



Vol. 15

UMA HISTÓRIA BRASILEIRA DAS DOENÇAS

ORGANIZAÇÃO:

André Luis Lima Nogueira

Anny Jackeline Torres Silveira

Dilene Raimundo do Nascimento

Patrícia Maria da Silva Merlo

Sebastião Pimentel Franco

Vol. 15

UMA HISTÓRIA BRASILEIRA DAS DOENÇAS

ORGANIZAÇÃO:

André Luis Lima Nogueira

Anny Jackeline Torres Silveira

Dilene Raimundo do Nascimento

Patrícia Maria da Silva Merlo

Sebastião Pimentel Franco



Organizadores

André Luis Lima Nogueira
Anny Jackeline Torres Silveira
Dilene Raimundo do Nascimento
Patrícia Maria da Silva Merlo
Sebastião Pimentel Franco

Revisão

De responsabilidade exclusiva dos organizadores

Diagramação

Sabrina Martins Cardoso

Capa

Imagem superior: Botica (1823), de Jean-Baptiste Debret, aquarela sobre papel. Acervo dos Museus Castro Maya / IPHAN.

Imagem inferior: imagem gerada com inteligência artificial via ChatGPT/OpenAI.

Editora

Identidade Editorial

Rua Gonçalves Dias, 270,
Praia da Baleia, Serra - ES.
CEP.: 29172-694
www.identidadeeditorial.com.br

Editor

Lucas Onorato Braga

Conselho editorial

Dr. Alexander Martins Vianna (UFRRJ), Dr.^a Carmem Soares (Universidade de Coimbra), Dr.^a Cilene da Silva Gomes (PUC-PR), Dr.^a Eliane Morelli Abrahão (Unicamp), Dr.^a Fabiana Kraemer (UERJ), Dr. Fernando Santa Clara Viana Jr. (UFBA), Dr. Jadir Rostoldo Peçanha (UFES), Dr. José Newton Coelho Meneses (UFMG), Dr.^a Juliana Sabino Simonato (UFES), Dra. Livia Scheiner (Pedro II), Dr.^a Maria Cecília Pilla (PUC/Paraná), Dr.^a Mônica Chaves Abdala (UFU), Dr.^a Patrícia Maria da Silva Merlo (UFES), Dr.^a Raquel Bello Vázquez (UniRitter), Dr. Renato da Silva Dias (Unimontes), Dr.^a Rita de Cassia Aquino (USJT), Dr. Sebastião Pimentel Franco (UFES).

Apoios



Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

H58 Uma História Brasileira das Doenças / André Luis Lima Nogueira, Anny Jackeline Torres Silveira, Dilene Raimundo do Nascimento, Patrícia Maria da Silva Merlo, Sebastião Pimentel Franco (orgs.). Serra: Identidade Editorial, 2026.

293 p.: il.

ISBN: 978-65-83537-28-7

CDU: 616

Índices para catálogo sistemático:

1. História. 2. Epidemias. 3. Doenças. I. Nogueira, André Luis Lima. II. Silveira, Anny Jackeline Torres. III. Nascimento, Dilene Raimundo do. IV. Merlo, Patrícia M. S. V. Franco, Sebastião Pimentel. VI. Título.

Sumário

Apresentação 7
Os organizadores

Capítulo 1

Por uma história das doenças no antropoceno: ecologias modificadas,
corpos porosos e agenciamentos multiespécies 13
André Felipe Cândido da Silva

Capítulo 2

Saúde do mundo: animais como agentes de doença e cura na visão da
Organização Mundial de Saúde (OMS), década de 1960 54
Natascha Stefania Carvalho De Ostos

Capítulo 3

Da “saúde comunitária” ao controle social: nota histórica sobre o tema
da participação social na saúde no Brasil 75
Carlos Henrique Assunção Paiva

Capítulo 4

É como um ‘sujeito naufrago nadar, nadar, nadar e morrer na praia’:
experiência democrática, Reformismo Sanitário e Golpe Civil
Militar de 1964 93
José Roberto Franco Reis

Capítulo 5

Saúde e Democracia: o papel do advocacy online 125
André Pereira Neto

Capítulo 6

Concepções de alimentação saudável e suas mediações nos discursos
midiáticos brasileiros 143
Manuela de Sá Pereira Colaço Dias e Fabiana Bom Kraemer

Capítulo 7

Entre farmacopeias, saberes globais e sociabilidades: o chá na medicina da Modernidade (séc. XVI–XVIII) 161
Patrícia M. S. Merlo e Lucas Onorato Braga

Capítulo 8

As instituições asilares para lepra: o caso do Espírito Santo e São Paulo 178
Sebastião Pimentel Franco e Yara Nogueira Monteiro

Capítulo 9

Apontamentos sobre os lazarentos no Espírito Santo: os primeiros hospitais de isolamento no Espírito Santo do século XIX 209
Henrique Antônio Valadares Costa

Capítulo 10

Febre amarela e oropouche: dinâmicas históricas, evolutivas e epidemiológicas no Brasil 227
Agata Rossi, Ana Beatriz Arruda, Suwellen de Azevedo e Edson Delatorre

Capítulo 11

O fogo selvagem: espaços e sujeitos em interação na constituição de um problema de pesquisa (XVIII e XIX) 251
Leicy Francisca da Silva, Robson Mendonça Pereira e Sônia Maria de Magalhães

Capítulo 12

"Estudo das águas minerais de Araxá comparadas às congêneres de outras procedência, curabilidade da tuberculose pulmonar pelas ditas águas" (1890): análise da produção científica de Joaquim Monteiro Caminhoá 275
Alex Gonçalves Varela

Apresentação

A coletânea *Uma História Brasileira das Doenças* consolida-se, ao longo de seus volumes, como um espaço privilegiado de reflexão, diálogo e produção de conhecimento no campo da história da saúde e das doenças no Brasil.

Fruto de um esforço coletivo que articula pesquisadores de diferentes instituições, formações e perspectivas teórico-metodológicas, este volume expressa a vitalidade de um campo em constante renovação, entendidas as doenças não apenas como fenômenos biológicos, mas como construções históricas, sociais e culturais.

Ao longo dos capítulos, o leitor encontrará análises que transitam entre diferentes temporalidades e espacialidades, evidenciando como as experiências de adoecimento, as práticas de cura, as políticas de saúde e os saberes médicos se entrelaçam com contextos históricos específicos. Nesse sentido, a obra contribui para ampliar a compreensão das doenças como fenômenos que extrapolam o campo biomédico, iluminando suas relações com desigualdades sociais, processos políticos, dinâmicas culturais e transformações científicas.

Por fim, registramos nosso agradecimento aos autores e autoras que contribuíram para esta edição. Esperamos que esta coletânea continue a estimular novas investigações e a fomentar diálogos interdisciplinares no campo da história da saúde e das doenças.

O texto de abertura da coletânea de autoria de André Felipe Cândido da Silva, intitulado “Por uma História das Doenças no Antropoceno: ecologias modificadas, corpos porosos e agenciamentos multiespécies” posiciona a história das doenças no contexto das transformações materiais e epistêmicas do Antropoceno, argumentando que saúde e doença se afirmam como fenômenos ecológicos que alteram a compreensão do corpo, do adoecimento e da vulnerabilidade. Defende, assim, uma perspectiva integrada que articula a história ambiental e a história das doenças, concebendo o adoecimento como processo multiescalar e multiespécies que emerge de ecologias patogênicas interconectadas em escala planetária. Sustenta ainda

a necessidade de um diálogo crítico da história das doenças com as ciências da vida e com ontologias não-ocidentais, renovando arquivos, escalas de análise e compromissos do campo. Nesse movimento, a história das doenças se afirma como espaço privilegiado para pensar vulnerabilidade, justiça socioambiental e habitabilidade no Antropoceno.

Em “Saúde do mundo: animais como agente de doença e cura na visão da Organização Mundial de Saúde (OMS), década de 1960”, Natascha Stefania Carvalho De Ostos focaliza a criação em 1957 a Organização Mundial da Saúde (OMS) da revista *World Health*, editada em português com o nome de *Saúde do Mundo*. O objetivo da publicação era “estimular e nutrir o interesse do público em geral em assuntos de saúde internacional”. Ao longo da década de 1960 a revista dedicou três edições exclusivas sobre o papel dos animais como agentes de doenças transmissíveis ao ser humano, e sobre o uso dos bichos em estudos científicos. É nesse período que os movimentos de proteção ambiental se expandiram mundialmente, adquirindo dimensão social, e o campo da saúde pública se ampliou, com campanhas de vacinação, avanço no uso de antibióticos e gerenciamento massivo de questões de saúde. O objetivo da autora é analisar como a OMS abordou as relações entre a saúde humana e a dos outros animais nas edições da revista dedicadas aos bichos, em um período de inflexão sobre o conceito de saúde.

O texto de Carlos Henrique Assunção Paiva, intitulado “Da ‘saúde comunitária’ ao controle social: nota histórica sobre o tema da participação social na saúde no Brasil” analisa o tema da participação social na saúde, focando na tensão entre o movimento pela reforma sanitária brasileira e a ditadura militar nos anos 1970.

Enquanto na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978, se promovia a saúde como direito, o governo brasileiro resistia a essas ideias por viés ideológico. O ministro Paulo de Almeida Machado rejeitava a saúde comunitária, levando à ausência oficial do Brasil no referido evento. Assim, apesar da força do movimento pela reforma na saúde, o controle social enfrentou limites operacionais ligados às dificuldades de democratização do país. O SUS, nesse sentido, é apresentado como um desdobramento direto da luta por direitos sociais e democracia organizada.

José Roberto Franco Reis no texto “É como um sujeito náufrago nadar, nadar e morrer na praia”: experiência democrática, reformismo sanitário e golpe civil militar de 1964, afirma que anos marcados pela experiência

democrática de 1945 a 1964, importantes processos políticos se desenvolveram no campo mais amplo da luta por direitos, cuja área específica da saúde empreendeu suas batalhas particulares, notadamente em torno das teses do chamado sanitarismo desenvolvimentista. Nesse capítulo, o autor propõe uma análise do período focada na ascensão de João Goulart ao poder em 1961, momento em que as expectativas de um reformismo democratizante se concretizam em propostas para a área da saúde. Marcos importantes seriam a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde de 1963, os processos de intervenção no âmbito da indústria farmacêutica e certas mudanças na assistência médica previdenciária na perspectiva da seguridade social. No entanto, tal expectativa, ao fim e ao cabo, se frustra com a eclosão do golpe civil militar de 1964, que interrompe esse ambicionado e desejado processo.

André Pereira Neto, no texto “Saúde e democracia: o papel do advocacy online” evidencia que a relação entre saúde e democracia vai muito além da gestão de hospitais ou de serviços de saúde. Trata-se de um vínculo estruturante, que define a cidadania dos integrantes de uma sociedade. Onde há democracia enfraquecida, a saúde adocece. Onde a saúde é negligenciada, a cidadania definha. Nos tempos atuais boa parte da participação política se faz através das redes sociais disponíveis na Internet. O advocacy online é o uso estratégico de ferramentas e plataformas da internet para influenciar a opinião pública, mobilizar apoiadores e pressionar tomadores de decisão em defesa de uma causa específica. O capítulo apresenta algumas características desta nova forma de participação política e discute um caso recente em que ela foi adotada com sucesso: a campanha do “voto auditável”.

Em “Concepções de alimentação saudável e suas mediações nos discursos midiáticos brasileiros”, Manuela de Sá Pereira Colaço Dias e Fabiana Bom Kraemer, afirmam, que na contemporaneidade, a alimentação saudável consolida-se como um ideal de conduta socialmente valorizado, articulando dimensões morais, culturais e simbólicas. Nesse contexto, problematiza-se a concepção hegemônica de alimentação saudável como construção histórica e social, atravessada por relações, poder e disputas de sentido, o que orienta o objetivo do capítulo: analisar esses processos e situar a mídia como espaço importante de produção, circulação e naturalização de discursos sobre alimentação. Para isso, organiza-se em dois momentos: primeiro, mobilizam-se referenciais teórico- conceituais macrossociais para compreender a

normatividade alimentar; depois, analisam-se discursos midiáticos no contexto brasileiro, com foco em conteúdos digitais de ampla circulação, como expressão de tendências do campo da nutrição.

No capítulo “Entre farmacopeias, saberes globais e sociabilidades: o chá na medicina da Modernidade (séculos XVI-XVIII)”, Patrícia M. S. Merlo e Lucas Onorato Braga analisam a trajetória do chá na medicina europeia e luso-atlântica entre os séculos XVI e XVIII, compreendendo-o como vetor de transformação epistemológica e não apenas como elemento da farmacopeia. A partir de referenciais da história global da ciência, especialmente as contribuições de Kapil Raj e Harold J. Cook, argumenta-se que a incorporação do chá à prática médica ocidental foi resultado de processos de circulação, tradução e hibridização de saberes, nos quais participaram médicos, boticários, mercadores e mediadores asiáticos. O texto examina ainda a crise do paradigma hipocrático-galênico provocada pelo contato com substâncias desconhecidas à tradição clássica, as controvérsias entre defensores e críticos do chá, sua inserção na dietética moderna e na cultura dos estimulantes, e seu papel no contexto do império português, com especial atenção à circulação via Macau e à sua presença no Brasil colonial, concluindo que o chá, compreendido como objeto histórico plural, permite entrever a modernidade médica não como progresso linear, mas como campo de disputas, encontros e traduções entre tradições distintas. O texto analisa ainda, a trajetória do chá na medicina europeia e luso-atlântica entre os séculos XVI e XVIII, compreendendo-o como vetor de transformação epistemológica e não apenas como elemento da farmacopeia.

Sebastião Pimentel Franco e Yara Nogueira Monteiro em “As instituições asilares para lepra: o caso do Espírito Santo e São Paulo”, analisam a constituição e o funcionamento das instituições asilares destinadas ao isolamento de pessoas acometidas pela hanseníase no Brasil, com ênfase nos estados do Espírito Santo e de São Paulo, entre as primeiras décadas do século XX e o processo de desmonte desse modelo a partir da segunda metade do século. Inseridas em um contexto mais amplo de consolidação das políticas sanitárias e de fortalecimento do Estado nacional, especialmente no contexto da chamada “Era Vargas” (1930-1945), essas instituições materializaram uma estratégia de controle da doença baseada no isolamento compulsório, sustentada tanto por pressupostos médico-científicos quanto por valores morais e sociais que estigmatizavam os doentes.

O capítulo discute também as experiências vividas no interior dessas instituições, destacando práticas de controle social, disciplinamento dos corpos e tentativas de construção de uma vida comunitária sob condições de isolamento. Ao mesmo tempo, aponta para resistências, estratégias de adaptação e redes de sociabilidade estabelecidas pelos internos. Por fim, aborda o processo de crítica e superação do modelo asilar, especialmente a partir da introdução da poliquimioterapia e da reorientação das políticas de saúde, que passaram a privilegiar o tratamento ambulatorial e a reintegração social dos pacientes, redefinindo o lugar da hanseníase no campo da saúde pública.

No capítulo “Apontamentos sobre os lazaretos no Espírito Santo: os primeiros hospitais de isolamento no Espírito Santo do século XIX” Henrique Antonio Valadares Costa, analisa a criação e o desenvolvimento dos lazaretos no Espírito Santo entre o século XIX e o início do XX, destacando que, embora a demanda por essas instituições exista desde 1839, o primeiro lazareto foi efetivamente implantado apenas em 1882. Concentrados na baía de Vitória, esses espaços de isolamento integravam a estrutura portuária e tinham como principal função conter epidemias associadas à intensificação do trânsito marítimo, sobretudo doenças como varíola, febre amarela e cólera. Apesar da associação do termo “lazareto” à hanseníase, não há registros de ocorrência dessa enfermidade nesses estabelecimentos no contexto analisado. Sua implementação foi impulsionada por políticas sanitárias do Império, especialmente após a criação da Inspetoria de Higiene Pública em 1852. Em geral, tratava-se de instituições temporárias, diferentemente dos hospitais permanentes. Nesse sentido, o texto contribui para a compreensão da formação histórica das políticas de saúde pública no Espírito Santo.

Em “Febre Amarela e Oropouche: dinâmicas históricas, evolutivas e epidemiológicas no Brasil de Edson Delatorre, Agata Rossi, Ana Beatriz Arruda, Suwollen de Azevedo, eles informam que a febre amarela, introduzida no Brasil durante o período colonial via tráfico transatlântico, consolidou-se inicialmente em ciclos urbanos e, após controle vetorial e vacinação, passou a persistir em ciclo silvestre, com ondas epizooticas recorrentes. Em contraste, os autores afirmam que o Oropouche, identificado no século XX, permaneceu restrito à Amazônia por décadas, expandindo recentemente para áreas extra-amazônicas. Ambas doenças compartilham dependência da interface entre ambientes florestais e ocupação humana, sendo fortemente influenciados por mudanças no uso do solo, fragmentação ambiental e mobilidade populacional. Enquanto a febre amarela estruturou políticas

sanitárias modernas, o Oropouche evidencia limitações contemporâneas da vigilância epidemiológica. Concluem os autores que estas arboviroses refletem processos históricos e ambientais complexos, exigindo abordagens integradas para seu enfrentamento.

Leicy Francisca da Silva, Robson Mendonça Pereira e Sonia Maria de Magalhães, em “O Fogo Selvagem: espaços e sujeitos em interação na constituição de um problema de pesquisa (Séculos XVII e XIX)” Analisam a enfermidade popularmente conhecida como *Fogo Selvagem*, medicamento redefinida como Pênfigo Foliáceo Endêmico. Atualmente, é descrita como doença autoimune associada a fatores ambientais, afetando sobretudo populações rurais. No Brasil, Alexandre Cerqueira é geralmente apontado como pioneiro nos estudos da moléstia, mas, registros anteriores indicam menções desde o século XVI e análises diversas no século XIX, quando a enfermidade ainda não possuía definição nosológica. O capítulo propõe revisar a atuação de médicos desse período, e avaliar como suas práticas e escritos contribuíram para a formação de um campo de estudos. A pesquisa adota uma abordagem que articula trajetórias médicas, história das doenças e história da ciência; e se apoia em teses, periódicos médicos, memórias institucionais e jornais tratando sobre a enfermidade.

No capítulo “estudo das águas minerais comparadas às congêneres de outras procedências, curabilidade da tuberculose pulmonar pelas ditas águas (1890): análise da produção científica de Joaquim Monteiro Caminhoá, Alex Gonçalves Varela afirma que Joaquim Monteiro Caminhoá (1836-1896) foi um ativo cientista que atuou no Império do Brasil. Sua trajetória foi marcada pela participação efetiva em importantes instituições científicas imperiais, o ingresso como sócio de academias, e a produção de farto conhecimento que foi publicado em revistas e anais. Dentre os artigos publicados encontra-se Estudo das águas minerais de Araxá comparadas às congêneres de outras procedências, curabilidade da tuberculose pulmonar pelas ditas águas (1890), apresentando no âmbito da Academia Nacional

de Medicina (ANM). Temos como objetivo realizar uma análise crítica do referido texto, tendo como premissa a sua contribuição para o processo de emergência e consolidação das ciências naturais no Brasil oitocentista. Analisaremos os temas apresentados, as questões formuladas, os autores com quem dialoga e aqueles que refuta, os conceitos com que operou, as características das suas atividades científicas, entre outros.

1

Por uma história das doenças no antropoceno: ecologias modificadas, corpos porosos e agenciamentos multiespécies

André Felipe Cândido da Silva¹

Notícia amplamente divulgada no final de setembro de 2025 anunciou a publicação do novo relatório do Instituto de Pesquisas Climáticas de Potsdam, na Alemanha, segundo o qual sete dos nove limites planetários que delimitam condições ambientais consideradas seguras para a existência da vida humana já haviam sido ultrapassados (Earth may have breached... 2025; Sete dos nove Limites..., 2025). De acordo com o relatório, os limites transgredidos incluem: mudanças climáticas, perda da biodiversidade, uso do solo, uso da água doce, ciclos do nitrogênio e do fósforo, acidificação dos oceanos e emergência de novas entidades químicas. Ultrapassar esses limites significa cruzar para uma zona de instabilidade crescente, na qual os próprios alicerces ecológicos da vida humana entram em risco. Apenas a camada de ozônio e os aerossóis atmosféricos permaneceriam dentro da zona considerada segura (Planetary Boundaries... 2025).

A ultrapassagem desses limites tem efeitos diretos sobre a saúde humana, não humana e dos ecossistemas. As mudanças climáticas, por exemplo, afetam a produção de alimentos, intensificam o estresse térmico, provocam migrações forçadas e alteram a distribuição de vetores e doenças. A poluição do ar e da água está associada ao aumento de doenças crônicas, cânceres e distúrbios endócrinos (World Health Organization, 2023; Brasil, 2025; Kermarou et al. 2025). A perda da biodiversidade, a urbanização, o avanço da fronteira agropecuária e o desmatamento favorecem a emergência de zoo-

¹ Pesquisador da Casa de Oswaldo Cruz (COC) – Fiocruz e professor do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde (PPGHCS), na mesma instituição. Rio de Janeiro-RJ, Brasil. ORCID: E-mail: andre-felipe.silva@fiocruz.br

noses, como evidenciado pela pandemia de Covid-19. Surgida em uma sequência seriada de zoonoses virais, a Covid-19 materializou o que significa adoecer no Antropoceno: uma crise sanitária global com raízes ecológicas, atravessada por desigualdades sociais brutais e marcada pela interdependência entre corpos, ecossistemas e infraestruturas (Carvalho, 2020; Artaxo, 2020; Alagona et al., 2020).

Em razão disso, a pandemia foi interpretada por muitos autores como um evento limiar, um marcador histórico do Antropoceno, pela capacidade de sintetizar vulnerabilidades sistêmicas da vida contemporânea (Heyd, 2020; O'Callaghan-Gordo, Antó, 2020; Horn, 2021). Ela evidenciou que não há saúde humana dissociada das condições ecológicas do planeta. A conjugação entre desequilíbrios ambientais, precariedades sociais e vulnerabilidades corporais permitiu compreender a Covid-19 como sintoma das novas condições de habitabilidade da Terra (Chakrabarty, 2021). Em um contexto de intensificação das conexões globais, crescimento populacional, comércio de animais silvestres e produção industrial de alimentos, projeta-se que novas pandemias se tornem parte de uma normalidade instável (Carlson *et al.*, 2022). O agronegócio, ao impulsionar o desmatamento, a perda da biodiversidade, o uso intensivo de água e a criação industrial de rebanhos contribui para a formação de ecologias propícias à emergência de novos patógenos (Wallace, 2020).

Nesse cenário, a saúde já não pode ser pensada como atributo individual, nem como produto exclusivo da intervenção biomédica. Ela emerge como um campo relacional, instável e situado, profundamente imbricado em sistemas ecológicos, políticos e infraestruturais. As implicações sanitárias dessas transformações planetárias reconceituam o corpo humano, que deixa de figurar como entidade isolada para ser compreendido como nóculo de uma teia complexa de interações socioecológicas, econômicas e políticas. Como um organismo multiespécies, composto majoritariamente por microrganismos, o corpo se constitui como zona de intersecção entre processos ecológicos, técnicos, químicos, microbiológicos e sociais. A separação entre corpo e ambiente, consolidada pela medicina experimental desde o século XIX, torna-se cada vez menos sustentável. A poluição química disseminada no pós-Segunda Guerra inaugurou uma nova corporeidade no Antropoceno: novas substâncias transformam o nosso corpo em um novo

tipo de arquivo. O “corpo tóxico” deixa de ser exceção para se tornar norma (Thomas, 2014). Isto impõe uma revisão crítica do que significa ser saudável em um planeta quimicamente transformado e ecologicamente instável.

É justamente essa condição crítica, desigual e irreversível que o conceito do Antropoceno busca nomear. Proposto por Paul Crutzen e Eugene Stoermer em 2000, o termo designa uma nova época geológica em que a ação humana passou a operar como força de magnitude planetária, com implicações centrais para a saúde humana e mais-que-humana. Embora sua oficialização tenha sido recusada pelos especialistas em 2024, o conceito permanece amplamente mobilizado nos campos acadêmico, artístico e midiático. Tornou-se conceito-síntese de um presente em que rupturas ecológicas, sanitárias, energéticas, sociais e epistêmicas se entrelaçam, tornando visíveis porosidades antes naturalizadas: entre corpo e ambiente, social e biológico, humano e mais-que-humano (Quenet, 2017; Silva, Lopes, 2021). Essas porosidades são, ao mesmo tempo, epistêmicas e materiais, e exigem novas formas de atenção, inclusive historiográfica (Simon, 2017, 2021; Turin, 2022).

Ao inscrever os humanos como agentes geológicos, o Antropoceno entrelaça escalas temporais incomensuráveis – da história humana e da história planetária – e desafia as próprias condições de historicidade. O que está em jogo não é apenas uma mudança dentro da história, mas uma mudança da própria história, ou seja, das molduras que nos permitiam organizar o passado e projetar futuros (Simon, 2017, 2021). Ao afetar concepções de tempo, agência, escala e causalidade, o Antropoceno convoca a repensar os modos como temos compreendido e praticado a história (Turin, 2022; Thomas, 2014, 2022; Simon, 2017, 2021). Como narrar o passado, quando os contornos do humano, não humano e planetário estão em reconfiguração? Que ferramentas nos restam — ou nos faltam — para compreender um presente marcado por instabilidade ecológica crônica, vulnerabilidades sistêmicas e crises sanitárias em cascata?

Nesse contexto, em que a saúde e a doença se tornam indicadores sensíveis do novo estado planetário, a história das doenças é diretamente interpelada. Como o campo se reconfigura diante da nova gramática da saúde instaurada pelo Antropoceno? Como escapar de narrativas restritas à cronologia dos surtos, à descrição dos patógenos ou à evolução das respostas biomédicas, sem incorrer em determinismos ecológicos ou moralismos

sanitários? O desafio historiográfico contemporâneo consiste em manter o rigor empírico e documental da disciplina, reconhecendo, ao mesmo tempo, que o próprio objeto da história da saúde — o corpo, a doença, o cuidado e a vulnerabilidade — mudou de estatuto.

O objetivo deste capítulo é compartilhar reflexões e propostas que contribuam para posicionar o campo da história das doenças diante dos deslocamentos impostos pelo Antropoceno, em diálogo com uma bibliografia recente e diversificada oriunda tanto da história quanto de outros campos disciplinares. Muitas dessas reflexões foram publicadas em trabalhos anteriores (Silva, 2023, 2024), tendo ganhado força no contexto da pandemia de Covid-19, quando diversos atores, incluindo historiadores, jornalistas, políticos e ativistas, enfatizaram as sinergias entre a crise sanitária e as emergências climática e ecológica (Silva e Lopes, 2020; Alagona *et al.*, 2020; Way *et al.*, 2020). Elas foram revistas e aprofundadas a partir da participação no 13º Simpósio de História das Doenças, realizado na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) em outubro de 2025.

Mais do que oferecer respostas categóricas, um receituário metodológico ou um manifesto disciplinar, este capítulo propõe algumas linhas de aproximação que permitam vislumbrar como os desafios desse presente planetário exigem novas formas de articular doenças, ecologias, corpos, saberes e historicidades.

Nesse sentido, o Antropoceno não é tratado apenas como uma hipótese geológica, mas como um conceito desestabilizador e um diagnóstico crítico que nos interpela não só enquanto historiadores, mas enquanto sujeitos implicados nas transformações do presente. Dada a centralidade assumida pelos fenômenos da saúde e da doença nesse novo estado planetário, o respectivo campo historiográfico configura-se como uma arena particularmente promissora para repensar a história como campo de conhecimento e prática ética.

A análise desenvolve-se em dois movimentos. No primeiro, examina-se como essa instabilidade ecológica contemporânea convida a uma aproximação mais sistemática entre a história das doenças e a história ambiental, enfatizando o papel das materialidades, dos espaços e da corporeidade, ao mesmo tempo em que recupera tradições da história do pensamento médico e ambiental que trataram corpos, doenças e ambientes como fenômenos interconectados. No segundo, apresentam-se conceitos, autores e possibili-

dades analíticas para pensar uma escrita da história das doenças no Antropoceno, em diálogo crítico com as tradições historiográficas vigentes.

Em consonância com esses desafios, defende-se aqui uma história das doenças multiescalar, multiespécies, pluriontológica e transdisciplinar, em postura de “amizade crítica” (Thomas, 2014, 2022) tanto com as ciências sociais quanto com vertentes do pensamento biomédico e ecológico. Nessa perspectiva, a história das doenças contribui para aprofundar a distinção proposta por Dipesh Chakrabarty (2021) entre os regimes global e planetário, que “remetem a compreensões profundamente distintas da história humana” (Chakrabarty, 2018). Ao explorar essa distinção por meio de uma abordagem histórica multiescalar e multiespécies, o campo também favorece leituras mais críticas e situadas de propostas integrativas de saúde como a saúde planetária, que buscam alinhar a saúde dos organismos à integridade dos ecossistemas.

A história das doenças entre patógenos, corpos e ambientes

Um primeiro movimento em resposta aos deslocamentos impostos pelo Antropoceno consiste em uma aproximação mais sistemática entre a história das doenças e a história ambiental. Esse chamado antecede o debate sobre o Antropoceno e vem sendo formulado há pelo menos duas décadas por historiadores que identificaram a necessidade de articular ambas as subdisciplinas a partir de fenômenos que evidenciam a interdependência entre doenças, corpos, materialidades e ecologias (Mitman, Murphy, Sellers, 2004; Mitman, 2005, 2013; Nash, 2006, 2014; Sellers, 2018; Heggie, 2023; Silva, 2023). A contaminação persistente de paisagens e corpos por poluentes químicos, a emergência recorrente de novos patógenos de origem zoonótica, a institucionalização da ecologia médica e o avanço da resistência antimicrobiana impulsionaram esse movimento. Esses processos, intensificados no período posterior à emergência da AIDS, também expuseram limites de modelos biomédicos centrados em causalidades lineares, agentes isolados e soluções tecnocráticas, reforçando a necessidade de perspectivas capazes de lidar com exposições cumulativas, temporalidades longas e interações complexas entre organismos, ambientes e infraestruturas. O diálogo com a ecologia política, os estudos feministas, pós-coloniais e os estudos sociais das ciências contribuiu para a formação desse instrumental analítico (Mitman, Murphy, Sellers, 2004; Silva, 2024).

