na evidência

da doença. No decurso da evolução, os animais domésticos por comparação com os animais selvagens, não foram capazes de desenvolver mecanismos de defesa aos agentes presentes no ciclo de vida dos tripanossomas (Lambrecht, 1985). A doença é um agente da selecção natural e a doença do sono deverá ter tido um papel importante na evolução de todos os agentes presentes no ciclo biológico: os africanos, as glosiinas e o tripanossoma.

No período medievo, a maioria dos registos provêm dos escritos árabes, os quais tinham relações comerciais com África, particularmente com Benin, Gana, o reino de Mali e de Songhai. Um deste registos é de Abu Abdallah Yaqt (1179– 1229), geógrafo, que nas suas viagens por África, descreve Wangara, uma cidade subterrânea no “Reino do Ouro”, como uma cidade adormecida: os seus habitantes e os cães pareciam estar em sono profundo (Kea, 2004). Talvez sejam estes os primeiros registos da doença em humanos, que até hoje permitem que a doença, hoje conhecida como tripanossomíase humana africana,⁶¹ se continue a designar por “doença do sono”. O outro, é de Ibn Khaldun (1332-1406), historiador árabe, que, a partir das descrições das causas de morte do sultão do Mali, Mari Djata, assume ter este sido vítima da mesma doença que vitimava os habitantes de Wangara (Scott 1942;, 1939). A migração populacional determinada não só pelas rotas comerciais, mas também pela procura de melhores condições de habitabilidade e de exploração de certas regiões no continente africano terá estado na origem da selecção primária de zonas livres de glossinas.

As rotas comerciais do século XV iniciadas pelos portugueses e seguidas por franceses, britânicos e holandeses, em associação com o tráfico de escravos, terão favorecido também a dispersão e a divulgação da doença, a avaliar pela literatura médica. A primeira globalização ambiental, não só permitiu uma livre circulação de bens, serviços, produtos e pessoas, como também de culturas, de doenças e de agentes patogénicos. Os relatos dos viajantes denotam já o conhecimento da letargia africana, identificada ao

61. A tripanossomíase humana africana (HAT) é causada por tripanossomas transmitidos pela mosca *tsé-tsé*. A tripanossomíase humana africana é a única doença parasitária transmitida por vetor cuja distribuição geográfica está confinada ao continente africano. As populações do grupo etário entre os 15-45 anos que vivem em zonas rurais remotas são as mais afetadas, o que provoca prejuízos económicos e miséria social (Relatório da OMS, Comité Regional Africano, 17 junho 2005).

longo da costa da África Ocidental no século XVIII e na África Ocidental e no Congo, no século XIX (Headrick, 2014). David Livingstone foi um dos primeiros destes médicos viajantes a relacionar a picada da mosca tsé-tsé com o Nagana (doença identificada no papiro de Kahun), nos vales dos rios Zambeze e Limpopo (Livingstone, 1857). Em 1734, O cirurgião naval, John Atkins (1685–1757), que assistira vários casos de doença, identificava-a no contexto neurológico, explicando assim o estado de sonolência e a morte dos pacientes, e Thomas Winterbottom (1766-1859) identificava, em 1803, um dos sinais da doença, o aumento dos gânglios linfáticos cervicais, entre os escravos (Winterbottom, 1803). Este sinal era bem conhecido, quer da população local, que por isso designava a doença, por “doença da noz”, quer entre os traficantes de escravos árabes, que não se contrataram estes escravos doentes, pois sabiam que em breve morreriam (Winkle, 2005).

Os africanos, cujos ancestrais viveram no continente por centenas de milhares (senão milhões) de anos, conheciam bem a doença, sabiam que atacava o gado e que era transmitida pela mosca conhecida por “mosca canoa”, porque se encontrava junto dos rios, ou “mosca elefante” pelo seu tamanho (Bado, 1996). Existia um equilíbrio tácito entre dois ecossistemas, o humano e o doméstico, de um lado, e o natural e selvagem, do outro, que permitiu manter alguma homeostase, sem recurso ao conhecimento da etiologia, da terapêutica ou da profilaxia, elementos que só surgiram na alvorada do século XX.

Com a epopeia dos viajantes europeus, num primeiro momento, e dos colonizadores, num segundo momento, o equilíbrio natural foi sendo afectado causando uma série de crises ecológicas, sociais e económicas, em cascata. O desequilíbrio entre os ecossistemas humanos e naturais estabeleceu-se. África rural foi sendo paulatinamente substituída pela industrialização, obrigando ao trabalho forçado dos africanos e à sua deslocação compulsiva para ambientes onde era necessário implantar as infraestruturas de desenvolvimento económico, que, na maioria estavam infestados de glossinas (Hjeshus, 1977).

A corrida imperialista para África no século XIX foi de todas a mais nefasta para o equilíbrio destes ecossistemas (Mackenzie, 1988; Bivens, 2015) mas também a mais promissora para o conhecimento da etiologia da doença e do seu modo de transmissão ao Homem. Se a necessidade de

mão de obra africana era crucial para a alimentação do projecto colonial e da “missão civilizadora” das potências europeias, também o concurso das teorias bacteriológicas e parasitárias foi determinante para a mobilização de uma panóplia de recursos materiais e humanos capazes de abrir novos horizontes de investigação e de conhecimento desta doença, que atingia sobretudo os africanos, para além de outras que passaram a ser retratadas no Manual de Doenças Tropicais de Patrick Manson (1844-1922), em 1898.

Se África era considerada o cemitério dos europeus, sobretudo atingidos por malária, na alvorada do século XX, a doença do sono ter-se-á tornado a doença mais temida pelos europeus, porque delapidava, num ápice, a mão-de-obra africana. Terão sido estes os pilares patológicos do imperialismo médico europeu, que permitiu alicerçar a medicina experimental, com concomitante reconhecimento de uma nova área disciplinar, entendida como a principal ferramenta do império. A complexa rede de saberes, conhecimentos e práticas faria do século XX, para a medicina tropical, o século da esperança no sucesso da colonização europeia, mas também o século do pesadelo, a “tragédia dos comuns”, onde as doenças negligenciadas, como a doença do sono, em África, hoje, têm lugar. É neste contexto que procuraremos reflectir sobre o lugar da doença do sono, no IIIº Império Colonial português, na matriz do equilíbrio dos ecossistemas naturais e sociais, que nos permitem discutir a medicina tropical à luz da história natural, e ao mesmo tempo, integrá-la nas discussões mais recentes sobre a medicina e o antropoceno.

A doença do sono no século XX. uma epopeia imperialista?

África conheceu grandes epidemias ao longo do século XX. A primeira (1896-1910), principalmente no Uganda e no Congo, que devastou 300 000 pessoas na bacia do Congo Belga (hoje República Democrática do Congo) e, 500 000 no Uganda e no Quénia, sob controlo do império britânico e belga (Hide, 1999).

O aparelho de Estado imperialista apoiou quase duas dezenas de missões médicas para estudo da doença *in loco*, durante este período, passando por duas medidas de intervenção ambiental complementares, a saber: a separação entre os hospedeiros e os vectores (o Homem e a mosca tsé-

tsé);e, a experimentação de várias drogas com efeito terapêutico de forma a eliminar os hospedeiros portadores da doença (Worboys, 1994). Todavia, nem todos os países desenvolveram o mesmo tipo de medidas, para testar a eficácia destas variáveis no controlo da doença, nem as priorizaram da mesma forma.

Na África oriental, o império britânico intervia primeiro na separação dos africanos e das glossinas e só e depois a eliminação dos reservatórios e mosca tsé-tsé, destruindo os seus locais de reprodução e a vida selvagem envolvente que se supunha actuar como resrvatório do tripanossoma (Hoppe, 1997).

O império alemão só começou a controlar a epidemia após a I Guerra Mundial, dado o esforço de guerra e a falta de médicos para conter o avanço da epidemia nos territórios que faziam fronteira com os impérios português e britânico. Ainda assim são algumas acções pontuais, foram desenvolvidas, como sejam a de Robert Ku-Dicke, que tentou implementar na Costa ocidental do lago Vitória, as políticas recomendadas por Robert Koch: a identificação dos doentes e o seu tratamento com atoxyl (Webel, 2014).

Em África Equatorial francesa, a administração colonial nunca investiu muitos recursos no controlo da doença. Veja o caso da missão em Ubangi-Shari e Chad, liderada por Martin Leboeuf Roubaud, entre 1906 e 1908 e depois, a o programa de erradicação da doença estabelecido pelo Instituto Pasteur de Brazzaville. Existia um campo para 120 doentes, mas estes não só não eram bem alimentados, como fugiam, com facilidade. A situação só se alterou após a chegada de Eugène Jamot, que implementou as brigadas móveis, que deslocavam de ladeia em aldeia, constituídas por um médico e dois assistentes franceses, 7 enfermeiros africanos treinado no Instituto, soldados africanos e um conjunto significativo de carregadores para transportarem o material. O seu objectivo não era tratar os doentes ou eliminar as moscas, mas eliminar o tripanossoma da população africana, para reduzir o risco de contágio. Em apenas dois anos, estas brigadas móveis estabelecidas em Ubangi-Shari, a norte do Congo, examinaram 89 643 pessoas e encontraram 5 347 casos de doença. Nos Camarões, entre 1926 e 1928, as suas brigadas examinaram 663 971 pessoas, dos quais 17% estavam infectados. Seguindo o exemplo e o sucesso de Jamot, a administração colonial francesa criou o

Serviço de Profilaxia da Tripanossomiase, que se tornou operacional a partir de 1927 (Headrick, 2014).

O império belga adoptou uma política que radicalmente diferente. Como Maryinez Lyons indica, em vez de separarem os africanos das moscas, destruíam os tripanossomas em africanos doentes, impedindo assim a sua transmissão para os saudáveis. Impunham cordões sanitários em torno de áreas infestadas de moscas e controlavam o movimento de pessoas, exigindo passaportes médicos para os viajantes. Os doentes eram enviados para campos de isolamento, sob o cuidado médico de freiras católicas e por soldados para impedir a sua saída do círculo de isolamento (Lyons, 1897).

As medidas encetadas para controlo da doença, verticalizaram por completo a intervenção da administração colonial e da comunidade médica envolvida. Num primeiro momento a doença tornou-se epidémica por mais de uma década, e num segundo momento, a política de saúde pública que envolvia não apenas o isolamento e a terapêutica, mas também a higiene e a nutrição, conseguiu reduzir significativamente o número de casos reportados às autoridades de saúde. Na década de 30, a doença estaria sob controlo em praticamente todos os territórios sob domínio colonial, não obstante as brutais práticas de engenharia social implementadas e os efeitos devastadores no ambiente envolvente (floresta, cursos de água, animais selvagens, etc.).

Entre 1920 e o final da década de 40, os impérios foram obrigados a investir no controlo do vector e na vigilância das populações. As primeiras tentativas não tiveram muito sucesso mas na década de 60 atingia um período de baixa endemicidade: o controlo da doença deixou de ser uma prioridade nas políticas de saúde pública.

A Organização Mundial de Saúde evidencia dois períodos críticos para a reemergência de uma situação epidémica, uma após a IIª Guerra Mundial, outra no período da guerra colonial, na década de 60, quando a maioria dos países ocupados se tornara independente; a última, desde a década de 90 até aos nossos dias, afectando particularmente a República Popular de Angola, a República Democrática do Congo, a República Centro-Africana, o Sul do Sudão e o Uganda (WHO, 2006).

A doença do sono no império colonial português

Portugal era o país mais pobre dos países imperialistas no século XX e o que tinha maior território ocupado em África. Por este motivo, após a resolução da Conferência de Berlim (1884-1885), o país teve de mostrar-se capaz de ocupar efetivamente os seus territórios, cobichados sobretudo, pelo império alemão e britânico. Esta ocupação não poderia ser apenas uma ocupação militar, mas também uma ocupação científica e médica, sendo a medicina tropical, uma das principais ferramentas utilizadas no contexto do *design* das políticas de saúde pública nacional, num período que conheceu três regimes políticos distintos: a Monarquia Constitucional, a Primeira República e o Estado Novo.

Sem a preocupação de traçar um panorama geral sobre a importância da doença do sono para o IIIº Império colonial português, pretende-se refletir sobre a importância da história ambiental no trajeto da medicina tropical portuguesa, identificando o que o caracteriza, por analogia com os modelos europeus, centrado em dois momentos cruciais para a internacionalização do combate à doença do sono em território português. O primeiro, quando Portugal enviou a primeira missão de estudo da doença a África, em 1901; o segundo, quando Portugal encetou um programa de erradicação da doença, em 1914, na ilha do Príncipe, o primeiro e único estabelecido no contexto europeu, no século XX.

Missão de Annibal Bettencourt, 1901

Num artigo publicado no periódico alemão *Archiv für Schiffs-und Tropen-Hygiene*, em 1900, pelo médico cônsul alemão, em Luanda, Otto Gleim, acusou as autoridades portuguesas de negligência diante da propagação da doença do sono em Angola Gleim, 1900) Uma crítica explícita ao quadro sanitário da principal colónia portuguesa proveniente de uma autoridade alemã colocou em sobressalto o governo de Lisboa, que rapidamente se mobilizou para conter a epidemia, protegendo a mão de obra africana para não comprometer o seu projecto colonial.

A primeira missão médica portuguesa enviada para combater a doença do sono no Ultramar começou a ser organizada em 1900, quando ainda não tinha sido criada nenhuma instituição específica portuguesa para lidar com as patologias das regiões tropicais. Esta missão surgiu da influência da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa sobre o governo português, a qual justificava o envio dos médicos para África em articulação com os princípios declarados na Conferência de Berlim. Numa carta enviada ao Ministério da Marinha pela Sociedade pode ler-se:

Necessario é que de Portugal parta uma expedição scientifica, constituida por homens habituados a estudos, que na nossa Africa diligencieie um esclarecimento que vem a redundar n'uma questão de humanidade e n'uma questão de interesse. Necessario é que o paiz tente um esforço em materia tão essencial às suas prosperidades materiaes e mesmo á sua dignidade de paiz livre, que muito teria de se envergonhar se outros conseguissem o que para elle é obrigatorio alcançar nos tempos da sciencia universal que são os de hoje (Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, 1900:267).

Mas este argumento não foi suficiente. Para convencer o Estado Português da situação dramática que os africanos em Angola e na ilha do Príncipe viviam, a comunidade médica dramatizava o perigo a que eles próprios estariam sujeitos, nestes termos:

A Alemanha, a Inglaterra, a França, a Austria, têm multiplicado as suas expedições scientificas e a Africa e a Asia têm visto os sabios dos laboratorios europeus arrancarem-se ás suas commodidades da vida para irem a essas longiquas e quantas vezes barbaras paragens, através de perigos e inclemencias estudarem de perto alguns d'esses males terriveis, que são o açoute da humanidade (Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, 1900:267).

A aura de heroicidade destes médicos por operarem na lógica da resolução dos problemas de aclimatização dos europeus aos climas tropicais, associada à premência política da manutenção dos territórios ocupados, conduziu ao estabelecimento de um mandato de colonização médica efectiva.

A resposta ministerial não tardou em 1901 foi enviada para Angola a **primeira missão europeia** para estudo da doença, liderada por Annibal Bettencourt, cuja intervenção conduziu ao estabelecimento de uma controvérsia que envolveu 3 grupos de investigação (2 em Portugal e um no Reino Unido), e que permitiu resolver o *puzzle* da etiologia da doença. A missão do Instituto Bacteriológico Câmara Pestana publicou os primeiros resultados que evidenciavam a descoberta de um *hypnococcus* que pensavam ser o agente causal da doença. A missão britânica enviada ao Entebe em 1902 rapidamente publicou resultados idênticos na imprensa médica inglesa, reclamando para si o protagonismo da descoberta. De imediato a equipa da Universidade de Coimbra se colocou ao lado dos colegas britânicos duvidando da técnica utilizada no Instituto Bacteriológico Câmara Pestana, de Annibal Bettencourt. A controvérsia estabelecida viria a dar razão às missões britânicas, quando estas identificaram um parasita, o tripanossoma, como sendo o agente etiológico da doença (Amaral, 2012).

Quando a missão de Bettencourt fez escala na ilha do Príncipe, em 1901, a doença do sono era desconhecida e o tratamento dos doentes era realizado por iniciativa de cada um dos administradores das roças, que empiricamente tentava manter a sua mão-de-obra ativa, tal como acontecia na Roça de Bulhões Maldonado: “(...)teem-se applicado os tonicos debaixo de todas as fórmas, pontas de fogo, excitantes como o café, hydrotherapia, electricidade, causticos na nuca e espinha, mudança d`ares, banhos de mar, banhos de areia, permanencia em baixas e altas altitudes, saes de ouro e prata” (Maldonado, 1901: 97).

Apesar de Angola ser o alvo político desta missão médica, há muito que a administração colonial da ilha do Príncipe reclamava elevados índices de mortalidade entre os seus habitantes. Por esta altura em todos os sectores coloniais ligados à ilha começava a ficar consolidada a ideia de que a elevada mortalidade se devia à endemia do sono e que devido a isso existia nesse território um grave desequilíbrio demográfico. Ora, de acordo com as prerrogativas da Conferência de Berlim um problema demográfico podia facilmente converter-se num problema político para Portugal. E tanto as autoridades políticas como as sanitárias estavam atentos a essa situação.

Por esta razão, a missão de Bettencourt se apercebeu do elevado potencial que teria ao operar no território, como se de um laboratório vivo se tratasse, na aceção de Helen Tilley (Tilley, 2011), para o estudo e controlo da doença. Era uma ilha de dimensões reduzidas, com condições climáticas diferenciadas entre o norte e o sul, com um porto de entrada e de circulação de escravos no Golfo da Guiné. Em breve esta ilha se tornaria a primeira opção para as missões médicas portuguesas. Até à doença do sono ter sido dada como extinta, em 1914, partiram da metrópole mais duas missões, uma em 1907, liderada por Correia Mendes (Mendes et al, 1909), e outra, em 1911, por Bernardo Bruto da Costa.

Missão de Bernardo Bruto da Costa, 1911-1914

A força laboral de Angola era utilizada na extração da borracha e nas colheitas do café, mas também era transferida para as roças de cacau de São Tomé e Príncipe, colocando assim em perigo outra região estratégica para a economia nacional. Durante o século XIX foi introduzida nestas ilhas a plantação do cacau, a sua adaptação foi bem sucedida e os efeitos económicos rapidamente se fizeram sentir, fazendo destas ilhas um dos maiores produtores de cacau do mundo e uma das colónias mais bem sucedidas do império. Desta forma poder-se-á afirmar que a importância do problema sanitário foi amplificada pela própria evolução económica da ilha. A expansão económica fez-se acompanhar por um aumento das necessidades de mão-de-obra e com ela, o perigo de difundir a doença entre os seus habitantes.

Conhecido o agente etiológico (o parasita, tripanossoma) e o ciclo de transmissão da doença ao Homem (reservatório da doença) através de um vetor (glossina) estaria encontrado o caminho para o eficaz combate ao avanço da doença entre os africanos (Ford, 1971). Estes resultados desencadearam a organização de novas missões às províncias mais atingidas pela doença e mais importantes para a balança comercial do país (Amaral, 2013). A ilha do Príncipe foi a primeira delas, dada a elevada taxa de mortalidade resultante da entrada massiva de novos serviços provenientes de zonas onde a doença também grassava (Olympio da Fonseca, 1971). Sendo estes serviços portadores da doença por um lado, e de transportarem consigo, no mesmo

navio, as moscas tsé-tsé vivas, em breve estes elementos se conjugariam com o tripanossoma e seriam responsáveis pela elevada mortalidade na mão-de-obra, que comprometia a exploração do cacau, e a sobrevivência dos habitantes naquele território. Estamos em presença de um mandato de ocupação científica do território que também não era inócua à pressão exercida pelos ingleses, entre os quais Clarence-Smith e William Cadbury, que denunciavam a escravidão no território e exigiam medidas de contratação de mão-de-obra consentâneas com a abolição da escravidão.

O processo que conduziu à erradicação da doença do sono na ilha do Príncipe, não foi nem fácil, nem contínuo e muito menos pacífico, para os vários atores envolvidos que na arena ambiental disputavam crenças, autoridades e medos face a um extermínio de vidas humanas muito pouco condescendentes com a manutenção daquele território sob domínio português, situado no Golfo da Guiné (Amaral, 2018). Neste contexto procuraremos refletir sobre a influência da comunidade médica na alteração das condições de vida da população local; na forma como a política, a economia e a ciência foram determinantes para que esta intervenção tivesse tomado tais proporções que não só alteraram o perfil sanitário da ilha, como também alteraram a relação da sua população com o ecossistema, antes, durante e após o surgimento do surto epidémico que despoletou o interesse da administração central na preservação daquela ilha do arquipélago.

O processo de ocupação sanitária da ilha foi iniciado em 1907, mas apenas em 1911 conseguiu dar os seus frutos, por combinação de um conjunto de fatores, dos quais se destaca a inclusão de um mandato de controlo total dos seus habitantes, dos animais selvagens e das glossinas, por uma missão que permaneceu três anos consecutivos no território.

Gráfico 1

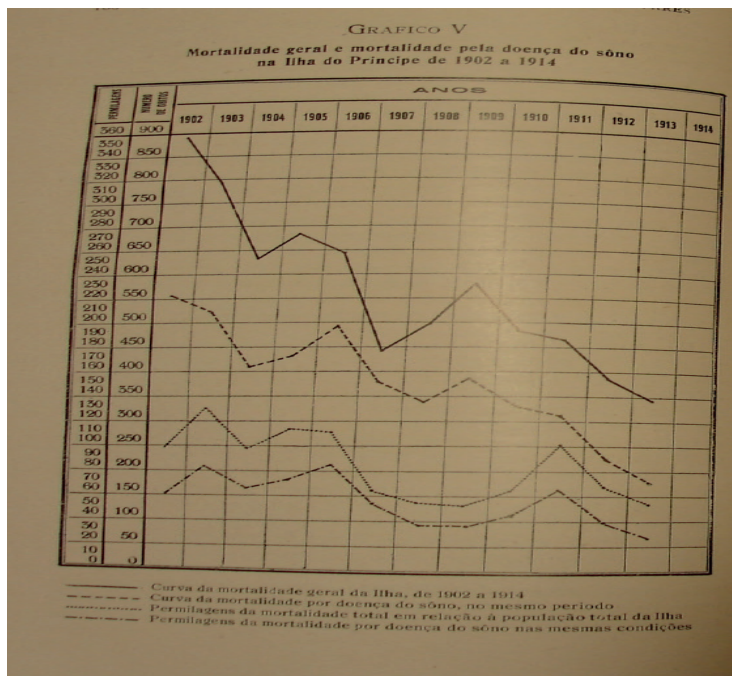


Gráfico 1 – Relação entre a mortalidade geral e a mortalidade por doença do sono, entre 1902 e 1914, na ilha do Príncipe. Arquivos de Hygiene e Pathologia Exoticas, 1915: 156.

Em 1911 constituiu-se uma nova missão de Estado, por analogia com a realizada em 1901. Tratava-se de afirmar Portugal na arena política internacional. Esta missão foi dirigida por Bernardo Bruto da Costa, a quem coube implementar uma ocupação efetiva do território, pelo controlo sanitário, orientações emanadas da política descentralizadora republicana. O programa de erradicação da doença de Bruto da Costa atingiu o centro nevrálgico da economia do território, à semelhança do modelo belga, no Congo. A sua intervenção médica foi acompanhada por legislação continuamente alterada para reforçar a coerção dos trabalhadores, administradores das roças e as autoridades locais, eliminar vastas zonas de floresta junto das zonas habitacionais e dos hospitais, abater os porcos e outros animais selvagens suspeitos de serem reservatórios do parasita, utilizar massivamente o atoxyl nos doentes, e capturar as glossinas através de um método único utilizado no contexto europeu: o método de Maldonado (Costa et al, 2015).

Figura 1

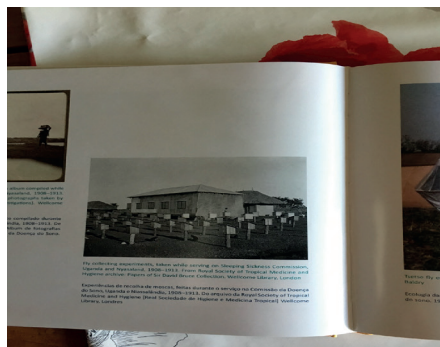


Figura 2



Figura 1 e 2 – Comparação dos métodos utilizados no Uganda e no Nyassaland (1908-1913), e no Príncipe desde 1901, pelas missões britânica e portuguesa, respectivamente. Fontes: Arquivo da Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, Wellcome Library, Londres e Arquivos de Hygiene e Pathologia Exóticas, 1915: 111.

Bruto da Costa organizou brigadas oficiais, responsáveis pela vigilância do estado sanitário do território. Começando com 43 efectivos, em 1911, terminou com 316, em 1914. Foram executados 2.500 suínos, cerca de 2.000 cães e 2500 lagaia (gatos almiscarados) e outros animais. Alteraram o curso de pequenos rios, submergiram pântanos, escavaram trincheiras sanitárias e desmataram extensas áreas de floresta (cerca de 15Km²), incluindo cacauieiros, como medida de prevenção ao desenvolvimento das moscas (Bruto da Costa, 1939).

Figura 3



Figura 4



Figura 3 e 4 – Imagens da drenagem de um pântano e desmatção de floresta. Arquivos de Hygiene e Pathologia Exoticas, 1915: 145, 165.

Os habitantes da ilha estavam sujeitos a inspeções médicas periódicas obrigatórias, com exames regulares para pesquisa de tripanossomas no sangue com consequente atoxilização e isolamento, inicialmente nos hospitais centrais, depois em unidades de recuperação em cada uma das roças.

Figura 5



Figura 5 – A Brigada oficial junto ao Hospital do Príncipe, em 1914. Arquivos de Hygiene e Pathologia Exoticas, 1915: 69.

Ao contrário das missões belgas e francesas que inglesas que se focavam a esterilização em massa do reservatório da doença, ou das missões inglesas concentradas na eliminação do vector, a missão portuguesa no Príncipe desenvolveu um plano por alguns considerado errático e desalinhado do contexto médico internacional (Silva, 2003), mas que permitiu erradicar a doença do território (Wyllie, 1916).

O impacto ambiental desta intervenção médica, foi significativo. Em 1914 a zona florestal foi significativamente reduzida, a fauna nativa que maior influência teria no controlo sanitário da doença do sono foi sendo eliminada, e, os espaços urbanos foram também alterados em função das regras europeias de higiene e de saúde pública. Não só o ambiente natural se alterou como também o ambiente social e cultural. A população autóctone sofreu restrições evidentes na alteração dos hábitos de higiene, na alimentação e na habitação, de forma a responder às imposições sanitárias das autoridades médicas (Amaral, 2018).

Não terá sido sem resistência que este conjunto de medidas foi adoptado e seguido na ilha: “as beneficiações executadas no Príncipe, durante a

presente campanha sanitária, com o fim de extinguir a doença do sôno consistiram essencialmente na limpeza da vegetação herbácea e arbustiva, no desnudamento da orla marginal dos cursos de água e dos pantanos, na regularização das margens e do leito daqueles, em drenagens e aterros dos pantanos, e em extensas derrubadas das florestas “ (Boletim Sanitário da Ilha do Príncipe, 1916:2).

As medidas implementadas pela missão de Bruto da Costa foram mantidas até à independência do território, tal como almejavam: “todavia mais alguma coisa resta fazer; cruzar os braços nesta altura e esquecer de pronto que o Príncipe foi assolado durante anos por uma epidemia de tão lamentáveis consequências, seria ilógico e pouco habil; extintas as condições de propagação da infecção, tudo aconselha a que se conserva o que tanto trabalho e despêsas custou e que se não deixe regressar os terrenos da ilha ao seu primitivo estado de abandono” Bruto da Costa, 1915: 163).

A sua intervenção deixou uma marca que perdurou no tempo, ficaram na ilha novas técnicas e meios de diagnóstico, um novo tratamento e uma intensificação das práticas de hospitalização e monitorização dos doentes. De facto, esta verticalidade de medidas drásticas de contenção à propagação da doença veio alterar a forma como habitantes e políticos locais lidavam com o seu ecossistema. Mas para a retórica médica alimentada pelo discurso eurocêntrico, a melhoria das condições de vida dos povos colonizados não passava de um imperativo moral de superioridade. O habitat natural foi significativamente alterado, a população nativa profundamente castrada no seu ambiente social, os agricultores massacrados com investimentos avultados e sujeitos a um controle da administração central deveras agressivo, mas a saúde e o bem-estar dos habitantes da ilha significativamente melhorado, do ponto de vista sanitário. Se utilizarmos as lentes da ecologia da doença e da história ambiental, este estudo de caso conduz-nos a uma mais profunda no contexto da ética do desenvolvimento sustentável, para refletirmos sobre o lugar da sociedade humana no planeta e no seu habitat natural, na convivência com o império dos micróbios e procurando alternativas para um futuro “saolutogénico” na linguagem do antropoceno (Zywert 2016).

Breves Conclusões – a doença do sono: quo vadis Ambiente?

A história da doença do sono é um claro exemplo da forma como a doença não só afectou a evolução humana, mas também o desenvolvimento cultural e económico dos países africanos. Também esta história nos permite avaliar a alteração sinusoidal da reemergência da doença associada não só a uma agenda política, mas também a uma agenda cultural, social e humana. Os momentos de maior taxa de endemidade não foram apenas resultado da imiscuidade colonial no território africano controlado por uma forte agenda política, que incluía a invasão de solo virgem (Crosby, 1976) tacitamente conhecido e controlado pelos africanos, mas também pela negligência na manutenção da vigilância epidemiológica ativa, nos períodos seguintes.

A doença do sono não pertence apenas ao passado, mas faz parte da agenda da OMS hoje, o que nos leva a concluir que a miscigenação ecológica e social do planeta, as mudanças na ecologia das sociedades e dos agentes patogénicos ao longo do tempo, continua a ter uma agenda aberta para repensarmos hoje o papel da medicina, na resposta que pode dar aos desafios atuais da sociedade em que vivemos.

A intervenção sanitária pelo combate à doença do sono nas colónias portuguesas foi organizada em função de um imperativo político, que alimentou uma colonização científica assente no pressuposto de que o homem deveria ser capaz de modificar o ambiente de modo a melhorar, a seu favor, as condições de habitabilidade nos trópicos, ou seja, uma medida do sucesso e da superioridade das nações colonizadoras. A ilha do Príncipe adquiriu, desde a abolição efetiva da escravatura em 1875, uma relevância económica e política no império português, devido ao crescimento das exportações de cacau e à cobiça dos interesses do império britânico. Todos esses fatores combinados amplificam e dão relevância política à doença do sono no contexto da ilha, que se traduziu em profundas alterações na dinâmica dos diferentes ecossistemas que entre si coabitavam (Amaral, 2018). Em 1914 todo o património ambiental tinha sido alterado.

Olhando para o passado e analisando o percurso da erradicação desta doença no contexto do IIIº Império colonial português somos levados a concluir que o ambiente político assumiu uma posição hegemónica na moldagem do ambiente natural e social. Diferentes “ambientes” contribuíram

para uma moldura mais alargada da intervenção massiva do Homem sobre o Ambiente, onde a saúde e o bem-estar social foi garantido pela supremacia da política, da ciência, da técnica e da medicina. Como podemos hoje refletir sobre este passado histórico, no qual a doença do sono ocupou um papel central no contexto africano, em prol do almejado desenvolvimento global simétrico: quo vadis ambiente? A doença do sono é uma doença que atinge sobretudo populações pobres, marginalizadas e rurais, que dependem da exploração da terra para a subsistência. Constitui por isso uma grande ameaça ao desenvolvimento económico, porque afeta sobretudo o grupo etário mais produtivo e perpetua o ciclo doença-pobreza-doença (OMS, 2005). Que lições podemos retirar do passado para abraçar os novos desafios que se colocam hoje às Nações para debelar as doenças re-emergentes (como a doença do sono), negligenciadas ou novas, neste mundo em constante evolução social, cultural e biológica, que vive, explora e desafia cada vez mais o Ambiente (em sentido lacto)?

Bibliografia

AMARAL, Isabel. As missões científicas nas colónias e a Escola de Medicina Tropical (1902-1935). *Boletim da Sociedade de Geografia de Lisboa*, série 130, p. 1-12. 2013.

AMARAL, Isabel. Bacteria or parasite? The controversy over the etiology of sleeping sickness and the Portuguese participation, 1898-1904. *História Ciências Saúde-Manguinhos*, v. 19, n. 4. November 2012. DOI: 10.1590/S0104-59702012005000004

AMARAL, Isabel. Medicina Tropical e Ambiente em perspectiva: reconstruindo o puzzle da erradicação da doença do sono na ilha do Príncipe, em 1914. *Fronteiras, Journal of Social, Technological and Environmental Science*, v. 7, n. 2, p. 64-82. 2018. DOI <http://dx.doi.org/10.21664/2238-8869.2018v7i2.p64-82> • ISSN 2238-8869.

BADO, Jean-Paul. *Médecine coloniale et grands endémies en Afrique, 1900-1960: lèpre, trypanosomiase humaine et onchocercose*. Paris: Editons Karthala. 1996.

BIVENS, Dana, 2015. *African Sleeping Sickness in British Uganda and Belgian Congo, 1900-1910: Ecology, Colonialism, and Tropical Medicine*. PhD Thesis,

Virginia Commonwealth University. Disponível em: <https://scholarscompass.vcu.edu/etd/3723>. Acesso em: 4 Nov. 2018.

BRUTO DA COSTA, Bernardo. *Vinte e três anos ao serviço do país no combate às doenças – Africa*. Lisboa: Depositária Livraria Portugalia. 1939.

BRUTO DA COSTA, Bernardo. *Trabalhos sobre a doença do somno: saneamento, estatística, serviços hospitalares e brigada oficial, na ilha do Príncipe*, A Editora Limitada, Lisboa,. 1913.

BRUTO DA COSTA, Bernardo; SANT'ANNA, Firmino; SANTOS Carlos; ARAÚJO, António. Relatório final da missão da doença do sono na ilha do Príncipe. *Archivos de Hygiene e Pathologia Exotica*, v. 5, p. 1-258. 1915.

CROSBY, Alfred. Virgin Soil Epidemics as a Factor in the Aboriginal Depopulation in America. *The William and Mary Quarterly, Omohundro Institute of Early American History and Culture*, v. 33, n 2, pp. 289–299. 1976.

FONSECA, Olympio. A obra de Portugal no combate à doença do sono. *O Médico*, v. 58, p. 1-38. 1971.

FORD, John. The Role of the Trypanosomiasis in African Ecology: a study of the tsetse fly problem. Oxford, Clarendon Press, 1971.

GLEIM, Otto. Berichte über die Schlafkrankheit der Neger im Kongogebiete. *Archiv für Schiffs- und Tropen-Hygiene, Leipzig*, v.4, p.359-363, 1900. Disponível em <https://ia800409.us.archive.org/4/items/bub_gb_6XM3AQAAMAAJ/bub_gb_6XM3AQAAMAAJ.pdf> Acesso em: 14 Abr. 2018.

HEADRICK, Daniel. Sleeping Sickness Epidemics and Colonial Responses in East and Central Africa, 1900–1940. *PLOS Neglected Tropical Diseases*. V. 8, n 4, p. 1-7. 2014. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0002772>.

HIDE, Geoff. History of Sleeping Sickness in East Africa, *Clinical Microbiology Reviews*, vol. 12, n 1, p. 112-125. 1999.

HOEPLI, Reibhard. Parasitic diseases in Africa & the western hemisphere. *Acta Tropical*, v. 69, sup. 10, p. 240-246. 1969.

HOPPE, Kirk. “Lords of the Fly: Colonial Visions and Revisions of African Sleeping-Sickness Environments on Ugandan Lake Victoria, 1906-61.” *Journal of the International African Institute*, v. 67, n 1, p. 86-105. 1997.

Jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa, Tomo LXIV, n 7 -12, p. 267-269. 1900.

KEA, Ray. Expansions and contractions: world-historical change and the Western Sudan world system (1200/1000 B.C.-1200/1250 A.D.). *Journal of World-system Research*, v. 10, p.723-816. 2004.

LAMBRECHT, Frank. Trypanosomes and hominid evolution. *BioScience*, v. 35, p. 640-646.1985.

LIVINGSTONE, David. *Missionary travels and research in South Africa*, London: John Murray. 1857

LYONS, Maryinez. *The colonial disease: sleeping sickness in the social history of northern Zaire, 1903-1930*. Ph.D. dissertation, University of California-Los Angeles, 1987.

Mackenzie, John. *Empire of Nature: Hunting, Conservation, and British Imperialism*. Manchester: Manchester University Press. 1988.

MALDONADO, Angelo . Doença do somno. *A Medicina Contemporânea*, v. 19, n 12, p. 97. 1901.

MENDES, Annibal Correia; MONTEIRO, Alfredo Silva, DAMAS MORA, Antonio; BRUTO DA COSTA. La Maladie du sommeil a l'île du Prince. Rapport présenté au ministère de la marine et des colonies. *Archivos de Hygiene e Pathologia Exoticas*, vol. 2, p. 275- 350.1 909.

SCOTT, Haropld. *A History of Tropical Medicine*. London: Edward Arnold. 1942. Disponível em <https://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.63989/page/n3>. Acesso em: 4 Nov. 2018.

STEVERDING, Dietmar. The history of African trypanosomiasis. *Parasites & Vectors*, v. 1, n 3. 2008. doi:10.1186/1756-3305-1-3.

TILLEY, Helen. *Africa as a living laboratory*. Chicago: University of Chicago Press. 2011.

WEBEL, Mari. Ziba Politics and the German Sleeping Sickness Camp at Kigarama, Tanzania, 1907-14. *The International Journal of African Historical Studies*, v. 47, n 3, p. 399-342. 2014.

WHO: Human Trypanosomiasis (sleeping sickness) epidemiological update. *Weekly Epidemiological Record*, v. 81, n 8, p. 71-80. 2006.

WINKLE Stephan. *Geißeln der Menschheit: Kulturgeschichte der Seuchen*. Düsseldorf: Artemis & Winkler Sachbuch. 2005.

WORBOYS, Michael. The comparative history of sleeping sickness in east and central Africa, 1900–1914. *History of Science*, v. 32, p.89–98.1994.

WYLLIE, John. *Sleeping Sickness – a record of four years' war against it in Principe, Portuguese West Africa*. London: Baillière, Tindall and Cox. 1916

LEISHMANIOSES DO NOVO MUNDO: UMA RÁPIDA INCURSÃO HISTÓRICA

Jaime L. Benchimol ⁶²

Resumo

A presente comunicação trata de teorias e práticas concernentes às leishmanioses do Novo Mundo no período que estende dos anos 1930 aos anos 1960. Faz um breve retrospecto do problema desde os primeiros casos de leishmaniose cutânea e mucocutânea identificados nas Américas, em 1909, mas a análise ganha densidade a partir de 1934, quando a leishmaniose visceral irrompe como problema de saúde pública na região. Hoje o Brasil é o país com o maior número de casos de Leishmaniose Tegumentar Americana no continente e detém, com a Índia, as taxas mais elevadas de incidência da leishmaniose visceral. Esta comunicação analisa o impacto da primeira grande epidemia de leishmaniose visceral ocorrida nos anos 1950 no Nordeste brasileiro e apresenta balanços feitos por diversos especialistas sobre a situação das leishmanioses nas Américas e em outras partes do mundo nos anos 1960,

62. Pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz. jailabench@gmail.com

quando este complexo de doenças passa a figurar com maior destaque na agenda da Organização Mundial de Saúde e de outras agências internacionais. **Palavras-chave:** Leishmaniose Tegumentar Americana; epidemia de calazar no Ceará; Evandro Chagas e a leishmaniose visceral; Leônidas e Maria Deane e a leishmaniose visceral; Samuel Pessoa e as leishmanioses; P. C. C. Garnham e as leishmanioses

Na Índia, recrudescem a partir de meados do século XIX as epidemias de calazar, doença associada então à malária ou à ancilostomíase. Ela passa a integrar o complexo das leishmanioses no começo do século XX, ao mesmo tempo em que doenças dermatológicas conhecidas por vários nomes locais, sendo botão do Oriente o mais disseminado.⁶³ As leishmanioses desafiavam um preceito pasteuriano básico: o de agente etiológico específico a cada doença, pois doenças que nada tinham em comum eram causadas por protozoários indiferenciáveis com as técnicas disponíveis à época.

As leishmanioses tornaram-se objetos de intensa produção científica em diversas partes do mundo. A partir de 1909, médicos latino-americanos passaram a ter participação importante nessa rede internacional com seus trabalhos sobre as singulares manifestações na pele e nas mucosas da doença que, na região, apresentava outra singularidade: era adquirida apenas em zonas florestais e não em centros urbanos, como no Velho Mundo. A aceitação na década de 1930 do conceito de leishmaniose tegumentar americana indica a projeção conquistada pelos latino-americanos. Mas no tocante à leishmaniose visceral, a singularidade das Américas residiu por bom tempo na ausência dessa forma da doença.

Houve, é certo, um diagnóstico em 1912 feito por um médico paraguaio Luis Enrique Migone Mieres (1913, p. 118-120) num indivíduo que havia trabalhado na construção da E.F. Noroeste do Brasil. Essa mesma ferrovia, quatro anos antes, fora palco de um surto de “úlceras de Bauru”, então reconhecida – pela primeira vez nas Américas – como leishmaniose mucocutânea.⁶⁴

63. A esse respeito ver Dutta, 2009, p. 93-112; Dutta, 2008: p.72-76; JOGAS JUNIOR, 2017, p. 1.051-1.070; e Jogas Junior, 2017.

64. Lindenberg, 1909a, p. 252-254; 1909b, p. 116-120; Carini, 1909a, p. 255-257; 1909b, p. 111-116. O caso de leishmaniose visceral observado no Paraguai e dois outros diagnosticados

A leishmaniose visceral irrompeu como problema de saúde pública somente em 1934. O Serviço de Febre Amarela criara há pouco um laboratório para analisar fragmentos de fígado que centenas de postos de viscerotomia espalhados pelo Brasil retiravam de pessoas falecidas de febres suspeitas. Em lâminas negativas para febre amarela, o patologista Henrique Penna (1934, p. 949-952) identificou *Leishmania*. Dessa forma, 41 óbitos foram subitamente relacionados à leishmaniose visceral.

Com as fichas desses casos *post-mortem*, Evandro Chagas, filho de Carlos Chagas, encontrou o primeiro paciente diagnosticado em vida no Nordeste do Brasil. Em nota publicada logo a seguir (março de 1936), esse pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz apresentava a leishmaniose visceral do Brasil como possivelmente diferente daquela observada no Velho Mundo, não obstante fosse impossível diferenciar a *Leishmania* encontrada no Brasil, a *L. donavani*, agente do calazar na Índia e em outras partes da Ásia, e a *L. infantum*, o parasita incriminado por Charles Nicolle (em 1908) como o causador da leishmaniose visceral infantil na região mediterrânea.⁶⁵

À frente de uma Comissão Encarregada do Estudo da Leishmaniose Visceral Americana (Ceelva),⁶⁶ Evandro Chagas visitou outros lugares no Nordeste, mas logo deslocou sua investigação para o Pará.⁶⁷ Ela continuou a ter como bússola os laudos produzidos pelos patologistas do Serviço de Febre Amarela. Evandro Chagas faria grandes esforços para demonstrar a teoria

depois na Argentina ficaram como eventos isolados, em gritante contraste com centenas de casos de leishmaniose tegumentar descritos pelos médicos latino-americanos.

65. Chagas, 1936, p. 221-222. Chagas, Cunha, Castro, Ferreira & Romaña, 1937, p. 321-385. Sobre os estudos de Evandro Chagas a respeito da leishmaniose visceral, ver Gualandi, 2013 e Deane, 1986, p. 53-67.

66. Da Comissão faziam parte três pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz: Aristides Marques da Cunha, Gustavo de Oliveira Castro, Leoberto de Castro Ferreira e o argentino Cecílio Romaña. Evandro Chagas teve o apoio financeiro do Instituto Oswaldo Cruz, da Fundação Rockefeller e de um empresário brasileiro, Guilherme Guinle. A relação de Evandro Chagas com esse e outros patrocinadores privados e públicos de suas atividades é analisada por Barreto, 2012.

67. Em Belém do Pará, outros personagens foram incorporados à equipe de Evandro Chagas: a enfermeira inglesa Agnes Stewart Waddel, que viria a se tornar sua segunda esposa; os paraenses Leônidas e Gladstone Deane, Felipe Nery-Guimarães e Maria Von Paumgarten, que viria a se casar com Leônidas Deane.

quase apriorística da suposta autoctonia e especificidade da leishmaniose visceral americana.⁶⁸

Segundo o cientista brasileiro, ela ocorria em indivíduos de diferentes idades, ao passo que a do Mediterrâneo incidia preferencialmente em crianças. A doença americana ocorria exclusivamente em áreas rurais em estreito contato com matas, diferentemente do calazar, que se manifestava sob a forma de intensas epidemias urbanas na Índia. Cães eram os principais reservatórios do agente da leishmaniose visceral mediterrânea, mas não podiam desempenhar igual papel em doença tão esparsa quanto a americana; só animais silvestres atuando como reservatórios primários podiam explicar o perfil epidemiológico da leishmaniose visceral americana. Ao incriminar uma nova espécie, - *Leishmania chagasi* -, como seu agente causal, Evandro Chagas seguia o exemplo de Gaspar de Oliveira Vianna, patologista do Instituto Oswaldo Cruz que em 1911 havia descrito a *Leishmania braziliensis*, uma das muitas soluções aventadas para dar sentido às singularidades da leishmaniose tegumentar nas Américas (Vianna, 1911, p. 411).

A hipótese de Vianna foi robustecida por achados arqueológicos sobre as origens pré-colombianas da leishmaniose mucocutânea, representada em antigos vasos de cerâmica, assim como pela subordinação daquele debate médico a ideologias nacionalistas pois uma espécie autóctone do protozoário redundava em incremento do capital simbólico dos investigadores latino-americanos na rede científica internacional da medicina tropical.

Gaspar Vianna ganhou projeção nela por conta também da descoberta (1912) de que o tártaro emético – um antimonial trivalente - era eficaz no tratamento das leishmanioses, apesar de sua toxidez.⁶⁹

A teoria de Evandro Chagas sobre a leishmaniose visceral americana deve-se em larga medida ao fato de ele ter concentrado suas pesquisas na Amazônia onde esta modalidade da doença não tem muita expressão, ao contrário da leishmaniose tegumentar.

68. Procurou repetir o feito dos que haviam logrado estabelecer o conceito da leishmaniose tegumentar americana e também o do pai, o descobridor, em 1909, da afamada tripanossomíase americana. Certamente foi influenciado pela ebulição científica provocado pela descoberta da febre amarela silvestre em que teve participação o patologista Henrique Penna.

69. Vianna, 1912, p. 422-431. O tártaro emético seria substituído pela *ureia estibamina*, antimonial pentavalente desenvolvido em 1922 pelo médico indiano Upendranath Brahmachari.

E a escolha da Amazônia deve-se ao fato de terem sido bem-sucedidas somente lá as articulações políticas de Evandro Chagas que resultaram na criação, em Belém do Pará, do Instituto de Patologia do Norte (Ipen) para abrigar seus estudos.

Num lugarejo chamado Piratuba foram encontrados os primeiros casos vivos de leishmaniose visceral da Amazônia, identificada depois em três outros municípios do Pará.⁷⁰ Esses casos corroboravam a ideia de que a doença não ocorria nem em cidades, nem em várzeas, isto é, zonas com grandes vias aquáticas e terrenos alagados, e sim em zonas de mata com terreno seco e alta concentração de mamíferos silvestres (a chamada terra firme).

Foram encontrados no Pará alguns cães e um gato naturalmente infectados. Num roedor silvestre (sauia ou *Phyllomys sp.*) granulações sugeriram *Leishmania*, mas não se conseguiu ir além das suspeitas. As espécies mais frequentes da mosca suspeita de ser a transmissora da leishmaniose visceral na região eram o *Phlebotomus longipalpis* e o *Phlebotomus intermedius*,⁷¹ mas seu papel não foi demonstrado conclusivamente.

Já existiam robustas evidências sobre a participação dos flebótomos em sua transmissão. Em 1921, no Instituto Pasteur da Argélia, Edmond e Étienne Sergent e seus colaboradores demonstraram que o *Phlebotomus papatasi* era capaz de transmitir o botão de Biskra, nome que tinha a leishmaniose cutânea naquela cidade argelina (conseguiram produzir uma lesão cutânea num voluntário pela inoculação de um triturado dessas moscas naturalmente infectadas).⁷² Com técnica semelhante, Henrique Aragão (1922, p. 129-130; 927, p. 177-186), no Instituto Oswaldo Cruz, mostrou que o *Phlebotomus intermedius* (*Lutzomyia* [*Nyssomyia*] *intermedia*) estava implicado na transmissão da *Leishmania braziliensis*, mas nem os europeus que estudavam as leishmanioses na região mediterrânea, nem os britânicos e indianos que investigavam o calazar na Ásia conseguiam transmitir o parasita experimentalmente a voluntários humanos através da picada de moscas previamente alimentadas em pacientes com a doença (prova decisiva).

70. Marapanim e Soure, no litoral, por viscerotomia; e Mojú, por investigação clínica.

71. *Lutzomyia longipalpis* e *Lutzomyia intermedia*.

72. Sergent, Sergent, Parrot, Donatien & Beguet, 1921, p. 1030-1032; 1926, p. 411-430.

Somente em 1942, na Índia, Henry Edward Shortt e sua equipe conseguiram provar que humanos contraíam o calazar ao serem picados por *P. argentipes* previamente infectados em doentes (Killick-Kendrick, 2013, p. 134-135; Desowitz, 1991, p. 17-18).

Em 8 de novembro de 1940, aos 35 anos, Evandro Chagas morreu em um desastre de avião na baía de Guanabara. Houve desaceleração nos estudos sobre a leishmaniose visceral mas teve início o primeiro grande inquérito epidemiológico sobre leishmaniose tegumentar americana realizado por Samuel Barnsley Pessoa, chefe do Departamento de Parasitologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

No pós-guerra, o nacionalismo desenvolvimentista era abraçado por muitos professores e investigadores das escolas médicas tradicionais ou daquelas que vinham sendo criadas em diversas partes do Brasil, assim como pelos sanitaristas que encontravam promissoras perspectivas profissionais nos serviços de saúde criados após a revolução de 1930, que levava Getúlio Vargas ao poder. Mário Pinotti, o chefe do Serviço Nacional de Malária, dirigiu a equipe responsável pela formulação do programa de saúde de Juscelino Kubitschek, que se elegeu em 1956 prometendo “50 anos de progresso em 5 de governo”.⁷³

Previam-se melhorias nas condições de vida dos trabalhadores rurais com a erradicação ou controle de doenças endêmicas no interior do país segundo estratégias que variavam conforme as peculiaridades biológicas e sociais de cada doença e a disponibilidade de antibiótico, inseticida, vacina ou outra técnica preventiva ou curativa. Influíam também as prioridades estabelecidas numa conjuntura em que as agências internacionais de saúde desempenhavam papel cada vez mais importante nas decisões dos governos do Brasil e de outros países.

Em contraste com o número crescente de diagnósticos da leishmaniose tegumentar, os casos *vivos* de leishmaniose visceral eram poucos. Desde o primeiro diagnóstico feito em 1912, 34 casos tinham sido reconhecidos em pacientes vivos. (As viscerotomias apontavam 314 óbitos, mais disseminados de 1934 a 1950). No continente americano, eram apenas 35 casos vivos (Deane & Deane, 1955, p. 95-114).

73. A esse respeito ver Hochman, 2009, p. 313-331.

Mas em 1953 irrompeu no Nordeste do Brasil uma epidemia que alterou drasticamente esse quadro. Em apenas cinco anos (1953 a 1957), o total de casos vivos no Brasil saltou de 34 para 1.832, a maioria (81,38%) no estado do Ceará. No continente americano subiu para 2.179 (1.840 em vida e 339 *post-mortem*), porém mais de 98% desse total (2.145 casos) no Nordeste do Brasil (Deane, 1958, p. 431-444).

A região vinha sofrendo uma seca devastadora e milhares de flagelados partiam à procura de comida, teto e trabalho. Na imprensa, entre os médicos e no seio do povo fala-se muito agora em calazar. Investigações feitas então mostraram que passava despercebido há muito tempo. A epidemia de 1953 mostrou que o pequeno número de diagnósticos feitos anteriormente, em vez de traduzir a raridade da doença, era consequência da falta de assistência médica à população rural e do desconhecimento dos médicos que atuavam no interior. Foi instituída uma Campanha contra a Leishmaniose Visceral no Ceará, e Samuel Pessoa, renomado parasitologista da Universidade de São Paulo, depois de visitar a região convulsionada, enviou para lá dois de seus assistentes, Leônidas Deane e sua mulher, Maria Paumgarten Deane, ex-integrantes da equipe de Evandro Chagas.

Logo encontraram uma raposa (*Lycalopex vetulus*) repleta de *Leishmania*.⁷⁴ Se ela corroborava o reservatório silvestre que Evandro Chagas tanto buscara, as demais observações feitas no Nordeste abalaram seriamente a teoria proposta por ele nos anos 1930. Tinha-se agora uma doença que independia das matas; podia ocorrer em zonas urbanas e mesmo nas zonas rurais, onde era predominante, tinha caráter “focal”. A transmissão urbana foi comprovada por indivíduos e sobretudo por cães que aí se infectavam.

E como foi combatida a doença? Como em outras partes do mundo, através da dedetização domiciliária (Deane, Deane & Alencar, 1955, p. 131-141). Os flebotomos desapareciam das casas tratadas, mas nos abrigos de animais domésticos a ação do inseticida durava menos, e ao ar livre era inútil. A transmissão intradomiciliária da leishmaniose visceral pôde ser reduzida

74. Deane & Deane, 1954, p. 419-421. Imaginaram que tinham sido os primeiros a encontrar um animal silvestre com leishmaniose visceral, mas logo souberam que três russos tinham acabado de verificar na Ásia Central (Tadjisquitão) que o chacal (*Canis aureus*) também desempenhava esse papel.

pois o *P. longipalpis* sugava mais à noite, quando a população humana estava recolhida às casas, mas a transmissão extradomiciliária era o calcanhar-de-aquiles daquela estratégia profilática. Medidas antilarvárias tão importantes na febre amarela e malária não eram aplicáveis ao calazar. Larvas e pupas de *P. longipalpis* tinham sido encontradas na terra ao pé de árvores, não em ambientes aquáticos. Seus criadouros eram na verdade mal conhecidos.

As dedetizações eram feitas pelo Serviço Nacional de Malária, que agia em função dos hábitos dos *Anopheles*, que não eram os mesmos dos *Phlebotomus*. “A dedetização não foi feita na medida do que era necessária,” – queixou-se Alencar – “nem também o foi na época aconselhável, aquela que antecede a queda das chuvas, após as quais a densidade de flebotomos aumenta e com isso o contágio se intensifica” (Alencar, 1961, p. 178).

A campanha contra o calazar envolveu também a descoberta e o tratamento dos casos humanos e a descoberta e eliminação em larga escala dos casos caninos.

Em 1958, o ministro de Saúde do governo de Juscelino Kubitschek prometia aniquilar cinco endemias: boubá, doença de Chagas, bócio, tracoma e leishmaniose (Ministro Mário Pinotti, 8.7.1958, p. 1). Naquele mesmo ano, a XV Conferência Sanitária Pan-Americana, em Porto Rico, aprovava resolução declarando livre do *Aedes aegypti*, o vetor da febre amarela urbana, o Brasil, a zona do Canal do Panamá e outros nove países. Ainda em 1958 o Brasil engajou-se oficialmente na campanha mundial de erradicação da malária. Ao mesmo tempo disseminavam-se pelo país as ações contra as endemias rurais. Os estudos feitos então mostraram que a emigração de nordestinos aumentava a incidência das leishmanioses em outras regiões do Brasil. Aumentou o número de diagnósticos feitos tanto por médicos interioranos como das grandes cidades, para onde migravam contingentes cada vez maiores de trabalhadores rurais do Nordeste. Aumentou também a consciência de que casos isolados de leishmaniose visceral tinham de ser investigados já que era provável sua ligação com novas áreas endêmicas.

Um marco na consolidação dessa rede de pesquisas foi a Jornada sobre Calazar, realizada em Salvador, capital da Bahia, em 1960 (Notas Médicas, 1.11.1960, p. 2.). Os especialistas interessados nessa endemia (mas que trabalhavam também com outras) lá se reuniram pela primeira vez. E em

12 de novembro, primeiro dia da Jornada, fundaram a Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (Notas Médicas, 20.11.1960, p. 2).

A medicina tropical ganhava renovada importância também no cenário internacional porque as doenças que eram tradicionalmente de sua alçada passaram a ser vistas como importantes obstáculos às políticas de desenvolvimento que tinham em mira retirar países como o Brasil de sua condição ‘subdesenvolvida’ e, principalmente, evitar que saíssem de suas órbitas no mundo capitalista por força do potencial de rebelião popular propiciado pela conjunção entre pobreza e doenças.

Em 1962, o ano da crise dos mísseis e da exacerbação da Guerra Fria, foi concluído nos Estados Unidos um estudo abrangente sobre as doenças dos trópicos patrocinado pelos mais importantes órgãos de saúde dos Estados Unidos. Seu Comitê Consultor, presidido por Albert B. Sabin (criador da vacina contra a pólio com vírus atenuado), era formado por um time da pesada que unia saúde, indústria e negócios. Os argumentos com que justificavam a relevância do estudo revelam claramente a preocupação com preservar uma potência com ambições imperiais dos perigos que a ameaçavam: os movimentos de descolonização, as revoluções e o comunismo.

Os trópicos abrigavam quase a metade da população mundial, centenas de milhões de pessoas a viver na pobreza, porém (e eu cito) “cada vez menos dispostas a gastar suas curtas vidas a sonhar com as recompensas do além” (National Academy of Sciences, 1962, p. vii). O mundo tropical era visto assim como um barril de pólvora prestes a explodir.

Para analisar o estado da arte no tocante às leishmanioses, foram consultados Leonidas Deane, da Universidade de São Paulo; Marshall Hertig, do Gorgas Memorial Laboratories (Panamá) e Philip Edmund Clinton Manson-Bahr, médico britânico ligado ao Departamento de Saúde de Nairobi, Quênia.⁷⁵ Mas antes de examinarmos seus pareceres, precisamos trazer à cena outra iniciativa: em 1960, a Organização Mundial de Saúde encomendou a Percy Cyril Claude Garnham, professor da Escola de Higiene e Medicina Tropical de Londres, um estudo sobre “os problemas que colocavam em escala

75. O parecer de Leonidas M. Deane encontra-se em National Academy of Sciences, 1962, p. 505; o de Marshall Hertig na mesma obra, à p. 505-508; e o de Philip Edmund Clinton Manson-Bahr, na p. 508.

mundial a leishmaniose, a amebíase, as tripanossomíases e a toxoplasmose”, doenças às quais aquela agência dera pouca importância até então (Garnham, 21.6.1960). O cenário epidemiológico desenhado então por Garnham era extremamente fluido.

Observações feitas na Rússia e no Irã tinham demonstrado a existência de duas formas clínicas do botão do Oriente, a leishmaniose cutânea do Velho Mundo: a “seca” e a “úmida”. Diferiam epidemiologicamente e sorologicamente. A forma clássica era a seca, das cidades; a “úmida”, mais grave, ocorria em zonas rurais, estepes e desertos (Garnham, op. cit. (21.6.1960, p. 13). Da bacia do Mediterrâneo, principalmente Itália e norte da África, o botão do Oriente tinha se alastrado. A cada ano milhares de casos ocorriam no Iraque, Irã, Síria, Rússia meridional, Paquistão e nordeste da Índia. Segundo Garnham, uma lenta expansão através do Saara levava a doença ao Sudão, à Etiópia, África ocidental francesa, Nigéria e Gana. A floresta equatorial parecia bloquear o avanço para o sul, mas era indispensável saber se havia ou não perigo de difusão generalizada da doença na África (Garnham, 21.6.1960, p. 12-13).

Na leishmaniose visceral, Garnham distinguia a forma clássica (kala-azar); a forma mediterrânea ou “infantil”; as formas do Sudão e da África oriental e ainda as formas ditas “aberrantes”. Diferiam suas características epidemiológicas e eram ainda em larga medida desconhecidos os vetores e reservatórios do agente causal. A principal zona de incidência do calazar era o subcontinente indiano – Índia e Paquistão, recém-desmembrado deste país com o fim do império colonial britânico na região. A doença reinava em outras partes da Ásia – Butão, [especialmente na China], Turquestão, Rússia meridional –, no Oriente Médio, no litoral e nas ilhas do Mediterrâneo; e também estava se disseminando pela África: atingira o Quênia pelo Egito e Sudão, o norte da Nigéria e a África ocidental francesa pelo Saara. Como mostramos atrás, nos anos 1950 o total de casos no continente americano ascendera de 35 para 2.179. Esses números impressionam por sua rápida escalada, mas empalidecem quando comparados a dados fragmentários compilados por Garnham: nos hospitais e dispensários de Bengala ocidental quase 39 mil casos (38.848) em 1951; 10.000 casos no Sudão em 1959 (Garnham, 21.6.1960, p. 11). No Quênia, uma epidemia de menor proporção em 1960 causara cerca de 1.000 óbitos. A rapidez com que a leishmaniose visceral se

tornara um problema de grande magnitude no Sudão e na África oriental causara surpresa a todos e se temia que a doença viesse a se espalhar por toda a África subsaariana.

A incidência do calazar diminuía em consequência das aspersões de DDT feitas pelos programas de erradicação da malária, mas podia voltar a subir quando fossem interrompidas as aspersões do inseticida. Lembremos que em 1962 já fazia água a campanha internacional de erradicação da malária. Os *Phlebotomus* eram muito vulneráveis ao DDT, e até aquele momento não apresentavam resistência ao inseticida, ao contrário do que acontecia com os *Anopheles*. Hertig propunha o controle sistemático da leishmaniose visceral através do DDT, mas a Manson-Bahr parecia pouco provável que viesse a afetar sua incidência na África oriental. Ela tinha na verdade aumentado no Sudão, em seguida a algumas operações para controle da malária.

Trabalhos feitos no Peru mostravam que era possível obter-se boa proteção contra a uta – uma das formas da leishmaniose tegumentar americana - aplicando-se o DDT em habitações e estábulos e em superfícies próximas, como muros de pedra e troncos de árvores. No Peru, os *Phlebotomus* transmitiam tanto a uta como a verruga peruana, tendo caído a incidência de ambas. Mas o controle da leishmaniose cutânea e mucocutânea entre populações que viviam em zonas de florestas era um problema ainda sem solução. No Panamá se tinha verificado que, separando-se as habitações da floresta por um espaço desmatado obtinha-se certo grau de proteção.

Segundo os especialistas consultados pelos estudos que estamos analisando, permaneciam parcial ou integralmente sem solução os dois aspectos essenciais de todas as formas de leishmaniose: os reservatórios de *Leishmania* e os meios de transmissão das doenças que causavam no homem. Para Deane, era premente a necessidade de se determinar as espécies vetoras de *Phlebotomus* cada região e de se estudar sua bionomia (domesticidade, longevidade, variação sazonal, preferências alimentares etc). Tinham-se evidências de que todas as leishmanioses eram transmitidas por *Phlebotomus*, mas não necessariamente só por eles. No Quênia, por exemplo, investigava-se o papel dos cupins.⁷⁶

76. Garnham considerava possível a transmissão mecânica por carrapatos e moscas de estábulos; o contágio pela via digestiva ou respiratória e, mais raramente, por infecção congênita ou venérea.

Outro problema em aberto eram os hospedeiros naturais de *Leishmania*, a começar pelo homem. As formas clínicas chamadas “aberrantes” manifestavam-se muito tempo depois da aparente cura de casos de leishmaniose cutânea ou visceral. Portanto era crucial saber se eram ou não infectantes esses pacientes. Os métodos diagnósticos não davam conta do problema e com frequência não eram específicos, ocorrendo reações cruzadas com Doença de Chagas e outras infecções.

Na região mediterrânea e na China, cães domésticos infectados eram considerados os principais reservatórios.⁷⁷ Já na Índia, por razões ainda não explicadas, os cães não eram infectados, supondo-se que lá o homem fosse o único reservatório. Os estudos sobre os reservatórios deviam ser estendidos a animais silvestres. Para o calazar, os Deane tinham incriminado as raposas selvagens, e pesquisadores soviéticos, os chacais. Roedores infectados foram descobertos depois no Quênia.

Essa questão impunha-se com mais força na leishmaniose cutânea e mucocutânea do Novo Mundo, quase sempre associada a florestas. Para muitos investigadores latino-americanos, o cão era um animal dificilmente infectável pela *L. braziliensis*. Os resultados mais promissores foram obtidos no Peru onde grassava a uta (1948): 40% dos 469 cães examinados estavam infectados (Herrer, 1949-1951, p. 9-137). Quanto a animais silvestres, as evidências eram precárias e incertas. Pedro Weiss (1943, p. 209-248), do Instituto de Higiene y Salud Publica de Lima, examinara centenas 750 de animais em regiões do Peru onde era endêmica a leishmaniose mucocutânea ou espúndia, sem chegar a um resultado positivo. Pessoa e Barretto (1948) tampouco tiveram sucesso nos exames feitos em cotias, ratos do banhado, macacos, porcos do mato etc. Oswaldo Paulo Forattini e colaboradores, da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo, examinaram 928 espécimes de animais da floresta e obtiveram hemoculturas positivas para *Leishmania* somente em três: um roedor silvestre (*Kannabateomys amblyonyx amblyonyx*); uma paca (*Cuniculus paca paca*) e uma cotia (*Dasyprocta azarae*) (Forattini, Juarez, Bernardi & Dauer, 1959, p. 11-17).

77. Adler e Theodor (1957, p. 203-226) fizeram revisão da literatura sobre o papel do cão como importante hospedeiro reservatório de *Leishmania donovani* em áreas de calazar no Mediterrâneo, China, Cáucaso e América do Sul; e dos chacais também.

Essa questão tinha estreita relação com outro problema, objeto da primeira pergunta que Leônidas Deane faz em seu parecer: “Qual é a posição sistemática das diferentes *Leishmania* do homem?” (National Academy of Sciences, 1962, p. 505).

Leishmania donavani (Laveran e Mesnil, 1903), *L. tropica* (Wright, 1905) e *L. brasiliensis* (Gaspar Vianna, 1911) designavam os parasitas da leishmaniose visceral humana e canina, do botão do Oriente e da leishmaniose tegumentar americana, respectivamente. Nomes específicos ou subespecíficos foram dados a *Leishmania* isoladas em certas regiões, mas a essa tendência a associar manifestações singulares da doença a espécies singulares do protozoário opunham-se os defensores da ‘unidade leishmanial’. Para eles, todas as leishmanioses seriam causadas por uma única espécie, variando seu comportamento e as síndromes clínicas que produziam conforme as condições ambientais locais e a espécie de animal ou inseto que hospedavam o parasita.

As tentativas para a caracterização de espécies com base em atributos como morfologia, comportamento em culturas, infectividade para animais de laboratório, propriedades imunológicas não tinham conseguido resolver o problema.

Em 1953, o mexicano Francisco Biagi Filizola propôs a distinção de quatro variedades de Leishmaniose Tegumentar Americana: forma mucocutânea das florestas úmidas tropicais (espúndia); forma cutânea seca, ou uta; uma forma benigna chamada *pian bois*; e úlcera de los chicleros (Biagi, 1953, p. 401-406). Um quinto tipo foi descrito em 1948, na Venezuela e Bolívia, sob o nome de leishmaniose difusa.

A doença mucocutânea ou espúndia, muito presente no Brasil e em outros países amazônicos, irrompia de forma epidêmica ao serem derrubadas as matas para a formação de vilas, fazendas, para a construção de estrada de ferro ou de rodagem ou quando pessoas se movimentavam pelas matas em tempos de guerra ou revolução. Complicações nasais ocorriam em cerca de 80% dos casos, e em cerca de 30%, havia lesões nas mucosas, com deformidades repulsivas, sendo frequente a morte por bronco-pneumonia séptica.

A uta grassava nas regiões altas da Cordilheira dos Andes, desprovidas de matas. Manifestava-se por lesões na pele sem acometimento metastático das mucosas. Doença rural, podia alastrar-se por zonas urbanas, afetava mais as crianças do que os adultos e o cão era frequentemente parasitado, como na leishmaniose visceral mediterrânea ou infantil.

O *pian bois* (em francês) ou *boshyaws* (em holandês), forma benigna de leishmaniose cutânea, grassava no norte da América do Sul e na América Central (Guianas, Panamá, Costa Rica). Lesões ulceradas curavam-se espontaneamente e só em 5% dos casos havia invasão das mucosas. A *ulcera de los chicleros* do México (Yucatan) e Guatemala ou *baysore* (úlceras da baía) das Honduras Britânicas só afetava as orelhas e podia desagregar progressivamente esse órgão. A leishmaniose tegumentar difusa, muita semelhante à lepra lepromatosa, caracterizava-se pela disseminação de lesões por todo o corpo dos doentes que apresentavam acentuada diminuição da resposta imunitária, sendo nula a ação dos antimonialis que tinham relativa eficácia nas outras leishmanioses.

A epidemiologia e as manifestações clínicas da leishmaniose tegumentar americana diferiam, assim, de tal maneira conforme os lugares que se era obrigado a admitir a intervenção de várias *Leishmania*. Biagi relacionou a úlcera dos chicleros à subespécie *L. tropica mexicana* (Biagi, 1953, p. 401-406). Hervé Alexandre Floch, do Institut Pasteur da Guiana francesa, incriminou a *L. tropica guyanensis* como o organismo causador do *pian-bois* e da uta (Floch, 1954a, p. 1-4; 1954b, p. 784-787). A espúndia seria devida à *Leishmania tropica braziliensis*. Em trabalho publicado em 1961, Samuel Pessoa propôs outra classificação que restaurava a soberania da *Leishmania brasiliensis* (Pessoa, 1961, p. 41-50).

Garnham e os especialistas de *Tropical Health*. A *report* julgavam imprescindíveis estudos comparativos e assim defenderam a proposta feita por Saul Adler no 6º Congresso Internacional de Medicina Tropical e do Paludismo realizado em Lisboa, em 1958, de criação de centros de referência para manutenção de *Leishmania* isoladas em diferentes partes do mundo. Em 1965 concretizou-se este projeto que pode ser tomado como importante marco no envolvimento mais decidido da OMS com o problema das leishmanioses.

Um acordo firmado por esta agência e a Hebrew University em Jerusalém deu origem ao primeiro WHO International Reference Centre for Leishmaniasis sob a direção de Adler (Who Research Programme on Leishmaniasis, ca. 30.4.1965).

Este pesquisador, que, diga-se de passagem, foi importante aliado de Evandro Chagas, e especialmente Garnham foram personagens chave na construção de uma nova rede internacional que interligava equipes de pesquisadores relativamente isoladas do Velho e do Novo Mundo com o apoio da OMS, OPAS e organizações como o Wellcome Trust. Estudo essa rede do ponto de vista das leishmanioses americanas que adquiriram grande visibilidade após as pesquisas feitas pelos britânicos na América Central e em seguida no Brasil. Grandes empreendimentos em zonas interioranas após o golpe militar de 1964 transformaram a leishmaniose tegumentar americana num problema seriíssimo na região amazônica.⁷⁸ In 1965, no Instituto Evandro Chagas, Ralph Lainson (recentemente falecido) e Jeffrey Shaw, discípulos de Garnham na Escola de Medicina Tropical de Londres, fundaram a Unidade de Parasitologia da Wellcome. Lainson e seus colaboradores estrangeiros e brasileiros mostraram que as populações de parasitos, com seus respectivos vetores e hospedeiros vertebrados, eram muito mais heterogêneas do que se imaginava (Lainson, 2010, p. 13-32).

As pesquisas sobre as leishmanioses foram dinamizadas pelo TDR - Programa Especial de Pesquisa e Treinamento em Doenças Tropicais da Organização Mundial de Saúde - concebido nos anos 1970 com o objetivo de suprimir o fosso que havia entre produção de conhecimentos e controle das doenças que afligiam populações pobres das Américas, África e Ásia. Especialmente importante nessa mesma conjuntura foi o Programa de Controle da Leishmaniose da OMS (WHO Leishmaniasis Control Program) com suas interfaces variáveis com programas de cada estado nacional.

No final do século XX, no Brasil e em outros países, todas as formas de leishmaniose que pareciam sob controle reemergiram ou pela primeira vez emergiram em zonas rurais e urbanas devido a mudanças ambientais, migrações humanas, crescimento urbano caótico e outros processos

78. A esse respeito ver Peixoto, 2017 e Guerra, 2015, p. 12-19.

socioeconômicos incidentes sobre largas porções dos territórios desses países. A leishmaniose visceral adquiriu formas graves ao associar-se a infecções concomitantes, como a Aids.

As leishmanioses são classificadas como doenças tropicais negligenciadas. Embora sejam de fato negligenciadas pelas políticas públicas e afetem populações negligenciadas, mobilizam uma das mais pujantes comunidades de pesquisa no Brasil. Isso em parte se deve ao fato de que muitas incertezas pairam ainda sobre os mecanismos de transmissão, as técnicas diagnósticas, o tratamento e a prevenção.

Novos paradigmas, especialmente a biologia molecular, mudaram a maneira de ver essas doenças tropicais. A extrema especialização dos profissionais que lidam com elas parece ter como contrapartida, com exceções, é claro, uma inabilidade para perceber o problema holisticamente, como fazia a geração multivalente de Samuel Pessoa, Leônidas Deane e Joaquim Alencar, bem mais sensível aos determinantes sociais e ambientais das leishmanioses e de outras doenças endêmicas. E isso acontece porque elas são também eventos culturais que dependem de categorias de pensamento e constructos verbais específicos a uma geração, os quais refletem a história do campo médico e da sociedade que o engloba.

Referências

ADLER, Saul & THEODOR, Oskar. Transmission of disease agents by phlebotomine sandflies. *Annual Review of Entomology*, v.2, p. 203-226, Stanford, Palo Alto, 1957.

ALENCAR, Joaquim Eduardo de. Profilaxia do calazar no Ceará. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, vol. 3, n. 4, July-Aug. 1961, p. 177-178.

ARAGÃO, Henrique de Beurepaire. Leishmaniose tegumentar e sua transmissão pelos phlebotomus. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v. 20, n. 2, p. 177-186, Rio de Janeiro, 1927.

ARAGÃO, Henrique de Beurepaire. Transmissão de leishmaniose no Brasil pelo *Phlebotomus intermedius*. *Brazil-Medico*, ano 36, v. 1, n. 11, p. 129-130, Rio de Janeiro, 18 de março de 1922.

BARRETO, Danielle C.S.: Uma trajetória familiar na ciência: Evandro Chagas (1905-1940) e o estudo das endemias rurais no Brasil. Dissertação de mestrado, Curso de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2012.

BIAGI, Francisco. Algunos comentarios sobre las leishmaniasis y sus agentes etiológicos. *Leishmania tropica mexicana*, nueva subespecie. *Medicina*, México, v.33, n. 683, p. 401-406, 1953.

CARINI, Antonio; PARANHOS, Ulisses. Identification de l'ulcera de Bauru' avec le bouton d'orient. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, vol. 2, n. 5, 1909a, p. 255-257.

CARINI, Antonio; PARANHOS, Ulisses. "Identificação das úlceras de Bauru ao botão do oriente. *Revista Médica de São Paulo*, n. 6, 1909b, p. 111- 116.

CHAGAS, E.; CUNHA, A. M.; CASTRO, G. O.; FERREIRA, L. C. & ROMANA, C. Leishmaniose visceral americana (Nova entidade mórbida do homem na América do Sul). Relatório dos trabalhos realizados pela Comissão Encarregada do Estudo da Leishmaniose visceral americana em 1936. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, v. 32, 1937, p. 321-385.

CHAGAS, Evandro. Primeira verificação em individuo vivo da leishmaniose visceral no Brasil. (Nota prévia). *Brasil-Médico*, vol. 11, n. 50, 1936, p. 221-222.

DEANE, Leônidas M. Epidemiologia e profilaxia do Calazar americano. *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 431-444, 1958.

DEANE, Leônidas M.: História do Instituto Evandro Chagas. Período 1936-1949. In: *Instituto Evandro Chagas; 50 anos de contribuição às ciências biológicas e à medicina tropical*, vol. 1. Belém: Fundação Serviços de Saúde Pública, 1986, p. 53-67.

DEANE, Leônidas M.; DEANE, Maria P. Encontro de leishmanias nas vísceras e na pele de uma raposa, em zona endêmica de calazar, nos arredores de Sobral, Ceará. *O Hospital*, vol. 65, n. 4, abr. 1954, p. 419-421.

DEANE, Leônidas M.; DEANE, Maria P.; ALENCAR, Joaquim E. Observações sobre o combate ao *Phlebotomus longipalpis* pela dedetização domiciliária, em área endêmica de calazar no Ceará. *Revista Brasileira de Malariologia & Doenças Tropicais*, vol. 7, n. 1, jan. 1955, p. 131-141.

DEANE, Maria Paumgarten; DEANE, Leônidas M. Observações sobre a transmissão da leishmaniose visceral no Ceará. *O Hospital*, vol. 48, n. 3, set. 1955, p. 95-114.

DESOWITZ, Robert S. *The malaria capers: tales of parasites and people*. New York/London, W. W. Norton, 1991.