A abordagem integrada desses fenômenos tornou imprescindível aproximar a história ambiental e a história da medicina e das doenças, que até então haviam percorrido caminhos paralelos (Mitman, Murphy e Sellers, 2004; Sellers, 2018). As correntes principais da história da medicina concentraram-se nos aspectos sociais das doenças, do cuidado e da cura, enfatizando disputas institucionais, interesses profissionais e econômicos e a construção de discursos biomédicos. Com a crescente incursão de historiadores profissionais no campo, municiados por métodos da história social e cultural e por críticas à medicalização, ganharam destaque a experiência dos pacientes, práticas populares de cura, arranjos das profissões de saúde e usos do discurso médico na legitimação de hierarquias de raça, gênero e classe. Influenciados pela noção de construção social, esses estudos evitaram invocações do biológico, consideradas problemáticas ou reducionistas.²

Mesmo em postura crítica em relação às narrativas do progresso médico, essa historiografia reproduziu por certo tempo um modelo centrado no laboratório e na busca por soluções tecnológicas do tipo “balas mágicas” para as doenças infecciosas (Anderson, 2004; Nash, 2014). Identificavam-se concepções ambientalistas em tradições hipocráticas e neo-hipocráticas, supostamente suprimidas pela ascensão da teoria microbiana e da medicina experimental.

Essa trajetória reflete o desenvolvimento histórico da medicina, que, como argumenta Christopher Sellers (2018), aspirou à “neutralidade do lugar” (“*place neutrality*”), isto é, à produção de saberes que tendiam a ignorar o papel dos espaços e ambientes na causalidade, diagnóstico e no tratamento das doenças. Com o foco nos processos internos do corpo e em espaços fechados como hospitais e clínicas, consolidou-se uma “ontologia dos interiores corporais”, baseada na anatomia patológica, na fisiologia experimental e na bacteriologia. O corpo sedimentou-se como um sistema autônomo, separado das perturbações externas, enquanto o ambiente se tornava um fator secundário. Paradoxalmente, esse eclipse dos lugares acompanhou a formação de especialidades definidas exatamente pelas especificidades locais, como a medicina tropical, a saúde pública, a medicina e a higiene industrial. Tais especialidades reforçaram a “neutralidade de lugar” nas demais áreas da medicina, ao abrangerem os fatores espaciais como temas de sua jurisdição.

2 Para um panorama geral da historiografia das doenças e suas ênfases ver Armus, 2002; Silveira e Nascimento, 2004.

Além disso, elas aprofundaram a confiança na possibilidade de controlar os fatores ambientais por meio de soluções técnico-instrumentais, como a eliminação de vetores ou a definição de “limites seguros” para poluentes, baseando-se em sinais clínicos e etiológicos visíveis e negligenciando efeitos subclínicos (Sellers, 2018).

Enquanto a historiografia das doenças marginalizava fatores ambientais e materialidades do adoecimento, a história ambiental, em suas primeiras décadas, relegou a saúde humana a um papel secundário (Nash, 2014). Seu foco recaiu sobre paisagens, ecologias e atores não humanos, inspirando-se na ecologia para compreender sinergias entre sociedades e natureza em processos como imperialismo, expansão territorial, projetos de modernização, urbanização e agroindustrialização. Havia ainda uma atitude crítica à ênfase conferida, na historiografia em geral, a linguagens, discursos e representações, em detrimento dos processos ecológicos (Worster, 1993).

A partir de meados da década de 1990, alguns historiadores ambientais passaram a reivindicar mais atenção ao corpo humano, até então “ponto cego” do campo (Nash, 2014). Destaca-se o trabalho de Linda Nash (2006), que, ao analisar a contaminação química de trabalhadores agrícolas na Califórnia, mostrou como o adoecimento crônico dissolvia as fronteiras entre corpo e ambiente, revelando a corporeidade como espaço de inscrição de exposições cumulativas, regimes produtivos e desigualdades raciais. Michelle Murphy (2006), por sua vez, examinou a síndrome do edifício doente, evidenciando como infraestruturas modernas, como edifícios selados, sistemas de ventilação e materiais sintéticos se tornaram agentes ativos na produção de doenças, com impactos marcados por gênero e classe. Nessa mesma linha, Nancy Langston (2010) mostrou como substâncias químicas produzidas em larga escala no século XX interferiram nos sistemas endócrinos de humanos e não-humanos, produzindo exposições cumulativas desiguais.

Paralelamente, abordagens corporificadas também ganhavam espaço na história da medicina, configurando-se um ponto de convergência importante com a história ambiental. Influenciados pelas apropriações de Foucault na historiografia, historiadores exploraram os corpos como superfícies de inscrição de relações de poder e resistência (Bynum, Porter, 1993; Armstrong, 1994; Jordanova, 2021). Com foco no contexto colonial e pós-colonial da Índia, David Arnold (1993) mostrou, por exemplo, como o corpo teve

um papel central na produção e legitimação da autoridade colonial, e, ao mesmo tempo, um dos principais sítios de contestação de sua hegemonia. Esse movimento alinhou-se ao desenvolvimento da historiografia da medicina tropical, que enfatizou o papel dos fatores ambientais na concepção e controle de doenças que grassavam nos territórios coloniais. Essa historiografia mostrou como a medicina nos impérios coloniais articulou climas, ecologias e ciclos biológicos de parasitas e vetores, fortalecendo imaginários raciais que legitimaram intervenções sobre territórios e populações. Políticas sanitárias moldadas segundo padrões militares operaram, assim, como formas de controle territorial, transformação ambiental e hierarquização racializada de corpos e espaços (Farley, 1991; Anderson, 2006; Tilley, 2011).

Ao examinar continuidades e discontinuidades com tradições ambientais no pensamento médico, a historiografia da medicina problematizou a ideia de que o paradigma microbiano teria significado o completo eclipse de abordagens ambientalistas (Worboys, 2000; Benchimol, 1999). A desarticulação de concepções relacionais entre corpo, doença e ambiente nunca foi total: houve permanências, reativações e recombinações dessas ideias em múltiplos contextos. Além da medicina tropical, campos como a veterinária e a imunologia foram particularmente permeáveis a explicações de natureza ecológica (Anderson, 2004). A revisitação crítica dessas tradições evidencia que perspectivas propriamente ecológicas, mais do que meramente ambientais – na medida em que enquadravam espaços como cenários de interação biológica de ordem evolutiva – acompanharam a própria organização da ecologia como disciplina. Elas contribuíram, inclusive, para a formulação de conceitos-chave da ecologia, como os da ecologia animal e a dinâmica de populações (Tilley, 2004; Honigsbaum, 2016; Jones, 2017).

Desde então, diversos autores têm explorado redes epistêmicas transnacionais que atravessaram paisagens coloniais, pós-coloniais e neocoloniais, caracterizando doenças como fenômenos ecológicos envolvendo parasitas, hospedeiros e contextos ambientais específicos (Anderson, 2004, 2016, 2017; Méthot, 2012; Méthot, Fantini, 2014; Méthot, Mason Dentinger, 2016; Nash, 2014; Piper, 2015; Honigsbaum, 2016, 2017; Honigsbaum, Mason Dentinger, 2016; Honigsbaum, Méthot, 2020; Alizon, Méthot, 2018; Arrizabalaga, 2018). A escuta crítica dessas tradições ecológicas do campo médico mostrou a influência que elas ganharam na historiografia, ocorrida,

em grande medida, por meio de especialistas que divulgaram ao grande público concepções ecológicas das doenças e da saúde. Um exemplo marcante é “Ratos, Piolhos e História” (1935), do renomado bacteriologista e imunologista estadunidense Hans Zinsser (2008 [1935]), uma história do tifo escrita em tom literário, mas ancorada em conceitos da ecologia médica e da imunologia (Nash, 2014). Outro caso é René Dubos, microbiologista ligado à Fundação Rockefeller, que se tornou referência no ambientalismo ao articular saúde, ambiente e limites ecológicos (Anderson, 2004; Honigsbaum, 2017).

Conforme observa Linda Nash (2012), a circulação e popularização dessas ideias criou o ambiente intelectual em que floresceram duas obras fundamentais para uma historiografia ecológica das doenças: *The Columbian Exchange*, de Alfred Crosby (1972), e *Plagues and Peoples*, de William McNeill (1976). Ambos mobilizaram conceitos da ecologia médica para analisar o papel das doenças em escalas temporais dilatadas. Crosby (1972) explorou a ideia de “solo epidêmico virgem”, baseada na imunidade diferencial a patógenos, como fator fundamental da colonização das Américas, enquanto McNeill (1976) destacou o papel das doenças infecciosas na história mundial desde o neolítico, vinculando-as aos destinos de impérios, religiões e sistemas sociais.

Além de incorporarem conceitos ecológicos, Crosby (1972) e McNeill (1976) alinharam-se à trajetória revisionista da historiografia influenciada pelo ambientalismo e pela Escola dos Annales, que enfatizava forças estruturais e ecológicas em detrimento do protagonismo das elites (Nash, 2014). A segunda geração dos Annales estabeleceu contato com Mirko Grmek, o influente historiador croata das doenças que cunhou o conceito de patocenose a partir da ecologia e da geografia médicas. Fernand Braudel instou-o a publicar seus estudos nos Annales, contribuindo para a circulação dessas abordagens no campo da história (Arrizabalaga, 2018).

A obra de Crosby (1972) foi particularmente importante para a consolidação da história ambiental como campo especializado, embora a saúde humana e as doenças tenham permanecido, por muito tempo, temas marginais nesse campo. Sua interpretação do colonialismo e do imperialismo como processos ecológicos que incluem a transferência de patógenos tornou-se um paradigma explicativo duradouro.

Apenas algumas décadas depois do gesto historiográfico de McNeill e Crosby, historiadores passaram a explorar de forma mais sistemática o fértil terreno que reinscreve saúde e doença como fenômenos historicamente mediados por ecologias, substâncias, infraestruturas materiais e fatores sociopolíticos. Em reconhecimento à complexidade desses processos, reconstruíram itinerários de doenças em conjunto com as trajetórias de corpos, águas, resíduos, saberes e políticas ambientais (Sellers, 1997; Nash, 2006; Mitman, Murphy e Sellers, 2004; Murphy, 2006). Esse deslocamento implicou superar a dicotomia entre natureza e cultura que marcou tanto a historiografia médica quanto a ambiental, ampliando o foco para incluir interações entre organismos, condições ecológicas, tecnologias ambientais e infraestruturas do cuidado e do risco. Como mostram autores que seguiram na convergência entre esses campos, muito antes da crise ambiental contemporânea e da individualização da ecologia médica como especialidade, a medicina já articulava, ainda que de modo instável e às vezes contraditório, noções de que os corpos não existem isoladamente, mas se formam, adoecem e se transformam em relação a mudanças socioecológicas e de modos de vida. A sensibilidade às tradições ecológicas do pensamento médico e historiográfico rompeu com a ideia de que a ecologia seria uma imposição externa à história da medicina (Anderson, 2004, 2016; Méthot, Fantini, 2014; Arrizabalaga, 2018).

Esses movimentos simultâneos e sobrepostos observados tanto na historiografia das doenças, quanto da historiografia ambiental forjaram análises atentas aos regimes ecológicos da saúde. Mais do que acrescentar o ambiente como uma variável, essa recuperação crítica implica rever a própria ontologia da doença: o que é um corpo, onde começa e termina uma doença, e quem são os agentes envolvidos nos processos de adoecimento, cuidado e cura.

Esses autores que articulam a história ambiental e das doenças reivindicam uma transgressão das fronteiras artificiais entre os dois campos, sublinhando que a fertilização cruzada entre eles é benéfica para ambos. A acuidade sociocultural e política da história da medicina enriquece e complexifica o engajamento profundo da história ambiental com as ecologias materiais dos espaços (Sellers, 2018; Heggie, 2023). A história ambiental pode inspirar a história da medicina a expandir sua escala temporal e a

incorporar de forma mais sistemática o papel de atores não-humanos. Por sua vez, a experiência acumulada da história da medicina em contextualizar criticamente o pensamento médico, ajuda a identificar abordagens racializadas ou neomalthusianas e a oferecer cautelas úteis para evitar narrativas simplistas e deterministas (Heggie, 2023).

Não é uma aproximação livre de tensões. Enquanto historiadores da medicina tendem a privilegiar abordagens socioculturais, historiadores ambientais enfatizam materialidades e dinâmicas ecológicas e recorrem com maior liberdade a dados das ciências naturais (Nash, 2014, 2015; Heggie, 2023). Como argumenta Randall Packard (2016), a adoção de uma perspectiva sociocultural de cunho mais historicista ou uma abordagem mais ambientalista depende das perguntas que orientam o historiador ao narrar a trajetória de uma doença. Trata-se, em última instância, da diferença entre usar o conhecimento biomédico como fonte de dados e abordagem ou tomá-lo como objeto de análise (Heggie, 2023). Essas tensões metodológicas exigem cautela, mas também ousadia. O risco do determinismo biológico é real, mas também é real a urgência de produzir histórias mais atentas a paisagens tóxicas, corpos permeáveis e às interações multiespécies.

Movimento semelhante ao observado na historiografia anglo-saxã de articulação entre a história ambiental e das doenças e com foco no corpo como sensor de transformações socioecológicas é bem mais recente na historiografia brasileira. Trata-se, contudo, de um programa de pesquisa com enorme potencial, diante do papel decisivo dos fatores ambientais na história da saúde e da doença no Brasil. A historiografia brasileira foi prolífica em mapear tradições ambientalistas no pensamento médico oitocentista, seu papel na conformação de uma agenda sanitária e na legitimação da medicina acadêmica. Também identificou continuidades e discontinuidades com a teoria microbiana (Kury, 1990; Ferreira, 1996; Edler, 2010; Benchimol, 1999, 2001). Estudos sobre as doenças tropicais particularmente iluminaram a importância do ambiente, mas com ênfase na formação de instituições de pesquisa e de uma tradição científica local; de redes transnacionais e do desenvolvimento da saúde pública em sinergia com a construção material e simbólica do Estado nacional, bem como na modelação de trajetórias individuais de cientistas (Lima, 1999; Benchimol, Sá, 2005; Edler, 2011; Kropf, 2009; Sá, 2010). Algumas análises exploraram impactos sanitários de inter-

venções ambientais, como surtos de malária durante a expansão das ferrovias na Primeira República (Benchimol, Silva, 2008) e o papel de fatores como coleções d'água, estagiens, circulação de vetores e modelos internacionais de campanha na epidemia de malária provocada pelo *Anopheles gambiae* no nordeste (Lopes, 2020).

Nas campanhas antimaláricas e observações realizadas por pesquisadores do Instituto Oswaldo Cruz no início do século XX, Stepan (2003) identifica modelos “proto-ecológicos” que integravam intervenções ambientais e comportamentos de vetores e hospedeiros humanos. Em trabalho sobre as pesquisas realizadas pelo ecólogo alemão Harald Sioli na Amazônia, analisamos como ele mobilizou fatores ecológicos do sistema hídrico local para explicar a incidência da esquistossomose na região da Fordlândia, na bacia do Rio Tapajós, entre o final dos anos de 1940 e o início dos anos 1950 (Silva, Sá, 2019).

No segundo volume da trilogia “Uma história das leishmanioses no Novo Mundo”, Benchimol e Peixoto (2022) percorrem redes transnacionais de pesquisa, controvérsias científicas e transformações socioambientais ligadas ao desenvolvimentismo para mostrar como houve, na Amazônia, uma complexificação da compreensão das leishmanioses em direção a abordagens menos antropocêntricas e mais focadas em reservatórios silvestres, parasitos e ecossistemas tropicais. Projetos como a Zona Franca de Manaus, rodovias, hidrelétricas e atividades de mineração reconfiguraram paisagens, ecologias locais e fluxos populacionais, criando condições para a expansão geográfica e a diversificação epidemiológica das leishmanioses e de outras doenças. Com isso, os autores inscrevem a história das leishmanioses como processo simultaneamente biomédico, ecológico e político.

Merecem ênfase, por fim, os trabalhos recentes de Matheus Duarte da Silva (2023, 2025; Duarte da Silva, Goodman, 2004), que iluminam como a peste no sertão brasileiro passou a ser compreendida como fenômeno ecológico complexo, envolvendo interações entre humanos, vetores, reservatórios animais e paisagens específicas. Ao deslocar a interpretação da peste de uma doença essencialmente humana — explicada pela circulação de pessoas e objetos contaminados — para uma zoonose rural sustentada por roedores silvestres, ratos, pulgas e ambientes semiáridos, Duarte da Silva mostra como a ecologia da doença se tornou progressivamente mais central no

pensamento epidemiológico (Duarte da Silva, 2025). Ao reconstruir essas dinâmicas, ele adensa a historiografia que articula história das doenças e ecologia, posicionando o Brasil entre redes transimperiais, coloniais e pós-coloniais, em meio às quais emergiram conceitos centrais da ecologia das doenças.

Do ponto de vista da contaminação química, os estudos sobre agrotóxicos vêm ganhando fôlego ao analisar suas articulações com o movimento ambientalista e a redemocratização brasileira. Investigam ainda o desenvolvimento da agroecologia em reação a políticas de modernização agrícola inspiradas na Revolução Verde (Brandão, 2023; Lignani, Brandão, 2022). O desenvolvimento da toxicologia diante do uso indiscriminado de agrotóxicos foi tema da pesquisa de Lignani (2022). Jorge Tibiletti de Lara (2025) vem analisando a história da contaminação do mercúrio em decorrência do garimpo na Amazônia, explorando como a compreensão dos riscos da poluição de ambientes e corpos mobilizou explicações sobre os ecossistemas locais. Também merece ênfase a pesquisa em curso de Patrick Benaion (2025) sobre o uso do amianto no Brasil, que se tornou controverso em vista de seus danos sanitários e ambientais.

Embora temas como saúde, ambiente e desigualdade sejam amplamente explorados por diferentes campos disciplinares no Brasil, sua articulação em uma abordagem histórica centrada em corpos, ambientes e materialidades das doenças permanece um programa de pesquisa em construção, ainda que já marcado por forte dinamismo.

Como observa Heggie (2023), apesar das diferenças, historiadores da medicina e do ambiente são parceiros naturais. A colaboração entre eles é não só desejável, mas necessária, sobretudo para enfrentar os desafios do Antropoceno, como pandemias, mudanças climáticas e colapso ecológico. Ao reconfigurar saúde e doença como eventos não apenas biomédicos, mas ecológicos, técnicos e infraestruturais, o Antropoceno dá novo sentido a essa convergência entre as perspectivas ambiental e sociocultural das doenças: permite desnaturalizar as fronteiras disciplinares e conceituais do modelo biomédico dominante, e abre espaço para abordagens que pensam a saúde como fenômeno situado, relacional, multiescalar e profundamente ecológico. Nesse sentido, ele é mais do que uma mutação geofísica do planeta, mas uma remodelação epistêmica e ontológica

das condições de vida. O regime material e epistêmico do Antropoceno convida, assim, a um gesto mais radical de reconfiguração da história das doenças, repensando escalas, agências, abordagens e compromissos da operação historiográfica, conforme desenvolvido no item seguinte.

As doenças e a sua história no Antropoceno: entre corpos porosos: agenciamentos multiespécies e saúde planetária

Uma história das doenças no Antropoceno parte do reconhecimento de que estamos diante de um novo contexto sistêmico que impõe desafios inéditos à saúde humana e não humana. Trata-se, portanto, de uma história ecologicamente situada, sensível às transformações contemporâneas que moldam os padrões de adoecimento, os riscos emergentes e as vulnerabilidades multiespécies. As doenças não são apenas eventos que ocorrem durante o Antropoceno, mas sintomas constitutivos dele, na medida em que expressam, performam e constituem esse novo regime planetário. Nessa chave, saúde e doença passam a operar como mediadores de um planeta em transformação. Não se trata apenas de pensar doenças causadas pela industrialização, pelo agronegócio ou pela poluição — embora esses fatores sejam essenciais —, mas de compreender a própria saúde como dimensão coextensiva aos modos de uso da terra, da energia, dos fluxos biogeoquímicos, da água e da biodiversidade.

Se a Covid-19 foi considerada “doença do Antropoceno” (Horn, 2021), podemos igualmente enquadrar dessa forma fenômenos como doenças respiratórias crônicas e cânceres associados à poluição atmosférica; doenças metabólicas ligadas aos ultraprocessados, distúrbios endócrinos associados a disruptores hormonais; síndromes psíquicas vinculadas ao colapso ambiental; a expansão geográfica de doenças infecciosas tropicais e a resistência antimicrobiana. Todas essas condições compartilham alguns traços: origem multiescalar, dependência de infraestruturas materiais e interações entre fatores biológicos, químicos, climáticos, sociais e econômicos. Elas cruzam fronteiras entre espécies, territórios e sistemas, operando como sintomas da reorganização sistêmica das condições de habitabilidade da Terra.

Na introdução de um fórum de debates promovido pela revista *Environmental History* sobre os sistemas ecopatogênicos no Antropoceno, Chris Otter, Nicholas Breyfogle e John Brooke (2015) argumentam que, nesse novo regime planetário, a saúde humana passou a ser coproduzida ecológica e tecnologicamente. Isso significa que um corpo saudável ou doente já não pode ser compreendido apenas como resultado de patógenos ou sistemas de saúde, mas também de infraestruturas, ecossistemas, ciclos biogeoquímicos e regimes técnicos. Essa coprodução permite pensar a doença como um fenômeno ecológico total: um sintoma de ecologias alteradas por cadeias químicas e alimentares estendidas, por um metabolismo industrial intensificado, por biomas em colapso e por paisagens tornadas inabitáveis.

Segundo esses autores, o Antropoceno constitui a quarta grande onda na história ecológica global das doenças humanas, caracterizada por infraestruturas massivas, urbanização sem precedentes, novos materiais, desmatamento em larga escala, agricultura industrializada e poluição. Nesse regime, a ecologia da saúde torna-se inseparável da ecologia do capitalismo industrial, das tecnologias de controle sanitário, das infraestruturas urbanas e da distribuição desigual de riscos. Otter, Breyfogle e Brooke (2015) identificam um paradoxo eloquente: se por um lado as doenças infecciosas clássicas foram amplamente controladas nos países centrais, por outro novas formas de adoecimento emergem a uma taxa historicamente sem precedentes. Doenças que se propagam com rapidez pelo tráfego intensificado de microrganismos, corpos e substâncias tóxicas, atravessando continentes, escalas e espécies.

Os sistemas ecopatogênicos consistem, assim, em redes compostas por ambientes específicos, agentes patogênicos e corpos vulnerabilizados, humanos e mais-que-humanos. Constelações complexas, tais sistemas entrelaçam tecnologia, processos ecológicos e evolutivos, política e desigualdades socioeconômicas. Os autores identificam seis fatores que distinguem tais sistemas: 1) a criação de redes tecnológicas de grande escala que põem fim ao isolamento epidemiológico; 2) a ruptura ecológica provocada por grandes projetos e infraestruturas com emergência de novas doenças; 3) a formação de novos nichos evolutivos associados às redes tecnológicas modernas, como a produção industrial de alimentos; 4) o surgimento de novos materiais, como metais raros e substâncias sintéticas, 5) as doenças do

“descompasso” entre a biologia evolutiva humana e a paisagem tecnológica reconfigurada e, por fim, 6) a intensificação das tecnologias de visualização, mapeamento e vigilância da doença (Otter, Breyfogle, Brooke, 2015).

Escrever a história das doenças a partir desses fatores implica narrar processos em que sistemas alimentares, materiais de construção, rotas de aviação e legados do colonialismo são tão protagonistas quanto germes e médicos. É uma história que reconhece que, no Antropoceno, o ambiente construído tornou-se o principal vetor e incubador de doenças, moldando a nossa saúde de forma simultaneamente local e global. A história das doenças é, assim, chamada a transcender abordagens centradas apenas em patógenos, respostas institucionais ou estratégias de controle, adotando uma abordagem sistêmica que integra a história ambiental, tecnológica, epistêmica, social e política do Antropoceno. Como observa Nash (2015), essa não é uma narrativa linear de progresso ou declínio, mas uma era de paradoxos, na qual a engenhosidade humana — expressa em redes globais, sistemas alimentares, hospitais avançados e arranha-céus — simultaneamente nutre e adoce a humanidade.

Inspirado nesses fatores, sublinho alguns movimentos que considero críticos para uma história das doenças no Antropoceno. O primeiro deles enquadra as doenças como fenômenos ecológicos multiescalares e multicausais, produzidos por acoplamentos entre escalas ecológicas, sociais, técnicas e políticas. Isso exige a capacidade de transitar entre níveis microscópicos e macroscópicos articulando o molecular e o planetário: do microbioma à política global de commodities agrícolas; dos contaminantes químicos às corporações transnacionais; das zoonoses aos mercados, frigoríficos, satélites, contratos e patentes.

Em suma, as doenças podem ser compreendidas hoje como sintomas de sistemas ecopatogênicos multiescalares, alimentados por infraestruturas que deslocam materiais, organismos e riscos, produzindo paisagens nas quais a saúde se torna instável, precária e contestada. Uma história das doenças à altura do Antropoceno requer narrar essas dinâmicas materiais, ecológicas e técnicas com a mesma atenção tradicionalmente dedicada às instituições, aos discursos e às práticas médicas.

A história das doenças também transita por escalas temporais que vão de processos evolutivos envolvendo microrganismos e hospedeiros,

à expansão da atividade agropecuária desde a domesticação de animais e plantas, passando pela emergência e contenção de epidemias. Nesse sentido, responde ao desafio que o Antropoceno impõe à história como um todo, de articular o tempo profundo da Terra ao tempo imediato da política; as dinâmicas milenares dos biomas e microrganismos à volatilidade dos sistemas financeiros (Quenet, 2017; Chakrabarty, 2021; Silva e Lopes, 2021; Turin, 2022). A história, tradicionalmente centrada nas diferenças políticas e culturais intrahumanas, é convocada a lidar também com processos relativos à história do planeta e da vida. Como observa Dipesh Chakrabarty (2021), esse novo regime exige pensar o humano em duas escalas simultâneas e inconciliáveis: como espécie, inscrito na história geobiológica da Terra, e como conjunto de sociedades desiguais organizadas em classes e impérios e moldadas pelo capitalismo.

Desde as narrativas seminais de Alfred Crosby (1972) e William McNeill (1976), a história das doenças vem sendo abordada em arcos temporais ampliados. Inspirado nessa tradição, autores como Jared Diamond popularizaram narrativas de longa duração sobre o papel das doenças, como no best-seller “Armas germes e aço” (Diamond, 1997). Ele alcançou grande impacto público ao conjugar síntese histórica com ambição interpretativa, apesar de recorrer a uma leitura determinista dos fatores ecológicos e simplificar demasiadamente noções da ecologia médica, obscurecendo mediações políticas e sociais mais complexas (Nash, 2014).

Mais recentemente, historiadores como Kyle Harper (2017, 2021) têm aprofundado essa abordagem de histórias globais das doenças em longa duração. Ancoradas nos avanços da paleogenômica e da biologia molecular, narrativas globais clássicas sobre doenças como peste bubônica, tuberculose, varíola e HIV vêm sendo revistas em escalas temporais profundas. Esses trabalhos articulam criticamente dados moleculares a arquivos textuais, arqueológicos e ambientais, em diálogo com equipes especializadas em paleogenética (Cohn, 2008; Green, 2020).

Em *The Fate of Rome*, Harper (2017) propõe interpretar a trajetória do Império Romano a partir da conjunção entre mudanças climáticas, regimes ecológicos e grandes pandemias, como a peste antonina e a peste justiniana, hoje confirmadas como causadas por *Yersinia pestis* com base em evidências genéticas. Em *Plagues upon the Earth* (Harper, 2021), amplia essa aborda-

gem para uma escala verdadeiramente global e de longa duração, retrazendo a coevolução entre humanos e patógenos do Paleolítico ao Antropoceno. Nesse livro, dados da biologia molecular, da paleogenômica e da história climática não são tratados como explicações autônomas ou deterministas, mas como camadas de evidência que dialogam criticamente com fontes textuais, arqueológicas e epidemiológicas. O resultado é uma reformulação contemporânea da tradição inaugurada por William McNeill (1976), que reinscreve a história das doenças em um horizonte planetário e evolutivo, sem abdicar da mediação histórica, da contingência política e das desigualdades sociais.

Essa tradição de histórias globais das doenças em longa duração também tem sido retomada por autores de campos adjacentes à história, como a sociologia política e a biologia evolutiva. Jonathan Kennedy (2023), por exemplo, propõe uma leitura das epidemias como forças estruturantes da história humana, dialogando com a herança de *Plagues and Peoples*, embora com menor atenção às mediações históricas locais e aos arquivos.

Há uma demanda pública por esse tipo de narrativa. Como argumentaram David Armitage e Jo Guldi (2018) em seu *Manifesto pela História*, as narrativas de longo fôlego podem ampliar a relevância pública da história e sua capacidade de informar futuros possíveis. Diante dessa demanda, intensificada pela pandemia de Covid-19, a história das doenças é convidada a retomar narrativas de grande escala, nos moldes de Crosby e McNeill. Porém, articulando conceitos como holobionte, simbiogênese, coevolução e ecologias relacionais em narrativas mais-que-humanas, informadas pelos avanços da paleogenômica, da biologia molecular, da ecologia microbiana (Fuentes, 2019; Paxson, Helmreich, 2014; D'Abrahamo e Neumeyer, 2020). A interlocução com vertentes como a história profunda e a história evolutiva amplia as possibilidades de abordar doenças e corporalidades em períodos mais recuados (Shryok, Smail, 2011; Wilson, 2011).

Além de multicausal e multiescalar, uma história das doenças no Antropoceno requer atenção às infraestruturas e aos seus impactos socioecológicos, tomando-as como produtoras ativas de patologias. Como conjuntos dinâmicos de ecossistemas, as infraestruturas materiais conectam, distribuem, impõem velocidades e redesenham ecologias (Otter, Breyfogle, Brooke, 2015; Tsing, 2019; Tsing et al., 2024). Ao fazê-lo, produzem doenças não apenas como efeitos colaterais, mas como consequências estruturais de

modos de ocupação, extração e produção. Assim, infraestruturas não são apenas obras humanas. Estradas, barragens ou monoculturas abrem espaço para relações interespecies imprevistas, muitas vezes patogênicas, operando como vetores de reorganização ecológica que formam nichos evolutivos e facilitam novas interações entre organismos (Tsing, 2019).

O conceito de proliferações ferais, proposto por Anna Tsing (2019), é particularmente oportuno para abordar esse aspecto. Segundo a autora, por mais planejadas que sejam, as infraestruturas geram brechas, sobras e excessos a partir dos quais emergem formas de vida inesperadas, encontros inéditos entre espécies, desequilíbrios microbiológicos e adaptações patogênicas não previstas. Proliferações ferais referem-se, assim, às respostas não humanas a projetos humanos, como a disseminação de microrganismos em canais de irrigação, a reconfiguração de habitats em torno de rodovias ou a mutação de vírus em corredores logísticos intercontinentais.

A Teoria da Construção de Nichos fundamenta esse olhar sobre a emergência de novos processos coevolutivos decorrentes de intervenções ambientais. Ela parte do princípio de que todos os organismos — inclusive humanos e microrganismos — modificam ativamente seus ambientes, gerando novas pressões seletivas para si e para outros organismos (Odling-Smee *et al.*, 2003). Essa lente permite contar histórias coevolutivas de longo prazo entre hospedeiros, vetores e patógenos. As doenças, nesse sentido, não são acidentes, mas sintomas de ecologias historicamente transformadas. Ao aplicar essa perspectiva na análise de paisagens perturbadas, Tsing (2019) mostra como organismos atuam como engenheiros de ecossistemas. O conceito de construção de nichos oferece, assim, uma moldura poderosa para uma história das doenças no Antropoceno, ao reintegrar a biologia à história sem reducionismos nem determinismos, enfatizando o caráter profundamente histórico, processual e contingente dos fenômenos patológicos (Webster, 2021).

Nessa formação de nichos, modificam-se ciclos biogeoquímicos, arquiteturas urbanas, fluxos de energia, práticas culturais e infraestruturas sanitárias, que podem ser propícios ou desfavoráveis à emergência de doenças. Emily Webster (2021) aplica essa abordagem ao analisar o surgimento de epidemias em cidades imperiais britânicas, mostrando que a urbanização imperial em Bombaim ou Belfast não apenas “favoreceu” o aparecimento

de cólera ou peste, mas construiu os nichos ecológicos que tornaram essas doenças possíveis, por meio da engenharia hidráulica, da densidade populacional, da presença de ratos e dos modos de circulação. Em vez de identificar agências isoladas, essa perspectiva busca responder quais processos sustentam a vida em determinados lugares e quais são seus efeitos ecológicos e evolutivos.

Ao privilegiar processos de modelação ambiental pelos organismos, a Teoria da Construção de Nichos enfatiza circuitos de retroalimentação e legados herdados, com as paisagens figurando como arquivos de alterações ambientais do passado. Isto permite narrar a evolução de sistemas patogênicos ao longo do tempo, mostrando como ações humanas e mais-que-humanas alteram ecologias, favorecem ou dificultam a persistência de certos patógenos e como intervenções sanitárias produzem efeitos ecológicos frequentemente não antecipados. Essa perspectiva reforça as doenças como eventos relacionais e processuais, irredutíveis tanto a causas meramente biológicas, quanto a explicações exclusivamente socioculturais (Webster, 2021).

O Antropoceno representa, nessa chave, o regime em que a construção de nichos pela espécie humana adquiriu escala planetária, rompendo o isolamento epidemiológico e exercendo pressões evolutivas sobre todos os demais organismos. Como observam Otter, Breyfogle e Brooke (2015), infraestruturas como sistemas de refrigeração, edifícios, projetos de mineração e cadeias logísticas globais criaram nichos que favoreceram a emergência de novos patógenos.

O foco nas infraestruturas como formadoras de nichos patogênicos articula-se a outro eixo fundamental de uma história das doenças no Antropoceno: a atenção às materialidades na análise histórica. Esse olhar, distintivo da história ambiental, tornou-se cada vez mais presente também na história das ciências e da medicina, com um olhar cuidadoso sobre os espaços das práticas, instrumentos, substâncias, animais de experimento e regimes de visualização (Schillings, van Wickeren, 2015). Paralelamente, perspectivas reunidas sob o rótulo de “novos materialismos” enfatizam o papel dos agenciamentos materiais na história. Timothy Le Cain (2017), por exemplo, argumenta que os humanos em todas as suas dimensões, são moldados por organismos, coisas e fluxos que compõem o ambiente material, incluindo o pensamento e a cultura, profundamente encarnados em corpos

e infraestruturas.

Essas abordagens contribuem para recentrar a análise nos objetos, materiais, resíduos e corpos que estruturam a experiência história da doença e da saúde. Uma história das doenças no Antropoceno, ao articular dimensões ecológicas, socioculturais e políticas, exige atenção radical às materialidades, visíveis e invisíveis, que moldam a vida, o adoecimento e a morte em escala planetária. O ambiente, longe de ser um pano de fundo estático, aparece como um conjunto dinâmico de infraestruturas, ecossistemas, paisagens modificadas, ciclos materiais e resíduos que configuram oportunidades, riscos e descompassos para organismos humanos e mais-que-humanos.

A emergência de vírus zoonóticos, por exemplo, evidencia como transformações infraestruturais e ecológicas redesenham os encontros entre humanos, animais e microrganismos, abrindo nichos que funcionam como ecologias patogênicas (Aronsson, Holm, 2022). Essa história precisa, portanto, estar atenta aos solos, águas e aos ares contaminados; aos resíduos industriais e urbanos, aos disruptores endócrinos que se acumulam nos corpos; e às cadeias de produção, distribuição e consumo de alimentos.

A atenção às materialidades remete a uma outra tendência que desponta com bastante força em uma abordagem histórica das doenças no Antropoceno: o lugar central dos corpos, que deixam de figurar como entidades isoladas, estáveis e delimitadas do mundo circundante (Nash, 2008). O corpo aparece nesse regime planetário como um espaço poroso, interconectado a ciclos químicos e ecológicos que atravessam fronteiras de espécies, de nações, de disciplinas e de biomas. A separação entre corpos e ambientes como realidades genuinamente distintas, reforçada desde o Iluminismo, torna-se, assim, insustentável (Thomas, 2014).

Como vimos, a atenção aos corpos foi um ponto de convergência entre historiadores ambientais e da medicina (Sellers, 2018). A noção de corpo poroso no Antropoceno convida a uma história das doenças radicalmente corporificada. O corpo moldado na interação com essas forças externas permite compreender, por exemplo, doenças crônicas como produtos do “desajuste” entre a biologia evolutiva e os ambientes reconfigurados pela modernidade técnico-industrial, marcados pelo sedentarismo e por dietas alimentares alteradas e precárias. Doenças como diabetes tipo 2, cânceres hormonais, depressão climática, resistência antimicrobiana expressam, de

diferentes formas, esse descompasso (Otter, Breyfogle e Brooke, 2015).

Essas doenças revelam paisagens de desigualdade modeladas pelo capitalismo, interligando os componentes materiais dos ecossistemas com as forças políticas, econômicas e sociais que os estruturam. Permitem relacionar, por exemplo, regimes alimentares a perfis nosológicos associados a desigualdades socioambientais. As doenças crônicas podem ser enquadradas como expressões dessas ecologias desiguais, produzidas pela exposição diferencial dos corpos a múltiplos fatores, que, desde os anos 1950, a epidemiologia passou a classificar como “fatores de risco”, incluindo ambientes e hábitos de vida (Sellers, 2018).

A chamada “Grande Aceleração” de processos socioeconômicos e ambientais após a Segunda Guerra (McNeill, Engelke, 2014) introduziu no ambiente milhares de novos produtos químicos industrializados – um dos limites planetários transgredidos – que “encontram o seu caminho de volta para dentro dos nossos corpos, com consequências complexas e mal compreendidas” (Thomas, 2014, p. 1601). Os humanos do século XXI são seres quimicamente transformados. Como observa Thomas (2014), essa “aceleração química” do pós-Segunda Guerra separa-nos fisiologicamente dos humanos de períodos anteriores, configurando-nos como seres híbridos – produtos “semi-industrializados”, permeados pelo ambiente químico criado pela modernidade técnico-industrial.

A rapidez dessa transformação contrasta com a lentidão dos processos evolutivos. A introdução sem precedentes de substâncias sintéticas e as mudanças fisiológicas que provocam em nossos corpos e mentes tensionam a ideia de um humano contínuo, estável e universal, desafiando a premissa que sustenta a empatia histórica e a reconstrução da experiência como método interpretativo (Thomas, 2014).

Essas transformações, contudo, não são uniformes. Corpos racializados, empobrecidos e territorializados são os mais expostos à contaminação, aos resíduos e às exclusões da vida moderna. O mesmo vale para as paisagens: certas regiões negligenciadas são transformadas em zonas de sacrifício. As vulnerabilidades corporais diversas articulam-se, assim, às desigualdades socioambientais produzidas por legados históricos (Nixon, 2011).

No Antropoceno, o corpo doente encarna toxinas, desigualdades, heranças coloniais, desajustes metabólicos e desarranjos ecológicos. Ele

incorpora hierarquias de raça, classe, gênero, nacionalidade, transformando o adoecimento em um arquivo vivo das fraturas do Antropoceno. Corpos humanos e não-humanos tornam-se artefatos da história global e tóxica do capitalismo no Antropoceno, configurando tanto os organismos quanto os ambientes construídos como os locais da história e da patologia contemporâneas.

Esses corpos conectam o que Malcolm Ferdinand (2022) denomina de “dupla fratura da modernidade” – colonial e ambiental. Eles não são recipientes passivos de agentes infecciosos, anomalias genéticas ou contaminações químicas, mas nódulos ecológicos atravessados por fluxos de matéria, energia, dados, capital e resíduos. Uma história das doenças afinada com o racismo ambiental e a justiça climática volta-se para esses corpos porosos como sensores de um planeta profundamente alterado em suas bases materiais de existência.

Uma história das doenças no Antropoceno parte, assim, da constatação de que os corpos são, eles próprios, ambientes. A pandemia de Covid-19 ampliou a percepção dos corpos humanos como ecossistemas multiespécies, compostos majoritariamente por microrganismos (Aronsson, Holm, 2022). Como supraorganismos que congregam traços humanos e microbianos, os corpos desafiam não apenas a fronteira entre organismo e ambiente, mas também a distinção entre “self” e “não-self”. Como sistemas interativos e simbióticos, esses corpos tensionam a noção de um organismo estável que se protege de ameaças externas, reconfigurando concepções tradicionais de imunidade, com profundas repercussões políticas (Esposito, 2022). A saúde deixa de ser um estado de pureza livre de patógenos, questionando a lógica segundo a qual, como observou Mary Douglas (2024), a pureza funciona como ideal normativo de ordem, enquanto a poluição marca corpos, práticas e ambientes percebidos como ameaças à estabilidade social e biológica. A patogenicidade e a virulência deixam de ser atributos intrínsecos dos organismos para se tornarem propriedades relacionais, emergentes das interações em ecossistemas complexos compostos por formas de vida, infraestruturas, forças materiais e práticas culturais. Isso desloca a doença de uma definição reificada, centrada na definição biomédica e narrativa clínica, para uma condição processual, fluida, situada em redes multiespécies e em ambientes dinâmicos. A participação dos microrganismos em processos

essenciais do desenvolvimento humano, inclusive cognitivos, reconceitua o que compreendemos por “humano”.

A noção dos corpos como assembleias de formas distintas de vida modifica as compreensões tradicionais de saúde, adoecimento e imunidade e nos convida a um dos gestos mais fundamentais e promissores para a escrita da história das doenças no Antropoceno: a adoção sistemática de uma perspectiva multiespécies. Os estudos multiespécies vêm ganhando espaço crescente nas humanidades ambientais, sobretudo na etnografia (Sussekind, 2018; Tsing, 2019), mas sua incorporação na história é mais recente: um “trabalho em andamento” que tem muito a aprender com outras disciplinas (Fan, 2025). “Como um desenvolvimento historiográfico emergente, a história multiespécies ainda não possui um quadro coerente. No entanto, há certas questões metodológicas importantes que ela precisa enfrentar”, observa Fan (2025, p. 4).

A defesa da perspectiva multiespécies como concepção e prática essencial para a história no Antropoceno parte de autores que vêm refletindo sobre como a disciplina pode reagir às transformações sem precedentes desse novo regime planetário (Tamm, Simon, 2020). Parte-se da premissa de que os humanos não são agentes únicos da história, mas atuam em conjunção com outros organismos, ecologias, materialidades e infraestruturas. Desse ponto de vista, inspira-se em ontologias relacionais promovidas tanto pelos chamados “pós-humanismos”, quanto por perspectivas indígenas, segundo as quais os humanos são agentes entrelaçados a um conjunto mais amplo de entidades – biológicas, químicas, materiais, ambientais, técnicas e simbólicas (Domanska, 2018). Nessa perspectiva, que recusa a ontologia moderna que separa, hierarquiza e fixa as fronteiras entre humanos e não-humanos, as relações antecedem as coisas; entidades não existem em si mesmas, mas tornam-se visíveis e cognoscíveis por meio das interações materiais, sociais e simbólicas entre atores humanos e mais-que-humanos (O’Gorman, Gaynor, 2020).

Como os estudos multiespécies, essas histórias “mais-que-humanas” são marcadas pelo esforço de superar o antropocentrismo, buscando integrar vozes humanas e mais-que-humanas silenciadas pelas assimetrias de poder e por vícios epistêmicos, como o excepcionalismo humano. Articulam, assim, hierarquias intrahumanas às hierarquias estabelecidas com outros seres.

Em sintonia com esse gesto mais amplo das humanidades, a história

das doenças em perspectiva multiespécies implica reconhecer que adoecer é, quase sempre, um processo e experiência profundamente relacionais. Adoecemos com, por e entre outros seres e coisas: vírus, bactérias, animais, plantas, ecossistemas, climas e substâncias químicas. Essa visão aprofunda a compreensão ecológica das doenças e da saúde, enquadradas como processos situacionais em que interagem organismos, infraestruturas e dinâmicas ecológicas e históricas em constante transformação. A história das doenças deixa, assim, de ser apenas uma narrativa sobre “o que os humanos fizeram ou sofreram” e passa a ser uma história sobre como organismos e ambientes interagiram historicamente para produzir condições de vida, adoecimento e morte. Nesse sentido, há muito a aprender com a antropologia médica, que tem demonstrado o potencial da abordagem multiespécies nos estudos da saúde e da doença (Nading, 2014; Keck, 2020).

A etnografia multiespécies oferece inspiração importante, mas guarda uma diferença fundamental em relação à pesquisa histórica: enquanto o antropólogo tem acesso direto aos atores mais-que-humanos por meio da observação de campo, o historiador lida com o passado acessível apenas por vestígios e registros e, em geral, escritos (Domanska, 2017; O’Gorman, Gaynor, 2020; Fan, 2025). As fontes históricas convencionais são protagonizadas por humanos, funcionando como filtros que permitem vislumbrar apenas centelhas da co-constituição multiespécies do passado. A experiência histórica sempre foi interespécies, mas o antropocentrismo silencia a presença dos demais atores que dela participaram.

Assim, como em qualquer outro subcampo da história, a adoção da abordagem multiespécies na análise das doenças exige repensar conceitos, arquivos e fontes. Tradicionalmente concebidos como repositórios de rastros humanos, os arquivos, em sua vertente “não-antropocêntrica” (Domanska, 2017), emergem como espaços permeados por presenças e materialidades que inscrevem agenciamentos históricos mais-que-humanos (O’Gorman e Gaynor, 2020). Historiadores ambientais já avançaram muito nesse sentido, sobretudo os praticantes da história dos animais, particularmente sensíveis à leitura das fontes convencionais e à incorporação de paisagens, vestígios materiais e indícios ecológicos como evidências históricas (Domanska, 2017; O’Gorman, Gaynor, 2020; Duarte et al., 2021).

Avanços nas ciências naturais têm fornecido uma avalanche de novos

dados para os historiadores. Ferramentas como a paleogenômica, a tecnologia do LiDAR (Light Detection and Ranging) e de outras paleociências, como a proteômica, vêm redefinindo narrativas históricas, como a origem genética dos primeiros colonos da Islândia, a cronologia da epidemia de HIV nos EUA, ou ainda, a identificação de uma mulher escravizada em Maryland a partir de vestígios de DNA em seu cachimbo de tabaco (McNeill, 2020).

Séries dendrocronológicas e paleoclimáticas preservadas em núcleos de gelo, coleções científicas, fósseis, achados moleculares e paisagens degradadas ampliam o arquivo histórico. O trabalho de campo, por sua vez, adquire estatuto arquivístico, um princípio já consolidado entre historiadores ambientais (O’Gorman, Gaynor, 2020).

A história das doenças tem sido significativamente impactada por esses novos dados. Pesquisadores vêm revisitando trajetórias das doenças em longa duração, recuando ao tempo profundo dos processos evolutivos ou revisitando premissas sobre patologias centrais, como a peste (Cohn, 2008; Harper, 2015, 2020; Green, 2020).

A história multiespécies exige, assim, um equilíbrio entre flexibilidade conceitual e rigor historicista. O historiador que emprega conhecimentos do presente, com conceitos das ciências naturais, principalmente da biologia e da ecologia, precisa manter em vista as categorias “nativas” dos atores no passado. Essa “dupla visão” evita o anacronismo e, ao mesmo tempo, permite explicações mais abrangentes do passado como experiência multiespécies (Fan, 2025).

Ao reconfigurar a doença como fenômeno multiespécies, a história também transforma seu próprio papel. A narrativa deixa de ser apenas um meio de organizar dados para tornar-se um instrumento ético-político, capaz de iluminar interdependências, desigualdades e consequências materiais das formas de vida no Antropoceno. Por meio da narrativa, torna-se possível evidenciar o princípio da co-constituição em operação, mostrando que as entidades não são estáveis, mas se formam e transformam nas relações que estabelecem ao longo do processo histórico. Ela permite, ainda, a incorporação de múltiplas vozes e perspectivas, inclusive não-humanas, e comporta modelos flexíveis capazes de lidar com múltiplas escalas, temporalidades não-lineares e causalidades híbridas (O’Gorman, Gaynor, 2020).

Narrar uma história multiespécies das doenças implica reconhecer

que a saúde (ou sua ausência) é uma construção compartilhada, e que os mundos que escolhemos contar (ou silenciar) participam ativamente da construção de futuros habitáveis ou inabitáveis. Isso nos obriga a assumir a responsabilidade por quem incluímos na história, com quais vozes, em que gramáticas, e a reconhecer que a escrita da história, mesmo quando voltada ao passado, argumenta sempre em favor de certos mundos possíveis.

Este ponto remete à necessidade de atenção a uma escrita da história que não seja apenas multicausal, multiescalar e multiespécies, mas também pluriontológica, ou seja, sensível à multiplicidade de formas de habitar, conceber e narrar o mundo e o tempo (O’Gorman, Gaynor, 2020; Tamm, Simon, 2021; Turin, 2022; Fan, 2025). Essa multiplicidade, que está no cerne de uma história multiespécies, inclui a diversidade de experiências humanas e mais-que-humanas e requer uma atitude de abertura e humildade ontológica: o reconhecimento de que existem ontologias distintas das ciências ocidentais e que estas próprias estão ancoradas em uma concepção específica dos seres e de suas relações, a qual precisa ser “provincializada”.

No caso da história das doenças, isso significa dizer que as concepções ocidentais representam apenas uma entre várias formas possíveis de compreender natureza, corpo, doença e saúde, bem como as práticas que delas decorrem – incluindo a medicina oficial e seus ritos de diagnóstico, tratamento e prevenção. Um dos avanços mais notáveis na historiografia das doenças, especialmente no Brasil, tem sido a inclusão das práticas de cura de atores historicamente subalternizados e deslegitimados pela medicina profissional, portadores de concepções próprias de corpo, adoecimento e saúde (Figueiredo, 2002; Chalhoub et al., 2003; Pimenta, Mota, 2022). Além disso, tem havido no país avanços significativos no campo da saúde indígena, com a busca de ampliar a participação dos próprios indígenas nos debates e práticas do sistema público de saúde (Pontes *et al.*, 2022). Nesse aspecto, o estudo das doenças e das práticas de cura contribui de modo decisivo para uma visão pluriontológica da história no Antropoceno.

Em vez de narrativas centradas exclusivamente em agentes virais, vetores, vigilância epidemiológica e respostas tecnológicas, uma história multiespécies das doenças pode oferecer um olhar crítico sobre abordagens integradas de saúde, como a Saúde Única e a Saúde Planetária (Dunk, Anderson, 2020; Anderson, Dunk, 2022; Braverman, 2022). Embora reconheçam

as interdependências entre saúde humana, animal e ambiental, esses programas frequentemente permanecem ancorados no excepcionalismo humano. A história multiespécies propõe, em contraste, uma ética do cuidado e da responsabilidade que inclua os mais-que-humanos, em compromisso com a multiplicidade. Com isso, coloca os historiadores em posição estratégica para tensionar formas contemporâneas de enfrentamento das doenças que, em muitos casos, reproduzem legados coloniais e miopias epistêmicas. Uma história multiespécies comprometida com a pluralidade epistêmica, ontológica e com éticas mais-que-humanas pode ajudar a construir perspectivas de saúde planetária mais inclusivas e emancipatórias, abandonando uma visão autocrática e gerencialista do planeta que por vezes fundamenta suas premissas. Como tem alertado Warwick Anderson (2021), a integração efetiva entre saúde humana, animal e ambiental permanece “virtualmente inaudível” para formuladores de políticas e para o público em geral. A vigilância patogênica e a promessa das “balas mágicas” continuam dominando, enquanto os determinantes ecológicos e multiespécies da saúde seguem marginalizados. A história pode e deve atuar como uma espécie de “contra-memória”, reinscrevendo a doença entre corpos, ecologias, encontros interespécies e vulnerabilidades, em narrativas mais complexas e situadas.

Como já deve ter ficado claro, a prática de uma história das doenças multiescalar, multiespécies e pluriontológica no Antropoceno só é possível por meio de uma abertura efetiva à inter- e transdisciplinaridade. Como defendem historiadores que refletem sobre o lugar da disciplina nesse novo regime planetário, é essencial estabelecer o que Julia A. Thomas (2022) chama de “amizades críticas” entre as humanidades e as ciências naturais. Ao dissolver fronteiras e abranger temas que atravessam a separação entre natureza e cultura, o Antropoceno inaugura novas economias de conhecimento. Trata-se, segundo Thomas (2022), de reconhecer o papel fundamental das ciências naturais e do sistema terrestre na demonstração do impacto planetário das ações humanas, sem abdicar de uma perspectiva crítica que interroge seus valores, interesses, alinhamentos políticos e normatividades.

A história contribui de modo decisivo ao lembrar que todo conhecimento, inclusive o científico, é também um projeto normativo de sociedade. Fatos e valores se co-constituem, tornando-se, assim, fundamental evidenciar os enraizamentos ideológicos, compromissos políticos e horizontes éticos que moldam a produção de saberes (Jasanoff, 2004).

Uma história das doenças no Antropoceno requer um diálogo sistemático e respeitoso com as ciências naturais, especialmente as ciências da vida e os saberes biomédicos. A inter- e transdisciplinaridade é desafiadora, mas constitui a única forma de operar em regimes de conhecimento compatíveis com a complexidade dos problemas contemporâneos.

Novas formações disciplinares como as humanidades ambientais e as humanidades médicas reposicionam a história, criando interfaces capazes de transformar sua identidade e seu papel público. As doenças e a saúde são fenômenos intrinsecamente complexos, que exigem olhares integrados e sensíveis às suas dimensões ecológicas, sociais, técnicas e políticas.

Considerações finais

Em suma, mais do que propor um modelo fechado ou um programa definitivo, este capítulo configura um convite à experimentação historiográfica: a pensar a doença não apenas como episódio biomédico ou categoria nosológica, mas como sintoma ecológico, acontecimento material, técnico, infraestrutural e multiespécies.

Ao mobilizar conceitos como sistemas ecopatogênicos, nichos evolutivos, proliferações ferais, corpos porosos, materialidades ativas e arquivos não antropocêntricos, procurei sugerir aqui caminhos para uma história das doenças capaz de operar em múltiplas escalas, dialogar criticamente com as ciências da vida e reposicionar a disciplina diante das urgências de um planeta em desorganização.

Se há algo que o Antropoceno nos impõe é a necessidade de repensar nossas práticas historiográficas em chave ampliada: expandir o repertório conceitual, revisar compromissos ontológicos, e estabelecer novas alianças – epistêmicas, políticas e afetivas – dentro e fora do campo acadêmico. A história das doenças, com sua longa tradição de lidar com corpos, vulnerabilidades, sistemas de poder e redes de saber, tem muito a oferecer – e talvez também muito a aprender – nesse novo regime de historicidade. Que saibamos acolher esse desafio não como ameaça, mas como oportunidade de renovação e abertura.

Se a transgressão das fronteiras implica maior risco e vulnerabilidade à vida quando aplicada aos limiares biogeofísicos do planeta, na prática historiográfica ela representa uma virtude, já que alude à capacidade de

transitar entre campos disciplinares, entre escalas e entre formas distintas – muitas vezes incomensuráveis – de conceber o mundo. Talvez seja essa uma das principais contribuições que a história das doenças pode oferecer à historiografia do Antropoceno: mostrar que a saúde e a doença são lentes privilegiadas para enxergar tanto a vulnerabilidade compartilhada de um mundo em comum, quanto os conflitos, desigualdades e distúrbios que o atravessam. A história das doenças desponta, assim, não apenas como um campo especializado, mas como um lugar estratégico para repensar a própria história — como saber, como prática e como ética diante de um futuro instável, já em curso.

Referências

ALAGONA, P. *et al.* Reflections: Environmental History in the Era of COVID-19. **Environmental History**, v. 25, n. 4, p. 595-686, 2020.

ARMITAGE, D.; GULDI, J. **Manifesto pela História**. Trad. Florenzano, Modesto. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

ARONSSON, A.; HOLM, F. Multispecies entanglements in the virosphere: Rethinking the Anthropocene in light of the 2019 coronavirus outbreak. **Anthropocene Review**, v. 9, n. 1, p. 24- 36, 2022.

ALIZON, S.; MÉTHOT, P. O. Reconciling Pasteur and Darwin to control infectious diseases. **PLoS Biology**, v. 16, n. 1, e2003815, 2018.

ANDERSON, W. Natural histories of infectious disease: ecological vision in twentieth-century biomedical science. **Osiris**, v. 19, p. 39–61, 2004.

ANDERSON, W. **Colonial pathologies: American tropical medicine, race, and hygiene in the Philippines**. Durham London: Duke University Press, 2006.

ANDERSON, W. Postcolonial ecologies of parasite and host: making parasitism cosmopolitan. **Journal of the History of Biology**, v. 49, n. 2, p. 241–259, 2016.

ANDERSON, W. Nowhere to run, rabbit: the cold-war calculus of disease ecology. **History and Philosophy of the Life Sciences** 2017 **39:2**, v. 39, n. 2, p. 1–18, 2017.

ANDERSON, W. Think like a virus. **Public Books**, Nova York, 1. Jul. 2021. Disponível em: <https://www.publicbooks.org/think-like-a-virus/>. Acesso em 15 set. 2025

ANDERSON, W; DUNK, J. Planetary Health Histories: Toward New Ecologies of Epidemiology? **Isis**, v. 113, n. 4, p. 767–788, 2 dez. 2022.

ARMSTRONG, D. Bodies Of Knowledge/ Knowledge Of Bodies. *In: Reassessing Foucault*. New York: Routledge, 1994.

ARMUS, D. La enfermedad en la historiografía de América latina moderna. **Asclepio**, v. 54, n. 2, p. 41–60, 30 dez. 2002.

ARNOLD, D. **Colonizing the body**: state medicine and epidemic disease in nineteenth-century India. Los Angeles, London: University of California Press, 1993.

ARRIZABALAGA, J. At the intersection of medical geography and disease ecology: Mirko Grmek, Jacques May and the concept of Pathocenosis. **History and Philosophy of the Life Sciences**, v. 40, n. 4, p. 1–28, 2018.

ARTAXO, P. As três emergências que nossa sociedade enfrenta: saúde, biodiversidade e mudanças climáticas. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 100, p. 53–66, 2020.

BENAION, P. B. **Das Telhas às Cortes**: A história do amianto no Brasil e os conflitos pelo banimento (1995- 2017). Dissertação de Mestrado—Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, 2025.

BENCHIMOL, J. L. **Dos Microbios Aos Mosquitos**: Febre Amarela no Rio De Janeiro (1880-1903). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

BENCHIMOL, J. L.; PEIXOTO, C. O. **Uma história das leishmanioses no novo mundo**: anos 1960 ao século XXI – Amazônia. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2022.

BENCHIMOL, J. L.; SÁ, M. R. Insetos, humanos e doenças: Adolpho Lutz e a medicina tropical / Insects, people and disease: Adolpho Lutz and tropical medicine. *In: BENCHIMOL, J. L.; SÁ, M. R. (Org.). Obra Completa de Adolpho Lutz (vol. II, livro 1)*: Febre amarela, malária e protozoologia / Yellow fever, malaria and protozoology. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. v. 2 p. 43–457.

BENCHIMOL, J. L.; SILVA, A. F. C. Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 15, p. 719–762, set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mudanças climáticas para profissionais da saúde**: guia de bolso. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025.

BRAVERMAN, I. **More-than-One Health**: Humans, Animals, and the Environment Post-COVID. 1. ed. London: Routledge, 2022.

BYNUM, W. F.; PORTER, R. **Medicine and the five senses**. Cambridge New York: Cambridge University Press, 1993.

CARLSON, C. J. *et al.* Climate change increases cross-species viral transmission risk. **Nature**, v. 607, n. 7919, p. 555–562, 28 abr. 2022.

CARVALHO, A. “The Anthropocene, COVID-19 and ontology: some reflections following the EASST/4S 2020 online conference”, **EASST Review**, v. 39, n. 1, 2020.

CHAKRABARTY, D. **The crises of civilization**: exploring global and planetary histories. New Delhi, India: Oxford University Press, 2018.

CHAKRABARTY, D. **The Climate of History in a Planetary Age**. Chicago: Chicago University Press, 2021.

CHALHOUB, S. *et. al.* (org.). **Artes e ofícios de curar no Brasil**. 2. ed. Campinas: Editora da UNICAMP, 2009.

COHN, S. K. Epidemiology of the Black Death and successive waves of plague. **Medical History**. Supplement, n. 27, p. 74–100, 2008.

CROSBY, A. W. **The Columbian Exchange**: Biological and Cultural Consequences of 1492. Westport, CT: Greenwood, 1972.

D'ABRAMO, F.; NEUMEYER, S. A historical and political epistemology of microbes. **Centaurus**, v. 62, n. 2, p. 321–330, 1 maio 2020.

DIAMOND, J. **Gun, Germs and Steel: the Fates of Human Societies**. New York/ London: W. W. Norton & Company, 1997.