Dutta, Achintya Kumar. "Kala-azar in British India". Em *The Social History of Health and Medicine in Colonial India*, editado por Biswamoy Pati e Mark Harrison. New York: Routledge, 2009: 93-112.

DUTTA, Achintya Kumar. "Pursuit of medical knowledge: Charles Donavan (1863-1951) on kala-azar in India". *Journal of Medical Biography*, Vol. 16, May 2008: 72-76.

FLOCH, Hervé. *Leishmania tropica guyanensis* n. sp. Agent de la leishmaniose tégumentaire des Guyanes e de l'Amérique Centrale. *Archives de l'Institut Pasteur de la Guyane Française*, Cayenne, v. 15, n. 328, p. 1-4., 1954.

FLOCH, Hervé. *Leishmania tropica guyanensis* n. sp. Agent de la leishmaniose tégumentaire des Guyanes e de l'Amérique Centrale. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, Cachan, France, v. 47, n. 6, p. 784-787, 1954b.

FORATTINI, O. P.; JUAREZ, E.; BERNARDI, L. & DAUER, C. Leishmaniose tegumentar, no território do Amapá, Brasil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, São Paulo, v.1, n.1, p. 11-17, 1959.

GARNHAM, P. C. C. *Problemes que posent a l'échelle mondiale la leishmaniose, l'amibiase, la trypanosomiasis et la toxoplasmose par le Professeur P. C.C. Garnham*, Consultant d l'OMS. World Health Organization/Organisation Mondiale de la Santé 21.6.1960, 77 p. WHO/PA/101.60. / World problems in leishmaniasis, amoebiasis, trypanosomiasis and toxoplasmosis. 21.6.1960, 77p. World Health Organization, MHO/PA/101.60 - D60.2161.

GUALANDI, Frederico da Costa: *Medicina tropical no Brasil*: Evandro Chagas e os estudos sobre a Leishmaniose visceral americana na década de 1930. Rio de Janeiro Dissertação de mestrado, Curso de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2013.

GUERRA, Jorge Augusto de Oliveira Guerra et al. Tegumentary leishmaniasis in the State of Amazonas: what have we learned and what do we need? *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, v. 48, Suppl. I, p. 12-19, 2015.

HERRER, A. Estudios sobre leishmaniasis Tegumentaria en el Peru. *Revista de Medicina Experimental*, Lima, v. VIII, p. 9-137, 1949-1951.

HOCHMAN, Gilberto. 'O Brasil não é só doença': o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 16, Suplemento, 2009, p. 313-331.

JOGAS JUNIOR, Denis. Trópicos, ciência e leishmanioses: uma análise sobre circulação de saberes e assimetrias. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, vol. 24, n. 4, out.-dez. 2017, p. 1.051-1.070.

JOGAS JUNIOR, Denis. *Uma doença americana? A leishmaniose tegumentar e a medicina tropical no Brasil (1909-1927)*, Curitiba: Editora Prismas, 2017.

KILLICK-KENDRICK, R. The race to discover the insect vector of kala-azar: a great saga of tropical medicine 1903-1942. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, Cachan, France, v. 106, p. 131-137, 2013.

LAINSON, Ralph. Espécies neotropicais de Leishmania: uma breve revisão histórica sobre sua descoberta, ecologia e taxonomia. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, vol. 1, n. 2, 2010, p. 13-32.

LINDENBERG, Adolpho. A úlcera de Bauru e seu micróbio: comunicação preventiva. *Revista Médica de São Paulo*, vol. 12, n. 6, 1909b, p. 116-120.

LINDENBERG, Adolpho. L'ulcère de Bauru ou le bouton d'Orient au Brésil. *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, vol.2, n. 5, 1909a, p. 252-254.

MIERES, Luis Enrique Migone. Un cas de kala-azar a Assunción (Paraguay). *Bulletin de la Société de Pathologie Exotique*, vol. 6, n. 2, p. 118-120, 1913.

MINISTRO MÁRIO PINOTTI promete ao Brasil doente dias melhores: As novas gerações não mais sofrerão de cinco terríveis flagelos – Evitar que morram 500 mil crianças por ano – Saneamento básico e assistência hospitalar – O combate à tuberculose, lepra, câncer, doenças mentais e melhoria do sanitarista – O programa do novo titular da pasta da Saúde. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, 08/07/1958, ano LVIII, n. 20.024, primeira página. Disponível em <http://memoria.bn.br/DocReader/089842_06/93453>. Acesso em 19/06/2017.

NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES – National Research Council. Division of Medical Sciences. *Tropical Health. A report on a Study of Needs and Resources*. Washington, D. C., National Academy of Sciences – National Research Council. Publications 996, 540p., 1962

NOTAS MÉDICAS. Fundada a Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano LX, n. 20.754, 20/11/1960, Segundo Caderno, p. 2. Disponível em <http://memoria.bn.br/DocReader/089842_07/12312>. Acesso em 02/08/2017.

NOTAS MÉDICAS. Jornada sobre o calazar em Salvador. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, ano LX, n. 20.738, 01/11/1960, Segundo Caderno, p. 2. Disponível em <http://memoria.bn.br/DocReader/089842_07/11645> Acesso em 02/08/2017.

PEIXOTO, Cláudio de Oliveira. Leishmaniose Tegumentar Americana – história, políticas e redes de pesquisa no Amazonas (1970-2015). Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Leônidas e Maria Deane – Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia. Manaus, 2017.

PENNA, Henrique A. Leishmaniose visceral no Brasil, *O Brazil-Medico*, vol. 46, 17.11.1934, p. 949-952.

PESSOA, S. Classificação das leishmanioses e das espécies do gênero *Leishmania*. *Archivos de Higiene e Saude Publica*, São Paulo, v. 26, n. 87, p. 41-50, mar 1961.

PESSÔA, Samuel B. Classificação das Leishmanioses e das Espécies do gênero *Leishmania*. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*, São Paulo, v.26, n. 87, p. 41-50, março de 1961.

PESSÔA, Samuel Barnsley & BARRETTO, Mauro Pereira. *Leishmaniose Tegumentar Americana*. Rio de Janeiro, Ministério da Educação e Saúde, Serviço de Documentação / Imprensa Nacional, 1948.

SERGEANT, Edmond ; SERGEANT, Etienne; PARROT Louis M. ; DONATIEN, André L. & BEGUET, Maurice-Eugène. Transmission de clou de Biskra par le phlébotome (*Phlebotomus papatasi* Scop.). *Comptes Rendus Hebdomaires des Séances de l'Academie des Sciences de Paris*, v.173, n.21, p. 1030-1032, 1921.

SERGEANT, Edmond ; SERGEANT, Etienne; PARROT Louis M. ; DONATIEN, André L. & BEGUET, Maurice-Eugène. Transmission expérimentale du bouton d'orient (clou de Biskra) à l'homme par *Phlebotomus papatasi* (Scopoli). *Annales de l'Institut Pasteur de Paris*, v. 40, n. 5, p. 411-430, Paris, 1926.

VIANNA, Gaspar. Comunicação ao VII Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, Sessão sobre Leishmaniose Cutânea da Sociedade Brasileira de Dermatologia. Belo Horizonte, 24-26 de abril, 1912. *Archivos Brasileiros de Medicina*, vol. 2, n. 3, jun. 1912, p. 422-431.

VIANNA, Gaspar. Sobre uma nova espécie de *Leishmania*. *Brazil Médico*, vol. 25, 1911, p. 411.

WEISS, P. Epidemiologia e clínica de la leishmaniosis tegumentária en el Peru. *Revista de Medicina Experimental*. Instituto de Higiene y Salud Publica, Lima, v. 2, n. 3, p. 209-248, 1943.

WHO RESEARCH PROGRAMME ON LEISHMANIASIS. Service to research workers. *WHO International Reference Centre for Leishmaniasis*, Jerusalem, 6 p. WHO/LEISH/1.65 - D65-454. O documento deu entrada na biblioteca da OMS em 30.4.1965.

A INFLUENZA DOS PAIZES QUENTES: APONTAMENTOS PARA UMA HISTÓRIA DA DENGUE NO BRASIL (1847-1923)

Jorge Tibilletti de Lara ⁷⁹

Resumo

O presente trabalho possui como objetivo analisar algumas das discussões médico-científicas acerca da entidade nosológica a qual chamavam de febre dengue, mas que possuía tantos nomes quanto variadas eram as interpretações do cortejo morbífero observado. Faremos uma análise que vai desde a chegada da *febre polka* no Brasil, por volta de 1846-7, epidemia febril vinculada posteriormente à dengue, até o período de transição do século XIX para as primeiras décadas do XX. Através do material elegido, conseguimos visualizar o estatuto médico-científico da dengue durante o século XIX, sua vinculação à doenças como influenza, escarlatina e febre amarela, os

79. Mestrando do Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde (COC/FIOCRUZ)

Centro de Documentação e História da Saúde: Av. Brasil, 4365, Manguinhos - Rio de Janeiro - Brasil.

jorge.tibilletti@gmail.com

embates entorno de sua etiologia e da natureza de sua sintomatologia, e a chegada, nas primeiras décadas do século XX, de um novo ator: o ainda desconhecido mosquito.

Palavras-chave: Dengue; Século XIX; Brasil; História das Doenças.

Introdução

A expressão *influenza dos paizes quentes*⁸⁰, utilizada no título de nosso trabalho, aparece num artigo sobre a gripe publicado no periódico União Médica em 1889. O referido texto é basicamente composto por comentários acerca de algumas lições do médico Henri Huchard sobre tal moléstia epidêmica. Num dado momento, a dengue é inserida na discussão, e, sendo considerada uma entidade mórbida semelhante à gripe, destoando apenas por sua influência “climaterica”, são estabelecidos alguns pontos de conexões entre as duas doenças: o mesmo grau de morbidez, a mesma difusão rápida e a mesma expansão “vagabunda”. (Miscelanea..., 1889, p. 543) A relação entre as duas entidades nosológicas é apenas um dos elementos que compõem a história da dengue no Brasil do século XIX. Procuraremos, neste trabalho, analisar algumas das discussões médico-científicas acerca da dengue, visando com isso alavancar um possível debate sobre a história da doença, considerando não só o período anterior às grandes ep

idemias de 1986, mas, além disso, refletindo sobre a natureza dessa entidade nosológica antes e durante a aparição dos mosquitos como atores nessa história. Utilizaremos, para tanto, alguns artigos publicados em periódicos médicos tais como os *Annaes Brasilienses de Medicina*, o *Annuario Médico Brasileiro*, o *Brazil-Médico*, a *União Médica* e a *Gazeta Médica da Bahia*. Analisaremos, mais detalhadamente, três artigos, respectivamente *A febre dengue em Curityba* (1896), do médico e inspetor de higiene do Estado do Paraná Trajano Joaquim dos Reis, publicado no periódico *Gazeta Médica da Bahia*, *A proposito do Dengue* (1910), do Dr. Nagib Ardati, artigo traduzido nas páginas do *Brazil-Médico* e *O dengue em Nictheroy* (1923) de Antonio Pedro, texto publicado no mesmo periódico. O material analisado

80. Domingos José Freire (1842-1899), personagem estudado por Jaime Larry Benchimol (1999), também tinha uma teoria sobre a febre biliosa dos países quentes.

nos propiciará refletir sobre a natureza dessa entidade nosológica ainda enigmática para os médicos do período tratado, bem como perceber a transição de interpretações puramente sintomatológicas da doença para interpretações nas quais mosquitos e parasitas já brotavam como elementos característicos da dengue.

Dengue e a História das Doenças

A dengue hoje é um complexo formado por um arbovírus que apresenta quatro sorotipos, designados DENV₁, DENV₂, DENV₃ e DENV₄, pertencentes à família Flaviviridae. A transmissão ocorre mediante a picada de mosquitos fêmeas, infectados com o vírus DENV, do gênero *Aedes*. As espécies de mosquitos transmissores são o *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus*, *Aedes scutellaris*, *Aedes africanus* e o *Aedes luteocephalus*, sendo que no caso do Brasil, o *Aedes aegypti* se apresenta como o principal transmissor. (TIMERMAN; NUNES; LUZ, 2012) Apenas na década de 1940 é que o vírus da dengue foi isolado, primeiro por Kimura em 1943 e Hotta em 1944 e depois por Sabin e Schlesinger em 1945 no Havaí. O mesmo Sabin identificou outro vírus em Nova Guiné, o qual não pôde ser considerado idêntico ao havaiano, devido às diferenças nas características antigênicas, e, assim, dividiram-se as cepas em sorotipos 1 e 2. Em 1956, os outros sorotipos, 3 e 4, foram por fim também isolados. (TIMERMAN; NUNES; LUZ, 2012).

As manifestações clínicas da dengue, ou seja, aquilo que mais se relaciona com o que nos dizem as letras dos médicos analisados neste trabalho, são marcadas por uma infecção assintomática com febre indiferenciada, podendo ter curso benigno ou hemorrágico com colapso circulatório (MCSHERRY, 2008). Considerada endêmica nos trópicos e raramente fatal, possui duas formas clínicas distintas, chamadas de dengue clássica e dengue hemorrágica. Independentemente da diferenciação clínica, trata-se de uma única doença. A dengue clássica, dividida em quatro períodos, compreende febre elevada, cefaleia, mialgias, artralrias e um exantema discreto no primeiro período. Nesse momento, uma febre “intratável” caracteriza o período de maior viremia no curso da doença, sendo a sua melhora a entrada do segundo período. No terceiro período, ocorre um exantema maior e mais pruriginoso.

Por fim, o quarto período corresponde a convalescência, que pode durar até 90 dias. (TIMERMAN; NUNES; LUZ, 2012) Já no caso da dengue hemorrágica ocorrem apenas três períodos, segundo aponta Kleber Luz (2012), identificados como febril, fase crítica e recuperação.

Segundo James McSherry (2008), a temperatura do corpo pode atingir os 40°. Ocorre também a bradicardia (lenta frequência cardíaca), a hipotensão (pressão arterial baixa), a injeção conjuntival, a linfonodomegalia (aumento dos glânglios linfáticos) e a erupção pálida e rosa. “A febre, erupção cutânea e dor de cabeça, juntamente com as outras dores, são conhecidas como a tríade da dengue. A doença aguda termina em 8 a 10 dias e um ataque confere imunidade ao subtipo específico da dengue.” (MCSHERRY, 2008, p.661)

O médico norte-americano Benjamin Rush é considerado um dos primeiros a descrever historicamente a dengue, devido à sua publicação sobre a *break-bone fever*, na Filadélfia dos anos 1780. Além de Rush, alguns outros médicos como Patrick Macdowall em 1669 numa colônica escocesa e David Bylon em 1779 nas Índias Orientais Holandesas descreveram doenças - como a *Knokkel-koorts* (febre dos dedos) - que se asseham à sintomatologia atual da dengue. Nesse sentido, podemos perceber um problema, relacionado à longa duração desta doença: como entender as descrições nosológicas dos séculos XVII, XVIII e XIX, e o complexo dengue atual como uma mesma entidade mórbida? Ou seja, existe uma continuidade entre estas nosografias ou tratam-se de doenças diferentes?

Questões semelhantes certamente se colocou Randall M. Packard (2016) ao analisar a epidemia de *break-bone fever* ocorrida em 1780 na Filadélfia e as descrições da doença na perspectiva de Benjamin Rush. Identificada como “febre remitente biliosa”, os sintomas compunham febres, erupções, queimação nas palmas das mãos e na dos pés, náuseas, vômitos e dor. Confundida com “reumatismo”, a doença analisada por Rush, em alguns casos, se tornava hemorrágica. Rush interpretava a causa da doença pela influência dos fatores climáticos - ventos do sudoeste que passaram por pântanos - no organismo. No século XIX, autoridades médicas confirmaram que o que Rush descreveu realmente se tratava de dengue. (PACKARD, 2016) No texto, Packard faz uma reflexão sobre duas possíveis abordagens em história das doenças, tendo como pano de fundo o seu estudo de caso

da dengue: uma abordagem conceitualista e uma abordagem naturalista-realista. Em seu estudo, o autor utiliza ambas as abordagens, e conclui que a utilização das duas em conjunto pode ser valiosa e revelar aspectos distintos da relação entre a sociedade e doença (PACKARD, 2016). Quando “veste o chapéu” - metáfora que ele mesmo utiliza - da abordagem conceitualista, Packard faz uma distinção entre os termos utilizados no período analisado e o que hoje se conhece como dengue, colocando a *break-bone fever*, ou a febre remitente biliosa, em seu mundo intelectual e universo conceitual que é independente das classificações contemporâneas. Já quando troca de chapéu, passando a usar o realista, enxerga uma descrição da epidemia de dengue no século XVIII, devido à proximidade das descrições nosológicas com o quadro da dengue de hoje, embora considere “difícil traçar uma linha reta entre a febre remitente biliosa de Benjamin Rush e a dengue atual.” (PACKARD, 2016, p. 202)

A importância das reflexões encabeçadas por Packard para nosso trabalho se relaciona com o próprio empreendimento de apontar uma história da dengue para um período no qual mosquito e vírus não se faziam presentes, ou eram ainda muito incertos. É necessário ressaltar que a historiografia brasileira ainda não se deteve sistematicamente no que tange a esta doença em específico. Algumas incursões, tais como o capítulo de livro “Febre Amarela e Dengue põem a saúde pública brasileira de joelhos” (BENCHIMOL, 2001), de Jaime Benchimol e “Dengue: uma sucessão de epidemias esperadas” (NASCIMENTO, et al, 2010), de Dilene Nascimento são boas pistas do estado da arte dessa historiografia. Além disso, existem ainda algumas outras poucas publicações (FERREIRA, 2017; MARZOCHI, et al, 1998).⁸¹ Estes trabalhos mencionados se relacionam, numa dada medida, com a seguinte afirmação de Dilene Nascimento: “Como não existe uma vacina contra a dengue, a estratégia para o controle da doença é o combate aos vetores, em particular o *Aedes aegypti*, fazendo com que a história da

81. Fora do Brasil a historiografia sobre a dengue também é escassa. Existem trabalhos como o já tratado aqui ““Break-Bone” Fever in Philadelphia, 1780: Reflections on the History of Disease” (2016) de Randall Packard, “Review: The History of Dengue Outbreaks in the Americas” (2012) de Olivia Brathwaite Dick e “The early use of Break-Bone Fever (Quebranta Huesos, 1771) and Dengue (1801) in Spanish” (1998) de José Rigau-Pérez. Certamente outros trabalhos também compõem esse pequeno corpo historiográfico, mas os citados são alguns dos que conseguimos mapear para este trabalho.

dengue seja estreitamente vinculada à história do mosquito e seu combate, com o objetivo de interromper a transmissão da doença.” (NASCIMENTO, et al, 2010, p. 212)

Nesse sentido, esses trabalhos citados possuem como problemática a relação entre a doença e o vetor, os problemas de saúde pública dos anos 1980 em diante e o complexo dengue com seus vários sorotipos. Jaime Benchimol, no texto mencionado acima, comenta sobre como a dengue, a partir de 1981 começa a figurar como ameaça para as autoridades junto da febre amarela, e em 1986 passa de uma ameaça complementar para uma ameaça de maiores proporções. (BENCHIMOL, 2001) Regredindo, então, dessas nuvens de mosquitos da segunda metade do século XX, para meados do século XIX, iremos agora, analisar a febre dengue desvinculada das certeza aladas⁸².

Dengue no Brasil do século XIX? Algumas discussões médico-científicas

No material que mapeamos para este trabalho, o primeiro rastro da dengue no Brasil está relacionado à epidemia de uma “febre artrítica ou reumatismal, quase sempre acompanhada de um exantema”, que ocorreu em 1846 e foi “impropriamente denominado - Polka” (LOBO, 1847). A Polka, dança de origem boêmica, chegou ao Brasil entre 1845 e 1846, virando febre entre a população e, quando a referida epidemia grassou no mesmo ano, foi designada pelo “vulgo” como febre polka, e associada posteriormente pelos médicos como dengue. Em 1873 a dengue já aparece com esse termo nos *Annaes Brasilienses de Medicina*, onde o Dr. Ribeiro de Almeida relata três casos da doença que ocorreram na região do Catete, no Rio de Janeiro, ficando conhecida vulgarmente como “Febre do Catete”, “moléstia que invade subitamente com grandes dores de cabeça, e dos olhos que ficam cintilantes; e no trajeto da espinha dorsal de tal modo que um colega julgou que era uma mielite.” (ALMEIDA, 1873).

Nos periódicos que analisamos, considerando o recorte de 1846-7 até o início do século XX, é possível perceber que os textos que tratam direta ou

82. Em 1881, Carlos Juan Finlay, em Cuba, propôs a teoria da transmissibilidade da febre amarela pelo mosquito. Mas até os mosquitos tornarem-se ciência normal (KUHN, 2013) foram mais algumas décadas de debates acalorados. (BENCHIMOL, 1999)

tangencialmente sobre dengue apresentam o termo geralmente associado à doenças como febre amarela, escarlatina e influenza, e que a grande questão estava em tentar delimitar o que era esta entidade nosológica através da distinção entre ela e as demais doenças, considerando (às vezes) a sua etiologia e a sua sintomatologia. Além disso, é comum a atribuição de diversos nomes a - aparentemente - mesma entidade nosológica, a dengue, tais como *febre polka*, *febre do catete*, *maria ignacia*, *polka zamparina*, *schottisch*, *dandy-fever*, dentre outros. Os nomes dados pelo “vulgo” atravessavam os periódicos, dando não só instabilidade para a composição nosográfica da doença, como também evidenciando as próprias incertezas dos médicos que conjecturavam sobre a existência de tal nebulosa entidade.

Em 1889, o Dr. João Francisco Lopes Rodrigues publica um estudo clínico - comentado pelo Dr. Carlos Costa no *Anuário Médico Brasileiro* - sobre a epidemia de “febre dengue” em Santa Catarina, onde foi denominada pelo vulgo de “Maria Ignacia”. Rodrigues delimita a fronteira da dengue confrontando seus sintomas com os das febres palustres e febre amarela. (COSTA, 1890) A epidemia da moléstia que narra, teria ocorrido devido às condições meteorológicas, mediante a elevação da temperatura e ao sopro dos ventos do quadrante Norte, considerados morbíferos. “Julga ser a Dengue ou a Febre Dengue, que tem visitado o nosso país com o nome de Polka Zamparina ou schottisch; que no seu modo de pensar é uma moléstia Toxi-infecciosa.” (Ibidem, p.41) O comentarista do trabalho de Rodrigues, Carlos Costa, aponta a vinculação do pensamento do autor do estudo com as opiniões do famoso clínico Torres-Homem, ou seja, que a dengue seria “um germe misto e complexo que para a sua composição concorrem de um lado o miasma paludoso, de outro lado o miasma tífico.” (Ibidem, p. 42) Dr. Costa conclui sua resenha negando a teoria da febre dengue, mas que “pelo programa que institui de não discutir as opiniões dos autores dos trabalhos, não farei aqui as considerações que merecem as ideias do Dr. Rodrigues.” (Idem)

A *influenza dos paizes quentes* se confundia quase sempre com a influenza (gripe), e discutir sobre uma possível distinção entre as duas parecia ser uma tarefa constante para aqueles que resolviam se inserir no tímido e incipiente debate sobre dengue. (MARQUES, 1889; FONTE, 1890) Jaime Silvado, na

terceira edição de 1890 do periódico *União Médica*, endereça uma série de críticas ao “abalizado professor do Museu”, João Batista de Lacerda, que ao declarar na imprensa suas observações sobre uma moléstia febril na Ilha de Paquetá, a qual capitulou como Dengue, descreveu sintomas tais como: cefalalgia frontal, dores nas articulações, raquialgia, olhos brilhantes e lacrimosos, embaraço gástrico e dejeções biliosas. (SILVADO, 1890) Jaime Silvado se pergunta se teria “razão o ilustre clínico no seu juízo diagnóstico?”, e, com base em escritos estrangeiros sobre a dengue, os quais eram comuns e circulavam pelos periódicos analisados, aponta duas grandes falhas nas descrições de Lacerda: a inexistência de fenômenos eruptivos e do caráter contagioso da dengue. “Seria isso o que por aí se está chamando influenza?” Tal é a pergunta que faz o Sr. Dr. Lacerda. Tomando a liberdade de responder, digo que os sintomas descritos pelo distinto professor combinam perfeitamente com os da influenza de forma nevralgica ou reumática. Com os da febre dengue, é que não.” (SILVADO, 1890, p. 112)

Já em 1895, na descrição da sessão de 15 de janeiro da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, no periódico *O Brazil-Médico*, uma interessante discussão sobre a dengue envolvendo nomes como o do Dr. Barão do Lavradio, Dr. Lopes Rodrigues e Dr. Torres- Homem foi relatada:

Em seguida teve a palavra o Dr. Simões Correia que disse não conhecer senão de leitura a febre dengue e muito especialmente por um trabalho do Sr. Dr. Barão do Lavradio, que crê mesmo, que na epidemia de 1889, se pudessem dar casos de dengue e passarem desapercibidos de envolta com o grande número dos de febre amarela, mas que não podia concordar com a teoria sobre a patogenia dada pelo Dr. Lopes Rodrigues e que a palavra miasma não tinha mais razão de ser com as teorias pasterianas. (RODRIGUES, 1895, p. 87)

De fato, neste período, as teorias pasteurianas já se faziam presentes em boa parte das discussões médico-científicas no Brasil. Alguns periódicos, como a *Gazeta Médica da Bahia*, dedicaram várias de suas páginas à divulgação da bacteriologia, “incentivando o conhecimento e o debate no seio da classe médica baiana e nacional sobre as novidades no tocante à teoria dos germes e os enfrentamentos e conflitos cognitivos ou científicos dela

advindos.” (MALAQUIAS, 2016, p. 736) Os periódicos eram, nesse sentido, o palco para conflitos epistemológicos, políticos e socioprofissionais e, no caso das teorias microbianas, serviram como importante canal na divulgação e discussão de tais postulados. (MALAQUIAS, 2016) Entretanto, mesmo com os micróbios pululando por entre as páginas dos periódicos, nem mesmo os trabalhos mais tardios, como os de fim dos anos 1890 apresentam a construção de uma hipótese científica acerca do agente etiológico da dengue como um microorganismo. “As normas técnicas da pesquisa bacteriológica e da verificação de seus resultados em laboratório, ainda que fossem problemáticas, estavam instituídas. Mas a verificação como fato normal da prática científica ainda não tinha regras sociais bem definidas entre nós.” (BENCHIMOL, 1999, p. 306)

Assim, a dengue, além de possuir pouco lugar em meio à outras moléstias mais mortíferas e nosologicamente mais bem definidas para o período, não era consensual entre os médicos, sendo possível, nesse sentido, refletirmos a respeito da sua existência como doença, tal como a configuração de uma doença é entendida por autores como Charles Rosenberg⁸³ (1992) e pela abordagem conceitualista de Packard (2016).

Tecendo a teia da doença: os postulados sobre dengue

Para Trajano Joaquim dos Reis (1852-1919), médico e inspetor de higiene da Inspetoria de Higiene do Paraná, que publicou um conjunto de textos sobre escarlatina, berne, angioma e dengue na Gazeta Médica da Bahia, ambos em 1896, a febre dengue teria sido importada por imigrantes espanhóis. (REIS, 1896b) Desconhecendo a etiologia da doença, bem como a sua forma de transmissão, o texto de Trajano é composto pela presença dos imigrantes como focos do contágio da moléstia, descrição detalhada dos sintomas, diferenciando-a do sarampo, do reumatismo e da escarlatina, e tratamento empregado, quando da possibilidade de irromper uma epidemia em Curitiba, assim como no caso da influenza, sua “aliada”.

83. Para Rosenberg (1992), uma doença não existe até o momento em que a percebemos, nomeamos e respondemos a mesma. O autor, um dos grandes nomes da História da Medicina, cunhou o conceito de *Framing Disease*, ou seja, a construção da doença pelo seu enquadramento social.

Trajano Reis menciona os calafrios e as dores contusivas como aspectos característicos do período prodrômico da moléstia tratada. As dores atingiam os tecidos musculares e as articulações, precedendo a “cefalalgia superorbitária intensa”. (REIS, 1896b) Compunham a sintomatologia de Trajano os “vômitos, a anorexia, a polidipsia insaciável, a adimania sensível.” (REIS, 1896b, p. 264) É comum também, segundo o autor, a raquialgia e a língua saburrosa, bem como as erupções de forma escarlatinosa, febre alta, epistaxis e convalescência demorada. A distinção estabelecida por Trajano Reis entre a dengue, a escarlatina e o sarampo se dá pela análise de suas formas eruptivas, mas o médico conclui: “Qualquer que seja a forma eruptiva, na dengue não há a exalação sui generis das febres eruptivas e que vicia o ambiente.” (REIS, 1896b, p. 265) A abordagem de Trajano Reis é marcada, assim, por uma visão essencialmente anatomoclínica da doença, na qual a constituição de sua nosologia é estabelecida pelo conjunto de sintomas. A presença de uma lógica aerista (ANAYA, 2011) também é visível, quando o médico conclui que certas erupções viciam o ambiente. Entretanto, no mesmo conjunto de textos publicados por Trajano Reis na Gazeta Médica da Bahia, em 1896, é nítida a presença da bacteriologia e das técnicas de microscopia, para o caso da escarlatina: “O exame bacteriológico de 36 casos de angina pseudomembranosa revelou o bacilo de Loeffler, juntamente com cadeias de streptococcus 16 vezes, e vinte vezes apenas as cadeias de streptococcus e alguns staphylococcus aureus. [...] A forma da angina gangrenosa denunciava-se pela fetidez insuportável do hálito e da atmosfera viciada pelo doente. (REIS, 1896a, p. 59)

Nesse sentindo, ao que parece, a inexistência de bactérias ou parasitos na interpretação de Reis sobre a dengue não se dá por uma escolha sociocognitiva, mas sim pelo terreno incerto da própria entidade nosológica tratada. Segundo Edler (2002), a medicina oitocentista no Brasil possuía três “démarches” sociocognitivas distintas em disputa: a anatomoclínica, a topografia médica e a medicina experimental. Estas tradições se ocupavam de investigações guiadas por determinados paradigmas que, muitas vezes, se entrelaçavam na tentativa de elucidar fenômenos nosológicos enigmáticos. Para o tratamento da dengue, Trajano Reis prescreve “decocto de folhas de violetas e de morango adoçado, como bebida contra a sede insaciável, no

uso da estricnina⁸⁴, do benzonaftol, da antipirina, da salofena, dos laxantes” (REIS, 1896b, p. 265) A associação de vários fármacos tinha o objetivo, ao fim, de controlar a febre e a dor.

Em 1910, um artigo extraído do Medical Record, de autoria do Dr. Nagib Ardati⁸⁵, assistente do professor Harris Graham na clínica médica da Escola de Medicina Americana, fora traduzido nas páginas do periódico O Brazil-Médico. No referido artigo, Nagib, baseado em sua experiência em Beirute, na Síria, comentava sobre a etiologia, sintomatologia e complicações da dengue, moléstia que, segundo ele, apenas em 1902 passou-se a ter maiores conhecimentos, baseados em dados experimentais.

O dengue é uma moléstia infectuosa aguda das regiões tropicais e subtropicais, caracterizada por febre, dor nas juntas, nos ossos e nos músculos, algumas vezes por um eritema inicial e um exantema polimorfo terminal. Ela se manifesta sob a forma epidêmica e em certo espaço ataca um grande número de pessoas da localidade onde se declara, poucas havendo que lhe escapem. O dengue é muito comum na Turquia, aparecendo no verão e no outono, mas com uma virulência muito variável. (ARDATI, 1910, p. 460)

Segundo o autor, a publicação de seu chefe, Dr. Harris Graham, em 1902, na Medical Record, intitulada “Dengue, estudo de sua patologia e modo de transmissão”, dissipou a crença vigente do contágio de homem a homem, inserindo o mosquito *Culex Fatigans* como agente “intermediário” na transmissão do germe de pessoa a pessoa. Além do vetor, segundo Ardati, seu chefe teria conseguido identificar a existência de um parasita no sangue dos acometidos pela doença, a quem deu o nome de *Hoemamoeba denguii*. Entretanto, nenhum dos observadores que buscaram pelo parasita o encontraram. (ARDATI, 1910)

Nagib tenta demonstrar que, em suas análises do sangue dos doentes⁸⁶ de Beirute, conseguiu identificar nos eritrócitos, corpos pequenos e brilhantes

84. Alcalóide cristalino de alta toxicidade, utilizado, dentre outras coisas, como pesticida para exterminar ratos.

85. Professor de Saúde Pública e de Medicina Preventiva do Syrian Protestant College, posteriormente chamado de Universidade Americana de Beirute.

86. O autor fez questão de escolher apenas doentes que não haviam tido paludismo.

que se transmutavam. Esses parasitas, segundo o autor, eram semelhantes ou idênticos aos que Harris Graham havia descrito. Assim, concluindo a causa da moléstia, passa a descrever o parasita observado, que contava com um ciclo evolutivo que, ao fim de 60 horas, alcançava as suas maiores dimensões e imigrava para fora dos eritrócitos, dividindo-se em extra e intracorpúsculares. Nagib Ardati usa o plasmodium de Laveran como ponto de referência para a descrição do parasita que observara, sendo este menor, geralmente redondo, ligeiramente pigmentado, com granulações mais finas e menos colorível que o da malária. (ARDATI, 1910)

Com relação à sintomatologia da dengue, Nagib não foge às descrições que existem desde o século XVIII, mas ressalta que, embora a maioria dos autores considerasse a dengue uma moléstia benigna, observou na epidemia que atuou algumas complicações, “sérias e dignas de referência” (ARDATI, 1910, p. 461), tais como: hemorragias cutâneas, hemorragias das mucosas do nariz, estômago e intestinos (com dois casos que terminaram em morte), menorragia e metrorragia, abortos, manifestações cardíacas (miocardites que também terminaram em morte), conjuntivites típicas, edema cutâneo, etc

Em 1923, após treze anos da publicação do texto traduzido de Nagib Ardati no *Brazil-Médico*, e 27 anos da publicação do texto de Trajano Reis na *Gazeta Médica da Bahia*, Dr. Antônio Pedro Pimentel (1877-1930), médico do Hospital Paula Cândido, publicava o artigo intitulado *O Dengue em Nictheroy*, no qual apresentava aos leitores uma moléstia caracterizada por “violenta dor de cabeça, forte raquialgia, dores nas pernas e articulações, febre alta” (PEDRO, 1923, p. 173) que grassava na cidade de Niterói, no Rio de Janeiro. Rubor intenso na face, olhos brilhantes, conjuntivas injetadas, estado gástrico caracterizado pela língua saburrosa, náuseas e vômitos, pulso regular, urinas escassas: “Frequentemente, depois da queda da curva térmica, surge uma nova erupção que em nada se assemelha ao rash inicial; é um eritema polimorfo ora mobiliforme, semelhante ao do sarampo, ora escarlatiniforme, em largas placas; algumas vezes se apresenta sob a forma de pequenas papulas confluentes que desaparecem sob a pressão do dedo.” (Idem)

Sem complicações ou casos fatais observados, segundo Antônio Pedro, o doente seguia a convalescência com a sensação de que não estava curado. Descartando a gripe devido a esta ser uma moléstia bronco-pulmonar e ao alto grau de incidência de casos “perfeitamente iguais” - 55 casos ao todo, com a mesma sintomatologia -, e verificando que o contágio era feito diretamente de doente para pessoa sã, sem falar das “crianças pequeninas que, em regra, são muito protegidas e muito defendidas contra os mosquitos pelas mães que não as deixam dormir sem mosquitoireiro, e essas crianças não foram atacadas” (PEDRO, 1923, p. 173), Antônio Pedro vai eliminando doença por doença, semelhante ao procedimento de Trajano Reis, até chegar à conclusão de dengue. Assim, descarta-se o sarampo, a moléstia de *Dukes*, o eritema de *Sticker*, a escarlatina. “Na febre amarela nem pensamos porque já não temos, graças a Oswaldo Cruz, essa moléstia.” (PEDRO, 1923, p. 173)

Segundo Pedro, a dengue era conhecida desde a antiguidade, devido à descrição de Hipócrates, e era endêmica no Mediterrâneo, “recebendo nomes os mais diversos de acordo com as regiões em que foi observado.” (Ibidem, p. 174) Comentando sobre algumas descrições do século XVIII e sobre a *febre polka* de meados do XIX, Antônio Pedro afirma que “não conhecemos e não sabemos se existe, na literatura médica nacional, algum trabalho sobre o assunto.” (Idem) O trecho é interessante pois, embora Pedro diga que nada conhece sobre a dengue, ao mesmo tempo deixa claro no texto que era leitor do periódico *Medical Record* e conhecedor das principais discussões a respeito da doença, comentando sobre as asserções de Manson, Stedmann e do já mencionado Graham, a respeito do contágio, do mosquito *Culex Fatigans*, do hematozoário encontrado no sangue dos doentes, do plasmódio de Eberle de 1904 e do estafilococco de McLanghlin. Antônio Pedro atesta a grande confusão que reinava entre os cientistas, sobretudo relacionada ao agente vetor da doença: “Seja como for, *culex*, *stegomyia* ou *phlebotomus*, o que está estabelecido é que a moléstia é veiculada do doente para o sã por um inseto hemófago.” (PEDRO, 1923, p. 174)

Sobre o agente etiológico, Pedro tece comentários acerca da teoria de Croig, de que o germe seria semelhante ao *Leptospira icteroides*. Em 1921, Couvy, também em Beirute, teria encontrado espiroquetas no sangue de doentes, “com 2 ou 3 espiras, extremamente finas e com as extremidades

afiladas.” (Idem) Os trabalhos de Couvy sobre o agente etiológico da dengue deram luz, segundo Pedro, não só a esta doença em específico, mas também à “discussão sobre a existência de dois tipos mórbidos, cujos sintomas se entrelaçam muitas vezes de tal forma que é muito difícil a diferenciação. São eles o dengue e a febre de 3 dias.” (PEDRO, 1923, p. 174) A distinção nosológica era defendida pelos ingleses, mas Pedro, seguindo Couvy, preferia dar razão aos unicistas, embasado em suas observações clínicas, comparando-as com o modelo de Couvy e de outros autores. Embora tenha utilizado da ajuda de um doutorando da *Faculdade* para fazer exames hematológicos, Antônio Pedro não diz ter encontrado a espiroqueta ou qualquer outro parasito. Assim, seu principal parâmetro continuava sendo o curso clínico da moléstia, como os períodos febris, as modificações na temperatura, a presença ou não de astenia, etc.

“Quanto ao agente vetor entre nós, nada podemos dizer porque, para tanto, nos falta competência. Sabemos que existem *Culex*, *Stegomyia*, e também *Phlebotomus*, ignoramos o papatassi, e parece que os três podem servir de veículo ao parasito específico.” (PEDRO, 1923, p. 175) Assim estabelecido, Antônio Pedro finaliza o seu artigo listando uma série de casos observados constando suas fórmulas leucocitárias, seus principais sintomas, como os dois períodos eruptivos e a característica cefalalgia, e o curso da doença. Sobre o tratamento, “foi puramente sintomático, mesmo porque outro não conhecemos. A base da nossa terapêutica foi o salofeno, a urotropina e a balneoterapia. Nos casos simples o repouso foi a única medicação empregada.”. (Idem)

É possível, mediante a análise dos artigos selecionados, perceber uma confluência no que tange aos caracteres clínicos e sintomatológicos da dengue, e que a constituem, assim, como entidade nosológica, desde as descrições do século XVIII até as das primeiras décadas do século XX. As divergências, contudo, são marcadamente visíveis com relação ao agente etiológico - germe, parasito, miasma, imigrante -, bem como em relação ao mosquito transmissor - *Culex*, *Stegomyia*, *Phlebotomus*. Além disso, ao colocarmos numa mesma esteira um texto estrangeiro traduzido, como o de Nagib Ardati, de 1910, é possível refletirmos sobre a circulação desses conhecimentos científicos (RAJ, 2007) acerca da doença, mas, sobretudo, é

também possível pensarmos na assimetria dos postulados sobre a dengue. Se por um lado, liam-se autores estrangeiros, mediante traduções extraídas de periódicos internacionais de relevo, por outro, há uma inconformidade na literatura brasileira, na qual Antônio Pedro, por exemplo, se apresenta como o primeiro autor a tratar da (ou do) dengue, ignorando ou sequer conhecendo o que até então se havia produzido.

Considerações Finais

Em nosso trabalho procuramos analisar alguns artigos publicados em periódicos médicos brasileiros de meados do século XIX até as primeiras décadas do século XX, nos quais mapeamos algumas das discussões acerca da entidade nosológica nomeada como dengue. Fizemos, num primeiro momento, um exame de textos do século XIX sobre a doença, que tinham como questão a definição nosológica da mesma mediante a distinção entre seu cortejo mórbido de sintomas e o de outras doenças como influenza, escarlatina, reumatismo, etc. Utilizando das ferramentas teóricas de Randall M. Packard, seguimos definindo brevemente o estatuto do complexo dengue nos dias atuais, e passamos posteriormente para uma análise mais detalhada de três artigos sobre a dengue, respectivamente de 1896, 1910 e 1923. Com isso, pudemos perceber que, na transição dos textos do século XIX para os do início do XX, temos como confluência a sintomatologia da moléstia, mas como divergências o seu agente etiológico e a sua transmissão. Apenas a partir dos textos de 1910 e de 1923 é que os mosquitos e alguns supostos parasitas foram incriminados como atores ativos na conformação e dinâmica da doença. Daí até as epidemias da década de 1980, uma grande lacuna historiográfica ainda parece existir.

Referências:

- ALMEIDA, Ribeiro de. Sessão geral em 15 de Setembro de 1873. *Annaes Brasilienses de Medicina*. v. 25, n 6, p. 241-245. 1873.
- ANAYA, Gabriel Lopes. *Maus ares e malária: entre os pântanos de Natal e o feroz mosquito africano (1892-1932)*. Dissertação (Mestrado em História). UFRN, Natal, 2011.

ARDATI, Nagib. A proposito do Dengue. *Brazil-Medico*, v. 24, n. 46, p. 459-461. 1910.

BENCHIMOL, Jaime Larry. *Dos micróbios aos mosquitos: febre amarela e revolução pasteuriana no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ/Editora UFRJ, 1999.

BENCHIMOL, Jaime Larry. Febre amarela e dengue põem a saúde pública brasileira de joelhos. In: Benchimol, Jaime Larry (coord.) *Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.400-404. 2001.

COSTA, Carlos. Febre Dengue. *Annuario Medico Brasileiro*. v. 1, n. 5, p. 40-42. 1890.

EDLER, Flavio C. Escola Tropicalista Baiana: um mito de origem da medicina tropical no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.9, n.2, p.357-385. 2002.

FERREIRA, Lucas R. *História da dengue: as representações no processo de combate da doença em Uberlândia-MG (1986-1993)*. Monografia (Graduação em História) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2017.

FONTE, Cardoso. A propósito da influenza. *O Brazil-Médico*. v. 1, n. 12, p. 120. 1890.

LOBO, Roberto J. Estatísticas: Reflexões. *Annaes de Mediciana Brasiliense*. Vol. 2, n. 10, pp. 235-238, 1847.

MALAQUIAS, Anderson G. O micróbio protagonista: notas sobre a divulgação da bacteriologia na Gazeta Médica da Bahia, século XIX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.733-756. 2016.

MARQUES, Epiphany. Pathologia Interna: Gripe e febre dengue. *Gazeta Médica da Bahia*. v.7, n.3, p. 354-373. 1889

MARZOCHI, Keyla et al . Dengue no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.5, n.1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So10459701998000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 jun. 2018.

MCSHERRY, James. Dengue. In: KIPLE, Kenneth E. *The Cambridge World History of Human Disease*. Cambridge University Press, 2008.

MISCELANEA...Miscelanea Scientifica. *União Medica*, v. 21, n. 12, p. 541-549. 1889

NASCIMENTO, Dilene R. et al. Dengue: uma sucessão de epidemias esperadas. In: Nascimento, Dilene R; Carvalho, Diana M. (Org.). *Uma história brasileira das doenças*. Belo Horizonte: Argvmentvm, v.2, ed.1, p. 211-232. 2010.

PACKARD, Randall M. “Break-Bone” Fever in Philadelphia, 1780: Reflections on the History of Disease”. *Bulletin of the History of Medicine*, v.90, n.2, p. 193-221. 2016.

PEDRO, Antonio. O dengue em Nictheroy. *Brazil-Medico*, v. 1, n. 13, p. 173-177. 1923.

RAJ, Kapil. *Relocating modern science: circulation and the construction of knowledge in South Asia and Europe, 1650-1900*. New York, Palgrave macmillan, 2007.

REIS, Trajano Joaquim dos. A Epidemia de Escarlatina em Curityba. *Gazeta Médica da Bahia*, v.28, n. 6. p.51-62. 1896a.

REIS, Trajano Joaquim dos. A febre dengue em Curityba. *Gazeta Médica da Bahia*, v. 28, n. 6, p. 263-266. 1896b.

RODRIGUES, João Francisco Lopes. Sessão de 15 de janeiro da Sociedade de Medicina e Cirurgia. *O Brazil-Médico*. v.1, n. 9, p.85-87. 1895.

ROSENBERG, Charles. Framing Disease: Illness, Society and History. In: *Framing Disease: Studies in Cultural History*. New Jersey: Rutgers University Press, 1992.

SILVADO, Jaime. Chronica. *União Médica*. v. 1, n. 3, p. 111-114. 1890.

TIMERMAN, Artur; NUNES, Estevão; LUZ, Kleber. *Dengue no Brasil: doença urbana*. São Paulo: Limay, 2012.

DA MEDICINA À DIPLOMACIA: A TRAJETÓRIA DE JOSÉ AUGUSTO DE MAGALHÃES EM DOIS MUNDOS

José Maria de Castro Abreu Junior ⁸⁷

Aristoteles Guilliod de Miranda ⁸⁸

Resumo

Na perspectiva de que uma biografia é sempre uma construção e um personagem do passado jamais virá a tona por completo, os autores buscaram dados sobre a figura complexa de José Augusto de Magalhães, farmacêutico, médico e diplomata, nascido em Portugal, graduado em medicina na Bahia e que teve atuação destacada em Manaus e Belém, como médico e diplomata, tendo sido, ainda, cônsul de Portugal na cidade de São Paulo e em países como México e França. Envolvido também em causas educacionais e humanitárias, foi uma figura representativa de nossa luso-brasilidade amazônica.

Palavras-chave: Amazônia, Portugal, história da medicina, diplomacia.

87. Universidade Federal do Pará, Faculdade de Medicina. Professor de Patologia. Belém, Pará, Brasil. josemcajr@yahoo.com.br

88. Universidade Federal do Pará, Hospital Universitário João de Barros Barreto. Serviço de Cirurgia. Belém, Pará, Brasil. guilliod@gmail.com

Introdução:

Em seu ofício, o biógrafo jamais chega à “verdade” de uma vida (Figueroa, 2007), ainda mais em se tratando de um personagem do qual muitos aspectos de sua existência estão por ser desvendados. Assim apresentamos alguns momentos da existência de José Augusto de Magalhães, farmacêutico e médico, cuja luso-brasilidade e experiências amazônicas fazem parte dos objetivos deste congresso. Não pretendemos esgotar o assunto – e nem seria possível - mas, pelo menos, contribuir para um maior conhecimento e reconhecimento dessa interessante figura humana, de grande importância tanto para o Brasil quanto para Portugal, protagonista, também, de ações humanitárias durante a Segunda Guerra Mundial.

Bahia, 1ª etapa

Quando o menino José Augusto de Magalhães avistou a cidade de Salvador naquele longínquo 1889, após uma longa e cansativa viagem originada em Portugal, certamente não imaginou o que vivenciaria. O garoto, natural de Freixo de Numão, concelho de Villa Nova de Foz Côa (Quental, 1930, p.44), afinal vinha para o Brasil, com 13 anos⁸⁹ de idade (O novo ..., 2 set 1907, p.1), onde já estavam dois de seus irmãos para trabalhar e, se possível, estudar, sua grande vontade (Quental, 1930, p.44).

Em Salvador, após concluir o curso de humanidades no Collegio 7 de Setembro, “preferiu os livros ao balcão” (Caraboo, 11 abr 1914), matriculando-se na Faculdade de Farmácia em 1893, concluindo o curso em 1895 (O novo..., 2 set 1907,p.1). O curso de Farmácia era anexo ao de medicina funcionando nas instalações da Faculdade de Medicina. Sua curta duração, em comparação ao de medicina foi importante para o jovem profissional, que pôde assim entrar logo no mercado de trabalho, passando a dirigir o “grande Estabelecimento Chimico Pharmaceutico Silva Lima” (Quental, 1930, p.44), mas sempre pensando em seguir adiante em seus projetos.

89. Quental (1930, p.44) diz “ antes de completar 14 anos”. Magalhães nasceu em 10 de março de 1876.

A vida em Manaus, 1ª passagem

Diferente de boa parte dos imigrantes portugueses, que vinham para o Brasil a fim de fazer fortuna, particularmente atuando no comércio, o farmacêutico José Augusto de Magalhães, seguiu adiante e foi nomeado o primeiro cônsul de Portugal em Manaus (O novo ..., Jornal do Commercio, 2 set 1907 p.1), para onde partiu e onde exerceu, concomitantemente, a profissão de farmacêutico até 1900, conforme consta em publicação de jornal, dando conta da venda de determinada farmácia e informando que, na data de 20 de setembro daquele ano, “cessou a responsabilidade profissional do Pharmaceutico José Augusto de Magalhães”, no estabelecimento (Hygiene ..., 27 set 1900, p.19.339).

A Manaus em que Magalhães viveu nessa primeira etapa, se constituía em um polo bastante atraente para um jovem recém-formado. Desde 1890, havia passado pelo seu primeiro grande surto de urbanização e modernização, transformando-se na “Paris dos Trópicos”, graças a acumulação de capital via economia agrária-extrativista exportadora, especificamente a economia do látex (Dias, 2007, p.28).

Bahia, 2ª etapa

Este afastamento da função de farmacêutico tem a ver com a retomada dos estudos, agora em medicina. E como naquela ocasião só havia duas faculdades de medicina no Brasil, respectivamente em Salvador e no Rio de Janeiro, uma vez que a de Porto Alegre, recém-criada, ainda não tinha formado nenhuma turma, Magalhães, para atingir seus objetivos, deixou Manaus e retornou à Bahia, sua terra adotiva, matriculando-se na Faculdade de Medicina e iniciando o curso médico em 1901. Seguiu um caminho comum de muitos jovens de origem pobre: cursar primeiro farmácia, para angariar recursos como farmacêutico, podendo cursar medicina sem precisar trabalhar em paralelo, pois o curso médico era em tempo integral. Além disso, teria condições de custear os livros, a maioria importados.

Magalhães inicia seu curso médico em uma época difícil, com repercussão na qualidade do curso, uma vez que, em 5 de março de 1905, um incêndio atingiu a faculdade, destruindo grande parte dos laboratórios,

a capela dos jesuítas e a rica biblioteca da instituição, perdendo-se cerca de 15.000 volumes. Por pouco a fachada do edifício não foi levada na tragédia (Torres, 1946, p.50).

Mesmo neste contexto adverso, sua segunda passagem pela faculdade foi bastante destacada. Superando adversidades e demonstrando capacidade de liderança, além de reconhecimento de seus colegas, logo no terceiro ano foi eleito presidente por três anos sucessivos da Sociedade Beneficencia Acadêmica (Fig.1), recuperando financeiramente a entidade estudantil.

Durante o curso foi colaborador frequente na imprensa, com artigos no *Jornal de Noticias*, da Bahia e no *Primeiro de Janeiro*, do Porto (O novo ..., *Jornal do Commercio* AM, 2 set 1907, p.1). Por suas qualidades foi escolhido orador, em nome da mocidade acadêmica, para saudar Joaquim Nabuco de passagem pela Bahia, novamente discursando na entrega do quadro do paraninfo junto a sua turma, o professor Alfredo Brito (Pereira, 1926, p.32). Sua aptidão oratória fez-se presente ainda na Sociedade Beneficente Portuguesa da Bahia e como orador da colônia portuguesa local, sendo seus discursos posteriormente publicados em livro (O novo..., *Jornal do Commercio* AM 2 set 1907, p.1).

Figura 1: Diretoria da Beneficência Acadêmica da Bahia em 1905. Primeiro plano da esquerda para direita: Horácio Martins, Correia Gondim, J.A de Magalhães, Diógenes Sampaio e José Inácio da Silva Filho. Segundo plano na mesma ordem: Agrippino Barbosa, José Augusto Bastos, Januário da Silva Telles, Enjolras Vampré, Jerônimo Sodré e Álvaro Vieira Lima. Terceiro plano: Genésio Salles Filho, Tito Augusto da Silva, Jayme de Carvalho e Alvaro Vieira Lima.



Fonte: Pereira, 1926, s.p.

Diplomou-se em 1906, com a tese *Deontologia medica e therapeutica* (Meireles et al, 2004, p. 69), trabalho bastante elogiado pela comissão examinadora da Congregação, sendo notícia na imprensa da Bahia, Rio, São Paulo e Portugal (O novo ..., 2 set 1907, p.1). Como prova de reconhecimento de seus patrícios, pelos serviços prestados em “honra do nome de Portugal” (S. Salvador, Gazeta de Noticias (RJ), 7 dez 1906, p.2), seu anel de formatura foi presente da colônia portuguesa em Salvador (Pereira, 1926, p.29).

A vida em Manaus, 2ª etapa

Após sua formatura como médico, Magalhães, já casado com Alice Alves de Magalhães, de família baiana, partiu para a Europa, realizando estágios em Obstetrícia e Clínica Médica em Paris, viajando posteriormente pela Inglaterra, Bélgica, Suíça, Itália e algumas localidades da França (O novo..., Jornal do Commercio, AM 2 set 1907, p.1). Ao retornar ao Brasil, dirigiu-se a Manaus, onde foi exercer sua nova profissão. Paralelamente à profissão médica, convidado pelo então ministro português Camello Lampreia (Quental, 1930, p.44), reassumiu as funções de cônsul de Portugal naquela cidade, em 4 de novembro de 1907, por decreto do governo português, de 11 de abril de 1907 (Consulado ..., Jornal do Commercio AM, 18 nov 1907, p.3).

Em Manaus, se anunciava como clínico, cirurgião e parteiro, com consultório em três farmácias, como era costume consultórios médicos funcionarem em farmácias (Dr. J.A. de Magalhães..., Jornal do Commercio (AM), 11 jun 1909, p.2) As atividades médicas eram também praticadas no Hospital da Sociedade Portuguesa Beneficente daquela cidade (Portuguesa..., Jornal do Commercio AM, 15 nov 1908, p.2). Residia na rua Monsenhor Coutinho, nº 88 (Dr. J. de Magalhães, Jornal do Commercio AM 11 jun 1909, p.2).

Na condição de cônsul, fundou na capital do Amazonas, em fevereiro de 1908, a Sociedade Luzitania Repatriadora, com a missão de repatriar imigrantes pobres e doentes; em 5 de outubro do mesmo ano, funda uma escola noturna para alfabetização de adultos anexa a Repatriadora (Pereira, 1926, p. 39).

A Universidade Livre de Manaus

Originada do antigo núcleo da Escola Livre de Instrução Militar do Amazonas, a Escola Universitária Livre de Manaus foi criada em 17 de janeiro de 1909 e reivindica há muito o papel de ter sido a primeira universidade brasileira (Tuffani, 2009, p.64).

O novo “estabelecimento de ensino secundário e superior”, se propunha a fazer funcionar, “na medida que as circunstancias o permitam”, um curso de direito, um de medicina e farmácia, um de engenharia, além cursos ginásial e militar (Gazetilha. Escola ..., Jornal do Commercio AM, 22 nov.1909, p.1).

Magalhães fez parte do corpo docente da Faculdade de Medicina e Farmácia, como professor de Fisiologia (1ª parte) (Gazetilha. Escola..., Jornal do Commercio AM, 22 dez 1909 p.2). A Faculdade de Medicina deveria organizar os cursos de farmácia, odontologia e partos. O que até certo ponto conseguiu, havendo registro do funcionamento desses cursos, tendo o de odontologia funcionado até 1944. Paradoxalmente, o ensino médico em si, não saiu do papel, embora criado, e organizado administrativamente, com diretoria e corpo docente. Uma Faculdade de Medicina no Amazonas somente se tornou realidade na década de 1960 em outro contexto (Brito, 2004).

A vida em Belém

Em 1910, após uma parada em Salvador para rever familiares, deveria partir para a Europa, porém, por ordem do Ministro das Relações Exteriores de Portugal, foi designado para assumir o cargo consular em Belém. (Bahia. Consul ... Correio Paulistano SP 12 mar 1911 p.2). Com a proclamação da república em Portugal, em 1910, deixou o consulado, dedicando-se a atividade clínica em Belém. Anos mais tarde, o governo português requisitou seus serviços e ele foi nomeado consul em São Paulo (Os portugueses ..., Correio Paulistano SP 25 mar 1930 p.8).

Nos mais de dez anos de atividade em Belém atuando em diversos setores, Magalhães teve intensa participação na sociedade paraense. Com residência à praça da Republica, nº 5 (DR. J.A. de Magalhães, Estado do Pará 22 jan 1914, p.2) e ampla atuação como médico, continuou lançando mão de suas prerrogativas e conhecimentos na área da farmácia, tendo registrado em seu nome um preparado farmacêutico denominado “A Saúde das Crianças” (Souza & Fonseca, 2015, p.361).

Seguindo um costume da época, fez parte do grupo de profissionais que montaram um consultório médico-cirúrgico, na “Pharmacia e Drogaria Internacional”, localizada na Travessa São Mateus (hoje, Padre Eutíquio), nº46. O novo estabelecimento mereceu destaque na imprensa, sendo tratado como um concorrido evento social ao qual compareceram médicos, jornalistas e representantes da sociedade paraense. Na ocasião, foram servidos “doces e bebidas finas” e distribuídos brindes como “bem acabadas latinhas de talco

boratado, manufatura da casa e perfumados sabonetes”. No estabelecimento, dividindo horário com outros médicos⁹⁰, o Dr. Jose Augusto atendia pela manhã, das 11h às 12h (Estado do Pará, 2 mai 1913, p.8).

A Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará

Após algumas tentativas frustradas de criação de agremiações médicas locais, em 15 de agosto de 1914 foi solenemente instalada a Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará (SMCP), que logo contou com J.A de Magalhães na comissão de fisioterapia, tendo o mesmo apresentado um trabalho na primeira reunião científica desta, intitulado “As reações locais produzidas pelos mosquitos inoculadores do hematozoário de Laveran”. Membro bastante ativo desta sociedade, em outras oportunidades apresentou questionamentos sobre o uso de 914, também chamado Neo-Salvarsan, medicação utilizada para o tratamento da sífilis (Miranda & Abreu Jr, 2014, p.16, 17).

Em um momento em que os médicos paraenses se organizavam como elite intelectual, objetivando defender os interesses da classe e o que mais julgassem adequado para o desenvolvimento da sociedade, pela ação de J.A de Magalhães a SMCP deliberou sobre diversos assuntos, indo desde a questão da borracha, tema de debates no período em que a região atravessava a flência da economia gomífera (Miranda & Abreu Jr, 2014, p.16, 17), até o problema do vestuário nos climas quentes (Magalhães, 1921, p.104). Com tamanha participação na agremiação, J.A de Magalhães, logo na gestão de 1917-1918 já figurava como orador, tendo discursado na sessão solene do terceiro aniversário da instituição (Pereira, 1926, p.137), rapidamente chegando à condição de vice-presidente em gestões seguintes (Dias, 2002, p.35). Foi ainda diretor da comissão de redação da revista *Pará-Médico* publicação oficial da entidade (Pará-Médico, 1918).

Na Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará também apresentou um trabalho sobre o tratamento da erisipela pelo uso de Raio-X, o qual permitiu seu ingresso como sócio correspondente na Academia Nacional de Medicina,

90. Os demais médicos que atuavam na Farmácia Internacional por ocasião da inauguração do consultório eram: Bernardo Rutowicz, Ofir Loiola, Lauro de Magalhães, Porto de Oliveira, Cruz Moreira e Auzier Bentes (Inaugurou-se ..., Estado do Pará, 2 mai 1913, p.4)

em 1916 (Pereira, 1926, p.146 ; Nascimento, 1929, p.249). O estudo foi posteriormente publicado na revista francesa *Archives d'Electricité Medicale et de Physiotherapie*, número 412 de janeiro de 1917 (Magalhães, 1921, p.2).

O gabinete Physio-therapico

Em 1912, demonstrando procurar sempre manter-se atualizado com os progressos da medicina, José Augusto, juntamente com outro médico - o Dr. Silva Rosado -, lançou-se em um novo empreendimento – o Gabinete Physio-Therapico.

O novo estabelecimento era uma inovação na área do atendimento médico em Belém, fruto de remodelação completa do antigo Consultório Silva Rosado (Topicos ..., 22 abr 1912, p.2). Inaugurado em 21 de abril de 1912, dirigido pelos médicos Antonio Joaquim da Silva Rosado e José Augusto de Magalhães⁹¹, o Gabinete estava instalado em um amplo edifício na praça Independência (atual praça D.Pedro II), e contava com modernos aparelhos para o tratamento de várias patologias conforme os ditames científicos daqueles anos de 1910, ou seja, “as multiplas aplicações da electricidade medica e de Raios X”. Mais detalhadamente: “Alta frequência, electricidade estática, aplicações hydroelectricas, correntes galvânicas, faradicas, banhos de luz, ar quente, masso-therapia, tratamento de Bergonié contra a obesidade, etc (Gabinete..., Pará-Medico, set 1922, p.378-379).

Aparelhos de Raios X, instrumental para massagens e banhos de luz, por exemplo, eram mencionados na matéria alusiva ao assunto no jornal. Naquela ocasião, havia uma intensa utilização dos raios X para as mais diversas enfermidades, do câncer à erisipela⁹². O mesmo acontecia com os “banhos hydro-electricos e de luz”, com aplicação na “obesidade, polynevrite, reumatismo e molestia de pelle”. Além disso, o Gabinete contava ainda com instrumental para as “affecções das vias urinarias”, sob a responsabilidade do

91. O Gabinete, posteriormente, passou à propriedade exclusiva de José Augusto de Magalhães. Com a retirada deste para o sul do país, passou à direção do Dr. Porto de Oliveira (Gabinete..., Pará-Medico, set 1922, p.379)

92. Magalhães chegou a enviar à Academia de Medicina de Paris, um trabalho sobre o tratamento da erisipela pelos raios X. Um trabalho semelhante, *Os Raios X e a erisipela*, foi apresentado à Academia Nacional de Medicina, em 1915. Constava do caso de um doente de 55 anos, curado com três aplicações de raios X (Barguil, 2011, p.130), sendo também publicado no *Pará-Medico* (Um medico ..., Gazeta de Noticias RJ, 13 nov 1916 p.6)

Dr. Silva Rosado, e para aplicação em ginecologia e “molestia de senhoras”, especialidade do Dr. J.A. de Magalhães (Gabinete ..., Estado do Pará, 22 abr 1912, p.1).

O gabinete de Raios X

Membro atuante junto à numerosa colônia portuguesa no Pará, Magalhães fazia parte do corpo clínico do Hospital da Sociedade Portuguesa Beneficente do Pará. Ali, com substancial ajuda do consulado português no Pará e a realização de duas subscrições que movimentaram a colônia lusitana, conseguiu os recursos financeiros necessários à aquisição e instalação de equipamentos, dotando o hospital “de um gabinete radiológico, decalcado sobre o que no genero existe de mais completo e moderno” (Sociedade ..., Pará-Medico , 1922, p.343).

O gabinete radiológico foi inaugurado no Natal de 1917, em uma grande solenidade que contou com a presença de autoridades, diretores de outros hospitais, médicos, representantes da imprensa e muitos sócios e familiares. Para dirigir gabinete foi nomeado o próprio José Augusto de Magalhães, tendo como auxiliares os médicos Porto de Oliveira e Gelmirez Gomes. Com a ida de Magalhães para São Paulo, assumiu a direção do gabinete o médico Jayme Rosado (Sociedade ..., Pará-Medico, 1922, p.344). Algum tempo depois, por motivo de saúde, afastaram-se de uma só vez Jayme Rosado e Gelmirez Gomes, ficando o gabinete sem funcionar (Meira, 1986, p.177).

Atividade didático-pedagógica em Belém

Outra faceta do Dr. José Augusto de Magalhães, em Belém, foi sua participação na Escola Prática de Comércio, estabelecimento fundado em 3 de maio de 1899 pela Associação Comercial do Pará, com participação do governo do Estado. José Augusto exerceu o cargo de diretor do estabelecimento, que mantinha um curso secundário com a duração de três anos, conferindo diploma de “guarda-livros” ao final (PARÁ. Mensagem governamental, 1918, p.57), sendo também professor de Higiene na referida escola (Diniz, 2014, p.107).

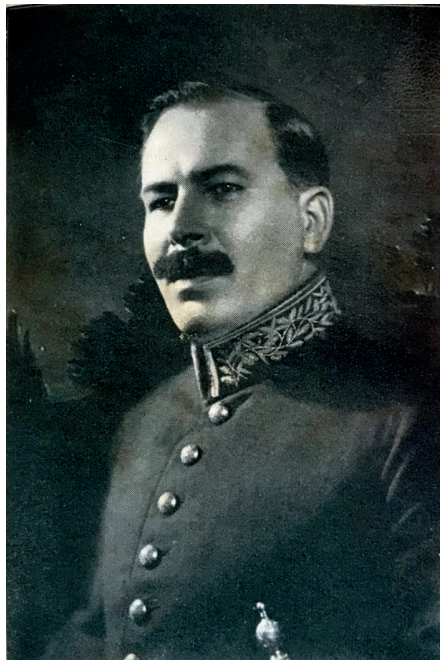
Ao assumir a direção do estabelecimento, 1917, esta contava com 150 alunos; ao deixar o cargo, em 1920, a mesma contava com 400 alunos matriculados (Pereira, 1926, p.252). Em 1926, já radicado em São Paulo, por relevantes serviços prestados à instituição paraense, recebeu o título de diretor honorário (Pereira, 1926, p.195).

Câmara Portuguesa de Comércio

Em relação a ações associativas e com ênfase no comércio, Jose Augusto de Magalhães está por trás, também, da Câmara Portuguesa de Indústria e Comércio, fundada por sua iniciativa em 22 de junho de 1917. Uma das razões de sua criação era a irregularidade e os custos dos transportes marítimos, considerados prejudiciais aos negócios de exportação e importação do comércio luso-brasileiro (Carvalho, 2011). Foi ainda por sua iniciativa que a instituição patrocinou a obra *História da Colonização Portuguesa do Brasil*. Já radicado em São Paulo foi agraciado com o título de sócio honorário da mencionada Câmara (Pereira, 1926, p.193).

Ida para São Paulo

Figura 2: José Augusto de Magalhães como consul de Portugal na cidade de São Paulo.



Fonte: Pereira, 1926, s.p.

A chegada a São Paulo (Fig.2) mereceu destaque na imprensa:

A vaga aberta no consulado de Portugal em São Paulo foi preenchida com a nomeação do Dr. Jose Augusto de Magalhães, que durante muitos anos residiu no Estado do Pará, onde exerceu a clinica, serviu com brilho funcções do magistério e, sobretudo, infatigavel e abnegadamente trabalhou pela inalterabilidade das excellentes relações entre o seu e o nosso paiz. Estas informações nos chegam de um companheiro nosso, que conhece a brilhante e desinteressada actuação do doutor José Augusto de Magalhães em favor das boas relações luso-brasileiras, e em virtude da qual o governo de Lisboa espontaneamente o distinguiu com a nomeação para o importante consulado em São Paulo (O que se passa ..., O Paiz RJ, 19 fev 1922, p.1)

Ao assumir a função, encontrando o consulado em acanhadas acomodações, buscou dotá-lo de instalações condignas, além de reorganizá-lo, montar o serviço de estatística, despacho, consulta e assistência, tornando-o uma instituição modelar (Dr. J.A de Magalhães, Correio Paulistano SP, 22 abr 1928 p.10). Em aliança com a Câmara Portuguesa de Comércio, organizou a recepção dos aviadores Gago Coutinho e Sacadura Cabral na cidade, promoveu excursão ao Rio de Janeiro em homenagem ao embaixador de Portugal Ricardo Severo, organizou os serviços da “Caixa Portuguesa de Repatriação e Assistência aos Desvalidos” (Pereira, 1926, p.253). Foi também sócio honorário do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo (IHGSP) (revista do IHGSP 1950, p.332)

Jamais esquecendo sua pátria-mãe, fundou a *Liga Propulsora da Instrução em Portugal*, procurando elevar o povo pela sua educação (Dr. J.A de Magalhães, Correio Paulistano SP, 22 abr 1928 p.10). Tal realização mereceu o reconhecimento do governo português, que condecorou-o “por serviços prestados á instrução”⁹³(Dr. José..., Correio Paulistano SP, 24 nov 1927, p4). Na capital paulista, Jose Augusto em pouco tempo se integrou totalmente aos vários círculos sociais e profissionais a que estava ligado. Sua desenvoltura, suas qualidades de trabalho, seu espírito de organizador levaram-no a uma posição de liderança junto ao corpo consular, culminando com sua escolha como presidente da Sociedade Consular (Quental,1930, p.44), sendo agraciado com título de Presidente Honorário do Corpo Consular daquela cidade, pelo número de vezes que exerceu o cargo de presidente, “com plena satisfação de todos os consórcios, e aos vários e grandes serviços prestados á Sociedade” (Sociedade ..., Correio Paulistano SP, 29 dez 1929, p.12).

Sua transferência para o México motivou manifestações junto ao governo brasileiro e o português, com o intuito de manter o diplomata em São Paulo. O documento, assinado por “cidadãos brasileiros e estrangeiros, sem distinção de classe ou de opiniões políticas ou outras”, adiante, dizia que “pelas qualidades de justiça, caráter e afetividade, nenhum representante consular da República

93. A Liga tinha como finalidade a construção de escolas, formação de professores, manutenção e direção das escolas, “que ministrem instrução preliminar physica, profissional e de hygiene”. As escolas deveriam ser instaladas preferencialmente nas aldeias e deveriam distribuir, aos alunos e professores, prêmios em dinheiro, de acordo com o aproveitamento e dedicação por eles demonstrados (Fundação ..., Jornal do Brasil, 25 jan 1925 p. 10)

Portuguesa poderia prestar aqui os serviços á comunidade que vêm sendo prestados há onze anos pelo Dr. J.A. de Magalhães” (Dr. José ..., Correio de São Paulo SP, 26 out 1932, p.1).

O escritor

Seguindo uma tendência de popularização da ciência na imprensa leiga, iniciada desde a segunda metade do século XIX, chegando ao Brasil nas primeiras décadas do século XX, havia naquele momento toda uma discussão intelectual sobre a importância de difundir as descobertas científicas nos meios leigos como forma de estimular a inteligência dos brasileiros criando uma nova mentalidade (Sá, 2006, p.91, p.175). Nessas circunstâncias J.A de Magalhães criou no jornal paraense *Folha do Norte* uma coluna chamada “Na Sciencia e na Vida”, onde abordava questões ligadas aos avanços da medicina, descrevendo inclusive procedimentos cirúrgicos que vinham sendo realizados na capital (Pereira, 1926, p.118).

Expandindo seu papel de médico como pedagogo, publicou em plena “Era do Saneamento”⁹⁴ um livro chamado *Lições de Hygiene* destinado a instrução pública no Pará e no Amazonas. Fortemente influenciado pelas ideias de Belisário Pena, que considerava a questão de saneamento o magno problema do Brasil, a obra, prefaciada por Afrânio Peixoto, catedrático de Higiene, da Faculdade Nacional de Medicina (RJ), denotando o prestígio do autor (Diniz, 2014, 106), aborda a higiene sobre diversos aspectos, desde alimentação e educação física, até questões do solo e água, com um capítulo específico sobre o problema higiênico e econômico da Amazônia. (Magalhães, 1921.)

Outro exemplo da sua produção intelectual é *Na clinica e na imprensa*, “em que se acham anexados varios artigos publicados na imprensa da Amazonia” (Visitas. A Noticia BA, 16 jan 1915, p.2). Infelizmente tal volume não foi localizado impedindo-nos de realizarmos maiores comentários.

94. Período situado entre 1910 e 1920 em que as questões de saúde pública passaram a ter posição de destaque no debate político nacional, com uma maior afirmação de responsabilidade pública na contenção de doenças infecto-contagiosas e proteção dos sãos (Hochman, 1998, p.110-111).

Atividade consular no exterior

Após 11 anos de trabalho em São Paulo, Jose Augusto de Magalhães foi designado pelo governo português para atuar no México, na função de encarregado de negócios de Portugal naquele país (A despedida..., Diário Carioca RJ, 14 dez 1932, p.2). Posteriormente, atuou na Europa, durante a Segunda Guerra. Neste período Magalhães foi cônsul português em Marseille. Simpático à questão dos refugiados e, conseqüente, contrário às determinações restritivas sobre vistos de trânsito para Portugal, ele ficou conhecido mais por uma decisão tomada do que propriamente por ações efetivas de auxílio aos refugiados. Dizendo ser o Atlântico a única porta aberta pela qual as vítimas de perseguição política e religiosa poderiam escapar da Europa conflagrada, encaminhou ofício ao primeiro-ministro português Antonio de Oliveira Salazar, em dezembro de 1940. Afirmando que “A missão de negar, imposta por esta recente instrução sobre imigração, é extremamente desagradável para mim: sempre tive dificuldade em dizer não. Hoje mais do que nunca”, solicitava sua substituição imediata do posto de cônsul. Finalizava dizendo que “Algumas pessoas nascem para fazer o mal; outras somente sentem prazer fazendo o bem. Muitos consideram os primeiros como fortes; os outros, fracos. Por um sentimento de lealdade, eu me declaro pertencente ao número dos últimos Tal decisão trouxe lhe o reconhecimento, sendo incluído como um dos heróis do Holocausto ...”(Mordecai, 2007, p.87) e certamente contribuiu para sua aposentadoria, pois em julho de 1941, o ex-consul, agora aposentado, aportava em Santos com destino à cidade de São Paulo, onde fixou residência até morrer (Vem fixar..., Correio Paulistano SP, 2 jul 1941, p.5).

Considerações Finais

Como qualquer ser humano, o polivalente José Augusto de Magalhães, não foi uma unanimidade entre seus contemporâneos. Registram-se alguns embates por onde exerceu suas atividades, e alguns “respingos” do exterior, como por exemplo, em notícia veiculada no jornal maranhense *Pacotilha*, ele responde a críticas do arcebispo de Villa Real sobre a situação dos portugueses no Brasil (O consul ..., Pacotilha MA, 8 jul 1927, p.1).

Esse caráter um tanto “belicoso” é sutilmente exposto no perfil da revista *Lusitania*, sendo descrito como “culto, muito educado”, mas com um “temperamento combativo, impetuoso, de lutador, apesar de ser um fino diplomata”. Segundo o autor do texto⁹⁵, ele fora muito combatido em São Paulo, atribuindo “metade do successo alcançado aos seus inimigos”, considerando a outra metade como de seus amigos, “que são muitos e queridíssimos” (Quental, 1930, p.44). Nas palavras do próprio Jose Augusto de Magalhães, em banquete em sua homenagem em São Paulo, atribuindo aos seus queridos inimigos “muito das energias que me têm impulsionado na vida”, em contraponto à generosidade dos amigos, “cujos aplausos poderiam paralisar-me a acção” (Dr. J.A. de Magalhães. Correio Paulistano, 22 abr 1928, p.10).

A figura de José Augusto de Magalhães se reveste de vital importância para os estudos históricos luso-brasileiros, com foco principal na Amazônia, ainda que reconheçamos, também, suas ações em Salvador e em São Paulo. Em discurso no Rotary Clube de São Paulo, relembrou as palavras premonitórias de Alfredo Brito, seu antigo professor na Faculdade de Medicina da Bahia. Segundo Magalhães, Brito

predissera que a mim, (...) cabia o fardo mais pesado, pela obrigação, que contrahia, de votar ás duas pátrias igual affecto, pois se a Portugal eu devia a existência, á Bahia e ao Brasil ficava devendo a cultura com que me aparelhava para a penosa lucta pela vida (O Pará ..., O Paiz RJ, 20 mar 1928, p.1).

José Augusto de Magalhães faleceu em São Paulo, em 8 de maio de 1945 (Dr. José..., Diário de Noticias RJ, 9 mai 1945 p.7).

95. O nome do autor, Eça de Quental, parece ser um pseudônimo originado a partir do nome de dois importantes escritores portugueses: Eça de Queiroz e Antero de Quental (N.A).