DOMAŃSKA, E. Animal history. **History and Theory**, v. 56, n. 2, 2017, p. 267-287.

DOMANSKA, E. Posthumanist History. *In*: TAMM, Marek; BURKE, Peter (org.). **Debating New Approaches to History**. London: Bloomsbury, 2018. p. 327–352.

DOUGLAS, M. **Pureza e perigo**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2024.

DUARTE, R. H., LOPES, G., OSTOS, N. S. C. D., & APROBATO FILHO, N. Reciprocidades em desequilíbrio: história das relações entre animais. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, 28(suppl 1), 2021, 7-10.

DUARTE DA SILVA, M. Between Deserts and Jungles: The Emergence and Circulation of Sylvatic Plague (1920-1950). **Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness**, v. 42, n. 4, p. 325–339, 2023.

DUARTE DA SILVA, M. Towards a complex ecology: an essay on plague history in Brazil (1890s-1970s). **Dynamis**, v. 45, n. 1, p. 109–134, 18 jun. 2025.

DUARTE DA SILVA, M.; GOODMAN, J. Of rats and children: plague, malaria, and the early history of disease reservoirs (1898–1930). **History and Philosophy of the Life Sciences**, v. 46, n. 4, p. 32, dez. 2024.

DUNK, J.; ANDERSON, W. Assembling Planetary Health: Histories of the Future. **Planetary Health**, p. 17–35, 13 ago. 2020.

EARTH MAY HAVE BREACHED SEVEN of nine planetary boundaries, health check shows. **The Guardian**, 23 set. 2025. Disponível em: <https://www.theguardian.com/environment/2024/sep/23/earth-breach-planetary-boundaries-health-check-oceans> Acesso em 25 set. 2025.

EDLER, F. C. Medicina Tropical: uma ciência entre a nação e o império. **Dialogos**, v. 14, n. 2, p. 305–325, 2010.

EDLER, F. C. **A medicina no Brasil imperial**: clima, parasitas e patologia tropical. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

FAN, Fa-ti. Multispecies History, It's the Cat's Meow. **East Asian Science, Technology and Society: An International Journal**, p. 1–10, 22 ago. 2025.

ESPOSITO, R. **Immunitas**: Proteção e negação da vida. Tradução: Henrique Burigo. Belo Horizonte, MG: Editora UFMG, 2022.

FARLEY, J. **Bilharzia**: a history of imperial tropical medicine. Cambridge:

Cambridge University Press, 1991.

FERDINAND, M. D. **Uma ecologia decolonial**: pensar a partir do Mundo Caribenho. São Paulo: Ubu, 2022.

FERREIRA, L. O. **O nascimento de uma instituição científica**: o periódico médico brasileiro da primeira metade do século XIX. Tese de Doutorado—São Paulo: USP, 1996.

FUENTES, A. Holobionts, Multispecies Ecologies, and the Biopolitics of Care: Emerging Landscapes of Praxis in a Medical Anthropology of the Anthropocene. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 33, n. 1, p. 156–162, 2019.

GREEN, M. H. The Four Black Deaths. **The American Historical Review**, v. 125, n. 5, p. 1601–1631, 29 dez. 2020.

HARPER, K. Pandemics and passages to late antiquity: rethinking the plague of c. 249–270 described by Cyprian. **Journal of Roman Archaeology**, v. 28, p. 223–260, 2015.

HARPER, K. **The Fate of Rome**: climate, disease, and the end of an empire. First paperback printing ed. Princeton Oxford: Princeton University Press, 2017.

HARPER, K. Germs, genomes, and global history in the time of COVID-19. **Journal of Global History**, v. 15, n. 3, p. 350–362, nov. 2020.

HARPER, K. **Plagues upon the Earth**: disease and the course of human history. Princeton: Princeton University Press, 2021.

HEGGIE, V. Medicine in the field: Growing connections between environmental and medical history. **History Compass**, v. 21, n. 10, p. e12786, 1 out. 2023.

HEYD, T. Covid-19 and climate change in the times of the Anthropocene. **The Anthropocene Review**, v. 8, n. 1, p. 21–36.

HONIGSBAUM, M. ‘Tipping the Balance’: Karl Friedrich Meyer, Latent Infections, and the Birth of Modern Ideas of Disease Ecology. **Journal of the History of Biology**, v. 49, n. 2, p. 261–309, 2016.

HONIGSBAUM, M. René Dubos, tuberculosis, and the “ecological facets of virulence”. **History and Philosophy of the Life Sciences**, v. 39, n. 3, p. 1–28,

2017.

HONIGSBAUM, M.; MÉTHOT, P.-O. Introduction: microbes, networks, knowledge— disease ecology and emerging infectious diseases in time of COVID-19. **History and Philosophy of the Life Sciences**, v. 42, n. 3, p. 1–9, 1 set. 2020.

HORN, E. Tipping points: The Anthropocene and Covid-19. In DELANTY, G. (Org.) **Pandemics, Politics, and Society: Critical Perspectives on the Covid-19 Crisis**. Berlin, Boston: De Gruyter, 2021, pp. 123-138.

JASANOFF, S. (Org.). **States of knowledge: the co-production of science and social order**. First edition ed. London New York: Routledge, 2004.

JONES, S. D. Population Cycles, Disease, and Networks of Ecological Knowledge. **Journal of the History of Biology**, v. 50, n. 2, p. 357–391, 2017.

JORDANOVA, L. **Medicine and the Senses: Towards Integrative Practices**. **European Journal of the History of Medicine**, 2021.

KECK, F. **Avian Reservoirs: Virus Hunters and Birdwatchers in Chinese Sentinel Posts**. Durham: Duke University Press, 2020.

KEMARAU, R. A. *et al.* Impacts of Breaching Planetary Boundaries on Human Health: Current and Future Threats. **GeoHealth**, v. 9, n. 6, p. e2024GH001107, jun. 2025.

KENNEDY, J. R. **Pathogenesis: a history of the world in eight plagues**. New York: Crown, 2023.

KURY, L. B. **O império dos miasmas: a Academia Imperial de Medicina**. Dissertação de Mestrado—Rio de Janeiro-RJ: PUC-Rio, 1990.

LANGSTON, N. **Toxic bodies: hormone disruptors and the legacy of DES**. New Haven, Conn.: Yale University Press, 2010.

LARA, J. T. Resíduos irreversíveis e ambientes tóxicos na História: o caso da contaminação por mercúrio na Amazônia. **CTS em foco**, v. 4, p. 46-54, 2025.

LECAIN, T. J. **The matter of history: how things create the past**. Cambridge: Cambridge University Press, 2017.

LIGNANI, L. B. **A ciência entre o uso seguro e a proibição dos agrotóxi-**

cos: toxicologia, políticas de saúde internacional regulamentação agrícola na trajetória de Waldemar Ferreira de Almeida (Brasil, 1937-1985). Tese de Doutorado—Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, 2022.

LIGNANI, L. B.; BRANDÃO, J. L. G. **A ditadura dos agrotóxicos:** o Programa Nacional de Defensivos Agrícolas e as mudanças na produção e no consumo de pesticidas no Brasil, 1975-1985. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 29, n. 2, p. 337–359, jun. 2022.

LOPES, G. **O Feroz Mosquito Africano no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2020.

MCNEILL, W. **Plagues and Peoples.** Garden City, NY: Anchor Press, 1976.

McNEILL, J. R. Peak Document and the Future of History. **The American Historical Review**, v. 125, n. 1, p. 1–18, 1 fev. 2020.

MÉTHOT, P.-O. Why do parasites harm their host? on the origin and legacy of Theobald Smith's "law of Declining Virulence" - 1900-1980. **History and Philosophy of the Life Sciences**, v. 34, n. 4, p. 561–601, 2012.

MÉTHOT, P.-O.; ALIZON, S. What is a pathogen? Toward a process view of host-parasite interactions. **Virulence**, v. 5, n. 8, p. 775–785, 2014.

MÉTHOT, P.-O.; MASON DENTINGER, R. Ecology and Infection: Studying Host-Parasite Interactions at the Interface of Biology and Medicine. **Journal of the History of Biology**, v. 49, n. 2, p. 231–240, 2016.

MÉTHOT, P.-O.; FANTINI, B. Medicine and Ecology: Historical and Critical Perspectives on the Concept of "Emerging Disease". **Archives Internationales d'Histoire des Sciences**, v. 64, n. 172–173, p. 213–230, 2014.

MITMAN, G. In Search of Health: Landscape and disease in American environmental history. **Environmental History**, v. 10, n. 2, p. 184–210, 2005.

MITMAN, G. Living in a Material World. **Journal of American History**, v. 100, n. 1, p. 128-130, 2013.

MITMAN, G; MURPHY, M.; SELLERS, C. Introduction: A Cloud over History. **Osiris**, v. 19, p. 1–17, jan. 2004.

MURPHY, M. **Sick building syndrome and the problem of uncertainty:** environmental politics, technoscience, and women workers. Durham: Duke

University Press, 2006.

NADING, A. M. **Mosquito trails: ecology, health, and the politics of entanglement.** Oakland, California: University of California Press, 2014.

NASH, L. **Inescapable ecologies: a history of environment, disease, and knowledge.** Berkeley: University of California Press, 2006.

NASH, L. Beyond Virgin Soils: Disease as Environmental History. In ISENBERG, A. C. (Org.); **The Oxford Handbook of Environmental History.** New York: Oxford University Press; 2014. p. 76-107.

NASH, L. Writing Histories of Disease and Environment in the Age of the Anthropocene. **Environmental History**, Vol. 20, No. 4 (October 2015), pp. 796-804.

NIXON, R. **Slow violence and the environmentalism of the poor.** Cambridge, London: Harvard University Press, 2013.

O'CALLAGHAN-GORDO, C; ANTÓ, J. M. COVID-19: The Disease of the Anthropocene. **Environmental Research**, n. 187, p. 1-2, 2020.

ODLING-SMEE, F. J.; LALAND, K. N.; FELDMAN, M. W. **Niche construction: the neglected process in evolution.** Princeton: Princeton University Press, 2003.

O'GORMAN, E.; GAYNOR, A. More-than-human histories. **Environmental History**, v. 25, n. 4, p. 711–735, 2020.

OTTER, C.; BREYFOGLE, N.; BROOKE, J. L. Forum Introduction: Pathogen-Ecology Systems in the Anthropocene. **Environmental History**, v. 20, n. 4, p. 711–721, 2015.

PACKARD, R. M. The Fielding H. Garrison Lecture: “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.

PIMENTA, T.; MOTA, A. (Org.) **Artes de Curar e Práticas de Saúde: circularidades, institucionalidades e repressão.** 1. ed. São Paulo: HUCITEC Editora, 2022.

PONTES, A. L. M. *et al.* (ORGS.). **Vozes indígenas na saúde: trajetórias, memórias e protagonismos.** Rio de Janeiro, Brazil: Piseagrama : FIOCRUZ, 2022.

PIPER, L. Chesterfield Inlet, 1949, and the Ecology of Epidemic Polio., **Environmental History**, v. 20, n. 4, p. 671–698, 2015.

PLANETARY BOUNDARIES SCIENCE LAB. **Planetary Health Check 2025: Executive Summary.** Potsdam: Potsdam Institute for Climate Impact Research, 2025. Acesso em: 25 set. 2025.

QUENET, G. The Anthropocene and the Time of Historians. **Annales. Histoire, Sciences Sociales**, v. 72, n. 2, p. 165–197, jun. 2017.

SA, M. R. A ciência, as viagens de coleta e as coleções: medicina tropical e o inventário da história natural na Primeira República. In: Heizer, A; Videira, A. A. P. (Org.). **Ciência, civilização e república nos trópicos.** Rio de Janeiro: Mauad X / Faperj, 2010, v. 1, p. 227-243.

SCHILLINGS, P.; VAN WICKEREN, A. Towards a Material and Spatial History of Knowledge Production. An Introduction. **Historical Social Research / Historische Sozialforschung**, v. 40, n. 1 (151), p. 203–218, 2015.

SELLERS, C. **Hazards of the Job: from Industrial Disease to Environmental Health Science.** 1st edition ed. Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 1997.

SELLERS, C. To Place or Not to Place: Toward an Environmental History of Modern Medicine. **Bulletin of the History of Medicine**, v. 92, n. 1, p. 1–45, 2018.

SETE DOS NOVE LIMITES PLANETÁRIOS JÁ FORAM ULTRAPASSADOS, ALERTAM CIENTISTAS. **Exame**, São Paulo, 25 set. 2025. Sustentabilidade. Acesso em 25 set. 2025.

SHRYOCK, A.; SMAIL, D. L. **Deep history: the architecture of past and present.** Berkeley: University of California Press, 2011.

SILVA, A. F. C. Pandemias, ecologia e saúde e no Antropoceno. **Cadernos do CEOM**, Chapecó, v. 36, p. 157-182, 2023.

SILVA, A. F. C. History, disease, and ecology after COVID-19: multispecies entanglements in the planetary age. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**, Lisboa, v. 23, p. 10, 2024.

SILVA, A. F. C.; LOPES, G. Entre Horizontes e Sedimentos: o Impacto do Antropoceno na História a partir de Chakrabarty e seus Interlocutores. **Historia Ambiental Latinoamericana y Caribeña (HALAC) Revista de la Solcha**, v. 11, n. 2, p. 348–396, 2021.

SILVA, A. F. C.; LOPES, Gabriel . A pandemia de Coronavírus e o Antropoceno. In: SÁ, D. M.; SANGIARD, G.; HOCHMAN, G.; KODAMA, K. (Org.). **Diário da Pandemia: o Olhar dos Historiadores**. 1ed.São Paulo: Hucitec, 2020, p. 66-72.

SILVA, A. F. C.; SÁ, D..Ecologia, doença e desenvolvimento na Amazônia dos anos 1950: Harald Sioli e a esquistossomose na Fordlândia. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, v. 14, n. 2, p. 627–648, ago. 2019.

SILVEIRA, A. J. T.; NASCIMENTO, D. R. A doença revelando a história. Uma historiografia das doenças. In: NASCIMENTO, D. R.; CARVALHO, D. M. (org.). **Uma história brasileira das doenças**. Brasília: Paralelo 15, 2004.

SIMON, Z. B. Why the Anthropocene has no history: Facing the unprecedented. **Anthropocene Review**, v. 4, n. 3, p. 239–245, 2017.

SIMON, Z. B. The Role of History in an Anthropocenic Knowledge Regime. **Public History Weekly**, v. 2021, n. 1, p. 1–8, 2021.

STEPAN, N. L. “The Only Serious Terror in These Regions”: Malaria Control in the Brazilian Amazon. In: ARMUS, Diego (Org.). **Disease in the History of Modern Latin America**. Durham: Duke University Press, 2003. p. 25–50.

SÜSSEKIND, F. Sobre a vida multiespécie. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, p. 159-178, 2018.

TAMM, M.; SIMON, Z. B. More-than-Human History: Philosophy of History at the Time of the Anthropocene. In: KUUKKANEN, Jouni-Matti (Org.). **Philosophy of History: Twenty-First-Century Perspectives**. London: Bloomsbury UK, 2020. p. 198–215.

THOMAS, J. A. History and biology in the Anthropocene: problems of scale, problems of value. **American Historical Review**, v. 119, n. 5, p. 1587–1607, 2014.

THOMAS, J. A. Humanities and Social Sciences: Human Stories and the Anthropocene Earth System. In THOMAS, J. A. (org.). **Altered Earth: Getting the Anthropocene Right** Cambridge: Cambridge University Press: 2022, p. 51-80

TILLEY, H. Ecologies of complexity: Tropical environments, African trypanosomiasis, and the science of disease control in British colonial Africa, 1900-1940. **Osiris**, v. 19, p. 21–38, 2004.

TILLEY, H. **Africa as a Living Laboratory: Empire, Development, and the Problem of Scientific Knowledge, 1870-1950**. Chicago, IL: University of Chicago Press, 2011.

TSING, A L. **Viver nas Ruínas: paisagens multiespécies no Antropoceno**. Brasília/DF: IEB Mil Folhas, 2019.

TURIN, R. A “catástrofe cósmica” do presente: alguns desafios do Antropoceno para a consciência histórica contemporânea. In. MÜLLER, A.; IEGELSKI, F. (org.). **História do Tempo Presente: mutações e reflexões**. Rio de Janeiro: FGV, 2022, p. 141-166.

WALLACE, R. **Pandemia e Agronegócio: doenças infecciosas, capitalismo e ciência**. Trad. Allan Rodrigo de Campos Silva. São Paulo: Editora Elefante & Igra Kniga, 2020.

WAY, A.G. *et al.* Roundtable: Animal History in a Time of Crisis. **History**, v. 94, n. 3, p. 444–484, 2020.

WEBSTER, E. L. **Microbial Empires: Changing Ecologies and Multispecies Epidemics in British Imperial Cities, 1837-1910**. PhD Dissertation (Doctorate in History). The Faculty of the Division of the Social Sciences, University of Chicago, 2021.

WORBOYS, M. Worboys Germs, Malaria and the Invention of Tropical Mansonian Medicine. In: ARNOLD, D. **Warm Climates and Western Medicine. The Emergence of Tropical Medicine 1500–1900**. Amsterdam/

Atlanta: Rodopi, 1996. p. 181–207.

WORBOYS, M. **Spreading germs:** diseases, theories, and medical practice in Britain, 1865-1900. Cambridge (GB): Cambridge University Press, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Climate change and health:** fact sheet. Geneva: WHO, 12 out. 2023.

WORSTER, D. **The wealth of nature: environmental history and the ecological imagination.** New York: Oxford University Press, 1993.

ZINSSER, H. **Rats, lice, and history.** New Brunswick: Transaction Publishers, 2008.

2

Saúde do mundo: animais como agentes de doença e cura na visão da Organização Mundial de Saúde (OMS), década de 1960

Natascha Stefania Carvalho De Ostos¹

Ao longo do século XX diversos avanços tecnológicos ligados à comunicação intensificaram o alcance de informações para parcela significativa da população mundial. Jornais e revistas eram impressos em tiragens expressivas e distribuídos em vastos territórios, com imagens cada vez mais nítidas e coloridas. O rádio se popularizou e a televisão se fez presente na casa de muitas pessoas ao longo da década de 1960. Diante da distribuição em massa de notícias, aumentou a concorrência pela atenção do público, disputada por empresas, órgãos estatais e outras instituições. Era preciso reinventar as formas de comunicação, tornando-as atrativas, não bastando disponibilizar conteúdos de modo cumulativo e protocolar. Se, por um lado, tal fenômeno tendia a padronizar as mensagens e massificar hábitos sociais e de consumo, por outro lado tinha o potencial de democratizar a informação, tornando acessível ao grande público bens culturais e notícias antes restritos à elite (Lima, 1978).

No que se refere à temática da saúde esse cenário se apresentava ao mesmo tempo desafiante e promissor para instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS). Era preciso disputar espaço com outros emissores de informação ligados ao mundo da saúde, como as indústrias alimentícia e farmacêutica, que buscavam conquistar consumidores por meio de propagandas. Porém, a OMS, como parte da Organização das Nações Unidas

¹ Fiocruz Minas – Instituto René Rachou (IRR), historiadora do Núcleo de Memória Institucional do IRR. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Vice coordenadora do grupo de pesquisa *Centro de Estudos dos Animais* (UFMG/CNPq). E-mail: natascha.ostos@fiocruz.br.

(ONU)², possuía, em tese, o pressuposto da credibilidade informativa, já que suas diretrizes eram direcionadas para o bem-estar geral. Obviamente, isso não quer dizer que os dados divulgados eram neutros, pois a ideia era justamente direcionar a percepção do público para a forma correta de considerar as questões de saúde. Nesse contexto, a expressão “informação pública” foi utilizada para demarcar uma estratégia comunicativa, lançando mão de linguagem mais acessível e de mídias populares à época. O objetivo era aumentar o conhecimento das pessoas sobre as realizações da OMS e seu papel no mundo, bem como suscitar ideias e comportamentos “adequados” em assuntos de saúde individual e coletiva (Medcalf, 2018, p. 95).

Em meados do século XX a OMS se organizava como uma instituição hierarquizada, porém atenta às questões sociais que impactavam diretamente a saúde das populações ao redor do mundo. No seu estatuto constava a seguinte definição:

A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social (Oms, 1946, p. 1, tradução da autora).

Afirmava-se uma noção ambiciosa e complexa de saúde, já que em última instância o objetivo era atingir o “completo bem-estar” da pessoa, com a esperança de eliminação das causas de sofrimento humano no corpo físico/mental, o que ampliava enormemente o campo de atuação e interesse da saúde. Como se lê na citação, a definição era claramente antropocêntrica, sendo o ser humano a unidade física e social absoluta, desintegrado das outras formas de vida. Mas a partir da década de 1960 esse conceito de saúde passou a ser mais claramente questionado, e a noção biológica da saúde humana passou a dialogar vigorosamente com reflexões de ordem social e ambiental (Paim, 2006, p. 147).

2 A ONU foi criada no contexto do fim da Segunda Guerra Mundial, em outubro de 1945. Na esteira da sua fundação foram criados, internamente, setores especializados, com atribuições e burocracia própria. A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi uma delas, instalada em 1948, com sede na cidade de Genebra, Suíça. A agência também criou escritórios regionais em outras partes do mundo (Brown, Cueto, Fee, 2006).

A OMS estabeleceu para si o papel de assistente dos países membros da ONU, sem poder de intervenção direta, devendo prestar ajuda em termos de educação, pesquisa, monitoramento de doenças e implantação de métodos mais eficientes de cuidados com a saúde. No campo prático a instituição era acionada em caso de epidemias e situações emergenciais, auxiliando na pesquisa dos agravos e na disponibilização de antibióticos, inseticidas e vacinas (Medcalf, 2018, p. 99). Contudo, a percepção era a de que, paralelamente a essas ações, a organização precisava alcançar um público mais amplo, não restrito aos governos, disseminando informações com potencial para fazer de indivíduos e comunidades os próprios promotores da mudança na saúde mundial.

A Constituição da OMS anunciava que, “Uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa da parte do público são de uma importância capital para o melhoramento da saúde dos povos”. E uma das funções da agência era, “Ajudar a formar entre todos os povos uma opinião pública esclarecida sobre assuntos de saúde” (OMS, 1946, art. 2, r, p. 3). Portanto, constavam como princípios originários da organização, a importância da opinião pública e a necessidade de influenciá-la para que a agência obtivesse êxito em seus desígnios. Não se tratava de tema marginal à política da instituição. Assim, não surpreende que, em setembro de 1948, fosse instalado o Escritório de Informação Pública da OMS, visando divulgar internamente as ações da agência e cuidar da ligação comunicacional com organismos estatais, imprensa e associações civis. A agência começou a editar uma *Newsletter*, de feição modesta, batida a máquina e com poucas páginas, mas já no ano seguinte, em 1949, o impresso foi reformulado e adquiriu contornos profissionais (Medcalf, 2018, p. 102).

Com o crescimento da demanda por informações, a *Newsletter*, com seu título burocrático e pouco atrativo, foi substituída, em 1957, pela revista *World Health*, editada bimestralmente em inglês, francês, espanhol, e em português com o nome de *A Saúde do Mundo* e por vezes com o subtítulo *A revista da Organização Mundial da Saúde*. O título do impresso condensava a proposta editorial, apresentando a OMS como uma organização sem fronteiras, não circunscrita a um país. Infere-se, também, a existência de uma saúde total, indistinta para todos os povos, mas que para se efetivar dependia da colaboração de cada uma das partes integrantes desse conjunto.

Os exemplares da revista eram distribuídos gratuitamente, mas também vendidos em livrarias e por agentes credenciados; no Brasil o estabe-

lecimento responsável era a Livraria Agir, no Rio de Janeiro. O objetivo da publicação era “estimular e nutrir o interesse do público em geral em assuntos de saúde internacional” (OMS, 1959, p. 40), e para isso enfatizava o “apelo emocional” (OMS, 1959, p. 6), a linguagem simples e a atratividade do veículo, sem perder a acurácia da informação (OMS, 1959, p. 40). No ano de 1959 foram impressas 92.000 cópias, sendo 5.500 em português (OMS, 1959, p. 52). A revista possuía por volta de 45 páginas, e o seu tamanho era grande, ao gosto das revistas daquele período, pois uma das marcas principais da publicação era a grande quantidade de imagens (fotografias, desenhos, mapas), no estilo fotojornalismo, como se as imagens falassem por si. Cientes de que era importante maximizar o alcance da revista, o impresso estampava um aviso autorizando a reprodução dos artigos e das ilustrações do impresso, exigindo apenas a menção da fonte. A ideia era que veículos da imprensa espalhados pelo mundo usassem o conteúdo para fazer reportagens e matérias, amplificando, assim, o alcance das ações da OMS. A produção das fotografias era feita por encomenda, profissionais eram contratados para retratar certo tema, recebendo informações sobre o tópico, mas com autonomia para compor o material de acordo com as circunstâncias do trabalho de campo (Medcalf, 2018, p. 105). A revista funcionava como um veículo mediador entre os especialistas da OMS e o público não profissional, divulgando avanços nas pesquisas científicas, debates e informações, além de situações de saúde pública que acometiam diversas partes do mundo. Contudo, apesar de supostamente centrar-se em um público leigo, isso não quer dizer que a revista possuísse linguagem popular, seu alcance era certamente restrito a uma camada social com nível mais elevado de letramento. Do mesmo modo, apesar do discurso de acessibilidade a todos os povos, a publicação era editada em 4 idiomas prevalentes em sociedades ocidentais (francês, inglês, espanhol e português).

Os animais na revista *A Saúde no Mundo*

Ao longo da história os animais sempre estiveram conectados a questões de saúde e doença, atraindo a atenção de pessoas comuns e de especialistas. Seus corpos foram acionados como remédio, modelos anatômicos, vetores de doenças, “objetos” de experimentação e solução para diversos males. Mas, apesar desse fato, eles ainda são pouco estudados na tradição

da História da Saúde e da Doença, relegados a posição marginal na compreensão dos processos médico-científicos, nas práticas de saúde populares e no contexto histórico que envolve o universo da saúde. No Brasil, somente na última década começaram a surgir trabalhos voltados para o campo da História dos Animais ou, como preferem alguns, História Multiespécies. Artigos, livros e dossiês publicados nos últimos anos têm ampliado a compreensão da importância dos animais não humanos como agentes fundamentais para o entendimento da própria humanidade e do mundo em que vivemos (Duarte *et al*, 2021; Ostos, 2024).

No campo da saúde a centralidade dos animais pode ser facilmente demonstrada e explicada, o que torna a História da Saúde das Doenças área privilegiada para a introdução da História dos Animais no debate historiográfico. Os bichos habitam nossos corpos, favorecendo ou prejudicando nossa saúde, partilham nosso espaço doméstico, dividem conosco recursos essenciais para a existência, como água, solo e ar, permeando contextos que requerem investigações nas mais diversas áreas, como a história da ciência, da medicina, da veterinária, da nutrição e alimentação, etc.:

Cientistas da área médica empregam animais para desenvolver novos conhecimentos sobre corpos, mentes e doenças; para gerar produtos biológicos, e para testar a segurança e a eficácia de drogas. Animais fornecem nutrição para humanos e transmitem doenças para eles. O estado da saúde animal influencia poderosamente – e é influenciada – pelos seus habitats. Animais são tratados como pacientes, tomados como espécies patológicas, e suas doenças comparadas entre espécies. (Woods *et al*, 2018, p. 11, tradução da autora).

No caso deste artigo entrecruzamos a História dos Animais com a História da Saúde e das Doenças por meio do estudo de três edições da revista *A Saúde do Mundo* publicadas na década de 1960. O impresso, pela sua intenção de alcançar um público variado e pelo fato de ser editado pela OMS, oferece um panorama privilegiado para entendermos como os animais eram pensados em termos de saúde pública, na interface com a ciência e o ambiente. O recorte leva em conta que a revista foi fundada em 1957, portanto a década de 1960 se afigura como a afirmação do veículo no campo editorial,

além de constituir um período onde a questão ambiental adquire contornos de causa, entrando na agenda dos países. Ressaltamos, também, que essa época marcou o campo da saúde pública, com a ampliação das campanhas de vacinação, avanço no uso de antibióticos, e o gerenciamento massivo de questões de saúde (Brown, Cueto, Fe, 2006, p. 630-631). Portanto, podemos considerar a presença da temática animal na revista *A Saúde do Mundo*, ao longo desse período, como a abertura do debate para um público amplo, lançando os animais como questão de saúde global. Durante a década de 1960 a publicação dedicou três edições exclusivamente aos animais. Os bichos estiveram presentes em outros exemplares ao longo dos anos, mas apenas como um assunto dentre outros, por essa razão privilegiamos a análise dessas três edições.

Na primeira delas, de abril de 1965 (Imagem 1), vemos na capa a fotografia de uma girafa; a chamada para a temática do número era, “O papel dos animais na pesquisa médica”. O editorial da publicação foi escrito por William Ian Beardmore Beveridge, Patologista Veterinário e consultor da OMS. No texto o profissional defende a ampliação do conceito de medicina, capaz de abranger as relações entre humanos e animais, apresentando o conceito de medicina comparada: “é o estudo das doenças nos animais e nos homens e a comparação dos resultados obtidos. As duas divisões principais são as doenças infecciosas e as doenças não infecciosas”. O pesquisador estabelece dois grandes grupos de investigação, as zoonoses e as demais doenças (como as condições mentais, crônicas e degenerativas), salientando que a importância dos animais para a saúde humana ultrapassava em muito a temática das zoonoses. Beveridge defendia que a medicina humana somente avançava com o conhecimento sobre os outros animais, e que para tanto era preciso extrapolar o campo das zoonoses e pensar os bichos como potenciais fontes de informação, tratamento e cura para além das doenças infecciosas. Seria fundamental realizar pesquisas em fisiologia, anatomia, genética, imunologia, comportamento, etc., em todos os animais, daí (acreditamos), a escolha da girafa para a capa da edição. A espécie retratada não é recorrente nas pesquisas, mas colocar uma girafa na capa poderia servir não apenas para aguçar a curiosidade do leitor, como também para evidenciar que o interesse nos animais extrapolava seu papel como vetores de doenças infecciosas. Qualquer bicho possuía potencial para elucidar questões relativas à saúde humana.

Imagem 1 - Capa da revista *Saúde do Mundo*, abril de 1965.



Acervo da Biblioteca Central da UFMG.