Referências

- A DESPEDIDA do consul de Portugal. *Diario Carioca*, Rio de Janeiro, 14 dez 1932, p.2
- BAHIA. CONSUL portuguez em Belém. *Correio Paulistano*, São Paulo, 12 Mr 1911, p.2
- BARGUIL, Carmen Maria Kligman. *O lugar e o valor da fisioterapia na terapêutica médica: a medicina prática nos primeiros trinta anos do século XX*. Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências. 2011. Disponível em < <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/17805/2/103.pdf>>. Acesso em 16/8/2011
- BRITO, Rosa Mendonça de Brito. *Da Escola Univesitária Livre de Manáos à Universidade Federal do Amazonas- 95 anos construindo conhecimentos*. Manaus: EDUA, 2004. 104p.
- CARVALHO, Marco Antônio. *Bebendo açaí, comendo bacalhau: perfil e práticas da sociabilidade lusa em Belém do Pará entre finais do século XIX e início do século XX*. Tese de doutoramento em História apresentada à Faculdade de Letras da Universidade do Porto como requisito para obtenção do título de Doutor em História. Disponível em < <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/63200/2/TESEDOUTMARCOSCARVALHO000161479.pdf>>. Acesso em 16/8/2018
- CARABOO (Belém, Pará), anno I, nºVII, 11 abr 1914
- CONSULADO de Portugal em Manaos. *Jornal do Commercio*, Manaus, 18 nov 1907, p.3
- DIAS, Edinea Mascarenhas. *A Ilusão do Fausto. Manaus – 1890-1920*. 2ª Edição. Manaus: Valer, 2007. 170p.
- DIAS, Leônidas Braga. Diretorias da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará. In: Bordalo, Alípio Augusto; BICHARA, Carlos David Araújo; PANDOLFO, Sérgio Martins (org.). *A Sociedade Médico-Cirúrgica e a medicina no Pará*. Belém: Sociedade Médico-Cirúrgica, 2002.
- DINIZ, Aires Antunes. O estudo da higiene na beira interior: Ribeiro Sanches, Júlio de Oliveira Pimentel e Luís Pasteur. In: *Medicina na Beira Interior: Da pré-história ao século XXI. Caderno de Cultura*. N.XXVIII, nov.2014, p. 101-109

DR. J.A. de Magalhães. *Correio Paulistano*, São Paulo, 24 nov 1927, p.4

DR. JOSÉ Augusto de Magalhães. *Correio de São Paulo*, São Paulo, 26 out 1932, p.1

DR. JOSÉ Augusto de Magalhães. *Diario de Noticias*, Rio de Janeiro, 9 mai 1945, p.7

ESCOLA Universitaria de Manáos. *Correio do Norte (AM)*, Manaus, 30 jul 1910, p.1

INAUGUROU-SE. *Estado do Pará*, Belém, 2 mai 1913, p.3.

FIGUEROA, Silvia F. de M. A propósito dos estudos biográficos na história das ciências e teconologias. *Revista de História e Estudos Culturais*. Vol.4, Ano 4. N.3. jul/ago/set, 2007.

FUNDAÇÃO da Liga Propulsora de Instrucção em Portugal. *Jornal do Brasil*, Rio de Janeiro, 25 jan 1925, p.10

GABINETE physio-therapico. *Estado do Pará*, Belém, 22 abr 1912, p.1

GABINETE Physio-Therapico. In: *Pará-Medico* vol II, n.10, set 1922, p.378-379

GAZETILHA. ESCOLA Universitária. *Jornal do Commercio*, Manaus, 22 dez 1909 p.2

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

HYGIENE Publica. *Diario Official do Amazonas*, 27 set, 1900, p. 19229

J.A. de Magalhães..., *Jornal do Commercio*, Manaus, 11 jun 1909, p.2.

Jornal do Commercio, Manaus, 11 jun 1909, p.2

MAGALHÃES, J.A. *Lições de Hygiene*. Porto: Typ. da Empresa Literária e Typográfica, 1921.

MEIRA, Clóvis. *A Medicina de Outrora no Pará*. Belém: Editora Grafisa, 1986.

MEIRELLES, Nevolanda Sampaio; SANTOS, Francisca da Cunha; OLIVEIRA, Vilma Lima Nonato de; LEMOS Jr, Laudenor P; TAVARES Neto, José. *Teses Doutorais de Titulados pela Faculdade de Medicina da Bahia, de 1840 a 1928*. GMBahia 2004;74:1(Jan-Jun):9-10

MIRANDA, Aristóteles Guilliod; ABREU JR, José Maria de Castro. A fundação da Sociedade Médico-Cirúrgica do Pará. *Revista Pan-Amazônica de Saúde* 2014; 5(1):11-18.

MORDECAI, Paldel. *Diplomat Heroes of the Holocaust*. New Jersey, Rabbi Arthur Schneier Center for International Affairs of Yeshiva University/KTAV Publishing House, Inc. 2007

NASCIMENTO, Alfredo. *O centenário da Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, 1829-1929: primórdios e evolução da medicina no Brasil*. Imprensa Nacional : Rio de Janeiro, 1929, 254 p.

O CONSUL português de São Paulo e a imigração portuguesa para o Brasil. *Pacotilha*, São Luiz, 8 jul 1927, p.1

O NOVO consul português. Sua chegada a Manaus. *Jornal do Commercio*, Manaus, 2 set 1907 p.1

O PARÁ e o Amazonas ante uma opinião culta e insuspeita. *O Paiz*, Rio de Janeiro, 20 mar 1928, p.1

O QUE SE PASSA nos Estados. *O Paiz*, Rio de Janeiro, 19 fev 1922, p.1.

OS PORTUGUEZES no Brasil. *Correio Paulistano*, São Paulo, 25 mar 1930. p.8

PARÁ. Governador (1917-1921: Lauro Sodré). *Mensagem apresentada ao Congresso Legislativo do Estado do Pará pelo Governador Lauro Sodré em 7 de setembro de 1918*, p.57. Disponível em <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u1039/000002.html>. Acesso em 20 ago 2018

PARÁ-MÉDICO, vol.II, anno IV, n.6, jan. 1918.

PEREIRA, Francisco Luiz. *Curriculum Vitae do Dr. José Augusto de Magalhães*. São Paulo: Estabelecimento Gráfico Ferrari & Losasso, 1926.

PORTUGUEZA Beneficente. *Jornal do Commercio*, Manaus, 15 nov 1908, p.2

QUENTAL, Eça de. Figuras Portuguesas. Consul Dr. José Augusto de Magalhães. *Lusitânia*. Rio de Janeiro, 1 de fevereiro de 1930, p.44.

REVISTA do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo. Vol. XLV, 1950.

SÁ, Dominichi Miranda de. *A Ciência como Profissão. Médicos, bacharéis e cientistas no Brasil (1895-1935)*. Rio de Janeiro: Ed. Fio-Cruz, 2006.

S.SALVADOR. *Gazeta de Notícias*, Rio de Janeiro, 7 dez 1906, p.2

SOCIEDADE Consular de São Paulo. *Correio Paulistano*, São Paulo, 29 dez 1929, p.12

SOCIEDADE Portuguesa Beneficente do Pará. In: *Pará-Médico* vol II, n.10, set 1922, p.335-348

SOUZA, Lorena; FONSECA, Regina Vitória (org.). *Marcas do tempo. Registro de marcas comerciais do Pará- 1895 a 1922*. Belém: Secult, Jucepa, 2015. 412p.

TOPICOS e noticias. Estado do Pará, 22 abr. 1912, p.2

TORRES, Octávio. *Esboço Histórico dos acontecimentos mais importantes da vida da Faculdade de Medicina da Bahia (1808-1946)*. Salvador: Ministério da Educação e Saúde, Imprensa Vitória, 1946.

TUFFANI, Eduardo. Centenário da Universidade brasileira: para a história da Universidade de Manaus (1909/1910-1926). *Soletrasa*, ano IX, nº 17 – supl. São Gonçalo: UERJ, 2009, p.64-80

UM MEDICO portuguez. *Gazeta de Noticias*, Rio de Janeiro, 13 nov 1916, p.6
VEM FIXAR residencia em S.Paulo conhecido diplomata portugues. *Correio Paulistano*, São Paulo, 2 jul 1941, p.5

VIDA universitária. *Jornal do Commercio*, Manaus, 22 dez 1909 p.2

VISITAS. *A Noticia*, Salvador, 16 jan 1915, p.2

USO DE COLEÇÃO ENTOMOLÓGICA EM INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR: PASSADO, PRESENTE E EXPECTATIVAS FUTURAS

Lídia Cristina Villela Ribeiro ⁹⁶

Marcos Lázaro da Silva Guerreiro ⁹⁷

Márcio Costa de Souza ⁹⁸

Artur Dias-Lima ⁹⁹

96. Lídia Cristina Villela Ribeiro – Bióloga e Doutora em Patologia Experimental. Exerce o cargo de Professora Adjunta na Universidade do Estado da Bahia e na Universidade Estadual de Feira de Santana, desenvolvendo pesquisas em Educação e Saúde. CV: <http://lattes.cnpq.br/2386990117962562>

97. Marcos Lázaro da Silva Guerreiro – Biólogo, Especialista em Biologia Celular e Molecular, Doutor em Patologia. Professor Titular do Mestrado em Bioenergia da Faculdade de Tecnologia e Ciências – Salvador/Ba. Desenvolve pesquisas na área de doença de Chagas e relação parasito-hospedeiro. CV: <http://lattes.cnpq.br/1326836398594850>

98. Márcio Costa de Souza – Mestre em Saúde Coletiva, Professor Assistente na Universidade do Estado da Bahia. Desenvolvendo pesquisas na área de Saúde. CV: <http://lattes.cnpq.br/4432029727621766>

99. Artur Dias-Lima – Biólogo, Mestre em Entomologia pelo INPA e Doutor em Biologia Parasitária pelo IOC-FIOCRUZ. Exerce o cargo de Professor Pleno na Universidade do Estado da Bahia e Adjunto na Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. Curador da Entomoteca Mangabeira & Sherlock. Desenvolve pesquisas na área de Entomologia Médica. CV: <http://lattes.cnpq.br/320613774204778>

Resumo

A Entomoteca Mangabeira & Sherlock foi criada pelo médico e pesquisador Dr. Octávio Mangabeira Filho, na década de 50 do século passado e continuada pelo Dr. Italo Sherlock, na Fundação Oswaldo Cruz. Após o seu falecimento em 2009, os espécimes ficaram sem curadoria. Em 2016, através de um convênio de cooperação, propôs-se o uso compartilhado da coleção entre o Instituto Gonçalo Moniz BA e a Universidade do Estado da Bahia, ficando sob os cuidados do entomologista Dr. Artur Dias Lima. Atualmente, o novo curador vem dando prioridade a tríade pesquisa-extensão-ensino, nos projetos que envolvem a coleção. No futuro, não há dúvida de que se deva criar um grupo de pesquisadores e técnicos que possam dar suporte curatorial, em diferentes áreas.

Palavras-chave: Coleção, Entomoteca; Entomologia, Educação, Pesquisa.

Abstract

The Mangabeira & Sherlock collection was created by the physician and researcher Octavio Mangabeira Filho, in the 50's of last century and continued by PhD. Italo Sherlock, at the Oswaldo Cruz Foundation. In 2009, the specimens stayed without curator. Fortunately, in 2016, the collection moved to State University of Bahia (UNEB), due cooperation agreement with Gonçalo Moniz Institute, led by entomologist PhD. Artur Dias Lima. Nowadays, the new curator is giving priority to the triad research-extension-teaching in ongoing projects. In future, there is no doubt that a Support Curatorial Staff, comprising a broad range of expertise, has to be created.

Keywords: Collection, Entomothèque; Entomology, Education, Research.

Introdução

As coleções biológicas constituem materiais (organismos ou partes desses) devidamente tratados, conservados, organizados e sistematizados, cujas finalidades são inúmeras (Camargo et al, 2015). Estas, tornam-se relevantes, pois têm como função principal o arquivamento e a conservação ex-situ de todo o material biológico testemunho do conhecimento a partir

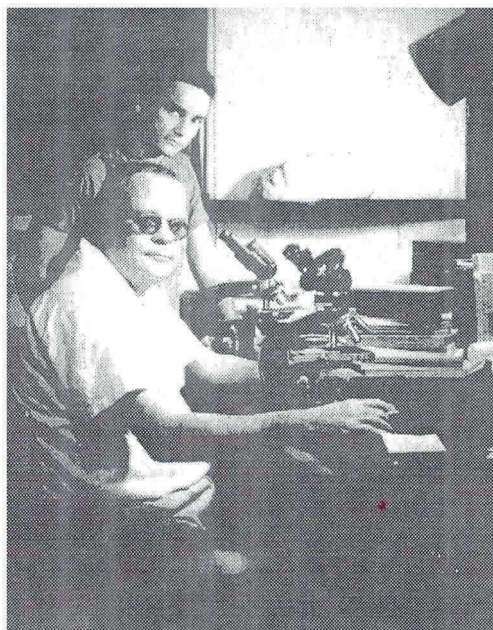
dele produzido (Cerri et al, 2014). Aranda e Rangel (2012) reforçam esta importância ao afirmarem que as coleções representam uma memória epidemiológica ímpar e registro de variações nos agentes etiológicos e na dinâmica populacional dos vetores ao longo do tempo. Desta forma, faz-se imprescindível a aplicação de políticas para a preservação desse patrimônio de valor incalculável para a ciência (Cerri et al, 2014). Portanto, fica claro que uma coleção entomológica não é apenas uma entidade estática para visitação e admiração de insetos coloridos, mas sim uma ferramenta que permite o desenvolvimento de inúmeras pesquisas estratégicas para ecologia, biogeografia e conservação (Camargo et al, 2015).

Em relação ao ensino, as coleções entomológicas por terem baixo custo e serem chamativas, têm a potencialidade de tornar as aulas de Ciências/Biologia mais atrativas e motivadoras na educação básica (Santos e Souto, 2011; Souza-Lopes, 2017). Além disso, a utilização dos insetos na educação básica pode contribuir para reduzir a repulsividade por esses organismos e trabalhar com questões de respeito à vida, importante valor para o exercício da cidadania (Macedo et al, 2009).

São objetivos desse manuscrito, apresentar a história e discutir a importância de um acervo entomológico, dando ênfase às suas inúmeras utilidades educacionais e científicas que estão sendo desenvolvidas em uma instituição de ensino superior pública.

Origem, fundação e acervo da Coleção Entomológica Mangabeira & Sherlock

A coleção foi iniciada por volta do ano de 1950 na “Fundação Gonçalo Moniz” por Octávio Mangabeira Filho, o qual inicia um grupo de pesquisa com o Dr. Ítalo Sherlock (Figura 1) (Sherlock, 1999).



Em 1963, com a morte de Octávio Mangabeira Filho, Dr Ítalo Sherlock assume a curadoria da coleção e, logo após, especializa-se em entomologia em São Paulo (Jurberg; Sherlock, 2001).

Dr. Italo Sherlock, fez história na Bahia, no Brasil e internacionalmente, durante a sua trajetória como pesquisador, até a sua aposentadoria compulsória em 2006, ao completar seus 70 anos. Como pesquisador da Fiocruz, Sherlock notabilizou-se como um dos mais destacados entomologistas do Brasil, na área médica. Descreveu sete novas espécies de flebotomíneos e três de triatomíneos. Inúmeros técnicos, pesquisadores e estudantes estiveram sob as orientações profissionais do Dr. Italo Sherlock. Dentre esses profissionais que estiveram sob sua supervisão científica, um estudante de Ciências Biológicas da Universidade do Estado da Bahia, Artur Dias Lima, ingressou no antigo e já extinto Laboratório de Parasitologia e Entomologia, LAPEN, em 1991. Entre 1991 e 2009, Por quase duas décadas, Artur Dias Lima esteve ao lado do Dr. Sherlock em suas investigações científicas financiadas pelo CNPq, CAPES, FAPESB e outras agências de fomento a pesquisa. Foi Artur Dias Lima, que juntamente com estagiários do extinto LAPEN, deu continuidade

à conservação da coleção e realizou seu levantamento e informatização, publicando alguns desses dados em eventos científicos. No entanto, no segundo quinquênio dos anos 2000, quando da aposentadoria do Dr. Sherlock, a formatação dos computadores do LAPEN fez perder todos os registros. Além disso, o acervo ficou sem um pesquisador responsável, após o falecimento do Dr. Sherlock, em 19 de março de 2009. Em 16 de agosto de 2016, foi assinado um convênio de Cooperação Técnica nº 109/2016, com vigência entre 16/08/2016 a 16/08/2021, entre a Fundação Oswaldo Cruz, representada pelo Centro de Pesquisa Gonçalo Muniz - CPqGM e a Universidade do Estado da Bahia – UNEB. O propósito deste Convênio foi sobre o “uso compartilhado” da Coleção Entomológica Mangabeira & Sherlock”. Esta, encontra-se localizada atualmente em uma sala do 1º andar, do Departamento de Ciências da Vida - DCV, Campus I, Salvador, UNEB.

De acordo com o último levantamento, existem 34.698 exemplares de diversas espécies de artrópodes, na maioria insetos, pertencentes a várias ordens, sendo 23.794 só de flebotomíneos, tanto de interesse médico como agrícola. Os exemplares da coleção (Figura 2) serão novamente cadastrados, relacionados em listas adequadas para publicação em periódicos científicos e por meio de “planos de acessibilidade”, objetivando a divulgação de sua existência e de suas espécies.



Uso atual da coleção entomológica: Ensino, Extensão e Pesquisa.

A Entomoteca Mangabeira & Sherlock vem, apesar das dificuldades de pessoal técnico e estudantes para a sua manutenção, cumprindo seu papel quanto a visão, missão e valores. Sob a responsabilidade do seu curador atual, estão sendo realizadas exposições em mostras científicas em instituições de ensino superior, em feiras de saúde, em escolas públicas e particulares, conforme demonstrado na figura 3.



O conhecimento sobre a relação dos exemplares existentes no acervo com as enfermidades transmitidas por eles, sempre traz impactos muito positivos. Portanto, faz-se necessário despertar o interesse da academia e dos discentes em participar do processo de pesquisa e popularização das ciências, contribuindo desta forma com a educação e promoção em saúde para a sociedade.

Outro aspecto importante é que, na contemporaneidade, cada vez mais os insetos transmissores de doenças têm ocupado espaços importantes nos ambientes. Estes, causam adoecimento e muitas vezes a morte de seres humanos e animais, levando a prejuízos econômicos de diferentes magnitudes, às pessoas e aos cofres públicos. Enfermidades como arboviroses, leishmanioses, tripanossomíases, filarioses entre outras, cada vez mais necessitam de especialistas para trabalharem em estratégias de profilaxia e controle. Surge então o papel preponderante das instituições de ensino, para formação de profissionais, desde técnicos e agentes de endemias até graduandos, pós-graduandos e taxonomistas. Uma coleção entomológica, para fins didáticos, serviria a este propósito com maestria. Neste contexto, a coleção Mangabeira & Sherlock vem investindo em jovens universitários

(Figura 4), através do desenvolvimento de projetos de iniciação científica e de extensão.



Considerações finais

Percebe-se que uma coleção entomológica tem inúmeras utilidades que se encontram entrelaçadas com o ensino, a pesquisa e a extensão. A história médica associada aos conhecimentos entomológicos, traduz-se em instrumento científico estratégico, refletindo nosso passado em sua história “viva” e nossa contemporaneidade, propiciando uma base para a compreensão de tópicos importantes sobre saúde individual e coletiva. A formação de pessoas, através da popularizaçãodo conhecimento entomológico é um grande avanço dado. No entanto, vemos no futuro a necessidade de se criar uma equipe de profissionais especializados (técnicos e pesquisadores) em diferentes áreas da entomologia, para dar suporte e continuidade aos projetos comunitários e de iniciação científica.

Agradecimentos:

Ao Instituto Gonçalo Moniz – Fiocruz, por compartilhar conosco esse patrimônio entomológico. À UNEB por disponibilizar e receber

cuidadosamente essa histórica entomoteca. A Jéssika Gondim, Matheus Azevedo e Wemerson Silva, pelo apoio à conservação e catalogação do acervo, por meio de projetos de iniciação científica.

Referências

ARANDA, Arion Tulio; RANGEL Elizabeth Ferreira. Coleções Biológicas do Instituto Oswaldo Cruz – IOC/Fiocruz: Conhecimento, Conservação e Patrimônio Institucional. In: Simpósio Latino-Americano de Coleções Biológicas e Biodiversidade: Conhecimento e Gestão, Teresópolis. *Anais4* Teresópolis: p.5-9. 2012.

CAMARGO, Amábilio José Aires de; OLIVEIRA, Charles Martins; FRIZZAS, Marina Regina; SONODA, Kathia Cristhina; CORRÊA, Danilo do Carmo. *Coleções entomológicas: legislação brasileira, coleta, curadoria e taxonomia para as principais ordens*– Brasília, DF: Embrapa, 2015.

CERRI, Danielle; COELHO, Carla; FELIX, Marcio; COSTA, Jane. O Pavilhão Mourisco e a Coleção Entomológica do Instituto Oswaldo Cruz: conservação preventiva e interdisciplinaridade. *Museologia e Patrimônio*. n. 7, p.107-21. 2014.

JURBERG, Claudia. Biobibliografia de Italo Sherlock. *Entomología y Vectores*; n.8(2):139-72. 2001.

MACÊDO, Margarete Valverde; MONTEIRO, Ricardo Ferreira; FLINTE, Vivian; GRENHA, Vivian; GRUZ, Eduardo. *Insetos na Educação Básica*. Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ. 2009.

SANTOS, Danielle Caroline de Jesus; SOUTO, Leandro de Sousa. Coleção entomológica como ferramenta facilitadora para a aprendizagem de Ciências no ensino fundamental. *Scientia Plena*. v.7,n.5,p.1-8. 2011.

SHERLOCK, Italo. Dados biográficos sobre o Dr. Octávio Mangabeira Filho. *Entomología y Vectores*. v.6,n.5, p. 465-75.1999.

SOUZA-LOPES, Bruno. Sobre o uso de uma coleção entomológica como ferramenta didática no ensino superior noturno e a percepção de fatores que influenciam o baixo rendimento escolar. *Experiências em Ensino de Ciências*. v.12,n.8,p.250-60.2017.

A DESCOBERTA DOS BIODEMAS E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DA DOENÇA DE CHAGAS

Prof. Marcos Lázaro da Silva Guerreiro ¹⁰⁰

Profa. Lidia Cristina Villela Ribeiro ¹⁰¹

Resumo

No ano de 1970, a pesquisadora Dra. Sonia Gumes Andrade teve a ideia de relacionar os aspectos morfo-biológicos e histopatológicos de seus estudos com Doença de Chagas, ao desenvolvimento da patogenia. Nos anos seguintes, suas pesquisas se desenvolveram na tentativa de agrupar as diferentes cepas em tipos biológicos. Em 1976, dar-se-á uma descoberta que irá marcar a história da caracterização biológica da doença de Chagas no Brasil: os Biodemas (protótipos I, II e III). Estes foram reescritos no ano de 1985,

100. Biólogo Bacharel em Genética, Especialista em Biologia Celular e Molecular, Mestre e Doutor em Patologia Humana. Professor do Mestrado em Bioenergia da Faculdade de Tecnologia e Ciências – Salvador/Ba e da Universidade Estadual de Feira de Santana. Desenvolve pesquisas na área de doença de Chagas e relação parasito-hospedeiro.

101. Bióloga e Doutora em Patologia Experimental. Professora Adjunta na Universidade do Estado da Bahia e na Universidade Estadual de Feira de Santana, desenvolvendo pesquisas em Educação e Saúde.

em tipos biológicos. Na década seguinte, os Biodemas foram relacionados aos Zimodemas em diversas publicações e uma especial atenção foi dada para a existência de um clone principal responsável pelas manifestações diferentes da doença. No século seguinte, com os avanços das técnicas de biologia molecular, o consenso taxonômico do *T. cruzi* incluiu os Tipos Biológicos/Biodemas como marcadores taxonômicos.

Palavras-chave: *T. cruzi*, doença de Chagas, Tipos Biológicos e Biodemas.

Abstract

In 1970, the researcher Sonia Gumes Andrade had the idea to relate the morpho-biological and histopathological aspects of his studies with Chagas ' disease, to the development of the pathogenesis. In the following years, their researches developed in an attempt to group the different strains into biological types. In 1976, a discovery will be given to mark the history of the biological characterization of Chagas ' disease in Brazil: the Biodemas (prototypes I, II and III). These were rewritten in 1985, in biological types. In the following decade, the biodemas were related to the Zimodemas in several publications and a special attention was given to the existence of a main clone responsible for the different manifestations of the disease. In the following century, the taxonomic consensus of *T. Cruzi* included biological/ biodemas types as taxonomic markers.

Key words: *T. cruzi*, Chagas disease, Biological Types and Biodemes.

Cepas de Trypanosoma cruzi

No final da década de 40, a jovem estudante de Medicina Sonia Gumes, teve seus primeiros contatos com as cepas de *T. cruzi*, provenientes de pacientes atendidos na unidade clínica do Hospital Escola hoje chamado Professor Edgard Santos. A vivência durante o internato e os atendimentos realizados em muitos pacientes portadores da moléstia que assolava o recôncavo baiano, mais precisamente na cidade de São Felipe-Ba, despertou o interesse por um estudo mais detalhado sobre o parasito e seu comportamento clínico.

Em seus primeiros estudos observacionais, no início da década de 1950, pode verificar que algumas manifestações patológicas cursavam com aspectos sintomatológicos diferentes dependendo da fase da infecção: aguda, indeterminada ou crônica.

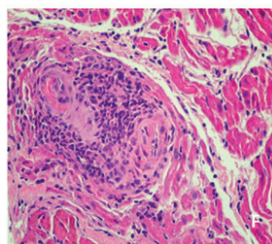
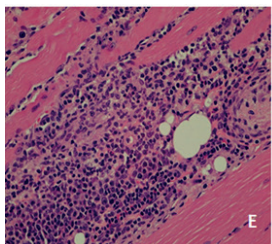
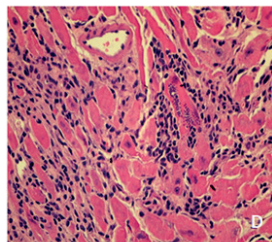
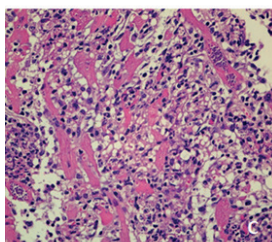
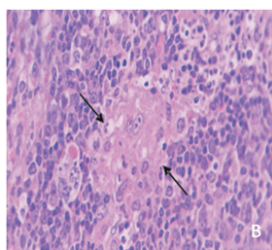
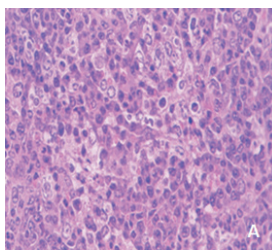
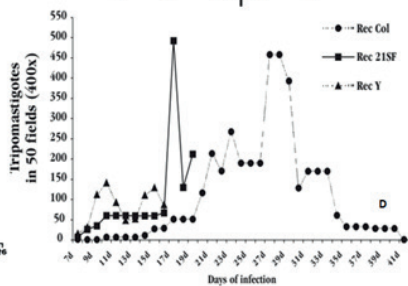
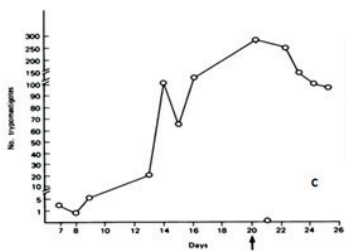
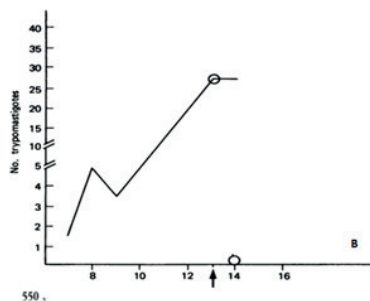
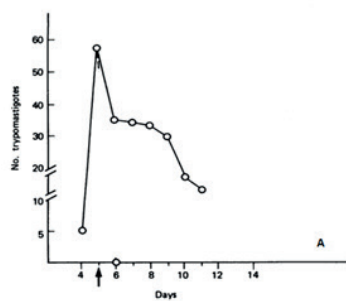
Nos anos seguintes, suas publicações mesclaram estudos clínicos e experimentais, onde buscou associar os aspectos clínicos observados em pacientes atendidos, com os apresentados em modelos experimentais. Nestes últimos, foram avaliadas manifestações biológicas como: curvas de parasitemia, multiplicação parasitária, índice de mortalidade, morfologia do parasito e lesões histopatológicas. Em humanos, estudou o acometimento do sistema de condução cardíaco e aspectos neuronais, a miosite, a miocardite, a resposta imunológica e as manifestações patológicas na fase aguda, indeterminada e crônica.

Biodemas: caracterização biológica das cepas de *Trypanosoma cruzi*

A prática clínica e os estudos experimentais fez a jovem pesquisadora perceber a existência de diferentes padrões comportamentais apresentados pelas cepas de *T. cruzi*. Suas pesquisas concentraram-se em modelos experimentais, avaliando a relação do parasita/hospedeiro.

Em aproximadamente dez anos, avaliando as curvas de parasitemia e as análises morfológicas de diferentes cepas de *T. cruzi*, demonstrou que estas apresentavam uma série de comportamentos biológicos associados às formas delgadas e largas do parasito. Nessas observações, concluiu que o aparecimento das formas delgadas decorria da multiplicação parasitária intensa, enquanto que as formas largas prevaleciam em cepas pouco virulentas no decurso da evolução da infecção (Andrade et al., 1970; Andrade, 1974). Nesse período, descreveu que o parasitismo e histotropismo das formas delgadas tinham preferência pelo sistema mononuclear fagocitário do baço e do fígado, sendo denominadas de macrofagotrópicas (cepa Y e Peruana). As cepas com predominância de formas largas possuíam um tropismo tissular para as células musculares cardíacas, esqueléticas e da musculatura lisa, sendo denominadas de miotrópicas (12SF-BA e Colombiana). Essas descrições em conjunto serviram de marcadores para sua caracterização biológica.

Entre os anos de 1970 e 1974, têm-se as primeiras caracterizações biológicas das cepas do *T. cruzi* publicadas. Nessas publicações levou-se em conta os parâmetros morfológicos e histopatológicos como: parasitemia, morfologia no sangue periférico, tropismo tissular, virulência e patogenicidade. Posteriormente, em um amplo estudo o qual reuniu um grupo diversificado de cepas de *T. cruzi*, correlacionou estes caracteres à ocorrência de tipos biológicos característicos, os Biodemas (Andrade, 1976). Esses tipos foram representados por protótipos assim descritos - **Tipo I**: amostras representadas pelas cepas Y e Peruana, com predominância de formas delgadas, picos parasitêmicos altos e precoces, reticulotropismo nas fases iniciais da infecção; **Tipo II**: definido por amostras do Recôncavo Baiano, 12SF, 21SF, as quais são cepas que apresentam evolução mais lenta de parasitemia, com picos irregulares entre 12º e 20º dias de infecção, predominância de formas largas, mas com ocorrência de formas delgadas no início da infecção, e miotropismo predominantemente para o miocárdio; **Tipo III**: as amostras apresentam baixa multiplicação parasitária, com picos altos de parasitemia entre 20º e 30º dias da infecção, baixas taxas de mortalidade, predomínio de formas largas durante a infecção e tropismo para músculo esquelético, existindo como protótipo a cepa Colombiana (Figura 1 e 2). Essa publicação torna-se um marco para os estudiosos da doença de Chagas, sendo intitulada “Cepas do *T. cruzi* e a sua importância na patologia da doença de Chagas”, sendo a pesquisa publicada no Jornal Brasileiro de Medicina. Esses achados foram confirmados por diversas pesquisas publicadas e ratificados no século XXI, através de múltiplos estudos moleculares comparativos (Zingales, et al., 2009) figura 1, 2.



A Relação entre os Biodemas e Zimodemas

Nas décadas seguintes seus trabalhos procuraram relacionar os padrões biológicos aos padrões bioquímicos ou Zimodemas. Os Zimodemas são padrões bioquímicos representados através do perfil de isoenzimas (Milles et al., 1980).

Para alcançar esse objetivo reuniu um número significativo de cepas de diferentes áreas geográficas, isoladas de humanos naturalmente infectados, triatomíneos ou hospedeiros vertebrados. Esses isolados foram de diferentes áreas do Brasil e de 18 outros países da América do Sul e Central. A avaliação dos caracteres biológicos e histopatológicos permitiu mais uma vez a inclusão das cepas analisadas nos três tipos biológicos ou Biodemas: I, II, III. A análise do perfil isoenzimático utilizando quatro isoenzimas: aspartato aminotransferase (ASAT); alanina aminotransferase (ALAT); fosfoglucomutase (PGM); e isomerase de glucosofosfato (GPI), permitiu confirmar a correspondência entre os Biodemas e os Zimodemas, sendo respectivamente classificadas e relacionadas em: Tipo I ao Z2b, Tipo II a Z2, Tipo III a Z1 (Andrade, 1974; Andrade; Magalhães, 1997; Andrade et al., 2006) figura 3.

Área	State	Biodeme	Zymodeme	Nr	Origin
North	Pará	III	Z1	5	human
Northeast	Ceará	II	Z2	1	human
		III	Z1	6	animals
	Paraíba	III	Z1	3	human
	Bahia: east ¹	II	Z2	23	human
Center W	southeast	II	Z2	1	triat.
	north	III	Z1	8	opos
	Goiás ²	II	Z2	28	human
	MG and BA ³	II	Z2	16	human
Center S	MG	III	Z1	15	human
		II	Z2	3	human
South	SP, SC, RS	I	Z2b	2	human opos.
		II	Z2	1	human
		II	Z1	4	triat. opos.

Country	Area	Biodeme	Zymodeme	Nr	Origin
Argentina	San Luis (AWP)	I	Z2b	1	human
	San Luis (CA-I)	III	Z1	1	human
	San Luis	-	Z2b	1	human
	Apipe Gde.	-	Z2b	1	human
	Corrientes	-	Z2b	1	human
	La Pampa (RA)	II	Z2	1	human
Bolivia	Santa Cruz	III	Z1	1	triat.
	Chiwisivi (C-8)	III	Z1	1	triat.
	Chiwisivi (C-50)	-	Z2b	1	triat.
Colombia*		III	Z1	1	triat.
Peru**		I	Z2b	1	human
Chile	Vale Elqui	II	Z2	3	human
	Antofagasta	III	Z1	1	triat.
Honduras		III	Z1	2	triat. human
Guatemala		III	Z1	1	human

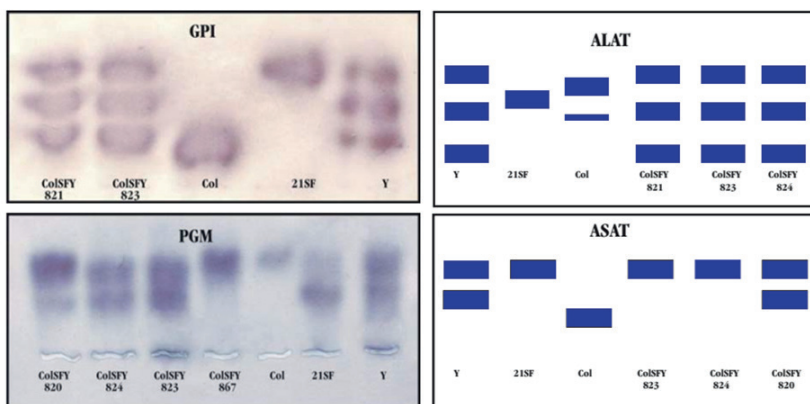
¹ Recôncavo bahiano; ² Mambai-GO; ³ Montalvania-MG and neighboring localities of Bahia, BA = Bahia; MG = Minas Gerais; SP = São Paulo; SC = Santa Catarina; RS = Rio Grande do Sul.

* prototype of Type III; ** prototype of Type I.

Nesse mesmo estudo foi demonstrado a predominância de um mesmo tipo biológico e Zimodema circulante em uma determinada área geográfica. Descrevendo que cepas do tipo II/Z2 predominavam entre os casos humanos da Bahia e leste de Goiás; e cepas do tipo III/Z1 de humanos do norte do Brasil, da América Central e de vetores silváticos ou vertebrados de outras

áreas geográficas. Esses achados permitiram sugerir que o comportamento biológico (curvas de parasitemia e lesões histopatológicas associadas aos padrões isoenzimáticos no hospedeiro vertebrado) fosse uma importante ferramenta para estabelecer correlações importantes entre o comportamento de linhagens de *T. cruzi* e manifestações clínico-patológicas da doença de Chagas pacientes de diferentes áreas geográficas (Andrade; Magalhães, 1997).

Em 2006, avaliando a influência das reinfecções na miocardite e miosite, realizou-se a recuperação e caracterização biológica dos protótipos após reinfecções sucessivas em camundongos, ratificando a importância dessa relação para a identificação e caracterização das cepas em pacientes de áreas endêmicas expostas as reinfecções (Andrade et al., 2006) (figura 4).



Em 2011, avaliando um grupo de cepa isoladas de pacientes, hospedeiro vertebrados e triatomíneos do estado de Santa Catarina após um surto de transmissão oral, ratificou essa relação demonstrando uma predominância de cepas do biotipo Tipo II Zimodema 2. Nessa caracterização foram utilizadas múltiplas técnicas moleculares, e todas foram concordantes com a caracterização biológica. Nesse estudo, pela interpretação fenotípica das curvas de parasitemia, lesões histopatológicas e perfil isoenzimático, chamou a atenção para a possibilidade de dupla infecção por de diferentes Biotipos, sendo seus achados concordantes com a caracterização molecular (Andrade, et al 2011) figura 5.

Identification	Biodemes (passages into mice)		Zymodemes (culture forms)			
	Origin	Biodeme types	PGM	GPI	ASAT	ALAT
Strains						
SC90	<i>Didelphis aurita</i>	II	Z1	Z1/Z2	Z1	Z1
SC93	<i>Triatoma tibiamaculata</i>	II ^a	Z1	Z2	Z1	Z2
SC94	Human	II	Z2	Z2	ND	Z2
SC95	Human	II	Z1	Z2	ND	ND
SC96	Human	II ^a	Z2	Z2	Z2	Z1
SC97	Human	II ^a	Z1	Z2	Z1	Z1
SC98	Human	II ^a	Z2	Z2	Z1	Z1
SC99	Human	II ^a	Z1	Z2	Z2	Z1
SC100	Human	II	Z2	Z2	ND	Z1
SC101	Human	II ^a	Z2	Z2	Z2	Z1
SC102	Human	II	Z2	Z2	Z2	Z1

^a: strains that showed an early and a late peak of parasitaemia, suggesting double infection with biodemes II and III; ALAT: alanino aminotransferase; ASAT: aspartate amino transferase; GPI: glucosephosphate isomerase; ND: not determined; PGM: phosphoglucomutase.

Os Biodemas e a susceptibilidade aos quimioterápicos

Os estudos clínicos e experimentais sobre a quimioterapia da doença de Chagas sempre demonstraram nítidas diferenças de suscetibilidade aos quimioterápicos Benzonidazol e Nifurtimox, em diferentes isolados de *T. cruzi* (Andrade; Andrade, 1977; Andrade; Campos 1977; FILARDI, Leny; BRENER, Zigma 1982; CANÇADO, Romeu Joaquin 2002). As variações quanto ao grau de resistência e susceptibilidade foram relacionadas aos diferentes Biodemas em diversas pesquisas. Estes estudos caracterizaram as cepas do Tipo I (Y e Peruana) como de alta suscetibilidade, as do Tipo II (cepas de São Felipe-Ba e Mambai) como de média suscetibilidade e as do Tipo III (Colombiana e Montalvânia), como de alta resistência. Os resultados revelaram que as cepas do Tipo I e III, apresentam índices uniformes de cura, enquanto as cepas de Tipo II apresentam uma alta variabilidade na resposta aos dois quimioterápicos (Andrade, et al 1992; Andrade; Campos 1985; Campos, et al 2005).

A resposta da cepa 21SF, Biodema Tipo II, Zimodema 2, *T. cruzi* II, e dos seus clones ao tratamento quimioterápico com Benzonidazol por longo período, demonstrou um índice de susceptibilidade desses clones e da cepa ao quimioterápico entre 25 a 100%, achados que ratificam a ampla variabilidade intragrupo no tocante a susceptibilidade.⁹ Estudando o comportamento biológico e a resposta dos clones da cepa Colombiana (Biodema Tipo III, Zimodema I, incluída no Taxa *T. cruzi* I), demonstrou-se elevada resistência

desses clones ao Benzonidazol, semelhante à cepa parental, indicando uma maior identidade entre os mesmos, em relação à resposta ao quimioterápico (Campos, et al 2005).

Biodemas, Zimodemas, Esquizodemas e a nova taxonomia para o *T. cruzi*.

Os primeiros achados moleculares sobre a heterogeneidade das diferentes linhagens do gênero *T. cruzi* em estudos com cepas isoladas de pacientes chagásicos de diferentes origens, demonstraram populações heterogêneas, através da análise do kDNA. Tais subpopulações foram designadas pelo termo Esquizodemas. Com essa técnica foi possível demonstrar que cepas de *T. cruzi* eram compostas por clones com diferentes propriedades biológicas, bioquímicas e moleculares (Morel et al., 1986; Morel; Simpson 1980).

Posteriormente, os estudos de genética de populações envolvendo as cepas de *T. cruzi* revelaram ser essa espécie composta de populações e subpopulações multiclonais (Tibayrenc et al., 1986; Tibayrenc, Michael; Ayala, Francisco 1988). Ainda na década de 80, por análise de marcadores polimórficos foi confirmada a grande diversidade gênica dentro da espécie já vista por outros métodos biopatológicos e bioquímicos já empregados. (Andrade, 1974; Andrade, 1976; Andrade, 1985; Andrade et al., 1983; Morel et al., 1986; Morel; Simpson 1980).

Análises realizadas a partir de uma ampla diversidade de técnicas moleculares levaram a comunidade de pesquisadores que trabalha com a espécie *T. cruzi*, no ano de 1999, a criarem as expressões *T. cruzi* I e *T. cruzi* II, para identificar dois grandes grupos distintos ou linhagens filogenéticas, já bem caracterizadas por vários pesquisadores. Por essa classificação, as cepas protótipos dos Biodemas passaram a ser classificados entre *T. cruzi* I (cepa Colombiana – Biodema tipo III/ Zimodema I) e *T. cruzi* II (cepa 12SF - Biodema Tipo II, Zimodema 2) as cepas do Biodema Tipo I e Zimodema Z2b, representadas pelas cepas Y e Peruana, foram consideradas híbridas (Anonymus, 1999).

Em 2009, no centenário da doença Chagas, foi realizado um novo “*Satellite Meeting*” com objetivo de correlacionar a nomenclatura do *T. cruzi*

com os novos marcadores de caracterização das cepas, sendo adotada nesse novo consenso, a taxonomia das cepas do *T. cruzi*, baseadas nas DTU's (*discrete typing units*) sendo atualmente classificadas em *T. cruzi* I a VI.⁸ Inicialmente foi proposto que o Taxa *T. cruzi* I circulava principalmente em mamíferos e triatomíneos silvestres, enquanto que o *T. cruzi* II estava associada ao ciclo doméstico da doença e a infecção em humanos (Anonymus, 1999; Fernandes et al., 1998; Fernandes et al., 1999). Esses dados corroboraram para os achados relacionados às cepas do Biodema Tipo II/ZII, que predominavam em pacientes provenientes de áreas periurbanas. Porém, estudos mais recentes versando sobre ecologia do *Trypanosoma cruzi* em ambientes naturais têm demonstrado a presença do *T. cruzi* II, também compondo o ciclo silvestre (Zingales et al., 1998; Lisboa et al., 2006).

A associação dessas linhagens filogenéticas em diferentes hospedeiros demonstrou que os ciclos silvestre e doméstico são conectados, com polimorfismo genético (Lisboa et al., 2006; Lisboa et al., 2008). Um grupo de pesquisadores estudando o papel da ordem Chiroptera (morcegos) presentes em diversos biomas tropicais brasileiro, e sua possível correlação na manutenção da infecção pelo *T. cruzi*, demonstraram a presença dos dois Taxa: *T. cruzi* I e *T. cruzi* II, bem como, a presença de infecção mista (Lisboa et al., 2008). A caracterização de 11 cepas isoladas de humanos, triatomíneos e marsupiais, utilizando múltiplos marcadores biológicos e moleculares demonstrou ampla heterogeneidade intragrupo, bem como, mistura de cepas em um mesmo hospedeiro.¹²

Desta forma, é notória a importância da classificação biológica realizada ainda na década de 1970, para agrupar as cepas de *T. cruzi* e sua relação com as formas clínicas da doença, pois mesmo com o passar dos tempos e das primeiras tentativas em agrupar esses isolados, é de consenso a importância dessa classificação entre os estudiosos da doença de Chagas.

Referências

ANDRADE, Sonia Gumes et al. Caracterização morfo-biológica e histopatológica de diferentes cepas do *Trypanosoma cruzi*. Gaz. Méd. Bahia. 1970; v. 70, p. 32-42.

ANDRADE, Sonia Gumes. Caracterização de cepas do *Trypanosoma cruzi* isoladas no Recôncavo Baiano. Rev. Patol. Trop. 1974; v. 3, p. 121-165.

ANDRADE, Sonia Gumes. Tentative for grouping different *Trypanosoma cruzi* strains in some types. Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo. 1976; v. 18, p. 140-141.

ANDRADE, Gumes Sonia; ANDRADE, Zilton. Estudo experimental sobre a resistência de uma cepa do *T. cruzi* ao Bay 2502. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 1977; v. 19, p. 124-129.

ANDRADE, Sonia Gumes; CAMPOS, Figueira Rozalia. Estudo experimental sobre a ação terapêutica da droga RO 7-1051 na infecção por diferentes cepas do *T. cruzi*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 1977; v. 19, p. 335-341.

ANDRADE, Gumes Sonia. Morphological and behavioural characterization of *Trypanosoma cruzi* strains. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 1985a; v. 18, p. 39-46.

ANDRADE, Gumes Sonia et al Correlation between isoenzyme patterns and biological behaviour of different strains of *T. cruzi*. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 1983; v. 77, p. 796-799.

ANDRADE, Gumes Sonia et al. Evaluation of chemotherapy with benzonidazole and nifurtimox in mice infected with *T. cruzi* strains of different types. Bulletin of the World Health Organization. 1985b; v. 63, p. 721-726.

ANDRADE, S.G. et al. O. Specific chemotherapy of Chagas disease: a comparison between the response in patients and experimental animals inoculated with the same strains. Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. 1992; v. 86, p. 624-626.

ANDRADE, Gumes Sonia et al. Clonal structure of *Trypanosoma cruzi* Colombian Strain (Biodeme Type III): biological, isoenzymic and histopathological analysis of seven isolated clones. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (Impresso), Brasil. 2001; v. 34, n.2, p. 151-157.

ANDRADE, Sonia Gumes et al. Reinfections with strains of *Trypanosoma cruzi*, of different biodemes as a factor of aggravation of myocarditis and myositis in mice.. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2006; v. 39, n.01, p. 1-8.

ANDRADE, Sonia Gumes et al. Biological, biochemical and molecular features of *Trypanosoma cruzi* strains isolated from patients infected through oral transmission during a 2005 outbreak in the state of Santa Catarina, Brazil: its correspondence with the new *T. cruzi* Taxonomy Consensus (2009). *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 2011; v. 106, p. 948-956.

ANDRADE, Gumes Sonia; MAGALHÃES, Barbosa Juraci. Biodemes and zymodemes of *Trypanosoma cruzi* strains: correlations with clinical data and experimental pathology. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 1997; v. 30, p. 27-35, 1997.

ANONYMUS. Recommendations from a satellite Meeting. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*. 1999; v. 94, n. 1, p. 429-432.

CANÇADO, Romeu Joaquim. R. Long term evaluation of etiological treatment of Chagas disease with benznidazole. *Rev. Inst. Med. Trop.* 2002; v. 44 p. 29-37.

CAMPOS, Figueira Rozalia et al. Response to chemotherapy with benznidazole of clones isolated from the 21SF strain of *Trypanosoma cruzi* (biodeme Type II, *Trypanosoma cruzi* II) *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2005; v. 38, n. 2, p. 142-146, 2005.

FERNANDES, Otavio. et al. Brazilian isolates of *Trypanosoma cruzi* from human and triatomines classified into two lineages using mini-exon and ribosomal RNA sequence. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 1998; v. 58, p. 807-811.

FERNANDES, Otavio. et al. Populational heterogeneity of Brazilian *Trypanosoma cruzi* isolates revealed by the Mini-exon and ribosomal spacers. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz*. 1999; v. 94, p. 195-197.

FILARDI, L.S.; BRENER, Z. Nitroimidazole-thiadiazole derivative with curative action in experimental *Trypanosoma cruzi* infection. *Ann. Trop. Med. Parasitol.* 1982; v. 76, p. 293-297.

GUERREIRO, Lázaro Marcos et al. Immunological response to re-infections with clones of the Colombian strain of *Trypanosoma cruzi* with different degrees of virulence: influence on pathological features during chronic infection in mice. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 2015; v. 110 (4), p. 00-00.

LISBOA, Carlos et al. Stable infection of primates with *Trypanosoma cruzi* I and II. *Parasitology*. 2006; v. 133, n. 5, p. 603-611.

LISBOA, Carlos et al. *Trypanosoma cruzi* (Kinetoplastida, Trypanosomatidae) genotypes in neotropical bats in Brazil. *Vet Parasitol.* 2008; v. 156, n. 3-4, p. 314-318.

MILES, Michael et al. Further enzymic characters of *Trypanosoma cruzi* and their evaluation for strain identification. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 1980; 74: 221-237.

MOREL, Carlos; SIMPSON, Larry. Characterization of pathogenic Trypanosomatidae by restriction endonuclease fingerprinting of kinetoplast DNA minicircles. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 1980; v. 29, n. 5, p. 1070-1074, 1980.

MOREL, Carlos et al. The complexity of *Trypanosoma cruzi* populations revealed by schizodeme analysis. *Parasitol. Today.* 1986; v. 2, n. 4, p. 97-101.

PINTO, A. Y. *et al.* Urban outbreak of acute Chagas disease in Amazon region of Brazil: four-year follow-up after treatment with benznidazole. *Rev. Panam. Salud Publ.* 2009; v. 25, n. 1, p.77-83.

TIBAYRENC, Michael et al. Natural populations of *Trypanosoma cruzi*, the agent of Chagas disease, have a complex multiclonal structure. *Proc. Natl. Acad. Sci.* 1986; v. 83, p. 115-119.

TIBAYRENC, Michael. AYALA, Francisco. Isozyme variability in *Trypanosoma cruzi*, the agent of Chagas disease: genetical, taxonomical, and epidemiological significance. *Evolution.* 1988; v. 42, n. 2, p. 277-292.

VIOTT, Rodolfo. et al. Impact of a etiological treatment on conventional and multiplex serology in chronic Chagas disease. *PLoS Negl Trop Dis.* 2011; V. 5, n. p. 1314.

ZINGALES, Bianca. et al. Molecular epidemiology of American Trypanosomiasis in Brazil. Basis on dimorphism of rRNA and mini-exon gene sequences. *Int. J. Parasitol.* 1998; v. 28, p. 105-112.

ZINGALES, Bianca. et al. A new consensus for *Trypanosoma cruzi* intraspecific nomenclature: second revision meeting recommends TcI to TcVI. *Mem. Inst. Oswaldo Cruz.* 2009; v. 104, n. 7, p. 1051-1054.

PELAS RUAS E NAS INSTITUIÇÕES MÉDICAS DA CIDADE: OS ALIENADOS EM MANAUS (1880-1927)

Maria de Jesus do Carmo de Araújo ¹⁰²

Resumo

O presente artigo apresenta a cidade de Manaus por um viés das instituições médicas e dos alienados que foram recolhidos na Santa Casa de Misericórdia e no Hospício Eduardo Ribeiro, que tiveram importante papel no projeto de purificação e higienização da Paris dos Trópicos no período de 1880-1927. A cidade deixou as características de vila, para se transformar em uma urbe moderna e higienizada. Foi neste período que a saúde também ganhou mais espaço no discurso dos governadores, uma das grandes preocupações na fala desses políticos, eram os alienados, esses que causavam transtorno e inquietação à aqueles que os viam gritando, rasgando suas roupas ou até mesmo insultando cidadãos de bem, para esses havia solução, o uso da psiquiatria moderna e espaço adequado para

102. SEDUC – Professora de História. Manaus – AM. maria.carmojs@gmail.com

esses doentes, foi usando o discurso dos alienistas que a cidade de Manaus ganhou o seu primeiro Hospício em 1894.

Palavras-chaves: Manaus; Instituições médicas; Alienados

Manaus, em 1880, apresenta-se como uma cidade com fortes características indígenas em sua paisagem, nos rostos dos moradores, no hábito de pescar e tomar banho de rio, nas ruas de barro, sem pavimentação, e nas casas cobertas de palha. Mesmo tendo recebido grandes levas de migrantes nacionais e estrangeiros, continuava visível os traços da cultura indígena na cidade, tais características não haviam desaparecido por completo. Entretanto, a partir desse período, a cidade vai sofrer grandes transformações urbanísticas, com o intuito não apenas de embelezá-la, mas de torná-la “civilizada”.

A cidade, que mais tarde ficou conhecida como “Paris dos Trópicos”, foi sendo remodelada para ser o reflexo do que era mais moderno na época, porém, não conseguiu ser fiel ao modelo francês tão desejado por Manaus, e outras cidades como o Rio de Janeiro que também sofreu uma reurbanização do espaço, tal como ocorrera em outras capitais brasileiras, segundo Sandra Pesavento, “a representação provoca o efeito de ‘verdade’, e a cidade imaginária se sobrepõe à cidade real” (PESAVENTO, 1999, p. 161).

Mesmo tendo Manaus a possibilidade de “ser” uma Veneza brasileira, o Estado optou por aterrar seus igarapés para compor a nova cidade que era construída (COSTA, 1997). Os igarapés, lagos e mananciais se tornaram uma ameaça à saúde pública, pelos períodos de cheia e vazante que ocorriam todos os anos na urbe. Além das situações causadas pelo homem, a própria modernização da cidade de Manaus trouxe transtornos à saúde das pessoas, por conta de espaços abertos para realização de obras, que acabavam também por acumular água e consequentemente ser foco de mosquitos que eram vetores de doenças (SCHWEICKARDT, 2011.)

O perímetro citadino de Manaus se constituía em um pequeno espaço territorial, sendo muito centralizada sua área urbana, apesar de já possuir subúrbios. Com a expulsão dos trabalhadores pobres da área central, utilizada principalmente para o comércio, os bairros periféricos se proliferavam. Já a região que a elite ocupava era localizada nas principais avenidas que cortavam a cidade, que visivelmente estava dívida em espaço para ricos e pobres. Tal

situação foi igualmente observada em São Paulo por Heloisa Cruz, onde a expansão e modernização levou a segregação dos espaços, “dividindo e hierarquizando socialmente a área urbana” (CRUZ, 2000, p. 119).

Com o grande fluxo de indivíduos em Manaus, na última década do século XIX por conta do boom da borracha e a seca no nordeste (COSTA, 1997, p. 93), trouxe a capital um grande número de nordestinos para trabalharem nos seringais e também na cidade. As habitações existentes não eram suficientes, levando muitos a morarem em cortiços, porões e quartos insalubres no centro da cidade, ou para bairros afastados do espaço urbano, onde o aluguel não era caro, mas a salubridade era mínima, e ainda sofriam como o deslocamento para o centro da urbe (COSTA, 1997). Por essas áreas serem constituídas desordenadamente, havia um grande número de caso de doenças como febre amarela e malária. Áreas que passaram a ser visitadas, a partir da implantação das campanhas sanitárias da época.

O Código de Postura auxiliava nas ações de campanhas sanitárias, e é compreendido aqui como um instrumento do Estado, no qual este exercia o poder de controlar, vigiar e disciplinar o espaço que era comum a todos. No que toca a disciplina, encontramos a polícia, sempre presente no processo de manutenção da ordem. De todo o corpo administrativo e adjunto do Estado, ela é que vai usar o poder instituído à sua corporação com mais frequência e eficiência na correção e punição dos marginalizados. Entre os habitantes excluídos da cidade encontramos os alienados, vistos muitas vezes em páginas policiais por perturbarem a ordem pública, mas, também, ao serem recolhidos à força para instituições médicas para serem “tratados”. Deste modo, o alienado entra no processo de disciplina e correção, pois, ao ser levado para uma das instituições médicas da cidade de Manaus, esse doente vai ter que se enquadrar ao novo modo de vida dentro do internamento.

No intuito de sanar problemas sociais e de saúde pública, nota-se um esforço dos governantes em melhorar a situação sanitária da população, “tentando tornar menos insalubre a cidade, a fim de que os investimentos estrangeiros continuassem a impulsionar a economia gomífera, promovendo a aprovação de leis e regulamentos que melhorassem as condições de vida da população” (SILVA, 2012, p.14). Todavia, no empenho dos governantes de sanar os problemas, algumas medidas foram impostas aos mais pobres, como

no caso da vacina contra a varíola, quando as populações pobres tinham que acatar as ordens dadas para vacinar, muitas vezes sem explicação ou conscientização dos benefícios da vacina. A forma que eram impostos os códigos e regulamentos, talvez, possa justificar a não aceitação da vacina, ou mesmo, sobre outras situações.

Ao que tange as questões de saúde, a Santa Casa de Misericórdia ajudava nas campanhas e no desenvolvimento de pesquisas para tentar minimizar o problema de saúde da população. No caso do Brasil, as Santas Casas, além de prestar caridade aos pobres (dando alimentação, abrigo, vestimentas, e etc.), com o passar do tempo, principalmente durante a primeira república, acabou assumindo o papel de ajudar na saúde da população. Por conta disso foi necessário todo um aparato como estrutura hospitalar, corpo clínico, farmácia, laboratório, entre outros, para que essa instituição viesse a cumprir o que o Estado propunha a ela, que era auxiliar nas campanhas sanitárias.

É importante ressaltar que por quase todo o período provincial, a cidade de Manaus só contava com uma instituição de saúde que era o Hospital Militar de São Vicente que, por sua natureza, não atendia as mulheres (SILVA, 2013). As Santas Casas já possuindo todo um histórico de caridade pelo país, não deixavam de ser almeçadas para a cidade de Manaus. É possível encontrar nos discursos políticos o entusiasmo pelo estabelecimento de tal instituição na cidade, “autorizada a sua construção pela lei nº 244 de 27 de maio de 1872” (FALLA do Bacharel Domingos Monteiro Peixoto, Dirigida a Assembleia Legislativa Provincial do Amazonas, Segunda sessão da Legislatura em 25 de março de 1873, p. 3). A desapropriação de terra, a espera por materiais e gastos extras fizeram com que as obras se arrastassem até o ano de 1880, quando a Santa Casa foi finalmente inaugurada, em 16 de maio (LEI Provincial nº 451 – A – de 14 de Abril de 1880, inaugurada em 16 de maio de 1880). Contando com ajuda financeira do governo provincial e também de contribuições de pessoas ilustres da cidade.

O ato de ajudar o próximo está diretamente ligado à salvação daquele que se encontra enfermo, como também daquele que doa seu tempo e caridade para ajudar no tratamento espiritual do doente, destacando-se assim, um forte discurso religioso (SÁ, 2013). Não é desassociado o discurso de caridade e o status social que essa instituição trazia para seus sócios, da

mesma forma que a participação do governo também está envolvida com o desejo de tê-la, construí-la e usá-la para fins social, médico e político.

Inicialmente julgamos importante esclarecer o porquê do uso do termo “recolhido” ao invés do “tratamento”. A causa alienista nos remete a uma série de questões entre elas um ambiente adequado (fora do espaço central da cidade, com quartos arejados, espaço externo para banho de sol, jardim e etc.), boa higiene, médicos especialistas na área de psiquiatria, tratamento farmacêutico e terapêutico, entre outras questões. Sendo assim, não acreditamos que a Santa Casa e, posteriormente, o Hospício Eduardo Ribeiro estivessem dentro desses padrões desejados pelos alienistas de causa. Portanto usaremos o termo “tratamento” para quando formos expressar as vontades de estar dentro do padrão médico e ao analisar o discurso dos administradores do Amazonas, e “recolhido” já para o fato desse alienado estar sob o cuidado do Estado, seja pela polícia, Santa Casa de Misericórdia ou Hospício Eduardo Ribeiro.

Um segundo ponto a ser destacado ainda sobre o termo recolhido, é o de que as fontes jornalísticas nos levam a essa nomenclatura. Independente do jornal utilizado, os alienados aparecem como sendo “recolhidos” a tais instituições. Encontramos nos periódicos ainda, o termo tratamento, mas foram poucas vezes que ele foi utilizado e, como já explicitado, as condições das instituições de saúde de Manaus não fazem com que acreditemos que a utilização do termo tratamento seja adequado. Foucault também utiliza esse termo ao falar dos Hospitais de Paris,

Trata-se de *recolher*, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária. É preciso também zelar pela subsistência, pela boa conduta e pela ordem geral daqueles que não puderam encontrar seu lugar ali, mas que poderiam ou mereciam ali estar. Essa que exercem seus poderes não apenas nos prédios do Hospital como também em toda cidade de Paris, sobre todos aqueles que dependem de sua jurisdição (FOUCAULT, 2010, p. 48 (grifo meu)).

Por isso, acreditamos que a função do Hospício Eduardo Ribeiro era recolher os alienados, com o intuito de dar abrigo, alimentar e cuidar, para

além das funções médicas. Além do fato que essa instituição não tinha condições de tratar da forma devida esses doentes, reforçando o que nós acreditamos, o seu papel mais de abrigo do que de instituição médica.

Os recolhidos no Hospício Eduardo Ribeiro eram enviados para essa instituição pela polícia. Não podemos afirmar que todos os doentes passavam pelos médicos, pois as fontes primárias não existem e a dos jornais pouco referenciam sobre tratamento ou ainda a passagem por exame clínico. Por isso acreditamos que o local, com sérios problemas estruturais, tenha sido abrigo para indigentes, já que ele não estava dentro dos padrões modernos da ciência psiquiátrica.

Em Manaus, durante o período provincial, não existia um espaço considerado “adequado” para tratar os alienados, ficando a maior parte deles perambulando pela cidade, enquanto uns poucos conseguiam ser acolhidos na Santa Casa de Misericórdia. Contudo, esta não tinha espaços adaptados a esta enfermidade, ficando os alienados em suas enfermarias, junto aos demais doentes, o que levava os administradores da Santa Casa a cobrar da administração provincial um local com urgência para estes doentes (RELATORIO com que o exm. sr.dr. Joaquim Cardoso de Andrade, sessão em 5 de setembro de 1888. Manáos: Typ. Do Comércio do Amazonas, 1888. anexo 6, pag. 2). Em função destes apelos, foi criado, no final de 1888, o Hospício Barão de Manaus (LEI, n. 126, Ofício de 27 de dezembro de 1888). No relatório de 1889 do presidente de província Dr. Joaquim de Oliveira Machado, encontramos esparsas informações da instalação do Hospício num prédio em que funcionava a olaria da chácara do Sr. João Hosana de Oliveira. O local havia sido originalmente destinado a abrigar indigentes doentes de varíola, acabou por ser entregue à Santa Casa que instalou nele em 29 de janeiro o Hospício Barão de Manaus (EXPOSIÇÃO do Exm. Sr. Dr. Joaquim de Oliveira Machado instalou a sessão extraordinária da Assembleia Legislativa Provincial, em 2 de junho de 1889, p. 7.)

Observamos que o Barão de Manaus foi instalado sem nenhum planejamento que, de forma improvisada, havia sido indicado para suprir a necessidade de tratar os doentes de alienação. A utilização para o tratamento dos alienados de prédios alugados pelo Estado, levava a uma adaptação

provisória do espaço existente para receber os doentes. Em alguns casos as adequações eram feitas com madeira, sem segurança nem higiene adequadas.

Mas, ainda que não fosse um local apropriado para receber os pacientes com problemas mentais, o que determinou o fechamento do hospício em tão pouco tempo foram problemas de ordem política. O novo presidente da Província, Dr. Joaquim de Oliveira Machado, o extinguiu em 15 de maio de 1889, transformando em local de recepção dos imigrantes cearenses, que era uma demanda mais prioritária para o governo naquele momento (**Jornal do Amazonas**, Manaus, Ano XV, 23/05/1889, n.1688, p. 2).

Os doentes de falta da razão passaram a ser recolhidos na Santa Casa de Misericórdia para que fossem tratados. Por conta disso o presidente de província, Satyro de Oliveira, em 1880, solicitou que acomodações especiais fossem construídas para receber os alienados (FALA, Exm. Sr. Dr. Satyro de Oliveira Deus, abriu a sessão extraordinária da Assembléia Legislativa Provincial, em 1 de outubro de 1880, p. 25). Contudo a ala da Santa Casa se tornou, com o passar do tempo, insuficiente para responder à demanda dos pacientes alienados, agravada com a malograda experiência do Hospício Barão de Manaus. Desta feita, a necessidade premente de ter um hospital específico para os alienados da cidade de Manaus, pode ser observada na lei n. 6 de 27 de agosto de 1891, na qual o Congresso do Estado do Amazonas autorizava ao seu presidente “mandar construir, quanto antes, nesta capital e em lugar apropriado um edifício para hospital de loucos” (Decretos, leis e regulamentos colecionados na administração do Dr. Fileto Pires Ferreira 1889-1890. Manaus: Imprensa Oficial, 1897. Vol. 3, p. 36).

Todavia, somente em 1894, já na administração do governador Eduardo Ribeiro, que a lei vai ser colocada em prática. Os pacientes alienados que estavam na Santa Casa foram transferidos provisoriamente para um prédio do Estado, no atual bairro da Aparecida, nas proximidades da foz da Cachoeira Grande, enquanto era providenciada a construção de um hospital próprio (Mensagem lida pelo Governador Dr. Eduardo Gonçalves Ribeiro ao Congresso do Estado do Amazonas, em 10 de julho de 1894, p. 34. Mensagem lida pelo Governador Dr. Eduardo Gonçalves Ribeiro ao Congresso do Estado do Amazonas, em 10 de julho de 1894, p. 34). Sendo, por fim, decretada a criação do hospício dos alienados em Manaus através

do Decreto estadual nº 65 de 03 de outubro de 1894, ficando a direção sob os cuidados da provedoria da Santa Casa (Diário oficial do Estado do Amazonas, n. 253 de 5 de outubro de 1894, p. 2029).

Foi instalado em sessão solene, o Hospício dos Alienados, no dia 6 de outubro de 1894, com a presença de diversas autoridades. Proferiu em seu discurso o Provedor da Santa Casa Raymundo Afonso de Carvalho, que o hospício se denominava de Eduardo Ribeiro “em atenção aos esforços empregados pelo sr. Dr. governador para a prontificação de uma casa apropriada ao alojamento dos alienados” (Diário oficial do Estado do Amazonas, n. 255, de 7 de outubro de 1894, p. 2046).

O levantamento foi realizado com base nos relatórios da Santa Casa entre os anos de 1900 e 1929, o que nos permitiu observar um crescente número de alienados presentes no hospício, tendo o seu ápice entre 1913/1914, período em que Manaus sofria as consequências da crise da borracha.

Sendo assim, no ano de 1900, passaram pela instituição um total de 67 alienados, dos quais 26 faleceram durante o internamento, o que significa que 38,8% dos pacientes que entraram para receber tratamento faleceram. Deste total de falecidos não foi possível identificar quais já chegaram doentes ou quais adquiriram alguma doença dentro da instituição, mas acreditamos que as condições precárias dos internos, já relatadas anteriormente, interferiam na recuperação desses doentes e tenham contribuído para o alto índice de mortalidade dos alienados. Dos pacientes internados em 1900 ficaram em tratamento 14, enquanto que 11 pacientes saíram curados, infelizmente os dados para este ano não informa o quantitativo por sexo (MENSAGEM lida perante o Congresso dos. Representantes na abertura da 1 sessão da 4 legislatura em 10 de julho de 1901 pelo Governador do Estado Silvério José Nery, quadro 44)

No ano seguinte, 1901, o índice de mortalidade continua significativo, falecendo 15 pacientes de um total de 54 alienados internados. Deste total, saíram curados 6 pacientes e 22 ficaram em tratamento (MENSAGEM, do governador do Estado do Amazonas lida perante o Congresso dos Srs. Representantes por ocasião da abertura da 2 sessão ordinária da 4 legislatura Exm. Sr. Dr. Governador do Estado Silvério José Nery, em 10 de julho de 1902. Acompanhado dos Relatórios dos Chefes de Repartições, Vol. I, p.519).

É importante salientar que os tratamentos só podiam ser realizados pelos médicos e os mesmos tinham dificuldade em aplicá-los principalmente pela falta de estrutura da instituição. A dificuldade não ficava restrita somente a este quesito, os tratamentos poderiam ter respostas diferentes a cada caso, dificultando saber de sua real eficácia.

No ano de 1905, já identificamos um relativo aumento de pacientes no Hospício, subindo para 85 alienados, dos quais: 31 pacientes saíram curados, 19 pacientes faleceram e 21 ficaram em tratamento. Do total de 85 pacientes alienados neste ano, observamos que eram na sua maioria homens e de nacionalidade brasileira (50 brasileiros e 1 estrangeiro), restando o quantitativo de 34 mulheres internadas (33 brasileiras e 1 estrangeira) (RELATÓRIO da Santa Casa de Misericórdia de Manaus, apresentado às Mesas da Assembléia Geral e Administrativa, em sessão de 1 de Janeiro de 1906, pelo provedor Coronel Affonso de Carvalho. Manaus: Typ. A vapor do Amazonas, 1906, p. 24). A diferença por sexo, era de 20% entre homens e mulheres, sendo este o primeiro ano em que aparece a separação por sexo e nacionalidade nos dados dos relatórios do hospício. O expressivo número de pacientes femininas observadas em 1905 pode ter explicação nos seus internamentos, pelas questões envolvendo casamento, solteirice e também sexualidade para que fosse feito o diagnóstico de alienação (CUNHA, 1986). É importante informar que as mulheres viviam em situação difícil dentro da instituição. A ala destinada a elas estava precisando de grandes reparos, além disso o espaço feminino era superlotado e ocupado por algumas vezes pelos demais doentes, levando a crer em uma desordem constante dentro da instituição (**Jornal do comércio**, 13.08.1916, p.1.)

No ano de 1909, existiam no Hospício 95 doentes, a maioria tratava-se de indigentes brasileiros (34). Dos pacientes internados, 30 alienados saíram curados, 16 faleceram e 16 ficaram em tratamento (RELATÓRIO da Santa Casa de Misericórdia, apresentado às Mesas da Assembleia Geral e Administrativa, em sessão de 1 de Janeiro de 1910, pelo provedor Cel. Lazaro Bittencourt. Manaus: Typ. da Livraria Clássica, 1910, p.47). Neste ano a instituição recolheu 6 alienados presos de justiça, 3 de cada sexo, os alienados passavam por uma triagem médica, quando eram recolhidos pela polícia que os levavam a ser recolhidos ao Hospício Eduardo Ribeiro,

pois existiam médicos nas repartições da polícia para realizar um primeiro diagnóstico de alienação.

Em 1914 o número de alienados quase triplicou, passou a ter uma movimentação de 349 doentes, sendo que faleceram 9 e 42 alienados saíram da instituição. A saída desses alienados não significava que passaram por algum tratamento, pois já apontamos a deficiência que a instituição passava, o que interferia diretamente no tratamento dos alienados. Mas compreendemos que esta saída foi impulsionada por alta médica ou a solicitação de médicos, ou familiares, pela transferência do mesmo para outro “ambiente” (MENSAGEM lida perante ao Congresso do Amazonas na abertura da 2ª Sessão ordinária da 8ª legislatura, Exm. SNR. Dr. Jonathas Freitas Pedrosa, Governador do Estado do Amazonas, em 10 de julho de 1914, p. 286).

Em 1915, o impaludismo grassava no hospício, o que levou ao governo cogitar numa possível mudança do hospício para uma ala do prédio em que estava funcionando o Asilo de Mendicidade (MENSAGEM lida perante ao Congresso do Amazonas na abertura da 3ª Sessão ordinária da 8ª legislatura, Exm. Sr. Dr. Jonathas Freitas Pedrosa, Governador do Estado do Amazonas, em 10 de julho de 1915, p. 43-44). Pelo que as fontes informam, o local estava em péssimas condições. Nem uma boa reforma poderia ser feita devido ao seu alto custo, sendo necessária a transferência do local ou a construção de outro, o que também não era possível, pois o Estado não se encontrava financeiramente capaz de absorver os custos.

Posterior à mudança para o Sítio do Pensador em 1929, encontravam-se na Colônia Eduardo Ribeiro 134 alienados, dos quais 14 saíram curados, 13 foram a óbito e 30 retirados. Mesmo que em um curto período de tempo no bairro de Flores, a quantidade de falecidos continuava alta. Isso pode ser explicado pelas doenças que continuavam a atingir aqueles que estavam no Hospício, para que fossem acometidos dessas doenças vários fatores contribuíam para isso incluindo a localização, espaço, alimentação.

Mesmo com um número considerável de alienados recolhidos, outros tantos continuavam circulando pela cidade assustando os “normais”, por aparentemente não terem controle de si e pelo fato dos outros também não o controlarem. Os gritos, os sussurros, as previsões, os arranhares dos dentes,

o se despir, entre outras ações, faziam com que as pessoas tivessem medo do imprevisível, ou seja, do que lhe causava desconforto.

O incômodo que os loucos causavam eram denunciados às autoridades. Os gritos eram o que mais perturbavam as pessoas, mas não era só isso. Eles serem visíveis numa cidade que passa por um processo de reurbanização era um problema. Para a elite seria mais pertinente tê-los afastados da área de maior circulação na cidade,

Ontem, por volta de 11 horas da noite, pouco mais ou menos, o indivíduo Manoel Zeferino, entrou pelos fundos da repartição onde funciona a polícia, incomodando toda a vizinhança com os gritos que soltava.

A autoridade de serviço tomou conhecimento do fato, chegando a conclusão de que Manoel Zeferino achava-se sofrendo de alienação mental, providenciando em seguida no sentido de ser o infeliz recolhido ao hospício de alienados (**A Federação**, 23/06/1899, n.365, p.1).

Manoel foi “diagnosticado” pelos gritos que soltava, foi constatado que sofria de alienação pelo médico da polícia e encaminhado para recolhimento no Hospício. Outro fato para refletirmos é o que levaria Manoel a invadir a repartição? Não podemos diagnosticá-lo por uma nota de jornal, mas com certeza, esse indivíduo precisava de ajuda, seja ela médica ou de caridade. Se fosse um criminoso, acreditamos que ele buscaria invadir outro espaço, ao invés de invadir uma instituição que zelava pela ordem.

A crise da borracha mudaria novamente o cenário da cidade. A circulação de pessoas se intensificaria à procura de trabalho, não conseguindo, muitas acabariam por burlar os códigos e regulamentos, fazendo delas um perigo social. Nesse contexto, os presos de justiça, já vistos como perigosos, aparecem sendo recolhidos para as instituições médicas por motivo de *doença, ferimento*, e para serem *medicados*,

Por ordem do dr. Chefe de Polícia, foram recolhidos à Santa Casa, por motivo de moléstia, os célebres passadores do Conto de Vigário: Antonio de Vasconcellos e Arthur Pereira Ramos, que se achavam presos na cadeia de detenção (**A notícia**, Ano I, 04/12/1908, n.1, p. 2).

Baixaram o hospital de misericórdia para serem medicados os presos de justiça: Joaquim Pedro Page, Felisberto Baca e Alfredo Jose d'Andrade (*O século*, Ano 1, 11/01/1890, n. 3.)

No que tange os presos de justiça, eles se faziam mais presentes na Santa Casa, no ano de 1905, somando 81 presos de justiça. Muito provavelmente levados para receber cuidados básicos, como curativos (RELATÓRIO da Santa Casa de Misericórdia de Manaus, apresentado às Mesas da Assembléia Geral e Administrativa, em sessão de 1 de Janeiro de 1906, pelo provedor Coronel Affonso de Carvalho. Manaus, 1906. Anexo 2). O que nos faz pensar nesses atores, é o fato deles provavelmente estarem no mesmo ambiente que os alienados, já que a ala destinada para os alienados continuava funcionando na Santa Casa. Quando ligamos alguns casos com a lei de reorganização de 1903, entendemos que eles não poderiam estar no mesmo ambiente que os presos de justiça, mesmo que fosse para receber cuidados básicos.

Ainda sobre os presos de justiça, encontramos ainda o caso do José Francisco, “O réu, condenado a 29 anos e nove meses, pelo júri passado, de cuja sentença apelou, não entra na presente época, por achar-se recolhido ao hospício de alienados” (*A Federação*, 22/12/1899, n.522, p.1). Entendemos que a luta de José é por ter sua liberdade de volta. Enquanto preso, porém, deve ter sido “diagnosticado” com alienação e transferido para o Hospício dos Alienados Eduardo Ribeiro.

A luta alienista não foi discutida e aplicada da mesma forma em todo o país, as cidades que se destacam no levante dessa bandeira foram São Paulo e o Rio de Janeiro. Manaus só entraria para esse rol com a conquista do Hospício dos Alienados Eduardo Ribeiro em 1894, mesmo assim elas não foram muitas, pois a instituição apresentou problemas desde o início da construção, levando por anos até o fim da construção da obra no sítio do *O Pensador* em 1927, e ainda assim, continuou com problemas de estrutura e corpo clínico.

Por fim, não podemos desprezar tudo o que o Estado realizou para tratar esses doentes. Encontrar o alienado no regulamento do Código de Postura para ser recolhido em local adequado, e até mesmo as instalações para o tratamento desses doentes na ala da Santa Casa inicialmente e posteriormente

ao Asilo Eduardo Ribeiro, foram os primeiros passos para que mudanças viessem mais tarde.

Decretos, Diário, Falas, Leis, Mensagens, Relatórios

Diário oficial do Estado do Amazonas, n. 253 de 5 de outubro de 1894, p. 2029.

Diário oficial do Estado do Amazonas, n. 255, de 7 de outubro de 1894, p. 2046.

Decretos, leis e regulamentos colecionados na administração do Dr. Fileto Pires Ferreira 1889-1890. Manaus: Imprensa Oficial, 1897. Vol. 3, p. 36.

EXPOSIÇÃO do Exm. Sr. Dr. Joaquim de Oliveira Machado instalou a sessão extraordinária da Assembleia Legislativa Provincial, em 2 de junho de 1889, p. 7. (Disponível em: <http://www.crl.edu/node/5525> Acesso: 16 de maio de 2013)

FALLA do Bacharel Domingos Monteiro Peixoto, Dirigida a Assembleia Legislativa Provincial do Amazonas, Segunda sessão da Legislatura em 25 de março de 1873, p. 34. (Disponível em: <http://www.crl.edu/node/5525> Acesso: 16 de maio de 2013)

FALA, Exm. Sr. Dr. Satyro de Oliveira Deus, abriu a sessão extraordinária da Assembleia Legislativa Provincial, em 1 de outubro de 1880, p. 25. (Disponível em: <http://www.crl.edu/node/5525> Acesso: 16 de maio de 2013)

LEI Provincial nº 451 – A – de 14 de Abril de 1880, inaugurada em 16 de maio de 1880.

LEI, n. 126, Ofício de 27 de dezembro de 1888.

Mensagem lida pelo Governador Dr. Eduardo Gonçalves Ribeiro ao Congresso do Estado do Amazonas, em 10 de julho de 1894, p. 34. (Disponível em: <http://www.crl.edu/node/5525> Acesso: 16 de maio de 2013)

MENSAGEM lida perante o Congresso dos. Representantes na abertura da 1 sessão da 4 legislatura em 10 de julho de 1901 pelo Governador do Estado Silvério José Nery, quadro 44. (Disponível em: <http://www.crl.edu/node/5525> Acesso: 22 de maio de 2013)

MENSAGEM, do governador do Estado do Amazonas lida perante o Congresso dos Srs. Representantes por ocasião da abertura da 2 sessão ordinária da 4 legislatura Exm. Sr. Dr. Governador do Estado Silvério José Nery, em 10 de julho de 1902. Acompanhado dos Relatórios dos Chefes de

Repartições, Vol. I, p.519. (Disponível em: <http://www.crl.edu/node/5525> Acesso: 16 de maio de 2013)

MENSAGEM lida perante ao Congresso do Amazonas na abertura da 2º Sessão ordinária da 8º legislatura, Exm. SNR. Dr. Jonathas Freitas Pedrosa, Governador do Estado do Amazonas, em 10 de julho de 1914, p. 286. (Disponível em: <http://www.crl.edu/node/5525> Acesso: 16 de maio de 2013)

MENSAGEM lida perante ao Congresso do Amazonas na abertura da 3º Sessão ordinária da 8º legislatura, Exm. Sr. Dr. Jonathas Freitas Pedrosa, Governador do Estado do Amazonas, em 10 de julho de 1915, p. 43-44. (Disponível em: <http://www.crl.edu/node/5525> Acesso: 16 de maio de 2013)

RELATORIO com que o exm. sr.dr. Joaquim Cardoso de Andrade, sessão em 5 de setembro de 1888. Manáos: Typ. Do Comércio do Amazonas, 1888. anexo 6, pag. 2. (POLIS-UFAM)

RELATÓRIO da Santa Casa de Misericórdia de Manaus, apresentado às Mesas da Assembleia Geral e Administrativa, em sessão de 1 de Janeiro de 1906, pelo provedor Coronel Affonso de Carvalho. Manaus: Typ. A vapor do Amazonas, 1906, p. 24. (POLIS-UFAM)

RELATÓRIO da Santa Casa de Misericórdia de Manaus, apresentado às Mesas da Assembleia Geral e Administrativa, em sessão de 1 de Janeiro de 1906, pelo provedor Coronel Affonso de Carvalho. Manaus, 1906. Anexo 2. ((POLIS-UFAM)

RELATÓRIO da Santa Casa de Misericórdia, apresentado às Mesas da Assembleia Geral e Administrativa, em sessão de 1 de Janeiro de 1910, pelo provedor Cel. Lazaro Bittencourt. Manaus: Typ. da Livraria Clássica, 1910, p.47. (POLIS-UFAM)

Jornais

A Federação, 23/06/1899, n.365, p.1. (Disponível em: <http://www.crl.edu/node/5525> Acesso: 24 de outubro de 2014)

A Federação, 22/12/1899, n.522, p.1. (Disponível em: <http://www.crl.edu/node/5525> Acesso: 24 de outubro de 2014)

A notícia, Ano I, 04/12/1908, n.1, p. 2. (IGHA)

Jornal do Amazonas. Manaus, Ano XV, 23/05/1889, n.1688, p. 2. (Disponível em: <http://www.crl.edu/node/5525> Acesso: 24 de outubro de 2014)

Jornal do comércio, 13.08.1916, p.1. (Disponível em: <http://www.crl.edu/node/5525> Acesso: 24 de outubro de 2014)

O século, Ano 1, 11/01/1890, n. 3. (Disponível em: <http://www.crl.edu/node/5525> Acesso: 27 de outubro de 2014)

Referência Bibliográfica

COSTA, Francisca Deus Sena da Costa. *Quando viver ameaça a ordem urbana: Trabalhadores urbanos em Manaus (1890/ 1915)*. Dissertação (Mestrado em História) PUC/SP, 1997.

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

CRUZ, Heloisa de Farias. *São Paulo em papel e tinta: Periodismo e vida urbana – 1980-1915*. São Paulo: EDUC; FAPESP; Arquivo do Estado de São Paulo; Imprensa Oficial SP, 2000.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

ENGEL, Magali Gouveia. *Os delírios da razão: Médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930)* Disponível em: <<http://books.scielo.org>> Acesso em: 24 de abril de 2013.

FOUCAULT, Michel. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva, 2010.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. *O imaginário da cidade: visões literárias do urbano – Paris, Rio de Janeiro*, Porto Alegre. In: PESAVENTO, Sandra Jatahy. *Rio de Janeiro: Uma cidade no espelho (1890-1910)* Porto Alegre: Ed. Universidade/ UFRGS, 1999, p. 157-210.

SÁ, Isabel dos Guimarães. *As misericórdias portuguesas, séculos XVI a XVIII*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2013.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. *Ciência, Nação e Região: as doenças tropicais e o saneamento no estado do Amazonas, (1890-1930)*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

SILVA, Júlio dos Santos da. *Adoecendo na cidade da borracha: Manaus (1877-1920)*. Dissertação, Mestrado em História, UFAM, 2012.

SILVA, Júlio dos Santos da. *Hospitais, hospícios, lazaretos e enfermarias: Instituições de Saúde em Manaus (1852-1920)*. Disponível em: <http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1371157701_ARQUIVO_Resumoetextocopletoanpuh20133.pdf> Acesso em: 5 de janeiro 2015

A INICIATIVA BRASILEIRA DE NANOTECNOLOGIA: A DISTÂNCIA ENTRE OS DETERMINANTES AMBIENTAIS DA SAÚDE E AS DOENÇAS NEGLIGENCIADAS

Myrrena Inácio ¹⁰³

Noela Invernizzi ¹⁰⁴

Resumo:

Na trajetória de políticas brasileira em nanotecnologia, a Iniciativa Brasileira de Nanotecnologia (IBN), proposta em 2012, foi a única que destacou aplicações voltadas às doenças negligenciadas. Contudo, a nanotecnologia tem sido priorizada nas políticas apenas para o tratamento clínico dessas doenças e não para o enfrentamento de determinantes ambientais da saúde que as condicionam. A pesquisa analisou o incentivo à nanotecnologia para

103. Universidade Federal do Paraná – UFPR. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas na Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: myrrena@gmail.com

104. Universidade Federal do Paraná – UFPR. Professora no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas na Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, Brasil. E-mail: noela@ufpr.br

o tratamento da água e saneamento básico, apresentado no documento da IBN. O documento ressalta as potencialidades no tratamento de água e de efluentes urbanos e industriais. Esse incentivo, porém, ocorre sem considerar o contexto social e sem ações estruturadas para o enfrentamento dessas doenças. Concluiu-se que a distância entre os determinantes ambientais da saúde e as doenças negligenciadas pode interferir na forma como esses temas se articulam ou se desarticulam na agenda das políticas e pesquisas. **Palavras-chave:** Nanotecnologia; Doenças negligenciadas; Determinantes ambientais da saúde; Políticas Públicas

Introdução

As doenças tropicais negligenciadas passaram a ter importante presença na Agenda do Milênio (2000-2015), constituindo um dos oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) pactuados em 2000 no âmbito da Organização das Nações Unidas (United Nations, 2000). Com a definição dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), essas doenças permanecem como sérias preocupações globais e, por conseguinte, há o comprometimento para renovar e reforçar a luta contra essas doenças, estabelecendo como meta sua erradicação até 2030 (United Nations, 2015).

Trata-se de um grupo heterogêneo de 17 enfermidades que não atraem investimentos para pesquisa e desenvolvimento de medicamentos e/ou técnicas para o tratamento adequado. São doenças predominantemente, mas não exclusivas, de países tropicais, que provocam um alto impacto na população em termos de ônus da doença, qualidade de vida, perda de produtividade e agravamento da pobreza, uma vez que afetam principalmente as populações sem saneamento adequado e em estreito contato com vetores infecciosos (Organização Mundial da Saúde, 2010).

Diante de um cenário de preocupações e de busca por soluções, a nanotecnologia passou a ser fortemente estimulada pelas políticas de ciência, tecnologia e inovação (PCTI) desde o começo da década de 2000, tanto nos países industrializados como em desenvolvimento, para atender a diferentes áreas estratégicas, tais como a saúde (Inácio, 2017; Invernizzi et al., 2012). Ela é comumente definida como a compreensão e controle da matéria na

escala nanométrica, em dimensões entre cerca de 1 e 100 nanômetros (nm), onde fenômenos únicos permitem novas aplicações (National Institute of Health, 2016).

Dentre as várias aplicações, algumas das mais promissoras e com maior impacto direto na vida dos seres humanos estão relacionadas com as ciências biomédicas. As aplicações médicas dessa tecnologia emergente conformam a área conhecida como nanomedicina, que abrange a liberação de fármacos, desenvolvimento de vacinas, diagnóstico, monitoramento, prevenção e controle de sistemas biológicos (Figueiras et al., 2014).

Em um estudo recente sobre as políticas brasileiras para a nanotecnologia, constatou-se que a Iniciativa Brasileira de Nanotecnologia (IBN), proposta em 2012 e lançada em agosto de 2013 no âmbito do Ministério de Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), foi a única que destacou aplicações voltadas ao tratamento e diagnóstico das doenças negligenciadas (Inácio et al., 2017).

Contudo, o controle e erradicação não dependem apenas do acesso a novas tecnologias, uma vez que são enfermidades relacionadas a determinantes ambientais da saúde, tais como: tratamento de água e saneamento básico.

Os determinantes sociais da saúde permitem identificar pontos para intervenções de políticas, no sentido de minimizar os diferenciais dos determinantes originados pela posição social dos indivíduos e grupos nesse processo (Buss et al., 2007). Assim enquadrado o problema, a demanda de conhecimentos que se configura passa a ser bem mais ampla, na medida em que os elementos socioambientais passam a ter tanta relevância como os biológicos no enfrentamento das doenças.

Diante disso, esta pesquisa analisou o incentivo à nanotecnologia para o tratamento da água e saneamento básico, apresentado no documento da Iniciativa Brasileira de Nanotecnologia, que foi proposta com os objetivos de criar, integrar e fortalecer ações governamentais para promover o desenvolvimento científico e tecnológico da nanotecnologia.

A investigação incluiu pesquisa bibliográfica e pesquisa documental. Foi revisada a literatura internacional e nacional sobre políticas de nanotecnologia, nanomedicina aplicada às doenças negligenciadas, nanotecnologia aplicada ao tratamento de água e saneamento básico, bem como sobre os determinantes ambientais da saúde. A análise documental contemplou o documento da

Iniciativa Brasileira de Nanotecnologia, a partir de uma análise temática, com intuito de observar possíveis aproximações entre a nanotecnologia, doenças negligenciadas e o tratamento de água e saneamento básico.

Os determinantes ambientais e as doenças negligenciadas

Até meados do século XIX predominava o entendimento da Teoria Miasmática, que preconizava que as doenças eram causadas por odores venenosos, gases ou resíduos nocivos (do grego miasma, mancha) que se originavam na atmosfera ou a partir do solo. Essas substâncias seriam posteriormente arrastadas pelo vento até a um possível indivíduo, que acabaria por adoecer. No entanto, nas últimas décadas do século XIX, o trabalho de bacteriologistas como Koch e Pasteur firmou um novo paradigma para a explicação do processo saúde-doença que consistia na concepção de que a saúde e a doença deveriam ser pesquisadas em laboratório, além do desenvolvimento de práticas de saúde centradas em doenças específicas (Souza et al., 2013).

Diante da tensão entre essas ideias, a criação da Organização Mundial de Saúde, em 1948, representou um marco para uma nova concepção de saúde, para além de um enfoque centrado na doença (Souza et al., 2013).

Contudo, as campanhas de vacinação contra certas epidemias sustentavam o sucesso do enfoque bacteriológico naquela primeira metade de século. Com isso, apenas com a Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978, a discussão sobre os determinantes sociais da saúde se destacou. Na ocasião, afirmou-se a necessidade de uma estratégia abrangente de saúde que não apenas preste serviços de saúde, mas também abordar as causas sociais, econômicas e políticas do processo de saúde-doença (Villar, 2007).

O debate voltou a recuar na década de 1980 devido a uma concepção de assistência médica individual, tendo a saúde como um bem privado, mas retornou na década de 1990, como tema imprescindível para o alcance da saúde de todos (Souza et al., 2013).

As análises pioneiras sobre a determinação social do processo saúde-doença, realizadas por Jaime Breilh e Edmundo Granda no Equador, Asa Cristina Laurell no México, e Cecília Donnangelo e Sérgio Arouca no Brasil,

nos anos 80, utilizaram o referencial da epidemiologia social, da organização social de saúde e das relações entre a saúde e o trabalho para estabelecer conexões entre a saúde e a doença fora do âmbito dos serviços de saúde (Akerman et al., 2011).

No ano de 1991, um modelo conceitual, proposto por Dahlgren e Whitehead, com intuito de demonstrar as formas de atuação dos determinantes sociais de saúde com respeito às iniquidades no âmbito de saúde nos grupos sociais, distribuindo-os em níveis distintos segundo seu alcance (Akerman et al., 2011).

Esse modelo abarca quatro níveis: no centro estão as pessoas, com sua idade, sexo e fatores hereditários, ou seja, as características individuais que influenciam na saúde. O nível superior se refere à forma de vida das pessoas, o que pode representar inclusive seu comportamento. Acima do nível da forma de vida se encontram as redes sociais e comunitárias, que exercem influência no comportamento pessoal de nível inferior, para bem ou para mal. No nível mais externo estão situados os fatores relacionados com as condições de vida e de trabalho, a disponibilidade de alimentos e o acesso a serviços básicos. Por último, estão os macro determinantes que são as condições econômicas, culturais e ambientais predominantes na sociedade que influenciam em todo o processo (Akerman et al., 2011).

De acordo com Carrapato et al. (2017, p. 681), “nos determinantes ambientais podem ser incluídos o impacto que determinados agentes químicos, físicos e biológicos têm sobre a saúde”. Incluem-se nesses determinantes, preocupações com a poluição do ar, água, terra, alimentos, destruição da camada de ozônio e as alterações climáticas.

No ano de 2004, a criação da Comissão de Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) foi proposta pelo então Diretor Geral da OMS, Dr. Lee Jong-wook, que impulsionou o desenvolvimento de um pensamento inovador, crítico e socialmente baseado na saúde, adotando como referência o modelo conceitual de Dahlgren e Whitehead sobre os determinantes sociais da saúde (Garbois et al., 2014).

Em resposta ao movimento global em torno dos determinantes sociais da saúde desencadeado pela OMS e após o convite da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em julho de 2005, para definir uma agenda

para os determinantes sociais de saúde na região, o Brasil criou a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) em 13 março de 2006.

Observa-se assim, especialmente nos últimos vinte anos, uma crescente tendência para a realização de estudos que abordam as relações entre saúde e fatores econômicos, sociais, ambientais etc., contrapondo a produção científica do século XIX e início do século XX, na qual a saúde era tratada, apenas, em seus aspectos biológicos (Souza et al., 2013).

Com relação às doenças negligenciadas, Aagaard-Hansen et al. (2010) afirmam que como a maioria das doenças negligenciadas são infecciosas e em grande parte transmitidas por vetores, elas são mais dependentes das condições físicas ou biológicas externas do que muitas outras doenças.

Uma série de revisões significativas da literatura foram conduzidas em água e saneamento em relação a doenças infecciosas, algumas das quais são também relevantes para as doenças negligenciadas, como por exemplo, para a redução das taxas de ascaridíase, diarreia, esquistossomose e tracoma (Aagaard-Hansen et al., 2010).

Nesse sentido, Khan et al. (2013) verificaram que as pesquisas têm demonstrado que a água contaminada por produtos químicos e metais pesados, seja à superfície ou subsolo, constitui fator de grande impacto para a saúde das populações.

Com relação à esquistossomose, identifica-se que quando as melhorias do saneamento são feitas ao lado da desparasitação, os resultados obtidos são duradouros. Assim, água e saneamento inadequados são causas bem documentadas de outras doenças negligenciadas, como nos casos de doença de Chagas, dengue, esquistossomose, leishmanioses e hanseníase (Aagaard-Hansen et al., 2010).

Possibilidades da nanotecnologia para o tratamento de água e saneamento básico

O Projeto Milênio considerou a nanotecnologia como uma importante ferramenta para alcançar os ODM (Juma et al., 2005). Cientistas concordaram que as tecnologias em nanoescala oferecem um potencial de melhorar a saúde a nível global, direta e indiretamente, não somente para tratar os enfermos com novas vacinas e terapias, mas também para aliviar as condições que

conduzem a enfermidades como a falta de acesso a água potável e saneamento básico (Mnyusiwalla et al., 2003; Salamanca-Buentello et al., 2005).

Da mesma forma, Gehre et al. (2015) argumentam que há uma necessidade significativa de novas tecnologias avançadas de água, em particular para garantir uma alta qualidade de água potável, eliminar os micropoluentes e intensificar os processos de produção industrial pelo uso de sistemas de tratamento de água flexivelmente ajustáveis.

Avanços recentes em nanotecnologia oferecem oportunidades de ultrapassagem para o desenvolvimento de sistemas de abastecimento de água. De acordo com Tyagi (2016), as tradicionais práticas de tratamento, distribuição e descarga de água não são mais sustentáveis e em razão disso, o autor argumenta que a nanotecnologia poderá fornecer soluções de tratamento de água e esgoto de alto desempenho e preço acessível, sem que sejam necessárias grandes infraestruturas como nos sistemas atuais.

Na nanoescala, diferentes propriedades físico-químicas são exibidas, o que as torna adequadas para diversas aplicações envolvendo água, incluindo dessalinização, purificação e remediação. Os nanomateriais poderiam fornecer soluções para adsorção, catálise, desinfecção e limpeza de água (Tyagi, 2016).

Considerando a atual velocidade de desenvolvimento e aplicação, os nanomateriais parecem extremamente promissores para o tratamento de água e esgoto. No entanto, mais estudos ainda são necessários para enfrentar os desafios dos nanomateriais. Até agora, apenas alguns tipos de nanomateriais surgiram comercialmente. Além disso, há preocupações crescentes sobre seu potencial de toxicidade ao meio ambiente e à saúde humana (Gehre et al., 2015; Tyagi, 2016).

Os incentivos da iniciativa brasileira de nanotecnologia

No Brasil, as políticas de ciência, tecnologia e inovação em nanotecnologia tiveram dois momentos distintos no desenvolvimento ao longo de 15 anos. O primeiro entre 2000 e 2010 e o segundo a partir de 2011 até 2015, com o lançamento da Iniciativa Brasileira de Nanotecnologia (Invernizzi et al., 2017).

A Iniciativa Brasileira de Nanotecnologia se revelou um programa mais sistemático dentro das PCTI. Estabelecendo-se até 2015, teve como objetivo

prover o país com capacidade de industrialização de nanodispositivos e nanossistemas, promovendo as tecnologias e sistemas habilitados à construção de produtos e soluções nanoestruturadas (Brasil, 2012).

A implementação da IBN (2012-2015) destinou financiamento a empresas, centros e institutos de pesquisa e universidades, dirigiu a instalação e reorganização de malha laboratorial para o desenvolvimento de pesquisas e produtos, bem como deu continuidade e incrementou as principais ações das PCTI que tinham sido implementadas na primeira década, especialmente sobre o financiamento às empresas, fomento de pesquisa, desenvolvimento e inovação, formação de recursos humanos e cooperação internacional.

A IBN facilitou a criação do Comitê Interministerial de Nanotecnologia (CIN), que é integrado por representantes de dez ministérios e coordenado pelo MCTI, com o objetivo de aprimorar as políticas e ações voltadas ao desenvolvimento das nanotecnologias no Brasil (Plentz et al., 2013).

O novo desenho institucional buscou maior integração transversal entre ministérios e órgãos governamentais e com a previsão de um marco regulatório que estipula preocupação com riscos e impactos dessa tecnologia emergente (Invernizzi et al., 2017).

Como continuidade ao Programa Nacional de Nanotecnologia, proposto em 2005, a IBN se alicerçou em apoio às atividades de pesquisa e desenvolvimento nos laboratórios do Sistema Nacional de Laboratórios em Nanotecnologias (SisNANO), instituído pela Portaria nº 245, de 5 de abril de 2012.

Na área da saúde, o Instituto de Biologia Molecular do Paraná (IBMP) coordenou a implantação da rede NanoSUS (Nanobiotecnologia para desenvolvimento, prototipagem e validação dos produtos para o SUS) dentro do programa SisNANO no MCTI, que busca oferecer vários benefícios, desde o desenvolvimento de diagnósticos e terapias de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, até o desenvolvimento de métodos e protocolos de estudo e avaliação do impacto na saúde humana, segurança e toxicidade de nanomateriais e nanocompósitos (Bonfim, 2014).

Ressalta-se que o IBMP participa do projeto PODITROD (*Point of Care Diagnostics for Tropical Diseases*), com propósito de desenvolver

um dispositivo *point of care* para diagnóstico molecular e imunológico (simultaneamente) de doenças tropicais (Bonfim, 2014).

A IBN relaciona a utilização da nanotecnologia para solucionar problemas sociais, ao afirmar que “no Brasil há uma grande quantidade de necessidades não atendidas relacionadas a universalizar e facilitar o diagnóstico de doenças negligenciadas” (Brasil, 2012, p. 42).

Por conseguinte, ao reforçar os setores com potencial de inovação em nanotecnologia, o documento da IBN expressa que em relação aos fármacos “o nicho a ser explorado é o tratamento e diagnóstico de doenças negligenciadas e tropicais, através de novas formas de administração de fármacos cujo potencial de inovação é de curto/médio prazo” (BRASIL, 2012, p. 78). Ademais, a IBN enfatiza que “o desenvolvimento sustentável das nanotecnologias dependerá do desenvolvimento da habilidade de controlar riscos sanitários e ambientais” (Brasil, 2012, p. 32).

De forma dissociada ao enfrentamento das doenças negligenciadas, o documento da IBN prioriza também os setores de tratamento de água e saneamento básico, apresentando que as “nanotecnologias desenvolvidas para os setores aeroespacial e de defesa têm evidentes aplicações [...] no monitoramento ambiental, no tratamento de água e de efluentes urbanos e industriais” (Brasil, 2012, p. 27). Outros exemplos de aplicações são “as nanopartículas magnéticas para a descontaminação de pesticidas em água” (Brasil, 2012, p. 28).

A IBN ainda destaca que importantes aplicações e mercados de dispositivos emissores de luz ultravioleta (UV) estão relacionadas à fotocatalise, purificação e tratamento de água e efluentes e em esterilização, sendo que “a produção desses dispositivos na faixa do UV está fortemente ancorada no uso de nanotecnologias” (Brasil, 2012, p. 37).

Porém, o documento faz a ressalva de que as aplicações nanotecnológicas tendem a encontrar obstáculos ao serem introduzidas ao tratamento de água e saneamento básico, uma vez que “tanto a purificação de água como o tratamento de esgoto são setores muito tradicionais que dificilmente produziram resultados inovadores em curto prazo” (Brasil, 2012, p. 78).

Apesar de ações mais estruturadas e integradas apresentadas no documento da IBN, a partir de 2013, as políticas de ciência, tecnologia e inovação foram atingidas amplamente e abruptamente por cortes financeiros. Porém, Invernizzi et al. (2017) destacam que mesmo em face do congelamento de todas as ações da IBN a partir de 2015, a capacitação de recursos humanos e o aprimoramento da infraestrutura foram aspectos bem-sucedidos desde o início da política.

Considerações Finais

A IBN relaciona o desenvolvimento da nanotecnologia para solucionar problemas sociais, tais como as doenças negligenciadas. Para tanto, incentiva novas formas de administração de fármacos cujo potencial de inovação é de curto/médio prazo. Esse incentivo, porém, ocorre sem considerar o contexto social e sem ações estruturadas para o enfrentamento dessas doenças.

Em que pese as doenças negligenciadas serem consideradas como estratégicas no setor da saúde com base no documento de política analisado, há uma distância entre essas enfermidades e outros setores, como por exemplo, o tratamento de água e saneamento básico, que se mostram relevantes para a redução e erradicação das doenças negligenciadas. Ou seja, são setores que se apresentam como independentes, com baixa articulação intersetorial.

Com relação ao tratamento de água e saneamento básico, a IBN justifica que, por serem setores muito tradicionais, dificilmente produziram resultados inovadores em curto prazo a partir de aplicações nanotecnológicas.

Destarte, alerta-se que os recentes cortes para o financiamento das políticas brasileiras de ciência, tecnologia e inovação, bem como a distância entre os determinantes ambientais da saúde e as doenças negligenciadas podem interferir na forma como esses temas se articulam ou se desarticulam na agenda das políticas e pesquisas, criando entraves para os ODS.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Paraná.

Referências

- AAGAARD-HANSEN, Jens et al. Neglected tropical diseases: equity and social determinants. In: BLAS, Erik; KURUP, Anand Sivasankara. *Equity, social determinants and public health programmes*. WHO, p. 135-157. 2010. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.394.6922&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 7 out. 2018.
- AKERMAN, Marco et al. As novas agendas de saúde a partir de seus determinantes sociais. In: GALVÃO, L.A.C, FINKELMAN, J., HENAO, S. *Determinantes ambientais e sociais da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. Disponível em: <http://www.paho.org/blogs/paltex/wp-content/uploads/2013/06/Determinandes-ambientais-e-sociais-da-saudepreliminares.pdf>. Acesso em: 7 out. 2018.
- BONFIM, Leandro Rodrigo Canto. *As dimensões da realidade social na formação e na institucionalização de uma rede de inovação de ideias: A rede do arranjo Fiocruz Paraná entre os anos 1999-2014*. Dissertação (Mestrado) – Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2014.
- BRASIL. *Iniciativa Brasileira de Nanotecnologia*. Brasília: MCTI, 2012.
- BUSS, Paulo Marchiori et al. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, v. 17, n 1, p. 77-93. 2007.
- CARRAPATO, Pedro et al. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 3, p. 676-689. 2017.
- FIGUEIRAS, Ana Rita Ramalho et al. Nanotecnologia na saúde: Aplicações e perspectivas. *Informative Geum Bulletin*, v. 5, n. 2, p. 14-26. 2014.
- GARBOIS, Júlia Arêas et al. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. *Saúde e Sociedade*, v. 23, n. 4, p. 1173-1182. 2014.
- GEHRKE, Ilka et al. Innovations in nanotechnology for water treatment. *Nanotechnology, Science and Applications*, v. 8, p. 1-17. 2015.
- INÁCIO, Myrrena et al. *Pesquisas em nanomedicina no Brasil: Os incentivos para as doenças negligenciadas a partir da abordagem das políticas públicas*. Curitiba: UFPR, v. 1. p. 1-14. 2017.
- INÁCIO, Myrrena. *Tecnologias emergentes e problemas Sociais no Brasil: O caso da nanotecnologia aplicada a doenças negligenciadas*. Dissertação (Mestrado) – Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. 2017.

INVERNIZZI, Noela et al. The Rise (and Fall?) of Nanotechnology Policy in Brazil. In: BOWMAN, D. ET AL (Ed.). *The Politics and Possibilities of Emerging Technologies*. Berlin: IOS Press, p. 69–90. 2017.

INVERNIZZI, Noela et al. *Nanoscience and Nanotechnology: How has an Emerging Area on the Scientific Agenda of the Core Countries been Adopted and Transformed in Latin America?* MIT Press, p. 225-244. 2012.

JUMA, Calestous et al. *Innovation: applying knowledge in development*. UN Millennium Project – Task Force on Science, Technology and Innovation, 2005.

KHAN, Sardar et al. Drinking water quality and human health risk in Charsadda district, Pakistan. *Journal of Cleaner Production*, v. 60, p. 93-101. 2013.

MNYUSIWALLA, Anisa et al. Mind the Gap: Science and ethics in nanotechnology. *Nanotechnology*, v. 14, R9-R13. 2003.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH – NIH. *Nanotechnology at NIH*. 2016. Disponível em: <https://www.nih.gov/research-training/nanotechnology-nih>. Acesso em: 10 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. *Primeiro relatório da OMS sobre as doenças tropicais negligenciadas*, 2010.

PLENTZ, Flávio et al. Considerações sobre o Programa Brasileiro de Nanotecnologia. *Ciência e Cultura*, v. 65, n.3, p. 23-27. 2013.

SALAMANCA-BUENTELLO, Fabio et al. Nanotechnology and the Developing World. *PLoS Medicine*, 2005.

SOUZA, Diego de Oliveira et al. Determinantes sociais da saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. *Saúde e Sociedade*, v. 22, n. 1, p. 44-56. 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/sausoc/article/viewFile/76409/80116>. Acesso em: 7 out. 2018.

TYAGI, Pankaj K. Nanotechnology helps to save water for developed a multi tier T-distribution pipe system on waste water exit point in multi story buildings. *International Journal of Current Microbiology and applied sciences*, v. 5, n. 5, p. 816-821. 2016.

UNITED NATIONS. *Millennium declaration*. New York: UN, 2000.

UNITED NATIONS. *The Sustainable Development Agenda*. New York: UN, 2015.

VILLAR, Eugenio. Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en Salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. *Saúde e Sociedade*, v.16, n.3, p.7-13. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So104-129020070003000002. Acesso em: 7 out. 2018.

AS FALSAS QUINAS BRASILEIRAS – UM ESTUDO QUE PERCORREU TRÊS GERAÇÕES DA FAMÍLIA PECKOLT

Nadja Paraense dos Santos ¹⁰⁵

Resumo

A quina é uma planta da família das rubiáceas, nativa das áreas montanhosas das Américas Central e do Sul. A quinina tem sido usada para tratar humanos com malária por mais de 350 anos e é ainda utilizada, especialmente em casos de resistência à cloroquina. Espécies do gênero *Cinchona* que produzem o quinino não crescem naturalmente no Brasil, e o interesse em encontrar substitutos naturais para *Cinchona* estimularam a busca de espécies nos territórios brasileiros nos séculos XVIII e XIX. Este trabalho pretende traçar como a identificação das quinas no Brasil percorreu o trabalho de uma família que se dedicou aos estudos da flora brasileira. Teodoro Peckolt, seu filho Gustavo e seus netos Waldemar e

105. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Química, PPGHCTE, professor, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. nadja@iq.ufrj.br

Oswaldo deixaram registrados nos seus trabalhos, nos séculos XIX e XX, uma série de estudos que visavam a identificação das falsas quinas brasileiras. **Palavras-chaves:** falsas quinas, Peckolt, quinas brasileiras.

Introdução

Espécies de plantas de sabor amargo são usadas como tônicos e foram previamente usadas para tratar febres intermitentes no Brasil, o principal sintoma da malária. Muitas dessas espécies eram nomeadas quina e foram usadas como substitutos de *Cinchona* spp., a fonte de quinino.

A árvore de *Cinchona* tem cerca de 20 m de altura, pertence à família das Rubiáceas, que possui entre outros membros, o café e as gardênias. Os europeus, em homenagem à condessa Chinchón, classificaram o gênero como *Cinchona* do qual as espécies mais importantes são: *Cinchona ledgeriana*, *Cinchona officinalis*, *Cinchona. calisaya* e *Cinchona pubescens* (Oliveira, Szczerbowski, 2009).

A quina é nativa das áreas montanhosas das Américas Central e do Sul, utilizada pelos nativos na forma de infusões para a cura sobretudo de estados febris. A quina do Peru, por esta utilização, era conhecida como a árvore da saúde. Ao ser usada largamente na Europa, cedo se percebeu que as quinas provenientes de diferentes regiões não tinham todas igual eficácia, sendo que em algumas era muito baixa e em outras praticamente nula.

Entre as úteis plantas brasileiras registradas na literatura histórica, várias espécies possuem um sabor amargo e foram usadas como substituto de *Cinchona* spp. O amargo gosto da casca dessa espécie. foi uma das mais importantes características para considerar seu uso como tônico. Quinina, o alcaloide presente predominantemente nas cascas de *Cinchona calisaya* Wedd. e *Cinchona succirubra* Pav. ex Klotzsch, é muito amargo e responsável pela atividade antimalárica das quinas. Atualmente, além de ser utilizado para produção de antimaláricos, o quinino é comercialmente explorado como ingrediente da bebida conhecido como água tônica.

Um pouco da história das quinas brasileiras

O isolamento das primeiras substâncias puras do reino vegetal inicia-se no século XIX. Esse século caracteriza-se pelos trabalhos de extração, principalmente de ácidos e de bases orgânicas, as quais mais tarde receberam a denominação de alcaloides, de acordo com as suas características básicas. Data desta época o isolamento dos alcaloides morfina (1804), quinina e estriquinina (1820). Há muitas definições para alcaloide. A mais geral é que são substâncias nitrogenadas, as quais, em muitos casos são providas de atividades farmacológicas.

Até 1820, apenas um pó feito com as raízes da árvore era comercializado. Com o isolamento da quinina, o combate à malária se tornou mais eficaz. A quinina é um pó branco, inodoro e de sabor amargo que apresenta propriedades antitérmica, antimalárica e analgésica. A propriedade antimalarial das cascas da quina incentivou pesquisadores a descobrirem e isolarem o seu princípio ativo. A primeira tentativa de isolamento da quinina ocorreu em 1746 pelo conde Claude Toussaint Marot de la Garaye (1675-1755). Ele obteve uma substância cristalina que mais tarde descobriu ser um sal do ácido quínico. Em 1790, foi a vez do químico francês Antoine François de Fourcroy (1755-1809), que isolou uma resina vermelha das cascas da quina, mas esta resina apresentou-se inativa contra a malária. Somente em 1820, a quinina foi isolada em sua forma pura pelo químico Pierre Joseph Pelletier (1788-1842) e pelo farmacêutico Joseph Bienaimé Caventou (1795-1877), ambos franceses. Estes cientistas receberam dez mil francos do Instituto de Ciências de Paris por esse valioso trabalho. Além da quinina, eles também isolaram outros alcaloides das cascas da quina.

As espécies do gênero *Cinchona* foram inicialmente encontradas na Cordilheira dos Andes. Essas espécies cresciam entre mil e três mil metros acima do nível do mar e são nativas do Norte da Bolívia e do Peru. Com as suas propriedades antipiréticas confirmadas, o interesse pela quina cresceu no mundo inteiro e a coleta, que inicialmente era feita sem matar a árvore, intensificou-se de tal maneira que no final do século XVIII, 25 mil quinas eram cortadas a cada ano.

Os primeiros historiadores do Brasil, em suas referências às plantas medicinais e às endemias então reinantes, silenciaram a respeito dos vegetais usados como febrífugos. Gabriel Soares de Sousa (1540-1591), Pêro de Magalhães Gândavo (1540-1579), Fernão Cardim (1549-1625), Willem Piso (1611-1678) e Georg Marcgraf (1610-1644) não se referem às plantas conhecidas por Quina. Somente com o surgimento dos benefícios oriundos das quineiras peruanas, apareceram as numerosas falsas quinas nacionais.

Espécies do gênero *Cinchona* que produzem o quinino não crescem naturalmente no Brasil, e o interesse em encontrar substitutos naturais estimularam a busca de espécies de *Cinchona* nos territórios brasileiros nos séculos XVIII e XIX. Ainda no período colonial, a Coroa Portuguesa estabeleceu um prêmio em moedas de ouro para quem encontrasse no Brasil árvores de quina. Dezenas de cascas amargas utilizadas popularmente para combater a febre foram apresentadas e coletadas, embora nenhuma delas fosse a quina verdadeira.

Dados sobre o uso das espécies amargas, denominadas quinas, podem ser obtidos de livros e outros documentos (manuscritos) escritos por naturalistas e médicos clínicos que viveram no Brasil desde o século XVIII. Levantamento realizado por Consenza et al (2013), em obras de naturalistas, médicos e botânicos dos séculos XVIII e XIX, levantaram 29 plantas denominadas quinas, usadas como substitutas da *Cinchona* ssp.

Em 1799, o naturalista Frei Mariano da Conceição Veloso (1742-1811) publicou seu livro, “Quinografia Portuguesa ou Collecção de Varias Memorias sobre Vinte e Duas especies de Quinas, tendentes ao seu Descobrimento nos Vastos Dominios do Brasil”. A iniciativa de lançar a Quinografia Portuguesa foi do estado português para determinar “[...] uma correlação entre cada uma delas [quinas] e a respectiva eficácia no combate às febres intermitentes” (SILVA, 2015). A obra reunia várias memórias que circulavam no período a respeito das diferentes espécies de quinas, entre as quais a “Quinología o tratado del árbol de la quina” (1792) do botânico espanhol Hipólito Ruiz López (1754-1815). Para Velloso, a divulgação de estampas da Quina officinal na obra ajudaria os habitantes da América portuguesa a reconhecer a dita árvore. Das vinte e duas espécies expostas, somente nove possuem imagens: cinco estampas de quinas verdadeiras e quatro de falsas quinas.

No início do século XIX, principalmente no Rio de Janeiro, eram utilizadas cascas de outras quinas locais cujas infusões exibiam propriedades similares. Em dois documentos publicados em 1819, “Instrução para os Viajantes e empregados nas Colonias sobre a maneira de colher, conservar, e remeter os objectos de Historia Natural arranjada pela Administração do R. Museu de Historia Natural de Paris” e no Jornal de Coimbra (v. XV) encontra-se a indicação que Pedro Pereira Correia de Senna foi o primeiro a apresentar às autoridades uma espécie de quina brasileira, a qual ele mesmo informa ser de tão boa qualidade quanto as encontradas no Peru. Amostras das cascas foram enviadas para análise química em Portugal, no Laboratório Químico da Casa da Moeda. Comprovada sua eficácia na virtude febrífuga, o Príncipe Regente concedeu à Correia de Senna o título de sargento-mor, o pagamento de 1200 réis diários e o Hábito na Ordem de Cristo (Cavalcante, 2018). Correia de Senna ainda relatou o “descobrimento” de outras cascas: a Quina delgada, a Quina branca e a Quina da terra

Bernardino Antonio Gomes (1768-1823), médico da armada, apresentou à Academia Real das Ciências de Lisboa e fez publicar em 1812 o “Ensaio sobre o cinchonino, e sua influência na virtude da quina, e d’outras cascas”, em que discute a existência de um princípio responsável pelas propriedades medicamentosas das quinas. Nessa memória, Gomes se diz o primeiro a promover o isolamento do “princípio febrífugo das quinas”, que seria o cinchonino, substância já identificada por químicos franceses e ingleses. Esta sua posição tornou-se ponto de acesa discórdia com o médico responsável do Hospital de Coimbra e Diretor do Jornal de Coimbra, o Doutor José Feliciano de Castilho (1770-1827).

Entre os naturalistas, Von Martius foi quem descreveu a maior parte das espécies: vinte e duas plantas foram registradas em seu livro “Systema de Materia Medica” (1843).

O Clã Peckolt e as Quinas

Na segunda metade do século XIX, um trabalho mais intenso e continuado na identificação das quinas será iniciado pelo clã Peckolt. O farmacêutico Theodoro Peckolt (1822-1912) chegou ao Brasil em 1847 iniciando

uma longa vida dedicada à pesquisa das plantas brasileiras. Seu colaborador mais ativo, foi um de seus sete filhos, o também farmacêutico Gustavo Peckolt (1861-1923). Os dois analisaram e publicaram milhares de plantas nacionais e grande parte de seus trabalhos químicos foram publicados no Brasil e na Alemanha. Os filhos de Gustavo, Oswaldo de Lazzarini Peckolt, farmacêutico, e Waldemar Peckolt (1893-1937), médico, deram continuidade aos trabalhos de seus pai e avô, principalmente no que se refere ao estudo das quinas brasileiras.

Theodoro Peckolt, farmacêutico alemão, chegou ao Brasil em novembro de 1847 e aqui permaneceu os 65 anos restantes de sua vida, legando-nos uma obra de cento e setenta publicações, entre artigos em periódicos e livros, com dados de suas análises de cerca de seis mil plantas, segundo nos informam Ihering (1912) e Mendonça (1912), em sua grande maioria pertencentes ao domínio da Mata Atlântica. Inegavelmente, é de Theodoro Peckolt o recorde brasileiro de análise química das plantas da flora nacional do século XIX, e acreditamos que essa marca permaneça imbatível ainda hoje (SANTOS, 2002).

Já residente no Brasil, Peckolt começou a publicar seus trabalhos antes mesmo de começar a escrever em português. Os primeiros saíram em revistas farmacêuticas alemãs e, pelo que conseguimos averiguar, parece que suas primeiras obras em nossa língua foram as explicações que acompanhavam as coleções enviadas às exposições nacionais de 1861 e 1866. As publicações internacionais surgem no período entre 1859 e 1911. Os estudos de 1860 a 1899 compreendem as espécies da flora brasileira de maior interesse na Europa. A partir de 1899, o estudo das plantas medicinais brasileiras tornou-se a tônica de sua obra publicada fora do país.

Destacam-se entre as suas obras nacionais: Análises da matéria médica brasileira, 108 páginas (1868), História das plantas alimentares e de gozo do Brasil, em cinco fascículos (1871 a 1884) e História das plantas medicinais e úteis do Brasil, em oito fascículos (1888 a 1914 — póstuma), escrita em colaboração com seu filho, também farmacêutico, Gustavo Peckolt. Este trabalho contém a classificação botânica e descreve, por exemplo, as técnicas de cultura, as partes próprias para uso, a composição química, o emprego em diversas moléstias, as doses e os usos industriais de plantas brasileiras.

A obra “História das plantas medicinais e úteis do Brasil” escrita em colaboração com seu filho Gustavo é incontestavelmente o estudo químico sistemático mais completo que já se fez sobre plantas medicinais brasileiras. Reúne o trabalho que Peckolt realizou desde os tempos de Cantagalo. Na produção desse trabalho, apesar de apresentar as espécies pelo nome científico, os autores levaram em conta os usos vulgares das plantas, podendo assim precisar o uso medicinal, identificar princípios ativos, os usos veterinários e em alguns casos a toxicidade das mesmas. Em nenhuma das plantas descritas, os autores abandonaram a etnobotânica dos vegetais analisados. Através desse critério puderam confirmar ou desmentir as virtudes curativas de alguns vegetais (Santos, 2002).

Gustavo Peckolt formou-se no curso de farmácia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1882 e iniciou sua carreira como colaborador de seu pai. Seguindo a tradição familiar foi premiado em 1883 na Exposição Internacional da Áustria pela apresentação de uma coleção de “Alcaloides e produtos químicos, extraídos de vegetais da Flora Brasileira”, acompanhados de uma breve descrição de cada produto em alemão. Em 1884, na Exposição Científica do Rio de Janeiro, obteve diploma de honra pelos trabalhos “Produtos químicos e farmacêuticos nacionais” e “Novos alcaloides e princípios orgânicos, obtidos de plantas da flora brasileira”. No período de 1914 a 1916 procedeu aos estudos botânicos e farmacológicos de várias quinas brasileiras entre as quais: quina do rio grande do sul, quina cipó, paupereira, quina coreana, quina do sul, quina da serra, quina do mato, quina do Amazonas, quina de mato grosso, quina cinzenta do rio, quina de remijo, quina do Pará, quina rio negro, quina de cabo frio, em colaboração com seu filho Waldemar Peckolt e divulgados na tese deste último (O. Peckolt, 1923).

Waldemar Peckolt formou-se em farmácia em 1911 pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e em seguida diplomou-se em médico em 1916. A pesquisa dos Peckolt sobre as falsas quinas brasileiras será registrada na tese de Waldemar, defendida na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1916, para obtenção do título de médico, “Contribuição aos Estudos das Falsas Quinas Medicinais da América do Sul”, na cadeira de História Natural/Médica, onde o autor apresentou 31 espécies. Waldemar foi laureado com o prêmio Gunning pela tese.

A tese possui 255 páginas, com índice alfabético de nomes comuns e científicos das espécies apresentadas e bibliografia. Cada planta é apresentada pela classificação e sinonímia científica e apresenta também: habitat; histórico e descrição botânica; composição química; propriedades fisiológicas e terapêuticas; usos, empregos e dosagens populares e empíricas; algumas observações clínicas. Todas as 31 espécies são acompanhadas de estampas que foram feitas pelo farmacêutico José Marcelino de Souza Marçal.

A análise da bibliografia permite verificar referências às obras de seus familiares: de Theodoro e Gustavo, a História das Plantas Medicinais e Úteis do Brasil (1888-1899); de seu avô Theodoro: Análises da Matéria Médica Vegetal Brasileira (1868) e artigo do Archiv der Pharmazie (1866) e de seu pai Gustavo: artigo da Revista Pharmacêutica (1866) e Méthodos Qualitativos e Quantitativos de Analyses Vegetales (s/d).

Os trabalhos acima mencionados foram citados na seção de composição química em treze (13) espécies: Quina das três folhas, Quina da terra, Quina cruzeiro, Quina do Pará, Quina de raiz, Quina branca, Quina de campos, Quina amargosa, Quina de camamu, Quina do rio de Janeiro, Quina de cabo frio, Quina dos pobres e Quina preta.

Na Introdução da tese Waldemar explicita “se muitas, porém, possuem realmente valor terapêutico, idêntico ao das verdadeiras quinas, se outras gozam de uma ação terapêutica particular e específica, muitas encerram propriedades puramente empíricas, de emprego terapêutico não comprovado, mas que são conhecidas como quinas e como tais empregadas” (1916, p.12).

Para o autor analiticamente as falsas quinas não contêm os alcaloides encontrados nas verdadeiras. É interessante observar que ele não faz nenhuma análise química, apresenta e descreve as espécies e em algumas relata observações clínicas, todas realizadas na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro.

No trabalho de Cosenza et al. (2013) há uma tabela onde os autores relacionam espécies usadas como substitutas da quina no Brasil, relacionando-as com citações em publicações de naturalistas dos séculos XVIII e XIX e estudos farmacológicos. Das vinte e duas espécies listadas, quinze foram citadas na tese de Waldemar Peckolt e dentre estas, oito possuíam análises químicas realizadas por Theodoro e Gustavo. Duas espécies, a *Geissospermum*

leave (Vell.) Miers (quina-amargosa, quina-de-pobre) e a *Remijia ferruginea* (a. St.-Hil) DC (quina-do-campo, quina-mineira, quina-rosa) em estudos correlatos farmacológicos recentes são indicadas como antimaláricas.

Waldemar era médico com especialidade em otorrinolaringologia, sem abandonar a clínica continuou a estudar as plantas medicinais da flora brasileira, publicando cinquenta e um artigos na revista “Chácaras e Quintais”. No necrológico de seu pai há referência que ele estava trabalhando com Gustavo em uma nova obra “Matéria Médica Vegetal Brasileira”, que não chegou a ser publicada. No período de 1933 a 1936 trabalhou no Instituto Butantan, em São Paulo, dirigindo a Seção de Plantas Medicinais.

Oswaldo Lazzarini Peckolt, farmacêutico formado pela Escola de Farmácia anexa à Faculdade de Medicina em 1917, dará continuidade aos estudos sobre as quinas com o trabalho “O Problema da aclimação da Quina”, publicado na Revista da Flora Medicinal no ano de 1945. Foi o trabalho mais longo publicado na revista, ocupando 7 números (junho a dezembro de 1945) num total de 304 páginas.

O tema das quinas havia sido objeto em três publicações anteriores, na Revista Flora Medicinal (1934), com o artigo Quina mineira – notas sobre sua origem; em 1936 na conferência, A cultura da árvore da quina e a indústria da quinina, proferida na 1ª Semana Farmacêutica de São Paulo e na Tribuna Farmacêutica, em 1944 – O problema da quina e a necessidade de expansão e sua cultura no Brasil.

Na obra aqui referenciada, Oswaldo traça um histórico sobre a cultura de plantas medicinais, enaltece a importância da quina, sua origem e as tentativas de cultura em diferentes países entre os quais o Brasil, lista as condições climáticas e de solo necessárias para o cultivo. Ele também apresenta as causas do fracasso nas tentativas de cultura no Brasil e aconselha a aclimação no Brasil das espécies: *Cinchona* Ledgeriana, *Cinchona* Calisaya e a *Cinchona* succirubra.

O trabalho apresenta referências, mas em relação aos Peckolt cita apenas a tese de seu irmão Waldemar. Aqui pode-se considerar neste trabalho a ênfase é a questão da aclimação de espécies de *Cinchona* e não análises químicas e farmacológicas. No Preâmbulo ele pede desculpas, “por ser farmacêutico e não agrônomo” (1945, p.3) e cita o “malogro da plantação

na Barreira do Soberbo” (1945, p.5), mas não concorda que no Brasil não haja condições edáficas e climáticas para aclimação das espécies de quina.

Na parte histórica, inicia relatando a já comentada descoberta de Correa de Senna no período Joanino e faz referência ao Ministro da Agricultura, Comércio e Obras Públicas de 1865, Manoel Pinto de Souza Dantas, que convidou fazendeiros e pessoas previamente determinadas, nas províncias de Pernambuco, Piauí, São Paulo, Minas Gerais e Estado do Rio, a iniciarem a cultura de quineiras sob a supervisão de Auguste François Marie Glaziou (1828-1906).

Oswaldo apresenta nas páginas 31 a 32 a carta circular, datada de 27 de março de 1865, que foi enviada ao seu avô Teodoro Peckolt em Cantagalo (RJ): “O Governo Imperial considera como importante serviço à lavoura do País os esforços que V. As. Empregar para o bom resultado desta experiência” (O. Peckolt, 1945, p.90). Neste período, Teodoro estava de mudança para o Rio de Janeiro e não pode atender ao apelo. Algumas das sementes de quina Calissaya que lhe foram oferecidas foram plantadas em sua chácara no Rio de Janeiro, um parque que se estendia da atual Rua Haddock Lobo à atual Rua Barão de Itapagibe, no bairro da Tijuca, algumas das sementes que lhe foram então oferecidas (T. Peckolt, s/d.).

Não foi essa correspondência a primeira tentativa de convencer Theodoro Peckolt a participar de experiências de aclimação de quineiras. Dentre a correspondência de Carl Friedrich Philipp von Martius (1794-1868) com o Imperador D. Pedro II e com o mordomo da Casa Imperial, Paulo Barbosa da Silva, com quem Martius tinha uma grande amizade, encontramos, em pesquisa recente, duas cartas, datadas de 20 de outubro de 1856 e 01 de março de 1861. Na carta de 1856, endereçada a Paulo Barbosa, Martius envia dois exemplares de sua memória sobre a introdução da quina, um para o Imperador e outro para Peckolt “ao qual, graça de Vossa Excelência, foi por Sua Majestade Imperial, entregue o cuidado de ocupar-se de semelhante introdução”, Martius também solicita maior atenção a Peckolt, elogiando-o como pesquisador e colaborador e pede para que faça parte de um projeto para a aclimação e posterior produção da quina no Brasil.

Na carta endereçada ao Imperador (1861), Martius envia alguns exemplares da “Flora”, endereçando-os a Teixeira de Macedo, a Freire Allemão

e a Peckolt “em Canta Gallo” (sic). Novamente elogia Peckolt como “homem muito inteligente e laborioso” e lastima que o Governo não tenha facilitado a intenção de Peckolt de plantar Chinchona (quina) (Santos, 2002).

As experiências realizadas nos municípios de Rio Novo (MG), Quebrafrascos (Teresópolis), Cantagalo (RJ), São Paulo, Pernambuco e Piauí, fracassaram. Conseguiu algum desenvolvimento a tentativa do médico Henrique José Dias, realizada na Fazenda Barreira do Soberbo, ao pé da Serra dos Órgãos, em Teresópolis.

O empreendimento, levado a cabo por Henrique José Dias, era de fato grandioso e ousado, talvez a maior experiência durante o reinado de D. Pedro II. Em 1886 redigiu uma memória relatando suas experiências e que foi publicado no mesmo ano na Revista Agrícola do Imperial Instituto Fluminense de Agricultura. Segundo indicações do relatório, os números de quineiras plantadas ultrapassavam 20 mil pés, sendo de vários tipos de espécies, entre as quais se destacavam os tipos calissaya e succirubra. A produção da fazenda foi importante no abastecimento do Exército Brasileiro durante a Guerra do Paraguai (1865-1870). Em 1868, registra-se a visita da princesa Isabel e do Conde D’Eu e, em 1876, ocorreu a visita do Imperador Dom Pedro II. Em 1880, a Fazenda da Barreira continha 12.000 pés de quina e 10.000 mudas em viveiros (O. Peckolt, 1945).

Desde 1938, havia uma campanha vigorosa para aclimatar a cinchona no Brasil. As dificuldades para a importação de matéria prima da Índia e da Ásia, como a borracha, o óleo de tungue e sobretudo o quinino, considerado medicamento de importância estratégica já era objeto da reportagem A Quineira e a Malária, publicada no jornal “Correio Paulistano” (1942) por Carlos Arnaldo Krug, do Instituto Agrônomo de Campinas:

No Brasil, o problema da malária se apresenta de forma especialmente grave, constitui flagelo dos mais sérios em muitas das suas zonas do interior. (...) A solução deste problema não virá com a aplicação de produtos sintéticos e dispendiosos: precisamos de grande quantidade de quinino puro e barato. Se não pudermos importa-lo nestas condições, só nos resta uma solução: tentar produzi-lo no próprio país.

Krug em parceria com Alcides Carvalho escreveu o livro, *A quineira – origem, classificação, exploração econômica no mundo e tentativas de sua aclimação no Brasil* (1944) que foi referenciada por Oswaldo Peckolt em seu trabalho.

Oswaldo Peckolt destacou-se na área da farmácia, fez parte da revisão da Farmacopeia Brasileira de 1938 a 1959, destacando-se na área de fármaco-botânica e fitoquímica, membro de várias instituições internacionais e chefe da seção de ensaios biológicos e Controle do Instituto Oswaldo Cruz.

Conclusão

As falsas quinas recebem esta designação, mas entende-se que para além disso elas também são carregadas de sentidos de história “como-se-fosse-verdadeira” (Ginzburg, 2007). São de famílias e gêneros distintos, mas algumas são antifebris e até atuam tão bem sobre as febres intermitentes quanto as verdadeiras. Por conseguinte, no cotidiano popular elas atuam e criam histórias de cura como se fossem verdadeiras, aumentando assim sua fama e consequentemente ações de autoridades políticas e científicas. Outrossim, podemos considerar que verdadeiro e falso são, nesse sentido, construções sociais criadas para formar padrões de diferenciação entre os elementos da natureza, a fim de facilitar a percepção dos seres humanos sobre o mundo natural.

O trabalho dos Peckolt em relação às quinas vai se diferenciando com o passar do tempo. De uma fase inicial de observação e análise química para comprovar eficácia das propriedades antifebrífugas nos trabalhos de Teodoro e Gustavo, para uma etapa de distinção entre falsas e verdadeiras, no trabalho de Waldemar, já com dados de observações clínicas e finalizando com a aclimação de espécies no Brasil, visando maior autonomia na produção de fármacos, característica do trabalho de Oswaldo.

Destaca-se que os Peckolt em suas obras reafirmavam constantemente a necessidade de uma farmacopeia brasileira, bem como de mais pesquisas, por parte de médicos e farmacêuticos nacionais, sobre a flora brasileira.

A farmacopeia de Rodolpho Albino, publicada em 1926, representou um grande avanço científico, não pelo fato de ser uma farmacopeia brasileira, com plantas medicinais brasileiras, mas por apresentar a descrição microscópica

de 136 drogas. Em 1938, foi instituída a primeira revisão da farmacopeia, de cuja comissão fazia parte o farmacêutico Oswaldo Lazzarini Peckolt, filho de Gustavo e neto de Theodoro, o que vem comprovar a longevidade do clã Peckolt na farmácia e na análise de plantas medicinais brasileiras.

Referências

CAVALCANTE, Diego E. *A planta e o tempo: ciência, técnica, natureza e progresso nos impérios da botânica. Ceará – Brasil – Portugal (séculos xviii e xix)*. Dissertação (Mestrado) – Centro de Humanidades, Departamento de História, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

COSENZA, Gustavo P., SOMAVILLA, Nádia S., FAGG, Christopher W., BRANDÃO, Maria G. L., Bitter plants used as substitute of Cinchona spp. (quina) in Brazilian traditional medicine, *Journal of Ethnopharmacology*, n. 149, p.790-796. 2013.

GINZBURG, Carlo. *O fio e os rastros. verdadeiro, falso, fictício*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

IHERING, Hermann von. Necrológio do Dr. Theodoro Peckolt. *Revista da Flora Medicinal*, Rio de Janeiro, p.108-127, 1912.

Instrução para os Viajantes e empregados nas Colonias sobre a maneira de colher, conservar, e remeter os objectos de Historia Natural arranjada pela Administração do R. Museu de Historia Natural de Paris. Rio de Janeiro. Imprensa Regia, p. XXXIX – XL, 1819.

Jornal de Coimbra, volume XV, parte I, 1819.

KRUG, Carlos Arnaldo, A Quineira e a Malária, *Correio Paulistano* 1942.

LAWS, Bill. 50 plantas que mudaram o rumo da história, Rio de Janeiro: Sextante, 2013.

LE GOFF, Jacques. As plantas que curam. In: Le Goff, J. *As Doenças têm história*. Apresentação: Jacques Le Goff. 2.^a edição portuguesa (revista): Terramar, 1997.

MENDONÇA, H. B. M.; Necrológio, *Revista Agrícola do Rio*, Rio de Janeiro, 1912.

OLIVEIRA, Alfredo R. M; SZCZERBOWSKI, Daiane; Quinina: 470 anos de história, controvérsias e desenvolvimento, *Química. Nova*, n.32, v.7, p. 1971-1974, 2009

SANTOS, Nadja P. “Theodoro Peckolt, farmacêutico e naturalista do Brasil Imperial”. Tese (Doutorado) - Engenharia de Produção, COPPE, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

SILVA, José Alberto Teixeira Rebelo da. *A Academia Real das Ciências de Lisboa (1779-1834): ciências e hibridismo numa periferia europeia*. Tese (Doutorado em História e Filosofia das Ciências), Universidade Nova de Lisboa, 2015.

PECKOLT, Oswaldo L. Necrológio Gustavo Peckolt. *Revista Flora Medicinal*, p. 128-139, 1923

PECKOLT, Oswaldo L., O problema da aclimação da quina, separata da *Revista da Flora Medicinal*, ano XII, n. 6-12, 304p., 1945.

PECKOLT, Theodor; PECKOLT, Gustavo, *História das Plantas Medicinais e Úteis do Brasil*, Belo Horizonte: Fino Traço, 2016, 904p. – nova edição.

PECKOLT. Theodor, Autobiografia. Arquivo da família Peckolt, s/d.

PECKOLT, Waldemar, *Contribuição para o estudo das falsas quinas medicinais da américa do sul*, Rio de Janeiro: Typ. Lith. Pimenta de Mello & C., 255p. 1916

PRESENÇAS FEMININAS NO CAMPO DA MEDICINA TROPICAL E DA EDUCAÇÃO NO BRASIL: AS CARREIRAS CIENTÍFICAS DE HORTÊNSIA DE HOLLANDA E VIRGÍNIA SCHALL

Polyana Aparecida Valente ¹⁰⁶

Ana Castilho ¹⁰⁷

Luiz Otávio Ferreira ¹⁰⁸

Denise Nacif Pimenta ¹⁰⁹

Resumo

O objetivo deste trabalho é analisar a trajetória profissional e história de vida das pesquisadoras Hortênsia de Hollanda (1917-2011) e Virgínia Schall (1954-2015). Almeja-se compreender a inserção das mulheres no campo das ciências e da saúde no Brasil no período pós-guerra, sobretudo, nas discussões de educação e doenças tropicais, campos onde contribuíram de

106. Universidade do Estado de Minas Gerais/UEMG Ibirité. polyvalente84@gmail.com

107. Universidade do Estado de Minas Gerais/UEMG Ibirité. anacastilhocd@gmail.com

108. Casa Oswaldo Cruz / Fundação Oswaldo Cruz; luiz.ferreira@fiocruz.br

109. Centro de Pesquisa René Rachou/ Fundação Oswaldo Cruz. pimentadn@gmail.com

forma pioneira. Tomando suas trajetórias como fio condutor, mapeou-se a presença feminina no campo das doenças tropicais no Brasil, entre os anos de 1950 e 1980. Selecionou-se três importantes revistas científicas do tema, no período: *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais*, *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* e *Gazeta Médica da Bahia*.

Palavras-chaves: História das Mulheres, Trajetórias de Vida, Educação em Saúde, Medicina Tropical

Introdução

O presente artigo pretende analisar a trajetória profissional e história de vida das pesquisadoras Hortênsia de Hollanda (1917-2011) e Virgínia Schall (1954-2015). Além disto, almeja-se compreender a inserção das mulheres no campo das ciências e da saúde no Brasil, sobretudo, nas discussões de educação e doenças tropicais, campos onde contribuíram de forma pioneira. Tomando suas trajetórias como fio condutor, mapeou-se a presença feminina no campo das doenças tropicais no Brasil, entre os anos de 1950 e 1980. Compreendemos que esse período marca o processo de institucionalização do campo Educação em Saúde, antes intitulado Educação Sanitária. Assim, focamos o olhar na trajetória das pesquisadoras nesse período.

Os resultados aqui apresentados são preliminares e estão atrelados ao projeto em andamento: *“Uma vida pela educação e pela saúde: a trajetória de Virgínia Schall na construção da educação em saúde e saúde coletiva”*, sob a orientação da pesquisadora Denise Nacif Pimenta, com financiamento da CAPES (Projeto Memórias Brasileiras: Biografias/Edital nº 13/2015/ Capes).

Assim, tomamos como ponto de partida da análise os anos de 1950, período pós-guerra, no qual observa-se a organização de um novo coletivo da educação em saúde. Como uma nova forma de especialização e campo de pesquisa, com a entrada de diferentes sujeitos em movimento de autonomização, dos quais destacamos as mulheres como protagonistas. Estendemos a análise até os trinta anos seguintes, que marcam o processo de institucionalização e legitimação do campo da Educação e Saúde na interface com a Medicina Tropical no Brasil.

Para operar a análise selecionamos três revistas científicas de destacada importância no tema: *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* (1909-até o presente), *Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais* (1949-1986), e *Gazeta Médica da Bahia* (1866-1934 1966-1972 e 1976).

A criação e a manutenção desses periódicos estavam atreladas a estratégias de consolidação de entidades científicas tais como institutos de pesquisa e de ensino superior, sociedades científicas, além de órgãos públicos como um meio não só de divulgação das atividades, mas de mobilização de agentes sociais que poderiam ser aliados importantes no esforço de legitimação político social de suas ações. (FERREIRA; et al, 2008)

O periódico “*Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*”, teve o primeiro número lançado em abril de 1909. Trata-se de uma revista institucional, cujo propósito principal, é o de registrar a produção científica produzida no Instituto Oswaldo Cruz (IOC). Como órgão oficial do IOC, a revista se caracterizou desde o primeiro número como uma publicação endógena. Até 1980, só publicava na revista pesquisadores da instituição. (LEMONS, 1993; WELTMAN, 2002). Ainda hoje, destaca-se como uma das principais publicações da área biomédica e medicina tropical no Brasil. Todos os números do periódico estão disponíveis em plataforma on-line.

O primeiro número da Revista Brasileira de Malariologia e Doenças Tropicais, foi publicado em 1949, como órgão oficial do Serviço Nacional de Malária do Ministério da Educação e da Saúde. Criada para ser veículo de divulgação da ciência aplicada mais prática do que teórica a serviço da interação, informação e comunicação entre os técnicos em malariologia (PINNOTTI, 1949). A revista recebia trabalhos de colaboradores não vinculados ao Serviço Nacional de Endemias Rurais. Publicavam na revista especialistas em doenças tropicais (médicos e sanitaristas), maior parte deles, homens.

Já a *Gazeta Médica da Bahia* foi gestada em 1866, considerada por Coni (1952) um dos patrimônios culturais da história da medicina brasileira, serviu como veículo de pesquisas originais de uma “associação de facultativos” denominada: Escola Tropicalista Baiana. Grandes médicos publicavam na revista. Sua publicação foi interrompida em 1934 e voltou a circular entre 1966 e 1972. Mais tarde, em 1976, houve o lançamento de um número avulso. Em

1984, a professora Eurydice Pires Sant'Anna da Escola de Biblioteconomia e Rodolfo Teixeira da Faculdade de Medicina da Bahia organizaram um índice cumulativo da revista de 1866 a 1977. No ano de 2002, todos os trabalhos publicados até 1976 foram digitalizados. Alguns textos foram publicados em um livro sob a organização da Dra. Luciana Bastianelli. Desde 2008, os conteúdos estão disponíveis para consulta on-line. (JACOBINA e GELMAN, 2008; BRITTO, 2009)

Após a escolha dos três periódicos, procuramos traçar o perfil das cientistas (pesquisadoras e técnicas) que publicaram nos periódicos e atuavam no campo das “doenças endêmicas” ou tropicais na perspectiva da educação sanitária. Num primeiro momento fizemos o levantamento de todas as mulheres que tiveram trabalhos publicados, em seguida selecionamos os artigos/autoras que abordaram o tema da Educação Sanitária e/ou Educação em Saúde na sua interseção com a medicina tropical. Por se tratar de uma pesquisa em andamento, os resultados aqui apresentados são preliminares. Do universo de pesquisadoras registradas selecionamos além de Hortênsia de Hollanda e Virgínia Schall, outras seis pesquisadoras: Angelina Leite Ribeiro Garcia, Dalva Antunes Mello, Dértia Villalba Freire-Maia, Gildete Porto, Regina de Souza Martins e Tânia Maria Valência Correia de Araújo.

Os critérios de escolha das pesquisadoras foram o fato de abordarem em suas produções a questão da educação sanitária e, devido à dificuldade de encontrar informações sobre esse grupo de mulheres, selecionamos as que encontramos mais dados sobre suas trajetórias e produção. Muitas vezes encontramos mais informações sobre as pesquisadoras pela via de seus parceiros e mentores intelectuais do que pela sua própria produção. O que evidencia o silêncio da literatura sobre elas e a urgência de trabalhos dessa natureza.

Assim, procuramos identificar informações básicas sobre o perfil dessas mulheres, tais como: dados biográficos, filiação, local e ano de nascimento e falecimento, informações profissionais. Atentamos para instituições as quais pertenceram, mentores, influências, experiências importantes, viagens de estudos no exterior, estágios, empregos e cargos ocupados nas instituições e laboratórios, além da produção científica. Ao operar essa sistematização de dados foi nosso intento compreender como se deu a iniciação dessa geração

de cientistas no campo da educação sanitária e educação e saúde, destacando a produção de Hortênsia de Hollanda e Virgínia Schall.

Para a organização dos dados, fizemos uma grande listagem com o nome de todas as pesquisadoras que publicaram nas revistas no período selecionado. Na primeira triagem registramos 66 artigos assinados por mulheres na Revista Brasileira de Malariologia, na Memórias contabilizamos 219 mulheres e 7 na Gazeta Médica da Bahia. Esses números caem com os descritores Educação Sanitária, Educação e Saúde. Foram: 9 na revista de Malariologia, 3 na Memórias e 2 na Gazeta.

Posteriormente, operamos as buscas para obter informações sobre as pesquisadoras. Basicamente as pesquisas foram feitas no google acadêmico, scielo, lattes, dicionário de mulheres do Brasil e em plataformas sobre personalidades e cientistas¹¹⁰. Finalmente, procuramos analisar os dados estabelecendo relações com a bibliografia sobre o tema.

Criando interseções entre a Educação e a Medicina Tropical no Brasil: quem são as mulheres e o que produzem?

Observa-se nos três periódicos a predominância de autores homens. As primeiras mulheres a publicar nas revistas datam do final dos anos 1940. Nas primeiras publicações elas assinavam os trabalhos com pesquisadores parceiros, com o tempo passam a publicar sozinhas ou em parceria com outras pesquisadoras. Isso em certa medida se explica, pelo fato de antes da criação das universidades brasileiras, durante a década de 1930, o ensino superior estava organizado em faculdades isoladas e o acesso restrito a estudantes do sexo masculino. As transformações econômicas do pós-guerra vão permitir que um novo segmento social de classes médias urbanas pressione as autoridades para ampliação das condições de acesso à educação escolar, as quais destaca-se a partir dos anos 1940 o aumento significativo das mulheres no ensino superior (SOUZA, 2010). Assim, observa-se que paulatinamente as mulheres concluem o ensino superior e passam a ocupar lugares no campo acadêmico e científico. É notável nos periódicos analisados o aumento de artigos assinados por mulheres a partir dos 1950, número visivelmente crescente no final dos anos 1970 e meados da década de 1980.

110. <http://worldcat.org/identities/>; <http://sciencetree.net/>; <https://www.semanticscholar.org/>

Bertha Lutz foi a primeira mulher a publicar na Memórias no ano de 1949. Nesse mesmo ano publicaram as cientistas, Maria Isabel Melo e Rita A. de Lameida. Observa-se que no período selecionado para análise há poucos artigos dentro da perspectiva educação e saúde. De 1909 aos dias atuais, o tema Educação aparece em apenas 47 artigos. No período em análise, Schall publicou 9 artigos, sete deles em parceria com Pedro Juberg e outros pesquisadores (1985, 1986, 1987, 1988 e 1989) com abordagens mais específicas do campo da biologia. Em artigos publicados posteriormente (1987 e 1989), Schall propõe análises históricas sobre Educação em Saúde e esquistossomose no Brasil¹¹¹. Nos anos seguintes, que fogem ao recorte temporal da nossa pesquisa, Schall publicou artigos sobre educação em saúde no controle da esquistossomose e divulgação e popularização da área biomédica.

Dos três periódicos analisados a Revista de Malariologia é a que possui maior número de artigos com os descritores Educação Sanitária e Educação em Saúde, no período analisado encontramos 10 trabalhos femininos dessa natureza. O maior número de artigos publicados na abordagem educação em saúde na revista de Malariologia relaciona-se aos programas de educação sanitária do DNERu.

A primeira mulher a publicar na revista foi Alda Barbosa Lima, no ano de 1950, na ocasião ela assina o artigo com outros dois pesquisadores, Milton Moreira Lima e René Rachou. Alda era técnica do DNERu, sediada no laboratório do Ceará. O primeiro artigo a propor uma abordagem em educação e saúde é de Regina de Souza Martins, publicado em 1957¹¹². Na sequência, encontra-se na revista significativas produções femininas nesse campo. Salientamos, o artigo de Hortênsia de Hollanda intitulado, Educação Sanitária (1959). No artigo, Hortênsia apresenta os resultados de um trabalho desenvolvido por ela na região nordeste do país sobre Educação Sanitária no combate a esquistossomose. Hollanda mostra de forma minuciosa as

111. SCHALL, V. T.. Health education for children and the control of schistosomiasis. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, v. 82, n.IV, p. 285-292, 1987.

SCHALL, V. T.. Educação em Saúde e esquistossomose: Breve retrospectiva e uma proposta. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, v. 84, n.Suppl.I, p. 84-90, 1989.

112. MARTINS, Regina de Souza. Focos ativos de esquistossomose em Niterói. Revista de Malariologia e Doenças Tropicais.Vol. IX julho de 1957 nº 3 -. Estado do Rio de Janeiro. p. 361-364

relações entre esquistossomose e os problemas sociais, a necessidade de novas formas de formação profissional e as dificuldades para abordagem educativa nas campanhas de combate a doenças endêmicas. Interessante, demarcar que, Hortênsia utiliza como referências para o artigo pesquisadoras contemporâneas a ela.

Já na Gazeta Médica da Bahia, a primeira publicação feminina se dá no ano de 1966 com as pesquisadoras Mary Lúcia Ferreira e Gildete Porto. As publicações no periódico dialogam pouco com as dimensões educação e saúde. Dos 7 artigos publicados por mulheres na Gazeta, apenas dois tangenciam questões sociais e educacionais.

Como é possível observar na Tabela 1 (anexo), as pesquisadoras em análise formaram o ensino superior entre os anos de 1940 e 1970, como dito anteriormente, condições institucionais e políticas facilitaram o acesso a ensino superior nesse período. (SOUZA, 2010). Nesse contexto, as Faculdades de Filosofia surgiam como espaço destinado ao ensino e a prática das ciências responsabilizando-se pela formação em matemática, física, química, biologia, sociologia, história natural, psicologia entre outros. Como podemos ver, as pesquisadoras em questão, basicamente se formam nessas áreas destacando-se no campo da Biologia, História Natural, Nutrição e Psicologia.

Esse grupo de mulheres pertencia a setores médios-urbanos da população, na maioria das vezes ligadas a famílias tradicionais com notada influência política e/ou acadêmica. Recorrentemente, eram os laços familiares que conduziam as pesquisadoras ao campo profissional, não por acaso há vários casos de pesquisadoras que estabeleciam parcerias científicas com seus maridos, cunhados, pais e amigos da família. Aqui destacamos as pesquisadoras Angelina Leite Ribeiro Garcia e Dértia Villalba Freire Maia, ambas no início de suas carreiras profissionais estabeleceram parcerias com os seus maridos cujos nomes eram referência no campo das ciências. Notadamente, a partir dos anos 1970 começam a publicar sozinhas.

Outro traço marcante na trajetória desse grupo de pesquisadoras é a ampla e diversificada experiência docente. Todas elas lecionaram ou lecionam nos cursos de graduação e pós-graduação em importantes universidades públicas e privadas brasileiras tais como: Universidade Federal do Paraná, Universidade do Estado de Londrina, Universidade Federal do Triângulo

Mineiro, Universidade Federal de Pernambuco, Universidade Federal de Brasília, Puc-Rio de Janeiro e Minas Gerais. Destaca-se sobretudo, a passagem delas pelas universidades de São Paulo (UNIVESP, USP, UNESP). São Paulo destaca-se como importante polo de produção científica do país, no período estudado. Ressalta-se o importante apoio financeiro e parcerias estabelecidas com a Fundação Rockefeller no fomento à pesquisa no campo da medicina tropical. Como mostram os trabalhos de Farley (2003) e Worboys (2000) o campo da medicina tropical se estabelece pela ação imperialista e cria um circuito de agências internacionais.

Dentro desse circuito, os resultados das buscas biográficas e seus currículos mostram que as pesquisadoras circularam por diferentes espaços de produção do conhecimento na América Latina, Europa e especialmente na América Anglo-Saxônica. Vale lembrar que no final dos anos 1940, as políticas expansionistas estadunidenses estenderam seu controle em diversas áreas de influência no Brasil. Como salienta, Hochaman (2009), o pós 2ª Guerra Mundial, os contextos nacional e internacional são marcados pela ideia do desenvolvimento e por um otimismo sanitário. O projeto de desenvolvimento de Jucelino Kubitschek, o então presidente do Brasil tem como elementos centrais o combate as endemias rurais. A disponibilidade de novos recursos preventivos e terapêuticos, animava governos, agências bilaterais de cooperação e organizações internacionais a formular e implementar programas de saúde, visando controlar e mesmo erradicar, doenças do chamado mundo subdesenvolvido em tempos de guerra fria. (HOCHAMAN, 2009). Isso possibilitou o intercâmbio das pesquisadoras por diferentes instituições e agências internacionais de pesquisa em saúde. Elas participaram ativamente em instituições de fomento à pesquisa, conselhos nacionais e regionais ligados à sua formação e associações de ciências, endossaram particularmente as cadeiras da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência. Hortênsia de Hollanda, por exemplo, viajou pelos quatro continentes atuando nessas agências internacionais de saúde.

Outro traço importante de suas carreiras é o caráter multidisciplinar. Para além das suas carreiras científicas, envolviam-se no campo das artes, divulgação científica, ativismo político e projetos educacionais. Sempre olhando para as dimensões sociais e políticas das doenças que investigavam.

Este é o caso específico de duas pesquisadoras que iremos destacar a seguir Hortênsia de Hollanda e Virgínia Schall.

Demarcando as trajetórias de Hortênsia e Virgínia

Hortênsia de Hollanda, nasceu em Corumbá, no Mato Grosso do Sul, no ano de 1917. Em entrevista concedida a Virginia Schall em 1997, Hortênsia relata que ainda na infância acompanhava seu pai, o médico Horácio Hurpia Filho, nas consultas filantrópicas na Santa Casa. Justifica, inclusive que sua escolha para o campo da Educação e Saúde está atrelada a forma como o pai conduzia os atendimentos médicos na Santa Casa, cuidando não apenas da doença. Procurava compreender fatores do ambiente e dos modos de vida de seus pacientes (SCHALL, 1997).