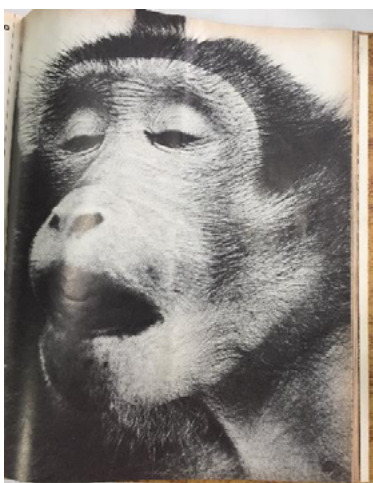
Beveridge ainda ressaltou no texto que, “É função especial da OMS apontar a direção na qual a pesquisa é mais necessária e coordenar o trabalho dos investigadores espalhados em todo o mundo”, assinalando que a temática dos animais passava a ser assunto chancelado pela instituição, devendo os cientistas atentar para tal frente de trabalho. Tratava-se, também, de uma afirmação da expertise dos veterinários como profissionais essenciais para o entendimento do que se convencionou chamar de *one medicine* (uma só medicina), objetivando a aproximação, concreta e epistemológica, das práticas biomédicas, veterinária e humana (Bresalier, Cassidy, Woods, 2015, p. 7).

Nessa edição de *A Saúde do Mundo* foram sumariados 20 animais: leão, galinha, elefante, “bush baby” (galago), serpente, chimpanzé, macaco

rheso, ovelha, cão, esquilo do deserto, coelho, rinoceronte, papagaio, girafa, camundongo, rato, vaca, canguru, panda, crocodilo. Cada um deles foi retratado em fotografia de página inteira, destacando o espécime, fora de qualquer contexto com o ambiente natural. Assim, apesar da feição individual das imagens, a singularidade do bicho não importava, ele nada mais era do que o representante da sua espécie. Os textos que acompanhavam as fotografias, ora traziam informações sobre o potencial científico de cada espécie, ora explicavam sua importância nas pesquisas de laboratório, para a descoberta de doenças e suas causas. Também estão presentes dados históricos sobre como a observação dos hábitos dos animais resultaram em importantes insights científicos.

A edição descreveu a relevância de cada um dos animais listados para a compreensão de assunto da saúde. Seguem alguns exemplos das reflexões presentes no exemplar de abril de 1965. O leão, estudado em sua fisiologia, esclareceu questões relativas ao impacto da nutrição em casos de distrofia óssea. Já a galinha foi mencionada como essencial para a ciência, pois a cultura de suas células permitiu estudos de virologia fora de organismos vivos, resultando na produção de vacinas. A serpente proporcionou o veneno usado na fabricação de soros e analgésicos, além de auxiliar no entendimento de mecanismos de coagulação sanguínea. O chipanzé, por ser de espécie similar ao ser humano, era mencionado como importantíssimo para investigações sobre anatomia, fisiologia, bioquímica e comportamento, mas a revista informava tratar-se de animal de difícil manutenção no ambiente laboratorial, pelo custo e comportamento complexo. É interessante, portanto, como a escolha dos animais “modelo” de laboratório precisava considerar não apenas a adequação biológica da espécie, devendo avaliar a agência animal, suas atitudes e adaptabilidade às intervenções humanas. Outro bicho citado na edição foi o macaco-rhesus (Imagem 2), central para a descoberta do grupo sanguíneo RH e importantíssimo nas pesquisas de doenças infecciosas. Por fim, a revista destaca a vaca como agente fundamental na criação da vacina contra a poliomielite, a partir de culturas desenvolvidas em células dos seus rins, e as experimentações com a varíola (Imagem 3).

Imagem 2 - foto de um macaco-rhesus. **Imagem 3** - foto de uma vaca.



Imagens estampadas na revista *A Saúde do Mundo*, abril de 1965, p. 16, p. 36.
Acervo da Biblioteca Central da UFMG.

Há no discurso da revista o reconhecimento pelo papel essencial dos animais no desenvolvimento da medicina humana, mas como objetos passivos, e não como coprodutores, mesmo que involuntários, de saberes científicos. Tampouco se realiza uma reflexão ética sobre o uso de animais pela ciência, o reconhecimento de suas contribuições ganha feição utilitarista: “Celebramos o fato brilhante do ilustre cientista, mas não nos esqueçamos de mais essa contribuição dos animais para a solução dos nossos problemas” (*A Saúde do Mundo*, abril 1965, s./p.). Ao mesmo tempo há um esforço para demonstrar que o estudo dos animais deve ser feito mesmo sem uma imediata correlação com a saúde humana, pois qualquer tipo de pesquisa poderia produzir insights e indicar caminhos para o entendimento da incidência de fatores ambientais, nutricionais, comportamentais, etc., em corpos humanos.

A segunda edição da revista *A Saúde do Mundo* inteiramente dedicada aos animais foca em um bicho específico. Em abril de 1967 o veículo trazia na capa o desenho de dois ratos, com o título “Eis o rato” (Imagem 4), indi-

cando que a figura dispensava maior explicação, dada a importância desse bicho na história da saúde humana. O fundo da capa é escuro, reforçando a feição lúgubre com que os ratos são retratados, em postura que pode ser interpretada como agressiva, de luta. A imagem não evoca qualquer sentimento de simpatia pelo animal, pelo contrário, suscita repulsa.

Imagem 4 - Capa da revista *Saúde do Mundo*, abril de 1967.

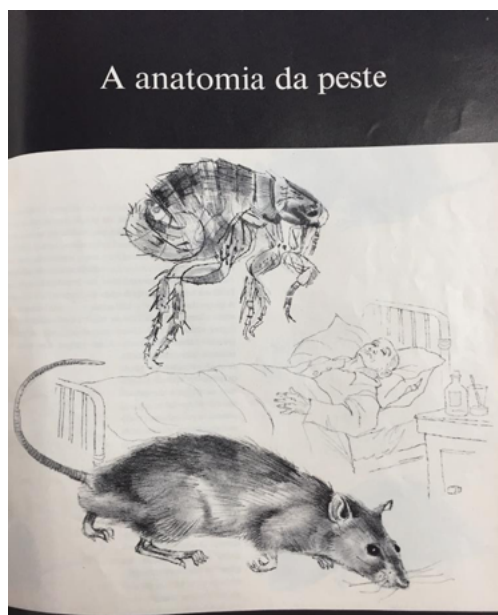


Acervo da Biblioteca Central da UFMG.

A edição agrupa os ratos em dois conjuntos valorativos, os ratos “maus” e os ratos “bons”. Os maus eram aqueles que atacavam os estoques de alimentos humanos e transmitiam uma série de doenças. Para este grupo só resta o extermínio, “É indispensável controlar essa praga”, “desde o princípio da civilização, vem-lhe o rato pilhando a despensa sem lhe dar por essa hospitalidade assaz forçada pouco mais que doença, fome e morte”. Assim, a solução seria apenas uma: “A família dos roedores é numerosa e variada, mas todas as espécies são nocivas e perigosas. Cumpre combatê-las todas, sem contemplação” (*A Saúde do Mundo*, abril 1967, p. 3-4, p. 14). Nessa perspectiva compreen-

demos porque, não por acaso, existe um termo específico para o extermínio de ratos, a *desratização*, e os venenos contra eles, os raticidas. A revista listou várias doenças em que o rato atuava como seu causador ou propagador, seja por meio dos insetos que ele carrega (pulgas e carrapatos infectados), seja por contaminação de alimentos por seus excrementos e também mordidas (tifo murinho, peste bubônica, leptospirose, etc.).

Imagem 5 - Ilustração que abre matéria sobre a peste.



In: *Saúde do Mundo*, abril de 1967, p. 11.
Acervo da Biblioteca Central da UFMG.

No desenho acima vemos um homem acamado, fragilizado pela peste bubônica, representado como vítima à mercê de dois seres desproporcionalmente retratados, a pulga e o rato, quase como se os animais tivessem uma intencionalidade, consciente, para causar mal às pessoas. A peste tem como agente causador o micróbio *Yersinia pestis*, que pode manifestar-se na forma da peste bubônica, sendo o modo mais comum de infecção pela picada de pulga contaminada, normalmente encontrada em ratos. Conhecida como

peste negra, essa doença povoou o imaginário social, despertando ansiedade e terror (Ostos, Rocha, 2022, p. 163). Em meados do século XIV a enfermidade atingiu a Europa, causando grande devastação populacional. O escritor Boccaccio, em sua obra *Decameron*, assim descreveu a situação provocada pela doença na região onde hoje é a Itália:

Não sendo bastante o solo sagrado para sepultar a grande quantidade de corpos que chegavam carregados às igrejas a cada dia [...] abriam-se [...] enormes valas nas quais os corpos que chegavam eram postos às centenas: eram eles empilhados em camadas, tal como a mercadoria na estiva dos navios, e cada camada era coberta com pouca terra até que a vala se enchesse até a borda (Boccaccio, 2013, p. 21).

A longa distância temporal entre esse antigo relato e a matéria divulgada na revista *A Saúde do Mundo*, no século XX, com todos os conhecimentos científicos sobre o agravo, parece que pouco afetou a percepção da peste como doença aterradora, onde o ser humano é retratado como vítima passiva, descontextualizado das condições sociais, econômicas e ambientais geradoras das epidemias.

Para além do papel do rato como vetor da *Yersinia pestis*, a edição destaca seu alto poder de destruição em outros aspectos relacionados à vida humana: “um único rato, deixado em liberdade num depósito de mantimentos, durante um ano, come cerca de 12 quilos de alimentos, e, defecando 25.000 vezes, contamina quantidade muito maior”, sendo nomeado como uma “ameaça mundial” (*A Saúde do Mundo*, abril 1967, s./p.). As soluções listadas para o controle do rato eram em sua maioria mitigatórias, como investimento em saneamento básico, limpeza do lixo, isolamento de esgotos e aterros, proteção de depósitos de alimentos e extermínio de colônias com veneno. Porém, apenas pontualmente a edição citava, por exemplo, o crescimento desordenado das cidades como fator para o aumento do número de ratos, pouco questionando as condições estruturais que sustentavam a incidência de doenças relacionadas ao animal (consumo desenfreado gerando lixo, desigualdade social, desmatamento). Como analisado pelo historiador André Carvalho, no contexto das mudanças climáticas e territoriais causa-

das pela ação humana, o rato é uma espécie favorecida pela homogeneização dos espaços, multiplicando-se rapidamente no ambiente urbano adensado, pela abundante fonte de alimento e abrigo (2020, p. 80).

A edição da revista *A Saúde do Mundo* dedicada ao rato, reservou parte do conteúdo ao rato “bom”, o rato de laboratório³, que auxiliava o ser humano na busca de soluções para problemas de saúde, teste de medicamentos, e em pesquisas sobre os mais variados assuntos, nutricionais, genéticos e ambientais. Sobre a temática comportamental, dizia a publicação que o estudo dos ratos “proporciona ao homem melhor compreensão de si mesmo” (*A Saúde do Mundo*, 1967, p. 18). Tratava-se, portanto, de uma construção representativa cheia de contradições. A premissa para a utilização dos ratos como cobaias era o reconhecimento de sua similaridade com os seres humanos em termos fisiológicos e de instintos básicos. Essa proximidade justificaria a utilização dos ratos em pesquisas para a melhoraria da saúde humana. Mas tal fato não gerava, necessariamente, empatia, pois, para a utilização de outras espécies em testes, sem hesitação ética, é preciso ressaltar o aspecto da diferença entre humanos e outros animais, permitindo assim que os bichos sejam tratados como objetos à disposição das nossas necessidades. Sobre esse tema, a pesquisadora Erica Fudge faz a seguinte provocação: “O que pode significar o fato de que nós sabemos que os animais experimentam o mundo de maneiras que não são opostas às nossas, e ainda assim continuemos fazendo experimentos com eles?” (2002, p. 104). A questão é complexa e não oferece respostas fáceis em termos de ética, mas ela causa incômodo o suficiente para refletirmos, coletivamente, sobre os limites da dominação humana sobre outros seres vivos.

Por fim, chegamos à edição de maio de 1968 da revista *A Saúde do Mundo*, que traz duas araras na capa (Imagem 6), interagindo uma com a outra, com a chamada: “...e se falássemos de animais!”

3 “O rato de laboratório, *Rattus norvegicus*, usado atualmente na maioria dos biotérios e infectórios, deriva de colônias desses animais, originárias dos EUA. Embora seja originário de regiões da Ásia Central, acompanhou o homem em seu avanço pelos continentes [...]. Acredita-se que tenha sido a primeira espécie de mamífero domesticada para fins científicos, pois desde o início século XX já era usado em pesquisas nutricionais. A grande difusão desse animal na pesquisa se deu com Henry H. Donaldson. Ao aceitar uma posição no Wistar Institute, na Filadélfia, ele criou uma equipe que se dedicou a padronizar colônias de ratos a partir de quatro casais de albinos” (Santos, 2002, p. 119).

Imagem 6 - Capa da revista *A Saúde do Mundo*, maio de 1968.



Acervo da Biblioteca Central da UFMG.

Trata-se de uma clara alusão ao potencial vocal dos psitacídeos, que em alguns casos, principalmente em se tratando dos papagaios, podem ser treinados para imitar palavras. Mas apesar do protagonismo das aves na fotografia, de sua representação procurando mimetizar uma conversa, os animais continuam sendo tema e objeto em relação aos interesses humanos. Nesse número podemos perceber uma ênfase maior em questões como o impacto da ação humana no meio ambiente, os efeitos da urbanização e da derrubada de florestas no habitat dos animais, com consequências para a saúde humana e dos bichos. Ao invés de focar em animais específicos, a edição traz um panorama sobre o assunto, ressaltando as doenças transmissíveis entre espécies, mas dessa vez com um olhar mais “holístico”, como evidencia o trecho: “O homem deve ser considerado como membro deste grupo de animais, e não constituir um grupo à parte. Ele deve parar de considerar-se fisiologicamente diferente e aprender a aceitar sua condição

como sendo um elo apenas da corrente biológica” (Leader, maio 1968, p. 34). Apesar dessa fala, que sugere o reconhecimento de um nível de igualdade entre os animais humanos e não humanos, e da edição retratar os animais como seres com existência própria, em seu habitat natural e interagindo uns com os outros, o enfoque principal é o papel dos bichos para as condições de saúde das pessoas, principalmente no diz respeito às zoonoses⁴. Mas a edição apresentava uma postura ambígua sobre os animais. Mesmo em relação às zoonoses percebemos uma inflexão na contextualização dos agravos, que também passa a levar em conta a ação humana como fator de incidência e disseminação dessas doenças: “O modo pelo qual o homem muda a natureza, altera suas relações com os animais domésticos e selvagens que vivem em torno dele, e isto em troca influencia as infecções que ele permuta com tais animais” (*A Saúde do Mundo*, maio 1968, p. 11).

Tais preocupações se inscreviam no contexto de percepção de uma crise ambiental causada pela degradação de ecossistemas ao redor do mundo, em razão da intensificação das formas de exploração econômica dos recursos naturais, levando a situações de escassez de água, desaparecimento de fauna e flora, deterioração do solo, mudanças climáticas, poluição, disseminação de doenças em maior ritmo e amplitude territorial. Os alertas, antes restritos aos especialistas, acadêmicos e às populações diretamente atingidas, ganharam contorno de movimento de massa ao longo da década de 1960, exigindo respostas de governos e órgãos internacionais, como a ONU, pois a crise ambiental passou a ser vista como um problema global, para além das fronteiras dos países (Cronon, 1996).

Na revista, os bichos seriam causadores de problemas sérios de saúde pública, transmitindo doenças para os seres humanos. Interessante, portanto, que parte significativa das ações de saúde massivas propostas pela OMS fossem direcionadas para o controle de outros seres vivos, como insetos transmissores de doenças, mamíferos vetores de moléstias, aves propagadoras de enfermidades, etc. A edição de maio de 1968 trazia um encarte com imagens de diversos animais e ao lado de cada um a descrição das doenças infecciosas que eles poderiam transmitir ao ser humano (Imagens 7 e 8).

4 A OMS define zoonose como: “Doenças ou infecções naturalmente transmissíveis entre animais vertebrados e seres humanos”. In: OMS. Zoonoses. Disponível em: <http://www.who.int/topics/zoonoses/en/>. Acesso em: 10 jan. 2026.

Imagem 7 - Fotos de cabras em associação à doença Brucelose.

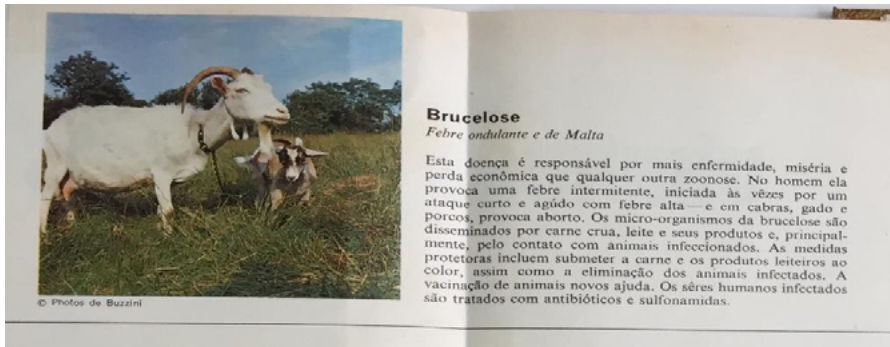


Imagem 8 - Foto de raposa como vetor de Raiva.



Recortes de encarte com imagens de animais e a descrição de condições que poderiam transmitir.

In: *Saúde do Mundo*, maio de 1968, encarte, s./p.

Acervo da Biblioteca Central da UFMG.

O encarte retratava os animais como o problema central na incidência das zoonoses, mas a publicação não deixou de problematizar, mesmo que timidamente, o contexto da ação predatória do ser humano nos habitats, degradando áreas florestais, exterminando predadores naturais, diminuindo fontes de alimento e água para os bichos, descuidando do saneamento básico e do lixo, empreendendo obras de infraestrutura que desequilibravam ambientes. Porém, essas admoestações não questionavam o modelo

econômico e social estruturante dessas situações, e a única recomendação era a de que em “grandes projetos de desenvolvimento”, epidemiologistas e veterinários deveriam ser consultados (*A Saúde do Mundo*, 1968, p. 11). A maior mudança no discurso estava localizada na compreensão de que as ciências biomédicas não poderiam tratar a condição humana isolando-a da existência dos outros animais. A compartimentalização dos saberes dificultava a percepção de que a medicina precisava operar na realidade de uma rede ecológica integrativa: “quanto mais cedo os limites forem removidos, mais cedo serão colhidos os benefícios dos estudos das doenças de todos os animais [...] O homem deve ser considerado como um membro deste grupo de animais, e não constituir um grupo a parte” (Leader, maio 1968, p. 34).

Considerações finais

Ao longo da década de 1960 a revista *A Saúde do Mundo* dedicou três edições exclusivas aos animais como agentes de doenças transmissíveis ao ser humano, e sobre o uso dos bichos em estudos científicos. O antropólogo Christos Lynteris ressalta que, historicamente, o temor diante de crises de saúde pública abala a convivência entre humanos e outros animais, desencadeando o extermínio, isolamento e a perseguição aos bichos rotulados como “vilões epidêmicos”, a exemplo dos ratos (2019: 1-2). Por outro lado, o impresso *A Saúde do Mundo* também destacou os animais como potenciais fornecedores de respostas para doenças humanas, indicando caminhos de cura e tratamento. Fato é que, independentemente da abordagem predominante em cada texto, as três edições analisadas consideravam que a face da saúde pública, de acordo com a OMS, não se resumia mais à face humana. Os animais emergiram como assunto de destaque, para além de situações epidêmicas específicas e casos extraordinários, sendo pensados na sua totalidade, na condição de seres vivos que influenciavam e eram influenciados pela ação humana.

Desde o fim do século XIX a comunidade científica apontava, com maior vigor, as conexões entre a saúde humana e dos outros animais. A teoria microbiana (antecedida pela discussão sobre a existência dos germes), ganhou força graças a avanços tecnológicos e experimentais, comprovando a existência de seres microscópios causadores de doenças. Os laboratórios passaram a ser o local privilegiado para investigações, testes e análise, onde

se identificavam os organismos e se desenvolviam vacinas e soros capazes de combater os agravos. Os processos de experimentação se tornaram fundamentais para lidar com doenças e epidemias causadas por bactérias, vírus, protozoários, helmintos, sendo muitas dessas condições caracterizadas como zoonoses. Tal cenário colocou os animais no centro das pesquisas científicas laboratoriais, como unidades corporais significativas para desvendar mecanismos infecciosos em humanos. Os seres de laboratório passaram a ser tidos, menos como animais, e mais como micromodelos de pesquisa para a compreensão do corpo humano, desconectados do meio ambiente.

Porém, outras vertentes de pesquisa criticavam essa visão estreita de biomedicina e da ciência, como a Biossemiótica, que na esteira de amplas teorias ecológicas não considera o ambiente como algo externo, e sim um espaço significativo no qual as diversas espécies se constituem, comunicam e transformam umas às outras (Heredia, 2011). Biólogos e veterinários criticavam a diminuição do interesse científico na observação dos animais em seus habitats, nos mecanismos ambientais de emergência e transmissão de doenças, nas trocas ecológicas ocorridas em florestas, zoológicos e fazendas. Em 1958, na esteira desse pensamento, se estabeleceu um programa de Medicina Comparada com médicos e veterinários ligados à OMS para expandir os tipos de animais estudados e suas doenças, considerando não apenas as zoonoses, mas também outras condições, como câncer, cardiopatias, doenças degenerativas, estudos sobre genética, nutrição, etc. O veterinário William Beveridge foi consultor líder de tal iniciativa (Bresalier, Cassidy, Woods, 2015, p. 8).

No ano de 1964 o veterinário Calvin Schwabe condensou esse debate ao cunhar o termo *One Medicine*, destacando a necessidade de colaboração entre a medicina veterinária e humana. Coincidência ou não, já em 1965 a revista *A Saúde do Mundo*, em uma das edições exclusivas sobre animais, publicou o artigo “Medicina Comparada”, defendendo a conexão entre os seres vivos nos seguintes termos: “Grande parte do que sabemos sobre a doença e a saúde no homem vem sendo tirado, desde os primórdios da medicina, de estudos feitos com animais. Existe, no entanto, em certas culturas, a tendência de encarar o homem como um ser à parte” (*A Saúde do Mundo*, abril 1965, s./p.). Daí em diante o periódico publicou (até onde podemos inferir pela disponibilidade documental), mais duas edições voltadas para

os animais, em abril de 1967 e maio de 1968, explicitando a compreensão da OMS sobre as relações entre saúde humana e dos outros animais, em um período de inflexão para o entendimento do conceito de saúde, correlacionado ao meio ambiente.

O presente estudo integra uma proposta mais ampla, de trazer os animais para a linha de frente dos estudos sobre a História da Saúde e das Doenças, já que é possível afirmar que os bichos ajudaram a constituir, material e simbolicamente, o próprio campo da saúde e da medicina (Woods, 2018, p. 12).

A medicina moderna, como desenvolvida no ocidente nos últimos dois séculos, foi um empreendimento mais do que humano, cujos limites com a medicina veterinária e a biologia são porosos e em constante fluxo. Em certos contextos históricos, animais contribuíram para a compartimentalização desses domínios. Em outros, eles ajudaram a romper barreiras, particularmente por meio de pesquisas em campos cruzados, como a parasitologia, a zoologia, medicina comparada, nutrição e agricultura (Woods, 2018, p. 13, tradução da autora).

A entrada em cena dos animais nas pesquisas historiográficas é fundamental para questionarmos o protagonismo humano na construção e na continuidade do mundo em que vivemos. A pandemia de Covid-19 demonstrou que o Planeta não precisa do ser humano para existir e que dentre tantas espécies ameaçadas, talvez a humana seja uma das mais vulneráveis, em razão de suas próprias ações destrutivas.

Agradecimentos

Aos organizadores desta obra e do *XIII Colóquio de História das Doenças*. Também agradece à Fiocruz Minas e ao grupo de pesquisa *Centro de Estudo dos Animais* (CEA – UFMG/CNPq).

Referências

BOCCACCIO, Giovanni. **Decameron**. Porto Alegre/RS: LP&M editores, 2013.

BRESALIER, Michael; CASSIDY, Angela; WOODS, Abigail. One Health in History. In: ZINSSTAG, Jakob *et al* (Eds.). **One health: The Theory and Practice of Integrated Health Approaches**, 2015, p. 1-15.

BROWN, Theodore; CUETO, Marcos; FEE, Elizabeth. A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde. **História Ciência. saúde-Manguinhos**, v. 13, n. 3, sept. 2006, p. 623-647.

CRONON, William (org.). *Uncommon Ground – rethinking the human place in nature*. New York: W. W. Norton & Company, 1996.

CARVALHO, André. ‘Vetores epistemológicos’: Ratos, fronteiras e o Antropoceno. **Cadernos do CEOM**, v. 33, n. 52, jun. 2020, p. 75-92.

DUARTE, Regina Horta *et al.* Reciprocidades em desequilíbrio: história das relações entre animais. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, n. 28, dez. 2021, p. 7-10.

FUDGE, Erica. *Animal*. Londres: Reaktion Books, 2002.

HEREDIA, Juan. Etología animal, ontología y biopolítica en Jakob von Uexküll. **Filosofia e História da Biologia**, v. 6, n. 1, jan./jun. 2011, p. 69-86.

LEADER, Richard W. As barreiras caem. In: **A saúde do mundo**, Organização Mundial da Saúde, maio 1968, p. 34-35.

LIMA, Luiz Costa (org.). **Teoria da cultura de massa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

LYNTERIS, Christos. Introduction: Infectious animals and epidemic blame. In: LYNTERIS, Christos (Ed.). **Framing animals as epidemic villains: histories of non-human disease vectors**. Cham: Palgrave Macmillan, 2019, p. 1-25.

MEDCALF, Alexander. Between art and information: communicating world health, 1948-70. **Journal of Global History**, n. 13, 2018, p. 94-120.

OMS. **A saúde do mundo**, abril 1965.

OMS. **A saúde do mundo**, abril 1967.

OMS. **A saúde do mundo**, maio 1968.

OMS. *Constitution of the world health organization, 1946*. Disponível em: https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6. Acesso em: 10/01/2026.

OMS. Organizational study on publications. *Executive Board Provisional*

agenda. Item 2.4(a) E325/32, 16 dez. 1959. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/135456/EB25_32_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 10 jan.2026.

OSTOS, Natascha. História multiespécies: descentrar o humano para superar o Antropoceno. In: TURIN, Rodrigo; LOWANDE, Walter (org.). **Antropoceno: perspectivas historiográficas**. Rio de Janeiro: Nau editora, 2024, p. 103-122.

OSTOS, Natascha; ROCHA, Roberto. **História e Ciência: Instituto René Rachou – Fiocruz Minas**. Belo Horizonte/MG: Fiocruz Minas, 2022.

PAIM, Jairnilson. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador/BA: EDUFBA, 2006.

SANTOS, Belmira. Criação e manejo de ratos. In: ANDRADE, Antenor; PINTO, Sergio; OLIVEIRA, Rosilene (org.). **Animais de laboratório: criação e experimentação**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p. 119-121.

WOODS, Abigail *et al.* Introduction: Centring animals Within medical history. In: WOODS, Abigail *et al.* **Animals and the shaping of modern medicine**. London: Palgrave Macmillan, 2018, p. 1-26.

3

Da “saúde comunitária” ao controle social: nota histórica sobre o tema da participação social na saúde no Brasil

Carlos Henrique Assunção Paiva (PPGHCS/COC/Fiocruz)

Formulado no contexto de luta contra a ditadura civil-militar, o Sistema Único de Saúde (SUS) é inseparável dos princípios democráticos que passariam a organizar a vida pública nacional sob a vigência da Nova República. Intrinsecamente ligado aos direitos sociais e à construção de uma sociedade socialmente mais justa, ele é dotado de mecanismos que garantem a participação social organizada. Nestes termos, o princípio do controle social, tal como referido nos documentos que organizam o atual sistema de saúde, constitui-se como um mecanismo fundamental para assegurar a participação da sociedade na gestão e fiscalização das políticas de saúde.

Em que pesem os avanços institucionais decorrentes deste princípio democrático na saúde, a literatura nos aponta diversos limites operacionais até os dias de hoje (Adorno, 1992; Carvalho, 1998; Bispo Júnior, Sampaio, 2008). Tais limites, por sua vez, podem ser compreendidos tanto como parte da dificuldade de reformar ou fazer funcionar adequadamente as instituições decisórias da saúde quanto de se avançar a própria democracia no país. E aqui, importante destacar, referimo-nos não apenas à democracia em termos formais, mas à democracia em movimento, viva e estruturante das relações institucionais e não institucionais que organizam a sociedade.

Sem a ambição de explorar, em sua inteireza, uma variedade de questões que estão associadas, ao longo do tempo, às dificuldades em se fazer operar plenamente os mecanismos de participação social do SUS, este texto volta-se, exemplarmente, para o contexto da segunda metade dos anos 1970, quando figurava no país uma ditadura civil-militar.

Em pleno contexto de forte pressão pública por participação social, que também se expressava num crescente movimento pela reforma sanitária, discutiremos algumas ideias que circulavam no cenário brasileiro, muitas das quais em franco diálogo com o contexto internacional. Pondo em pauta a necessidade de reorganização do Sistema Nacional de Saúde, o progressivo movimento em favor de uma reforma setorial passava a colocar em pauta a ideia de participação social, articulando-se e ampliando a luta contra a ditadura civil-miliar.

Como o sistema político então vigente, em particular a pasta da Saúde, confrontou e “filtrou” as ideias e propostas em torno da participação social na saúde que circulavam no ambiente internacional e nacional? A partir da análise de documentação institucional, nos voltaremos para a gestão do mineiro Paulo de Almeida Machado à frente do Ministério da Saúde (1974-1979) como uma experiência ilustrativa das dificuldades em se conduzir uma reforma na saúde que se articulasse vivamente com os princípios da democracia.

A cena internacional: crise da saúde e gênese de novas perspectivas para os serviços de saúde

O período imediato ao pós-Segunda Guerra Mundial marcou um cenário de transformações ambivalentes no campo da saúde. De um lado, houve um notável desenvolvimento da assistência médica de massa, impulsionado pela criação de vastas redes hospitalares. De outro, esse avanço foi acompanhado por um crescente movimento de críticas à medicina estabelecida, à sua organização e às práticas de saúde pública. A partir dos anos 1960, essas vozes críticas ganharam ressonância internacional, culminando em discussões aprofundadas por diversos autores e na experimentação e difusão de formas alternativas de organização dos serviços de saúde em várias regiões do planeta (Paiva, Pires-Alves, 2021; Paiva, Franco, 2025).