Sua formação básica ocorreu em Belo Horizonte. Hortênsia cursou o ensino secundário no Rio de Janeiro na Fundação Ozório. O ensino secundário foi por excelência o espaço de formação de mulheres de elite. No ensino secundário, ressalta a importância de D. Cacilda, a diretora do colégio para sua trajetória. D. Cacilda Martins, era uma mulher importante, esposa do secretário geral do Itamaraty no tempo do Barão do Rio Branco. Na sua narrativa conta que D. Cacilda costumava contratar artistas e cientistas para dar aulas na sua escola. Desses, destaca a aproximação com um professor alemão. Lutzburg estava no Brasil a convite do governo brasileiro para pesquisar sobre os problemas da seca no Nordeste. Segundo Hortênsia, as lições de ciências e botânica do pesquisador guiavam a observação dos alunos para o meio ambiente. (HORTÊNSIA, 1996)

Logo que saiu do colégio, Hortênsia foi convidada pelo filho de D. Cacilda a trabalhar na Campanha Nacional pela alimentação da criança, recusando outra proposta de um cargo Itamaraty. Desse modo, Hortênsia inicia sua carreira área de Saúde Pública aos 16 anos. Alguns anos depois, casou-se e mudou para Portugal, onde ficou por um ano. Em seguida passou cinco anos no Paraguai, onde trabalhou como normalista no curso primário em classes femininas. Para além das discussões sobre puericultura, desenvolvia atividades práticas com suas alunas, preparando refeições para compreender os processos de nutrição.

Além do curso secundário, Hollanda fez dois cursos universitários: Língua Anglo-Germânica na Faculdade de Filosofia do Rio de Janeiro (1941) e Nutrição na Universidade do Brasil (1949). Fez também o curso de Especialização em Saúde Pública na Universidade do Chile (1950) e Mestrado em Educação e Saúde Pública na Universidade da Califórnia (1951). Participou como aluna e professora de vários cursos e seminários de Psicologia da Educação, Saúde Pública e Educação e Saúde. Sua carreira, inclui cargos e atividades docentes em diversas instituições nacionais e internacionais (SCHALL, 1999).

A experiência de escolarização de Hortênsia, está articulada em alguma medida às políticas educacionais implantadas a partir dos anos 1920 e institucionalizadas durante a chamada Era Vargas. Segundo, Azevedo e Ferreira (2008), tais políticas abriam espaço para novas oportunidades profissionais para as mulheres, sobretudo, às que pertenciam às classes médias e altas que decididamente, se direcionaram para o mundo do trabalho não doméstico, procurando ocupar nossos setores de produção de bens e serviços. Um dos efeitos dessas políticas foi a incorporação das mulheres nesses espaços acadêmicos e científicos, a consequente transformação do sistema de gênero e uma reconfiguração dos papéis sociais femininos.

Quando retorna ao Brasil, no ano de 1947, Hortênsia é convidada pelo pesquisador Manoel Ferreira do IOC, para trabalhar no Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). O SESP foi criado no ano de 1942, na era Vargas, através de um acordo entre os governos brasileiro e norte-americano. O SESP responsável pela implementação de técnicos no campo do saneamento, da assistência médica sanitária e treinamento médico para profissionais da saúde na Amazônia e regiões do Vale do Rio Doce em Minas Gerais (CAMPOS, 2008). Antes de assumir o cargo, Hortênsia foi enviada ao Chile para fazer um curso introdutório sobre saneamento e assistência médica sanitária. Conta a pesquisadora que possuía inúmeras críticas as concepções de abordagens verticalizadas adotadas no curso. Críticas essas que compartilhava com Samuel Pessoa, importante médico parasitologista e sanitarista brasileiro (HORTÊNSIA, 1996). Samuel Pessoa é considerado um dos primeiros médicos a ensinar e a disseminar o que denominamos hoje como determinantes sociais da saúde. (HOCHAMAN, 2015)

Num período marcado pelo ideal desenvolvimentista, com grandes empreendimentos, persistia as mazelas no país: populações rurais desnutridas sofrendo de endemias, da falta de recursos básicos de educação e outros serviços. A política governamental visou atingir com ímpeto o setor da saúde. Nesse interim ganhava projeção o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU) tendo como responsável Dr. Mário Pinotti com grande prestígio pelo sucesso obtido na luta contra a Malária, recebe muito recursos para a Campanha da Malária que mais tarde se estende para esquistossomose. De acordo com Hochaman (2009) a malária foi escolhida como doença econômica por excelência e o principal alvo das atenções internacionais e nacionais no referido período.

Hortênsia ingressa no DNERU no final dos anos 1950 com a incumbência de observar o trabalho desenvolvido e oferecer propostas em Educação e Saúde que contribuísse para eficácia do programa. Afirmar Hortênsia, que sua preocupação primeira era conhecer como se realizavam as campanhas na base local, como eram formuladas suas diretrizes no nível de direção e os resultados. Relata que observava as condições locais, dialogava com “os guardas de saúde” e pessoas da localidade. Levava em consideração também o meio ambiente e o relacionava com as práticas e resultados alcançados (HORTÊNSIA, 1996).

Afirmar a pesquisadora que nessa fase sua contribuição profissional mais significativa para o campo da educação e saúde foi a adoção de novas perspectivas teóricas-metodológicas mais integradoras e horizontais em contraposição aos enfoques adotados pelo DNERU. Revela que nesse período criou um confronto de opiniões e conceitos de abordagens dos problemas de saúde e práticas educacionais. Isso porque a gerência das campanhas – principal linha do DNERU cabia aos médicos e às concepções mais biomédicas vigentes no momento. Não havia no grupo a participação de educadores, nem tão pouco abertura para enfoques educacionais mais críticos. (HORTÊNSIA, 1996)

Os agentes de saúde ou “guardas sanitários”, como eram chamados, incumbidos da efetivação das campanhas junto às populações distribuíam os medicamentos apropriados, articulavam-se em postos de saúde em ações limitadas, orientavam sobre os cuidados imediatos indispensáveis e seus

benefícios. As propostas de Hortênsia representavam uma modificação radical de procedimentos no nível de execução de ações locais atingindo o processo de formação dos agentes, abrindo espaço para a participação das populações envolvidas, considerando o meio ambiente, na integração da educação no corpo técnico das práticas desenvolvidas pelo departamento (SCHALL, 1999).

Hortênsia enfrentou resistência à mudança de enfoque em programas que tinham repercussão nacional, que mobilizavam a imprensa e de forte apelo político. Era sedutor os resultados a curto prazo. Pondera, no entanto, que apesar das desconfianças, tinha autonomia e apoio da direção para desenvolver seu trabalho. Várias vezes menciona a relação amistosa entre ela e Mário Pinotti. Reconhecia que era difícil substituir a expectativa dos resultados rápidos, na aplicação de medicamentos, por processos mais lentos, apesar de duradouros (HORTÊNSIA, 1996).

Hortênsia reconhece que aos poucos, os médicos, biólogos e sanitaristas que trabalhavam com ela reconheciam que o DDT não matava de forma sustentável o caramujo e o mosquito e estimulavam seus projetos na Educação no controle da malária esquistossomose. Havia assim, no interior do DNERu um espaço de lutas e negociações entre diferentes abordagens, o “sanitarismo desenvolvimentista” que propunha a articulação da intervenção médico sanitária do desenvolvimento socioeconômico e o “sanitarismo campanhista” comprometido com intervenções sanitárias centralizadas, verticais e tecnologicamente focadas na resolução dos problemas sanitários. (HOCHAMAN, 2009) Esses embates políticos corroboram o argumento de Worboys (1997) de que a institucionalização da medicina tropical e a categorização das doenças tropicais foram produtos contingentes dos médicos e de elementos sociais e não apenas da enumeração de etiologias. Evidencia também que gradativamente os programas verticais de controle e erradicação de doenças tropicais, foram incorporando agendas mais horizontais como nutrição, assistência médica no campo e programas de saúde para mães e crianças (HOCHAMAN, 2009).

Assim, ao longo de sua trajetória, Hortênsia de Hollanda contou com a parceria, apoio profissional e político de importantes cientistas dos quais destacamos: Carlos Chagas Filho, Frederico Simões Barbosa e Dr. Pinotti,

Samuel Pessoa, José Rodrigues da Silva, Carlos Alberto Medina, Carlos Scliar, Horácio Hurlia Filho. A relação com esses homens notáveis, mostram como na empreitada de atuar no campo acadêmico e científico, Hollanda teceu importantes laços sociais com autoridades civis, estaduais, federais e com o poder local, o que lhe permitiu agir na criação, organização e gestão de serviços em Educação e Saúde. Além das parcerias nacionais, Hortênsia transitou por diferentes instituições internacionais como a OPAS, OMS, dentre outras e circulou por diferentes países pelos quatro continentes desenvolvendo projetos de educação e saúde. Assim, tornou-se em 1958 consultora da OMS para o Instituto de Programas para erradicação da Malária e Controle da Esquistossomose na África.

Nesse movimento, Hortênsia criou um novo campo de pensamento e práticas no Brasil, realizando um processo de trabalho processual e de equipe multiprofissional. Gera novas abordagens e uma mudança radical de procedimentos no departamento (SCHALL, 1999) que dialogava com agendas sanitárias internacionais. Hortênsia constrói novas estratégias de profissionalização, formação e treinamento de pesquisa de forma a criar um quadro de profissionais e de novas demandas na hierarquia e na produção científica brasileira.

Outra contribuição de Hortênsia de Hollanda para Educação e Saúde no campo da medicina tropical foi a produção e organização de documentos sobre educação e saúde, registrando a metodologia adotada. Discutia os diferentes enfoques de abordagens, realizava os levantamentos epidemiológicos, e construía um panorama da problemática. Hortênsia fazia análise crítica de conteúdo e pré-teste do material junto aos grupos interessados. Finalizava o processo com a avaliação de todo o processo. Foi dessa maneira que produziu a obra “Saúde como compreensão da vida” (DINIZ, 2007) em 1977.

A obra foi construída de forma coletiva e com profissionais de diferentes áreas do conhecimento. Foi distribuída nas escolas públicas, tendo o estado de Minas Gerais como experiência piloto. Nesse trabalho em específico, ressaltamos a utilização de uma metodologia de pesquisa e de trabalho com grupos elaborados pela pesquisadora Angelina Leite Garcia e seu esposo Célio Garcia, que na ocasião era assessor de pesquisa em Educação Sanitária no Brasil, junto ao Ministério da Saúde.

Hortênsia, ressalta a importância e entrecruzamentos entre as políticas de saúde institucionais no país com os organismos internacionais durante toda sua carreira. Registra como ponto importante o fato de não perder de vista o contato com as populações envolvidas nos programas de base.

Da Educação Sanitária à Educação em Saúde: o impacto do trabalho da Hortênsia na trajetória de Virgínia Schall

Para Schall, o campo de Educação e Saúde no Brasil, ao qual se alinhou teoricamente foi inaugurado por Hortênsia de Hollanda. Neste sentido, Virgínia debruçou-se, ao longo de sua carreira, sobre a vida e obra dessa pesquisadora com o objetivo de compreender a configuração dessa abordagem teórica. Para Virgínia, destacar a importância de Hollanda para educação em saúde é recuperar a memória da trajetória e construção dessa área no Brasil. (PIMENTA e ALMEIDA, 2018 [no prelo])

O início de sua carreira é marcado pelo processo de redemocratização do país. Nesse contexto participa dos debates políticos sobre saúde coletiva e educação em saúde. Seus trabalhos são frutos desses atravessamentos sobre direito à saúde e à educação. Preocupada com Educação em Saúde, construiu diversas experimentações teórico-metodológicas que ultrapassaram padrões e formatos acadêmicos recorrentes.

Virgínia Schall, foi uma divulgadora de ciência, psicóloga, pesquisadora e educadora brasileira. Nasceu em Montes Claros no dia 02 de junho de 1954, morou 20 anos no Rio de Janeiro e mudou-se para Belo Horizonte em 1999, onde faleceu no ano de 2015.

Foi a primeira das cinco filhas de José Reynhold Schall e Otilia Torres Schall. Seu pai era filho de alemães, funcionário público, coletor de impostos. A família mudou-se para o interior de Minas Gerais, para que o pai desenvolvesse trabalhos na instalação de energia, como parte das políticas desenvolvimentista de JK. (PIMENTA e VALENTE, 2018).

Nas décadas de 1950 e 1960, Virgínia passou a infância na cidade de Alvinópolis em colégios católicos. Ressaltamos a tradição dos colégios católicos mineiros em Minas Gerais. Esses colégios atendiam uma clientela bem específica de mulheres, pertencentes a elites econômicas e políticas.

Dentro desses espaços escolares, as estudantes compartilhavam valores, se organizavam em grêmios, festas que de alguma maneira lhe renderam amizades, mas sobretudo, capacidade administrativa, de organização de metas e formação de agendas pautadas nos interesses femininos. Além disso, viviam experiências filantrópicas de assistência à saúde dos desfavorecidos (VALENTE, 2016). Em, 1970 mudou-se com a família para João Monlevade, onde cursou o ensino secundário normal e científico.

Aos 18 anos mudou-se com a família para cidade de Belo Horizonte, para que pudesse cursar o ensino superior. Conta a família que seu sonho era ingressar no curso de belas-artes. Porém, impedida pelo pai cursou Psicologia. Aos 23 anos casou-se com o engenheiro mineiro Roberto Emerson de Matos Pinto com quem teve dois filhos.

Formou-se em Psicologia pela PUC Minas em 1978. Em função do seu interesse pelos aspectos biológicos e fisiológicos do comportamento estagiou em neurofisiologia na Universidade Federal de Minas Gerais. Foi bolsista de Iniciação Científica do CNPQ sob a orientação de Fernando Pimentel de Souza, que utilizava caramujos como modelo experimental para uso do cérebro humano. Pimentel foi um importante mentor intelectual de Virgínia no início de sua carreira. Com o ele desenvolveu um trabalho sobre o comportamento do caramujo *Biomphalaria glabrata*, hospedeiro do *Schistosoma mansoni*. No ano de 1975, esse trabalho ganhou o Prêmio Jovem Cientista do Instituto Brasileiro de Educação, Ciência e Cultura (PIMENTA, STRUCHINER e MONTEIRO, 2017).

Desse modo, continuou a trabalhar com a temática e ingressou no mestrado 1978 em Fisiologia e Biofísica da UFMG. No ano de 1980 defendeu a dissertação intitulada, *Comportamento do Caramujo Biomphalaria glabrata em um Gradiente Luminoso*. No mesmo ano, em razão da transferência profissional do marido foi morar no Rio de Janeiro. Nesse período lecionou no departamento de Ciências Fisiológicas da Universidade de Estado do Rio de Janeiro (UERJ) como professora substituta. Na ocasião tornou-se parceira profissional do pesquisador Pedro Jurgens. Por quem, em 1981 foi convidada a trabalhar no departamento de Biologia no Instituto Oswaldo Cruz (IOC).

Em 1981, sediada no IOC, tornou-se pesquisadora da Fiocruz, onde teve a oportunidade de se beneficiar da abertura da instituição à difusão do conhecimento e à valorização da educação promovidas na gestão de Sérgio Arouca (1985-1989), o primeiro presidente da instituição após o período de redemocratização do país. Mergulhada nesse universo, Virgínia Schall participou ativamente das discussões da implementação do Sistema Único de Saúde e contribuiu de forma significativa para a consolidação da Saúde Coletiva no Brasil. (PIMENTA e ALMEIDA, 2018 [no prelo])

Pedro Juberger e Virgínia trabalharam em colaboração nos primeiros anos da presença dela no IOC. Nesse período publicaram 3 artigos na Memórias. O primeiro deles no ano de 1985. Uma característica marcante dos trabalhos publicados em parceria com Pedro Juberger é o teor mais biológico da análise. Como vimos, somente em 1987, Virgínia publicou no periódico o trabalho intitulado, “Health education for children in the control of Schistosomiasis”. Com esse trabalho destaca-se como a primeira pesquisadora a publicar um artigo que envolve sujeitos humanos no ambiente escolar. No trabalho, Virgínia destaca a importância do trabalho com crianças na prevenção de doenças. (PIMENTA e ALMEIDA, 2018 [no prelo]) (PIMENTA, GRUZMAN e REIS, 2018)

O artigo publicado na Memórias estava ligado ao estudo que havia realizado no mesmo ano em escolares do bairro Alto do Boa Vista, RJ. No artigo, propunha o controle e prevenção da esquistossomose por meio de estudos sociais e de educação em saúde. (PIMENTA, 2015). Essa mesma questão é abordada em outro artigo, “Esquistossomose mansoni autóctone e outras parasitoses intestinais em escolares do bairro Boas Vista, RJ”, publicado na Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. (PIMENTA, GRUZMAN e REIS, 2018). Motivada por esses estudos de prevenção da esquistossomose no Rio de Janeiro, em 1987 fez o curso de especialização no Núcleo de Tecnologia e Saúde na Universidade Federal do Rio de Janeiro (Nutes/UFRJ), onde desenvolveu o trabalho intitulado, Educação em Saúde no controle da Esquistossomose

Na década seguinte, em 1999, Schall organizou, em conjunto com Miriam Struchiner o primeiro número temático no periódico Cadernos

de Saúde Pública (dedicado unicamente ao assunto – pela primeira vez em mais de dez anos de existência da revista). Tais publicações evidenciam a importância de sua produção para a divulgação de seus posicionamentos teórico-conceituais e metodológicos na área biomédica e saúde pública. (PIMENTA e ALMEIDA, 2018 [no prelo])

Sua dedicação ao campo da educação em saúde intensificou-se ao longo dos anos. Consolidando-se com a tese de doutorado, “Saúde e Afetividade na Infância: o que as crianças revelam e a sua importância na escola”, defendida em 1996 no Departamento de Educação da PUC-RJ.

Além da carreira na pesquisa, também foi escritora infanto-juvenil e poetisa. Recebeu prêmios tanto por sua atividade literária quanto por seu trabalho de divulgação científica. Cooperou ativamente com órgãos públicos, como os Ministérios da Saúde e da Educação, a CAPES, o CNPQ, a FAPERJ e a FAPEMIG, além de ter atuado internacionalmente em comitês da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), buscando sempre promover a divulgação do conhecimento científico e da educação nos diversos campos aos quais transitou.

Sua perspectiva multidisciplinar permitiu o desenvolvimento de trabalhos sobre diversos temas, dentre eles: prevenção e controle de doenças infecciosas e parasitárias, educação e promoção da saúde, tecnologias educacionais e de informação sobre saúde, ambiente e ciências, ensino de ciências e espaços formais e não formais de aprendizagem.¹¹³

Dentro da sua vasta gama de interesse, Schall tinha o grande desejo de escrever sobre a constituição do campo Educação em Saúde no Brasil. O período de maior produção científica de Schall se deu nos anos de 1980 e 1990, no processo de redemocratização do Brasil. Esse momento de abertura política possibilitou maior mobilização e participação das mulheres na esfera pública e a criação de uma nova agenda com pautas ligadas a Educação em Saúde e em Saúde Coletiva.

113. Ver: PIMENTA, Denise Nacif. STRUCHINER, Miriam e MONTEIRO, Simone Souza. **A trajetória de Virgínia Schall: integrando saúde, educação, ciência e literatura.** In: Revista Ciência e Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2017. (citaria normalmente nas referências. Sem estar pé de pag.)

No campo da divulgação científica sua atuação teve seu ápice na concepção do primeiro projeto do Museu da Vida (Fiocruz/RJ), inaugurado em 1999. Entre suas iniciativas de integrar ciência e arte, Virgínia foi a criadora do teatro Ciência em Cena, que apresenta peças sobre temas científicos em um espaço no campus da Fiocruz, hoje denominado Tenda da Ciência Virgínia Schall.

Em 1999, Virgínia retorna a Belo Horizonte e passa a integrar o quadro de pesquisadores do Instituto de Pesquisa René Rachou, onde cria o laboratório de Educação em Saúde e Ambiente (LAESA) com o objetivo de desenvolver pesquisas sobre doenças negligenciadas, doenças infecciosas e crônicas, além de estudos sobre saúde sexual e reprodutiva de jovens e adolescentes. Na mesma instituição participou ativamente da criação de dois programas de pós-graduação, Ciências da Saúde e Saúde Coletiva, ainda em vigor. Além dos seus trabalhos acadêmicos e científicos Virgínia Schall, integrou a Academia Feminina de Letras de Minas Gerais, publicou livros de literatura infantil.

Como professora, educadora e pesquisadora, é reconhecida por seu pioneirismo nas áreas de educação, saúde e divulgação científica no Brasil. Desenvolveu ações educativas com crianças jovens, professores e comunidade, fomentando a construção de conhecimentos para a prevenção de doenças e promoção da saúde, comprometidos com a valorização a vida e com a transformação social.

Considerações Finais e apontamento futuros...

O campo da Educação em Saúde em sua interface com as doenças tropicais é construído no contexto de pós-guerra, ligado a uma agenda internacional de saúde. Nessa nova agenda, as ações sanitárias e prevenção de doenças não são separados dos aspectos sociais e ambientais. Nosso argumento, é que no caso, brasileiro as pesquisadoras foram importantes para a construção desse campo. O perfil das pesquisadoras/cientistas que atuam nesse campo é muito peculiar, em sua maioria, estão ligadas à rede de sociabilidades e origem social muito peculiares: possuem sólida formação escolar e pertencem às elites sociais e culturais. Além disso, as carreiras científicas femininas são mais frequentes nas ciências biomédicas, nas ciências

humanas e sociais. Em suas trajetórias escolares foram influenciadas por ideias cristãs de assistência e educação social, o que provavelmente contribuiu para suas abordagens sociais sobre as doenças.

Destacamos, Hortênsia de Hollanda como uma das pioneiras do campo. Hortênsia teve uma atuação importante no DNereu, construiu dentro do departamento pilares de abordagens de educação nos modelos de ação estatal em saúde a partir dos anos 1950. Gradativamente o campo vai se institucionalizando. Os anos 1980 e 1990 despontam como importantes marcos da sua consolidação dentro processo de redemocratização do país. A trajetória de Virgínia Schall ajuda a compreender os posicionamentos teórico-metodológico do campo Educação em Saúde nesse período.

Observa-se nos periódicos selecionados pouco espaço para a discussão da Educação em Saúde na interface da Medicina Tropical, evidenciando a tensão e negociações internas para a concretização dessa nova agenda. Acredita-se que esse grupo de mulheres aos poucos criam outros espaços de produção ligados a essa temática, periódicos de caráter mais interdisciplinar.

Observa-se um silêncio na historiografia sobre a presença dessas mulheres o que aponta a necessidade de estudos mais aprofundados. Pretendemos com a pesquisa em desenvolvimento contribuir futuramente com análises mais sistematizadas.

Referências

AZEVEDO, Nara; CORTES, Bianca Antunes, FERREIRA, Luiz Otávio e SÁ, Magali Romero. *Gênero e ciência: a carreira científica de Aída Hassón-Voloch*. Entrevista. Cadernos Pagu (23) julho-dezembro de 2004 p. 355-387.

AZEVEDO, Nara; FERREIRA, Luiz Otávio. *Modernização, políticas públicas e sistema de gênero no Brasil: educação e profissionalização feminina entre as décadas de 1920 e 1940*. Cadernos Pagu (27) julho- dezembro de 2006 p. 213-254

FARLEY, John. *To cast out disease: a history of the International Health Division of the Rockefeller Foundation (1913-1951)*. New York: Oxford University Press. 2004.

FERREIRA, Luiz Otávio; AZEVEDO, Nara. *Institucionalização das ciências, sistema de gênero e produção científica no Brasil (1939-1969)*. História, Ciências e Saúde. Manguinhos. Rio de Janeiro, v.15, suplemento, jun., 2008 p. 43-71

HOCHMAN, Gilberto Samuel Barnsley Pessoa e os determinantes sociais das endemias rurais. Construtores da Saúde Coletiva, 2013. Disponível na Internet - <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0425.pdf>

HOCHMAN, Gilberto. “O Brasil não é só doença”: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jul. 2009

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; GELMAN, Ester. Juliano Moreira e a *Gazeta Médica da Bahia*. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, vol.15 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2008

LEMONS, Antonio Agenor Briquet de. Análise crítica de uma revista institucional: as *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. *Cadernos de Saúde Pública*, Disponível na Internet - <https://www.scielosp.org/article/csp/1993.v9n2/161-169/>

LOURO, Guacira Lopes. Mulheres na sala de aula. In: DEL PRIORE, Mary (Org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto/Unes, 1998 p. 443-481

PERROT, Michele. Sair. In: DUBY, Georges; PERROT, Michelle (dirs.). *História das Mulheres no Ocidente*. O século XX. Porto: Afrontamento, 1991. v. 4 p. 502-539

PIMENTA, Denise Nacif e Juniele Rabêlo de Almeida. Cidadania, Educação em Saúde e Divulgação Científica: A trajetória de Virgínia Schall no contexto da redemocratização brasileira, 2018. [no prelo]

PIMENTA, Denise Nacif. STRUCHINER, Miriam e MONTEIRO, Simone Souza. *A trajetória de Virgínia Schall: integrando saúde, educação, ciência e literatura*. In: Revista Ciência e Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2017. p. 1-6

PIMENTA, DN; GRUZMAN, Carla; REIS, Débora. A Educação em Saúde e a Divulgação Científica sob o Olhar Integrador de Virgínia Schall. In: MONTEIRO, Simone & PIMENTA, Denise Nacif (orgs) *Ciência, saúde e educação: o legado de Virgínia Schall*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. 469

RENOVATO, Rogério Dias e BAGNATO, Maria Helena Salgado. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). *Educar em Revista*, Curitiba, Brasil, n. especial 2, p. 277-290, 2010. Editora UFPR

SCHALL, Virgínia T. *Alfabetizando o corpo: o pioneirismo de Hortênsia de Hollanda na educação em Saúde*. Entrevista. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15 (Sup. 2), 1999 p.149 -159

SCHALL, Virgínia Torres; STRUCHINER, Miriam. Educação em saúde: novas perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública* [Em linha]. Vol 15, sup, 2, 1999. [Consult. 24 Jun. 2016]. Disponível na Internet – http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So102-311X1999000600001

VALENTE, Polyana Aparecida. *Mulheres católicas em ação: caridade, saúde e divulgação de ciências em Belo Horizonte (1897-1936)*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas Departamento de História, 2016.

WELTMAN, W. L. A produção científica publicada pelo Instituto Oswaldo Cruz no período 1900-17: um estudo exploratório. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, vol. 9 (1): 159-186, jan.-abr., 2002

Anexos

Tabela 1 – Perfil Pesquisadoras

Angelina Leite Ribeiro Garcia	Esposa do professor e psicólogo Célio Garcia. Trabalhos destacados no campo da psicologia e saúde. Seus trabalhos permitiram prestação de serviços às escolas e outros órgãos do sistema público de saúde. Assessor de pesquisa em Educação Sanitária no Brasil (1960) junto ao ministério da saúde. Foi ativista na causa de direitos animais em Belo Horizonte. Ativista dos Direitos Humanos e membro da Comissão Nacional sobre a ditadura militar.
Dértia Villalba Freire Maia	Casada com Ademar Freire-Maia – Biólogo, secretário geral da sociedade brasileira para o progresso da ciência. Participava de grupo da USP que recebia apoio da Fundação RocKefeller. Seu cunhado, Newton Freire-Maia, professor da Universidade Federal do Paraná. Membro da Academia Brasileira de Ciências. Sócio fundador e ocupou cargos na Sociedade Brasileira de Ciência e na Sociedade Brasileira para o progresso da Ciência. Graduiu-se em Bacharelado em História Natural pela Universidade de São Paulo (USP) (1961), Graduação em Licenciatura: História Natural pela USP, (1961), Doutorado (direto) pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 1972, Livre-Docente pela Universidade Estadual de Paulista (UNESP), 1978 e Prof. Titular de Genética pela UNESP (1987). Foi Assessor Científico da Fundação da UNESP. Foi contratada como Prof. Titular voluntária Dep Gen. da UNESP. Atualmente é Professora de Pós-Graduação da UNESP, USP e Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Assessor Científico da Universidade Estadual de Londrina, parecerista da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Assessor Científico da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, Diretor Científico - Citogen Biotecnologia, membro do corpo editorial da Universidade Estadual de Maringá, membro do comitê setorial de pesquisa da Fundação do Paraná, e membro do comitê externo do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Tem experiência na área de Genética, com ênfase em Mutagenese, atuando principalmente nos seguintes temas: ensaio cometa, doenças gastroesofágicas, danos ao DNA, citogenética e micronúcleo.
Tânia Maria Valência Correia de Araujo	Trabalhou com temáticas ligadas ao controle higiênico-sanitário, Nutrição e saúde da mulher, Nutrição da criança e do Adolescente. Estudou no Instituto de Nutrição de Centro América no Panamá. Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (1959).

Hortênsia de Hollanda	Nascida em Corumbá, Mato Grosso do sul, 1917. Faleceu em Votuporanga, São Paulo, 5 de maio de 2011. Coursou o colegial no Colégio Univeritário, 1938. Concluiu o curso de Língua e Literatura AngloGermanica na Faculdade de Filosofia do Rio de Janeiro em 1941 e o de Nutrição pelo Instituto de Nutrição da Universidade do Brasil, em 1949. Especializou-se em Saúde Pública e Educação em Saúde na Universidade do Chile e na Universidade da Califórnia. Mestrado em Public Health and Education. exerceu vários cargos e atividades docentes no Brasil. De 1949 a 1955, foi assistente técnica da Divisão Educ. Sanitária do Serviço Especial de Saúde Pública da Fundação SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), Ministério da Saúde. A partir de 1954, passou a formular e orientar programas de educação em saúde para o DNERU. Parceiros: Angelina Leite Ribeiro, Selva Sampaio, Edite Mata Machado, Mônica Meyer, Joaquim Cardoso, José Carlos e Rosinha Dias, D. Luiza Leite Ribeiro e Heleno Salgado, Dr. José Rodrigues da Silva, Olimpio da Silva Pinto, Jorge Valadares, Lenita Vasconcelos, Bernandete Lobato, Guilherme Rodrigues da Silva, Cecília Donangelo, Julieta, Sizuka, Zenaide, Carlos Alberto Medina, Célio Garcia, Dr. Mario Pinotti. Iniciou-se profissionalmente quando a sociedade brasileira vivia a etapa desenvolvimentista e de expansão diversificada da industrialização, sobretudo a partir da segunda metade da década de 1950, durante o governo de Juscelino Kubitschek, cuja política social se manifestou na intenção de promover o bem-estar geral do povo. Ingressou no DNERu com a incumbência, um tanto genérica, de observar e oferecer propostas de educação em saúde para contribuir com o controle da esquistossomose.
Virginia Schall	Nascida em 2 de junho de 1954, Montes Claros, Minas Gerais, Faleceu em 29 de abril de 2015, Belo Horizonte, Minas Gerais. Graduiu-se (1973-1978) em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, se interessou por estudar os aspectos fisiológicos e biológicos do comportamento humano, o que a levou a participar como bolsista de iniciação científica de uma pesquisa coordenada pelo professor Fernando Pimentel de Souza que usava caramujos como modelo experimental para o estudo do cérebro humano. Tal participação lhe rendeu o Prêmio Jovem Cientista do Instituto Brasileiro de Educação, Ciência e Cultura. Mestrado (1978-1980) em Fisiologia e Biofísica na UFMG. Em 1996, Virginia concluiu o doutorado em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, com uma tese que de certa maneira se aprofundava menos nos temas estudados anteriormente e voltava-se mais para a educação infanto-juvenil em saúde e ciência. Cooperou ativamente com órgãos públicos, como os Ministérios da Saúde e da Educação,

Virginia Schall	a CAPES, o CNPq, a FAPERJ e a FAPEMIG, além de ter atuado internacionalmente em comitês da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Virginia Schall formou-se em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (1978). Obteve o mestrado em Fisiologia pela Universidade Federal de Minas Gerais(1980) e doutorou-se em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (1996). No doutorado, voltou-se para o estudo da divulgação científica para crianças, tema caro à pesquisadora e que a inspirou a desenvolver muitos projetos direcionados ao público infantil e adolescente.
Dalva Antunes Mello	Possui graduação em História Natural pela Universidade Federal de Pernambuco(1967). Especialização em Ciências da Higiene pela Universidade Federal de Pernambuco(1968), mestrado em Parasitologia pela Universidade Federal de Minas Gerais(1974) e doutorado em Parasitologia pela Universidade de São Paulo(1980).
Gildete Porto	Filha de João José de Macedo e Juliana de Oliveira Macedo. Nasceu em Palmeiras, Chapada Diamantina dia 24 de novembro de 1934. Faleceu em Brasília, abril de 2006. Em 1958, diplomou-se em medicina na Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública. Em 1965, decidida a realização de um estudo longitudinal em São Felipe, indicada para conduzir os trabalhos na área, principiados em junho do mesmo ano. Após 1987, assumiu a Chefia de Grupo. Iniciou o Doutorado no Curso de Pós-graduação em Medicina Tropical. Foi assessora de vários deles, membro de Comitês. Coordenadora da área Médica II da CAPES para avaliação dos Cursos de Pós-graduação, auxiliando na implantação dos atuais critérios de julgamento.
Dalva Antunes Mello	Possui graduação em História Natural pela Universidade Federal de Pernambuco(1967). Especialização em Ciências da Higiene pela Universidade Federal de Pernambuco(1968), mestrado em Parasitologia pela Universidade Federal de Minas Gerais(1974) e doutorado em Parasitologia pela Universidade de São Paulo(1980).

TUBERCULOSE: A HISTÓRIA DO MAL DOS SÉCULOS NO ESTADO DO AMAZONAS ATÉ OS DIAS ATUAIS

Rayane Thaise Neri de Souza
Maria do Socorro de Lucena Cardoso

Resumo

A tuberculose é denominada uma doença infecciosa e transmissível que afeta prioritariamente os pulmões, embora possa acometer outros órgãos. No Brasil, essa doença é um sério problema da saúde pública, e as suas origens se iniciaram desde a chegada dos missionários no país no século XIX. Nesse cenário, o estado do Amazonas, localizado no norte do país, destaca-se pela alta incidência de casos que acompanha a região há mais de 100 anos e ainda é bastante agravante na população.

Objetivo: Destacar a importância da história da tuberculose no estado do Amazonas e suas políticas na área da saúde, assim como levantar os principais pontos dessa temática até o século XXI. **Metodologia:** Foram analisados 2 acervos disponibilizados pela biblioteca da Policlínica Cardoso Fontes, além de artigos, sites de pesquisa, reportagens de jornais locais e outras fontes condizentes com dados encontrados no Brasil e no Amazonas.

Desenvolvimento: A história da tuberculose no Amazonas teve suas origens no ano de 1932, com Associação Pró-Tuberculose, que era constituída por senhoras da sociedade amazonense. Essa associação contava com apenas 20 leitos disponíveis no Hospital da Santa Casa de Misericórdia. Nessa conjuntura, anos mais tarde alguns médicos tisiologistas e advogados se uniram e fundaram a Liga Amazonense Contra Tuberculose, o qual foi de extrema importância para a melhoria do atendimento dos pacientes. Posteriormente, foi doado um terreno na rua Lobo d'Almada para que a Liga tivesse sua própria sede. Todavia, com a grande demanda de tuberculosos na região, a Liga mudou-se para o Dispensário Cardoso Fontes. Sucessivamente a essa vitória, foi doado outro terreno onde atualmente está localizado o Hospital Adriano Jorge para auxiliar a grande procura dos enfermos. Nos início dos anos 2000, foi iniciado um processo de descentralização do atendimento para unidades básicas de saúde, pois dessa forma, seria possível oferecer atendimento para mais pessoas. No ano de 2016, o Governo do Amazonas anunciou o fechamento da Policlínica Cardoso Fontes para dar enfoque ao atendimento descentralizador, porém, muitos médicos relutaram o fechamento e conseguiram converter a situação. Ao decorrer de tantas mudanças, houveram muitas dificuldades, principalmente no quesito de equipamentos para auxílio diagnóstico e fechamento de algumas unidades de saúde. Por outro lado, também houveram muitas realizações, e hoje o sistema de saúde no Amazonas permanece lutando para diminuir a incidência de casos. **Conclusão:** A tuberculose foi e continua sendo um desafio, não só para o Amazonas como para o Brasil. Dessa forma, a base teórica da história dessa moléstia na região auxilia a entender os acertos e erros do manejo de pacientes e como isso reflete nas condições encontradas atualmente.

Palavras-chave: Saúde; Paciente; Problema; Região.

Abstract

Tuberculosis is an infectious and transmissible disease that primarily affects the lungs, although it may affect other organs. In Brazil, this disease is a serious problem of public health, and its origins have begun since the

arrival of the missionaries in the country in the nineteenth century. In this scenario, the state of Amazonas, located in the north of the country, stands out due to the high incidence of cases that accompany the region for more than 100 years and is still quite aggravating in the population. **Objective:** To emphasize the importance of the history of tuberculosis in the state of Amazonas and its policies in the area of health, as well as to raise the main points of this theme until the 21st century. **Methodology:** We analyzed 2 collections made available by Policlínica Cardoso Fontes' library, as well as articles, research sites, local newspaper reports and other sources consistent with data found in Brazil and Amazonas. **Development:** The history of tuberculosis in the Amazon had its origins in 1932, with Association Pro-Tuberculosis, which was constituted by ladies of the Amazon society. This association had only 20 beds available at the Santa Casa de Misericórdia Hospital. At this juncture, years later some physiotherapists and lawyers came together and founded the Amazonian Against Tuberculosis League, which was extremely important for improving patient care. Later, a land was donated in the street Lobo d'Almada so that the League had its own headquarters. However, with the great demand for tuberculosis in the region, the League moved to the Cardoso Dispensary. Following this victory, another ground was donated where the Hospital Adriano Jorge is currently located to help in the great demand of the sick. In the early 2000s, a process of decentralization of care for basic health units was initiated, as it would be possible to provide care for more people. In 2016, the Government of Amazonas announced the closure of Policlínica Cardoso Fontes to focus on decentralization, but many doctors were reluctant to close and were able to convert the situation. In the course of so many changes, there were many difficulties, especially in the area of equipment for diagnostic assistance and closure of some health units. On the other hand, there have also been many achievements, and today the health system in Amazonas remains struggling to reduce the incidence of cases. **Conclusion:** Tuberculosis has been and continues to be a challenge not only for the Amazon but also for Brazil. Thus, the theoretical basis of the history of this disease in the region helps to understand the correctness and errors of patient management and how this reflects the current conditions. **Keywords:** Health; Patient; Problem; Region.

Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (Brasil, 2011). A doença tem como característica marcante um longo período de latência entre a infecção inicial e a apresentação clínica da doença, onde há preferência pelos pulmões, mas também pode ocorrer em outros órgãos do corpo como ossos, rins e meninges; além de resposta granulomatosa associada à intensa inflamação e lesão tissular (ISEMAN, 2005).

Diante desse contexto, o Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS que concentram 80% da carga mundial de TB. Em 2009, foram notificados 72 mil casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38/100.000 habitantes. Esses indicadores colocam o Brasil na 19ª posição em relação ao número de casos e na 104ª posição em relação ao coeficiente de incidência (WHO, 2011).

O estado Amazonas, localizado na região norte do Brasil, ocupa a liderança do estado com os maiores índices do país e com eminentes taxas de mortalidade na população. As principais causas para explicar esse contexto se sustentam no abandono do tratamento e nas circunstâncias de determinantes sociais.

Tendo em vista que essa realidade acompanha a população amazonense há mais de 100 anos, tanto o manejo dos pacientes como as políticas de saúde mudaram, mas poucas informações foram coletadas até os dias atuais.

Desenvolvimento

Durante o período de 1850 a 1900, a Amazônia brasileira passou por uma expressiva dinâmica espacial e econômica atribuída a um boom do extrativismo da borracha, esta demanda contribuiu para o desenvolvimento econômico da cidade de Manaus, capital do Amazonas.

O período da borracha forneceu uma eminente contribuição para a compreensão de como esse processo ocorre em um espaço antes “inalterado” produzido e reproduzido determinadas doenças. Dentre as denominadas patologias da borracha chamava a atenção em particular para Manaus ao final do século XIX e início do século XX, a malária e a tuberculose, os quais foram listadas como as principais doenças da cidade.

Segundo Batista (1984), na cidade em Manaus de 1914 até a década de 30, ocorreu uma depressão econômica muito grande em que a “terra da promessa” passou a ser a “terra da precisão”. A partir desta depressão, as indústrias extrativistas e o comércio entraram em falência, escassearam-se as rendas públicas, e o padrão de vida baixou tanto que acabou por nivelarem ricos e pobres. Neste período, devido ao estado caótico dos serviços básicos e a carência de alimentos, ocorreu um aumento de doenças, embora os casos de tuberculose obtivessem uma pequena queda (Pinheiro 2003; Loureiro 2004).

Devido ao crescente número de tuberculose na metrópole manauara, em 1932 foi criado a Associação Pró-Tuberculose, o qual era constituído pela Dra. Aurélia Rego Barros, pela Dra. Emília Antony e outras senhoras da sociedade amazonense. Anos mais tarde, a Associação contava na sua equipe com o Dr. Carlos Melo, médico Tisiologista, que convidou o Dr. Moura Tapajós, também médico, que havia chegado recém-formado de Recife- PE para fazer parte da Associação em Manaus, assim como outros médicos voluntários.

Alguns dos médicos que compunham a Associação, como Dr. Carlos Melo e Dr. Moura Tapajós, decidiram juntamente com outros profissionais fundar a Liga Amazonense Contra a Tuberculose (LACT). Dentre esses especialistas, pode-se citar o Dr. Garcia Gomes, Dr. José Lindoso (advogado), Dr. Humberto Vasconcelos, Dr. Benedito Carvalho (advogado), Dr. Luiz Montenegro, Dr. Augusto Freiras Pinto (professor e advogado) e Dr. João Correa (desembargador). A LACT portanto seria a quarta liga do Brasil e não possuía sede própria, mas funcionava no Térreo do Clube Sírio Libanês, na Rua Teodoro Souto.

A partir do funcionamento da liga, deu-se enfoque ao atendimento médico e atividades sociais, os quais eram realizadas por voluntários que buscavam ajudar por meio de agasalhos e alimentos. Nesse contexto, foi criado o 1º ambulatório em tuberculose no Amazonas, que teve como seu primeiro presidente o desembargador Dr. João Correa.

Todo o serviço dos profissionais da liga era de caráter não remunerado, e anos mais tarde a mesma passou a ser presidida pelo Dr. Djalma Batista. Em 1931, com a nova presidência, foi iniciado um treinamento para voluntários interessados em aprender mais sobre a realização de exames e dessa forma,

ajudar no atendimento de pacientes tuberculosos. A credibilidade da população aumentou progressivamente, e houve necessidade da mudança de endereço para o prédio da Profilaxia Rural do Amazonas localizado na Rua Barroso no Centro de Manaus.

Em 1942, por iniciativa do Interventor do Estado , Dr. Álvaro Botelho Maia, foi doado um terreno na Rua Lobo d'Almada , para que a LACT tivesse Sede própria. Ademais, a equipe da liga idealizou a fundação de um Dispensário com o nome do Dr. Cardoso Fontes (1879-1943), para prestar atendimento a população. Dessa forma, com a participação da população e da Prefeitura de Manaus , iniciou-se a construção da Sede do dispensário , o qual demorou quatro anos para finalização da obra e custou à época 460 réis.

Em 1944, o Dr. Álvaro Botelho Maia, Dr. Rui Araújo e Dr. Almir Pedreira conseguiram por meio de doação, um aparelho de raio-x para o Dispensário Cardoso Fontes (DCF). À época, esse aparelho era o único existente em todo o estado do Amazonas e por isso, foi considerado uma grande vitória para auxílio diagnóstico dos doentes.

No ano seguinte, a atendente de enfermagem Esther Giugni se integrou a liga , o qual no mesmo ano mudou-se para o DCF , que ainda se encontrava em construção. Nesse cenário, em novembro do mesmo ano houve a inauguração do dispensário , que era composto pelo diretor Dr. Moura Tapajós, e a instituição era mantida pela liga e seus integrantes.

Já em 1946, tanto o Dr. Djalma Batista quanto o Dr. Luiz Montenegro ficaram pelo laboratório do estabelecimento, onde era realizado a Baciloscopia , Exame Parasitológico de Fezes e Exame de urina EAS- Elementos Anormais do Sedimento. Além disso, no mesmo local era realizado o treinamento para funcionários para leitura das lâminas .

À época, a cidade de Manaus possuía 120.000 habitantes, e a energia elétrica para a cidade era de 210 Watts contínuo, enquanto que os aparelhos do DCF eram de 11º Watts. Dessa forma, o funcionamento dos exames de radiografia e abreugrafias era realizado apenas no horário de 13 horas até às 17 horas. Além desses exames, a instituição disponibilizava exame de PPD (Purified Protein Derivative), Vacina BCG e consultas médicas com distribuição de medicamento.

Pela necessidade de uma enfermeira técnica científica nos anos de 1949 à 1952, a atendente de enfermagem Esther Giugni viajou para Belém- PA para fazer o curso de enfermagem, e após a conclusão do curso, retornou para Manaus. No ano seguinte, a enfermeira Esther G, através da LACT, realizou em Manaus o Curso de Visitadoras Sociais, que foi ministrado pelos médicos do DCF. Dessa forma, as pessoas que recebiam o treinamento poderia empreender visitas domiciliares e o serviço dos comunicantes de tuberculose.

Em 1952, o Dr. Djalma Batista assume a direção do DCF. Porém, à medida que a instituição progredia , a demanda de pacientes duplicou e o número de médios não era mais suficiente para atender a alta procura. Nesse mesmo ano, uma reunião com o então Governador do Estado, Dr. Arthur César Ferreira Reis, e o Secretário de Saúde Dr. Theomário Pinto da Costa, cujo objetivo era que o Estado assumisse o DCF , inclusive com as pessoas que trabalhavam na LACT desde 1939, para que os mesmos fossem contratados pelo tempo de serviço. Com o afastamento do Dr. Djalma Batista, a LACT encerrou suas atividades , nesta época, o DCF já fazia parte da Secretaria Estadual de Saúde (SESAU) , que tinha como Diretor o Dr. Garcia Gomes.

Quando o prédio do Sanatório Adriano Jorge foi entregue a população, assumiu a direção do Sanatório o Dr. Carlos Melo e o Dr. Moura Tapajós como chefe clínico.

Durante a década de 1960, a cidade de Manaus sofreu um elevado crescimento urbano devido à implantação da Zona Franca. Nessa época, a cidade dobrou de tamanho ocasionando um crescimento desordenado e aquecimento da especulação imobiliária. Deu-se então o início migratório das pessoas dos seringais para a cidade com a esperança de mudar de vida. No período de 1970 a 1980, a população de Manaus praticamente quadruplicou, devido, principalmente a Zona Franca (Benchimol, 1981). A população passou de 200 mil habitantes na década de 1960, para 900 mil nos anos 1980.

Em 1968, a enfermeira Mirancy Vasconcelos Guimarães deu início ao treinamento sobre PPD e vacina BCG destinados a enfermeiras da SESAU, Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). No ano de 1974, foi criado em todo território Nacional , as Coordenadorias Estaduais do Programa de Controle

da Tuberculose , que teve seu primeiro coordenador estadual o Dr. Euler Esteves Ribeiro , também diretor na época , o DCF , substituído pelo Dr. José Carlos Ferral Fonseca.

Já em 1986, o CDF passou a se tornar o Centro de Saúde Cardoso Fontes, onde eram realizadas todo tipo de atendimento médico. Em 1990, com a nova estrutura organizacional da Secretaria de Saúde do Amazonas/ SESAU, foi criado o Centro de Referência Especializado em Penumologia Sanitária Cardoso Fontes (CREPS). E em 1992, o laboratório da CREPS , através do Ministério da Saúde, tornou-se responsável pelos treinamentos e supervisões de toda parte teórica dos laboratórios existentes na capital e no interior do estado, no que se refere a tuberculose.

Em 1998, foi registrada pela CREPS a maior incidência de casos de tuberculose no estado, foram 2.012 casos dos quais 1.471 registrados em Manaus, o que colocou o Amazonas como o primeiro colocado de casos notificados de tuberculose no país (Dantas, 2006). Posteriormente, a CREPS que atendia até 2001 todo o estado do Amazonas, passou a ter suas atividades redirecionadas para 61 municípios do Amazonas e, portanto, o Município de Manaus passou a ser responsabilidade da SEMSA.

Em 2002, os atendimentos dos casos de TB estiveram centralizados na policlínica Cardoso Fontes, centro de referência estadual para o controle da doença. O processo de descentralização teve início nos anos 90, mas, até o fim de 2002, das 9.628 notificações existentes nos bancos de dados da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), somente 385 (4%) haviam sido notificadas por Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios, ou seja, os registros não estavam sendo feitos adequadamente.

A partir de 2003 ocorreu uma descentralização dos serviços de notificação de casos de Tuberculose a nível municipal, ocasionando uma perda de arquivo e impossibilitando a análise espaço temporal da doença na cidade (Marreiro et al., 2009). Os casos diagnosticados e notificados pelas unidades de referência (Policlínica Cardoso Fontes, Fundação de Medicina Tropical do Amazonas e Ambulatório Araújo Lima) passaram a ser encaminhados para continuidade do tratamento para UBS e encerrados por transferência de origem. Em 2003, os índices de cura e transferência, até o momento da descentralização, apresentavam resultados próximos aos recomendados pelo Ministério da Saúde.

As UBS, embora tivessem recebido e acompanhado o tratamento dos casos transferidos, registrando-os no livro de registro de casos, não realizaram a notificação dos casos recebidos por transferência na maior parte dos casos. Dessa forma, os casos permaneceram encerrados por transferência. Não obstante os esforços empreendidos pela equipe técnica municipal, não havia estrutura e organização suficientes para proceder à análise crítica dos dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Segundo a avaliação nacional realizada em Manaus, em novembro de 2005, as análises de resultado de tratamento dos anos 2003 e 2004 apresentavam uma situação crítica em relação à evolução dos casos, com alta taxa de transferência e baixo índice de cura, provavelmente, devido a todo a falta de comprometimento com o sistema descrito anteriormente.

Em 2004, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) aprovou , um Plano de Ação fundamentado na descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da tuberculose . O processo de descentralização das ações de controle da tuberculose em Manaus aconteceu em consonância com as diretrizes do PNCT.

Na fase em meio à descentralização para a rede básica de saúde, aparentemente, não houve preparo técnico suficiente para as ações de vigilância epidemiológica, principalmente no que se refere à notificação e encerramento dos casos. Os técnicos das UBS que receberam os pacientes transferidos afirmaram, em sua maioria, desconhecer a necessidade de notificar os casos recebidos. Nas poucas notificações realizadas, detectaram-se vários erros de preenchimento que impediam a vinculação. porém, a taxa de cura permaneceu abaixo da meta nacional (76,9%), demonstrando a necessidade de melhoria na assistência. (MARREIRO, Leni da Silva) A proporção de abandono de tratamento nos dois anos estudados (8,3% e 9,4%, respectivamente) foi superior ao recomendado pelo PNCT (menos que 5%).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde (2006), a cidade de Manaus detinha o maior índice de casos de tuberculose do país registrando aproximadamente 82,7 casos por 100 mil habitantes, sendo que a média nacional é de 45 casos por 100 mil habitantes. A média de casos na cidade de Manaus era considerada alta pelo Centro Regional Especializado em Pneumologia Sanitária (CREPS) e pela Diretoria de Epidemiologia e Ambiente

(DEPAM) fazendo-se necessária uma verificação de fatores que contribuem para a erradicação da doença na capital Amazonense.

Durante esse tempo até o ano de 2015, poucos dados foram recolhidos , porém foi anunciado pelo Secretário de Saúde, Pedro Elias no ano início do ano de 2016 uma possível desativação da Policlínica Cardoso Fontes e destacou que os serviços de unidade serão majoritariamente descentralizados. À vista disso, os pacientes também passariam a ser atendidos integralmente na Policlínica Gilberto Mestrinho, que também fica no centro da cidade.

Ademais, o secretário frisou que o atendimento aos pacientes com a doença, conforme preconiza o Programa Nacional de Controle da Tuberculose /Ministério da Saúde , deveria ser ofertado de forma descentralizada na atenção básica, facilitando o acesso aos usuários. Entretanto, ele enfatizou que a Policlínica Gilberto Mestrinho daria auxílio e todo o suporte de atendimentos a casos mais complexos , trabalho que vinha sendo feita pela Policlínica Cardoso Fontes.

No mesmo ano, o Secretário da SUSAM Pedro Elias, voltou atrás e informou que a Policlínica Cardoso Fontes, referência há mais de um século no tratamento da tuberculose no Amazonas, não seria mais fechada. Uma das principais entraves que impediu o fechamento foram os protestos e discussões realizadas por médicos tisiologistas, incluindo a Dra. Maria do Socorro, o qual debateu de forma sucinta a importância da Policlínica para a cidade de Manaus.

Atualmente, a Fundação de Vigilância em Saúde do Amazonas (FVS-AM), órgão vinculado à SUSAM está intensificando as ações de combate à tuberculose, para alertar a população sobre a doença e o tratamento para cura. Para tal, foi feito um reforço nos atendimentos para diagnóstico, na promoção de palestras informativas, com campanhas em Manaus e no interior do Amazonas. A tuberculose ainda é um desafio, e a policlínica juntamente com outras unidades intensificam as ações de prevenção, com prioridade para exame de diagnóstico para dessa forma, alcanças as metas e combater essa moléstia que segue a história amazonense.

Considerações Finais

Atualmente a tuberculose ainda é um desafio, e mesmo diante da evolução histórica que o Amazonas viveu, ainda é preciso alcançar muitas metas. Os passos iniciais do manejo dessa doença até o processo atual de atendimento constitui uma importante base de conhecimento não apenas para os profissionais como também para a população.

Apesar das mudanças condicionadas no manejo dos pacientes e da organização do processo de descentralização, a tuberculose continua sendo vigente nessa região e muitas pessoas abandonam o tratamento, situação que distancia resultados positivos no controle da doença. Dessa forma, as falhas encontradas no decorrer da história dessa moléstia reforçam a importância de maior monitoramento, aprimoramento das ações executadas e adoção de medidas de controle de impacto. Além disso, cabe ressaltar a necessidade de maiores trabalhos e publicações a respeito da TB no estado do Amazonas, o qual apesar de ser muito valorosa, é subestimada e há poucas bibliografias sobre esse assunto.

Referências

BATISTA, D. 1984. A Equação Da Tuberculose Em Manaus: Dados Alarmanes, Razões Da Disseminação Da Doença, Profilaxia Da Tuberculose, A Liga E A Sua Obra, Façamos Um Hospital E Um Dispensário. Caderno Do Hospital Universitário De Manaus.

BENCHIMOL, S. 1981. Amazônia Legal Na Década 70/80; Expansão E Concentração Demográfica, Cedeam. Comissão De Documentação E Estudos Da Amazônia.

BRASIL. Portal da Saúde. Ministério da Saúde. Tuberculose. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1527. Acesso em: outubro de 2018

SILVA, J. I. A TUBERCULOSE NO AMAZONAS – Uma história de amor e dedicação. Manaus/AM 2006. Disponível em : Biblioteca da Policlínica Cardoso Fontes

1.Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema de Informações Demográficas e Socioeconômicas [dados na Internet]. Brasília: MS [acessado em 2007 para informações do ano 2006]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

ISEMAN MD, Tuberculose. In: Goldman L & Ausiello D. Cecil: Tratado de Medicina Interna. 22. ed. Rio de Janeiro: Campus-Elsevier, 2005, p. 2211-2220
WHO. World Health Organization. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2010/en/index.html. Acesso em : outubro de 2018
Dantas, J. 2006. Amazonas Maior Indíce De Tuberculose Do País. Jornal Acrítica, Manaus 11 Out. P 2.

G1 AM: Amazonas lidera ranking brasileiro de incidência de tuberculose, diz FVS. Disponível em : <https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/amazonas-lidera-ranking-brasileiro-de-incidencia-da-tuberculose-diz-fvs.ghtml>. Acesso em : 22/10/2018

Loureiro, A.J.S. 2004. História Da Medicina E Das Doenças No Amazonas. Editora Lorena. Manaus.

Marreiro, L. da S.; Cruz, M.A.; Oliveira, M.De N.F.; Garrido, M.S.2009. Tuberculose Em Manaus, Estado Do Amazonas: Resultado De Tratamento Após A Descentralização Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 18(3): 237-24.

MARREIRO, Leni da Silva; CRUZ, Maria Auxiliadora da; OLIVEIRA, Maria de Nazaré Frota de e GARRIDO, Marlucia da Silva.Tuberculose em Manaus, Estado do Amazonas: descentralização. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2009, vol.18, n.3, pp.237-242. ISSN 1679-4974.

Pinheiro, M.L. 2003. A Cidade Sobre Os Ombros: Trabalho E Conflito No Porto De Manaus 1899-1925. Ed. Governo Do Estado Do Amazonas. Manaus.
Saúde Brasil 2006 : uma análise da situação de saúde no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

SILVA, J. I. MEMÓRIA DE TUBERCULOSE NO AMAZONAS -Resgatando a História. Manaus/AM – ez, 1993. Disponível em : Biblioteca da Policlínica Cardoso Fontes

NA “TRIAGEM” DAS CHAGAS: HOSPITAL OSWALDO CRUZ E EXPERIÊNCIAS MÉDICAS NO SERTÃO MINEIRO NO INÍCIO DO SÉCULO XX

Renata Soares da Costa Santos

Resumo

Este trabalho tem por objeto uma instituição centenária, o Hospital Oswaldo Cruz, construído no início do século XX como anexo aos laboratórios de pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz. A partir de uma perspectiva histórica examina sua criação como aspecto significativo da instituição da microbiologia e da medicina tropical no Brasil. A análise do hospital é dada a partir dos prontuários médicos, visando à exposição de um quadro dos procedimentos terapêuticos adotados para pacientes com diagnóstico de doença de Chagas. Foram articuladas análises clínicas, anamneses, drogas ministradas, sucessos e fracassos das terapêuticas adotadas e processos investigativos sobre a evolução da doença nas três primeiras décadas do século XX. Com a exploração de casos emblemáticos que constituíram os primeiros atendimentos relacionados a essa patologia descoberta em 1909,

o trabalho explora lacunas referentes à história do Hospital Oswaldo Cruz e dos tratamentos destinados aos doentes de Chagas em seus primeiros anos de estudo médico no interior do país.

Palavras-chave: Hospital Oswaldo Cruz; Medicina Tropical; Prontuários médicos

Introdução

O Hospital Oswaldo Cruz foi construído como anexo aos laboratórios do Instituto Oswaldo Cruz, instituição criada em 1899 na fazenda de Manguinhos, num subúrbio do Rio de Janeiro, para produzir soro e vacina contra a peste bubônica, que acabara de ser diagnosticada entre imigrantes no porto de Santos, havendo grande temor de que alcançasse o Rio de Janeiro, então capital do país. A direção do Instituto Soroterápico de Manguinhos foi entregue ao doutor Pedro Affonso Franco, barão de Pedro Afonso, proprietário do Instituto Vacínico Municipal, onde era produzida e aplicada a vacina antivariólica. Coube a direção técnica a Oswaldo Gonçalves Cruz, jovem médico que regressara há pouco de uma temporada na França em estudos de especialização, principalmente no Instituto Pasteur de Paris. Durante a instalação do Instituto Soroterápico de Manguinhos, o prefeito da cidade do Rio de Janeiro solicitou ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores que a instituição fosse transferida para a alçada federal. Assim, em 23 de julho de 1900 foi inaugurado o Instituto Soroterápico Federal, “numa cerimônia simples e condizente com a modéstia daqueles laboratórios” (Aragão, 1950, p.5). Em 1902, Oswaldo Cruz assumiu a direção plena do Instituto e em seguida foi alçado ao cargo de diretor-geral de Saúde Pública no governo de Rodrigues Alves (Stepan, 1976; Benchimol, 1990; 2005; Benchimol e Teixeira, 1993; Cukierman, 2007).

Somando cargos de direção na Saúde Pública e no Instituto de Manguinhos, Oswaldo Cruz criou as bases para a construção de um hospital que servisse de apoio às pesquisas experimentais do Instituto. O prédio do hospital, construído entre 1912 e 1918 passou a fazer parte do “complexo arquitetônico” em funcionamento nos terrenos da fazenda de Manguinhos e que tinha como componente central o pavilhão ou castelo mourisco, hoje

um dos principais remanescentes da Belle Époque carioca. Foi denominado durante a construção Hospital de Moléstias Tropicais ou Hospital de Doenças Tropicais e passou a ser chamado de Hospital Oswaldo Cruz após concluído.

Foi erguido no alto da colina mais afastada da orla marítima e seu projeto inicial previa cinco pavilhões hospitalares, onde apenas um foi edificado. Verba pública concedida em janeiro de 1912 possibilitou o começo das obras no mês seguinte, mas, sem renovação, os recursos esgotaram-se rapidamente e as obras foram retomadas com verba própria do Instituto obtida com a venda de uma vacina de uso veterinário contra a peste da manqueira, a chamada ‘verba da manqueira’ (Relatório, 1919, p. 5). O projeto do hospital e o acompanhamento das obras ficou a cargo de Luiz Moraes Júnior, jovem arquiteto português contratado por Oswaldo Cruz para a realização de todos os componentes do complexo de Manguinhos, assim como de outros prédios médico-hospitalares construídos na cidade do Rio de Janeiro durante sua gestão como diretor-geral de Saúde Pública.

O Hospital Oswaldo Cruz e a rede de pesquisas hospitalar do Instituto Oswaldo Cruz

O prédio foi erguido em terreno afastado das demais instalações do Instituto e dos bairros em formação nos arredores da fazenda de Manguinhos, o que remete a importante recomendação do paradigma da arquitetura pavilhonar ainda vigente, o afastamento físico dos lugares de concentração humana para evitar infecções e contágios. Contrariava, porém, outra recomendação desse paradigma: a separação das doenças em pavilhões específicos. Os serviços foram centralizados em um único prédio, unificando-se as doenças e atividades hospitalares com base na suposição de que os procedimentos pasteurianos de assepsia e antissepsia seriam capazes de neutralizar os contágios (Benchimol, 1990; Costa, 2011). O programa do HOC seguiu de perto o do hospital construído no Instituto Pasteur, de Paris. Caracterizava-se por arquitetura sóbria, limpa, com poucos elementos decorativos restritos às varandas, que proporcionavam sombra e ar às enfermarias. O prédio abrigava enfermarias, quartos com leitos separados por sexo, quartos para exames de raio X e eletrocardiograma, cozinha, banheiros, lavanderia e laboratório para experimentos usando pequenos animais (As excursões..., 28.03.1919, p.3.; O novo hospital..., 28.03.1919, p.3; Relatório,

1924, p.17; DAD/COC, 29.12.1919). Era um hospital moderno, provido de tecnologia de ponta para as pesquisas clínicas e laboratoriais, igualando-se em sofisticação tecnológica às demais unidades do IOC – possuía instalação elétrica, linha telefônica, elevador, sistema de condicionamento de ar e equipamento médico que lhe dava importante diferencial em relação aos demais hospitais da cidade, na qual os problemas cardíacos eram abundantes e começavam a ser observados por integrantes de uma especialidade nascente, a cardiologia.

Nos seus primeiros anos de funcionamento, o Hospital Oswaldo Cruz sediou pesquisas sobre patologias que vinham sendo investigadas e em certos casos combatidas no interior do país, desde que o saneamento da capital federal cedeu a primazia, em finais dos anos 1900, ao ciclo de estudos e ações sanitárias concernentes às endemias rurais, como mostram os estudos de Thielen et al. (1991); Benchimol (2000); Benchimol, Silva (2008); Lima (1999); Kropf (2009); Lima, Hochman (2000). A fim de desbravar a medicina tropical e a microbiologia, os ramos do conhecimento utilizados no desbravamento médico-sanitário do território brasileiro, o Instituto Oswaldo Cruz conectou-se a uma rede de hospitais para que seus pesquisadores pudessem ter contato com organismos que hospedassem patógenos e patologias de interesse para seus cientistas. Num primeiro momento, quando as atenções daquele coletivo de pesquisadores estavam voltadas para doenças epidêmicas urbanas, como febre amarela, varíola e peste bubônica, a rede envolveu sobretudo o Hospital de São Sebastião, primeiro hospital de isolamento da cidade inaugurado no bairro do Caju em 1899, e a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. O relatório das atividades do IOC referente a 1912 menciona a contratação temporária do professor alemão Hermann Duerck (DAD/COC, 24.05.1912) que junto com outros pesquisadores do Instituto organizou um serviço de anatomia patológica em uma dependência do Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro “gentilmente cedida pelo digno Provedor daquela pia instituição” (Relatório. 1912, p. 2). Os médicos do Instituto Oswaldo Cruz também atuaram no Hospital São Francisco de Assis, inaugurado em 7.11.1922, onde passou a funcionar o Serviço de Anatomia Patológica.

Além do Hospital São Francisco de Assis e da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, os pesquisadores do IOC atuaram em caráter mais ou menos contínuo em outros espaços de assistência médica do Rio de Janeiro, como o Hospital Deodoro, Hospital e Posto de Socorro de Engenho de Dentro, Hospital Provisório de Bangu, Hospital de Cayru e Hospital Benjamin Constant, como indica documento de movimentação de doentes atendidos nos referidos hospitais sob a supervisão de médicos do Instituto (DAD/COC, 1.4.1919). A rede hospitalar a que se conectou o IOC incluía hospitais de outros estados, como o Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (MG) e, posteriormente, o Hospital Central de Profilaxia Rural em São Luís (MA). A presença mais decisiva do IOC nesses estados se deu com projetos ambiciosos de instalação de filiais que tiveram papel importante no estudo de doenças que atingiam a população local (Benchimol, Teixeira, 1993, p. 19-20).

Na Santa Casa de Belo Horizonte foram atendidos doentes da própria capital e muitos do interior do estado mineiro, grande parte de Lassance e suas proximidades, servindo às observações clínicas e patológicas e às experiências terapêuticas feitas nesses pacientes para fundamentar estudos sobre endemias rurais, principalmente a doença de Chagas. A decisão do IOC de criar seu próprio hospital foi motivada sobretudo pelo interesse em recolher doentes diagnosticados em zonas interioranas do país, que passaram a ser exploradas por comissões integradas por seus pesquisadores e onde eles encontravam síndromes ou patologias consideradas relevantes como objetos de estudo. Nesse sentido, a descoberta da doença de Chagas no interior de Minas Gerais em 1909 teve papel muito importante na concretização do projeto hospitalar, pois criou a necessidade de se aprofundar o conhecimento da patogenia e epidemiologia do mal que tanta projeção deu ao Instituto.

Os prontuários aqui analisados foram produzidos no Hospital Oswaldo Cruz e no Hospital Regional de Lassance, criado pelo IOC na mesma conjuntura com o objetivo específico de dar apoio logístico aos estudos feitos em campo sobre a doença de Chagas, recém-descoberta. Muitos prontuários foram elaborados antes mesmo da inauguração do HOC, mas todos fazem parte dos estudos clínicos de pesquisadores do IOC e estão vinculado, através de carimbo institucional *Hospital Oswaldo Cruz*. A construção dos

dois hospitais foi inicialmente custeada por crédito especial do Ministério da Justiça e Negócios Interiores concedido por decreto sancionado pelo presidente Hermes da Fonseca em 24 de janeiro de 1912, com a finalidade de “promover a descoberta e a aplicação do tratamento terapêutico e profilático da moléstia de Carlos Chagas”. Parte dos recursos foi destinado à construção de “um hospital com todas as dependências e instalações apropriadas, tais como biotérios, locais para experimentação em animais”, e outra parte a “experiências da profilaxia e assistência médica nas zonas mais flageladas pela referida moléstia” (Brasil, 24.1.1912).

A doença de chagas e a “triagem” de doentes no sertão mineiro

Como assinalaram vários historiadores, a descoberta da doença de Chagas está relacionada às mudanças ocorridas no Instituto Soroterápico criado originalmente para fabricar soro e vacina contra a peste bubônica (Benchimol e Teixeira, 1993; Kropf, 2009)). As investigações sobre doenças humanas, animais e, em menor escala, vegetais colocaram a instituição em contato com diferentes clientes e comunidades de pesquisa, reforçando suas bases sociais. Ao se embrenhar pelos sertões do Brasil para estudar e combater doenças, principalmente a malária, a serviço de ferrovias, hidrelétricas e outros empreendimentos, os cientistas depararam com patologias pouco ou nada conhecidas que deram grande amplitude aos horizontes da medicina tropical no Brasil (Benchimol, 2000, p. 86-87; Stepan, 1976). Após campanhas bem-sucedidas contra a malária nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro, Carlos Chagas foi incumbido de combater essa doença em Minas Gerais, onde a Estrada de Ferro Central do Brasil prolongava seus trilhos. Os trabalhos começaram em 1907, e no povoado de São Gonçalo das Tabocas, denominado Lassance após a inauguração da estação ferroviária, em 1908, Carlos Chagas instalou pequeno laboratório num vagão de trem, utilizando-o também para realizar atendimentos médicos.

Em paralelo às ações contra a malária, o pesquisador observava espécies da fauna local, motivado por temas da zoologia médica e da protozoologia que exerciam grande fascínio sobre o coletivo de pesquisa a que estava ligado. Nas colônias e centros de pesquisa da Europa estavam no auge os estudos

sobre tripanossomíases que acometiam animais e humanos, constituindo a África um laboratório vivo para os estudos sobre a doença do sono ou tripanossomíase africana (Amaral, 2012; Havik, 2014; e Benchimol, 2018). Em 1908, no sangue de um sagui, Chagas identificou um protozoário que classificou como *Trypanosoma minasense*, não patogênico para o animal. Um engenheiro da linha férrea sugeriu ao pesquisador que examinasse um inseto que vivia nas frestas das casas de pau a pique, saindo à noite para sugar o sangue de animais domésticos e de moradores. O povo da região chamava-o de 'barbeiro' por picar com frequência o rosto das pessoas. Ao buscar no tubo digestivo e nas glândulas salivares do inseto parasitos hospedados por ele, Chagas encontrou outro protozoário. Enviou barbeiros a Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e este, depois de colocá-los a sugar o sangue de saguis criados em laboratório, livres de infecção, encontrou no sangue dos macacos que adoeceram tripanossomos de espécie desconhecida, que Chagas denominou *Trypanosoma cruzi*.

Ao prestar assistência médica em Lassance a uma menina gravemente enferma, o cientista encontrou em seu sangue flagelados com morfologia idêntica à do *T. cruzi*. A menina Berenice entrou para a história pelo fato de ser dela o organismo vertebrado em que se deu a decifração do enigma encontrado em Minas Gerais. A descoberta, envolvendo a um só tempo a doença, o parasito, o vetor e o hospedeiro humano foi importantíssima para projetar o Instituto Oswaldo Cruz no país e no exterior. Seu diretor não poupou esforços para anunciar ao mundo e aos brasileiros aquele feito científico que teve forte repercussão no campo da medicina tropical, mobilizado pela doença do sono, a primeira tripanossomíase humana conhecida. A partir de então, a *tripanossomíase americana* foi transportada do norte de Minas Gerais para a cidadela científica sob a forma de páginas manuscritas e impressas, fotografias, lâminas, prontuários, enfim, todo um conjunto de evidências consolidando a nova patologia tropical.

Entre 1909 e 1930, os indivíduos acometidos pela doença provieram do sertão mineiro. Grande parte dos pacientes era do norte de Minas Gerais, de povoados como Curvelo, Porto Faria, Pirapora, Santa Rita, Rio das Velhas, Curralinho, Tabocas, Santa Maria, Contrieira, entre outros. Inicialmente, esses indivíduos foram atendidos por Carlos Chagas e Eurico Villela em

“abarracamentos hospitalares móveis” (DAD/COC, 7.2.1912). Muitos doentes também foram atendidos na casa em que os cientistas residiram em Lassance, uma pequena casa que serviu de moradia, consultório e laboratório. Outros doentes foram atendidos em suas próprias residências por ocasião das excursões feitas pelos médicos-cientistas, principalmente depois que Carlos Chagas retornou à cidade mineira em 1911 com uma *Comissão* para se dedicar ao estudo da doença. Muitos doentes receberam atendimento no Hospital Regional de Lassance, criado para esse fim em 1919 mediante a adaptação de um imóvel construído para ser moradia do engenheiro da Estrada de Ferro (DAD/COC, 27.11.1919). E outros doentes foram transportados para a Santa Casa de Misericórdia – a de Belo Horizonte e a do Rio de Janeiro. Grande parte dos doentes que buscaram atendimentos foram diagnosticados com moléstia de Chagas, na forma aguda ou crônica. A perscrutação de seus organismos forneceu elementos valiosos para a conformação clínica da nova doença. Ela foi o principal objeto da pesquisa médica feita nas instalações hospitalares de Minas Gerais, onde foram feitas as “triagens” dos casos interessantes de pesquisa enviados a partir de 1919 ao Hospital Oswaldo Cruz. Esse, ao entrar em funcionamento passou a atender, além dos indivíduos trazidos de Minas Gerais, a população próxima ao IOC, o redundou em novas linhas de pesquisas como febre amarela, malária e leishmaniose.

Experiências médicas sobre a doença de Chagas

Em artigo publicado em 1910, Carlos Chagas manifestou a intenção de testar, em doentes com diagnóstico de mal de Chagas, o “arseno-phenyl-glycina, medicamento enviado pelo professor Ehrlich, e que proporcionou resultados felizes no tratamento da moléstia do sono” (Chagas, 1910, p. 433-437; Prata, 1981, p. 437). Era o derivado do atoxyl n.418, logo suplantado pelo 616, o salvarsan. No Instituto de Hamburgo, Martin Mayer e Henrique da Rocha Lima – auxiliar de Oswaldo Cruz que fez carreira de grande sucesso na Alemanha – testariam na tripanossomíase americana diversos compostos que vinham revelando ação mais ou menos eficaz na tripanossomíase africana (doença do sono) e em outras patologias causadas por protozoários, como o atoxyl, a quinina,

o trypanot, o salvarsan, o tártaro emético, a fucsina, mas sem qualquer resultado digno de nota. Manson (1919, p.192) registrou, em 1919, no tocante à doença de Chagas: “Não conhecemos remédio específico. Arsenicais e antimônio falharam em experimentos animais. O tratamento, portanto, deve estar em linhas gerais”. E um folheto produzido em 1944, para fins de educação sanitária, afirmava: “Infelizmente, ainda não existe um medicamento capaz de curar definitivamente a doença” (Dias, 1944, p.11).

Embora a literatura médica não forneça dados consistentes acerca dos tratamentos utilizados na doença de Chagas, nos prontuários dos hospitais do IOC há referências ao uso de atropina, salvarsan, quinina, teobromina, digitalina e várias outras substâncias. Cabe observar algumas referências a “receitas” ou “fórmulas” numeradas, que deviam constar de um formulário adotado pelo hospital, mas que até agora não foi encontrado. Assim, em muitos casos é impossível saber qual era a composição das fórmulas farmacêuticas manipuladas provavelmente no próprio hospital.

Na forma cardíaca da doença de Chagas mostrou-se de grande utilidade a atropina, que ainda hoje figura em lista da Organização Mundial de Saúde como um dos medicamentos essenciais aos sistemas básicos de saúde, por ser um dos mais poderosos agentes antiarrítmicos conhecidos. A atropina é o alcaloide de uma planta da família Solanaceae – *Atropa belladonna* L., popularmente conhecida como beladona (bela mulher) (Venkatesan, 15.8.2009). O primeiro registro do uso da atropina na doença de Chagas foi encontrado em prontuário relativo a A.F.C., homem branco de 29 anos de idade, morador da cidade de Maquiné (MG), que começou a ser tratado em Lassance em outubro de 1912 por Eurico Villela e Carlos Chagas.

O prontuário de A.F.C. está entre os que apresentam grande riqueza de informações. Contém elementos investigativos que reforçam, junto com outros casos, a identificação do bócio como sinal da doença de Chagas. Ao mesmo tempo, descrevem-se nele os sintomas cardiológicos do paciente. Embora a forma cardíaca da doença ganhasse relevo nos estudos de Chagas a partir de 1916, as alterações cardíacas aparecem como manifestações de difícil compreensão desde o primeiro conjunto de pacientes observados pelos pesquisadores de Manguinhos. Os casos investigados desde 1912 apresentavam muitas irregularidades no ritmo cardíaco, causando espanto aos pesquisadores

a frequência das arritmias em indivíduos bastante jovens. A.F.C. era casado, e a principal atividade econômica de sustento de sua família era a lavoura. No primeiro contato com Carlos Chagas, em 26 de outubro de 1912, indagado sobre seus antecedentes mórbidos, mencionou que sofrera acessos de febres e de gonorreia, mas negou qualquer outra moléstia venérea. Sua principal queixa foi o sintoma que apresentava há cerca de um ano, extremo cansaço ao “fazer exercício violento, andar a pressa” ou qualquer esforço mais intenso como “subir morro”. Ainda assim, realizava “o serviço da lavoura comum sem fadiga anormal”. O doente relatou na anamnese que há nove meses tivera reumatismo na perna direita, ficando algum tempo sem poder andar. A partir de então, explicou, a fadiga aumentara e começara a sentir o estômago pesado e excesso de gases. Passara a sentir fadiga também nos momentos em que estava em repouso, o que lhe causava grande desconforto. Ao deitar à noite, o incômodo era tamanho, que precisava “dormir recostado”, e muitas vezes não conseguia adormecer apesar do cansaço que sentia. No registro médico de sua primeira consulta há referência a tosse, edema generalizado em seu corpo, disfunção dos batimentos cardíacos, dispneia ao deitar e a constatação de que as veias do pescoço apresentavam batimentos muito acentuados.