Um exemplo notório desse período diz respeito ao papel da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), onde, em 1962, a ideia de assistência à saúde básica foi pela primeira vez discutida como pauta programática. A XVI Conferência Sanitária Pan-Americana, realizada entre agosto e setembro daquele ano, adotou o dossiê «The present status of medical care in the Americas in relation to its incorporation as basic service in integrated health programs» (PAHO, 1962). Esse documento, preparado por uma

comissão *ad hoc*, buscou sintetizar contribuições de várias instâncias da organização, introduzindo certa uniformidade conceitual para orientar as discussões técnicas da reunião.

Nas décadas seguintes, no âmbito da saúde internacional, enquanto a assistência médica, o planejamento e a organização de sistemas de saúde tornavam-se crescentemente objeto de atenção programática, surgia uma sucessão de trabalhos que ora aprofundavam a crítica à medicina e suas práticas, ora discutiam as possibilidades de novas abordagens em saúde pública. Marcos Cueto (2004) informa sobre essas contribuições, tanto as produzidas no interior do campo sanitário propriamente dito (Bryant, 1969; Taylor, 1976; Newell, 1975; McKeown, 1976) quanto as desenvolvidas em outros domínios (Illich, 1975). Questões fundamentais eram levantadas, como, por exemplo, sobre o que deveria ser considerado uma doença; quando e a quem se procurar em necessidade de socorro; a conveniência e efetividade desse cuidado; as distâncias sociais entre as pessoas e os profissionais; os recursos nativos disponíveis na comunidade e sua avaliação em relação à medicina moderna; e, de forma ainda embrionária, qual relação os usuários dos serviços de saúde deveriam manter com as instituições de cuidado (idem, p. 318).

Nesse contexto, os problemas mais importantes seriam aqueles identificados no território da comunidade. O desafio consistia, assim, em tornar o serviço acessível às pessoas, em resolver a maior parte dos problemas localmente e encaminhar apenas os casos mais complexos para outras lugares ou regiões. Essa abordagem, segundo seus defensores, seria benéfica tanto do ponto de vista econômico quanto para a qualidade do cuidado de saúde. Desse modo, o funcionamento adequado das equipes de saúde seria essencial, e sua composição deveria ser sempre adaptável às necessidades locais. Nesse sentido, os profissionais deveriam ser preparados para compreender a saúde como um sistema total e gerenciá-lo. (idem, pp. 323-4).

Para avançar em um esperado processo de mudança, seria preciso apoiar aqueles em posições de liderança, especialmente em temas como planejamento e avaliação; conhecimento organizacional; relações com os níveis mais altos de governo e gestão dos níveis intermediários, como secretarias de saúde, por exemplo. Outras competências requeridas incluíam a integração com as universidades e a realização de pesquisas operacionais; e a experimentação de modelos em busca do melhor desenho de sistemas. Seria igualmente fundamental promover mudanças na formação de profissionais,

o que não poderia ser suprido por cursos de curta duração, tais como os comumente oferecidos pelos ministérios. As mudanças deveriam ocorrer no nível da graduação de forma a modificar atitudes e desenvolver habilidades específicas. Outra estratégia postulada era desenvolver modos de cooperação intersetorial entre áreas como agricultura, educação e desenvolvimento de comunidade, em busca de novas tecnologias de saúde (idem, pp. 324-5).

Para um aumento do engajamento da universidade nas pautas dos serviços de saúde se considerava que era preciso que ela se tornasse partícipe dos processos de tomada de decisão e orientação, na condição de uma instância consultiva, eventualmente assumindo ações executivas em áreas específicas, entendidas como espaços docentes e lugar de experimentos de organização de serviços, segundo os parâmetros orçamentários definidos regional ou nacionalmente para os distritos rurais (idem, p. 330-1). Os mecanismos administrativos adotados, por seu turno, deveriam empreender a integração de toda a escola de medicina e de todas as profissões da saúde, assim como conceber formas de contemplar pessoal auxiliar não profissional. Os problemas de saúde deveriam, assim, ser enfrentados sob a forma de “cuidados de saúde totais”, distribuindo atenção equilibrada ao ensino dos conceitos preventivos, às ações de saúde pública e de medicina de família (idem, p. 332).

Assim, ao concluir o relatório, Bryant identificava uma enorme necessidade de mudança. Tais transformações iriam reclamar “novas etapas de desenvolvimento tecnológico; novas formas de capacitação profissional; novas relações entre profissionais de saúde; novas abordagens para problemas educacionais; e novas atitudes nos quadros profissionais e acadêmicos”. E um argumento final, depositava as responsabilidades sob os ombros dos processos de formação, das universidades e faculdades, do campo da educação médica e em saúde. Segundo Bryant, naqueles tempos, os próprios fundamentos das escolas médicas estavam em discussão e cabia indagar como poderiam ser substancialmente alterados os seus propósitos. Manifestava, portanto, uma característica do período, de valorização de uma imaginada capacidade transformadora de uma formação médica renovada, que uma literatura crítica iria combater sem descanso (Garcia, 1972; Arouca, [1975] 2003).

Nos EUA e no Canadá, a partir de meados da década de 1960, as iniciativas de saúde comunitária avançaram. No primeiro país, durante a administração Lyndon Johnson, discussão mais ampla sobre a saúde como direito social, explicitamente voltada para a Atenção Primária à Saúde (APS), avançaram sensivelmente (Andreopoulos, 1974, p. 2). No Canadá, em 1974, a administração pública nacional de saúde lançou o influente “A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document”, conhecido como Relatório Lalonde, em referência ao então ministro da Saúde Marc Lalonde. Este relatório propôs uma abordagem que organiza os fatores com impacto sobre a saúde em quatro eixos: Biologia Humana, Ambiente Social e Físico, Estilos de Vida e Organização de Sistemas de Saúde. Além disso, enfatizou a ideia de públicos preferenciais e ações de alto impacto sobre indicadores selecionados (Lalonde, 1974). Em meados da década, esse documento exerceu considerável influência na saúde pública norte-americana e na saúde internacional, sendo considerado um dos antecedentes da APS como estratégia e da Conferência de Alma-Ata (Cueto, 2004).

Por volta de meados dos anos 1970, a proposta de realizar uma conferência internacional sobre a organização dos serviços de saúde, considerando a noção de direito e a participação social, começou a ser discutida nos fóruns diretivos da OMS, por iniciativa de representantes da União Soviética. Simultaneamente, Halfdan Mahler, então diretor da organização, passou a defender um novo padrão de atuação da OMS para promover efetivamente mudanças estruturais na prestação de serviços. Nesse mesmo ano, o Comitê Conjunto OMS/UNICEF providenciou a elaboração de um amplo estudo sobre abordagens alternativas em países em desenvolvimento para ampliar a cobertura de saúde. A elaboração do documento partia do diagnóstico da ineficácia dos modelos assistenciais adotados nos países desenvolvidos para esse propósito, e da imperativa tarefa de atender às «necessidades básicas de saúde» das populações (UNICEF/WHO, 1975, p. 3; Litsios, 2002; Who, 2008).

As recomendações do documento restabeleceram como público-alvo de um futuro programa as parcelas desassistidas em áreas rurais, favelas e contingentes nômades. Diante da escassez de recursos, admitia-se a necessidade de abordagens seletivas, em que os governos decidissem adotar a APS em iniciativas com possibilidade de expansão posterior. Além dessa orientação geral, foram estabelecidos nove princípios a serem adaptados às

condições locais. Entre eles figuravam: considerar a APS parte de projetos de desenvolvimento mais amplos para as populações-alvo; o planejamento cuidadoso dos programas e projetos de APS; reorientar os demais níveis de atenção para o suporte de referência, treinamento, assessoria, supervisão e logística nas ações de APS; composição de equipes e funcionamento dos centros de saúde; a utilização de trabalhadores auxiliares devidamente treinados e selecionados entre a população local e, por fim, a mobilização da comunidade nos processos de desenho e organização das políticas. (UNICEF/WHO, 1975, pp. 7-8).

Dessa conferência internacional, realizada em Alma-Ata, então parte da União Soviética, em setembro de 1978, resultaram dois documentos centrais: a Declaração de Alma-Ata e o Informe da Reunião, englobando considerações gerais e recomendações. Em uma possível síntese desses dois registros, podemos estabelecer um roteiro com base em seis eixos organizadores de diretrizes e recomendações: Saúde, direitos e responsabilidades; Modelo de atenção; Organização dos sistemas de saúde; Recursos Humanos; Financiamento e Participação Social. Tomou-se como princípio básico que a saúde é um direito humano fundamental, sendo que a desigualdade política, social e econômica, entre povos, nações e grupos sociais é considerada inaceitável. O desenvolvimento econômico, nos marcos do que era então definida como uma desejada Nova Ordem Econômica Internacional, foi afirmado como condição necessária para a obtenção de um maior bem-estar coletivo. (OMS, 1978, pp. 2-3, 43-5, 51-3).

No que concerne à organização dos sistemas de saúde, as recomendações de Alma-Ata enfatizam a descentralização administrativa em favor dos níveis intermediários como base para uma hierarquização coordenada da atenção nos níveis primário, secundário e terciário e para a integração com outras instâncias de prestação de serviços pertinentes às condições de saúde. Dessa forma, recomenda uma abordagem multisetorial para o atendimento a necessidades como moradia e saneamento, além do estabelecimento de políticas para a produção de alimentos, que eventualmente poderiam alterar o regime de propriedade da terra, e de desenvolvimento da economia doméstica (idem, pp. 5, 41-67). Para apoio e qualidade do processo decisório, a conferência propõe a constituição

de comitês ou comissões compostas por gestores, trabalhadores de saúde e usuários. (idem, pp. 5, 61-3, 74).

A participação popular no planejamento e na aplicação da APS é reiteradamente valorizada como sendo tanto um direito quanto uma obrigação. Nesse sentido, seria necessário promover um grau ótimo de responsabilidade coletiva diante tanto das necessidades identificadas quanto das soluções tentadas. Deveria ser dada, ainda, uma atenção especial à família e às associações femininas, considerando-se o papel desempenhado pelas mulheres na educação doméstica (idem, pp. 3, 5, 57-60, 73). O planejamento das ações e a alocação de recursos deveriam integrar e refletir políticas, estratégias gerais de ação, em sintonia com os planos nacionais de desenvolvimento. Recomendou-se, ainda, uma destinação preferencial de recursos, de forma a atender às necessidades daqueles mais vulneráveis. (idem, pp. 6, 61-3).

Assim, de forma esparsa, desde os anos 1960, o tema da participação popular frequentava as agendas de diferentes discussões e comitês da OPAS e OMS, muitos dos quais vinculados aos debates sobre medicina comunitária, saúde rural e desenvolvimento social. A Conferência de Alma-Ata, como ficaria conhecida, no final de década de seguinte, sem nenhuma dúvida, conferiu maior densidade ao debate. No âmbito internacional, a partir deste evento, o tema da participação popular na saúde passaria a ser discutido de forma explícita e como um elemento essencial das estratégias de saúde pública.

A atenção primária, a participação social e as políticas de saúde no Brasil

No plano doméstico brasileiro, em meados da década de 1970, a atenção básica, como serviços essenciais para populações rurais desassistidas em municípios de até 20 mil habitantes, é introduzida nas políticas federais de saúde a partir da elaboração e implementação do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste, em 1976. Esse programa logo extravasou esse limite territorial inicial, alcançando também a região Norte e adotando a sigla PIASS. Posteriormente, Francisco de Assis Machado, um dos seus coordenadores nacionais, entendeu que este programa, àquela altura, “[...], era a grande experiência oficial brasileira na organização da Atenção Primária” (Machado, 2010, p. 184).

O PIASS propunha-se, entre outras diretrizes, utilizar pessoal de nível auxiliar mobilizado nas próprias comunidades a serem atendidas; e desenvolver ações de saúde consideradas de baixo custo e alta eficiência, com base em uma rede de mini-postos apoiada por unidades de maior porte e integradas ao sistema regional de saúde, de maneira que fossem atendidas as patologias mais frequentes, com ênfase na prevenção de doenças transmissíveis. Idealmente, dentro dos limites políticos impostos pelo regime, o programa previa a participação das comunidades e uma integração entre os diversos organismos que faziam parte do recém-instituído Sistema Nacional de Saúde, ainda que subordinados a diferentes pastas ministeriais (Brasil, 1976, p. 11.241; Escorel, 1999).

Para operação e financiamento do PIASS concorreram o Ministério da Saúde, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural (FUNRURAL), além do Instituto de Alimentação e Nutrição (INAN), entre outras agências e fontes de recursos. A coordenação do programa ficaria a cargo de um comitê, presidido pelo Ministério da Saúde, um indicativo da complexidade da interação interinstitucional pretendida (Brasil, 1976, p. 11.241). Para a provisão dos trabalhadores requeridos para a expansão imaginada foi iniciado o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), uma cooperação entre o MS e a OPAS. Seus objetivos incluíam a preparação em massa de pessoal de nível médio, técnicos e auxiliares da área da saúde, com metas quantitativas especialmente ambiciosas; a constituição, no país, de dez regiões docente-assistenciais de saúde; e a criação do que era denominado “sistema de desenvolvimento de recursos humanos para a saúde” em cada um dos estados da federação brasileira (Pires-Alves & Paiva, 2006, p. 43; Castro, 2008, pp. 128-34).

O PIASS pode ser considerado a variante oficial, em escala ampliada, de um conjunto de iniciativas de alcance local que em vários municípios e regiões vinham sendo implementadas, com configurações e embocaduras ideológicas variáveis, por prefeituras, secretarias de estado, organizações da sociedade civil, organizações filantrópicas e programas universitários de extensão. Entre elas é possível citar, como algumas das mais expressivas, as iniciativas de Planaltina, no Distrito Federal; de Paulínia e Campinas, no estado de São Paulo; de Londrina, no Paraná; de Montes Claros e do norte de

Minas Gerais; de Murialdo, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul; de Niterói, no Rio de Janeiro; e de Vitória de Santo Antão, em Pernambuco. Algumas delas se tornariam quase icônicas na tradição reformista brasileira a partir do último quarto do século XX (Santos, 1995).

Portanto, é possível estabelecer que um relativo consenso técnico-programático, ainda que sob diferentes inspirações ideológicas e eventualmente em conflito, vinha se formando no ambiente sanitário brasileiro em torno das chamadas soluções alternativas para a expansão da prestação de serviços de saúde, contando com maior ou menor institucionalização da participação social.

Alma ata e os limites da agenda progressista na saúde do Brasil

Na medida em que estas iniciativas locais e nacionais se desenvolviam, é interessante observar de que maneira o Ministério da Saúde brasileiro interagiu com os acontecimentos da cena da saúde internacional nesta segunda metade da década de 1970 e que culminaram com a realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários e a celebração da Declaração de Alma-Ata, em 1978, como já assinalamos, um evento fundamental no que diz respeito à defesa do direito e a participação social na saúde em âmbito global.

Em meados da década de 1970, no contexto da elaboração do Sistema Nacional de Saúde e da instituição do PIASS, as ideias e as iniciativas de Halfdan Mahler, então Diretor Geral da OMS, eram muito bem recebidas pelas autoridades brasileiras, inclusive por Paulo de Almeida Machado, ministro da Saúde do governo Ernesto Geisel. Segundo o ministro, a ênfase nas soluções simples, de baixa densidade tecnológica; a mobilização de agentes locais nas comunidades; a organização hierarquizada das unidades de saúde no território, defendidas então pela OMS, estavam em plena sintonia com a diretrizes então adotadas pelo governo brasileiro no seu programa de expansão da cobertura.

Neste cenário, no segundo semestre de 1977, quando Mahler realizaria sua primeira visita ao Brasil, Almeida Machado o descreve como sendo “o mais brilhante dos diretores da OMS”, uma vez que ele aliava “um profundo conhecimento técnico, uma larga visão humanística e uma habilidade política indispensável” para conduzir políticas pragmáticas. Na ocasião, Almeida Machado sugeriu a realização de um encontro entre o diretor da Organi-

zação Mundial e o presidente da República (Brasil-MS, 17-8-1977, s.p.), o que de fato aconteceu na tarde de 20 de setembro de 1977. Conduzido por Almeida Machado, Mahler foi recebido por Geisel, sendo acompanhado pelo diretor-geral da OPAS, o mexicano Hector Acuña. Na noite do mesmo dia, Mahler proferiu uma conferência no Ministério da Saúde. A visita a Geisel e à conferência foram objeto de poucas notas, em colunas sociais inclusive (Jornal do Brasil, 1977). Sobre o conteúdo da conferência, prevaleceu o silêncio.

Tal silêncio acerca do pronunciamento de uma autoridade internacional que fora recebida pelo presidente, em tempos em que a saúde e a profissão médica eram objeto de grande atenção pública, é digno de nota. Quem terminou por repercutir a substância da conferência, alguns meses depois, foi o periódico Saúde em Debate, revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que a publicou na íntegra (Mahler, 1978). E, somente quando a censura à imprensa se tornava menos ameaçadora, nos inícios de 1979, a Agência Estado também a convocou. A matéria sob o título “Rompido o silêncio sobre os abusos da medicina no Brasil”, assinada por Demócrito Moura, assinala que:

[...] o rompimento de um longo bloqueio nas informações permite [...] divulgar melhor ao público o veemente pronunciamento de Halfdan Mahler [...] sobre os abusos e desvios da prática da medicina. [...]. [...] Um estranho bloqueio impediu que o público brasileiro tivesse acesso às variadas e vigorosas denúncias da maior autoridade mundial em proteção à saúde (O Fluminense, 1978, p. 4).

A conferência de Mahler foi mais um dos enfáticos pronunciamentos de um orador reconhecido pela sua veemência. Além de apresentar os princípios gerais que então balizavam a proposta de uma estratégia de Atenção Primária à Saúde, Mahler tratou das desigualdades entre países e no interior de uma sociedade como algo inaceitável, além de advogar que a mudança social era um imperativo para a própria sobrevivência da espécie humana. Ele sinalizou que a consciência social tinha um peso sensivelmente maior que a intervenção médica direta na melhoria das condições de vida e que o ato terapêutico isolado e repetido era, nesse sentido, antieconômico. Ao

mesmo tempo, a obsessão pelas tecnologias complexas era francamente considerada perniciosa (Mahler, 1978, p. 28).

Em sua percepção, as distorções no processo formativo dos médicos e as estratégias da indústria do setor produziam uma legião de “hipocondríacos sãos”, em um ciclo vicioso que não correspondia, necessariamente, à melhorias no campo da saúde. Desse modo, os médicos eram facilmente acusados de serem alienados e de promover essa condição nas populações e nas autoridades de governo no tocante às necessidades de saúde e às disponibilidades sociais para a sua promoção. Isso, no entanto, segundo Mahler, não impedia a categoria médica de prescrever “imperialmente” soluções normalmente baseadas em tecnologias complexas e de relações custo-benefício discutíveis (idem, pp. 29-30). Por fim, em referência à importância considerada decisiva da participação social na Saúde, Mahler concluir que: “Medicina atende aos interesses do capital [...] e a população está “relegada a um triste segundo plano, onde o indivíduo, a família e a comunidade vege-tam como expectadores passivos” (O Fluminense, 3/4/78, p. 5).

É plausível considerar que a conferência de Mahler tenha sido especialmente mal-recebida por Almeida Machado e maior circulação possa ter sido evitada ou mesmo censurada. De todo modo, as divergências entre Almeida Machado e as tendências dominantes da saúde internacional, que Mahler bem representava tornavam-se gradativamente mais explícitas. Machado era um defensor da separação organizacional entre saúde pública e medicina curativa previdenciária que presidia o Sistema Nacional de Saúde e tinha aversão às ideias de integração que se faziam então presentes nos debates da OMS e na Organização Pan-Americana da Saúde. Uma aversão igual o ministro experimentava com relação às ideias de mudança social associadas ao enfrentamento das questões de saúde, tal como presentes nas formulações da medicina social latino-americana e nos próprios enunciados de Alma-ata. Sua aversão alcançava o próprio estatuto das ciências sociais no campo da saúde, um papel que — vale dizer — foi valorizado no discurso de Mahler mencionado anteriormente (Brasil-MS, 17-8-1977, s.p.).

Este antagonismo de Almeida Machado se fez nitidamente presente quando da realização da VI Conferência Nacional de Saúde, do Congresso Brasileiro de Higiene, assim como das reuniões do Conselho Executivo da OPAS e nas Conferências Sanitárias Pan-Americanas. Almeida Machado

chegou a defender, em despachos com o presidente da República, o esvaziamento dos departamentos de medicina preventiva e social e de medicina “comunistária” — na sua infeliz expressão —, ao mesmo tempo em que descrevia o que considerava a infiltração dessas formas de pensamento nas sociedades médicas (Brasil-MS, 17-8-1977, s.p.; Brasil-MS, 3-11-1977, s.p.).

Em um despacho provavelmente entre fevereiro e março de 1978, Almeida Machado discutiu com Geisel a participação do Brasil na conferência que se realizaria meses depois na União Soviética, em Alma-Ata. Segundo o ministro, a reunião seria eminentemente política com ênfase no papel da saúde nos processos de mudança social e seria dominada pela participação dos países socialistas, sendo reduzidas as possibilidades de uma participação efetiva de uma delegação brasileira. Informado por essas considerações, o presidente decidiu pela não participação brasileira no evento (Brasil-MS, 24-5-1978).

Em 14 de agosto de 1978, porém, Almeida Machado foi surpreendido pela expedição de um decreto pelo presidente da República, designando como representantes brasileiros na conferência o próprio ministro e Aldo Villas Bôas, o então presidente da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, a FSESP (Brasil-MS, 16-8-1978, s.p.). Tudo indica que essa mudança de posição foi fruto de entendimentos mantidos entre Antônio Azeredo da Silveira, então ministro das Relações Exteriores, e Henry Labouisse, diretor-geral da UNICEF, quando da presença dele no Brasil durante a realização naquele mês de agosto do Congresso Internacional de Ciências da Nutrição, no Rio de Janeiro (Brasil-MRE, 24-5-1978). A UNICEF, uma correalizadora da Conferência de Alma-Ata, certamente registrou com preocupação a iminente ausência do Brasil.

Dias depois, em despacho com o presidente, Almeida Machado descreveu o que seria uma “situação delicada” em que fora colocado o Ministério e esforçou-se em enumerar os empecilhos a serem superados para que, de fato, uma viagem ao Cazaquistão pudesse ser organizada e empreendida em curto espaço de tempo com sucesso. O ministro, porém, se prontificava a seguir as orientações a serem dadas pelo presidente e a elaborar em tempo hábil um documento brasileiro como contribuição à conferência (Brasil-MS, 16-8-1978, s.p.).

A viagem de uma comitiva brasileira não se realizou à Alma-ata. Ao fim e ao cabo, o único brasileiro presente à conferência, na condição de

participante oficial, foi Juljan Czapski, polonês naturalizado, empresário de medicina de grupo, secretário-geral da Federação Brasileira de Hospitais, na condição de representante da Federação Internacional de Hospitais. A ausência brasileira só pode ser compreendida como uma anomalia, inseparável do contexto de restrição às liberdades democráticas. Entre os sul-americanos, apenas o Paraguai também não se fez representar e as demais ditaduras do Cone Sul alegaram razões ideológicas e dificuldades logísticas para não viajar para a União Soviética (OMS, 1978).

A presença na conferência de uma delegação de uma associação internacional das empresas hospitalares, de uma representação, portanto, dos interesses de capitais privados na saúde é, ela mesma, um indicativo do equívoco de se interpretar a realização da reunião sob uma perspectiva estritamente ideológica. O mesmo pode ser dito das representações oficiais de alguns países da Europa Ocidental e dos Estados Unidos. Nesse último país, por exemplo, nos círculos da saúde pública havia certa expectativa otimista com relação às possibilidades de desdobramentos da conferência (Gwatkin, 1978; Pires-Alves & Cueto, 2017, pp. 2.141-2).

O viés ideológico governamental, não afeito à participação e discussões sociais, impedira o Brasil de se fazer presente naquele que é hoje reconhecido como um dos mais importantes eventos da saúde internacional. Ao tomar esta posição, sinalizava-se, ao mesmo tempo, para os limites impostos ao processo de reforma sanitária que ganhava corpo no país naquele final dos anos 1970. Processo este que, no limite, culminaria com a própria formulação e implementação do Sistema Único de Saúde, um sistema de saúde que se calcaria na ideia de direito e na participação social organizada.

Considerações finais

As resoluções da Conferência Internacional de Alma-Ata tiveram o mérito indiscutível de reordenar, sob a forma de uma macrodiretriz, em boa medida flexível para se ajustar às necessidades e às possibilidades nacionais, um conjunto de orientações programáticas e técnicas que vinham constituindo um acervo de soluções mais ou menos consensuais diante da tarefa de se fazer expandir a oferta de atenção à saúde para as populações desassistidas, de introduzir maior condição de racionalidade para a operação de sistemas de saúde e, por fim, fomentar a participação das coletividades na

organização da saúde pública. Essa região de consensos se fazia presente, ainda que fossem várias e em disputa às expectativas propriamente políticas e sociais quanto ao grau de radicalidade a ser empreendido quando da sua aplicação nos mais variados contextos.

Olhando por meio de uma grande angular, observando os vários domínios do debate internacional acerca do desenvolvimento, a conferência na União Soviética pode ser incluída em um ciclo mais ou menos extenso de conferências internacionais que buscavam definir os termos da cooperação internacional na última década do que se convencionou chamar a era de ouro do capitalismo do pós-guerra, de expansão dos direitos sociais e das expectativas envolvidas na instituição do que seria uma Nova Ordem Econômica Internacional, e das suas implicações sociais, a reger as relações entre países. A rigor, a Conferência de Alma-Ata pode ser classificada assim como uma conferência relativamente tardia de um ciclo progressista, que se ancorava numa perspectiva democrática e de bem-estar social (Pires-Alves & Cueto, 2017).

Como se sabe, o final da década de 1970 e os primeiros anos de 1980 marcam o aprofundamento de uma crise sistêmica do capitalismo, sob o signo do segundo choque de preços do petróleo; das crises fiscais nos países centrais e da dívida externa no então chamado terceiro mundo. Marca também a emergência de uma nova ordem neoliberal com a imposição dos ajustes macroeconômicos e das restrições no que concerne aos gastos com as políticas sociais. Nesse sentido, a partir de então, a aplicação das diretrizes de Alma-Ata enfrentaria um ambiente institucional e normativo crescentemente hostil em várias partes do mundo, inclusive no Brasil.

Nos terrenos domésticos, em cada contexto nacional, a receptividade, as possibilidades e alternativas para aplicação destas mesmas diretrizes, dependeriam das ecologias institucionais nos contextos específicos. No Brasil, os déficits no atendimento às demandas sociais acumulados durante o regime militar, acirrados durante a sua crise terminal, iriam necessariamente pressionar por um bom tempo os gastos sociais em vários domínios. Por outro lado, como parte dos processos de resistência democrática, o redesenho da oferta de serviços públicos em várias circunstâncias e contextos locais desafiaram a criatividade e o ânimo militante daqueles engajados na melhoria das condições de vida das populações. As várias iniciativas de ampliação

da oferta de serviços básicos de saúde, que tiveram lugar a partir da segunda metade da década, estavam inseridas nesse movimento maior da sociedade brasileira e estabeleceram, a seu modo, as conexões com as formulações da saúde internacional. Elas terminaram por fecundar a própria agenda de políticas sociais da ditadura nos seus últimos anos.

Por outro lado, a vigência de um processo de abertura democrática negociado, “lento e gradual”, representaria, em boa medida, a permanência de atores pouco afinados com a ideia de participação social e, no geral, às próprias ideias de uma reforma sanitária. Os desafios que se seguirão, inclusive com os vetos presidenciais, a todo o componente de participação social contido na lei 8.080/90, que regulamenta o novo sistema de saúde, dão a medida das lutas e dificuldades desta orientação no SUS. Uma luta que se inscreve no amadurecimento e, ao mesmo tempo, nos limites dados à radicalização da vida democrática no país.

Referências:

ADORNO, Rubens. Movimento social e participação: a saúde na esfera pública. **Saúde e Sociedade**, 1 (2), p. 111-124, 1992.

ANDREOPOULOS, Spyros. Introduction: American Medicine: return to basics? In: ANDREOPOULOS, Spyros. **Primary care: where medicine fails**. Nova York: John Wiley & Sons, 1974

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: Editora UNESP, 2003

BISPO JUNIOR, José Patrício e SAMPAIO, José Jackson Coelho. Participação social em saúde em áreas rurais do Nordeste do Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**. 23 (6). P. 403-9. 2008

BRASIL, - MS. [Notas do Ministro Paulo de Almeida Machado, para despacho com o Presidente da República em 17 de agosto de 1977]. CPDOC-FGV, Arquivo Ernesto Geisel, EG pr 1974.04.25, fl. 527, 1977

BRASIL, - MS. [Notas do Ministro Paulo de Almeida Machado, para despacho com o Presidente da República em 03 de novembro de 1977]. CPDOC-FGV, Arquivo Ernesto Geisel, EG pr 1974.04.25, fl. 548-558, 1977

BRASIL, - MS. [Notas do Ministro Paulo de Almeida Machado, para despacho com o Presidente da República em 16 de agosto de .08.1978]. CPDOC-FGV, Arquivo Ernesto Geisel, EG pr 1974.04.25, fl. 732-733, 1978

BRASIL. Decreto n.º 78.307, de 24 de Agosto de 1976. Aprova o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento no Nordeste e dá outras providências. Diário Oficial da União – Seção 1 -- 25-/8-/1976, Página p. 11.241, 1976

BRYANT, J. H. **Health and the developing world**. Ithaca, Nova York: Cornell University Press, 1969.

CARVALHO, Antônio Ivo. Os Conselhos de Saúde, participação social e reforma do estado. **Ciência & Saúde Coletiva**. 3 (1), p. 23-25, 1998.

CASTRO, Janete. **Protagonismo silencioso: a presença da OPAS na formação de recursos humanos em saúde no Brasil**. Natal: Observatório RH-Nesc/UFRN; MS/Brasil; OPAS/OMS, 2008

CUETO, Marcos. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, Washington, vol. 94, n.o 11, pp. 1.864-74, 2004.

SCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999

GARCÍA, Jucan César. **La educación médica en la América Latina**. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 1972

ILLICH, Ivan. **Medical nemesis: the Expropriation of Health**. London: Calder & Boyars, 1975

LALONDE, Marc. **A new perspective on the health of Canadians**. A working document. Ottawa: Government of Canada, 1974.