Medicado com atropina ao longo de um mês, apresentou melhoras, principalmente na aceleração cardíaca. Carlos Chagas e Eurico Villela consideraram que seu aspecto geral era regular e que não apresentava mais dispneia em repouso ou noturna, apenas quando realizava esforço físico. Descreveram palpitações raras e o desaparecimento dos edemas. A.F.C. ganhou alta no final de 1912 e retornou a suas atividades cotidianas. Mas em 12 de janeiro de 1913 voltou ao abarracamento móvel de Lassance, queixando-se de que vinte dias após sair do hospital sofrera por alguns dias um “acesso de enterite” e que “canseira”, os edemas e as palpitações também tinham voltado. Nessa consulta foram registrados a palidez do doente, edemas de tronco e face, edema bronco pulmonar, fígado aumentado e permanência da ascite – nome que davam os médicos à barriga d’água, acúmulo de líquido seroso ou serofibroso no peritônio. Essa seria a razão dos incômodos digestivos de que se queixava o doente, que apresentava ainda tosse, dispneia e o coração dilatado.

Foram realizados exames cardíacos, e o traçado acusou pulsações arrítmicas. O doente perdia peso, apesar de apresentar, por meses seguidos, um “estado geral melhorado”, com “edemas diminuídos”. Ao longo de 1913 apresentou progressiva melhora. Em outubro consideraram que tinham decrescido todos os sintomas, incluída a dispneia, conseguindo o doente dormir deitado. O quase desaparecimento dos edemas foi atribuído ao uso do neosalvarsan, e as dores de cabeça teriam cessado com a teobromina. Em novembro de 1913 os médicos-cientistas continuavam a registrar melhora acentuada do quadro clínico, observando apenas leve edema no tronco, com diminuição de coração e fígado, “respiração calma e regular”, boa análise dos pulmões. No entanto, os “fenômenos subjetivos” não cediam, como a dispneia ao esforço. Ela havia desaparecido sob repouso, até mesmo à noite, “tendo dormido bem [o doente] as últimas noites”. Em seus últimos dias de vida, ele se queixou de dispneia noturna, seu fígado voltou a ficar “aumentado e doloroso” e voltaram a acontecer raros “acessos a palpitações”. Ainda assim, consideraram Chagas e Villela que A.F.C. apresentava “estado geral bom”, com edemas desaparecidos e quadro clínico estável. Foi medicado com injeção de atropina e faleceu subitamente no último mês do ano de 1913.

J.F.L., lavrador de outro povoado mineiro, Bom Jesus do Bagre, em sua primeira consulta, em 14 de abril de 1913, recebeu o diagnóstico de *Moléstia de Chagas – forma cardíaca*, confirmado pela reação de Machado Guerreiro, feita naquele mesmo dia. Ministraram então no paciente uma injeção endovenosa de 45cg de neoarsenamina (neosalvarsan ou 914), e também pílulas de esparteína (tônico do coração e diurético extraído das sementes da giesta-das-vassouras) e de estricnina (alcaloide retirado da fava-de-santo-inácio ou noz-vômica, veneno poderoso que, em dosagem adequada, era usado para excitar as funções digestivas e aumentar as excreções) (Littre, 1908, p.1596). Em 15 de julho, o paciente recebeu outra injeção do 914 (0,60cg), pílulas de esparteína e estricnina e ainda de veronal (nome comercial do primeiro sedativo e sonífero do grupo dos barbitúricos, há pouco descoberto por Emil Fischer e Joseph von Mering) (Veronal, s.d.). Segundo o médico, o doente melhorou muito com o tratamento. Diminuíram as palpitações, voltaram-lhe as forças, voltou a trabalhar com disposição. Assim esteve por

cerca de 15 dias quando começou a sentir novamente dores nas pernas e fadiga. Reapareceu o edema na face, e ele não pode “trabalhar como antes”.

O prontuário que melhor ilustra a complexidade clínica e terapêutica dos casos tratados é referente a *J.M.*, lavrador de Taboleiro Grande, Rio das Velhas (MG). Tinha 44 anos por ocasião da primeira consulta com Eurico Villela, na Santa Casa da Misericórdia de Belo Horizonte, em 26 de julho de 1917, quando recebeu diagnóstico de *Moléstia de Chagas*. Na anamnese, o médico verificou que o doente, desde criança, fazia uso de álcool e fumo; desde os 8 anos tivera a tireoide aumentada; sofrera de impaludismo, de uma adenite inguinal e guardara o leito por seis meses devido a uma paralisia inexplicada. Sofria ainda de hemorroidas e tinha frequentes sangramentos nasais. Cerca de um ano antes da consulta, começara a fatigar-se mesmo sob esforços pequenos, tendo sempre dificuldade de respirar. Sentia dificuldade na deglutição, frio em excesso, tosse às vezes acompanhada de expectoração amarelada com raias de sangue. Os exames feitos pelo médico com *J.M.* em pé ou deitado, em várias posições, abrangeram os olhos, a face, gânglios palpáveis no pescoço, coloração e textura da pele, sistema piloso, aparelhos respiratório e circulatório, fígado, urina e um cuidado especial com a conformação, os ruídos e o ritmo do coração. Eurico Villela prescreveu um método terapêutico antigo, uma sangria de “500cc.”, porém, devido a um acidente operatório, o doente teve notável perda de sangue, tendo sido feita a ligadura da artéria ferida. Recebeu injeções diárias de óleo canforado, um excitante dos centros respiratório, vasomotor e cardíaco, e também antiespasmódico e diaforético, combinado com digitalina, princípio ativo obtido das folhas da dedaleira e usado como tônico e diurético. Não melhorou o quadro cardiopático: continuou a arritmia, aumentaram o sopro e a estase venosa, as bulhas tornaram-se mais “obscuras”. O quadro complicou-se com duas descobertas: reação de Wasserman positiva mostrou que o paciente tinha sífilis; e o exame de fezes, que estava parasitado por ancilóstomos. Eurico Villela adotou então tratamento mercurial. Dias depois, prescreveu também água vienense, purgante feito com sene, aniz, tamarindo e outros componentes. Em seguida *J.M.* passou a tomar pílulas de estriknina e beladona, três por dia, ao longo de dez dias ininterruptos. No dia seguinte, foi incorporado ao tratamento a dionina ou cloridrato de etilmorfina, composto branco e amargo usado

como analgésico, antiespasmódico e sedativo. E ainda hidrolato de louro-cereja, medicamento extraído por destilação do *Prunus laurocerasus*, arbusto da família das rosáceas, com propriedades sedantes e expectorantes, muito usado nos catarros crônicos, na asma e na hidropisia. Injeções diárias de óleo canforado (1cc) foram combinadas com colheradas, de duas em duas horas, de uma mistura em água de dionina, hidrolato de louro-cereja e bálsamo de tolu (estimulante, expectorante e estomáquico extraído de uma árvore tropical da América, *Myroxylon toluifera*). O tratamento prosseguiu por vários dias, somando-se a ele, num dia, uma talagada de purgante forte, conhecido como aguardente alemã, e retomando-se a certa altura as gotas de extrato de digitalina. Em 24 de agosto Eurico Villela retomou o tratamento mercurial: injeções intramusculares de benzoato de Hg (mercúrio), depois substituído por “hidrocarboneto de mercúrio III”. Na descrição do programa terapêutico adotado com aquele debilitado lavrador entraram ainda benzoato de sódio (composto empregado contra a gota, os cálculos, o reumatismo, as afecções da faringe e dos brônquios) e nitrato de digitalina. Ao sair do hospital em setembro de 1917 o doente havia apenas melhorado, apresentando ainda miocardite e mal de Chagas. As fontes consultadas não permitem saber se voltou a consultar-se com os médicos do IOC. Restam apenas os indícios de um caso complexo, entre tantos outros, em que os desafios médicos não se limitavam à busca do tratamento da doença de Chagas, mas em conter várias outras moléstias que acometiam concomitantemente o paciente

Conclusão

Nos trabalhos publicados por Carlos Chagas e seus colaboradores encontramos análises minuciosas dos diferentes aspectos da doença que leva seu nome, como as características biológicas do *T. cruzi*, seu ciclo evolutivo no vetor e nos hospedeiros vertebrados, as características epidemiológicas da doença, seus mecanismos de transmissão, técnicas diagnósticas, patogenia, quadro clínico e características anatomopatológicas da infecção. Comparativamente são escassas as referências a ações profiláticas contra a doença, direcionadas, de forma genérica, às habitações em que se aninhava o vetor, o barbeiro. E raríssimas são as ocasiões em que Chagas e colaboradores

tratam da terapêutica adotada nas centenas de casos que foram objeto de suas observações ao longo dos anos. O silêncio com relação a esse aspecto é considerado surpreendente, “sobretudo quando se lêem relatos clínicos destinados a tornar a nova patologia conhecida dos médicos brasileiros, habilitando-os a reconhecê-la, mas sem lhe fornecer qualquer ajuda no tocante ao que fazer com o doente” (Benchimol, 2018).

A pesquisa com os prontuários do HOC mostra, em contrapartida, um quadro vívido e “tumultuário” dos procedimentos terapêuticos adotados com pacientes com diagnóstico de doença de Chagas e a dificuldade de se obter uma terapêutica específica para ela. Os médicos buscam principalmente conter os sintomas, muitas vezes relacionados a outras patologias precedentes ou intercorrentes. As fontes revelam a diversidade das manifestações clínicas apresentadas pelos pacientes com doença de Chagas, verificando-se que muitas vezes os trabalhadores rurais, suas principais vítimas, eram portadores de outras doenças parasitárias ou bacterianas que debilitavam ainda mais sua condição física. Observa-se então considerável variação nos esquemas terapêuticos adotados em função desses males concomitantes à doença de Chagas e em função também das predileções e interesses de pesquisa do médico responsável pelo paciente.

* As reflexões apresentadas nesse trabalho integram tese de doutorado em andamento no PPGHCS/COC contemplada com Bolsa de pesquisa Fiocruz.

** Agradeço ao meu orientador Jaime Benchimol por acompanhar cada etapa da minha pesquisa e por contribuir para as reflexões aqui compartilhadas.

Referências Bibliográficas

- As excursões do prefeito. *Gazeta de Notícias*, 28 de março de 1919, p.3.
- AMARAL, Isabel. Bactéria ou parasita? A controvérsia sobre a etiologia da doença do sono e a participação portuguesa, 1898-1904. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.19, n.4, p.1275-1300. 2012.
- ARAGÃO, Henrique de Beaurepaire Rohan. Notícia histórica sobre a fundação do Instituto Oswaldo Cruz. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v.98, p.1-50. 1950.

BENCHIMOL, Jaime L. Doutor Thomas: do atoxyl a uma trajetória singular na Amazônia. *Revista História* (no prelo). 2018.

BENCHIMOL, Jaime L. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.5, n.2, p.265-292. 2000.

BENCHIMOL, Jaime L. *Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz, 1990.

BENCHIMOL, Jaime L.; SILVA, André Felipe Candido da. Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.15, n.3, p.719-762, jul.-set. 2008.

BENCHIMOL, Jaime L.; TEIXEIRA, Luiz Antonio. *Cobras, lagartos e outros bichos: uma história comparada dos Institutos Oswaldo Cruz e Butantan*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1993.

BRASIL. Decreto n. 9.346, de 24 de janeiro de 1912. DAD/COC Fundo Oswaldo Cruz, Série Instituto Oswaldo Cruz, Dossiê 02, Correspondências e decretos. BR RJCOC OC-IOC-02. 24.1.1912.

CHAGAS, Carlos. Nova entidade mórbida do homem (continuação). *O Brasil Médico*, ano XXIV, n. 44, p.433-437, 22.11.1910.

Código farmacêutico brasileiro: farmacopeia dos Estados Unidos do Brasil. Redigida pelo farmacêutico Rodolpho Albino Dias da Silva. Oficializada pelo governo federal pelo decreto nº 17.509 de 4 de novembro de 1926. Obrigatória a partir de 15 de agosto de 1929. Rio de Janeiro: Companhia Editora Nacional, 1929. Transcrito em Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Fundação Oswaldo Cruz, v.1, p.9. 2010.

COSTA, Renato da Gama-Rosa. Apontamentos para a arquitetura hospitalar no Brasil: entre o tradicional e o moderno. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.18, supl.1, dez. 2011.

Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz. Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Hospital Evandro Chagas, Série Prontuários, BR RJCOC 02-05-02, Caixa 1. 20.6.1922.

Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz. Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Serviço de administração, Série Administração geral, caixa 3, maço 1, Hospital Regional de Lassance. 27.11.1919.

Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz. Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Direção, minutas de ofícios, n.147. 1.4.1919.

Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz. Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Direção, minutas de ofícios, n.135. 24.5.1912.

Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz. Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Direção, cópias de ofícios, n.30. 7.2.1912.

D'ELIA, Ricardo. *Dicionário médico enciclopédico contendo expressões técnicas – termos médicos com amplas definições*. Rio de Janeiro: Livraria Editora Braz Lauria. 1926.

DIAS, Emmanuel. *Doença de Chagas – noções*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde/Serviço Nacional de Educação Sanitária. 1944.

HAVIK, Philip Jan. Public health and tropical modernity: the combat against sleeping sickness in Portuguese Guinea, 1945-1974. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.21, n.2, p.641-666. abr.-jun. 2014.

KROPF, Simone P. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

LIMA, Nísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil: intelectuais e a representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: Revan; Iuperj. 1999.

LIMA, Nísia Trindade; HOCHMAN, Gilberto. Pouca saúde, muita saúva, os males do Brasil são... Discurso médico-sanitário e interpretação do país. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.5, n.2, p.313-332. 2000.

LITTRÉ, Émile. *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie et des sciences qui s'y rapportent*. 21. ed. inteiramente refundida por A. Gilbert. Paris: J-B. Baillière et Fils, p.1596. 1908.

MANSON, Patrick. *Tropical Diseases – A manual of diseases of Warm climates*. 6 ed. London; New York; Toronto; Melbourne: Cassell and Company, Ltd. 1919.

O novo hospital de Manguinhos. Seção Pelos Melhoramentos da Capital. *Correio da Manhã*, p.3, 28.03.1919.

PRATA, Aluizio. *Carlos Chagas: coletânea de trabalhos científicos*. Brasília: Ed. UnB. 1981.

RELATÓRIO. Adaptação de quatro salas que serviam de banheiros para a instalação de um eletrocardiógrafo e aparelhos de raio X. DAD/COC,

Fundo IOC, Seção Serviço de Administração, Série Administração Geral, caixa 5, p.4. 1924.

RELATÓRIO. No custeio do Instituto e no desenvolvimento de sua vida científica. DAD/COC, Fundo IOC, Seção Serviço de Administração, Série Administração Geral, Caixa 5, maço 5, p.5. 1919.

STEPAN, Nancy. *Gênese e evolução da ciência brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. Rio de Janeiro: Artenova; Fundação Oswaldo Cruz. 1976.

THIELEN, Eduardo Vilela et al. (Org.) *A ciência a caminho da roça: imagens das expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz ao interior do Brasil entre 1911 e 1913*. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz. 1991.

VENKATESAN, S. Silent heroes in cardiology: Atropine. Expressions in cardiology. Disponível em: <http://drsvenkatesan.com/2009/08/15/silent-heroes-in-cardiology-atropine/>. Acesso em: 15.8.2009.

HISTÓRIA DA MEDICINA NO AMAZONAS

Professor Doutor Rodolfo Fagionato de Freitas

Resumo

A História da Medicina no Amazonas se caracteriza primeiro pela cultura dos povos indígenas, seguida pela colonização problemática da região regada a ambição. Essa colonização não se preocupou com os nativos, que foram dizimados a partir da disseminação de doenças oriundas da chegada dos colonizadores. A partir disso, nota-se que com o ciclo da borracha aumenta o contingente populacional da região e há a eclosão de novas doenças. Além disso, há a questão alimentar - carestia que se mostrou favorável ao desenvolvimento do processo infeccioso e parasitário nos moradores da região. No entanto, para a compreensão da História da Medicina no Amazonas tornam-se indispensáveis os textos de Oswaldo Cruz, pois através deles se é possível saber as doenças predominantes no interior do Amazonas e de Manaus e também as condições sanitárias da época. Deve-se destacar, também, a criação da SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), que acaba por comprovar que as doenças estão relacionadas aos ciclos econômicos e auxilia a transformação da medicina em Manaus, pois possibilitou a criação da Escola de Enfermagem e da Escola de Medicina do Amazonas.

Abstract

The History of Medicine in Amazon is characterized first by the culture of indigenous, followed by colonization of the region watered problematic ambition. This colonization was not concerned by the natives, who were decimated from the spread of disease from the arrival of settlers. From this, note that with the rubber boom increases the overall population of the region and there is the emergence of new diseases. Moreover, there is the food issue - famine that favored the development of infection and parasite in residents. However, for understanding the history of medicine in the Amazon, are indispensable the Oswaldo Cruz' texts, for through them if possible, know the diseases prevalent in the interior of Amazonas and Manaus as well as the health conditions of the time. It should be noted, also, the creation of the SESP (Special Department for Public Health), will eventually prove that the illnesses are related to economical cycles and helps the transformation of medicine in Manaus, it enabled the creation of the School of Nursing and School of Medicine of Amazonas.

A história da Medicina no Amazonas está diretamente relacionada à sua colonização e a cultura existente antes deste processo, representada pelo cotidiano indígena (nativos da região). Historiadores afirmam que antes da chegada dos europeus à América haviam milhões de índios no continente. Só em território brasileiro, esse número chegava a 5 milhões de nativos, aproximadamente. Estes índios brasileiros estavam divididos em tribos, de acordo com o tronco lingüístico ao qual pertenciam: tupi-guaranis (região do litoral), macro-jê ou tapuias (região do Planalto Central), aruaques (Amazônia) e caraíbas (Amazônia). Atualmente, calcula-se que apenas 400 mil índios ocupam o território brasileiro, principalmente em reservas indígenas demarcadas e protegidas pelo governo. São cerca de 200 etnias indígenas e 170 línguas. Porém, muitas delas não vivem mais como antes da chegada dos portugueses. O contato com o homem branco fez com que muitas tribos perdessem sua identidade cultural.

Relacionada à medicina constatamos que em comum todas as tribos apresentavam um líder religioso e ao mesmo tempo curandeiro, e que assim como os xamãs, podem assumir o papel de médicos, sacerdotes e fazer uso

de plantas para fins medicinais ou invocação de entidades. Normalmente, o conhecimento da utilização da planta correta para cada caso ou situação é passado de geração em geração, trazendo assim uma responsabilidade para o pajé da tribo. Alguns índios acreditam que os pajés têm ligações diretas com os Deuses, sendo representantes escolhidos pelos Deuses para passar a profecia ao povo, eram os pajés (mestres ou xamãs, dependendo da tribo) que praticavam e tinha conhecimento sobre a medicina indígena.

Segundo Karl Fridrich Philipp, em livro de 1844 “A medicina indígena é comparável à magia e feitiçaria e ao xamanismo dos nômades asiáticos”. Compara ainda, o pajé, ao sacerdote, ao profeta e ao adivinho; o zelador das coisas sagradas, conselheiro e legislador, sempre um indivíduo de ascendência e influência na tribo, que se distinguem pelo espírito de observação, astúcia e laboriosidade, observando que esse mistério, às vezes, também está nas mãos de mulheres velhas. O processo de cura efetuado pelo pajé consiste em um ritual denominado: Pajelança. No ritual, o pajé bebe uma espécie de bebida afrodisíaca, conhecida como tafiá e evoca espíritos de ancestrais ou de animais da floresta, esta evocação serve para pedir orientação no processo de cura do paciente. Algumas ervas e plantas também podem ser usadas durante o ritual, muitas vezes, o pajé queima algumas plantas ou ervas secas e joga sobre o corpo do paciente, durante o ritual o pajé costuma dançar euforicamente e faz mímicas representando o animal que está incorporando no momento.

Na Amazônia, a erva que era bastante usada pelos pajés e que teve considerado destaque é o Ayahuasca, hosaca, Yagé ; Nixi honi xuma, Capi, ou seja, dos preparados da Banisteriopsis caapi e Psychotria viridis com e sem outras plantas de efeito medicinal. Este Ayahuasca possui propriedades semelhantes a dos agentes serotoninérgicos e alguns estudos realizados nos EUA apontam a utilização da hoasca para tratamento da depressão, inclusive de pacientes terminais (associando-se principalmente nesse último caso à orientação religiosa espiritual). Recentemente a Universidade Johns Hopkin tem selecionado voluntários para estudos científicos da prática espiritual e meditação com utilização da Psilocibina uma substância enteógena presente em cogumelos utilizados pela medicina nahualt. As pesquisas da etnopsiquiatria e terapia com alucinógenos hoje denominados enteógenos

iniciada com as pesquisas com LSD, proibidas face utilização descontrolada dessas substâncias na expansão da contracultura hippie, tem sido retomadas e utilizadas em pesquisas que incluem patologias como autismo e cefaléias além dos dois transtornos psiquiátricos acima referidos (depressão e drogadição).

Por outro lado, como ressalta Eliade, 2002, entre as grandes contribuições do Xamanismo estão os mundos fabulosos, descobertos e descritos pelos antigos xamãs, tão necessários ao combate dos demônios e desordens na esfera do sagrado (leia-se linguagem ou inconsciente numa interpretação materialista). Utilizando símbolos eles são capazes de conduzir pessoas a transformar os sentimentos ruins em bons dirimir inimizades que ameaçam o bom convívio social. O xamã é alguém que pode ver esse mundo invisível e sobrenatural e se dispõe a curar, ouvir, compreender e até mesmo a ensinar a ser xamã, curandeiro, mestre ou pajé. Tarefa na qual nenhuma das plantas da Amazônia aqui referidas é tão útil e amplamente utilizada como a ayahuasca e o complexo mundo simbólico da floresta imaginada, povoada de espíritos e divindades vivas nas sobrevivências das tribos e culturas da América.

Pode-se ainda afirmar, que a colonização da Amazônia iniciou-se com o interesse dos povos europeus em encontrar metais preciosos, o que se mostrou falho, uma vez que esse tipo de recurso não era abundante na região. A descoberta das drogas do sertão chamou a atenção dos colonizadores, estes utilizaram o trabalho indígena para produção e colheita do material, dizimando os povos que se recusavam a tal imposição. Além disso, com a colonização uma das práticas dos religiosos católicos para converter os nativos, foi desmoralizar a figura do pajé, tirando-o do seu posto de líder da tribo.

A colonização do Amazonas deu-se através de expedições, tendo o interesse de conhecer melhor a terra e descobrir novos materiais comerciais. A primeira expedição, por exemplo, foi feita por Francisco de Orellana, um grande explorador espanhol, que se acredita ter trazido pra região as primeiras infecções, uma vez que há relatos de muitos homens doentes e outros que morreram durante a sua expedição. Outro explorador importante foi Pedro de Úrsua, que em 1553 iniciou sua expedição, a princípio como uma solução para diminuir o número de desocupados que se encontravam no Peru, demonstrando a colonização por bandidos da região.

Após a descoberta de todo o curso do rio Amazonas, iniciou-se uma organização territorial com formação de capitânias, com intuito de proteger a região de outros exploradores, isso ocorreu sem nenhuma preocupação com infra-estrutura, levando a uma péssima condição sanitária e acarretando um grande número de doenças, o que era preocupante em uma região sem nenhum hospital.

O primeiro hospital da região foi o Real Hospital da Capitania São José do Rio Negro (Hospital militar de Barcelos), este tinha condições precárias tanto para os doentes quanto para os médicos, o que agravava o número de contaminados com várias doenças, sendo a varíola a principal delas, estando relacionado também aos cirurgiões-mores, estes cuidavam de soldados e civis não tratando apenas a doença, mas contribuindo para o conhecimento sobre doenças da região com o ato de fazer relatórios sobre seus pacientes. Outro meio de solucionar essa falta de hospital, foi a criação das enfermarias militares, estas davam assistência ao exército e aos civis, eram ditos hospitais, devido a carência da mesma na região.

As epidemias foram o grande problema da época, sendo causadas principalmente pela falta de infra-estrutura e higienização das cidades. A varíola foi uma das piores, levando a morte uma boa parte da população, apesar de a vacinação contra a mesma, em 1798, a malária também afetava a população todos os anos, sarampo e cólera. Essas doenças sempre chegavam à região com atraso em relação a outras regiões do Brasil, devido ao difícil acesso, mesmo assim as autoridades não se preparavam para combater tais doenças.

Houve também a criação da casa de caridade, Santa Casa de Misericórdia de Manaus, em 1880, que a princípio foi criada como uma forma de atender as mulheres da região, mas devido a carência de hospitais, esta atendia toda a população apenas com a ajuda das doações. A Beneficente Portuguesa também sobrevivia por meio de doações, sendo criada em 1873, também com intuito de atender a população.

Ao tomar por base o período áureo da borracha, pode-se afirmar que a mortalidade era grande, em especial na época das vazantes. As epidemias eram surtos violentos e constantes, em especial de varíola, que assaltaram a região a começar pelo século XVII, quando se iniciou uma comunicação

com o estrangeiro; introduzidas pelos negros trazidos como escravos e pelos imigrantes que chegaram do Nordeste no ciclo da borracha.

Com o intenso fluxo de migração para a região amazônica e sua modernização, aumentam também as más condições de vida, a escassez e o conseqüente aumento do preço de alimentos a precariedade no atendimento dos migrantes, pois não havia médicos no interior do Amazonas.

Em relação às doenças da época, a tuberculose foi considerada a “doença do colonizador”, pois chegou ao Brasil com a colonização (da mesma forma que a lepra). Muitos membros da Companhia de Jesus chegaram ao Brasil sofrendo de tuberculose, assim a disseminação da tuberculose também foi uma “obra de catequese”. Estrangeiros também trouxeram a febre amarela. Achava-se que o Amazonas seria como um meio de cultura de moléstias bronco pulmonares por estar localizado em uma região quente (no norte do país, assim, longe dos extremos gelados do planeta). O beribéri é um resultado das más condições de trabalho e alimentação ao longo do processo de produção da borracha; é uma doença rara em Tefé, que desapareceu na região amazônica quando o ciclo da borracha entrou em crise, pois os homens ficaram mais pobres e voltaram aos seus antigos hábitos alimentares mais saudáveis de plantar o próprio alimento. Pode afetar o sistema cardiovascular e ser chamado de “beribéri úmido” ou o sistema nervoso central e periférico, sendo chamado de “beriberi seco”. É caracterizado por deficiência de vitamina B (tiamina) e causa emagrecimento, fraqueza, taquicardia e dores de cabeça, entre outros; gera a síndrome de Wernicke-Korsakoff, uma deficiência de tiamina no SNC, causando febres, vômitos e degeneração mental, principalmente, podendo ser fatal. Outra doença da época era a disenteria produzida pelos alimentos estragados, que causava desde diarreia até paralisia muscular. A última já é uma característica de botulismo (“beribéri galopante”), também causado pela ingestão de alimentos não conservados de maneira correta ou já contaminados (principalmente as conservas).

A Malária, a doença de maior destaque na época era endêmica: os casos surgiam a partir dos: imigrantes povoavam as margens dos rios, que são lugares propícios para o desenvolvimento do ciclo de vida do vetor e do parasita. Era a principal causa de morte durante o ciclo da borracha e

desconhecida pelos índios. Acreditava-se ser uma doença de origem africana, e não dos trópicos; sabia-se também que o seu tratamento era feito com quinino. Várias medidas foram tomadas na capital para tentar cessar os casos, mas todas sem sucesso.

Além das hepatites incluem-se também as cirroses, congestões hepáticas e abscessos do fígado, gerando um grande número de óbitos. Difere dos casos de malária, pois há mais sintomas neurológicos, mas não era entendida por falta de conhecimentos científicos. Acreditava-se que era causada pelos caixeiros da solda, que faziam buracos nas latas de conservas para tirar o ar gerado pelos microorganismos do alimento em putrefação e que depois eram soldados.

Já a leishmaniose, doença de evolução crônica e não contagiosa, que afeta o tegumento ou as vísceras. Também conhecida como calazar ou ferida/úlcera brava com aparência de couve-flor. Gaspar Viana iniciou uma terapia, em 1911, com o uso de tártaro emético (tartarato potássico) na cicatrização das feridas, diminuindo o nº de mortes no caso da leishmaniose visceral. Além disso, há a lepra, que foi introduzida no Vale Amazônico durante o ciclo da borracha, uma vez que a saúde pública era totalmente renegada. Com relação à febre amarela, pode-se afirmar tratar-se de uma arbovirose, doença causada por vírus de distribuição geográfica bem definida, que chegou do Pará no Amazonas, em 1856, atacando 70% da população.

A partir disso, comprova-se que as correntes migratórias estão diretamente relacionadas com a produção de doenças e o surgimento de epidemias no Estado do Amazonas, pois as doenças são inseparáveis do processo de produção econômica. Paulatinamente há o surgimento de novas doenças, enquanto outras velhas voltam à ativa com pequenas adaptações. Basicamente, nessa época, as pessoas ficavam doentes devido à alimentação extremamente precária. A base alimentícia composta por: carne seca e farinha-d'água (que quase sempre chegavam estragados e mesmo assim ainda eram vendidos), havia também o vício em álcool. Os seringueiros tinham que escolher: morrer de fome ou morrer de infecção intestinal.

A incidência de doenças na Amazônia está relacionada a falta de investimentos na saúde, má alimentação da população e a falta de investimentos na saúde. Isso fica evidente no relatório sobre as condições

médico-sanitárias do vale do Amazonas elaborado por Oswaldo Cruz em 1913, o qual visava estabelecer as bases da profilaxia do Amazonas. No entanto, o grande problema dessa campanha profilática desenvolvida por Oswaldo Cruz é que ela se reduzia a malária, uma vez que essa era a principal preocupação do Brasil na época, pois era a doença dominante da região e com alta mortalidade. Nas notas sobre a epidemiologia do Amazonas, Carlos Chagas, que acompanhou Oswaldo Cruz nas expedições, chama a atenção para a predominância de formas endematosas, as quais na época eram consideradas tipos de malária, isso acaba por gerar grandes dúvidas se todas essas formas eram realmente malária. Nessa época que qualquer que fossem os sintomas os médicos suspeitavam de malária, dessa maneira a clínica se fechava para outras possibilidades de diagnósticos como hepatites, leptospiroses, botulismo entre outras coisas. Outro problema, era a falta de verbas para o Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural, pois nessa época a população arrastava-se coberta de farrapos, faminta e doente. Tomando como base a malária, Oswaldo Cruz considera o Amazonas uma região insalubre, passando a população a considerar o estado enfermo o normal.

Uma opinião importante a se destacar é a do historiador Antônio Loureiro ao acreditar que a malária e outras doenças foram introduzidas na Amazônia, além disso, no livro *O Amazonas na Época Imperial*, Loureiro afirma que a insalubridade causou o despovoamento da Amazônia e se constituiu empecilho para o crescimento demográfico da mesma.

Ao longo da exploração da borracha surge outro grande problema na Amazônia a lepra, fazendo com surgir a segregação criminosa dominante na época da borracha- a criação do leprosário. A partir disso, se faz necessário falar do dispensário de Oswaldo Cruz; um estabelecimento público onde se prestavam serviços médicos gratuitos, e que estava principalmente ligado à prevenção de doenças venéreas e da lepra.

Para a compreensão da História da Medicina no Amazonas tornam-se indispensáveis os textos de Oswaldo Cruz, pois através deles se é possível saber as doenças predominantes no interior do Amazonas e de Manaus e também as condições sanitárias da época.

Ainda com relação a saúde pública no Amazonas no início do século XX, pode-se afirmar que está associada à história da cidade de Manaus e às suas características geográficas. Durante essa época, criaram-se as comissões de saneamento que tinham por objetivo combater a principais doenças daquele momento a malária e a febre amarela. As mudanças profiláticas só foram possíveis porque nessa época descobriram-se os mecanismos de transmissão dessas doenças, ou seja, que o vetor delas era mosquitos.

Vale salientar que no período de 1912 a borracha contribui para a melhoria das condições de vida, no entanto apenas uma minoria se beneficiou dela. Nesse período pode-se destacar o beribéri como uma doença relacionada ao ciclo da borracha uma vez que as condições em que se encontravam os seringueiros era de miséria, e a exploração da terra para a agricultura praticamente não existia, assim como o alimento proveniente de exportação além de caro era escasso e de péssimo estado de conservação. Comprova-se assim, que a questão alimentar nos primórdios do ciclo da borracha foi favorável para o desenvolvimento do processo infeccioso e parasitário nos moradores da região.

Outro momento importante a destacar sobre o saneamento da Amazônia refere-se ao início da II Guerra Mundial, onde a borracha passa ser novamente explorada, ainda que de maneira discreta comparada ao seu auge, na Amazônia. A política econômica republicana na Amazônia era totalmente dependente do capitalismo monopolista internacional para financiar as grandes levas de migrantes – “população civilizada” que vinham para a região trabalhar na produção de borracha. Isso fica evidente com a criação da SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), que acaba por comprovar que as doenças estão relacionadas aos ciclos econômicos. Porém diferença desse novo ciclo da borracha é que com a criação da SESP passa a existir uma preocupação com a mão de obra que está ligada diretamente a produção da borracha que servirá de exportação, pois a SESP nada mais é que um Programa de Educação Médica e da Democratização da Saúde. Deve-se salientar, ainda, que a SESP surgiu do interesse do capital internacional, sendo de caráter provisório. No entanto, não se pode negar que durante a sua atuação foi possível se controlar as endemias e melhorar de maneira significativa a qualidade de vida da população, uma vez que foram instalados

serviços básicos de infra-estrutura. Com a SESP ocorre a transformação da medicina em Manaus, primeiramente esta possibilitou a criação da Escola de Enfermagem dez anos antes da criação da Escola de Medicina.

No entanto, há pontos relevantes na História da Medicina do Amazonas que é a falta de medicamentos, a falta de experiência clínica – devido ao desinteresse de muitos, a falta de documentos e de comunicação entre os profissionais da área. No Amazonas nada foi feito para que a medicina fosse além da descrição de sintomas, não existiu no Estado o interesse pela investigação minuciosa da causa das mortes, inexistindo no Amazonas o serviço de necropsia que muito teria a acrescentar ao conhecimento clínico.

Sendo assim, pode-se concluir que a História da Medicina no Amazonas relaciona-se com o processo de colonização da região e com os ciclos econômicos nela desenvolvido, as doenças no Amazonas surgem em consequência das migrações e da falta das condições básicas de saúde.

Referências Bibliográficas

GALVÃO, Manoel Dias - A História da Medicina em Manaus, Editora Valer 2003

SANGIRARDI JR. O índio e as plantas alucinógenas. RJ, Alhambra, 1983

BOTELHO, João Bosco - História da medicina – Da abstração à Materialidade, Editora Valer 2009,

ANDRADE, Rômulo de Paula - O Plano de Saneamento da Amazônia

HENRIQUE, Márcio Couto Folclore e medicina popular na Amazônia

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar - A ciência nos trópicos: as práticas médico-científicas em Manaus na passagem do século XIX para o XX

Pajé, <http://www.suapesquisa.com/indios/paje.htm>

Índios que habitavam o Brasil, <http://www.mundovestibular.com.br/articles/9547/1/Indios-que-habitavam-o-Brasil-antes-da-colonizacao-portuguesa/Paacutegina1.html>

História do Brasil, <http://www.historiadobrasil.com.br/viagem/capoi.htm>

História do Amazonas, <http://www.infoescola.com/historia/historia-do-amazonas/>

HISTÓRIA DA SAÚDE E DESCONSTRUÇÃO: O HOSPITAL MIGUEL COUTO NA MODERNIDADE (1927-1955)

Rodrigo Otávio da Silva

Resumo

Este trabalho tem por objeto de estudo o Hospital Miguel Couto (HMC), instituição nosocomial localizada na cidade do Natal (RN), entre a Praia de Areia Preta e o Monte Petrópolis, no período compreendido entre 1927 e 1955. Partindo de um extenso *corpus documental* presente em diferentes espaços arquivais, queremos entender como o HMC foi construído discursivamente como modelo de “hospital moderno” na cidade do Natal. Seria o HMC um exemplar acabado, no dizer do historiador da Medicina Roy Porter, de “hospital terapêutico e tecnológico”? Por que, na rede nosocomial existente então, seu lugar seria topologicamente superior em detrimento dos demais espaços médico-hospitalares? Como hipótese central, pensamos ter havido um determinado discurso histórico hegemônico que articulou o HMC

aos demais espaços hospitalares existentes na cidade do Natal de modo a pôr em relevo sua importância em detrimento das outras instituições médico-hospitalares existentes à época, configurando o que denominamos de “máquina de recalçamento” das diferenças. Nosso objetivo, então, é identificar esses mecanismos de exclusão e criticá-los à luz do método da desconstrução proposto pelo filósofo Jacques Derrida.

Palavras-chave: Hospital Miguel Couto, história, desconstrução, máquina de recalçamento.

Abstract

This study aims to study the Miguel Couto Hospital (MCH), a nosocomial institution located in the city of Natal (RN), between Praia de Areia Preta and Monte Petrópolis, in the period between 1927 and 1955. Starting from an extensive corpus documentary present in different archival spaces, we want to understand how the MCH was constructed discursively like model of “modern hospital” in the city of Natal. Was the HMC a finished example, as the medical historian Roy Porter put it, of “therapeutic and technological hospital”? Why, in the existing nosocomial network, would its place be topologically superior to the detriment of other medical-hospital spaces? As a central hypothesis, we think there was a certain hegemonic historical discourse that articulated the HMC to the other hospital spaces in the city of Natal in order to highlight its importance to the detriment of other existing medical and hospital institutions at the time, configuring what we call “machine of repression” of the differences. Our aim, then, is to identify these mechanisms of exclusion and to criticize them in the light of the method of deconstruction proposed by the philosopher Jacques Derrida.

Key Words: Miguel Couto Hospital, history, deconstruction, repression machine.

Prolegômenos

Este texto ocupa-se, enquanto esforço de pesquisa, com uma certa espacialidade hospitalar, o Hospital Miguel Couto, na cidade do Natal (RN),

no período 1927-1955: da criação da Sociedade de Assistência Hospitalar (SAH), instituição mantenedora do hospital geral, até a fundação da Universidade do Rio Grande do Norte (URN), analisada com base em documentação primária salvaguardada no Arquivo Público Estadual. Na periodização selecionada, ele acompanha um período histórico turbulento, prenhe de acontecimentos significativos para a história nacional: o Golpe de 1930, a Intentona Comunista de 1935, o Golpe de 1937 que instaurou a ditadura do Estado Novo, o momento crítico da Segunda Guerra Mundial, incluindo-se nessa periodização o segundo governo Vargas (1950-1954), eventos e processos que transformaram sensivelmente a saúde pública no país. O Hospital Miguel Couto não atravessou todo esse período de intensas mudanças incólume: de algum modo, participou dessa devenida histórica de múltiplas formas, seja na institucionalização do ideário de um hospital moderno terapêutico e tecnológico, seja na consolidação da classe médica como produtora de saber, seja na formação de uma rede de assistência médica na cidade, envolvendo vários conflitos entre diferentes atores sociais e instituições públicas e privadas. A complexidade poliédrica, quase fractal, na abordagem (nas bordas mesmo!) da espacialidade hospitalar requer, aqui, uma angulação em paralaxe, um certo deslocamento de posição que responda às necessidades do contexto de produção deste artigo-arauto. O trabalho de escrita a que me proponho é, com efeito, uma pequena face do poliedro, quase esquemática, mas que oferece, acredito, um bom posto de observação para as reflexões sobre a tese de doutoramento que desenvolvo no Departamento de Medicina Preventiva da USP, sob a orientação do professor Livre-docente André Mota. Qual face do poliedro darei visibilidade? Apresentarei o trabalho de montagem da Hipótese Central que guia nosso estudo do HMC, de um ponto de vista heurístico, buscando descrever o *modus operandi* e o conteúdo de sua formulação.

Aspectos teóricos e metodológicos

A Desconstrução derridiana tem sido classificada ora como posição filosófica, ora como estratégia política ou intelectual, ora como método de leitura, causando desconforto a muitos especialistas.

Em verdade, não se trata de um método propriamente, embora se faça *techné* em vários momentos, ou escola de pensamento, ainda que contando com seguidores, como a Escola de Yale formada nos Estados Unidos, mas pertence à ordem da “estratégia”, de um certo “posicionar-se” diante de, comportando uma ética em seu modo de intervenção. Em “Positions”, conjunto de entrevistas concedidas em 1972, Derrida afirma:

O que eu estava interessado naquele momento, o que estou tentando seguir de outras maneiras agora, é, ao mesmo tempo, uma “economia geral”, uma espécie de estratégia geral de desconstrução. (tradução nossa)

“Estratégia geral” aplicada como genealogia estruturada de conceitos que procura aquilo que a história pode ter ocultado ou excluído, reprimido por interesse:

“Desconstruir” a filosofia seria como pensar a genealogia estruturada de seus conceitos no modo mais fiel, mais interior, mas ao mesmo tempo desde um certo tempo fora por indizível, indizível, determinando o que esta história poderia ter ocultado ou proibido, sendo história por essa repressão em algum lugar interessado. (tradução nossa)

A Desconstrução, que dá nome às operações filosófico-literárias praticadas por Jacques Derrida, consiste na “[...] apropriação e utilização de conceitos derivados de um sistema de pensamento para, ao final, mostrar como esse sistema não funciona”. Todo o movimento de sua escrita (escritura) pretende desestabilizar o domínio da Metafísica platônica que funciona como hierarquia de termos, em que um deles é central e o outro marginal, produzindo-se, com isso, o recalque, o rebaixamento do termo secundário, estruturalidade originária do pensamento que alimentaria as diversas formas de sujeição e violência na história. Esse binarismo hierárquico e arbitrário “fundaria” o pensamento ocidental e suas categorias, sua visão de mundo e suas ações. Desmantelar (a *Destruktion* e a *Abbau* heideggeriana presente em *Ser e Tempo*) essa onto-teologia seria aquilo que mobilizaria as estratégias desconstrucionistas derridianas.

Derrida marca dois momentos dessa leitura: o protocolo, que afirma ler o texto (na forma de comentário ou explicação) nas condições de sua produção; seguido de uma leitura alternativa que buscaria explorar as aporias do texto em busca do novo, explorando os pontos de indecisão textual, historicizando assim o passado como texto. O método consiste na desconstrução-desmontagem daquilo que Elizabeth Roudinesco nomeou de “máquina de recalçamento”. Tais operações de leitura são chamadas por Derrida de “duplo gesto” ou “dupla ciência”, dois momentos constituintes da atividade desconstrutiva: inversão e deslocamento. Voltemos uma vez mais a “Positions” e acompanhemos a descrição dessas operações feitas pelo filósofo franco-magrebino a Jean Louis-Houdebine:

Portanto, é necessário avançar um duplo gesto, de acordo com uma unidade que é ao mesmo tempo sistemática e como se tivesse sido removida de si mesma, uma escrita dividida, ou seja, multiplicada, o que eu chamei, em “a dupla sessão”, uma dupla ciência: por um lado, passando por uma fase de reversão. [...] É, portanto, necessário, por este duplo escrito, precisamente, estratificado, deslocado e deslocado, marcar a lacuna entre a inversão que a estabelece, desconstrói a genealogia sublimadora ou idealizadora, e a emergência irruptiva. um novo “conceito”, um conceito do que não é mais deixado, nunca foi entendido no regime anterior. (tradução nossa)

Invertendo e deslocando as hierarquias cristalizadas no texto, sustentadas por uma Metafísica da Presença ou Onto-teologia, tributária do platonismo, produz-se uma releitura do passado, longe das tentativas de seu fechamento ou totalização. Essa perspectiva representa abertura ao futuro, pois não há jamais uma idealidade irreduzível à inscrição empírica, um conceito ideal colando numa inscrição material. Essa tensão ou *aporia* garante a abertura para o *por vir*, impedindo a fixação de um sentido definitivo para a história. O passado, nesse gesto *indecidível*, nunca estará encerrado.

A tradução dessa estratégia ao mundo sócio-histórico será a marca de uma abordagem desconstrucionista da História, como *assina* Jacques Derrida:

[...] o ponto de vista desconstrutivo tenta mostrar é que [...] convenções, instituições e consensos são estabilizações [...] são estabilizações de

algo essencialmente instável e caótico. Assim, torna-se necessário estabilizar precisamente porque a estabilidade não é natural; é porque há instabilidade que a estabilização se torna necessária. Agora, esse caos e essa instabilidade [...] [são] ao [...] mesmo tempo [...] uma chance, uma chance de mudar, de desestabilizar. Se houvesse estabilidade contínua, não haveria necessidade de política, e é porque a estabilidade não é natural, essencial nem substancial que a política existe e a ética é possível. O caos é, ao mesmo tempo, um risco e uma oportunidade, e é aqui que o possível e o impossível se cruzam.

Com efeito, a tarefa a que nos propomos neste artigo é apresentar sintética e quase esquematicamente o procedimento desconstrutivo de que nos valem na análise de certa discursividade médico-hospitalar que estruturou, na cidade do Natal, entre 1927 e 1955, uma rede de relações entre o Hospital Miguel Couto e as demais instituições nosocomiais do espaço urbano segundo uma *lógica hierárquica, binária e opositiva* na qual o HMC ocuparia a centralidade e os demais espaços hospitalares uma posição secundária, marginal, naturalizando essa estrutura histórica e, ao mesmo tempo, ocultando *as relações de força* que instituíram tais operações.

Rastros do Hospital Miguel Couto

Assistência médico-hospitalar anterior ao HMC

Foi somente no séc. XIX, com a epidemia do *cólera-morbo*, que o governo do presidente Bernardo Pereira Passos criou a primeira instituição hospitalar do Rio Grande do Norte: o Hospital de Caridade, de 1855. Encravado na Rua da Salgadeira, antigo matadouro, e hoje Casa do Estudante, a referida casa de saúde não tinha as características de um hospital terapêutico. Segundo o presidente de província Antônio Bernardo de Passos, o prédio fora construído às pressas, reunindo todos os pedreiros da cidade e quase totalidade dos carpinteiros, tendo pouco mais de 176 palmos de comprimento e 53 de largura, acomodando cerca de 40 doentes do sexo masculino e outros tantos do feminino.

A transição entre o século XIX e o XX no Rio Grande do Norte será marcada pelas transformações materiais ligadas ao anseio das elites locais em “modernizar” a cidade à maneira europeia, implementando-se, para isso, reformas urbanas guiadas pelo “paradigma higienista”, como “O Plano Sanitário para Natal”, de autoria do médico e Inspetor de Higiene Pública Manuel Segundo Wanderley, em 1896.

Nesse contexto instável e de transformação, emerge a figura do Dr. Januário Cicco, médico formado na Faculdade de Medicina da Bahia, em 1906, voltando a Natal para clinicar, e instalando seu consultório na Avenida Duque de Caxias, na Ribeira. Preocupado com a desassistência aos doentes pobres - a elite tinha seus médicos particulares -, insistiu junto ao governador Alberto Maranhão para a construção de um novo hospital, em substituição ao da Salgadeira, intento alcançado com a compra de terreno no alto do Monte Petrópolis, facultando a construção do Hospital de Caridade Juvino Barreto, inaugurado em 1909. Esse terreno, no extremo norte do Monte, fora propriedade do industrial Juvino Barreto. Com a sua morte, os seus herdeiros, Alberto maranhão (genro), Pio Barreto (filho) e Inês Barreto (viúva), construíram casas de veraneio. Alberto Maranhão, antes de seu mandato, vendeu sua propriedade a um capitalista chamado Aureliano Medeiros por dez contos de réis. Ao assumir seu primeiro mandato como governador, e atendendo aos pedidos de Januário Cicco, o então governador resolveu comprar o terreno, ali instalando o novo hospital da cidade.

A assistência hospitalar na cidade do Natal não teve sua origem ligada à fundação de uma Santa Casa de Misericórdia. Os presidentes de província, como Pedro Leão Veloso, em 1860, e Antônio Francisco de Carvalho, em 1887, até realizaram contato com irmandades religiosas, mas não obtiveram sucesso: mesmo contando com um dispositivo legal (Lei Provincial nº 989, de 10-03-1888), as freiras procuradas não aceitaram as tarefas. A documentação não descreve a Ordem nem os motivos da recusa. A segunda obra hospitalar (HCJB), contudo, gozou da presença das Irmãs Filhas de Sant’Ana, vindas da Bahia, em 15 de julho de 1909, a bordo do vapor “Acre”, sob a direção da Sórora Clemens Rizzi, e tendo como auxiliares Rosa Sampaio, Helena Maria Menezes, Rinalda Mereti e Alinda Gararaglia. O Asilo de Mendicidade e Orfanato Padre João Maria, criado em janeiro de

1912, também contaram com as freiras nos serviços de administração interna, tendo à frente as irmãs Dídima Cassot, Paulina dos Santos, Natividade, Henriqueta de Freitas, Silvia Gianni, Ernestina Viana e Blandina Diógenes. Embora o hospital tivesse sua presidência nas mãos do Inspetor de Saúde Pública, o doutor Calixtrato Carrilho, e com seu médico-chefe na figura de Januário Cicco, a atividade das irmãs à frente da enfermagem foi essencial, se considerarmos que nos primeiros anos o citado doutor Januário só tinha ao seu lado a desempenhar as funções médicas o prático José Lucas do Nascimento. O antigo prédio do Hospital de Caridade foi cedido para a instalação da Escola de Aprendizes Artífices. Todo o material remanescente do hospital foi levado para o HCJB, sob os cuidados do médico Januário Cicco, médico-cirurgião, e os antigos funcionários tiveram destino diverso: uns foram reaproveitados no novo hospital; outros em repartições; e o restante esteve à disposição do Estado para realocamento funcional.

A construção do novo hospital, inaugurado com festa em 12 de setembro de 1909, deve ser entendida como produto de um duplo cruzamento de forças: as teorias médicas dos “bons ares”, que viam no contato com os ventos marinhos terapêutica médica eficaz, e a expansão imobiliária da cidade com a criação de um novo bairro, zona residencial da elite urbana. Em 30 de dezembro de 1901, o intendente Joaquim Manuel Teixeira de Moura criou, pela Resolução n. 55, o terceiro bairro da cidade, a Cidade Nova. Havia, até então, somente dois bairros em Natal: Cidade Alta e Ribeira. Em 1908, pela Resolução n. 115 da Intendência Municipal, a praia de Areia Preta foi alçada ao posto de balneário, tornando-se lugar oficial para os banhos de mar. Em 28 de outubro de 1912, o articulista Carlos D. Fernandes publicou extensa matéria no jornal *A República*, intitulada “Banhos de mar”¹¹⁴, comentando as inúmeras vantagens que a proximidade com o mar oferecia à saúde da população litorânea:

E’ uma perfeita cura sérumtherapica a que se faz no contato das águas marinhas, cuja dynamica vitalidade nos penetra pelos sentidos e pelos poros, na mais doce e cariciosa volúpia. Folgam os olhos nas gradações luminosas, nas tonalidades chromicas, na (...) mutação das paysagens:

114. BANHOS de mar. *A República*, Natal, 28 de outubro de 1912.

no franjado de espumas, em que as ondas se desfazem; gozam os ouvidos na sonora e forte audição daquellas musicas bárbaras, que os ventos entoam; afina-se o olphato no salino aroma das águas e sargaços; deleita-se o tacto nas finas e macias areias, nas frescas vegetações marinhas, que os refluxos arrojam á praia; e o próprio gosto é ás vezes surpreendido com a súbita ingestão de um vasto gole cathartico d'agua salgada.¹¹⁵

Em 1915, os bondes elétricos já cumpriam a rota da Ribeira à praia de Areia Preta, integrando a Cidade Alta, parte elevada da urbe, ao bairro da Ribeira.¹¹⁶ Como se percebe, o espaço onde o HCJB fora edificado inseria-se em importante zona de expansão imobiliária da cidade, além de situar-se, segundo o discurso higienista, em zona de confluência dos ventos marinhos vindos da faixa litorânea, considerados pela ciência médica como elemento de carácter terapêutico.

Dessa breve descrição do quadro assistencial hospitalar norte-riograndense entre 1855 e 1909 devemos reter dois traços fundamentais: 1) a existência cronológica de dois espaços de cura na cidade, o primeiro dos quais representava a velha concepção do hospital-abrigo, depósito de doentes, marcado pela provisoriidade, enquanto o segundo nasceu sob o signo do “novo”, apoiado na teoria médica dos “bons ares” (versão da Teoria dos Miasmas) e engastado na zona visível e rica da cidade; 2) em ambos, vigorou a administração pública direta, destoando da experiência modelo nacional da presença de uma Santa Casa de Misericórdia na condução da assistência pública de saúde.

O Hospital Miguel Couto e o moderno

A ausência de uma Santa Casa na administração da assistência pública de saúde no Estado já era alvo das preocupações do governo local no começo do séc. XX. Em 2 de dezembro de 1911, o governador Alberto Maranhão aprovou a lei n.311 que permitia ao governo criar acordos com uma sociedade para fornecer “serviços de Santa Casa de Misericórdia”. Em maio de 1927,

115. Ibidem.

116. MIRANDA, João Maurício Fernandes de. *Evolução urbana de natal em 400 anos*. Natal [RN]: sem editora, 1999. p.63.

um grupo de médicos, composto por Januário Cicco, José Lagrecca, João Crisóstomo Galvão Filho e Otávio de Gouveia Varela, reunidos no Hospital de Caridade Juvino Barreto, realizou duas reuniões de “preparação” (18 e 20 de maio) para fundar uma sociedade particular responsável por levar a cabo os antigos anseios políticos de instituição de uma saúde pública efetiva no Estado.

Ainda no primeiro encontro, José Lagrecca sugeriu chamar-se a nova instituição de Sociedade de Assistência Hospitalar “[...]para dar-lhe um cunho de *originalidade*, embora reconhecesse os grandes e inestimáveis serviços prestados por todas as Santas Casas de Misericórdia no Brasil”¹¹⁷. Acordado com o governador José Augusto Bezerra de Medeiros no próprio palácio do governo, que, segundo Januário Cicco, anuíra aos intentos da futura SAH, a sociedade civil mantenedora foi, então, criada e instituída com sua hierarquia, regimento interno e convênio com o Estado, passando a funcionar efetivamente em 25 de maio de 1927, como registrado na Ata da sessão de fundação da Sociedade de Assistência Hospitalar na capital do estado do Rio Grande do Norte.

Sem nos estender aos detalhes técnico-administrativos, importamos sublinhar nessa documentação dois aspectos: a ideia, nas palavras de Lagrecca, de “originalidade” predicada à SAH; e a quase identificação entre SAH e o HCJB. A noção do “novo”, mais tarde, em determinado sistema de diferenças linguísticas, também chamado “moderno”, será um traço importante na configuração de um discurso mais amplo sobre o caráter do HCJB (denominado a partir de 1935 de Hospital Miguel Couto). A isso voltaremos mais tarde.

É igualmente paradigmático que, na documentação administrativa da SAH, o HCJB/HMC seja mencionado quase que exclusivamente em detrimento de outras espacialidades médico-hospitalares, já existentes na cidade. Lembrando que a recém -criada “sociedade benfeitora”, a ela deveria caber o cuidado com a assistência pública em saúde, e isso incluía desde os orfanatos até hospitais especializados. O HMC, sob a administração da

117. ARQUIVO Público Estadual do Rio Grande do Norte. Caixa 198. **Sessão Preparatória da Sociedade da Assistência Hospitalar**: Ata da primeira sessão preparatória da instalação da Sociedade de assistência Hospitalar. p.2.

SAH, era a *origem* de um pensamento da saúde na cidade do Natal, *logos* médico-hospitalar, centramento da assistência pública.

Como já afirmamos no Prolegômenos, dada a natureza de nossa pesquisa (articulada no plano de doutorado) e o espaço disponível do texto, optamos por apresentar nosso trabalho a partir da estruturação da hipótese geral da pesquisa. Assim, com a análise destas atas de “preparação” e a da “primeira sessão ordinária”, temos indícios de um certo privilégio conferido ao HCJB/HMC nas questões de serviços de saúde. De fato, até a década de 1930, esse hospital geral era praticamente o único a prestar assistência à população da capital do estado e municípios vizinhos. Na época, Natal contava com cerca de 54.836 mil habitantes, espalhados nos bairros da Ribeira, Cidade Alta, Alecrim e Cidade Nova (Tirol e Petrópolis).¹¹⁸ Contudo, duas décadas depois, a “rede” (fixemo-nos nessa noção) expandiu-se e passou a comportar maior número de nosocômios a constituir a assistência pública de saúde. Vejamos o quadro a seguir.

118. INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. Conselho Nacional de Estatística. Anuário Estatístico do Brasil: 1965. Situação demográfica, população recenseada, p.34.

“Rede” nosocomial entre 1909 e 1955		
Hospitais	Ano	Localidade
Hospital Infantil Varela Santiago	1936	Cidade Alta
Hospital de Caridade Juvino Barreto (Miguel Couto a partir de 1935)	1909	Petrópolis
Hospital São João de Deus (rebatizado Sanatório Getúlio Vargas, em 1943)	1912	Quintas
Hospital da Marinha	1944	Alecrim
Hospital dos Pescadores	?	Rocas
Policlínica (Hospital Luís Soares)	1939	Alecrim
Casa de Saúde São Lucas	1952	Tirol
Maternidade (Escola Maternidade Januário Cicco em 1952)	1942	Petrópolis
Centro de Saúde (posteriormente Hospital Evandro Chagas, 1943)	1935	Alecrim
Liga Norte-Riograndense contra o Câncer	1949	Alecrim
Hospício de Alienados	1921	Alecrim

Tabulado a partir das informações fornecidas por: CASCUDO, Luís da Câmara. *História do Rio Grande do Norte*. Rio de Janeiro: Achiamé; Natal: Fundação José Augusto, 1984.

O Anuário Estatístico de 1965, mesmo ano do nosso primeiro censo hospitalar nacional, tabula o total de 13 organizações hospitalares em Natal em 1962, das quais 7 são oficiais e 6 privadas, 5 gerais e 8 especializados. Obviamente, a situação já se apresentava distinta estatisticamente com relação à finalidade dos estabelecimentos e a proporção público/privado, embora o número ainda fosse pequeno para uma população de 162.527 habitantes. Em 1950, essa população já alcançava a cifra de 103.215 pessoas.¹¹⁹ Os dados do censo

119. Idem, Ibidem.

hospitais extrapolam um pouco o nosso recorte temporal, mas servem, em retrovisor, para balizamento de um certo quadro de distribuição dos estabelecimentos hospitalares no período.

Entre 1927 e 1955, como pudemos constatar, vários hospitais foram criados, realidade bem distinta daquela relativa aos primeiros 20 anos do séc. XX, quando o HMC via-se solitário na oferta de serviços médicos na cidade, e sempre às voltas com problemas de subvenções do Estado e quadro profissional deficiente. À exceção das freiras de Sant'Anna, que cobriam desde a administração até ao trabalho de enfermagem, o médico chefe de clínicas e diretor do hospital, Januário Cicco, tinha de se haver com um prático, José Nascimento, mais conhecido como “O Enfermeiro”, e com o médico Otávio de Gouveia Varela, que ingressou no nosocômio apenas em 1917. Somente a partir de 1926, com a entrada, mediante concurso, do oftalmologista Adolfo Ramires e o dentista Clidenor Lago, paulatinamente o HMC foi ampliando suas clínicas e consolidando seu prestígio junto à sociedade local. Em 1947, o HMC atendeu cerca de 15.011 pacientes, dos quais 4672 hospitalizados, segundo o caso, nas seções de Maternidade, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia, Dermatologia e Sífilis, Clínica Médica, Pronto Socorro, Casa de Saúde, Ambulatório e Odontologia, além de contar com Laboratório de Análises, Farmácia e Radiologia.¹²⁰

Em todo o período que estudamos, outras transformações se processaram no hospital, afinal a própria cidade sofreu mudanças com o crescimento populacional, a urbanização, os costumes, em particular com a presença americana, em 1942, e as próprias devidaências político-sociais da Era Vargas, que produziram instabilidades locais num quadro de crescente centralismo administrativo-burocrático. Todavia, interessa-nos aqui a explicitação dos elementos históricos que sinalizaram na construção de determinada hipótese de trabalho sobre uma discursividade presente na documentação compulsada na pesquisa sobre o HMC.

120. ARQUIVO Público do Estado do Rio Grande do Norte. Sociedade de Assistência Hospitalar. Prestação de Contas e Exposição de Motivos apresentada à Diretoria da Sociedade de Assistência Hospitalar pelo seu Diretor Dr. Januário Cicco referente ao Hospital “Miguel Couto” no exercício de 1947. Natal, 1947, p. 29-33.

Propomos, então, de forma sucinta, avançar nessa sequência de estruturação heurística da hipótese descrevendo três “agregados de acontecimentos”, e depois rearticulá-las na proposta-guia inicial. São os seguintes:

Controle do ingresso de médicos aos quadros do hospital

Não raras vezes, encontramos relatos que apontam o HMC como uma barreira para o exercício médico de profissionais. Clóvis Travassos Sarinho, médico-cirurgião, alegava que o diretor “procurava selecionar com muito rigor, entre os médicos, aqueles que desejavam trabalhar no Hospital, exercendo além disso as suas funções junto aos colegas com excesso de autoridade”.¹²¹ Médicos como Hermes Caldas Bivar, mais tarde livre-docente da Faculdade de Medicina em Recife, e Lauro dos Guimarães Wanderley, depois fundador da faculdade de Medicina da Paraíba, tiveram sua candidatura negada nesse “rígido” processo avaliativo.¹²² Em um concurso para provimento do cargo de médico na delegacia do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciais (IAPC), em Natal, todas as provas foram realizadas no hospital, com exceção a de cirurgia, realizada na Casa de Saúde a pedido de um dos concorrentes que alegava incompatibilidade com o diretor do HMC.¹²³

Intervenção do HMC em outros hospitais

Algumas fontes nos permitem conjecturar, ao menos, certo grau de ingerência do HMC nas atividades de outros nosocômios hospitalares. Em 1950, a Policlínica resolveu instalar uma enfermaria de dez leitos para indigentes, sob a responsabilidade do dr. Etelvino Cunha. Não havendo os recursos necessários ao empreendimento, o médico recorreu à Legião Brasileira de Assistência. Para surpresa de Etelvino, o Interventor federal, General Fernandes Dantas, a pedido de Januário Cicco, suspendeu o futuro

121. SARINHO, Clóvis Travassos. *Hospitais do Rio Grande do Norte*: notas, apontamentos, história. Natal: Nordeste Gráfica, 1988. p.39.

122. _____. *Casa de Saúde São Lucas*: notas sobre sua fundação e primeiros anos de funcionamento. Natal: [s/ed.], 1981. p.10.

123. Idem, *Ibidem*, p.39.

convênio com a Policlínica! A Sala Maternal, como viria a chamar-se, acabou por nascer sem ver a luz do dia.¹²⁴ Em outras investidas, o diretor do HMC criou o Serviço de Pronto Socorro do hospital em 30 de dezembro de 1945 e convidou para chefiá-lo o médico José Tavares da Silva, que já não possuía vínculo com o hospital desde 1934, afastando-o do grupo dos médicos que se preparavam para fundar o Hospital São Lucas.¹²⁵

Discussão sobre o destino das verbas

Na Prestação de Contas da SAH em 1943, o diretor do HMC reclama da verba anual endereçada ao Asilo São Francisco de Assis no valor de 268.800 cruzeiros anuais para manter 180 internados, enquanto o HMC houvera recebido 152.760 cruzeiros no ano para dar conta de 10.229 doentes, sendo 3174 internados. No mesmo documento, o diretor deu início a uma série de críticas desfechadas ao uso da Maternidade de Natal como Hospital Militar, ataques que durarão até meados da década de 1940, já no pós-guerra.¹²⁶ Em 1945, em outra Prestação de Contas, o alvo agora era uma Casa de Saúde, propriedade de uma Sociedade por ações, que não teria, por lei, direito a subvenções do Estado nem contratos comerciais autoridade pública. Tal Casa de Saúde tinha apenas 20 leitos disponíveis e recebia uma verba de 150.000 cruzeiros.¹²⁷ Nos casos em pauta, não discutimos a razoabilidade da crítica de Januário Cicco, importando-nos tão somente sua intenção -bastante efetiva, diríamos- de intervir em certas ocasiões e os possíveis efeitos produzidos em termos de poder.

Esses “agregados de acontecimentos” sinalizariam, acreditamos, uma tentativa de “centramento” da instituição do HMC no contexto da assistência pública em saúde em Natal em detrimento, por conseguinte, das demais

124. _____. *Fatos, episódios e datas que a memória gravou*. Natal: Nordeste Gráfica, 1991. p.132.

125. Idem, *Hospitais do Rio Grande do Norte*, p.103.

126. ARQUIVO Público do estado do Rio Grande do Norte. *Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentadas ao Exmo. Snr. Interventor Federal General Antônio Fernandes Dantas pelo Dr. Januário Cicco da Sociedade de Assistência Hospitalar referente ao Hospital “Miguel Couto”, no exercício de 1943*. Natal, 1943, Caixa 0754, p.5-6.

127. ARQUIVO Público do estado do Rio Grande do Norte. *Prestação de Contas com Exposição de Motivos apresentadas ao Exmo. Snr. Interventor Federal Ubaldo Bezerra pelo Dr. Januário Cicco da Sociedade de Assistência Hospitalar referente ao Hospital “Miguel Couto”, no exercício de 1943*. Natal, 1945, p.1-3.

unidades hospitalares, que passam a ocupar as margens do sistema. A própria Sociedade de Assistência Hospitalar, responsável, em convênio com o Estado, pela manutenção da totalidade dos nosocômios, reforça essa lógica binária e opositiva. Não por acaso, o presidente dessa sociedade civil era o próprio diretor e chefe de clínicas do Hospital, o Dr. Januário Cicco, sendo assessorado por médicos e funcionários que também lotariam no HMC suas atividades médicas de assistência. Esse “logocentrismo” expresso no par antinômico HMC/demais hospitais comandaria a história da estruturação da assistência médico-hospitalar de Natal ao longo da primeira metade do século XX.

Tornou-se possível, então, enunciar, a partir dessa leitura dos documentos, um “campo de problemas”, no sentido de variadas questões possíveis que poderiam ser postas ao objeto, conjunto de problemas que podemos assim listar:

- e) Nessa hierarquia dos espaços médico-hospitalares, que operações históricas foram postas em movimento no sentido de construir as diferenças hierarquizantes presentes nas representações dessa “rede” nosocomial, dominada pelo binarismo opositivo HMC/espacos-outros?
- f) Que instituições outras participaram desse processo de construção?
- g) É possível localizar, no jogo das forças históricas envolvidas, pontos de abertura através dos quais os elementos marginalizados ou secundarizados emergem? Há resistências ou vozes dissonantes? Que espacialidades, nos atritos produzidos na rede, contestariam a topologia dominante e se apresentariam na proposta de uma multiplicidade médico-hospitalar que não se deixa reduzir à violência da unidade “original”?

O trabalho de inquirição das fontes pauta-se no tripé “operações históricas”, “instituições” e “resistências”, e o ponto que nos parece nodal para articular esses elementos encontra-se na noção de “rede” que emerge em caráter de ideia reguladora nas diretrizes da Divisão de Organização Hospitalar (DOH), criada em 1941, e hierarquicamente vinculada ao Departamento Nacional de Saúde. Entre 1944 e 1954, a DOH publicou vários textos¹²⁸ (aulas, discursos, conferências) que propunham a implantação de

128. *História e evolução dos hospitais*, de Ernesto de Souza Campos, editado em 1944, 1949, 1950 e 1954; *Iniciação da moderna organização hospitalar*, de Teófilo de Almeida e Ernesto de Souza Campos (1944, 1949 e 1954); *Especialização na moderna organização hospitalar*, de Teófilo de Almeida e Ernesto de Souza Campos (1944, 1949 e 1954); *Aperfeiçoamento técnica*

uma “rede” hospitalar nacional constituída de hospitais “modernos”. A noção de “rede” aqui é crucial: por constituição, a rede não tem “centro”! Nela só há nós, pontos de encontro. A tentativa de centramento do HMC, tal como nós a imaginamos, esbarrou nesse programa nacional; encontrou nele um obstáculo à topologia hospitalar construída pelo HMC. O uso relativamente frequente do topos “moderno”, presente na documentação para caracterizar o HMC, foi, em nosso entender, estratégico para manter a centralidade do Miguel Couto em contexto de transformações na estrutura hospitalar da cidade. A “originalidade” advogada por Lagreca na “Ata de preparação” aponta nessa direção.

É exatamente esse tensionamento entre o HMC e os outros hospitais de Natal no contexto da política de expansão noso-hospitalar do Ministério da Educação e Saúde que merece nossa atenção na tese de doutoramento, e o método da “dupla ciência” de Derrida permite-nos bem esse movimento de “desmontagem”, no dizer de Elizabeth Roudinesco, da “máquina de recalçamento” que o HMC pôs em curso. Daí propormos investigar, na *inversão e deslocamento* dessa topologia hospitalar (desmantelamento dos elementos que a *com*-figuram), nos *textos* produzidos por essa textualidade histórica, os rastros que permitiriam, na sua passagem invisível, fazer emergir a multiplicidade de formas de resistência de outras espacialidades médicas, de diferenças, recalçadas no processo de configuração de uma “rede” médico-hospitalar que tinha no Hospital Miguel Couto seu suposto “centro de gravidade” e posicionava, nessa relação, as demais espacialidades médicas como *suplementos* de seu “centro” autossuficiente.

Conclusões

O intuito desse artigo foi oferecer uma pequena experiência heurística. Cumprimos a promessa? Mostramos a hipótese central de nossa pesquisa de doutoramento, articulada com um “campo de problemas” e certa proposta

na administração hospitalar, de Teófilo de Almeida, A. F. Silva jardim, Daniel V. Garcia e José Amélio (1950); *Conceitos básicos e planejamento da moderna assistência hospitalar*, de Teófilo de Almeida (1954); *Construção e modernização da rede nacional de hospitais* (1949). Em 1965, essas produções foram enfeixadas em uma única publicação do Ministério da Saúde e postas para publicação com o título de *História e Evolução dos Hospitais*.

metodológica ombreada na desconstrução derridiana. Uma face do poliedro, um lado (ou base?) para se posicionar, encontrar lugar. Um “modo de ver” (*theorein*) e um pequeno caminho. Um convite a pensar uma determinada construção metodológico-conceitual, tarefa não raro negligenciada na discussão historiográfica, como se uma hipótese, e o restante do aparato teórico mesmo, surgisse *ex nihil*. Mesmo que a intuição seja de grande valia e frequentemente expresse essas formulações teóricas, descrevê-las, seguindo (in)certos passos, pode ajudar a aperfeiçoar a inteligência historiadora.

Referência Bibliográfica

- ARRAIS, Raimundo; ANDRADE, Alenuska; Marinho, Márcia. *O corpo e a alma da cidade: Natal entre 1900 e 1930*. Natal [RN]: EDUFRN, 2008.
- CULLER, Jonathan. *Sobre a desconstrução: teoria e crítica do pós-estruturalismo*. Rio de Janeiro: Record; Rosa dos Tempos, 1997.
- DERRIDA, Jacques. *Positions: entretiens avec Henri Ronse, Julia Kristeva, Jean Louis Houdebine, Guy Scarpeta*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1972.
- DERRIDA, Jacques; ROUDINESCO, Elizabeth. *De que amanhã...Diálogo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
- HADDOCK-LOBO, Rafael. *Derrida e o labirinto de inscrições*. Porto Alegre: Zouk, 2008.
- JENKINS, Keith. *A história refigurada: novas reflexões sobre uma antiga disciplina*. São Paulo: Contexto, 2014.
- MIRANDA, João Maurício Fernandes de. *Evolução urbana de natal em 400 anos*. Natal [RN]: sem editora, 1999.
- RODRIGUES, Carla. *Duas palavras para o feminino: hospitalidade e responsabilidade: sobre ética e política em Jacques Derrida*. Rio de Janeiro: Nau, 2013.
- VASCONCELOS, José Antônio. *O que é a Desconstrução?* In: Revista de Filosofia, Curitiba, v.15, n.17, p.73-78, jul./dez. 2003.

SOBRE BÓCIOS SEM PAPOS ASSUSTADORES: A CONTINUIDADE DO BÓCIO ENDÊMICO NO BRASIL E AS POLÍTICAS INTERNACIONAIS DE CONTROLE DEPOIS DE 1960

Rodrigo Ramos Lima¹²⁹

Resumo

O ensaio faz uma breve análise sobre os bócios não assustadores, e como estes diferentes gradientes da expressão das disfunções tireoidianas, possibilita uma contínua análise histórica sobre a produção de conhecimentos que versaram sobre os aspectos do bócio sem hipertrofia da glândula tireoide e das arriscadas relações entre as portadoras do hipotireoidismo e a gestação, bem como sobre a questão do tratamento do cretinismo e as abordagens hormonais utilizadas para a recuperação dos portadores dessa disfunção tireoidiana. Além disso, tomarei o caso da síndrome de Hashimoto, que

129. Doutorando no Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde- Casa de Oswaldo Cruz- Rio de Janeiro- Brasil

ensejou o reforço sobre as questões das doenças autoimunes da tireoide e dos seus aspectos subclínicos. Por fim, comento a trajetória do Projeto Thyromobil como importante objeto de pesquisa para os estudos transnacionais sobre a história do bócio endêmico no Brasil.

Palavras-chave: Bócio, Thyromobil, Disfunções Tireoidianas, Doenças Carencias, Distúrbios por Deficiência de Iodo.

Neste ensaio apresento um breve quadro das cooperações nacionais e transnacionais, de cientistas dedicados na produção e circulação de conhecimentos sobre as funções endocrinológicas associadas à desnutrição humana e a função tireoidiana, no pós-1960, como profícuo campo de pesquisas para a historiografia das ciências e da saúde pública. Argumento que a análise dos organismos internacionais no fomento às políticas de controle das síndromes crônicas associadas a carência de iodo, bem como a contínua presença de estudos sobre as particularidades do bócio, no cenário contemporâneo, constitui-se como agenda de pesquisa ainda pouco comentada por nossa historiografia. Destacam-se como temas pouco abordados, a questão do tratamento do cretinismo e as abordagens hormonais utilizadas para a recuperação dos portadores dessa disfunção tireoidiana, do reconhecimento da síndrome de Hashimoto em nosso país, bem como das repercussões do bócio congênito e suas implicações para os neonatos e parturientes.

Convém então registrar o que seria um bócio não monstruoso. Entendo por bócios não assustadores uma contínua produção de conhecimentos que versaram sobre os aspectos do bócio sem hipertrofia da glândula tireoide, das arriscadas relações entre as portadoras do hipotireoidismo e a gestação, e os componentes que influenciam na produção do bócio não tóxico. Igualmente, podemos traçar uma nova história para o bócio quando pensamos a emergência de doenças autoimunes da tireoide, como a Síndrome de Hashimoto, identificada em 1912, e que alcançou notoriedade entre a comunidade de especialistas, em nível transnacional, nos anos de 1950. Esta nosologia trouxe para a clínica a necessidade de realizações de novos exames, bem como trouxe a noção de bócio sub-clínico, isto é, a expressão de que pacientes com síndrome de Hashimoto podem não aparentar o bócio com papo, mas ainda sim, podem portar disfunções em sua glândula tireoide.

Por outro lado, também argumento que após a década de 1960, além do iodo, outras variáveis foram cotejadas como elementos catalisadores de disfunções tireoidianas, e com isso, a diversidade de manifestações clínicas que remetiam a presença do bócio, passaram a não depender da expressão do bócio monstruoso, mas sim de uma intrincada rede de exames de diagnósticos. Além disso, é sobre as complicações do aspecto hereditário destas doenças que procuro entender o repertório de novas tecnologias e abordagens médicas dedicadas em evitar a reprodução destes traços genéticos nos neonatos.

As glândulas precisam de alimento: O reconhecimento das disfunções tireoidianas no bojo da Doença de Chagas e breves considerações historiográficas

O iodo é um componente fundamental para a síntese da tiroxina, elemento químico secretado pela glândula tireoide. Quando o corpo possui baixa presença de iodo no organismo, alguns distúrbios podem surgir como o cretinismo em crianças, com graus de retardo mental graves e irreversíveis, surdo-mudez, anomalias hereditárias, e a sua expressão mais conhecida, o bócio, conhecido pela hipertrofia da glândula tiroide (Brasil,2008) . Com base em especialistas espanhóis, Couto Filho elencou três fatores que seriam causadores do bócios, quais sejam: a) substancias ambientais, que quando em contato com as vias hídricas ou alimentares, pudessem dificultar a síntese dos hormônios da tireoide; b) a carência fundamental de iodo, substancia vital para a síntese dos hormônios da tireoide e c) qualquer elemento, fisiológico ou acidental, que demandasse as necessidades do hormônio (Couto Filho, 1952).