LITSIOS, Socrates. The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection. **International Journal of Health Service**, 32 (4), pp.: 709-732, 2002.

MACHADO, Francisco de Assis. **O SUS que eu vivi – Parte 1: de clínico a sanitário** Rio de Janeiro: Cebes, 2010

MAHLER, Halfdan. Promotion of Primary Health Care in Member Countries of WHO. **Public Health Reports**. v. 93, Nn.o. 2., pp. 107-113, mMarch-aApril.-abr. 1978

MCKEOWN, T., **The modern rise of population**. New York: Academic Press, 1976.

NEWELL, Keneth K. W., Health by the people (Geneva-Genebra: World Health Organization. XI. [WHO], 1975).

OMS. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria e SaludAlma-Ata, URSS, 6-12 septiembre det. 1978. GinebraGenebra, 1978.

PAHO. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. The Present status of medical care in the Americas in relation to its incorporation as a basic service in integrated health programs. Pan American Health Organization. XVI Pan American Sanitary Conference, Minneapolis, aAugust/-sSeptember,ago.-set. 1962.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; FRANCO, Thais de Andrade Vidaurre. Saúde pública no contexto dos anos 1960-1970: ideias organizacionais e agendas programáticas no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 35, n. 2, P. 1-22, 2025.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; PIRES-ALVES, Fernando Antônio. **Atenção Primária à Saúde: uma história brasileira**. Hucitec, 2021.

PIRES-ALVES, Fernando A.; PAIVA, Carlos C. Henrique H. Assunção. **Recursos Críticos: história da Cooperação Técnica OPAS-BRASIL em Recursos Humanos para a Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006

SANTOS, Regina R. Célia C. Nunes. A história do projeto Montes Claros. In: TEIXEIRA, Sonia S. Fleury F. Teixeira (org.). **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

TAYLOR, C. E., (ed.). **Doctors for the villages: study of rural internships in seven indian medical colleges** (. New Nova York: Asia Publishing House, 1976).

UNICEF/WHO. Joint Committee on Health Policy Held at the Headquar-

ters of the World Health Organizatio. Report of the Twentieth Session. Geneva : WHO, 1975

WHO. The third ten years of the World Health Organization: 1968--1977. Geneva: World Health Organization, WHO, 2008

4

É como um 'sujeito náufrago nadar, nadar, nadar e morrer na praia': experiência democrática, Reformismo Sanitário e Golpe Civil Militar de 1964

José Roberto Franco Reis¹

Importantes estudos sobre as políticas de saúde no Brasil no período entre 1945 e 1964, período identificado como um momento marcado por certa experiência democrática, salientam que, notadamente na década inicial de 1960, se verifica um tempo de possíveis transformações no campo da saúde, com a proposta de reformas que promovessem efetivamente uma outra realidade no quadro sanitário e de assistência médica em geral. Referências nesse sentido seriam a 3ª Conferência Nacional de Saúde ocorrida em dezembro de 1963, certas propostas de intervenção na indústria farmacêutica, o avanço das ideias e teses do chamado *sanitarismo desenvolvimentista*, bem como medidas no campo da assistência médica previdenciária, os quais vinham ganhando presença e possível materialidade nas críticas que seus principais integrantes dirigiam aos fundamentos das políticas de saúde até então dominantes, que no caso da saúde pública, eram alcunhadas de *campanhistas*, marcadas, como salienta Reis, “pela presença de estruturas verticais de saúde, autônomas e independentes, sem maior integração, voltadas para o combate a doenças específicas” (2015, p.285), e no caso da assistência médica por certa segmentação e estratificação nos termos de um modelo de *cidadania regulada* na clássica formulação proposta por Santos² (1979, p. 75).

1 Historiador, Doutor em História pela Unicamp, Pesquisador em Saúde Pública da Casa de Oswaldo Cruz- Fundação Oswaldo Cruz (COC-FIOCRUZ)

2 Importante apresentar tal conceito, tendo em vista sua frequente menção nas análises do campo da saúde coletiva que tratam da questão envolvendo a assistência médica previdenciária: “Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes se encontram, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por

No entanto, tal processo teria sido marcado por uma grande frustração diante da derrota obtida com o desencadear do golpe civil militar de 1964, que teria estancado tal possibilidade, gerando o sentimento expresso pelo sanitarista Mário Magalhães, citada no título desta comunicação, de que tudo teria sido perdido, tal como um “sujeito náufrago nadar, nadar e morrer na praia” (Magalhães, *apud* Silva e Morell, 2008, p93). Como indicam diversos trabalhos que de algum modo tangenciam e se aproximam do tema, com o golpe civil militar de 1964 ocorre um retrocesso no que se apresentava como horizonte otimista de transformação nas políticas de saúde. Segundo Torres,

[...] Justamente quando parecia ter se iniciado uma retomada de fôlego na discussão organizacional da saúde veio o golpe civil-militar de 1964 e houve um retrocesso desse debate, prevalecendo a centralização das atividades, com intensificação das campanhas de combate às endemias rurais (2023, p. 76).

De modo semelhante, Lima, Fonseca e Hochman entendem que o

movimento na direção da descentralização, da horizontalidade, da integração das ações de saúde, da ampliação dos serviços e da articulação da saúde com as reformas sociais foi abortado três meses depois pelo golpe civil militar de 31 de março de 1964 (2006, p. 55).

Por fim, de acordo com Narvai em estudo recente,

O projeto nacional desenvolvimentista queria, no setor de saúde, institucionalizar, descentralizar e municipalizar o sistema de prestação dos cuidados, articular economicamente o sistema de serviços com a indústria

norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei(...) A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei. Tornam-se pré-cidadãos, assim, todos aqueles cuja ocupação a lei desconhece (...) seria pré-cidadãos todos os trabalhadores da área rural(...) assim como seriam pré-cidadãos os trabalhadores urbanos (...) cujas ocupações não tenham sido reguladas por lei” (Santos, 1979.p. 75).

nacional produtora de bens e insumos – notadamente a química de base, essencial à produção de medicamentos, como defendia Mario Victor de Assis Pacheco -, melhorar o controle de endemias, combater a desnutrição e formar o ‘pessoal de saúde’ necessário ao país (...) Mas, naquele governo, não houve tempo para mais nada. O golpe e a ditadura civil-militar deram outro rumo ao país, ao sistema de saúde, ao Ministério da Saúde e à Política Nacional de Saúde (2024, p. 96).

Sendo assim, nossa proposta neste texto pretende se debruçar sobre o período entre 1945 e 1964 da experiência histórica brasileira, período rico e ao mesmo tempo extremamente conturbado em todos os sentidos, quando importantes processos políticos se desenvolveram no campo mais amplo da luta por direitos, buscando então apresentar como tais tensões se apresentaram no campo da saúde, cuja área específica empreendeu suas batalhas particulares. Mais precisamente me debruçar sobre o momento da ruptura da democracia promovida pelo golpe civil militar de 1964, buscando observar os efeitos políticos imediatos e concretos que estabeleceram interrupções, tensões e reviravoltas em certas perspectivas de transformação que vinham se desenhando nas políticas de saúde, com a expectativa de certo reformismo na área, ou seja, de se colocar efetivamente a saúde “a serviço do povo” - como dito por um dos expoentes do chamado sanitário desenvolvimentista (Magalhaes, *apud* Silva; Morell, 2008, p. 150) - notadamente com a presença, no Ministério da Saúde, do médico Wilson Fadul e do governo trabalhista de João Goulart.

Duas questões de cunho historiográfico chamaram especialmente minha atenção sobre esse tema e período: a) primeiro, que nos eventos que procuravam refletir sobre o golpe civil militar de 1964, por parte da comunidade de historiadores, seja nos 40 anos, nos 50 anos e agora nos 60 anos do golpe, é a ausência do tema da saúde. Tem artigos sobre educação, sindicalismo, música popular, questão agrária, partidos políticos etc etc... enfim, inúmeros temas mas não sobre o modo como o golpe afetou imediatamente o campo da saúde. Não que não tenham estudos sobre o tema, mas de modo geral priorizam analisar como a saúde se viu afetada no período pós golpe, ou seja, já na efetiva vigência do regime ditatorial militar brasileiro; b) segundo, que nas propostas e programas de reformas do governo

Goulart sempre muito mencionadas - as ditas reformas de base (reforma agrária, bancária, urbana, educacional etc..) - , basicamente não se fala do campo da saúde, quando transformações nessa área estiveram na ordem do dia, como, a título de exemplo, a intervenção na indústria farmacêutica que se colocou como uma importante proposta do período e que gerou fortíssima reação do setor organizado da referida indústria, em boa medida em crescente processo de internacionalização.

De qualquer forma é preciso dizer que especificamente sobre essa questão do golpe civil militar e seus efeitos imediatos nas políticas de saúde, que essa é uma investigação que se encontra numa fase inicial, ainda num momento de vasculhar a literatura sobre o tema.

Reformismo sanitário e golpe civil militar de 1964

Pra entender todo esse processo, importante iniciar descrevendo algumas características gerais do período entre 1945-1964, para em seguida enfatizar o momento que antecedeu o golpe civil militar de 1964, notadamente os conturbados anos de governo do Presidente João Goulart³. Grosso modo, tal período foi atravessado:

- a) Por fortes tensões em torno do conflito entre EUA e conjunto de países vinculados aos interesses capitalistas X URSS e países do Socialismo Real que orbitavam ao seu redor, caracterizando a chamada **Guerra Fria**, com consequências políticas na América Latina e no Brasil;
- b) Um intenso e instrumentalizado sentimento anticomunista explorado pelos setores conservadores, pela direita brasileira e por setores de classe média e do empresariado nacional;
- c) Por embates entre defensores dos interesses nacionais em contraposição aos setores identificados como entreguistas, aliados do imperialismo e do capital estrangeiro;
- d) Pela vigência de práticas democráticas com a ocorrência de processos eleitorais regulares, ainda que bastante conturbados (suicídio de Vargas, tentativa de impedir a posse de Juscelino, contido pelo golpe

³ As informações relativas aos anos 1945-1964, assim como especificamente ao período Goulart e o golpe civil militar de 1964 podem ser encontradas em; Napolitano (1998; 2014), Fausto (2013), Fico (2014) e Ferreira (2003; 2006)

preventivo do marechal Lott; renúncia de Jânio Quadros e Campanha da Legalidade pra garantir a posse de João Goulart etc...);

e) Por certo otimismo, caracterizado por importante crescimento econômico, pela modernização industrial e urbanização, mas com forte acirramento dos contrastes sociais;

f) Pelo importante crescimento da organização dos trabalhadores, marcado por mobilização e greves, como a dos trezentos mil em 1953, dos 500 mil em 1957 e dos 700 mil em 1963.

Como principais partidos políticos do período teríamos o:

- PTB – base de apoio constituída pelos dirigentes sindicais e grupos operários vinculados às políticas trabalhistas de Vargas. Defende um programa que incorpora a ideia de proteção legal ao trabalhador, reformismo social, nacionalismo, defesa das riquezas nacionais e estímulo ao desenvolvimento econômico através da ação estatal. Partido que mais cresceu nesse período. De 22 deputados em 1946 passa para 119 em 1962;
- PSD - de base conservadora, identificado com as forças ligadas à máquina governamental fora do âmbito trabalhista e aos grupos de poder oligárquicos de alguns estados (tem por base os interventores com experiência de muitos anos de controle político das máquinas administrativas estaduais) ;
- UDN – Abriga no início liberais e conservadores distantes ou decepcionados com o governo Vargas e até alguns membros da esquerda democrática. Entretanto, ao longo do tempo, assumi posições abertamente anticomunistas, antiestatais e sobretudo antigetulistas e apostam numa retórica moralista em termos dos costumes políticos. Defendia o liberalismo econômico e a abertura da economia ao capital estrangeiro.

Outros partidos menores também atuaram de modo importante no período como o Partido Comunista do Brasil (PCB) , o Partido Socialista Brasileiro (PSB) e o Partido Social Progressista (PSP).

Especificamente sobre o governo João Goulart, ele assume o poder em 1961 com a renúncia de Jânio Quadros, candidato da UDN, que pela primeira vez consegue ganhar uma eleição com uma votação expressiva,

sustentado na bandeira da moralidade pública e no combate à corrupção. Entretanto, Jânio renuncia com sete meses de governo, instalando uma grave crise política no país, pois parte importante dos setores militares não aceitam que João Goulart, vice de Jânio, filiado ao PTB (naquele período se votava no presidente e no vice presidente de modo independente) e tido como herdeiro do trabalhismo varguista, o qual no momento se encontrava em viagem diplomática à China Comunista, assumisse a presidência. Como decorrência disso se instala uma clara divisão no país, favorecendo que se encontre uma solução de compromisso para a crise: Jango assume a presidência mas em um regime parlamentarista. Entretanto, em 1963 ocorre um plebiscito sobre a manutenção ou não do parlamentarismo, previsto inicialmente para 1965. Volta do presidencialismo vence e Jango assume com plenos poderes.

Programa político de Jango, sobretudo nos anos finais do seu governo, assentado nas chamadas “reformas de base” (agrária, bancária, fiscal, tributária, universitária, urbana), mesmo com um teor bastante vago, cria expectativas nas esquerdas e nos setores populares e, na medida em que ameaça efetivamente avançar, assusta os setores reacionários e conservadores. Fantasma da implantação de uma *República Sindicalista* por parte de Goulart assombra os setores conservadores, fantasma obviamente explorado politicamente pelos adversários de Jango. Anticomunismo se torna uma forte bandeira do período. Através do Instituto Brasileiro de Ação Democrática (IBAD) fundado em 1959 e do Instituto de Pesquisa e Estudos Sociais (IPES) de 1961, empresariado conspira contra o governo. Jango radicaliza suas posições no Comício da Central do Brasil em 13 de março de 1964. Bandeiras vermelhas pedindo a legalização do PCB, anúncio do projeto de reforma agrária, faixas pedindo reforma urbana (que Jango anuncia que está em estudo), assustam as classes médias, os grupos políticos conservadores, as elites empresarias e os setores militares. Particularmente os episódios de quebra da hierarquia militar (sublevação dos sargentos em 1962, e sobretudo dos marinheiros e fuzileiros navais em 1964) acende um sinal de alerta entre certos setores das forças armadas e favorece a atração para as fileiras golpistas de militares que ainda permaneciam no campo legalista.

Com a escalada da crise, em 31 de março de 1964, o general Olympio Mourão Filho com apoio do Governador de Minas Gerais, mobiliza as tropas sob seu comando e avança em direção ao Rio de Janeiro, encontrando

apoio de unidades militares sediadas no Sudeste. Goulart abandona Brasília e se dirige para o Rio Grande do Sul, mas resolve não resistir. Com Goulart ainda em território nacional, o presidente do Senado declara vaga a presidência da República e o golpe se estabelece. De acordo com Napolitano,

Para situar o Governo Jango e o golpe que o derrubou, seria importante refletir sobre fatores conjunturais e históricos, no eixo de um tempo histórico estendido para além dos trinta meses do seu governo [...] No momento em que as esquerdas ameaçaram transformar sua agenda reformista em um projeto político de governo, o que aconteceu a partir do final de 1963, as direitas agiram. O ambiente político e o tipo de questões que estava em jogo – voto do analfabeto, reforma agrária, nacionalismo econômico, legalização do Partido Comunista Brasileiro – não permitiriam grandes conchavos à brasileira para superar a crise. Não porque os atores radicalizaram suas posições políticas, mas por serem inconciliáveis os valores estratégicos que informavam as agendas políticas, à esquerda e à direita (Napolitano, 2014 p. 17)

Especificamente em torno da saúde, que nos interessa aqui de perto, o que vinha acontecendo? Nossas perguntas principais nesse caso são: i) Em que medida há um discurso de reforma na saúde nos anos 1950/1960? ii) Que discurso é esse e quem o defende? Buscando responder essas questões, é preciso apresentar inicialmente as características gerais da saúde no período.

Tratando do tema, geralmente os estudiosos apontam um certa divisão no campo da saúde, tendo de um lado a saúde pública voltada às ações sanitárias de combate a endemias e epidemias subordinadas ao Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), em 1953 transformado em Ministério da Saúde, e a assistência médica individual vinculada aos diversos Institutos de Previdência, os chamados IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensões), subordinados por sua vez ao Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC). Como salienta Reis,

teríamos, de um lado a saúde pública fruto de iniciativas governamentais e voltado à população em geral, 'enorme, diversa e dispersa por todo o país', um bem coletivo a ser usufruído por todos sem restrição, ainda que

incipientes, conforme salienta Cristina Fonseca e de outro, a assistência médica individual por intermédio dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) dos anos 1930, cuja inclusão através da lógica corporativista, apresentaria um caráter fragmentário, segmentado e seletivo, portanto, não universalista e não inclusivo, nos termos da chamada 'cidadania regulada', de acordo com o conceito já consagrado de Wanderley Guilherme dos Santos, ou da lógica do 'só quem tem ofício tem benefício', assinalado por Angela de Castro Gomes [...]. Nesse sentido, o que se configuraria como característica geral da política de saúde no pós 1930, seria o caráter coletivo da saúde pública em contraposição à assistência médica individual oferecida pela previdência, o qual expressaria, no limite, a ideia de que apenas os problemas de saúde que ameaçassem a coletividade seriam reconhecidos como responsabilidade do poder público (2020, p. 409-410).

Embora estabelecida entre 1930-1945, pode-se dizer que tal estrutura de saúde pública permanece, em suas linhas gerais, nos anos seguintes de 1945-1964. De acordo com Hochman, por exemplo, o período do primeiro Governo Vargas, pode ser considerado, “o marco mais definitivo no processo de construção institucional da saúde pública” quando se organizou e consolidou a “estrutura administrativa que permaneceu quase inalterada até a criação do Ministério da Saúde em 1953 e, de certo modo (...) até os anos 60” (2001, p.135). De modo semelhante, para Cristina Fonseca, sobretudo com “as alterações institucionais definidas em 1941”, se consagrou o “modelo de gestão em saúde pública que deixaria marcas nessa área durante décadas e do qual ainda somos herdeiros” (2007, p.244)

Duas mudanças específicas da saúde pública no período foram:

a) a criação do Ministério da Saúde em 1953, aspiração antiga de médicos atuantes na saúde pública.

b) e a reorganização dos antigos *Serviços Nacionais* no *Departamento Nacional de Endemias Rurais* (DNERu), pela Lei n. 2.743, de 6 de março de 1956, com o “propósito de unificar os esforços dispersos e, às vezes, redundantes que se faziam para controlar ou erradicar as doenças de massa, por meio de ‘técnicas modernas de sanitário’, dando-se maior rendimento as campanhas existentes” (Fonseca, 2001, pp. 300-

302), de modo a promover, nos termos de Torres, a “recuperação das condições sanitárias de áreas estratégicas para o desenvolvimento nacional, especialmente as vias e estradas rurais próximas às áreas férteis e dotadas de potencialidade econômica” (2023, p. 73)

Entretanto, o que se observa é que apesar da intenção de alguns médicos e sanitaristas de incluir a “assistência médica na saúde pública”, de “não estabelecer distinção entre ações curativas e preventivas”, é a “permanência da tensão” entre esses dois campos, com o “sistema assistencial vinculado ao circuito corporativo-previdenciário (no Ministério do Trabalho Indústria e Comércio, depois Ministério do Trabalho)”, sem ser “objeto de propostas mais radicais de incorporação à saúde pública” (Lima; Fonseca; Hochman, 2005, p.50- 51).

Mesmo a criação, em 1953, no chamado Segundo Governo Vargas, de um Ministério exclusivo para a saúde, como resultado da mobilização de médicos e sanitaristas que atuavam no serviço público e de certos interesses políticos, não representou um rompimento com o processo de cisão entre saúde pública e assistência médica individual, permanecendo tais ações inscritas em estruturas ministeriais apartadas. Segundo Escorel, também o DNERu não conseguiu atingir seu objetivo de propiciar maior integração e coordenação das estruturas de saúde pública, que permaneceram fragmentadas, dispersas e marcadas “[...] por uma multiplicidade de ações superpostas” (2000, p. 100-102).

Ou seja, no campo da saúde pública o “[...] combate às endemias rurais e às doenças transmissíveis” mantém-se “como a principal preocupação dos organismos de saúde pública (Lima; Fonseca; Hochman, 2005, p. 50), enquanto no âmbito da assistência médica individual se observa um paulatino processo de fortalecimento de ações voltadas à medicina previdenciária que “se amplia significativamente a partir de fins da década de 50 [...] e assume predominância a partir da segunda metade dos anos 60” (Braga; Paula, 1981, p. 52), em consonância com o avanço do processo de urbanização e industrialização do país de modo a preservar a saúde da força de trabalho urbana.

Dito isso, importa salientar que apesar da manutenção de certas linhas de continuidade que vem do 1ª Governo Vargas, podemos dizer que ao longo dos anos 1945-1964 se verifica, um elemento novo das políticas do

período, isto é, a vinculação crescente do tema da saúde aos “problemas do desenvolvimento e da pobreza”, ou seja, à crença na ideologia desenvolvimentista e no planejamento estatal como base para “superação da doença e do subdesenvolvimento”, com o “deslocamento das discussões e do processo decisório para o legislativo e para a esfera política”, num ambiente de “competição democrática” (Lima; Fonseca; Hochman, 2005, p. 49-51).

De acordo com Hochman,

Do ponto de vista da política nacional, essas relações entre saúde e desenvolvimento aparecem de alguma maneira em todas as mensagens presidenciais a partir de 1949, quando Dutra reconheceu que ‘as condições sanitárias de um país circunscrevem-lhe rigidamente o desenvolvimento econômico-social’. As relações entre saúde, doença e pobreza e a necessidade de romper o ‘ciclo vicioso da doença e pobreza’ e compreender os ‘custos da doença e o valor da saúde’ foram incorporadas no debate brasileiro por todos os protagonistas. Sintoma da centralidade dessa discussão é o fato da 5ª Assembleia Mundial da Saúde (Genebra, 1952) ter como conferencistas convidados o economista Gunnar Myrdall e o sanitarista Charles Winslow, expoentes e formuladores das principais teses sobre as relações entre doença, pobreza e subdesenvolvimento. (2009, p. 317)

Entretanto, embora incontestado no imaginário do período - em consonância com o “otimismo sanitário” do pós 2ª guerra, que se valia dos avanços obtidos com a “disponibilidade dos novos recursos preventivos e terapêuticos – inseticidas, antibióticos, sulfas e antimaláricos”, animando “governos, agências bilaterais de cooperação e organizações internacionais a formular e implementar programas de saúde visando controlar, e mesmo erradicar, doenças no chamado mundo subdesenvolvido em tempos de Guerra Fria” (Hochman, 2009, p. 315) - tal pressuposto desenvolvimentista, como salienta Reis, “não gerava um sentido único e uniforme”, daí emergindo “tanto defensores da ideia de que a partir da implantação de uma moderna infraestrutura de saúde, de uma adequada educação sanitária e de mais conhecimentos e profissionais técnicos e qualificados” se resolveria os problemas sanitários, propiciando então desenvolvimento, prosperidade e

superação da pobreza, quanto os que salientavam quase o processo inverso: desenvolvimento, com prosperidade econômica e social, seria pré-condição para melhorias gerais nas condições de saúde (2015, p. 279-280).

Com efeito, e aqui um ponto fundamental que nos interessa de perto, especificamente no âmbito da saúde pública no Brasil, nos anos 1950 se começa a observar uma crítica importante ao modelo hegemônico no setor, tido como “campanhista” e marcado por ações verticalizadas. Trata-se dos chamados *sanitaristas desenvolvimentistas*, entre os quais se destacam as figuras dos médicos Mario Magalhaes da Silveira, Carlos Gentile de Mello e Samuel Pessoa, defensores da proposição de que seria por intermédio do desenvolvimento econômico com prosperidade social que se alcançariam melhorias gerais nas condições de vida e, por conseguinte, também nas condições de saúde (Reis, 2015, p. 280). Sendo assim, para os sanitaristas desenvolvimentistas, “investimentos excessivos em saúde, além de custosos, por si só não trariam resultados proporcionais em termos sanitários, ainda que ações médicas básicas possibilitassem condições mínimas indispensáveis para até mesmo inserir determinado país na rota do progresso e do desenvolvimento, este, sim, prioritário e fundamental.” (Reis, 2015, p. 280).

Ainda que não se observe na atuação dos sanitaristas desenvolvimentistas a defesa explícita de um processo de superação da cisão entre saúde pública e assistência médica individual, tinham a expectativa de implantar, como dito por um de seus maiores representantes, o sanitarista Mário Magalhães, “outro plano, outra política de Saúde Pública no Brasil” (Magalhães, *apud* Silva; Morel, 2008, p. 90).

Quais seriam então, os antagonismos entre as propostas do sanitarismo desenvolvimentista e do sanitarismo campanhista e sepiano apontadas pela literatura de saúde coletiva, aliás de maneira bastante polarizada:

- i) Ação vertical X horizontalidade das ações;
 - ii) Foco no combate a doenças específicas, portanto estruturas autônomas e verticalizadas X integração das estruturas de saúde;
 - iii) Centralização das políticas e serviços de saúde X expectativas de descentralização ou de municipalização dos serviços ;
- Modelo do campanhismo e do SESP (Serviço Especial de Saúde Pública⁴) são acusados de:

4 O SESP foi criado em 1942 “como parte de um processo de aproximação entre o Brasil e EUA, no contexto da Segunda Guerra Mundial, tendo em vista os interesses

iv) Dispendioso;

v) Com exigência de formação profissional elevada e instalações caríssimas e sofisticadas mas de baixa eficiência em geral (Reis, 2015, p. 285-286)

No entanto, vários trabalhos mais recentes têm procurado matizar e complexificar de algum modo esses antagonismos, como os de Campos (2006), Paiva (2004), Mello (2010) e Faria (2007), seja

observando maior pluralidade e diferença nos referidos modelos (entre cada um deles e entre *sespianos* e *campanhistas*) seja indicando não só uma razoável circulação entre atores filiados a uma ou outra orientação, como também convivências e admirações decorrentes de inscrições em redes de sociabilidades próprias aos circuitos de amizade e relacionamento no campo da saúde pública” (REIS,, 2016, p.286) .

Inspirada no trabalho de Mello (2010), Christiane Torres, por exemplo, assevera que

havia naquele período, ainda que com divergências ideológicas e de prioridades, um coletivo em torno da ideia geral de organização dos serviços, fracionado em pelo menos quatro grupos: num primeiro, sanitaristas com envolvimento direto nas políticas de saúde, mas principalmente voltados para os princípios técnicos da organização dos serviços de saúde em torno dos Centros de Saúde distritais; em outro grupo, sanitaristas com experiências no combate seletivo de doenças endêmico-epidêmicas, o modelo vertical; num terceiro, os “*sespianos*”, partidários de um modelo médico-sanitário horizontal; e por último, sanitaristas influentes que criticavam o modelo de saúde desalinhado do desenvol-

norte-americanos em torno da borracha na região do Vale Amazônico. Atuou com o objetivo inicial de cuidar do saneamento nesta região, notadamente no que diz respeito ao controle da malária, além de outras funções menores (treinamento de profissionais de saúde – médicos, enfermeiros e engenheiros sanitários – e colaboração com o Serviço Nacional de Leprosia). Logo ampliou suas atividades e começou a atuar também na região do Vale do Rio Doce por ser uma importante área mineradora (Campos, 2000, p. 207). Com o fim da Segunda Guerra, permaneceu no Brasil e ampliou muito suas funções e área de atuação, servindo como instrumento de expansão autoridade pública no Brasil” (Reis, 2015, p. 280).

vimento econômico, sobre os quais seria estruturada a visão do “sanitarismo desenvolvimentista ((2023., p. 66).

Sendo assim, nos termos de Reis,

embora com diferenças inegáveis, as diversas posições eram muito complexas e multifacetadas para comportarem uma visão absolutamente polarizada, sendo a imagem de um pêndulo, conforme sugere o historiador inglês John Farley, que oscila em uma ou em outra direção – ora mais desenvolvimentista, ora mais próxima de uma concepção que privilegia as ações sanitárias na relação saúde/desenvolvimento – a mais adequada para dar conta dos sentidos e direções atribuídos ao círculo vicioso pobreza/doença (2015, p. 300).

Saindo do campo da saúde pública, importante apontar, no que se refere à assistência médica previdenciária, que também aí relevantes mudanças vinham ocorrendo, numa perspectiva que buscava avançar no sentido de adotar orientações mais próximas a lógica da *seguridade social*⁵.

Como salientam Paiva e Pires-Alves,

[,,] a legislação previdenciária, a partir da Constituição de 1946, gradualmente passa a adotar a noção de seguridade social, segundo a qual as sociedades, por meio do estado, têm responsabilidades naturais e imperativas na proteção dos seus cidadãos no que tange à saúde, à previdência e à assistência social. Essa nova orientação tornava de imediato a assistência médica parte das atribuições dos órgãos de previdência, os então denominados institutos de aposentadorias e pensões, e por volta de 1950 a totalidade dos institutos existentes já prestavam esse tipo de serviço (2021, p. 109).

5 Segundo Vianna, “seguridade social é um termo cujo uso se tornou corrente a partir dos anos 40, no mundo desenvolvido e particularmente na Europa, para exprimir a ideia de superação do conceito de seguro social no que diz respeito à garantia de segurança das pessoas em situações adversas. Significa que a sociedade se solidariza com o indivíduo quando o mercado o coloca em dificuldades. Ou seja, significa que o risco a que qualquer um, em princípio, está sujeito – de não conseguir prover seu próprio sustento e cair na miséria – deixa de ser problema meramente individual e passa a constituir uma responsabilidade social, pública” (2007, p.173).

Nesse caso, importante observar a discussão ocorrida em torno da criação do Instituto dos Serviços Sociais do Brasil (ISSB) levada a efeito no último ano do primeiro governo Vargas (1945). Inspirada em um princípio de “solidariedade social”, acompanhando certo clima internacional propenso a reformas do pós Guerra, tinha por objetivo avançar em termos da universalização e ampliação dos benefícios e serviços, inclusive da assistência médica, bem como promover a unificação administrativa e financeira da previdência. Nos termos de Malloy, possibilitar a “[...] cada um de acordo com seus meios, e para cada um de acordo com sua necessidade” (1986, p. 91-92).