No Brasil, uma das maiores expressões da presença do bócio no Brasil, foram representadas durante as repercussões causadas pela descoberta da doença de Chagas e da inclusão do bócio como um dos sintomas da doença tropical causada pelo barbeiro. Gilberto Hochman destacou que a identificação da tripanossomíase americana, por Carlos Chagas, pesquisador do IOC, em 1909 , limitou o debate sobre o bócio por três décadas(Hochman, 2010, p.165). Chagas apontou que a fase crônica da doença infecciosa era marcada por distúrbios endócrinos, neurológicos e cardíacos. Na perspectiva inicial de Carlos Chagas sobre a doença que então descortinava, esta diferia do caso europeu, pois se tratava de uma manifestação específica da tripanossomíase, e, portanto, a hipertrofia da tireoide era resultado da

ação do parasito *Trypanosoma* no organismo. Essa tese ficou conhecida pelo termo “*tireoidite parasitária*”.

Com a identificação da Doença de Chagas e das enunciações de seus estágios crônicos, que acarretavam danos neurológicos, endócrinos e cardíacos nos pacientes infectados pelo barbeiro, conhecido hospedeiro intermediário do *Trypanosoma cruzi*, o bócio passou a constar na agenda de pesquisa dos saberes em doenças tropicais e da parasitologia, em período conhecido pela multiplicidade de pesquisas e de caças intermináveis aos micróbios (KROPF, 2006; WORBOYS, 1996). Desde então, o bócio passou a ser relacionado como expressão mais visível da “tireoidite parasitária, argumento defendido por Carlos Chagas como fase crônica do mal de Lassance.

Simone Kropf, por sua vez, enfatizou que o problema do bócio tornou-se um dos temas mais discutidos no âmbito da classe médica e da saúde pública nacional, naquele período. (KROPF; 2009) No entanto, a dificuldade em comprovar histologicamente a presença do patógeno *Trypanosoma cruzi* nos tecidos não foi obstáculo para que o bócio e os distúrbios neurológicos, como o cretinismo fossem descartados do quadro sintomatológico da Doença de Chagas. Desde que as controvérsias sobre o tema do bócio no quadro da doença de Chagas adquiriram contornos mais abrangentes, envolvendo argentinos e brasileiros, os “papos” enquanto sintoma da infecção pelo tripanosoma foi paulatinamente desvinculado do conjunto de sintomas clínicos relacionados à doença de Chagas.

Kropf sustenta que Carlos Chagas conduziu um “reenquadramento” no desenho clínico da tripanossomíase, após controvérsias ocorridas na Academia Nacional de Medicina - protagonizadas por Afrânio Peixoto e Carlos Chagas -, minimizando, a partir de então, a primazia dos sinais tireoidianos e reforçando a importância dos elementos cardíacos” (Kropf, 2009, p. 213). O anúncio de Chagas para a comunidade médica internacional repercutiu, em solo argentino, de modo a impulsionar uma rede de investigações sobre a presença endêmica da doença em terras do norte da Argentina, bem como trouxe à baila uma inquietante disputa e controvérsias envolvendo médicos argentinos e brasileiros. (Zalaba, 2009, 59.)

O imbróglio e lento movimento da dissociação da relação *Trypanosoma cruzi* e bócio ocorreu na década de 1940, e permitiu, na visão de Hochman,

ensejar ações como a da Comissão de Mobilização Econômica, órgão relacionado ao escopo de guerra brasileiro no Estado Novo, que decretou, em setembro de 1942, a obrigatoriedade da iodação do sal consumido em regiões onde era constatado sua endemicidade, a saber: os estados de Minas Gerais e Goiás. (Hochman, 2010,p.167) O decreto sofreu pressão e foi impedido de prosseguir, sob a alegação colocada pelo Instituto Nacional do Sal (INS), sendo este órgão governamental, com fins de incentivar o setor salineiro e que contava com os interesses dos donos das salineiras em seu séquito.

O projeto foi aprovado em 1953, com ligeiras modificações. Essa experiência de produção de políticas públicas com base na inserção de produtos químicos, bioterapias, no código nutricional e no próprio hábito das populações trouxe consigo algumas resistências e entraves culturais. É o que busca demonstrar Hochman quando diz que tais perspectivas, desconsideravam as condições sociais econômicas e culturais em que se dava o comércio e o consumo nas populações alvo. O autor também registra que muitos grupos simplesmente preferiam não utilizar o sal iodado, por não terem o costume de ingerir sal refinado e desconfiavam abertamente da mudança do paladar devido ao iodo. O sal grosso era a opção mais corriqueira e era utilizado na conservação dos alimentos.

Outrossim, para Hochman a atenção exclusiva sobre a carência de iodo, e as na propostas de redução da doença através do consumo de sal refinado, obscureceu outras falas daquele cenário histórico, que chamavam à atenção para outras doenças carenciais, e apontavam que desnutrição era terreno fértil para o arvorecer de outras endemias, defendendo, assim, o fomento a políticas públicas que buscassem investigar os dados sobre a nutrição alimentar brasileira, atuar no combate à fome e na defesa da transformação dos padrões alimentares das populações rurais (Hochman, 2010, p.173) .

Para Hochman, a iodação do sal de cozinha foi se tornando muito lentamente um padrão e mesmo uma via peculiar de promoção de valores higiênicos divulgado pelas marcas salineiras. Os nutrólogos e médicos continuariam a manter a tese de que as barreiras culturais, sociais e econômicas da população seriam contínuos desafios as políticas de eliminação do bócio no país. Em contrapartida, a atenção concebida ao bócio endêmico como

pauta da agenda da saúde internacional, tomou forma sob a elaboração de parecer da OMS, em 1960, na publicação de primeiro documento oficial do órgão sobre o estado da arte dos conhecimentos sobre a doença carencial. (Hochman, 2010, p. 174)

A iodação do sal em todo o território brasileiro foi consolidada em 1974, tanto para humanos como para animais (idem). Os inquéritos sobre a prevalência do bócio em 1975 e, em seu segundo levantamento em 1994, prevalecem como marcos na historiografia do bócio endêmico. As reflexões contidas no próximo tópico, buscam oferecer breves subsídios que nos permitam ampliar o escopo historiográfico frente ao tema do bócio no pós-1960 e nas principais atividades desempenhadas para o seu controle e prevenção realizados no início do século XXI.

Rastreando Atores, Localizando subsídios para pensar a produção de saberes sobre o bócio no pós-1960

Durante a segunda metade do século XX, um novo desafio para o controle das doenças por disfunção tireoidianas surgiu. Entrava em cena os bócios sem papos assustadores. Desde então, a comunidade médica passou a conviver com a repercussão das doenças do espectro autoimune das tireoides que levavam ao hipertireoidismo, com aspectos não visíveis de bócio, também conhecidos como casos subclínicos. Tratava-se da Síndrome de Hashimoto, identificada em 1912 pelo cientista japonês Hakaru Hashimoto, cujos casos aumentaram em registros somente após a década de 1950. (Caturegli et al, 2013; Yuji et al, 2013)

No caso brasileiro, nesse momento, as preocupações com o cretinismo continuavam estimulando pesquisas. Na década de 1960, nomes como Geraldo Medeiros Neto, Luiz Carlos Galvão Lobo, W. Nicolau, Alberto Ulhôa Cintra, Quelce Salgado, Freire Maia publicaram artigos nos relatórios da Organização Pan-Americana de Saúde, realizada no México, em junho de 1968. Dentre estes pesquisadores, destaco Geraldo de Medeiros Neto, como um dos principais nomes interessados nas correlações entre a disfunção tireoidiana com os aspectos nutricionais dos pacientes. Em 1975, ano da fundação da Sociedade Latino-Americana de Tireoide, veio a lume *A História do Bócio Endêmico no Brasil. Origens e Causas*, pela Secretaria de Cultura, Esportes e Turismo. Três anos depois foi realizado no Brasil o Congresso

Internacional de Tireoide e as Disfunções Nutricionais. (Medeiros Neto; Cintra, 1978)

No cenário internacional, a promoção de cooperação transnacional no combate aos distúrbios carenciais de iodo ganhou impulso com a The International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders, fundada em 1986, em Katmandu, Nepal. Deste então, esta tem trabalhado em parceria com o Unicef, The Micronutrient Initiative, and The Global Alliance for Improved Nutrition e governos nacionais. Em 1990, ocorreu a The World Summit for Children e a World Health Assembly (WHA) que estabeleceram como objetivo para o ano 2000, a meta de alcançar a eliminação de distúrbios oriundos de Distúrbios por Deficiência de Iodo. Com esse importante passo, definiu-se as estratégias de monitoração e avaliação fundamentadas no plano de erradicação dos DDI, estipulados nesses eventos internacionais. Vale lembrar, que após a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), o Brasil fragmentou o seu Programa Nacional de Controle as Moléstias Decorrentes da Carência de Iodo, o que contribuiu ainda mais para uma perspectiva de incerteza nos anos seguintes com fins de erradicar a doença. (DAVID, 2002)

Em 2000, pesquisadores da USP percorreram os caminhos que Chagas realizou no século passado, durante 2 meses, atingindo cerca de 12 mil quilômetros nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste, equipados com uma van, ultrassom e computador (Pereira, fevereiro 2005). Através da análise do volume de tireoide de 2.013 estudantes em 21 cidades nos estados Espírito Santo, Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Pará e Tocantins, regiões conhecidas por endemia de bócio, notabilizaram-se por registrar que expressiva ausência de bócio nos vilarejos, considerada efeito bem-sucedido das políticas de iodização de sal de cozinha, em âmbito nacional.

Em contrapartida, a pesquisa revelou outro cenário silencioso e alarmante. Os exames de urina de crianças e jovens, entre 6 a 14 anos, indicou que nas cidades do Nordeste, Norte e Centro Oeste do país, a população estava consumindo quantidade considerada elevada de sal iodado, acima de 10 gramas diários por pessoa recomendado pela OMS. A rigor, esta pesquisa fazia parte do Projeto Thyromobil, coordenado pelo Conselho Internacional para o Controle de Doenças Associadas à deficiência de Iodo (ICCIDD),

cujos fundos foram fornecidos pela Merck. Além dessa demonstração, os cientistas indicaram que cerca de 9 em dez estudantes possuíam níveis de iodo na urina além do valor considerado normal, isto é, 300microgramas de iodo por litro. Trata-se de índices que bateram recordes se comparados as pesquisas do Projeto Thyromobil realizadas em 15 países da América Latina e da África, onde as equipes do Thyromobil passaram. Representante do ICCID no Brasil, naquela altura, o endocrinologista Geraldo Medeiros, então coordenador da Unidade de Tireoide da Usp, enfatizou que em países quentes e com clima úmido, os hábitos de ingerir comidas salgadas era maior do que os da região Sudeste e Sul.

Pereira assinala para um cenário de preocupação da comunidade médica frente à questão da ingestão de iodo em excesso, visto que este habito pode desencadear a o aumento de doenças autoimunes da tireoide, principalmente, quando o consumo de iodo em altas quantidades, ultrapassa três a quatro anos consecutivos. Com a produção de anticorpos que atacam a glândula tireoide e seus processos metabólicos, a tireoidite crônica cria raízes nos pacientes que muitas das vezes não apresentam sinais clínicos evidentes de bócio, ao contrário. Também conhecida globalmente como síndrome de Hashimoto, identificada em 1912 pelo cientista japonês Hakaru Hashimoto, mas só reconhecida pela comunidade científica na década de 1950, a tireoidite crônica é conhecida por instalar-se em mulheres que apresentam predisposição hereditária a doenças da tireoide, bem como incide sobre estas sete vezes mais do que nos homens. No Brasil, têm atingido de 3% a 7% em pessoa com 19 a 45 anos e é encontrada em número significativo em mulheres na menopausa, cerca de 13%. Assim, Pereira comenta que a tireoidite, ou inflamação crônica da tireoide, conduz a glândula a trabalhar de modo reduzido na produção de hormônios, causando hipotireoidismo, quadro crônico que atinge cerca de 6% da população. Nos idosos, o aumento de iodo acarreta o hipertireoidismo, condição que altera as funções fisiológicas da tireoide, como a regulação do colesterol no sangue e desequilíbrio do consumo de oxigênio das células. Com este quadro, as complicações cardiovasculares adquirem agravantes, dado que a disfunção da tireoide, tomada em sua hiperfunção, acarreta o aceleração das batidas cardíacas.

Os resultados do Projeto Thyromobil no Brasil levaram a uma revisão considerável dos mecanismos legislativos que indicavam as quantidades possíveis de iodo no sal de cozinha. Com base nos diagnósticos do projeto, O Ministério da Saúde, em março de 2003, junto com a Anvisa, ordenou a alteração da taxa de presença de iodo no sal, com teor igual ou superior de 20 miligramas até o nível máximo de 60 miligramas por iodo por quilo do produto. Anteriormente, a taxa era de 10 a 100 miligramas. Quatro anos depois dessas investigações, a equipe do Professor Geraldo Medeiros utilizou metodologia semelhante para analisar a situação em São Paulo. Com base no exame de 844 alunos, entre 6 a 14 anos de idade dos municípios de Araçatuba, Presidente Prudente, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, Taubaté e Cananéia. As análises concluíram que não havia bócio nas regiões averiguadas e o volume da tireoide estava normal em 98% dos estudantes. Novamente, o consumo de iodo em excesso apresentou-se como resultado desolador. Cerca de um terço dos estudantes apresentavam valor acima do dobro permitido. Os pesquisadores registraram que o problema não era o sal, que estava em conformidade com as taxas estabelecidas em 2003. O problema era a ingestão excessiva de sal que não decaía nas pesquisas. (Pereira, fevereiro 2005)

Em Portaria de N.2362, de 1 de dezembro de 2005, o Ministério da Saúde reestruturou o Programa nacional de Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo, designado Pró-iodo. O documento considerou o histórico da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, de 1999, somado ao reconhecimento de “que os distúrbios por deficiência de iodo constituem um problema de saúde pública de importância relevante, acometendo especialmente crianças e gestantes” (Brasil, 2008). A produção de pesquisas que buscam esmiuçar os problemas de saúde oriundos da deficiência subclínica de iodo em grupos populacionais específicos pode ser considerada como uma das principais diretrizes das pesquisas no cenário contemporâneo. Em estudo recente publicado por Macedo et al, 475 amostras de urina de lactentes e pré-escolares foram estudadas, oriundas de Novo Cruzeiro, região semiárida de Minas Gerais. Neste projeto, a prevalência de excreção deficiente em iodo, foi de 34,4%. Deste total, 23,5 estavam com taxas abaixo de 100ug/L, considerada como deficiência com grau de endemicidade

leve; 5,9% com 20-49ug/L, deficiência moderada; e 5% com níveis de iodúria abaixo de 20ug/L, considerado como deficiência grave. Importante frisar, que os autores não encontraram registros de taxas de iodo acima de do valor máximo permitido.

Com este breve inquérito, Macedo et al concluíram que a prevalência de deficiência de iodo encontrada nos pré-escolares de Novo Cruzeiro, não configuravam problemas de saúde pública, embora os 5% daqueles diagnosticados com deficiência grave de iodo permitiu inferir que “a prevalência ainda expressiva de deficiência de iodo é suficiente para acarretar manifestações nocivas à saúde da população, como redução do crescimento pôndero-estatural, aumento da mortalidade infantil, hipotireoidismo subclínico e, principalmente, prejuízo do desenvolvimento cerebral e retardo mental.” (Macedo et al, 2012, p. 353) Além disso, os autores apontam que a historicamente a deficiência de iodo foi encontrada em regiões com especificidades geográficas, como áreas montanhosas, planícies alagadas e locais distantes do mar. De modo que, os autores indicam que os exames de medição de iodo na urina, tem demonstrado que a deficiência de iodo tem sido encontrada em regiões como áreas costeiras, grandes centros urbanos e nos países desenvolvidos. Doravante, com base nos dados fornecidos pela OMS, Macedo et al reforçam que, recentemente, incidências expressivas de deficiência de iodo foram encontradas em regiões que antes foram consideradas como precursoras na erradicação deste quadro (Macedo et al, 2012, p. 347).

Convém registrar que o conjunto documental de atas registradas por ocasião das reuniões ordinárias da Comissão Interinstitucional Para prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo, constituem-se como fonte importante, na medida que permite observar os principais pesquisadores (as) envolvidos nos temas das doenças carenciais, bem como traz os detalhes dos debates entre especialistas e representantes das indústrias salineiras.¹³⁰ Na XV reunião da Comissão, por exemplo, de agosto de 2017. Representantes da Indústria salineira solicitaram aumento da fiscalização de sais importados e de outras empresas que não integram o setor salineiro

130. Atas disponíveis em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pcan.php?conteudo=-deficiencia_iodo> Acesso em 15/11/2018

organizado (Brasil, 2017). Na XI reunião do grupo, representantes da indústria salineira discordaram que o consumo de sal seria um elemento causal da hipertensão arterial. Na sequência o debate continuou, e uma das pesquisadoras presentes após explicar as relações entre o aumento da ingestão de sódio e a redução da atividade do sistema renina-angiotensina aldosterona, ocasionando constrição das artérias, e por conseguinte, no aumento na pressão arterial. (Brasil, 2007, p.3)

A redução do bócio endêmico no Brasil tem sido interpretada como efeito de seis décadas ininterruptas de iodação do sal de cozinha, e que este pode ser considerado protagonista importante na redução do bócio (20,7 % em 1955; 14,1% em 1974; 1,3% em 1994; e 1,4% em 2000- Brasil,2008). Pelo que foi exposto, busquei enfatizar nesse ensaio que a história do bócio no pós-1960, pode colher importantes reflexões sobre as produções de conhecimentos científicos sobre os diferentes tipos de bócios, sobretudo aqueles relacionados à história das abordagens terapêuticas dos casos de cretinismo congênito e as continuidades do bócio endêmico no Brasil. Ademais, por meio da história dos sistemas de monitoramento, controle e prevenção sobre os distúrbios por deficiência de iodo, poderemos compreender os obstáculos políticos, econômicos e culturais na implementação de políticas públicas de saúde contra o bócio endêmico. Outrossim, estudos históricos sobre a participação brasileira na cooperação com agências internacionais na implementação de políticas do milênio, enunciadas pela OMS, podem trazer subsídios que nos permitam entender os alcances das políticas de prevenção de deficiência de iodo, os desafios atuais da clínica frente aos casos subclínicos de disfunção tireoidiana, do consumo excessivo de sal pela população brasileira, bem como dos desafios presentes no horizontes das políticas em saúde pública frente ao controle e redução das doenças crônicas não transmissíveis.

Referências:

Fontes Primárias

BRASIL. XV Reunião Ordinária da Comissão Interinstitucional para Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo, Ministério da Saúde, Brasília. Agosto, 2017.

_____. Resolução da- RDC n.23, 24 de abril de 2013. Dispõe sobre o teor de iodo no sal destinado ao consumo humano e dá outras providências. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

_____. Manual Técnico e Operacional do Pró-Iodo: Programa Nacional para a Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2008.

_____. XI Reunião Ordinária da Comissão Interinstitucional para Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo; Brasília, Março, 2007.

_____. Portaria n.520, de 6 de abril de 2005. Institui Comissão Interinstitucional para a Prevenção e o Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo e dá outras providências. Ministério da Saúde, Brasília DF. abril 2005.

_____. Portaria N. 2.362 de 1 de dezembro de 2005. Reestrutura o Programa Nacional de Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo, DDI, designado Pró-Iodo. Ministério da Saúde, Brasília, Distrito Federal, dez 2005

Fontes Secundárias

BENCHIMOL, Jaime; MARTINS, Ruth B. As transformações no tratamento cirúrgico dos cânceres: das grandes incisões nos anos 1970 aos cortes quase invisíveis de hoje. Depoimento. Entrevista com João Bosco Botelho. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, v.17, suplemento 1, julho, 2010, p.181-202.

BOTELHO, João Bosco. Desvendar da glândula tireoide. In: Botelho, João Bosco. *História da Medicina: da abstração à materialidade*. Manaus, Valer, 2011. p.319-337.

CATUREGLI, Patrizio et al. Hashimoto Thyroiditis: Celebrating the Centennial Trough the lens of the Johns Hopkins Hospital Surgical Pathology Records. *Thyroid*, 23(2), Fevereiro, p.142-150

COUTO FILHO, Miguel. *Campanha nacional contra o bócio endêmico*. Rio de Janeiro; Departamento de Imprensa Nacional; 1952

DAVID, Graciana Guerra. *Prevalência de bócio por deficiência de iodo em escolares de 7 a 10 anos de idade da zona rural do município de Itacambira, MG*. Dissertação (Mestrado, Universidade de São Paulo, 2002.

DELANGE, F. et al. *The Story of the ThyroMobil*. Thyroid International. Merck KGaA, Darmstadt, Germany. 2007.

EASTMAN, Creswell J.; ZIMMERMANN, Michael B. The Iodine Deficiency Disorders. In: De Groot LJ, Chrousos G, Dungan K, et al., editors. *Endotext [Internet]*. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000-.

HIROMATSU, Yuiji et al. Hashimoto's Thyroiditis: History and Future Outlook, *Hormones*, 12(1), 2013, p.12-18

HOCHMAN, Gilberto. O sal como solução? Políticas de saúde e endemias rurais no Brasil (1940-1960). *Sociologias*, Porto Alegre, ano 12, no 24, mai./ago. 2010, p. 158-193

KROPF, Simone Petraglia. Carlos Chagas e os debates e controvérsias sobre a doença do Brasil (1909-1923), *História, Ciências, Saúde Manguinhos* , v. 16, supl. 1, p. 205-227, 2009.

MACEDO et al. Deficiência de iodo e fatores associados em lactentes e pré-escolares de um município do semiárido de Minas Gerais, Brasil, 2008. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(2):346-356, fevereiro, 2012

MARQUES, Rita de Cássia. Sobre papos, águas, barbeiros e iodo: a história do bócio endêmico em Minas Gerais In: Monteiro, Yara Nogueira. *História da saúde: olhares e veredas*. São Paulo, Instituto de Saúde, 2010. p.123-140.

_____; MITRE, Sérgio Munir Colina. Bócio endêmico em Minas Gerais: a pesquisa biomédica da terra dos “papudos”. In: Nascimento, Dilene Raimundo do; Carvalho, Diana Maul de. *Uma história brasileira das doenças*. Brasília, Paralelo 15, 2004. p.182-193.

MEDEIROS NETO, Geraldo. Francisco Freire-Allemão: pioneiro na avaliação do grave problema do bócio endêmico no Brasil, *Arquivos Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*, 40(2):133-41, jun. 1996. ilus

_____; CINTRA, Antonio B. de Ulhôa. *Desnutrição humana e função tireoidiana*. São Paulo; Editamed; 1978. 223 p.

ROSSI, Adriana C. et al. Searching for Iodine Deficiency Disorders in Schoolchildren from Brazil: The Thyromobil project. *Thyroid*, Vol.11, N;7,2001.

ZABALA, Juan Pablo. Historia de la enfermedad de Chagas en Argentina: evolución conceptual, institucional y política. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, 16(supl.1), jul. 2009

WORLD HEALTH ORGANIZATION.

Sites

PEREIRA, Alessandra. Sal em excesso. O bócio acabou. Agora o problema é o consumo exagerado de iodo. *Revista Pesquisa FAPESP*. Disponível em: < <http://revistapesquisa.fapesp.br/2005/02/01/sal-em-excesso/> > Acesso em 15/11/2018. Edição 108. Fev.2005

Global Alliance for Improved Nutrition. Disponível em < <https://www.gainhealth.org/knowledge-centre/a-global-partnerships-fight-against-iodine-deficiency/> > Acesso em 15/11/2018

Iodine Global Network. Disponível em:< <http://www.ign.org> > Acesso em 24/11/2018

PROGRAMA DE APOIO À INICIAÇÃO CIENTÍFICA: A EXPERIÊNCIA DA FUNDAÇÃO HOSPITAL ADRIANO JORGE EM MANAUS

Rosiane P. Palheta ¹³¹

Priscila L. B. Santiago ¹³²

Renatha dos Anjos Frazão ¹³³

Ana Carla da S. Lima ¹³⁴

José Geraldo Xavier dos Anjos ¹³⁵

Resumo

131. ¹Doutora em Serviço Social. Coordenadora do Programa de Apoio à Iniciação Científica da Fundação Hospital Adriano Jorge. <http://lattes.cnpq.br/2460975694315988>

132. Estudante de direito. Secretária do Programa de Apoio à Iniciação Científica da Fundação Hospital Adriano Jorge. <http://lattes.cnpq.br/0639743756309114>

133. Gerente de Vigilância Epidemiológica e Estatística da Fundação Hospital Adriano Jorge. <http://lattes.cnpq.br/5382094783422834>

134. Jornalista, Especialista em Gestão pública. Colaboradora. <http://lattes.cnpq.br/7791237402384757>

135. Chefe do Departamento de Pesquisa da Fundação Hospital Adriano Jorge.

Em Manaus, o incentivo à pesquisa no âmbito do Programa de Apoio à Iniciação Científica é financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas. O artigo traz a experiência da Fundação Hospital Adriano Jorge a partir da implantação do PAIC sendo os arquivos das cinco edições do programa, analisados para o trabalho. Dentre os resultados, destaca-se que, uma parte considerável dos bolsistas já se inseriu na Pós graduação, sobretudo, em programas de residência médica. Conclui-se que há um nexo entre a participação no programa e avanço acadêmico dos bolsistas que tiveram vínculo com o PAIC.

Palavras-chave: Ensino, Pesquisa, Iniciação científica.

Introdução

Não é de hoje que a necessidade de buscar o conhecimento tem extrapolado os meandros institucionais e essa busca está substancialmente relacionada com o reconhecimento de que o ensino tradicional baseado exclusivamente na transmissão oral de informação está defasado e que o formato do ensino e aprendizagem restrito à universidade não dá mais conta de uma formação completa. É necessário aliar os conceitos discutidos do âmbito acadêmico à realidade social, à empiria, à realidade que se mostra apenas ao que se move dentro e no cotidiano.

Em Manaus o incentivo à pesquisa no âmbito do qual o Programa de Apoio à Iniciação Científica tem sido propiciada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas, tem sido importante no sentido de qualificar a pesquisas em andamento inserindo precocemente o aluno de graduação em projetos de pesquisa em andamento ou novos projetos de investigação sobretudo na área da saúde, sendo um valioso instrumento para aprimorar qualidades desejadas em um profissional de nível superior e estimular a formação para a pós graduação e a pesquisa.

A iniciação científica é parte importante das políticas de pesquisa da FHAJ. Através dessa atividade torna-se possível despertar, em alunos de graduação, o interesse em pesquisa científica ocasionando uma melhor qualificação dos mesmos e um aumento significativo da produção científica.

Este artigo é uma tentativa de refletir sobre a importância de programas de iniciação científica para os alunos de graduação e para qualificar futuros

profissionais para atuar de maneira mais crítica a partir da experiência da pesquisa e como tais programas contribuem para a formação desses bolsistas após a experiência em pesquisa.

A importância da iniciação científica na graduação:

Sabe-se que o conhecimento não é acabado e o estudante necessita conhecer a realidade para melhor preparar-se para o mercado de trabalho. A visão tradicional a liberdade, a reflexão e a crítica estão presas numa tendência de ensino despida de criatividade humana onde professor e alunos são considerados como objetos onde de um lado há a figura do professor visto como o centralizador do conhecimento e de outro o aluno na figura de um depositário de conteúdos.

Paulo Freire (2005) acredita que essa superioridade é pedagogicamente ultrapassada e defende a ideia de que todos possuem saberes que devem ser levados em conta no processo ensino aprendizagem. Narração ou dissertação que implica um sujeito – o narrador – e objetos pacientes, ouvintes – os educandos.

Há uma quase enfermidade da narração. A tônica da educação é preponderantemente esta – narrar, sempre narrar. Falar da realidade como algo parado, estático, compartimentado e bem-comportado, quando não falar ou dissertar sobre algo completamente alheio à experiência existencial dos educandos vem sendo, realmente, a suprema inquietação desta educação. (FREIRE, 2005, p. 65).

Um dos desafios da universidade na atualidade é formar profissionais capazes dominar teorias para uma prática mais eficiente sabendo utilizar conhecimentos em busca de uma eficácia no sentido da práxis cotidiana. O importante não é apenas dominar o conhecimento, desvendar o desconhecido, ou seja, ao se deparar com um problema para o qual não se tem respostas prontas e acabadas, deve-se buscar o conhecimento e para isso deve estar preparado para desvendá-lo, saber encontrar através de métodos adequados, as respostas por meio dos quais é possível através da investigação científica.

De acordo com Minayo (2007) o conhecimento se dá por meio da solução de problemas complexos que atravessam inúmeras disciplinas e essa

construção se dá no contexto de instituições com diferentes pesquisadores consolidando-se uma maneira de processo científico que transcende espaços físicos e diminui as distâncias entre as ciências básicas e aplicadas.

Toma como exemplo o campo da saúde que tende a lidar com uma lógica mais multidisciplinar. Essa complexidade está alicerçada no novo conceito de saúde a partir da influência das Ciências sociais e humanas que defende a ampliação do conceito de saúde que “abranja a totalidade das relações sociais e dos investimentos emocionais que contêm e se expressam na cultura” (p. 29).

Os programas de iniciação científica nas instituições de ensino e pesquisa são de substantiva relevância, este fato foi destacado por Fava-de-Moraes (2000). Em artigo destaca as vantagens e desvantagens da iniciação científica, dentre as quais a autora destaca: Em primeiro lugar, de forma geral, os estudantes inseridos em programas de pesquisa na iniciação científica, têm mais êxito nas seleções para a pós-graduação, tendem a terminar mais rápido os cursos bem como recebem mais rápido a titulação. Além disso, segundo a autora, tem oportunidade de ter treinamento mais coletivo, desenvolver espírito de equipe e maior facilidade de falar em público.

Por outro lado, é um erro admitir que iniciação científica existe exclusivamente para formar cientista. Se o estudante de iniciação científica fizer carreira nessa área, tanto melhor, mas se optar pelo exercício profissional também usufruirá de melhor capacidade de análise crítica, de maturidade intelectual e, seguramente, de um maior discernimento para enfrentar as suas dificuldades.

Uma outra grande vantagem da iniciação científica é a de permitir que a Instituição, por este programa, favoreça uma maior exposição dos melhores talentos dentre seus alunos. Isso não tem duplo sentido, ou seja, não impede que uma pessoa talentosa não consiga se visibilizar se não fizer iniciação científica, mas é sabido que os que a fazem, em geral, mostram “algo mais”, facilitando sua imediata identificação dentro do programa. Na área de engenharia, os estudantes envolvidos em iniciação científica, freqüentemente muito antes de terminar o curso, já estão sedutoramente convencidos por empresas de que o emprego está assegurado.

Os professores sabem, antecipadamente, quais são os melhores alunos da iniciação científica a serem convidados para a pós-graduação. Vários concursos seletivos de docentes foram quase exclusivamente disputados por ex-alunos de iniciação científica, porque os demais não se sentiam competitivos na mesma disputa. Existe, portanto, um diferencial muito forte a favor desse tipo de programa.

Outro diferencial privilegiado mostrado pela iniciação científica em relação ao estudante regular refere-se à chance de se entender precocemente de ciência atualizada, em face do convívio com pesquisadores muito experientes, pois o aluno ganha muito mais tempo do que se fosse aprender sozinho. Ao queimar etapas, integrando-se a um grupo competente, o estudante pode ter idéias muito mais criativas e sensatas. Já há evidências suficientes para se afirmar que foi no trabalho de tese dos estudantes de pós-graduação provenientes da iniciação científica que surgiram belas idéias inovadoras.

O Programa de Apoio à Iniciação Científica no Estado do Amazonas:

A Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ), através das Portarias Interministeriais de nº 2.146 DE 1º DE OUTUBRO DE 2014 – MEC/MS e IM/MEC/MS nº 2.673, de 27/11/2012, devidamente reconhecido pelos Ministérios da Saúde e Educação como Hospital de Ensino, definido como instituição que serve de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde, implantou no ano de 2008 o Programa de Apoio à Iniciação Científica (PAIC) como um espaço para alunos de graduação e pesquisadores de áreas multidisciplinares desenvolverem seus trabalhos de pesquisas científicas em diversas áreas do conhecimento, sobretudo, a área interdisciplinar em saúde.

No ano de 2018 o Programa de Apoio à Iniciação Científica da FHAJ completa dez anos de existência e o saldo tem sido positivo quanto à tentativa de manutenção da qualidade do programa mesmo em tempos de recessão. Essa atividade tem sido propiciada, incentivada e apoiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) no sentido de qualificar a pesquisas em andamento inserindo precocemente o aluno de graduação em projetos de pesquisa sendo um valioso instrumento para

aprimorar qualidades desejadas em um profissional de nível superior, e estimular a formação para a Pós graduação e a pesquisa.

A FAPEAM, por meio do Programa de Apoio à Iniciação Científica – PAIC incentiva estudantes a desenvolverem projetos de pesquisa durante a graduação com a concessão de bolsas por um período de 12 meses. De acordo com o relatório da FAPEAM (2015) ”no ano de 2015 foram 1.523 bolsas concedidas a estudantes de 14 instituições por meio das quotas, esse número que corresponde a 6% do total de bolsas concedidas no Brasil todo pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (CNPq) no Programa de bolsas de iniciação científica(Tabela 6). Entre os anos de 2003 e 2014, o CNPq distribuiu 4.580 bolsas nas instituições do Amazonas pelo (PIBIC), enquanto a FAPEAM concedeu 13.047 (PAIC) demonstrando que este programa é prioritário para o Amazonas“. (Relatório FAPEAM, 2015)

Esses números demonstram que a iniciação científica é um importante aspecto que tem sido priorizado pela política de ciência e tecnologia no Estado e que tem contribuído substancialmente para a produção da ciência.

A iniciação científica é parte importante das políticas de pesquisa da FHAJ. Através dessa atividade tem sido possível despertar, em alunos de graduação, o interesse em pesquisa científica propiciando uma melhor qualificação dos mesmos e um aumento significativo da produção científica no âmbito da Fundação Hospital Adriano Jorge.

Esse objetivo tem sido alcançado de maneira considerável com o número de bolsistas que já saíram do PAIC da FHAJ e trilharam o caminho da Pós-graduação como aponta o levantamento feito pela própria equipe, que identificou um percentual de quase 40% dos alunos que passaram pelo programa, já adentraram em programas de residência médica e/ou Pós-graduação *Latu e Strictu sensu*.

Na FHAJ esse aumento da produção científica tem sido evidenciado pelo aumento do número de trabalhos de PAIC apresentados em eventos nacionais e internacionais e em publicações em revistas de artigos científicos e estudos de caso. A divulgação da ciência no âmbito desta fundação tem sido nítida diante da crescente demanda aos processos seletivos realizados durante estes 10 anos de programa. São propostas de diversas instituições

de ensino públicas e privadas com interesse em desenvolver pesquisa no PAIC da FHAJ sendo em torno de 80 a 100 projetos anualmente recebidos para análise e seleção neste programa.

Na FHAJ a FAPEAM já financiou 375 bolsas de iniciação científica com mais de 200 pesquisadores oriundos de faculdades públicas e privadas e universidades parceiras melhorando substancialmente a produção científica local e subsidiando a assistência à saúde prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, tem melhorado o currículo de estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde interessados em desenvolver pesquisa na área da saúde.

A FHAJ tem procurado manter a qualidade do programa através de acompanhamento e avaliação dos integrantes do programa, através de encontros com palestras educativas, premiação anual de trabalhos de destaque em cada edição além de incentivo à participação em eventos e publicação de Anais.

A parceira tem gerado bons resultados que são evidenciados ao final de cada edição quando os trabalhos são apresentados à banca avaliadora onde são socializados os resultados das pesquisas realizadas com mérito e brilhantismo. O papel da FAPEAM tem sido muito importante na condução de uma política de incentivo à pesquisa no Estado do Amazonas que junto com a Fundação Hospital Adriano Jorge tem desenvolvido um programa de iniciação à pesquisa com qualidade mesmo em contextos de redução de gastos e incentivos à ciência e à produção científica.

Após o início do PAIC na FHAJ em 2008, o programa conquistou, paulatinamente, um aumento do número de bolsas ao longo do processo de execução do programa, saindo de 10 para 70 em 2013. Entretanto, com o encolhimento dos recursos e a crise econômica a partir do ano de 2015, a cota de bolsas foi diminuída também em 50% para todos os programas do Estado a partir desse ano, ficando a cota de 35 para a FHAJ. Recentemente, no ano de 2018, a FAPEAM devolveu 40% da cota de 70 bolsas, elevando o número para 45 bolsas na instituição, o que foi positivo para a demanda crescente que procura a instituição para se inserir na iniciação científica.

A experiência da Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ)

O Programa de Apoio a Iniciação Científica (PAIC) da Fundação Hospital Adriano Jorge (FHAJ) é um programa institucional que nasceu no âmbito da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) que apoia financeiramente tais programas com incentivo financeiro para desenvolver pesquisas e programas institucionais. As bolsas se destinam a estudantes de graduação que desejam desenvolver um projeto de pesquisa orientado.

O PAIC foi implantado nas instituições de ensino e pesquisa situadas na cidade de Manaus que manifestaram interesse de estabelecer convênio com a FAPEAM para o desenvolvimento do programa a partir de um termo de cooperação técnica. Tem como objetivo geral Disseminar o conhecimento científico por meio do envolvimento em todo o processo de investigação científica, proporcionando um pensamento crítico-analítico e aprimoramento de habilidades nos estudantes de graduação, preparando-os para o caminho da pesquisa e da pós-graduação.

Dentre os objetivos específicos destaca-se: Incentivar os alunos de graduação para a realização de pesquisas científicas; Colaborar com o aumento da produção científica da Instituição; Viabilizar experiência prática e habilidades em pesquisas aos estudantes de graduação.

O candidato à bolsa deve atender às seguintes exigências: Ser brasileiro nato ou naturalizado (se estrangeiro, ter visto permanente); Estar regularmente matriculado em curso de graduação de instituição de ensino superior devidamente credenciada pelo MEC ou pelo Conselho Estadual de Educação; Ter cursado no mínimo o primeiro período da graduação e não estar cursando os dois últimos períodos na data de ingresso no PAIC/FHAJ.

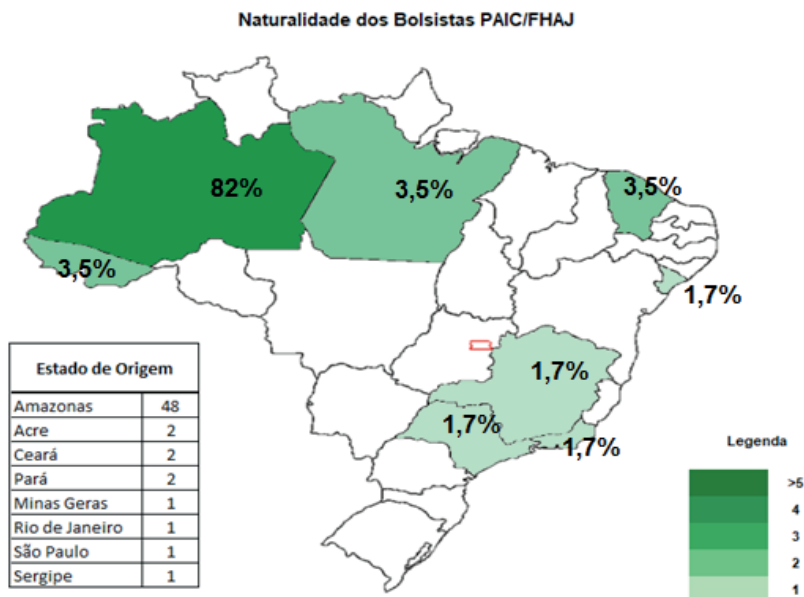
A metodologia do programa é desenvolvida a partir de três momentos: Divulgação do processo seletivo através de edital e orientação de candidatos, alunos e professores; Implementação das bolsas através de processo seletivo; reuniões e o acompanhamento e avaliação do programa através encontros, avaliação pelo bolsista e elaboração de relatórios e formulários de acompanhamento e divulgação dos resultados em evento local.

As estratégias de mobilização dos bolsistas e orientadores para o acompanhamento e avaliação do programa são feitas através de uma ficha de acompanhamento mensal onde devem ser registradas as atividades realizadas no período de um mês. Ao final de cada edição, é feita banca de avaliação dos trabalhos com a participação de experts para cada trabalho atribuindo uma nota que servirá de parâmetro para a premiação dos trabalhos de destaque de cada edição.

Os dados aqui levantados foram extraídos do banco de dados existentes na instituição para o acompanhamento e avaliação contínua do programa e algumas informações foram feitas em através de contato com os próprios bolsistas, entretanto, houve certa dificuldade uma vez alguns bolsistas já saíram da instituição e até mesmo do Estado do Amazonas.

Dos dados identificados neste estudo, observou-se que a maioria é oriunda da própria região Norte do país, sendo em 82% do estado do Amazonas, seguido pelos estados do Acre e Pará, com 3,5% cada. Há registros de bolsistas que vem de outras regiões também, como o Estado do Ceará com 3,5% e Sergipe com 1,7%, representando a Região Nordeste, e por fim da região Sudeste do país, representados pelos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais com 1,7% cada, conforme pode-se observar na Figura I.

Figura I - Distribuição dos bolsistas PAIC/FHAJ quanto à naturalidade



FONTE: PAIC/FHAJ, 2018.

O perfil dos bolsistas que passam pela instituição indica que a demanda para a iniciação científica é jovem variando entre 18 a 28 anos a idade em que adentram ao programa. A Tabela I resume algumas observações da caracterização dos bolsistas do PAIC/FHAJ, dentre elas destaca-se que 58,6% dos bolsistas é do gênero feminino, e 41,4% do gênero masculino. Quanto ao estado civil, 94,8% consideram-se solteiro (a), e 5,2% casado (a). E em relação à raça, 55,2% se intitulam pardos, 41,4% como brancos e 3,4% como negros.

Tabela I - Distribuição dos bolsistas PAIC/FHAJ quanto à naturalidade

Caracterização dos Bolsistas PAIC/FHAJ			
Características		n	%
Gênero	Feminino	34	58,6
	Masculino	24	41,4
Estado Civil	Casado (a)	3	5,2
	Solteiro (a)	55	94,8
Raça	Branco	24	41,4
	Negro	2	3,4
	Pardo	32	55,2
	Indígena	0	0,0

Fonte: PAIC/FHAJ, 2018.

É importante observar que, apesar do Amazonas ser o Estado com o maior número de indígenas do país, não foi identificado nenhum bolsista indígena no programa, pelo menos não declarado.

Em relação ao tipo de Instituição de Ensino Superior a que os bolsistas estão ligados, no PAIC/FHAJ, 37,93% vem de Universidade Privada e 62,07% de Universidade Pública, destes, 34,48% são de Esfera Estadual e 27,59% da esfera Federal como mostra a tabela II.

Tabela II - Tipo de Instituição de Ensino Superior dos Bolsistas PAIC/FHAJ

Tipo de Instituição de Ensino Superior dos Bolsistas PAIC/FHAJ			
Universidade		n	%
Pública	Estadual	20	34,48
	Federal	16	27,59
Privada		22	37,93

FONTE: PAIC/FHAJ, 2018.

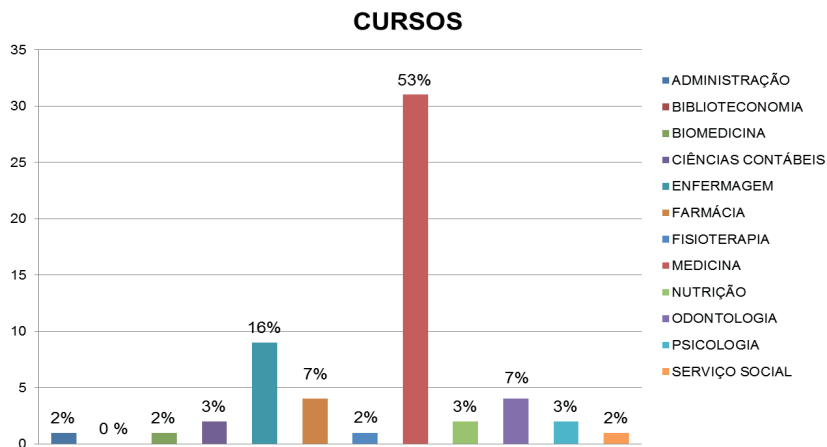
Quanto ao curso de graduação (Figura II), a maioria é do curso Medicina, representando 53% dos bolsistas PAIC/FHAJ, seguido pelo curso de Enfermagem com 16%, os cursos de Odontologia e Farmácia, ambos com 7%, os cursos de Ciências Contábeis, Nutrição e Psicologia com 3% cada e os cursos de Administração, Biomedicina, Fisioterapia e Serviço Social, todos com 2% cada.

Foi realizado um estudo junto aos estudantes do sexto ano, em seis escolas médicas de quatro estados brasileiros, sobre a existência de iniciação científica em seus cursos, a participação ou não nessas atividades e os possíveis motivos para a não participação ou sua inexistência. O estudo apontou que 84% dos estudantes defendem a obrigatoriedade da iniciação científica na graduação médica.

Ao se comparar escola privada e escola pública do mesmo estado ou escolas públicas dos demais estados, a variação na participação de alunos nessas escolas parece se dar em função da existência de programas de iniciação científica e/ou da presença maior de grupos de pesquisas em suas instituições. As escolas públicas apresentam índices maiores de alunos que participam de atividades de pesquisa, o que era esperado, já que a maior parte dos grupos de pesquisa está em escolas públicas. (Oliveira ET all, 2008:312).

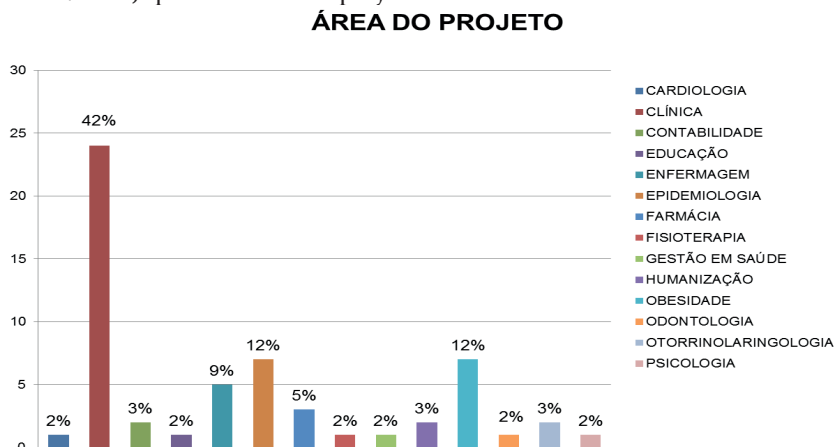
Essa soberania em relação ao curso de formação pode ser explicada pelo fato de que a FHAJ é um hospital de ensino com convênios com instituições

formadoras da área da saúde como é o caso da UEA e UFAM onde a maioria faz estágio, monitoria e residência nas dependências desta instituição, o que influencia a escolha de desenvolver um projeto de pesquisa nesta instituição. Figura II - Distribuição dos Bolsistas PAIC/FHAJ quanto ao tipo de curso



A área de concentração dos projetos de pesquisa também é um dado interessante demonstrada na figura III que apresenta as diversas áreas do qual abrange o projeto dos bolsistas PAIC/FHAJ, sendo em sua maioria da área Clínica (42%), seguido das áreas de Epidemiologia (12%), Obesidade (12%), de Enfermagem (9%), de Farmácia (5%), Contabilidade (3%), Humanização (3%), Otorrinolaringologia (3%), Cardiologia (2%), Educação (2%), Fisioterapia (2%), Gestão em Saúde (2%), Odontologia (2%) e Psicologia (2%).

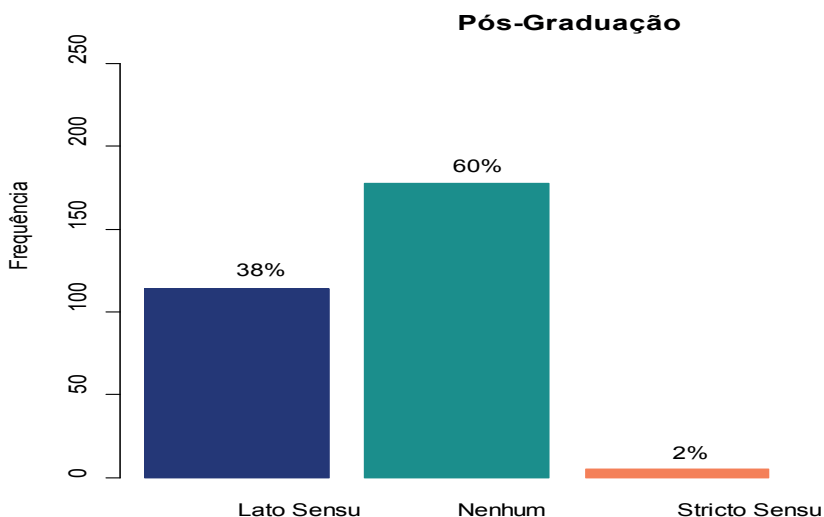
Figura III - Distribuição dos bolsistas PAIC/FHAJ quanto à área do projeto



Fonte: PAIC/FHAJ, 2018.

Quanto à contribuição da iniciação científica para os alunos que se inserem nesse tipo de programa durante a graduação, nota-se que o destino dos bolsistas do PAIC/FHAJ também foi percebida como ponto positivo após o término do tempo dedicado ao programa. Observa-se que uma parcela significativa dos bolsistas (40%) que saíram do PAIC DA FHAJ ingressaram na Pós graduação sendo que (38%), foi para o nível Lato Sensu e (2%) Stricto Sensu, conforme Figura IV. Muitos relatos de ex-bolsistas demonstram que conseguiram entrar, sobretudo na residência médica, com a experiência da iniciação científica.

Figura IV - Distribuição dos bolsistas quanto ao destino da pós-graduação



FONTE: PAIC/FHAJ, 2018.

Esses benefícios são adicionados após a saída do aluno do programa, mas os benefícios são inúmeros. Silva (2012) considera que a função básica da iniciação científica é colocar o aluno de graduação em contato com o método científico, ou seja, obriga o aluno a conhecer as diferentes etapas do processo de pesquisa, e por em prática tudo que aprendeu nas disciplinas de metodologia. *“Além disso, uma vez que o aluno tenha estas noções básicas do método científico, ele torna-se mais crítico ao fazer a leitura de um artigo científico, sabendo apontar os pontos fortes e pontos fracos dos trabalhos publicados, o que agrega um conhecimento muito importante, que é a seleção do que se vai ler ou estudar”* (Silva, 2012:129).

Oliveira (2008) coloca que O binômio ensino-pesquisa é considerada uma unanimidade como uma conquista permanente e intrínseca do conceito de universidade e, mesmo os que o criticam o fazem por, mesmo sendo considerado necessário, se mostra insuficiente. Ele pontua que, apesar da oferta de atividades de pesquisa nos cursos médicos, ainda constituir situações

pontuais e minoritárias, e em alguns casos quase que extraordinárias, está aumentando a compreensão de que deve ser uma atividade articulada ao ensino e integrada ao currículo regular.

Na realidade do Estado do Amazonas, a iniciação científica é muito incentivada com um grande volume de financiamento de programas de iniciação científica, sobretudo, na área da saúde como apontou o relatório da fapeam que concedeu um número de 13.047 em 11 anos de programa.

Considerações finais:

A produção científica é parte essencial das políticas educacionais em nível superior de ensino, entretanto, alguns estudos apontam que esse número ainda é insuficiente e, que deveria estar dentro da grade curricular dos alunos. Na experiência do Amazonas, percebe-se que a iniciação científica é incentivada com um grande número de bolsas cedidas às instituições de ensino e pesquisa bem como incentivo financeiro para o desenvolvimento dos programas. Os resultados são positivos e a experiência da FHAJ tem demonstrado a contribuição dela para a carreira dos estudantes.

Esse fato é muito benéfico do ponto de vista da carreira dos bolsistas que saem de um programa de iniciação científica, entretanto, para os pesquisadores, que são peças primordiais nesse processo, também deveriam receber benefícios e incentivos financeiros de apoio à pesquisa. Conclui-se que há um nexo entre a participação no programa de iniciação científica e avanço acadêmico, intelectual e profissional na carreira dos bolsistas que tiveram vínculo com o PAIC, mas é necessário incluir também todos os sujeitos do processo de produção do conhecimento.

Referências

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM). **Relatório de Atividades 2015**. Manaus, 2015. 74 p. Disponível em: <<http://www.fapeam.am.gov.br/downloads/relatorio-de-atividades-2015/>>. Acesso em: 10.10.2018

Moraes, F. F. Fava, M. **A Iniciação Científica - as muitas vantagens e poucos riscos**. São Paulo Perspec. vol.14 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2000. Disponível em: <www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/58973/61960>. Acesso em 12.10.2018.

Oliveira, N. A. Alves, L.A. Luz, M. R. **Iniciação Científica na Graduação: O que Diz o Estudante de Medicina?** Revista Brasileira De Educação Médica 32 (3): 309–314; 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a05>. Acesso em: 13.10.2018.

Pêgo-Fernandes, P.M. Mariani, A.W. **Medical education beyond graduation: scientific initiation**. Sao Paulo Med. J. vol.128 no.3 São Paulo May 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802010000300002>. Acesso em 13.09.2018.

Silva, L. F. F. **Iniciação científica – contexto e aspectos práticos**. São Paulo Med. Rev. 2012 Abril - Junho.; 91(2):128-36. Disponível em: <www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/58973/61960>. Acesso em 12.09.2018.

Moraes, F. F. Fava, M. **A Iniciação Científica - as muitas vantagens e poucos riscos**. São Paulo Perspec. vol.14 no.1 São Paulo Jan./Mar. 2000. Disponível em: <www.revistas.usp.br/revistadc/article/download/58973/61960>. Acesso em 12.10.2018.

Oliveira, N. A. Alves, L.A. Luz, M. R. **Iniciação Científica na Graduação: O que Diz o Estudante de Medicina?** Revista Brasileira De Educação Médica 32 (3): 309–314; 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a05>. Acesso em: 13.10.2018.

RESISTÊNCIA CULTURAL, PRÁTICAS DE SAÚDE DOS IMIGRANTES HAITIANOS E SUA INTERFACE COM O SISTEMA DE SAÚDE PÚBLICO EM MANAUS-AM

Adriely L. de S. Pereira ¹³⁶

Sabrina da C. Magalhães ¹³⁷

Lys B. Barreira ¹³⁸

Jasminne M. Guimarães ¹³⁹

Diego M. de Carvalho ¹⁴⁰

136. Graduanda em Medicina, Escola Superior de Ciências da Saúde — Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, Brasil; E-mail: alsp.med18@uea.edu.br

137. Graduanda em Medicina, Escola Superior de Ciências da Saúde — Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, Brasil; E-mail: scm.med18@uea.edu.br

138. Graduanda em Medicina, Escola Superior de Ciências da Saúde — Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, Brasil; E-mail: lbb.med18@uea.edu.br

139. Graduanda em Medicina, Escola Superior de Ciências da Saúde — Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, Brasil; E-mail: jmg.med18@uea.edu.br

140. Professor Doutor da disciplina de História da Medicina, Escola Superior de Ciências da Saúde — Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, Brasil; E-mail: diego.carv@gmail.com

Resumo

Objetivo: Analisar o exercício das práticas empíricas realizadas pelos haitianos em suas cidades de origem, bem como sua permanência ou ruptura entre imigrantes residentes na zona centro-sul de Manaus e sua adaptação ao sistema de saúde público brasileiro no primeiro semestre de 2018. **Método:** Este é um estudo observacional e descritivo, realizado na disciplina de História da Medicina e Introdução à Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde da Universidade do Estado do Amazonas, utilizando-se das técnicas de pesquisa de campo, revisão bibliográfica e análise comparada. **Resultados e conclusões:** Observou-se que a precariedade do Sistema de Saúde, tanto no Haiti quanto no Brasil, intensifica as práticas empíricas próprias da cultura nativa. Apesar da existência de programas de inclusão em saúde, práticas recorrentes como o uso terapêutico do manjeriço resistem ao processo de adaptação ao espaço e cultura locais.

Palavras-chave: imigrantes haitianos; resistência cultural; saúde coletiva; empirismo.

Introdução

Sob uma perspectiva histórica, o Haiti esteve entre as colônias mais ricas do Império Francês (de exploração, baseada na exploração da mão de obra escrava) e foi o primeiro a consolidar independência na América Latina. Com relação à religião, existem duas oficiais no país: Cristianismo e Vodun. É importante saber que o Haiti fica localizado próximo ao mar do Caribe e faz fronteira terrestre com a República Dominicana (CERQUEIRA E FRANCISCO, 2012).

No entanto, o país encontra-se entre os mais pobres do hemisfério norte atualmente — apresentando recursos limitados, poucos médicos e unidades públicas de saúde insuficientes. Os serviços de saneamento atingem uma pequena parcela dos domicílios, a população subnutrida corresponde a 58% do total, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é baixo, 45% dos habitantes são analfabetos e vivem com menos de um dólar por dia (CERQUEIRA E FRANCISCO, 2012).

Ao longo de séculos, este cenário favoreceu a adoção de métodos empíricos de cuidados com a saúde fortemente relacionados às práticas religiosas, presentes no cotidiano das populações através do tratamento de doenças e da atenuação de sintomas, como possível resposta às falhas da instrução e assistência médico-hospitalar.

Embora os imigrantes haitianos estejam integrados aos serviços de saúde ofertados pelo Brasil, as práticas de saúde resultantes de padrões culturais somados aos saberes antigos incluem o empirismo na rotina de muitos haitianos que vivem em Manaus.

Em janeiro de 2010, um terremoto de grande magnitude atingiu o país, provocando uma série de deslizamentos, mortes e desabrigando um grande número de pessoas. Após o terremoto, grande parcela da população haitiana migrou para diversos países, incluindo o Norte do Brasil. A visita de campo realizou-se com os haitianos residentes em Manaus em um abrigo localizado na Avenida Constantino Nery, e contam com apoio da Paróquia São Geraldo, da igreja católica, sob a coordenação do padre Valdecir Molinari.

A paróquia também realiza jantares beneficentes para auxiliar nas despesas da Casa de Apoio às Crianças Filhas de Migrantes. A Casa foi fundada em 2013 para apoiar as mães que imigraram para Manaus em busca de melhores condições de vida após o terremoto que devastou o Haiti em 2010. O espaço funciona como uma creche, onde os imigrantes podem deixar seus filhos para irem trabalhar. Ao todo, 25 crianças com idades entre 6 meses e 3 anos são atendidas pela instituição, que é mantida, principalmente, por doações de pessoas físicas e grupos voluntários (G1-AM, 2015).

Objetivos

Geral:

Estudar e avaliar a permanência ou ruptura das práticas empíricas de saúde realizadas pelos imigrantes haitianos em suas cidades de origem e sua adaptação ao sistema de saúde público em Manaus.

Específicos:

1. Comparar o acesso à saúde dos imigrantes em suas cidades de origem com a experiência atual em Manaus-AM.
2. Correlacionar as práticas médicas empírica, divina e oficial dos haitianos imigrantes em frente às dificuldades antes–após o terremoto em 2010.

Material e Métodos

Modelo de Estudo:

O modelo de estudo realizado foi a pesquisa de campo por meio de entrevista direta e levantamento bibliográfico.

População de Estudo:

A população de estudo são os imigrantes haitianos que chegaram no Brasil a partir de 2010. De forma mais específica, famílias e comerciantes residentes na Zona Sul de Manaus-AM. Foram entrevistados 2 pessoas na fábrica de picolés Haitidelícia; 3, nas imediações do bairro São Jorge e 2, na Av. Constantino Nery.

Coleta de Dados:

Os dados foram obtidos a partir da realização de entrevista direta. Posteriormente, o material coletado e o embasamento bibliográfico deram origem aos resultados da pesquisa apresentados em sala de aula, na matéria de História da Medicina.

Procedimentos:

1. Levantamento bibliográfico: Desastre em 2010; Cultura do Haiti; Religiões no Haiti; Métodos de Medicina Empírica ligados à cultura e à religião;
2. Elaboração do questionário a ser respondido pelos entrevistados;

3. Contato com uma das instituições de apoio aos imigrantes: Paróquia do São Geraldo;
4. Extensão da Pesquisa de Campo para comerciantes haitianos do Bairro São Jorge;
5. Realização do questionário e coleta de dados;
6. Constatação do uso da Medicina Empírica no presente e passado;
7. Elaboração de uma possível solução ao problema apresentado: dificuldade de imigrantes haitianos acessarem a Saúde Pública em Manaus.

Resistência cultural, práticas de saúde dos imigrantes haitianos e sua interface com o sistema de saúde público em Manaus-AM

Sistema de saúde pública: Haiti e Amazonas

Haiti: experiências antes do desastre

Segundo Sutter e King (2012, p. 235-249), “Na época do terremoto, a situação social e econômica do Haiti já vinha se deteriorando há décadas”. O país já lidava, antes do desastre, com um sistema de saúde extremamente limitado e desestruturado. A organização médica humanitária internacional Médicos Sem Fronteiras emitiu um alerta solicitando colaboração internacional, pois o Haiti apresentava superlotação dos hospitais e precariedade de serviços e materiais. A população não tinha condições de pagar serviços particulares e até o sistema público possuía taxas que dificultavam o acesso da massa popular ou levavam ao abandono dos tratamentos (MSF, 2009)

A entrevistada Graça (nome fictício, 45 anos), está no Brasil desde 2014 e comenta sobre a dificuldade em obter atendimento diferente do básico na rede pública de Porto Príncipe, capital do país. No caso em questão, a haitiana utilizava a rede pública apenas para consultas simples e possuía um plano de saúde caso fossem necessários tratamentos mais complexos. P.S. (homem, 25 anos) relatou sua opinião citando o excesso de burocracia existente em Manaus, Brasil, em comparação ao de sua cidade natal — também Porto Príncipe. Segundo ele, o atendimento era mais rápido e os medicamentos

eram entregues no mesmo dia para o paciente apesar das dificuldades em seu país de origem.

Haiti: experiências após o desastre e adaptação em Manaus

Após o desastre, diversos países — incluindo o Brasil — visaram ações de ajuda humanitária e reconstrução do sistema de saúde haitiano após o terremoto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 — 2014; ONU BRASIL, 2017). Mas, a falta de infraestrutura prévia dificultou a organização da atividade desses voluntários. Tanto é que alguns atendimentos eram feitos a céu aberto, abrindo espaço para infecções, disseminação de doenças e até epidemias (SUTTER; KING, 2012). Ademais, profissionais a serviço da organização internacional Médicos Sem Fronteiras dizem que os feridos se aglomeraram em filas quando descobriam um novo foco de atendimento em saúde. Outros lesados eram transportados em carrinhos de mão ou nas costas de alguém (CADA MINUTO, 2010; MSF, 2013; SUTTER — KING, 2012). Além do envio de equipes médicas, investiu-se na mobilização de uma rede de promoção da saúde e prevenção de doenças (GOMES — OLIVEIRA, 2015; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013 — 2014; ONU BRASIL, 2017).

Três anos depois do terremoto, a coordenadora geral da missão de MSF no Haiti, Joan Arnan, relatou:

A maioria dos haitianos não tinha acesso a cuidados médicos antes de 12 de janeiro de 2010, seja pela falta de serviços disponíveis ou devido à falta de recursos financeiros. Nós viemos responder à catástrofe e pretendíamos ficar até que a reconstrução entrasse nos eixos e as instalações de saúde pública pudessem assumir as atividades. Infelizmente, [...] quase nada mudou em termos de acesso a cuidados de saúde (MSF, 2013).

Religião e cultura dos haitianos: influências das medicinas divina, empírica e oficial

As suas raízes culturais tornaram-se resultado das diversas influências envolvidas em seu processo de colonização — semelhante ao Brasil — e,

portanto, apresenta uma fusão de crenças religiosas que atuam sobre o cotidiano e sociedade de tal país até os dias atuais. Pode-se destacar a predominância do Cristianismo sobre cerca de 80% da população, segundo dados do Central Intelligence Agency (CIA – EUA). Sendo que a maioria dessa porcentagem pratica o Catolicismo e o restante, o protestantismo e as demais denominações cristãs.

Além disso, é importante evidenciar o exercício do vodu de origem africana por mais da metade da nação haitiana (MOLONEY, 2015). Por conseguinte, ocorre um grande sincretismo religioso entre o vodu e o Catolicismo em várias festividades, entidades/santos (JOHNSON, 2015) — tal como o Candomblé no Brasil e contribui fortemente para as práticas de medicina divina e empírica tanto no país em questão quanto na vida dos imigrantes haitianos que vivem em Manaus (SANCHEZ, 2010).

Há múltiplos exemplos de rituais de cura do Vodu, bem como receitas, uso de talismãs e orações para libertar e sarar enfermos. Algumas patologias são associadas à feitiçaria e levam à exclusão social do portador no Haiti. Não sendo possível, portanto, curá-las através de tratamentos da medicina oficial. O que resulta na procura por terapeutas espirituais — voduístas, curandeiros, sacerdotes e sacerdotisas (MOLONEY, 2015) — como saída mais exequível (SANTOS, 2016). Além do que, tais alternativas acabam sendo mais recorridas pela população devido às dificuldades de acesso à saúde pública.

Após o terremoto de 12 de janeiro de 2010, a onda de emigração dos sobreviventes do desastre atinge altos níveis a fim de propiciar-lhes um abrigo, novas e melhores condições devidas; alcançando, principalmente, países sul-americanos e europeus. Dessa forma, a cultura haitiana tende a se adequar ao país acolhedor, ou mesmo às pessoas voluntárias — especialmente os missionários cristãos. Lembrando que elas também partem para auxiliar aquelas que permaneceram no Haiti, levando seus costumes e crenças religiosas (SANTOS, 2016).

Por isso, muitos imigrantes e habitantes haitianos tendiam a converter-se ao Cristianismo e abandonar as práticas do Vodu por serem contrárias à doutrina cristã. Certamente, isso afetará nas atividades/rituais antes realizados para a recuperação da saúde: alterando a inter-relação entre as medicinas

divina, empírica e oficial, e propiciando novas estruturas e utilizações dessas (MOLONEY, 2015).

Medicina empírica: experiências sob a perspectiva dos imigrantes haitianos

A partir da compreensão da associação entre a religião vodu e as práticas médicas curativistas, entende-se que a medicina empírica se torna a mais acessível e executada em relação às dificuldades de acesso ao sistema de saúde. Ao se somar às consequências da catástrofe de 2010, os imigrantes haitianos tendem a buscar constantemente alternativas de recuperação e melhora da saúde baseados nos procedimentos aprendidos em seu país natal e nos citados acima.

Contudo, nesse estudo, a relação dos entrevistados com o vodu foi dúbia, em que se notou desconhecimento sobre seus exercícios e rituais, ou ausência afinidade com o assunto entre os entrevistados que estavam abrigados pela Pastoral, o que não ocorreu quando os entrevistados estavam distantes do centro Pastoral.

Como exemplo, P.S. (homem, 25 anos, Porto Príncipe) afirmou: “existem muitas práticas de vodu no Haiti, mas não conheço muito bem porque nunca presenciei um ritual ou festa, mas existe sim”. Já Graça (nome fictício, 45 anos) relatou não conhecer o vodu. Ela se declarou evangélica e expressou desprazer com a pergunta. Esses dados foram obtidos por meio da entrevista direta, na qual os entrevistados se encontravam na fábrica de picolés Haitidelícia, na mesma rua da Paróquia São Geraldo.

É razoável pensar que a forte presença da caridade missionária cristã no Haiti após o terremoto, e o Cristianismo predominante no Brasil acabam inibindo práticas e crenças vodúístas. Logo, a negação de suas origens torna-se sua fuga de posteriores preconceitos e estigmatizações (SILVA, 2016).

Por outro lado, foi perceptível uma facilidade na discussão sobre práticas empíricas de medicina como remédios naturais e fitoterápicos, pois, semelhante ao que acontece no Brasil, chás, garrafadas e rezas são frequentemente usados pelos haitianos. Graça (nome fictício, 45 anos) descreveu o uso da camomille — *Chamomilla recutita* (L.) Rauschert — e basilic (*Ocimum bacilicum* L.), em português: camomila e manjerição. Sendo

o primeiro, utilizado como calmante natural e o segundo, como “elevador espiritual” para trabalhos místicos, além de também tratar dores nos olhos, diabetes e diarreia, e reduzir a ansiedade (DANIELS, 2016).

Fora do ambiente Paroquial, ouviu-se uma comerciante haitiana do bairro São Jorge, na Zona Sul de Manaus, chamada Denise (nome fictício, mulher, 33 anos). Ela mencionou o uso do manjerição — semelhante à Graça (nome fictício) — e do alho mais limão para a cura de “garganta inflamada” e demais patologias ligadas à tosse, usando-os para fazer chás para o seu filho de 3 anos. Quando perguntado sobre o exercício de orações e atividade de rezadeiras em seu país e se isso perpetuava-se até aqui, Denise (nome fictício) negou recorrer a tais artifícios citando somente a expressão “eu olhava o Deus”. Isto é, em se tratando de um momento de enfermidade sua ou de seus parentes, ela pedia a cura com fé em Deus sem se referir a benzedeiros e rezadeiras.

Por fim, entrevistaram-se algumas mulheres haitianas que residem na Avenida Constantino Nery, próximo ao bairro São Geraldo, mas que não possuem contato com a Paróquia Católica visitada. Questionou-se sobre o emprego de ervas e grãos medicinais, à vista disso G.M. (mulher, 32 anos) e D.I. (mulher, 27 anos) confirmaram o uso apresentando um recipiente com “*anín*” (em crioulo) que no Brasil se referiria a anis, ou erva-doce. Utilizado para tratamento de cólica — um costume repassado de suas avós para suas mães, e de suas mães para elas — bem como para temperos por conta de seu sabor adocicado. Mostraram também algumas folhas chamadas naranja agria, que são semelhantes às folhas de laranjeira, manuseadas para fazer chás a fim de limpar o intestino.

Ao ser perguntada sobre os procedimentos de partos, D.I. respondeu: “quase sempre os partos acontecem em casa mesmo e já presenciei um”. E, em relação aos curandeiros vodunistas, elas revelaram alguns procedimentos de cura realizados, como rezas, chás e a interação dos doentes com animais, citando cobras e tartarugas. Além disso, mencionaram a figura do sacerdote-curandeiro do Vodou como alvo de grande respeito e temor, tanto pelas suas previsões futuristas possuírem fama de alta veracidade quanto pela divulgação de um de seus poderes, conforme explicitado por G.M.: “controle do corpo do indivíduo após sua morte”. Para evitar tal ação, parentes do falecido podem

recorrer a alguns rituais. É importante evidenciar que as imigrantes não possuem ligação a essas cerimônias e ritos vodúístas, deixando esclarecidos a sua fé cristã e o conhecimento sobre o assunto baseado em experiências ainda vigentes de parentes e conhecidos.

Conclusão

No que diz respeito ao acesso dos haitianos ao sistema de saúde do Amazonas, acredita-se que a ausência de direcionamento e organização para execução das políticas de saúde impediu a melhor efetividade do sistema de saúde. Nota-se ainda uma grande dificuldade de comunicação devido ao idioma e um desconhecimento dos diferentes serviços disponíveis para uso, o que diminui a funcionalidade dos tratamentos de rotina.

A partir dessa dificuldade de acesso, essas pessoas buscam meios alternativos de lidar com a doença. Os dados coletados reforçam que as práticas empíricas de cura se sobressaem em relação à busca pelo sistema oficial de saúde, com o uso de chás e ervas. Observa-se, ainda, uma desvinculação com a religião predominante no país de origem, o vodú, que possui vários rituais medicinais, e a adoção do cristianismo.

A hipótese levantada foi: já que grande parte dessas pessoas foram acolhidas por instituições religiosas cristãs, existe certo constrangimento em expor a cultura nativa que diverge da dominante no Brasil. Ainda, a busca contou com limitações como o idioma e a introspecção por parte dos entrevistados, que não entendiam algumas perguntas ou não sabiam se expressar, dando respostas curtas e diretas.

Foi possível fazer uma análise dos relatos pessoais dos entrevistados sobre as práticas de cura na sua terra natal e comparar com o acesso à saúde em Manaus.

Diante dos resultados analisados, torna-se essencial a realização de campanhas estratégicas de saúde da família que possam auxiliar os imigrantes a compreender de que forma o SUS (Sistema Único de Saúde) funciona, proporcionando assim o melhor uso de seus recursos, o que pode ser realizado por meio de campanhas informativas diretas em bairros com número notável de imigrantes.

O auxílio da igreja faz-se muito importante nessa estratégia para a realização de palestras em grupo, já que isso gera uma maior carga de utilidade para a informação apresentada aos imigrantes. Além disso, profissionais que possam facilitar o intercâmbio cultural com os indivíduos em questão são essenciais para esse feito.

Fica explícito que a Medicina Empírica está intrinsecamente ligada à religião e à cultura de qualquer povo, sendo perpetuada ao longo dos anos. Assim, é válido notar que esses métodos têm importância por possuírem fundamentação experimental e fazerem parte de legados culturais. Logo, devem ser respeitados e considerados elementos enriquecedores das culturas divergentes com as quais fazem contato, como a do Brasil.

Bibliografia

CLERISMÉ, C. Medicina Tradicional y Moderna en Haiti. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, maio, 1985. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/16938/v98n5p431.pdf?sequence=1>>. Acesso em 07 de abril de 2018.

DANIELS, K. M. The Coolness of Cleansing: Sacred Waters, Medicinal Plants and Ritual Baths of Haiti and Peru. *Revista Harvard Review of Latin America*, 2016. Disponível em: <<https://revista.drclas.harvard.edu/book/coolness-cleansing-sacred-waters-medicinal-plants-and-ritual-baths-haiti-and-peru-o>>. Acesso em 07 de abril de 2018.

FRANCISCO, Wagner de Cerqueria e. “Haiti – Aspectos Históricos e Geográficos”; *Brasil Escola*. Disponível em: <<https://brasilecola.uol.com.br/geografia/haitiaspectos-geograficos.htm>>. Acesso em: 01 de abril de 2018.

G1-AM. Paróquia realiza jantar beneficente para ajudar migrantes, em Manaus. Disponível em: <<http://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2015/09/paroquia-realiza-jantar-beneficente-para-ajudar-migrantes-em-manaus.html>>. Acesso em 6 de abril de 2018.

GOMES, R.M.S., OLIVEIRA, V.C. Cooperação internacional Brasil-Cuba-Haiti: o papel das rádios comunitárias no fortalecimento da mobilização social no âmbito da saúde pública no Haiti. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1):199-208, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00199.pdf>. Acesso em 31 de março de 2018.

JOHNSON, Tim. Como o vodu está ajudando a reconstruir o Haiti. *BBC Travel*. 2015. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/09/150923_vert_tra_haiti_turismo_vodu_ml>. Acesso em: 31, março, 2018.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS. Haiti: ainda é preciso melhorar muito o acesso à saúde. 2015. Disponível em: <<https://www.msf.org.br/noticias/haiti-ainda-e-preciso-melhorar-muito-o-acesso-saude>>. Acesso em 7 de abril de 2018.

MÉDICOS SEM FRONTEIRAS. Sistema de Saúde Pública do Haiti é insuficiente. 2009. Disponível em: <<https://www.msf.org.br/noticias/sistema-de-saude-publica-do-haiti-e-insuficiente>>. Acesso em 06 de abril de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil encerra etapa da reestruturação da saúde pública do Haiti. *Governo do Brasil*. 2017. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/11/brasil-encerra-etapa-da-reestruturacao-da-saude-publica-do-haiti>>. Acesso em 7 de abril de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde no Haiti. 2013. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/projeto-haiti/saude-no-haiti>>. Acesso em 7 de abril de 2018.

MOLONEY, A. Voodoo Priests And Doctors Are On The Frontline Of Haiti's Mental Health Care. *Revista Huffpost*, 2015. Disponível em: <https://www.huffingtonpost.com/2015/01/14/voodoo-haiti-mental-health_n_6471624.html>. Acesso em 07 de abril de 2018.

ONU BRASIL. Brasil e ONU liberam US\$ 20 milhões em investimentos em saúde para o Haiti. 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/brasil-e-onu-liberam-us-20-milhoes-em-investimentos-em-saude-para-o-haiti/amp/>>. Acesso em 06 de abril de 2018.

SANCHEZ, Giovana. Religião dominante no Haiti, vodu mistura elementos cristãos e crenças africanas. *G1, globo.com*, São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Mundo/o,,MUL1458708-5602,00-RELIGIAO+DOMINANTE+NO+HAITI+VODU+MISTURA+ELEMENTOS+CRISTAOS+E+CRENCAS+AFRIC.html>>. Acesso em: 31 mar. 2018.

SANTOS. Fabiane Vinente dos. O Sistema Único de Saúde e os haitianos em Manaus. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de

saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, abr.-jun. 2016, p.477-494. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n2/0104-5970-hcsm-23-2-0477.pdf>>. Acesso em: 31, março de 2018.

SILVA, Sidney A. Entre o Caribe e a Amazônia: haitianos em Manaus e os desafios da inserção sociocultural. *Estud. av.*, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 139-152, Dec. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So103-40142016000300139&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 7 de abril, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/so103-40142016.30880010>.

SUTTER, Christina; KING, Ananda Melo. Vivendo sobre escombros: qualidade de vida no Haiti pós-terremoto. *Salud & Sociedad*, Antofagasta, v. 3, n. 3, p. 235-249, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So718-74752012000300001&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 29 out. 2018.

CONTAGION OF CHOLERA: VOYAGES OF THE EMIGRANT COOLIES TO THE COLONIAL TEA PLANTATIONS OF ASSAM

Sudip Saha ¹⁴¹

Abstract

The paper makes an attempt to uncover the contested claims on the prevalence of cholera in the ship journey while bringing labourers to work in the tea plantations of Assam. The archival sources on labour immigration do not give details of how cholera used to be endemic on the shipboard, a point of the prolonged contestation between the recruiter and Assam planters. But the silent part of the archives is exposed by the testimonies of the medical experts involved in the colonial bureaucracy. A careful and balanced study of the collected sources thus helps to make an inference that the interest of empire did seldom appreciate the scientific aspects of medical discovery. The paper, at another level, also tries to examine critically how the concept of 'racial other' used for the emigrant labourers was responsible for the causation of cholera.

141. Graduate Student (PhD), Department of History, School of Social Sciences, North-Eastern Hill University, Shillong, India-793022, Email: sudipsaha@nehu.ac.in

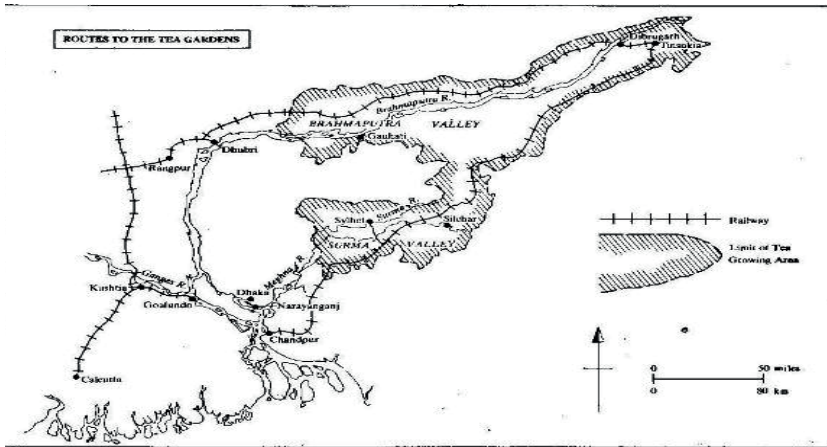
Keywords: Shipboard, Emigrants, Cholera, Contestation, Race.

Introduction

This paper is based on my Ph.D. thesis titled “Tropical Medicine in Assam Valley Tea Plantation: Discourses on Medical Research, Labour Habitation and Power Relations (1870-1950)” in which I analyse the interconnectedness of the sickness and medical welfare and how these were designed by the larger political economy of the British Empire that ended up with the production of the “indentured poor”.

The early tea industry in British India was established in Assam, a frontier colony situated in the north eastern part of the country. The passages to reach Assam tea plantations from the central parts of India were divided into two routes and both the passages were connected through Calcutta. The present paper is therefore mainly focused on the routes of the journey followed by the labourers to arrive at the tea plantations of Assam.

In the beginning of such recruitment, all recruits and their dependants those who wished to work to the tea gardens of Assam had to be reached in Calcutta. The first task in Calcutta was to admit in depots for a couple of week for the purpose of registration and medical check. Then they were taken to Kushtia by train for embarkation and finally sent them to Assam Valley by the large commercial steamer that connected the river Brahmaputra. In 1872, the Eastern Bengal State Railway was extended from Kushtia to Goalundo. In the following years, Goalundo appeared as the alternative port of the embarkation of labourers for the both Brahmaputra and Surma Valley. The journey by commercial steamer took roughly two to three weeks from Goalundo to Dibrugarh, the last port of disembarkation in the Brahmaputra Valley. In 1875, Dhubri also became the port of embarkation of the labourers for the tea plantations of the Assam Valley. The following is the map of the route through which labourers were brought in the tea plantations of the Eastern India.



Early Years of Plantations and the System of Labour Recruitment

The beginning of the tea cultivation in Assam dates back to the period of the early nineteenth century when the merchants of the East India Company (hereafter EIC) were in search of locating the suitable lands for tea cultivation. It was Robert Bruce, an agent of the EIC, who was instrumental in implementing the whole idea to begin tea cultivation in Assam. As we are all aware of the fact that plantation is a labour incentive industry. To overcome the acute shortage of labour in the early years of its cultivation, the planters preferred to recruit the industrious adivasi people of the central part of India. The method of recruiting labour was the system of indenture i.e. a sign of contract to work in the tea plantations of Assam for a period of time. I will not enter here into the discussion of the long debated discourse of how 'indenture' as a system regulated the relationship between 'labour and capital'¹⁴³, a subject

142. Ralph Shlomowitz and Lance Brennan, "Mortality and Migrant Labour en route to Assam, 1863-1924", *Indian Economic and Social History Review*, 27, 3, p. 315. 1990.

143. Nitin Varma, "Coolie Acts and the Acting Coolies: Coolie, Planter and State in Late Nineteenth and Early Twentieth Century Colonial Tea Plantations of Assam", *Social Scientist*, 33, 5/6, p.49. 2005.

of historical enquiry in locating the new form of slavery specially after the seminal work of Hugh Tinker.¹⁴⁴ The responsibilities to find out the suitable workers were given to *arkatti* and *sardars* who intermediated in the entire process of the recruitment. I would like to mention the difference of these two categories here. *Arkattis* were the section of people who were based in Calcutta and used to receive the orders of labour from the Assam planters. They were the initial recruiter in the tea plantations of Assam. On the other hand, the *Sardars* were the persons who had “already” experienced to work in the tea plantations. They were given the task to find out the “needy” and “superior” people going to the remote villages of the Central India. Both the process continued to be worked out till the first half of the twentieth century.

Claims Making and the Question of Cholera Epidemic

The prolonged contestation between the agents and planters on the question of the responsibility to look after the immigrants’ labourer in the ship journey provide a persistent dimension in the present article. To make a balanced analysis, the quantification of the demand and supply of any industrial product is as much important as the role being played by the various agencies to produce it. The expansion of the tea industry in Assam during the second half of the nineteenth century shows how the question of “role” was fulfilled by the recruitment of labour. The need to reframe the recruitment process thus placed the matter not just within the colonial discourse of “availability” and “non-availability” of labour, but to the level of the “shared” responsibilities of the government, planters and the private recruiting agencies. It also shows how the lack of interest and understanding among these three sections rather portrayed complex nuances where the health of the labourers in most cases appeared as the neglected and negotiable category while recruiting labour.

On the question of the mortality experienced by the indentured labourers en route to Assam requires a reappraisal of the historiography of medicine providing a space where facts can be related and coordinated. The vast body

144. Hugh Tinker, London, 1974. *A New System of Slavery*.

of the archival files and correspondences on this matter is highly predominant in their claim. Many annual reports on the labour immigration in Assam hold the position of the planters and acknowledges of the precise historical moment when the colonial state had to be compromised with the loss of human life. They went on to conclude by concentrating to the epidemiological effects of the voyages experienced by the immigrant labourers on their way to Assam. Other issues that were significant included the reasons for mortality decline in the course of time what Philip D. Curtin once compared with the concept of “relocation cost of migration”.¹⁴⁵ The lines of discourse they maintain are divided into two categories; first, the high rate of mortality was caused by the appalling conditions on the ship journey and the second, it was caused by the exposure of the people to new disease environments. It is evident that this categorization was made on the basis of the concept of contentious politics, since in the former case the deaths on shipboard could have protected by the shippers, with or without state regulation whereas in the later case this was the question that relates to the aspect of scientific temper. The importance of the medical knowledge that came out through improvements in the screening of potential migrants was thus undermined in the contemporary literature. The skills in disciplining the ship’s doctor and immigrant into health practices taught by the superintendent at depots before the departure for gardens were given priorities in their writings. The focus on voyage mortality thus provides a clue to understand the full demographic costs of the process of labour recruitment for Assam tea plantations. This does not even provide the satisfactory analysis of mortality that the labourers experienced en route to Assam. The point needs to be mentioned that the voyage was only one part of the movement from capturing labourers from the recruiting districts to the destination on any plantation. The evidence that is available informs that the occurrences of mortality were at every stage from capture to acclimatization in new places.

I find an interesting way to encounter the position of the colonial reports and correspondence regarding the epidemiological origin of cholera.

145. Philip D. Curtin, *Death by Migration: Europe’s Encounter with the Tropical World in the Nineteenth Century*, Cambridge, 1989. Cambridge University Press; ‘Epidemiology and Slave Trade’, *Political Science Quarterly*, Vol.83, pp. 190-216. 1968.

Interestingly, the shipboard life experienced by the immigrants during their journey to the tea gardens of Assam began to be exposed by the medical experts with new information in the subsequent years. It was reported by the medical practitioners that how the insanitary condition was being created within the *bureaucratic* claims of sanitary arrangements. It was told that how the impure drinking water did play a role in the contamination of cholera epidemic. The authenticity of the observation of medical officers got rejected by the authority. They, paradoxically, reclaimed that the labourers had to face cholera epidemic on their ship journey in the river Brahmaputra was due to the atmospheric influence that hanged over the great river. The 'isolated' sources though provide a different story and inform that it was the only coolies who were suffering from cholera.¹⁴⁶ The cases of cholera were extremely rare among the European passengers and the native crews of the steamers, who lived with the closest contact with the coolies. The carelessness of the authority was thus exposed and it helped to the sustenance of the cholera epidemic in the shipboard life.

Questioning the Silence of Colonial Archives

More precisely, the mortality experience of the indentured labourers both on the shipboard raises questions about the liability of the entire plantation system. At the same time, it is also needed to go into the deeper of the discussion to show how the analysis in the colonial reports and gazetteers has deviated from the reliable sources that easily helps to understand the reality of the period. To fill the gap, the extraction of the sources is important which are in the form of the medical journals, and private collections in order to capture the complex nuances of the colonial bureaucracy. In doing that, it reveals how a Sanitary Commissioner of 1870s was rationalised in his undertakings and did not leave any space to negotiate with the defective workings of the government. In fact, some of the inventive measures that were taken in the field of sanitation were inspired by the changing ideas of the medical discoveries that helped to find out the source of endemic

146. Charles DeRenzy, *Annual Sanitary Report of the Province of Assam for the year 1877*, Shillong, 1878. Assam Secretariat Press, p.20.

cholera. These initiatives were certainly not bound by the question who received the benefits of health care but to restructure the entire process of labour recruitment for Assam plantations. I have drawn some of the findings from the exceptional ideas of few officials of Assam government with the different form of analysis to understand the entire discourse.

There has been a shift in the prevailing claims that the immigrant labourers experienced the excessive mortality on their way to Assam did always not originated by their place of residence. The reasons for making such claims are two; first, some of the recruiting districts in the central India, for example, were mostly at risk because cholera was endemic in the region. It is also true that those who received the contract to work in Assam plantations were only the survivors from cholera. At the same time, this is cannot be appropriate to say that the recruits did not experience any disease particularly cholera in their childhood. So at the time of recruitment, it was considered that the survivors were fit and out of danger because the previous experiences gave them either lifelong or partial immunity to a further attack. The pertinent question thus arrives is that why did the immigrants suffer from cholera and how did the disease appear when they were on shipboard. Secondly, in the light of the germ theory of disease, it was necessitated to ensure the justification of the new scientific discovery that brought about changes in the understanding of the disease causation from its earlier regime. It disproved the concept of miasma by examining that a particular living organism comes into existence at a specific point of time and responsible for the occurrence of a specific disease. The subsequent question that comes to mind is that how did the particular organism come into operational that helped in the creation of a disease. To get the answer to these questions, the personal experience of Charles DeRenzy, the first sanitary Commissioner of Assam, is worth mentioning. During the voyages with the immigrant labourers who were en route to Assam, he looked on at few activities of the labourers in the ship. It confirms how the sense of ignorance to maintaining hygiene on board was being practiced in the presence of the commander whose duty was to look after the labourers. At the same time, it also concerned about the dysfunctional nature of the sanitary department and how it continued to make the situation worst. The situation makes one thing clear that the

immune system of the labourers what they had before leaving their home began to be deteriorated in the ship journey due to the practice of unhealthy standard of living. As a result, the microbes that were the vector of cholera easily entered into the human body and justified the method of the germ theory of disease. The climatic theory of disease causation proved defective again when the immigrants once reached to the tea gardens of Assam. This new invention not only brought about a revolution in the field of medical research that it looked for but also challenges the process of seasoning, a term referred to the period of adjustment in new disease environment by the immigrant labourers.

Other causes that were held responsible for the mortality included overcrowding, lack of ventilation in the steamer and the unhygienic environment around the latrine. The Deputy Commissioner of Singhbhum even also blamed to recruiters for such insanitary condition of the steamer. Moreover, there was no space in the steamer to move on and all the time they had to spend either sitting or sleeping in the same position. It became worse, particularly on rainy nights. Those who were the in-charge of the labourers on the ships hardly took care of the inconveniences faced by the emigrants. The Act III of 1863 which aimed at lessening the fearful mortality in the transit. Thus the Act entirely failed in its objectives as the indentured labourers continued to be duped by 'unprincipled recruiters'.

The first initiatives to bring industrious labourers going outside of the province were taken up in 1859. It was felt by the government that a close supervision with little administrative control would be required to prevent sickness, overcrowding and mortality among the labourers which would help further for the smooth functioning of the inland emigration process. An ordinary law with the name of the Act XIII of 1859 was passed which aimed at punishing for the breach of the contract by the labourers.¹⁴⁷ The official statement of Mr White informs us that the government steamer *Adjai* arrived in Assam on July 1860 with a large number of immigrants and many of them were suffering from cholera on board. On arrival to the

147. Superintendent of Emigration to Secretary, Government of Bengal, General Department, 11 may 1885, *Proceedings of the Lieutenant Governor of Bengal on Inland Emigration*, West Bengal State Archives. December 1885.

land of Assam, all were sent to the Maijan tea estate and cholera began to be received a new dimension from there. The matter that is not quite clear from the statement of Mr White that how did it happen and what factors were contributed to this happening. In order to identify the problems related to the outbreak of cholera, an enquiry committee was formed in 1861.¹⁴⁸ It suggested to bring some amendment in the existing law of inland emigration and thereby passed Act III (B.C.) of 1863. The new law came out with the two resolutions, one establishment of depots in Calcutta and Kusthia and second, increasement of the limits of indenture for a maximum period of five years. The reasons that were being told behind the idea of establishing such depots were physical and mental wellbeing for the labourers before they leave for the tea estates of Assam. It was instructed by the rules of 1863 that the role of the superintendent would be to look after the condition of the labourers during their transit through these depots whether the labourers were to be properly housed, fed, clothed and supplied also medicine. At the same time, many cases of violating rules XXIII (B.S.) of 1863 were registered in the depots when the recruiting agency left Calcutta with coolies for the tea plantations of Assam without embarkation list. It is quite surprising to note that in most cases the convicted was not punished for the act of the violation of laws. No inspection was being even carried out in the steamer on their arrival to Assam. In 1864, when the tea speculation was at its height, it was estimated that almost all the steamers had the same experience of cholera on board. After the consultation with the medical officers of the Assam and Jorhat Company, the two major centre of immigration, Mr White again shared his position regarding the endemicity of cholera by saying that cholera was never propagated by the fresh arrivals of coolies to either Chinnamara or Nazirah. It was probably one of the reasons that might be instigated Mr white in 1866 and 1867 not to prohibit the cholera patients arrived by steamer to several tea estates to which they were consigned. The inference from the above incidents is not that the cholera miasma that prevailed in Assam had two separate intimate characteristics under which it was communicable

148. Jagadish Chandra Jha, *Aspects of Indentured Inland Emigration to North-East India, 1859-1918*, New Delhi, 1996, Indus Publishing Company. 34.

or incapable to be passed off to others from those affected, but there were certain conditions which admit of cholera becoming communicable.

The changing mode of transportation along with the long distance to reach the Brahmaputra Valley made their life miserable. It is recorded from the complaints made by the immigrants to the recruiting agency that they were suddenly put on a different diet and forced them to eat rice and Irish potato which they hardly ate in their homeland.¹⁴⁹ Some of the reports and gazetteers related to the district of Singhbhum though take a different stand in this regard saying that cholera was never been epidemic in their district since 1860-61; the excessive mortality of the labourers on the way to Assam might be due to other cause than food. According to an official of the Chhotanagpur Christian Mission that the real cause of the great mortality on the ships was the river and tank water to which these emigrant labourers were not accustomed.¹⁵⁰ The person associated with the missionary, therefore, did not find any problem in the food provided to labourers which W.W. Hunter once blamed the same factor as the cause of the mortality. Whatever the disagreements were there among the officials regarding the quality and quantity of food, the records show the different thing indicating that cholera was the highest case of mortality on the ships.¹⁵¹

The aspect of the histories of labour mobility and the subsequent departure of the area of work thereby produced the question of desertion during the capitalist regime of the Assam tea plantations. The aspect of work and the defiance in it was thus connected to the crucial process of desertion that not only marks the rejection of one's work and working condition but was also related either to finding a better future or in alternatives ways of livelihood.¹⁵² In the early phase of the Assam tea plantations, the reality of

149. W. W. Hunter to the Secretary, Government of Bengal, 29 August 1865, *Proceedings of the Lieutenant Governor of Bengal*, Department of Emigration, West Bengal State Archives. November 1865.

150. Father Batsch to Chhotanagpur Mission, E. T. Dalton, Commissioner of Chhotanagpur, 13 September 1865, *Proceedings of the Lieutenant Governor of Bengal*, Department of Emigration, West Bengal State Archives. November, 1865, N.118.

151. Ralph Shlomowitz and Lance Brenan, 'Mortality and Migrant Labour en route to Assam, 1863-1924', *Indian Economic and Social History Review*, Vol.27, No.3, pp.319-20. 1990.

152. Matthias V. Rossum and Jennette Kamp (eds.), *Desertion in the Early Modern World: A Comparative History*, London, 2016. Bloomsbury, p.4.

desertion appeared more on the question of physical survival of the labourers than the insufficient wage that they earned. The death-journey that the emigrant labourers had experienced on the ship did not come to an end the moment they landed in Assam. Rather it created a kind of fear among the labourers that forced them to leave the garden. It was reported that 73 coolies were absconded from the various estates of the Nowgong districts during the year 1868. The reason that was being told for such numbers of desertion was the consequences of the mortality that they had witnessed among their companions. The numbers of death during the year were 19 and the Nijara Khat garden in the district of Nowgong witnessed the highest number of mortality.¹⁵³ There was no further recruitment in this garden and the coolies whatever remained had been transferred to the Darrang district. There were many cases of dysentery, diarrhoea reported from the Sootea tea garden during the half year of 1867. 325 coolies were in the sick list and 126 deaths were reported out of the total number.¹⁵⁴ For a general record, it was estimated that during the years of 1863 and 1866, 85,000 labourers were imported from outside for the tea estates of Assam, of which 35,000 labourers had either died or deserted the plantations.¹⁵⁵ It was the combined effect of deaths and large-scale desertions that led to the emergence of the institution of indenture system in Assam. As part of this systematic recruitment of labour, the indenture system began to be worked out since 1870s in a more organised way and the planters in Assam witnessed the participation of the huge number of emigrants' labourers in the production of tea.

Epidemiology of Cholera and the factor of 'Otherness'

The second part of the paper is about the deconstructionist view of the colonial understanding of the causation of cholera. The question of

153. Correspondence relating to a return of mortality among the imported labourers employed in the several tea plantations in the district of Nowgong in Assam, for the half-year ending 31st December 1867, *India Office Record and Private Papers*, No.118, March 1868-May 1868.

154. *Returns of mortality among labourers employed on the tea plantation in the Sooteah (formerly Bishnath), Chardooar and Mungledye sub-division, for the half year ending 31st December 1867*, *India Office Records and Private Papers*, No.104, Jan 1868-April 1868.

155. Andreas Eckert (ed.), *Global Histories of Work*, Germany, 2016. De Gruyter, p.236.

disease causation and the subsequent death from it became a matter of discourse in colonial offices at a moment when immigration of labourers had been started in the early 1860s to work in the Assam tea plantations. A number of historians who are involved in the discipline of the social history of medicine have opined that a confluence of overlooking and overlapping contagion had helped to transform the field of plantations into a hotbed of diseases. The earlier phase of the Assam tea plantations also had the similar tendency to view diseases as “contamination from outside”.¹⁵⁶ At the same time, planters were also aware of the fact that what factors were responsible for this contamination of diseases and how could be get rid of it. In fact, these were the questions that received less prioritise in the formative stage of plantations.

As I mentioned earlier, the indifferent attitude of the planters also similarly reflected in the annual reports of the labour Immigration of Assam which reconsiders the general refrain of ‘coolies being well fed and in comfort on shipboard’. The reasons of such carelessness were influenced by the two factors: first, the flow of coming of the huge number of labourers since 1870 through the newly adopted *sardari* system of recruitment and thereafter by the system of free emigration started by the Act I of 1882 and secondly, the steady increased in the production of tea.¹⁵⁷ Interestingly, the claims therefore made by the colonial bureaucrats are actually shows their contradictory attitudes towards the appearance of diseases when Mr White, an official stationed in a company town called Dibrugarh remarked, ‘there was no case of cholera in the province before the arrival of the *Adjai* in 1860’ whereas the records maintained by the Assam jail authority shows cholera was in

156. The ‘contamination from outside’ was in fact a diplomatic strategy long maintained by the planters establishment to blame other agencies (mostly labourers) whenever the matter of disease causation was in discourse. They were of the view that it was the imported labourers who were responsible for carrying the germs of diseases whenever they came to work in the tea plantations. Nandini Bhattacharya, *Contagion and Enclave: Tropical Medicine in Colonial India*, Liverpool, 2012. Liverpool University Press, p.126; Kalala Ngalamulume, ‘Keeping the City Totally Clean: Yellow fever and the Politics of Prevention in Colonial Saint-Louis-Du-Senegal, 1850-1914’, *Journal of African History*, Vol.45, pp. 183-202. 2004.

157. Jagadish Chandra Jha, *Aspects of Indentured Inland Emigration to North-East India, 1859-1918*, New Delhi, 1996. Indus Publishing Company, pp. 34-51.

existence in the province since 1839.¹⁵⁸ The available records show that there were few cases of cholera in 1860 when the first batch of labourers was brought into the tea estates of Upper Assam but this information does not help to prevaricate the experience of the Assam jails.¹⁵⁹ The question needs to be analysed of how it redeveloped in the province by the initiatives taken up by the administration.

As far as the question of the regions of recruitment is concerned, it is important to mention that the disease environment of this subcontinent was never in the form of its homogenous category. Endemicity of a disease varied from region to region. The case of cholera can be taken as an instance of it. Contemporary writings give emphasis to the question of immunity when they were informed by the descriptions of colonial reports that the Assam planters recruited labourers from regions such as Chhotanagpur where cholera was endemic and even hyper-endemic in some areas. In spite of knowing the fact that labourers from Chhotanagpur were lacked immunity from cholera, the planters continued to recruit this source of labour. The considerations to such recruit were: these labourers were industrious and attributed the suffering from cholera because of their tribal origin. The discovery of the vector of cholera many years later though rejected such unscientific opinions regarding the outbreak of cholera epidemic.

Second, there is a trend to analysis the mortality rates of the labourers in terms of the category of work they were involved in. This is also true that their participation right from the initial task of tea plucking to manufacturing reflected the idea of homogeneity in work practiced in the gardens.¹⁶⁰ In the contemporary literature, however, it was claimed that the quantification of the mortality rates is possible only through the categorization of the labourers by their region of origin. It questions about the perceptive and methodologies of the literature by pointing out that the importation of labour was of course for the development of the tea industry but their presence in

158. James L. Bryden, *A Report on the Epidemic of 1866-68 and its relation to the Cholera of Previous Epidemics*, Calcutta, 1869. Government Printing Press, p. 240.

159. James L. Bryden, *A Report on the Epidemic of 1866-68 and its relation to the Cholera of Previous Epidemics*, Calcutta, 1869. Government Printing Press, p.60.

160. Sharit Bhowmik, 'Class Formation in Plantation Society', *Economic and Political Weekly*, Vol.17, No.30, p.1180. 1982.

the gardens did not constitute its homogenous form. The composition of the labour force thus raises the necessity to draw the line of the comparison of mortality between the communities who had migrated from Chhotanagpur and other places. More precisely, it needs to be done by comparing the mortality between coolies and general population of the province and also between the migration in other sectors and overseas labour immigration in plantations. The purposes for making such comparison are two: one, to see how the mortality of coolie population helped to configure its proportion with that of the indigenous people, and two, to know the epidemiological past of each community in terms of the immunity and how it was reshaped by the sanitary policies in the changing environment of Assam to which mortality was a common phenomenon.

O ATENDIMENTO MÉDICO NO BRASIL E NA CIDADE DO RECIFE DURANTE O SÉCULO XIX: IMPROVISO, CAOS SANITÁRIO E EPIDEMIAS

Washington Luiz Silva Lago¹⁶¹

Resumo

A cidade do Recife é considerada um dos principais polos médicos do Brasil. Esta posição de destaque existente hoje é um contraste com que predominava na cidade ao longo do século XIX: um misto de improviso somado ao caos sanitário e médico. Este artigo tem como objetivo descrever o cenário de descaso político com a questão sanitária e médica local, a precariedade na formação de profissionais, do atendimento médico e dos

161. Possui graduação em Geografia/Licenciatura (2003) e Mestrado em Desenvolvimento Urbano pela Universidade Federal de Pernambuco (2010). Atualmente é Professor do Ensino Básico Técnico e Tecnológico do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Alagoas (IFAL) – Campus Maragogi. Tem experiência na área de Geografia, com ênfase em Geografia Urbana e Meio Ambiente, atuando principalmente nos seguintes temas: geografia do Brasil, geografia regional, desenvolvimento econômico, desenvolvimento urbano, meio ambiente e geografia geral. Link para Currículo Lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4137565A5>

estabelecimentos de saúde em contraste com uma cidade marcada por um intenso movimento portuário e comercial além de um crescimento urbano acelerado, consequência da expansão da economia açucareira. Neste cenário, destacamos a luta pela sobrevivência dos seus moradores, onde a maior parte da sua população morava em áreas insalubres, em que a omissão das autoridades foi a resposta a grave situação sanitária local naquele período, e de alguns particulares que contribuíam para tentar atenuar o sofrimento pelo qual passaria os seus moradores e as diversas tentativas sem sucesso de criar de cursos de medicina no Brasil, que não tiveram êxito devido ao desejo português de manter a dependência entre a Colônia e a Metrópole, e após a independência pouco foi realizado, destacando algumas ações governamentais pontuais (inclusive com a tentativa fracassada de criação de impostos locais vinculados à saúde e concessão para exploração do saneamento básico à empresas privadas) que teve consequências devastadoras à saúde população local, com proliferação de epidemias e mortes.

Palavras-chave: epidemias, atendimento médico, Recife, Pernambuco.

Abstract

The of Recife City is considered to have one of the main medical centers in Brazil. This prominent position today is in contrast to what prevailed in the city during the nineteenth century: an improvised joint added to the sanitary and medical chaos. This article aims to describe the scenario of political disregard for the local sanitary and medical issue, the precariousness of professional training, medical care and health facilities in contrast to a city marked by an intense port and commercial movement, a consequence of the expansion of the sugar economy. In this scenario, we highlight the struggle for the survival of its residents, where most of their population lived in unhealthy areas, where the authorities' omission was the response to a serious local health situation in that period, and of some individuals who contributed to try to mitigate the suffering for which its residents would pass and the various unsuccessful attempts to create medical courses in Brazil, which were unsuccessful due to the Portuguese desire to maintain the dependence between the Colony and the Metropolis, and after independence

little was done, highlighting some specific governmental actions (including the failed attempt to create local taxes linked to health and concession for the exploitation of basic sanitation to private companies) that had devastating consequences to the health of the local population, with a proliferation of epidemics and deaths.

Key Words: epidemics, medical care, Recife, Pernambuco.

Introdução

Este trabalho tem como objetivos descrever o cenário de descaso com a questão sanitária e médica local, em contraste com uma cidade marcada por um intenso movimento portuário e comercial além de um crescimento urbano acelerado, consequência da expansão da economia açucareira durante o século XIX, e seus reflexos na no processo inicial de formação espacial do sistema saúde no Município do Recife.

Metodologia

Aplicamos neste ensaio, intensa pesquisa bibliográfica e em documentos históricos datados a partir do final do século XVIII até o início do século XX (Decretos Municipais de Desapropriação da Prefeitura do Recife, Relatórios da Arquidiocese de Recife e Olinda, Correspondências dos Diretores da Santa Casa de Misericórdia do Recife, Relatórios de Inspeção da Recife Drainage Company, Recortes de Jornais e mapas da época), onde foram coletados dados quantitativos (localização das desapropriações realizadas) quanto qualitativos (depoimentos, dados históricos, relatos), referenciados em mapas atuais para efeitos de comparação, leitura e interpretação, assim como os registros sobre a precariedade na formação de profissionais de saúde, e as principais iniciativas para equacionar a escassez destes profissionais neste período.

Fundamentação teórica

Os estudos realizados se inserem uma dinâmica social onde ao produzir fenômenos e elementos espaciais diferenciados, exige a observação da relação entre o todo e as partes, entre o universal e o particular, entre a totalidade e o

particular, conforme Koscic (p.40), o “princípio metodológico da investigação dialética da realidade social é o ponto de vista da totalidade concreta, que antes de tudo significa que cada fenômeno pode ser compreendido como momento do todo. Um fenômeno social é um fato histórico na medida em que é examinado como momento de um determinado todo”, uma vez que a totalidade concreta (a cidade) é composta por diversas partes, funcionando como um sistema, ou seja, “como o conjunto dos elementos e das relações entre eles e entre os seus atributos” (Hall & Fagen apud Christofolletti, 1979:1).

Mas este sistema não seria mecanicista. Estaria sujeito a constantes intervenções de fatores externos e formados pela combinação de sistemas em seqüência (que indicaria o processo) e sistemas morfológicos (representando a forma). Conseqüentemente, pode-se estabelecer um equilíbrio entre processo e forma, de modo que qualquer alteração no sistema em seqüência será refletida por alteração na estrutura do sistema morfológico (isto, é na forma), através de reajustamento das variáveis, em vista a alcançar um novo equilíbrio, estabelecendo uma nova forma. (Christofolletti, 1979:17). O espaço seria um processo, uma consequência e, também, reflexo da interação da superfície terrestre com as atividades econômicas e sociais ora existentes num determinado período histórico, sendo o espaço uma construção social em todas as suas dimensões (Gottdiener, 1997:38).

Para interpretação desta construção social, o início se dá a partir de uma análise global, pois esta interpretação do espaço e sua evolução só é possível se combinar simultaneamente três categorias analíticas – forma, estrutura, função – uma vez que a relação é não somente funcional como estrutural (Santos, 1982:38), pois os diversos objetos que compõem o espaço se combinam e interagem entre si, originando a sua organização espacial, que é a segunda natureza, ou seja, a natureza primitiva transformada pelo trabalho social, de um confronto de objetos criados pelo homem e dispostos sobre a superfície (produção), mas também uma condição para o futuro (reprodução), (Corrêa, 1986:54-55). Nesta lógica, o espaço urbano é estruturado e não está organizado ao acaso, e os processos sociais que se ligam a ele exprimem, ao especificá-los, os determinismos de cada tipo e de cada período da organização social (Castells, 1983:182). Tais processos, se reflete na paisagem, de mudança ocorrido ao longo do tempo, uma adaptação, pois

cada vez que a sociedade passa por um processo de mudança, a economia, as relações sociais e políticas também mudam, em ritmos e intensidades variados. A mesma coisa acontece em relação ao espaço e a paisagem que se transformam para se adaptar às novas necessidades da sociedade (Santos, 1982:37).

Partindo destes princípios, o caos sanitário e médico existente no Recife do século XIX, foi consequência de uma construção social daquele período, não sendo organizado ao acaso, e resultado de conflitos entre diversos atores sociais formadores naquele espaço, se refletindo na paisagem local, sendo também, uma condição para o futuro, o que conhecemos Polo Médico-Hospitalar do Recife.

Resultados e discussões

Desde a expulsão dos holandeses, a produção açucareira em Pernambuco estava em decadência. Mas, no final do século XVIII, ocorreram vários fatores externos que permitiram uma recuperação econômica da produção açucareira local. Para Werling & Werling (1994:175), “ocorreram surtos de recuperação das exportações de açúcar, fenômeno acentuado pela desorganização da produção antilhana à época da Revolução Francesa. Também por essa época, com a expansão da indústria têxtil provocada pela Revolução Industrial, o algodão tornou-se matéria-prima muito procurada, beneficiando as capitanias de Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Ceará”. Com a “Abertura dos Portos a Todas as Nações Amigas”¹⁶² pelo Príncipe-Regente D. João em 1808, o Recife “possuía uma população de 25 mil habitantes, veio a se tornar porto de grande movimento comercial da colônia, e chegando a

162. A chegada da Corte Portuguesa a Salvador em 22 de janeiro de 1808, foi o início da criação um sistema de saúde oficial no Brasil, concretizando-se em 18 de fevereiro desse mesmo ano, quando o Príncipe-Regente, D. João, aboliu definitivamente a *Junta de Proto-Medicato*, resultando no restabelecimento das funções de Físico-Mor e Cirurgião-Mor (antes ligadas à Fisicatura), além das de Juizes-Comissários e Delegados do Físico-Mor. Ademais, estabeleceu a exigência de formação acadêmica em Coimbra. Soma-se, ainda, a criação do cargo de *Provedor-Mor da Saúde da Corte e do Estado do Brasil*, embrião da atual vigilância sanitária de portos e fronteiras, com delegados nas províncias, denominados *Guardas-Mores de Saúde*. In LAGO, Washington Luiz Silva. O Polo Médico-Hospitalar do Recife e a Espacialização dos seus Equipamentos de Saúde: Polo de Crescimento ou Desenvolvimento? Dissertação de Mestrado. Recife, 2010.

exportar no ano seguinte 12.801 caixas de açúcar. Os seus altos preços deste produto, 17 francos a arroba, e do algodão, então com um aumento de 500 por cento, em muito contribuíram para o aparecimento de grandes fortunas” (Koster, 1978:49).

Este progresso originado das exportações de açúcar e algodão, fez do Recife no início do século XIX, um importante centro político, regional e comercial, mas que não se refletiu em melhorias sociais à população local, vitimada por surtos epidêmicos. O grande movimento portuário, as péssimas condições de vida da população, e a situação de extrema precariedade dos poucos hospitais existentes na cidade, mantidas exclusivamente por doações públicas e/ou particulares às ordens religiosas locais, contribuíam para o agravamento dos problemas locais (Lago, 2010). Neste período, havia apenas dois hospitais: o *Hospital dos Lázaros ou de São Lázaro* – fundado em 1789, a partir de um asilo construído em 1714 na Boa Vista, pelo Padre Antônio Manuel de atendimento aos leprosos, a *Casa dos Expostos ou a Roda dos Enjeitados*¹⁶³ (hoje, Casa da Providência) – fundada, em 1789, por Dom Tomaz José de Melo, que passou a sua administração à Santa Casa de Misericórdia, em 1860 – cuja finalidade era recolher e abrigar crianças menores.

A precariedade dos poucos hospitais era contrastada com a beleza e riqueza das igrejas existentes na cidade. Para Koster (1978:66-67), “o Hospital de São Lázaro é negligenciado, mas recebe inúmeros doentes e os outros estabelecimentos do gênero estão em um estado verdadeiramente miserável. É estranho que tantas igrejas formosas sejam construídas e deixem perecer uma multidão de doentes a falta de um edifício conveniente para abrigá-los”. E apenas em 1802, Francisco de Souza Rego fundou um grande hospital

163. A justificativa para o termo: “Toda a gente sabe o que vem a ser a Roda, caixa cilíndrica, aberta apenas de um lado, fixada no muro, onde pode mover-se sobre um eixo. Perto está o cordão da campainha, que é puxado, ao depositar-se qualquer cousa na Roda, a fim de advertir o pessoal do convento. Uma abertura está sempre pronta a acolher os recém-nascidos. A sineta toca, a Roda gira. Por esse meio salvam a existência de muitos indivíduos e a honra de vários outros. Não se imagine que os nascimentos secretos sejam demasiadamente frequentes graças à existência desta instituição. Ela afasta para as mães os motivos de uma ação desumana e pode, algumas vezes, determinar a regeneração da conduta, pela facilidade com que as faltas irreparáveis e as fraquezas foram ocultadas.” In KOSTER, Henry. *Viagens ao Nordeste do Brasil*. Tradução de Luís da Câmara Cascudo. Recife: SEC; Departamento de Cultura, 1978. (Coleção Pernambucana, 1ª fase; v. 17) il. p. 67.

destinado a população pobre do Recife: o *Hospital dos Pobres da Ribeira*, com sua denominação modificada três vezes¹⁶⁴ até se chamar Hospital Pedro II.

Esta penúria era agravada pela escassez de profissionais médicos. Segundo Miranda (2002:67-90), a população era assistida pelos físicos, cirurgiões-barbeiros, barbeiros sangradores, boticários curandeiros e parteiras, também chamadas de curiosas e, os poucos médicos que vieram no início da colonização, eram denominados de físicos, e em sua maioria cristãos-novos, fugidos da inquisição. E, no Brasil, segundo Gomes (2006:124), primeiro se praticava a Medicina e depois se obtinha a autorização para exercê-la, e muitos eram cirurgiões e se dividiam em “cirurgiões-barbeiros”, “cirurgiões aprovados” e “cirurgiões diplomados”, em que predominavam os primeiros: realizavam tratamento de fraturas e luxações, curavam feridas, sangravam, aplicavam ventosas, clisteres e sanguessugas, lancetavam abscesso, extraíam dentes e, cortavam cabelo e faziam barba (Regis, 2007 36-37). Este caos ocorria devido a frágil fiscalização existente da *Junta de Proto-Medicato*¹⁶⁵ que exigia apenas a um exame elementar (bastava saber ler e escrever) para exercício da “arte da medicina”.

A criação dos cursos de Cirurgia na Bahia (1808) e Rio de Janeiro (1813), não alterou o quadro existente, o que forçava o governo das províncias a

164. Em 1º de outubro de 1828, seu nome era Hospital São Pedro d’Alcântara, e que formou, junto com o Hospital dos Lázaros, uma só administração. Com a sua transferência, em 1831, para as instalações do Hospital de Nossa Senhora do Paraíso e São João de Deus, no Pátio do Paraíso (atual Av. Dantas Barreto), no bairro de Santo Antônio, passou a se chamar de *Grande Hospital*. Sem instalações próprias, o Hospital seria transferido mais duas vezes: para as dependências do extinto Hospital Militar que funcionava no Convento do Carmo (em 1º jul. 1833), e ali permanecendo até quando o Governo decidiu restituir o Convento aos religiosos (1837). Contudo, a sua transferência só se efetivou em 14 de março de 1846, funcionando provisoriamente num prédio arrendado nos Coelhos, que era administrado pela Santa Casa de Misericórdia, e depois, de forma definitiva, no mesmo bairro, com o nome do *Hospital D. Pedro II* (1861).

165. Em 1782, D. Maria I criou a *Junta do Proto-Medicato* em substituição à estrutura da Fisicatura. Formada por um Conselho de sete deputados. Essa instituição tinha como objetivo maior, a fiscalização do exercício da medicina e o controle da venda de medicamentos. Com a passagem da Fisicatura para o Proto-Medicato, praticamente não ocorreram modificações significativas na estrutura administrativa da medicina da colônia. Os serviços de saúde continuaram sendo prestados pelas Santas Casas de Misericórdias, pelos hospitais militares e pelas enfermarias das ordens religiosas. Esses institutos atuavam sempre de forma precária, com instalações físicas inadequadas e com uma grande carência de profissionais médicos (Miranda, 2002).

conceder Alvarás até mesmo a escravos conforme a transcrição da licença de “sangrador” concedida a 09 de maio de 1827 (Almeida, 1989:328):

“Domingos R. dos Guimarães Peixoto do Conselho de Sua Majestade Imperial (...) Cirurgião-Mor do Império do Brasil. Faço saber a todos os Provedores, Corregedores, Ouvidores, e mais Justiças, e oficiais e pessoas delas a quem em direito deva, e haja de pertencer que eu por esta Carta de Confirmação da Licença a José, preto, de Nação Angola, escravo de José Bernadino de Souza, para que possa sangrar, sarjar, lançar ventosas, e sanguessugas, o que poderá usar, exercitar em todo o Império do Brasil. Porquanto foi examinado em minha presença...”

A situação precária dos hospitais, a escassez de profissionais, a frágil formação dos poucos profissionais somados a população vivendo em extrema miséria em sobrados sem ventilação adequada, sem água corrente e sem privadas, contribuía para potencial focos de doenças no Recife. Isto fez com que, em 1831, foram proibidos os despejos de noite nas praias dos rios ou nas cabeças das pontes dos “tigres”¹⁶⁶, que eram baldes cheios de excrementos, e as autoridades municipais obrigaram os habitantes a jogar os urinóis nos pontos determinados para esse fim (Bastos, 2007:55).

Naquele período, vigorava no meio médico, a *Teoria dos Miasmas*¹⁶⁷, onde o clima quente e úmido do Recife atuaria sobre os resíduos orgânicos nas margens dos charcos e mangues, ocasionando a exalação de gases em

166. Assim chamados, porque durante o percurso, parte do conteúdo desses tonéis, repleto de amônia e uréia, caía sobre a pele e, com o passar do tempo, deixava listras brancas sobre suas costas negras. Por isso, esses escravos eram conhecidos como “tigres”. Devido à falta de um sistema de coleta de esgotos, os “tigres” continuaram em atividade no Rio de Janeiro até 1860 e no Recife até 1882. O sociólogo Gilberto Freyre diz que a facilidade de dispor de “tigres” e seu baixo custo retardou a criação das redes de saneamento nas cidades litorâneas brasileiras.” (...) in GOMES, Laurentino. *1808: como uma rainha louca, um príncipe medroso e uma corte corrupta enganaram Napoleão e mudaram a história de Portugal e do Brasil*. Editora Planeta.2006.

167. Esta teoria foi elaborada no século XVII por Boyle e Sydehan in BARATA, Rita de Cássia Barradas. *Epidemias. Cad. Saúde Pública*, Jan./Mar. 1987, vol.3, no.1, p.9-15. ISSN 0102-311X. Acesso em: 26 dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v3n1/v3n1ao2.pdf>. p.10. Tal teoria seria “a crença, compartilhada por grande parte do saber médico do século XIX, em que as febres epidêmicas tinham origem na matéria animal e vegetal em putrefação e nas águas estagnadas” in COSTA, Nilson do Rosário. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1985. 124p. p.24.

direção à atmosfera, elevando os níveis de morbidade e mortalidade conforme descrita por Darwin (1900:166) em sua chegada ao Recife, em 12 de agosto de 1836:

“O canal pelo qual fomos e voltamos de Olinda ladeava-se de *mangle*¹⁶⁸ que surgia como floresta em miniatura, das margens lamacentas e gordurosas. O verde brilhante desses arbustos sempre me fez lembrar do mato viçoso de um cemitério; ambos se nutrem das exalações pútridas; um fala da morte que passou, outro, amiúde, da morte que virá”.

E Darwin (1900:166), insistia em afirmar que a situação sanitária da cidade era considerada caótica, conforme sua descrição:

A cidade é por toda parte detestável, as ruas estreitas, mal calçadas e imundas; as casas, altas e lúgubres. A estação das chuvas acabava apenas de findar-se, de maneira que a região adjacente, com quase não se achar acima do nível do mar, apresentava-se completamente alagada, pelo que não logrei fazer passeios distantes.

Para Mello et al (1992:22), tal situação era contraditória, pois a ausência de saneamento, fez com que o Recife sempre dependesse do rio Beberibe para o fornecimento e abastecimento de água potável ou era trazida de Olinda para ser vendida diretamente aos consumidores e às *pretas do ganho* ou passada a tanques particulares, que a revendiam à população. Numa tentativa de resolver esta questão, em 1837, foi criada a *Companhia Beberibe*, apesar do serviço de distribuição de água ser de caráter privado, a qualidade do serviço era péssima, e devido às constantes reclamações, em 1912, o governo do estado acabou encampando a empresa.

Outro agravante da situação sanitária não apenas do Recife, mas também na Zona da Mata Pernambucana, era a monocultura da cana que, estimularia a alta densidade demográfica, facilitando a propagação de surtos de doenças conforme Castro (1996:160):

É preciso não esquecer que nesta zona, como em todas as outras em que se foi diferenciando a economia monocultora da cana na América, a fome de braços sempre imperiosa condicionou rapidamente uma alta

168. Mangues (*Rhizophora mangle*).

concentração demográfica. Ainda neste sentido o açúcar veio agravar a situação alimentar, aumentando o número de bocas e amarrando os braços desta gente ao trabalho exclusivo da cana.

Esta insalubridade do Recife exigia uma vigilância constante¹⁶⁹. Para isso, foi aprovada a Lei n°. 143, de 15 de novembro de 1845, instituindo o *Conselho Geral de Salubridade da Província*¹⁷⁰, e aprovada na Assembleia Legislativa Provincial. Para Outtes (1991:11), este Conselho tinha como objetivo melhorar o aspecto sanitário da cidade. E o seu Presidente, Aquino Fonseca, quando da instalação do Conselho, demonstrou a importância do projeto higienizador (Miranda, 2002):

(...) é preciso que empenhemos nossos esforços para que o público se convença de que um Conselho de Salubridade é uma instituição de suma importância em qualquer país civilizado, porque cuida do melhoramento sanitário, e tem de resolver questões de higiene e de medicina legal de alto interesse para a sociedade; é preciso que por nossos acurados trabalhos, acreditemos esta instituição, e a tornemos necessária pelos resultados obtidos

Devido as epidemias de cólera em Londres (1849 e 1854) e os primeiros casos de febre amarela urbana, ocorridos no Rio de Janeiro, impulsionaram a criação da *Junta de Higiene Pública*, para organizar os serviços de saúde do Império do Brasil. E o Recife estava inserido neste contexto, principalmente por se tratar de uma cidade portuária e cercada de ambientes favoráveis ao surgimento de diversas doenças, principalmente após a epidemia de febre amarela entre 1849-1850, trazida através do navio “Alcyon”, de bandeira

169. Na Alemanha, entre o final do século XVII e o início do XIX, surgiu a Polícia Médica ou “*Medizinichepolizei*”, responsável pela vigilância do ambiente, significando a emergência de uma relação entre saúde-governo. In LAGO, Washington Luiz Silva. *O Polo Médico-Hospitalar do Recife e a Especialização dos seus Equipamentos de Saúde: Polo de Crescimento ou Desenvolvimento?* Dissertação de Mestrado. Recife, 2010.

170. Segundo Outtes (1991:11), as suas atribuições eram: a divulgação de vacinação antivariola, visita às prisões e casas de socorros públicos; a inspeção das oficinas e estabelecimentos industriais, a vigilância de cemitérios e lugares de inumações (sic), a prevenção das epidemias, a repressão ao charlatanismo, o exame de alimentos, e a fiscalização das boticas e suas drogas, além de dar pareceres sobre assuntos de higiene, fazer a estatística médica da província e controlar os profissionais médicos.

francesa, procedente de Salvador¹⁷¹: a construção de um lazareto na Ilha do Nogueira (hoje, o bairro do Pina), onde eram encaminhadas as pessoas vindas de outro lugares infestados por doenças para cumprir quarentena, e a implantação, em 1851, do cemitério público do Senhor Bom Jesus da Redenção¹⁷², no Sítio Grande de Santo Amaro das Salinas, e recomendada por Francisco Rêgo Barros, presidente da Província de Pernambuco (1837-1844). Tal recomendação foi cumprida devido à proibição de sepultamento no interior das igrejas e na Praça de Santo Amaro das Salinas.

O crescimento desordenado do Recife trouxe o surgimento de mocambos¹⁷³ próximos aos manguezais¹⁷⁴, onde seus moradores eram, em sua maioria, retirantes e escravos recém-alforriados, restando apenas o mangue como moradia e sustento. Assim, surgiu na Ilha do Suassuna, o bairro da Ilha do Leite e adjacências, devido ao efeito da maré e ao braço morto do Capibaribe que o circundava.

Os sérios problemas de infraestrutura urbana, decorrentes da urbanização descontrolada como, ausência de saneamento básico, vias de transporte já saturadas, etc., agravaram-se. Foi nesse contexto (1870), que se inaugurou a *Irmandade da Santa Casa de Misericórdia do Recife*, incorporando a Santa Casa de Olinda, fundada em 1539¹⁷⁵, e tornou-se a principal provedora de

171. Quanto à existência desta epidemia, Costa afirma que: “Os navios provenientes de portos contaminados deveriam ficar em quarentena, fora da barra e do ancoradouro. Os doentes, no caso de sua existência, deveriam ser recolhidos ao hospital da Ilha do Nogueira. A inobservância destes preceitos por parte do Provedor de Saúde do Porto, Dr. Luiz de França Muniz Tavares, permitindo a permanência do navio ‘Alcyon’ no ancoradouro e desembarque dos tripulantes, ocasionou a epidemia de febre amarela, à qual nos referimos” (Outtes.1991:26)

172. Ressaltamos que não era o primeiro cemitério da cidade, pois outros dois já existiam antes dele: o Cemitério dos Ingleses, de 1814 e o Cemitério dos Judeus, que já existia desde o período nassoviano.

173. “A palavra mocambo como os ex-escravos apelidaram as habitações que levantavam dentro dos manguezais, na língua quibundo significa ‘esconderijo’, dando a ideia de como os ‘mocambos’ estavam vendo a sua integração com a cidade.” (Gerarad & et all, 1992:65).

174. “O Recife, caracterizado por áreas constantemente alagadas como os seus mangues e charcos, é visto como uma ameaça permanente à saúde coletiva” (Outtes, 1991:11).

175. A primeira Santa Casa de Misericórdia surgiu em Lisboa, a 15 de agosto de 1498 – Resultado da intervenção da Rainha D. Leonor de Lancastre. O compromisso originário da Misericórdia de Lisboa foi assinado pelo Rei D.Manuel I, pela Rainha Leonor e por Frei Contreras (confessor da Rainha), pela Infante Dona Brites e pelo Arcebispo de Lisboa, Dom Martinho da Costa, e depois confirmado pelo Papa Alexandre VI, facilitando a criação de outras misericórdias por todo o Reino português e nos seus territórios além-mar. No Brasil,

saúde à sua população que, no final do século XIX, passou a contar com mais estabelecimentos sob a sua responsabilidade: o *Hospital de Santa Agueda* (criado em 1884 – hoje, Hospital Oswaldo Cruz) e o *Hospital de Alienados*¹⁷⁶, (fundado em 1887, hoje Hospital Psiquiátrico Ulysses Pernambucano), na Tamarineira que foi planejado pelo arquiteto francês Fournier e com sua construção viabilizada pela atuação do benemérito Henrique Pereira de Lucena, o Barão de Lucena. Foram realizadas quermesses, subscrições populares associadas aos ativos da fazenda pública para construção, conforme as correspondências¹⁷⁷ dos Diretores da Santa Casa ao Governo da Província juntamente com solicitações de “ajuda” para custear a administração dos hospitais¹⁷⁸, já que as doações às ordens religiosas católicas não eram suficientes, recorrendo também ao financiamento público através da criação de impostos¹⁷⁹.

O agravamento da insalubridade, em 1870 forçou a criação uma empresa privada para coleta de esgotos sanitários: a *Recife Drainage Company Limited*¹⁸⁰. Mas, se tornou mais um problema devido ao péssimo serviço prestado,

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia se instalou em Olinda em 1539 (a mais antiga do Brasil), e logo depois em Santos (SP) em 1542, sendo o primeiro hospital do país para atender aos enfermos dos navios do porto e moradores, e logo em seguida em Salvador (1549), São Paulo do Piratininga (1560), Rio de Janeiro (1582) e depois, a do Pará (1650).

176. A área deste hospital foi transferida em 1710 por Antônio Cardoso e esposa, à Congregação do Oratório do Recife toda a gleba que inclui o atual sítio tombado por hum conto de Réis. A escritura de aforamento à Congregação do Oratório de São Felipe do Sítio Cruz das Almas, mantinha no lugar da Tamarineira, é datada de julho de 1826. Neste sítio, foi erguido o Hospital dos Alienados (Diário de Pernambuco, nº. 168, p. A-15, ano 2007).

177. Arquivo Público Estadual Jordão Emerenciano. Livros S.C. (correspondências dos Diretores da Santa Casa de Misericórdia enviada ao Governador do Estado de Pernambuco).

178. Nestes mesmos livros da Santa Casa de Misericórdia se constata, por exemplo, a criação de um imposto sobre a comercialização da carne verde, que era destinado à manutenção dos estabelecimentos geridos pela Santa Casa, mas que não funcionava bem devido à precariedade do sistema de arrecadação, e, além disso, sofria com as variações sazonais, como por exemplo, as secas.

179. Aqui, também vemos que já existia a criação de impostos vinculados, como foi o caso da extinta CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira), criada para financiar a saúde.

180. Empresa privada de capital inglês que atuava nos bairros da Boa Vista, Santo Antônio e São José. Segundo anotações dos seus livros de fiscalização, a empresa cobrava à instalação de latrinas e pela coleta de lixo. Eram comuns nestes livros, solicitações do Governador a fiscal da empresa o fim da isenção da taxa de cobrança prevista em Lei para alguns moradores. Na visão da empresa, isso prejudicaria os demais consumidores (ver Anexo D).

devido ao estado precário de suas tubulações (estragadas e obstruídas) deixava vaziar dejetos, sendo mais um foco de doenças¹⁸¹. Ademais, atendia a apenas uma pequena parcela da população, com 9.600 aparelhos numa população estimada em 100.000 habitantes. Tal situação levou em 1908, o Governo do Estado a também encampar a empresa, segundo Burger, a “Repartição de Obras Públicas, em 1908, toma a seu cargo os serviços de esgoto” (Burger, 2008).

Para Outtes (1992:24), apesar da ampliação da rede de atendimento da Santa Casa e a realização da distribuição de água e coleta de esgoto da cidade por empresas privadas, a situação de precariedade da saúde agravou-se no final do século XIX, devido aos dois fluxos migratórios¹⁸²: originado pelas secas que se abateram no Sertão do Nordeste do Brasil (1877-1879), ocasionou epidemias de varíola, e a abolição da escravidão (em 1888), que provocou um fluxo migratório de escravos recém-libertos ao Recife em 1890 e mais uma nova epidemia de varíola, desta vez com 2.204 óbitos.

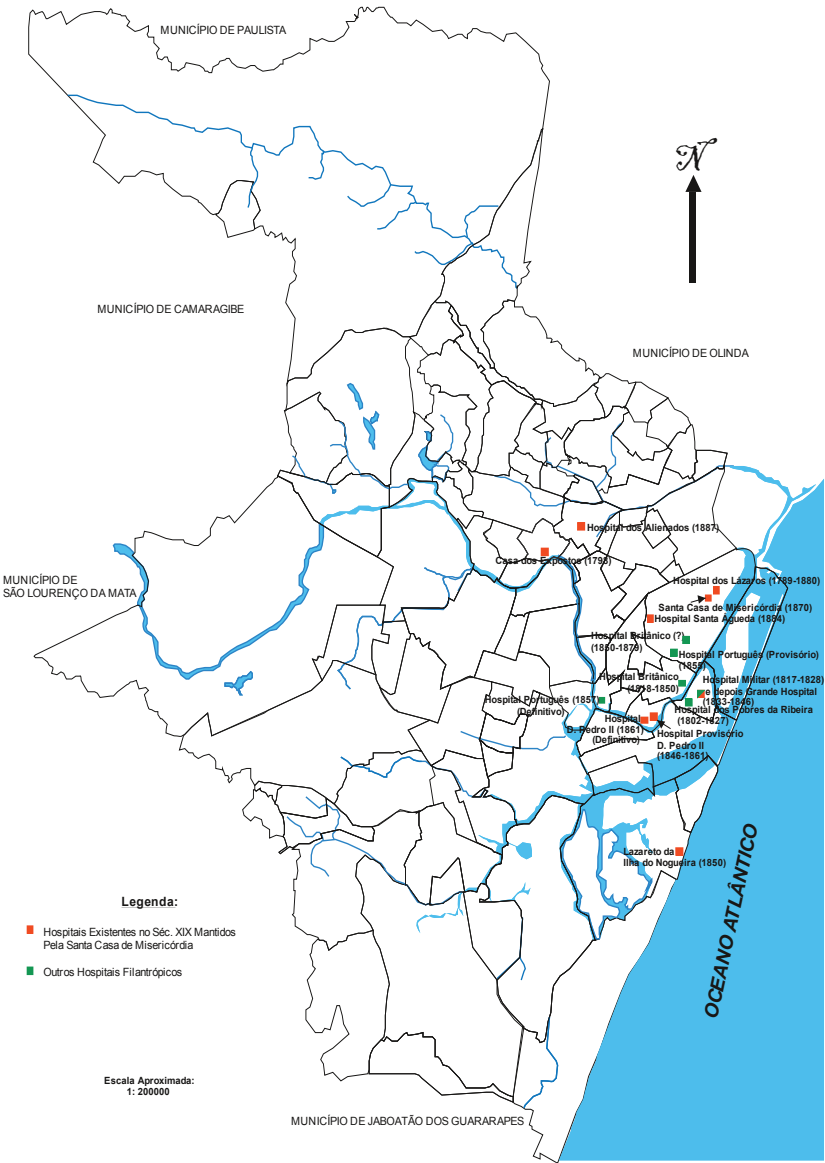
Os dados da segunda metade do século XIX, levantados pelo médico e higienista Dr. Octávio de Freitas (1871-1949), afirmam que Pernambuco foi assolada por 93 surtos epidêmicos de 11 diferentes doenças: 24 epidemias de varíola, 18 de febre amarela, 11 de sarampo, 11 de difteria, 10 de beribéri, 5 de “influenza”, 4 de malária, 4 de disenteria, 3 de difteria, 2 de cólera e 1 de escarlatina. Mas, a doença causadora da maior mortandade foi a tuberculose, e a criação da *Liga Pernambucana contra a Tuberculose* em 1900, sendo registrado 1.000 óbitos por esta doença naquele ano. A cidade, nas palavras do Dr. Otávio de Freitas, era “a capital da tuberculose” (Burger, 2008:124).

181. O péssimo serviço de esgotamento sanitário prestado na época nos faz refletir sobre o papel do Estado: o saneamento básico seria um dever do Estado, ou ele entraria apenas como um agente fiscalizador do serviço prestado? No caso do Recife, na época, o serviço privado não conseguiu corresponder às necessidades da população, e até hoje no Brasil a iniciativa privada não demonstra muito interesse em prestar este serviço, o que vem a acarretar uma maior participação do Estado neste setor.

182. O outro motivo citado são as imigrações como causa das epidemias. Este processo não é recente (talvez o caso mais conhecido e catastrófico da história seja o da Peste Negra, que assolou a Europa na Idade Média, vitimando mais de 20 milhões de pessoas, e que foi provocada por ratos vindos em navios provenientes da Ásia), e sempre serão focos de epidemias. Com o aprofundamento da globalização e a abertura de fronteiras, a tendência é ocorrer um aumento deste tipo de fenômeno. Os casos de SARS (Síndrome Respiratória do Sul da Ásia), da Gripe Aviária originalmente na Ásia, a incidência do Vírus Ebola na África e os casos de Gripe A H1N1 (Gripe Suína) no México e EUA são exemplos bem atuais.

O Recife no final do século XIX, era apenas um reflexo das dificuldades nacionais no que tange ao sistema de saúde. A cidade contava apenas com 7 estabelecimentos de saúde: Os hospitais D. Pedro II, Real Português, Santa Agueda, Santa Casa de Misericórdia, dos Alienados, Casa dos Expostos e o Lazareto localizado na Ilha do Nogueira conforme podemos observar no Mapa seguinte.

Mapa 1 – Município do Recife: Estabelecimentos de Saúde (Século XIX)



Fonte: Arquivo Público do Estado de Pernambuco Jordão Emereciano – Mapa Elaborado pelo Autor

A localização mostra os hospitais mantidos pela Santa Casa de Misericórdia do Recife, eram próximos às populações mais vulneráveis a epidemias e em alguns locais distantes, que facilitaria o tratamento devido ao acesso a água e ar frescos, enquanto que os demais hospitais situavam próximo ao centro comercial da cidade, seriam os mais requisitados nas grandes epidemias.

A modificação da forma de governo (de Monarquia para República), não alterou as políticas e ações de saúde. Pelo contrário: no final do século XIX, houve uma piora do quadro sanitário nacional, com a proliferação de epidemias em diversas áreas urbanas, principalmente através dos portos, que não possuíam uma vigilância sanitária eficiente.

Considerações finais

O caos sanitário e médico no Recife do século XIX teria sido resultado de diversos atos deliberados do governo português e a completa omissão do Estado. Esta visão era reforçada pela ideia de que a ausência de serviços médicos forçaria uma dependência da Colônia em relação à Metrópole. Por este motivo o atendimento médico, mesmo que precário, era realizado inicialmente por poucos profissionais de saúde, e depois por ordens religiosas ligadas as dioceses católicas, ou então a partir de iniciativas beneficentes particulares

Após a independência, ocorreram diversas tentativas frustradas de criação de impostos ou contribuições vinculadas à saúde, não ocorrendo mudanças significativas à população, agravadas pela completa ausência de saneamento básico – mesmo com tentativas frustradas de prestação deste serviço pela iniciativa privada – o que contribuiu significativamente para uma maior incidência de epidemias que atingiram principalmente a população local menos favorecida.

Referências

ALMEIDA, José Ricardo Pires de. História da Instrução Pública no Brasil (1500 -1889). Publicado originalmente em francês: «Histoire de L'instruction

Publique au Brésil (1500-1889)». Traduzida e Publicada pelo INEP. Paris: Ed. Leuzinguer, 1889. PUCSP (1989).

BASTOS, Ana Karine Pereira de Holanda. *O léxico dos anúncios de escravos nos jornais do Recife do século XIX (1853-1855)* / Ana Karine Pereira de Holanda Bastos. – Recife: O Autor, 2007. 110 folhas: il., fig., quadros. p. 55.

BASTOS, Othon. Hospital da Tamarineira Cobiçado. *Diário de Pernambuco*. Recife, 17 de junho de 2007. n°. 168, p. A-15.

BURGER, Juliana Bandeira A. A paisagem nos planos de saneamento de Saturnino de Brito: entre Santos e Recife (1905-1917). Recife: O Autor, 2008. 160 folhas: Il., quadros.

CASTELLS, Manuel. Sociedade em Rede. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

CASTRO, Josué de. Fome: um Tema Proibido. Recife: Condepe, 1996.

CORRÊA, Roberto Lobato. O Espaço Urbano. 3ª. ed. São Paulo: Editora Ática S.A., 1995. ISBN 85-08-03260-9.

COSTA, Nilson do Rosário. Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

CHRISTOFOLETTI, Antônio. Análise de Sistemas em Geografia. São Paulo: Hucitec, 1979.

DARWIN, Charles. Diário das Investigações sobre a História Natural e Geologia dos países visitados durante a viagem ao redor do mundo pelo navio de Sua Majestade. Rio de Janeiro: Sedrega, 1900.

GOMES, Laurentino. 1808. Editora Planeta. p.124, 2006.

GOTTDIENER, Mark. A produção social do espaço urbano. São Paulo: Edusp, 1997, 2ª edição, 310 p.

KOSIC, Karel. A dialética do Concreto. 3ª. ed., São Paulo: Paz e Terra.

KOSTER, Henry. Viagens ao Nordeste do Brasil. Tradução de Luís da Câmara Cascudo. Recife: SEC; Departamento de Cultura, 1978.

LAGO, Washington Luiz Silva. O Polo Médico-Hospitalar do Recife e a Espacialização dos seus Equipamentos de Saúde: Polo de Crescimento ou Desenvolvimento? Dissertação de Mestrado. Recife, 2010.

LIMA, Manuel de Oliveira. Dom João VI no Brasil. Disponível em: <http://www.consciencia.org/capitulo-v-emancipacao-intelectual-d.joao-vi-no-brasil-oliveira-lima>

MELLO, Evaldo Cabral de. Canoas do Recife. In MAIOR, Mario Souto & DANTAS SILVA, Leonardo (orgs). *O Recife: quatro séculos de sua paisagem*. Recife: FUNDAJ, Editora Massangana: Prefeitura da Cidade do Recife, Secretaria de Educação e Cultura, 1992. 300p. Il. P. 221.

MIRANDA, C. A. C. Da Polícia Médica à Cidade Higiênica. Revista do Instituto Arqueológico Histórico e Geográfico Pernambucano, Recife, v. 59, p. 67-90, 2002. Disponível na Internet: <http://www.proext.ufpe.br/cadernos/saude/policia.htm>. Acesso em: 26 dez. 2006.

OUTTES, Joel. O Recife pregado à cruz das grandes avenidas. Recife: o autor, 1992. 254 p. Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Urbano. UFPE. REGIS, Edmir. Correia Picanço: Fundador do Ensino Médico no Brasil. Revista Movimento Médico. Nº 9, ano 3. Set/Out/Nov. 207. p.36-37. Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (Cremepe). Disponível em: <http://issuu.com/cremepe/docs/name487fd4?mode=embed&layout=http%3A%2F%2Fskin.issuu.com%2Fv%2Flight%2Flayout.xml&showFlipBtn=true>.

RODRIGUES, Bichat de Almeida. Fundamentos de Administração Sanitária. 2a. edição. Brasília: Senado Federal, 1979.

SANTOS, Milton. O Espaço Dividido: Os dois circuitos da economia urbana dos países subdesenvolvidos. (Tradução de Myrna T. Rego Viana). Rio de Janeiro: F. Alves, 1979.

_____. Manual de Geografia Urbana. Tradução de Antônia Dea Erdens, Maria Auxiliadora da Silva. São Paulo: Hucitec, 1981.

_____. A urbanização brasileira. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. A natureza do espaço: Espaço e Tempo: Razão e Emoção. 2 ed., São Paulo: Hucitec, 1999.

WEHLING, Arno. WERLING, M. J. C. de M. Formação do Brasil Colonial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.

ESTIGMATIZAÇÃO E ARTE: A REPRESENTAÇÃO ARTÍSTICA DA LEPRO EM PINTURAS DE BRUEGEL – O VELHO

Wenberger Lanza Daniel De Figueiredo ¹⁸³

Resumo

A lepra é uma doença tropical historicamente conhecida e estigmatizada. Referências à esta condição infecciosa são presentes em textos bíblicos, afrescos, pinturas, poemas e demais representações artísticas, certamente, como reflexo da forte presença da lepra no imaginário popular. Este trabalho teve por objetivo analisar duas pinturas – A luta entre Carnaval e Quaresma e Os Aleijados - feitas pelo artista holandês Pieter Bruegel – O velho, em referência às características e o contexto histórico em que estão inseridas, a fim de discutir as inter-relações com o padrão estigmatizante da sociedade em relação às manifestações clínicas da lepra. A metodologia utilizada para analisar a obra foram os preceitos de Kandinsky, assim como a pesquisa do contexto, história do autor e relatos de críticos sobre a composição. Em suma, observa-se a segregação e estigma social provocados pela doença, a

183. Universidade Nilton Lins. wenbergerf@gmail.com

qual é evidenciada por marcadores sutis e explícitos, comuns da época, para questionar os valores vigentes.

Palavras-chave: lepra; pinturas; mitos

Discussão

O pintor Pieter Bruegel, conhecido pela sua habilidade em retratar a realidade de forma crítica mostra no seu quadro “A luta entre o Carnaval e a Quaresma” diversos elementos para representar festival ocorrido no sul da Holanda. No lado esquerdo da pintura vê-se o festival celebrado, e no lado direito religiosos em uma igreja. Este contraste é uma ilustração da dualidade humana, a luta entre o sagrado e o profano.

O pintor e suas influências

Pieter Bruegel não era de família rica. No entanto, devido a sua religião pode conhecer cidades importantes da época onde se aprofundou em seus conhecimentos de pintura, geografia e filosofia, através do convívio com os mais variados tipos de pessoas, os quais seriam influências em sua arte.

Bruegel era católico, gozou das boas graças de Felipe II, da proteção do “seu todo poderoso ministro”, Cardeal Granvelle, este, aliás, aficcionado pelas artes, colecionador de livros, esculturas e quadros. Apesar de suas origens modestas, não era um simplório. Suas relações de amizade demonstram-no. Foi amigo de Abraam Ortelius, cosmógrafo do rei. Desde sua viagem à Itália, Bruegel estabeleceu relações com o grande geógrafo Scipio Fabius de Bolonha. Foi amigo de Jérôme Cook (o grande impressor), que editou suas obras pelo menos a partir de 1556. (Baumann, Thereza de B., 1997, p. 73)

Alguns relatos mostram Bruegel como um homem calmo e observador. Ele é reconhecido por seu olhar detalhista, pela sua precisão em descrever o cotidiano e suas críticas sociais com um realismo cruel e implacável. Dessa forma é considerado o maior artista flamengo do século XVI. É fato que a representação artística carrega individualidades culturais, temporais, sociais e pessoais, que podem influenciar a percepção sobre a patologia,

fomentar preconceitos, dificultar o tratamento, o diagnóstico bem como a erradicação da lepra.

A doença

A lepra é uma das doenças mais conhecidas em todo o mundo, está presente em diversos textos e pinturas ao longo da história. Ela é retratada principalmente por suas feridas, falta de sensibilidade e a perda de membros, assim como os problemas sociais, os quais é relacionada em razão da incapacidade física provocada em estágios mais avançados.

É uma doença causada pela *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen, uma bactéria com afinidade pelas células da imunidade residente (macrófagos) e células neuronais (células de schwann). Seu contágio é pelo contato direto ou por inalação de secreções respiratórias por um longo período de tempo. Essa doença tem uma evolução lenta, está intimamente relacionada com a pobreza e falta de cuidados com a higiene.

Até a descoberta do bacilo de Hansen, quaisquer doenças de pele como psoríase e vitiligo poderiam ser chamadas de lepra devido à dificuldade de diferenciar as causas das patologias. Essas doenças com caráter deformador eram tratadas de forma diferente, utilizando-se de leprosários e vestimentas específicas para afastar o restante da população desses indivíduos. Como dito no livro *Epidemias* “Não há dúvida, desde a alta Idade Média, no século XI, quanto ao extremo rigor de exclusão social a que foram submetidos os doentes leprosos ou suspeitos da doença.” (Botelho, 2009, p. 44)

Essa patologia era conhecida e temida na Europa já na Idade Média a partir dos séculos XII e XIII devido ao contexto de miséria para a maior parte da população da época. No entanto, houve uma diminuição considerável dos casos de lepra na Europa já na Baixa Idade Média, mas sem uma razão clara para essa mudança no número de pessoas afetadas.

Referências do próprio autor

No quadro “Os aleijados” nota-se a representação da doença devido ao uso das capas cauda de raposa, utilizadas para sinalizar ou suspeitar da doença, portanto, era aconselhado manter uma distância. Observa-se a existência

de 6 pessoas, onde apenas 3 mantêm o olhar para o observador, seus rostos mostram dor e possível deficiência mental, cada um é representado com um chapéu diferente para identificar a sua classe social. Dessa forma, vê-se um rei, um guerreiro, um membro do clero, um comerciante e um camponês para representar como a doença atingia a todas as classes sem distinção. No fundo, pode-se ver uma freira de costas, afastada e se retirando do local para criticar a posição da igreja ao negligenciar ajuda a essas pessoas que estão em um único grupo, unidas e distantes da sociedade. Uma característica relevante da obra é a utilização das sombras em contraste a tons de ocre, utilizados para dar sensação de tristeza devido ao efeito da doença sobre a pessoa.

O quadro A luta entre carnaval e quaresma

A doença é retratada em uma zona isolada no quadrante superior esquerdo do quadro há um total de 6 pessoas com características semelhantes ao quadro “Os aleijados” citado anteriormente. Evidencia-se a utilização de órteses artesanais feitas de madeira, houve a utilização de tintas com tendência ao ocre e a mistura com sombras onde esses indivíduos estão localizados. É nítida a feição de diminuição intelectual e sofrimento. As vestimentas demonstram que anteriormente ao desenvolvimento da doença essas pessoas possivelmente eram comerciantes e camponeses devido aos chapéus comuns em representações dessas classes sociais.

Ademais, pode-se observar a utilização das capas cauda de raposa utilizadas na época para retratar a existência de uma doença contagiosa e dessa forma, o restante da população deveria se afastar para evitar adquirir a doença. A separação social é reforçada ao evidenciar a falta de olhares dos outros cidadãos que passam ao redor talvez para demonstrar o descaso da população quanto aos doentes. Os leprosos são evidenciados como um grupo a parte de pedintes separados do restante do quadro, não podendo ser encaixados como trabalhadores, religiosos ou mesmo ao profano e alegre.

É importante salientar que talvez os aleijados sejam parte de uma composição maior, uma metáfora a figura do louco, localizada no centro do quadro próximo a fonte e conceito do humanismo da época devido a

dualidade entre as ideias do profano e o sagrado. Como dito no artigo da iconografia, da cultura, da história.

Desse modo, os signos aí representados partilham ou comunicam ao louco o seu próprio poder simbólico: do lado esquerdo, por exemplo, os mendigos, os aleijados, os leprosos, e adiante o selvagem (na farsa do Urso e Valentim), constituem uma metáfora da fragilidade, da degradação moral e física do ser humano, dos seus vícios e fraquezas e que correspondem à uma das faces do louco, a essa figura, como disse Klein, cuja ambivalência em qualquer sorte est *constitutionnelle*, expressa, inclusive, nas cores de sua própria indumentária, dividida, verticalmente: vermelha de um lado e listrada de amarelo-ouro, do outro. (Baumann, Thereza de B., 1997, p. 101)

A percepção da doença no quadro pode ser analisada também pela diferença de centros retratada nos quadrantes inferior esquerdo, inferior direito e superior direito onde são destacados o carnaval, os religiosos e os trabalhadores, respectivamente, dali, foram distribuídos os outros componentes em seus eixos, distanciando ainda mais os aleijados. Há um peso visual maior devido ao uso exacerbado de sombras e cores tristes na área em que os leprosos são retratados reforçando a ideia da degradação psíquica da doença.

Metodologia

Foram utilizadas análises qualitativas através de técnicas próprias das artes visuais como observação da composição, pesos visuais, centros, eixos, equilíbrios, linhas, tensão dinâmica, a tendência a simplicidade, a relação figura-fundo, o conteúdo, a textura, a forma e a cor para destacar a mensagem presente na obra. As obras destacadas foram: os quadros “Os aleijadinhos” e “A luta entre o carnaval e a quaresma” de Pieter Bruegel do século XVI.

De acordo com Panofsky (1991, p. 52, apud Baumann, Thereza de B., 1997, p. 3) “O conteúdo das imagens é apreendido pela determinação daqueles princípios subjacentes que revelam a atitude básica de uma nação, de um período, de uma classe social, a crença religiosa ou filosófica, qualificados por uma personalidade e condensados numa obra. ”

Resultados

Bruegel parece retratar a lepra como símbolo da degradação física e psicológica do indivíduo, associada à extrema pobreza, além de destacar aparentemente de maneira depreciativa, deficientes físicos e mentais, unidos em franca separação da sociedade circundante - marcadamente na tela “A luta entre o Carnaval e a Quaresma”. Ademais, elementos visuais como as capas de cauda de raposa destacam o portador da moléstia, alertando, sobre a manutenção da distância e evitar o contato. A doença surge como o contraponto do ser religioso, do ser feliz, ou mesmo da virtude; vê-se ainda a destruição social pela marginalização, assim como a degeneração do indivíduo a partir do uso de sombras para salientar o desconhecido por trás dessa enfermidade.

Referências

- BOTELHO, João Bosco. *Epidemias – a humanidade contra o medo da morte*. Manaus: Editora Valer, 2009.
- BAUMANN, Thereza de B., Da iconografia, da loucura, da história, Revista de história regional, 1997, n. 2,
- A Batalha entre o Carnaval e a Quaresma – Bruegel, *Instituto Poimênica*. Disponível em: <https://institutopoimenica.com/2015/02/19/a-batalha-entre-o-carnaval-e-a-quaresma-bruegel/>; Acesso em: 15 nov. 2018. 19 fevereiro 2015.
- A Luta Ou Batalha Entre Carnaval E Quaresma, Pieter Bruegel, O Velho. Disponível em: <https://www.historiadasartes.com/sala-dos-professores/a-luta-ou-batalha-entre-carnaval-e-quaresma-de-pieter-bruegel-o-velho/>. Acesso em: 15 nov. 2018. 12 fevereiro 2018.
- GRUMAN, M. Caminhos da cidadania cultural: o ensino de artes no Brasil. *Educar em Revista*, Curitiba, Brasil, n. 45, p. 199-211, jul/set. 2012. Editora UFPR

FORMATO: 15,5cm x 22,5cm | 272p.
TIPOLOGIAS: Minion Pro, Myriad Pro

COORDENAÇÃO. EDITORIAL: Betânia G. Figueiredo
DIAGRAMAÇÃO: Gabriela Favarini

III Encontro Luso-Brasileiro de História da Medicina Tropical + XXIII Congresso Brasileiro de História da Medicina



FACULDADE DE
CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



Casa de
Oswaldo Cruz



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ILMD
INSTITUTO DE MEDICINA
TROPICAL
FIOCRUZ AMÉRICA



UEA

UNIVERSIDADE
DO ESTADO DO
AMAZONAS



CIUHCT
Centro Interinstitucional de História
das Ciências e da Tecnologia
FCT - UFRJ - UNL