O plano do ISSB envolvia, um “radical e grandioso esquema de reformas”, organizado em “três dimensões funcionais que dariam uma cobertura do ‘berço ao túmulo” (Maloy, 1986, p. 92). O decreto que o estabelecia, “estipulava (...) a universalização da previdência e atribuía à assistência médica importância equivalente aos benefícios” (Cohn, 1980, p. 10). Na exposição de motivos da comissão organizadora do ISSB era dito que ele deveria “[...] alcançar, em seu amparo, todos os habitantes do território nacional”, representado “um marco na história da previdência social brasileira”, sendo capaz de influenciar “[...] toda e qualquer tentativa de racionalização e mesmo unificação dos anos posteriores” (Cohn, 1980, p. 11, grifo meu).

Acompanhando Hochman, pode-se dizer que a proposta de criação do ISSB significava “[...] o desmantelamento de toda uma estrutura de diferenciação que prevalecia no sistema previdenciário”, demarcando “um corte radical com o modelo então vigente no Brasil e contemporânea às propostas debatidas no exterior” (1988, p. 86), o que, convenhamos, não é pouca coisa. Nesse sentido, de acordo com esse autor,

A organização do ISSB, com a reestruturação da previdência social e sua ampliação incluindo a assistência social, era vista como necessária ao progresso do país e, dentro dessa finalidade, o projeto deixa ‘de lado classificações de grupos profissionais distintos, preceituando, antes, a congregação de todos os nacionais ou estrangeiros no país, que aufram rendimentos (...) como contribuintes do regime de previdência e assistência social’ (...). Dentro do ‘espírito da época’, o projeto do ISSB traz consigo além da proposta da unificação dos Institutos e das Caixas, a universalização dos benefícios, a uniformização dos regimes de contribuição e a inclu-

são da assistência médica como direito dos segurados. Isso implicaria uma reformulação do conceito de cidadania, até então regulada pelo Estado e estratificada por categorias profissionais, para uma concepção de 'congregação de todos os nacionais e estrangeiros radicados no Brasil'. Enfim, a formulação clássica de cidadania definida como um 'status concedido àqueles que são membros integrais de uma comunidade (1998, p. 88).

Como salienta Reis, a proposta era

bastante ousada, porquanto rompia em grande medida com os fundamentos da propalada cidadania regulada e pouco ficava aquém do que se advogava na Europa de então em termos de política social. De qualquer forma, embora estabelecido pelo decreto-lei nº 7526 de 07 de maio de 1945, o ISSB acabou não vingando, decorrendo isso de resistências diversas (2020, p.423).

Alguns anos à frente, em 1954, acompanhado Malloy, Vargas, diante de certo impasse no legislativo, se vale do seu poder e emite um decreto, de nº 35.448, com o objetivo de reformar o sistema previdenciário e implantar uma Lei Orgânica da Previdência (1986, p. 102). De acordo com esse autor, tal decreto “ligava-se explicitamente às ideias gerais do decreto gorado de 1945, que criava o ISSB”, embora considere que o que se pretendia era uma “pálida imitação do plano de 1945”, porquanto “não abrangia o conceito de unificação” e mantinha o “sistema de recurso múltiplos”. De qualquer forma, tinha a pretensão de “englobar todas as classes, alcançando inclusive os trabalhadores rurais, os domésticos e os autônomos”, que poderiam “[...] integrar-se ao sistema voluntariamente desde que pagassem as contribuições do empregado e do empregador” (1986, p. 102).

Mais uma vez tal proposta fracassa, pois com o suicídio de Vargas em 1954, Café Filho, revoga o referido decreto “[...] sob a alegação de que constituía um exercício inconstitucional” (Malloy, 1986, p. 102). Apesar desse novo fracasso, o que se observa novamente aqui é certa intenção de ampliação do acesso à proteção social, para além dos limites estabelecidos pelo princípio da “cidadania regulada” (Santos, 1979) ou da lógica do “só quem tem ofício tem benefício”(Gomes, 1988).

Entretanto, finalmente em 1960 ocorre a aprovação da Lei Orgânica da Previdência social (LOPS), “[...] após 13 anos de luta legislativa” (Malloy, 1986, p.109), que uniformizava tanto as contribuições quanto os serviços e benefícios, conferindo a eles a “[...] mesma importância na definição das finalidades da previdência social” (Cohn, 1980, p. 13). Embora mantivesse a estrutura fragmentada do sistema, inovava por estabelecer uma direção efetivamente colegiada nos institutos, importante bandeira dos trabalhadores, (Hochman; Maio; Lima, 1989, p. 72; Vianna, 2000, p. 159)⁶. Como sugere Santos, formulador intelectual do conceito de *cidadania regulada*, a implantação da LOPS pode ser vista como a expressão inicial de um processo que buscava “minar” o princípio de uma cidadania caracterizada pela inserção dos indivíduos em alguma ocupação reconhecida e definida em lei (1979 p. 79), ou, como quer Vianna, a “[...] única mudança infringida a esta arquitetura organizacional”, se referindo aos “[...] padrões desiguais de proteção” a “clientela hierarquizada” e as “mediações corporativas” até então vigentes (2000, p. 141).

Nos Termos de Kerstenetzky, a LOPS, refletiria uma importante mudança “na direção da universalização da seguridade”, porquanto buscava a “uniformização do sistema” e estabelecia “um conjunto de 18 benefícios e serviços” (2012, p.197), com a possibilidade de integrar à previdência “grupos novos, como os profissionais autônomos e liberais” (Malloy, 1976, p. 18), embora mantivesse de fora o enorme contingente de trabalhadores rurais e os empregados em serviços domésticos que permaneceriam na condição de pré-cidadãos⁷. Para Oliveira e Teixeira, importantes estudiosos da previdência, a promulgação da LOPS seria “um marco [na] derrota final do modelo contencionista, ao estender para o conjunto dos segurados da Previdência, um plano extremamente amplo de benefícios e serviços”(1986, p. 166).

6 O apoio dos bancários à LOPS, “deveu-se fundamentalmente à inclusão nessa lei da chamada direção colegiada, isto é, a presidência seria exercida por representantes da União, dos empregadores e dos trabalhadores em rodízio”, tendo em vista o fato de até então manifestar forte oposição “a qualquer forma de uniformização”. (Hochman, 1992, p. 121)

7 Os trabalhadores do campo somente em 1963, com a promulgação do Estatuto do Trabalhador Rural, que pretendia estender os “direitos trabalhistas e previdenciários aos trabalhadores rurais fora da lógica contributiva”, puderam ser considerados, embora com evidentes limites em termos concretos diante do golpe civil militar que depõe o governo Goulart logo no ano seguinte. (Kerstenetzky, 2012, p. 198)

Diante de tudo que foi visto, acompanhando Reis “o que parece ficar claro” é que “com todos os limites observados (exclusão dos rurais principalmente) [...] é que entre os anos 1945-1964 se verificou um processo que pretendia avançar [...] no sentido da universalização da previdência e da ideia mais ampla de seguridade social”, processo em boa medida barrado por resistências de certos setores e novamente frustrado pelo golpe civil militar de 1964⁸ (2020, p. 425).

Voltando a saúde pública, um dos eventos mais importantes desse período foi a *III Conferência Nacional de Saúde* em 1963, que procurou lançar as bases de uma nova agenda para a saúde, considerado por alguns estudiosos “o evento dramático final da saúde pública na experiência democrática” (Lima; Fonseca; Hochman, 2005, p. 54). Convocado pelo Ministro da Saúde Wilson Fadul, teve como secretário geral Mário Magalhães da Silveira, expoente do sanitarismo desenvolvimentista, servidor do Ministério da saúde encarregado de coordenar o Grupo de Planejamento desse Ministério com a atribuição de elaborar o Plano Nacional de Saúde. Organizada seguindo as diretrizes do *Plano Trienal*⁹ do Governo Goulart e as recomendações do *XV Congresso Brasileiro de Higiene* ocorrido no Recife em 1962 - congresso nesse momento hegemônico pelo grupo de sanitaristas desenvolvimentistas que haviam assumido o controle da tradicional *Sociedade Brasileira de Higiene* - a *III Conferência* teve como temas principais:

8 Objetivamente e contraditoriamente certos trabalhadores só puderem se incorporar à previdência social após a unificação ocorrida em 1966 com o golpe civil militar de 1964, estabelecendo a inclusão dos rurais em 1971 (Prorural/Funrural), dos empregados domésticos em 1972 (lei 5.899) e dos trabalhadores autônomos em 1973 (lei 5890), o que em alguma medida pode ser explicado pela necessidade de angariar apoio e aquiescência por parte do regime militar tendo em vista o significado e a importância crescente do sistema previdenciário e o risco potencial de insatisfação envolvendo contingentes expressivos da população brasileira que se encontravam ausentes de qualquer horizonte de proteção social.

9 O Plano Trienal, elaborado pelo ministro Celso Furtado, pretendia estabilizar a economia através da redução da inflação com “restrição salarial, restrição ao crédito e corte de despesas do governo” para num segundo momento promover a “retomada do desenvolvimento, a partir das reformas estruturais: administrativa, fiscal, bancária e agrária”. Entretanto, “o fato é que o pacto social necessário para fazer o plano deslanchar não funcionou”, porquanto não obteve apoio do movimento sindical, “insatisfeito com o corte de salários em um contexto inflacionário”, das esquerdas e nem do empresariado, “que inicialmente fora a favor” mas que retira “seu apoio por volta de abril de 1963”. (Napolitano, 2014, p.40-41). Ver também: (Ferreira, 2003, p. 363-366)

- i) situação sanitária da população brasileira- apreciação geral do problema;
- ii) a distribuição das atividades médico sanitárias nos níveis Federal, Estadual e Municipal;
- iii) Municipalização dos serviços de saúde e :
- iv) Fixação de um Plano Nacional de Saúde (Fundação Municipal de Niterói, 1992, p. 8).

De acordo com Carlos Paiva e Fernando Pires-Alves, tal evento foi,

uma tentativa de estabelecer um programa setorial que sintonizasse a saúde com aqueles movimentos que empolgavam boa parte dos segmentos progressistas da sociedade. O propósito explícito da reunião era estabelecer novas diretrizes para a política de saúde e sua execução por meio de programas consistentes, tomando por fundamento as recomendações do XV Congresso Brasileiro de Higiene, que então expressavam as convicções dos sanitaristas desenvolvimentistas, e o plano Trienal, recém anunciado pelo Executivo (2021, p. 111).

Interessante acompanhar o discurso de abertura do Presidente João Goulart na referida Conferência:

Permitam-me, porém, os eminentes técnicos dos sistemas de Saúde Pública do país, valendo-me da experiência do constante convívio com os trabalhadores das cidades e com a verdadeira massa de párias da nossa agricultura, que faça uma advertência, diante de enganadoras perspectivas que possam abrigar, segundo as quais é possível obter-se uma profunda melhoria da saúde de nossas populações, com a simples aplicação de medidas de ordem médico-sanitária: a Saúde, sabem os senhores mais do que eu, é um índice global, resultante de um conjunto de condições - boa alimentação, habitação higiênica, roupas adequadas, saudável regime de trabalho, educação, assistência médico-sanitária, diversões e ainda outros fatores que só podem ser conseguidos em consequência do desenvolvimento econômico da nação e da distribuição equitativa de suas riquezas

(Fundação Municipal de Niterói, 1992, p. 24).

Aqui o que claramente reverbera, são as teses do sanitarismo desenvolvimentista, vale dizer, a ideia da saúde como resultado de determinadas condições gerais de desenvolvimento, e que no processo de *reforma sanitária* que originou o SUS, aparece como determinantes sociais da saúde, vale dizer, “boa alimentação, habitação higiênica, roupas adequadas, saudável regime de trabalho, educação, assistência médico-sanitária, diversões e ainda outros fatores” relacionados ao “desenvolvimento econômico da nação e da distribuição equitativa de suas riquezas.”

Apesar do ímpeto reformista e dos anseios de mudança observados nas recomendações e orientações da 3º Conferência terem se frustrado com o golpe civil militar de 1964, interessante observar que de um modo geral o entendimento que se tem por parte da literatura, como salientam Paiva e Pires-Alves, é que “parte dos princípios e diretrizes operacionais manifestos na 3º Conferência continuaram presentes como integrantes do acervo de prescrições do pensamento em saúde” e que vários dos seus “temas e recomendações” guardariam “[...] proximidade com as formulações que mais tarde formariam o núcleo das prescrições presentes nas estratégias de universalização da cobertura dos serviços” (2021, p. 115;111-112).

Talvez por isso parte significativa da literatura produzida por militantes e quadros importantes da reforma sanitária, entendem que os sanitaristas desenvolvimentistas antecipariam muitos dos temas e questões que depois viriam a se tornar centrais nas proposições da reforma. David Capistrano Costa Filho, por exemplo, uma das mais importantes figuras da Reforma Sanitária, identifica Mário Magalhães, Samuel Pessoa e Carlos Gentile de Mello como intérpretes de um momento inaugural – os chama de “pioneiros” do “debate realmente sério da problemática da saúde” no Brasil, os que foram capazes de “estabelecer liames entre economia e saúde”, palavras dele. (*apud* Costa Filho, 1978, pp. 65-66.)

Na apresentação de um relatório de pesquisa sobre os “Antecedentes da Reforma Sanitária”, Sonia Fleury Teixeira e colaboradores, por exemplo, em trabalho antigo mas muito citado quando se menciona o sanitarismo desenvolvimentista, dizem o seguinte:

ao investigar a constituição do movimento sanitário desde suas origens acadêmicas até suas formas de expressão

mais claramente políticas (...) a análise das publicações do CEBES nos remeteram, no entanto, a um outro período da história que não havia sido originalmente problematizado por nós. [...] Samuel Pessoa, Calos Gentile de Mello, Mário Magalhães, entrevista com o Ministro Wilson Fadul, etc. Enfim, na sua origem o movimento sanitário procura recuperar o legado de uma época, que estava sendo interdito pelo regime autoritário. Tratava-se de resgatar no pré-64 as discussões que se desenvolveram no seio do movimento do sanitário desenvolvimentista, desde as relações de saúde com o processo de desenvolvimento econômico até a tímida proposta de uma reforma sanitária no programa de Reformas de Base em 1963 (Teixeira, 1988, s/p).

É possível sugerir, como salienta Reis, que “na perspectiva de constituir uma memória e uma história que estabelecessem linhas de continuidade adequadas politicamente ao reformismo sanitário do referido período” – “recuperar o legado de uma época”, que estaria “sendo interdito pelo regime autoritário” como dito por Teixeira e colaboradores acima – tal literatura acabaria por se apropriar de modo interessado de certas teses do sanitário desenvolvimentista acabando “por exagerar ou absolutizar certos antagonismos” com o chamado sanitário campanhista. (Reis, 2016, p. 215).

Hochman, por exemplo, considera que a suposta polarização entre sanitário desenvolvimentista e sanitário campanhista, pelo menos até o fim dos anos de 1950, seria “artificial”, além de “construída contemporaneamente por uma bibliografia que, oriunda do campo da saúde coletiva, o fez à luz da reforma sanitária brasileira dos anos 1980” (2009 p. 316).

De qualquer modo o que talvez precise ser dito aqui é que independentemente da existência de importantes linhas de continuidade tanto entre o sanitário desenvolvimentista e a agenda mais tradicional da saúde pública quanto entre as proposições da reforma sanitária e do reformismo proposto pelo sanitário desenvolvimentista, o fato é que inequivocamente certa radicalização desse processo pode ser observado aqui, sobretudo nos anos de 1960 em diante, notadamente nos anos finais do governo Goulart, embora não só, quando certos antagonismos claramente se acentuaram. Nos termos do historiador John Farley, o pêndulo parecia oscilar na direção das posições desenvolvimentistas e reformistas na saúde.

Nesse sentido, parece correto sugerir, acompanhando Campos (2006, p. 265), que os anos críticos atravessados pela Guerra Fria em alguma medida explicam certas tensões observadas nesse período no Brasil. O sanitarista Mário Magalhães, tido por muitos, como Sarah Escorel, “[...] o principal mentor do pensamento anti-hegemonico do sanitarismo desenvolvimentista” e que “a partir de 1953, com a criação do Ministério da Saúde” passa a “colaborar diretamente com os ministros da pasta” (2000, p. 96), aponta que isso viria desde o governo Dutra, lembrando que era comum seus adversários acusarem de comunista àqueles que diziam, como ele, que “[...] a saúde pública não era assunto de médicos, mas de desenvolvimento”. E adiante acrescenta: “Não era fácil essa designação, no tempo do Dutra! Apesar de ter sido um governo legal, foi muito reacionário” (Magalhães, *apud* Silva; Morell, 2008, p. 86).

Em uma conferência pronunciada em 1962, em Genebra, nas Nações Unidas, o sanitarista acusa os economistas dos países ocidentais, e seus “epígonos nos países subdesenvolvidos” de afirmarem a “incompatibilidade entre desenvolvimento econômico e crescimento demográfico”, criando a “necessidade de que nos países subdesenvolvidos, recebamos com suspeitas e espírito crítico os programas de reformas sociais originadas nessas países para serem aplicados nos nossos” (Magalhães, *apud* Silva; Morell 2008, p. 108). Acusa de visão importada, certas ideias trazidas de fora por organismos internacionais e por “técnicos nacionais que, pela sua formação ‘científica’ ocidental não se libertaram das ideias que lhes foram impostas” (Magalhães; Silva; Morell, 2008, p. 108). Critica as teses do Fundo Monetário Internacional (FMI), considerando que elas podem “[...] ser excelentes para os países desenvolvidos, mas que não servem” para os países da América Latina (Magalhães; *apud* Silva; Morell, 2008, p. 109). Salaria, ademais que “[...] na programação das atividades sanitárias, a palavra final deve ser reservada a técnicos brasileiros” (Magalhães, *apud* Silva; Morell, 2008, p. 104). Nesse sentido, considera “nefasta” a interferência “das organizações internacionais” e um “grande perigo” que tem prejudicado “muito o desenvolvimento sanitário dos países da América do Sul, e conseqüentemente seu desenvolvimento econômico”, com a proposição de “planos e programas para que esses países gastassem inutilmente seus recursos” (Magalhães, *apud* Silva; Morell, 2008, p. 92). Como se vê, nos termos de Magalhães, havia

todo um conjunto de interesses estrangeiros tensionando o quadro político e social do país, de modo a impor suas teses, teses essas que pouco serviam ao verdadeiro desenvolvimento nacional.

Outro ponto importante que vale destacar como tentativa de enfrentar certa questão tida como fundamental em termos de transformações das políticas de saúde vigentes no Brasil no período que estamos analisando, foi o problema da indústria farmacêutica. Desde 1961, por exemplo, ainda no curto Governo Jânio Quadros, houve a instalação de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) com o objetivo de, segundo Bortone

investigar a progressiva e alarmante absorção ou encampação das indústrias farmacêuticas nacionais pelos trustes ou grupos monopolistas internacionais; o aumento abusivo do custo dos medicamentos; o lançamento excessivo e desordenado de novas especialidades farmacêuticas similares às já existentes, como estratégia para burlar os tabelamentos de preços, e produtos com dosagens de ingredientes diferentes dos declarados; além de remessas ilegais de lucros para suas matrizes no exterior (2022, p. 170).

No relatório do ministro da saúde Estácio Souto Maior, (ministro de agosto de 1961 a junho de 1962) apresentado no XV Congresso Brasileiro de Higiene de 1962 já mencionado, ele afirma - como um dos princípios de política sanitária apresentadas ao Conselho de Ministros e depois aprovado no Congresso Nacional, - que se deveria,

[...] promover o fortalecimento e aprimoramento da indústria farmacêutica, procurando evitar a sua progressiva desnacionalização e fomento da indústria química destinada à produção dos elementos necessários à higiene e à profilaxia das doenças prevalentes no país e estudar a possibilidade da instalação se necessário, de fábricas de propriedade do governo para a produção desses agentes químicos profiláticos” (*apud* Silva; Morrell, 2008, p. 359).

Considera que já há algum tempo a indústria farmacêutica nacional vinha sendo absorvida por capitais estrangeiros e que desde “a instrução

113 da SUMOC (Superintendência da moeda e do crédito), esse processo de desnacionalização de tão importante ramo do nosso parque industrial entrara em verdadeiro processo de liquidação no que se refere aos capitais nacionais”. Menciona a comissão de sindicância estabelecida em 1961 para investigar o assunto, cuja conclusão foi a de que “a situação verdadeira era muito pior do que se imaginava” (*apud* Silva; Morell, 2008, p. 365).E em seguida afirma:

[...] para que se tenha ideia do grau de desnacionalização a que chegou esta indústria basta referir que, de acordo com os elementos coligidos pela referida comissão em maio do corrente ano, apenas 15% do capital desta indústria pertence a nacionais, e o processo de desnacionalização continua” (*apud* Silva; Morell, 2008, p. 365)..

Isso se agravaria sobremaneira porque a indústria farmacêutica não pode ser enquadrada, dada sua situação particular, “no esquema geral de capitais estrangeiros: dividendos lucros e royalties etc,” (*apud* Silva, Morell, p. 365), e isso pelas seguintes razões:

- a) por estar ligada a questão fundamental da saúde da população e por isso os “remédios tem de ser sempre os melhores e os mais modernos”, em que pese certa exploração do setor que lança novos produtos sem diferença com os antigos de modo a obter lucro e explorar a “infelicidade alheia”;
- b) Pelo fato da indústria farmacêutica nacional ser “das mais antigas e prósperas” e recentemente vem sendo “vertiginosamente absorvida pelo capital estrangeiro”;
- c) Devido ao domínio da referida indústria por grandes laboratórios estrangeiros, que vem se constituindo em oligopólios “com as conseqüências conhecidas de manipulação de preços” e “com evidentes prejuízos para a coletividade”;
- d) Também pelo fato desse domínio dos “grandes laboratórios estrangeiros”, com nosologias diferentes da realidade brasileira, os dissociar dos “interesses fundamentais da população brasileira” e assim se “desinteressar[r] da descoberta de medicamentos que [nos] são necessários”;

Sendo assim, conclui que cabe ao governo “tomar um interesse particular em relação a esta indústria”, pois “não é possível deixar em mãos estrangeiras, mesmo amigos, instrumento de tal importância para a vida e saúde do brasileiro” (*apud* Silva; Morell, 2008, p. 365-367).

Diante disso, neste mesmo XV Congresso, as recomendações que são feitas estabelecem a necessidade do governo brasileiro denunciar de forma imediata a,

[...] Convenção da União de Paris, de 20/03/1883, para proteção da propriedade industrial, à qual o Brasil aderiu em 06/09/1929. Com essas denúncias pretendemos não mais reconhecer o direito de patentes para técnicas de produção e fabricação de medicamentos, técnicas essas que se tornarão de propriedade pública, permitindo-se assim produzir e fabricar o que precisamos, sem ônus de pagamento de ‘royalties’ e de ‘Know-how’, como aliás acertadamente, em benefício de seus povos e de sua indústria, já fizeram o Japão e a Itália”. (*apud* Luz, 1979, .p. 100).

Sugere também a formação de uma comissão a ser nomeada pelo “Exmo. Presidente da República, com a finalidade de formar uma sociedade por ações, semelhante a Petrobras, que poderá se denominar FARMOBRÁS” (*apud* Luz, 1994, p. 100), com as seguintes atribuições:

“a) produção de matérias primas para a indústria farmacêutica brasileira; b) Criação de um centro de pesquisar científicas e técnicas químico-farmacêuticas; c) Fomentar a produção de medicamentos à custa de matérias primas nacionais, derivados e subprodutos já produzidos pela Petrobrás, pela Companhia Nacional de Alcalis, predominantemente daqueles produtos que se destinam à medicina de massa; d) aquisição no exterior de matérias primas necessárias indústria farmacêutica ainda não produzidas no Brasil em quantidade e qualidades suficientes” (*apud* Luz, 1994, p. 100-101) .

Como iniciativa concreta nesse sentido, ocorreu a criação, pelo Ministro da Saúde Wilson Fadul, do GEIFAR (Grupo Executivo da Indústria

Farmacêutica), através do Decreto nº 52.471 de 1963 e que tinha “como competência”, segundo Bortone

[...] entre outras coisas, supervisionar e proibir a importação de matérias-primas fora da concorrência internacional; controlar e uniformizar os preços dos produtos acabados; estabelecer diretrizes básicas para o desenvolvimento da indústria química de base nacional, mediante a concessão de incentivos fiscais e creditícios; elaborar a relação básica e prioritária de medicamentos mais necessários com a finalidade de conceder estímulos às empresas nacionais para a sua produção; estudar a reforma do Código de Propriedade Industrial com objetivo de evitar o monopólio dos processos de fabricação de produtos químico-farmacêutico; levantar as necessidades dos laboratórios estatais e dotá-los dos meios necessários à fabricação dos produtos químico-farmacêuticos essenciais; etc. Medidas que contrariavam as multinacionais (2017, p. 9-10)

Claro que o setor farmacêutico reagiu, sua entidades de classe como a ABIF (Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica), “condenou o ‘tratamento preferencial’ dado pelo governo brasileiro aos laboratórios nacionais” e atacou o ministro nos jornais de grande circulação, acusando o de “leviano e ignorante” e afirmando que ele dava informações incorretas “interessado em desacreditar a indústria farmacêutica perante o Congresso, as autoridades e a opinião pública”, alguns propondo inclusive que os laboratórios realizassem um *lockout* (Bortone, 2022 p, 172).

As principais firmas norte americanas sediadas em São Paulo elaboraram um documento em defesa dos seus interesses e os enviaram ao embaixador americano Lincoln Gordon. Segundo Escorel e Teixeira, como o governo brasileiro, através do ministro da Saúde Wilson Fadul, reiterou “os propósitos de controlar a indústria farmacêutica”, o diretor da USAID (U.S. Agency for International Development), “representante das multinacionais de medicamentos no país, enviou uma correspondência informando que o governo norte-americano ‘por restrições orçamentárias, não podia continuar a colaboração que vem prestando ao governo [brasileiro]no combate à malária” (2008, p. 381).

Entretanto, o Governo não recuou e no mesmo ano novas medidas foram adotadas como decreto nº 53.584 que “dispunha ‘sobre a uniformização e controle dos preços de venda de medicamentos em todas as capitais Estados e territórios Federais’”, considerando “ ‘práticas abusivas facilitadas pela indisciplina na comercialização de produtos essenciais à vida da população’ ” e “a ‘disparidade de preços observada em relação a cada produto de região para região’ ”, impondo a “uniformidade dos preços” e o seu valor “marcados nas embalagens” (Bortone, 2022, p. 172).

Novamente os ataques nos principais jornais vieram pesado, obviamente de repúdio ao decreto, com acusações do empresário Mauricio Libânio Villela presidente da ABIF e membro do IPES (Instituto de Pesquisa e Estudos Sociais que congregava diversos integrantes da setor farmacêutico e órgão fundamental na conspiração do golpe de 64), de ser uma “medida (...) baseada em ‘considerações patrióticas’ (...) mais um ‘dos atos de demagogia’ do governo Goulart e não uma medida econômica para atender as necessidades de consumo da população” (Bortone, 2022, p. 172).

O fato é que com golpe civil militar de 1964, a partir das pressões do setor farmacêutico, que acusava o decreto de servir de pretexto para “uma intervenção e talvez encampação de toda a indústria farmacêutica”, a medida foi revogada. O mesmo se deu com as principais ações e proposições do GEIFAR, revogadas em junho de 1964 por meio do decreto n.53.984, deixando claro naquele momento os compromissos do novo regime que assumia e que interesses haviam se tornado vitoriosos (Bortone, 2022, p. 173)

Conclusão: é como um sujeito náufrago nadar, nadar e morrer na praia.....

De tudo que foi apresentado aqui, parece correto considerar que por mais que certas interpretações estabeleçam processos de ruptura um tanto excessivos, historicamente problematizáveis, entre a agenda de saúde pública mais tradicional vinculada a certa parte da burocracia do Ministério da Saúde - Fundação SESP e a política de viés *campanhista* representada de certo modo nesse momento pelo DNERu - e o que estamos chamando aqui de *reformismo sanitário* dos anos 1950 em diante, mais precisamente nos anos iniciais da década de 1960, através das teses do sanitarismo desenvolvimentista, de mudanças que vinham se processando no âmbito da

assistência médica previdenciária na perspectiva da *seguridade social* e de enfrentamentos com a indústria farmacêutica, o fato é que certa expectativa de transformação que de fato se tinha como horizonte num momento de intensas esperanças de reformas no Brasil, saúde incluída, se viu frustrado e interdito com o golpe civil militar de 1964. Como salienta Felipe Cardoso,

Para levar adiante as propostas de um sistema nacional de saúde universalista, coerente com o resultado da III CNS, precisava desmontar (ou ao menos neutralizar) a crescente força das instituições previdenciárias, assim como subordinar a força da burocracia tradicional do MS. Os interesses econômicos e políticos vinculados ao capitalismo dependente não tardariam em estigmatizar o reformismo bem-comportado, consoante com as influências culturais e políticas do Welfare State, como “comunista”, condenando este incipiente esforço de organizar um sistema de saúde na lógica do direito e ancorado em um diagnóstico da realidade brasileira. Neste sentido, a reforma da saúde proposta pelo sanitário desenvolvimentista, como a reforma agrária, a reforma universitária, entre as reformas de base, bem como o pensamento que a elas serviria de matriz, caíram diante da força ‘irresistida’ do movimento golpista civil e militar de 1º de abril de 1964 (2013, p. 10).

Por fim, citando o que eu argumentei ao final de um artigo sobre o campo intelectual da saúde pública nesse período,

[...] no início dos anos de 1960, quando Mário [Magalhães] e seu grupo assumiram a direção da conservadora Sociedade Brasileira de Higiene, em fins de 1962, o sanitário se tornou secretário geral da III Conferência Nacional de Saúde, em 1963, e encontrou no ministro da Saúde, Wilson Fadul e no governo trabalhista de João Goulart verdadeiros parceiros na realização de reformas estruturais no país, parecia que suas teses desenvolvimentistas, de fato, iriam emplacar (...) [quando] o pêndulo parecia oscilar na direção mais favorável aos ventos da mudança e dos ideais mais nitidamente desenvolvimentistas e reformistas na saúde, efetivamente “posta a serviço do povo”, nos termos de Magalhães, ou seja,

quando o seu grupo de sanitaristas, palavras de Mário, sentiu que “havia chegado o momento de transformar [...], de implantar [...] outro plano, outra política de Saúde Pública no Brasil”, veio o golpe civil militar de 1964 para interromper esse ambicionado processo. E aí concluiu um tanto desolado: “é o mesmo que o sujeito naufrago nadar, nadar e morrer na praia (Reis, 2015, p. 301-302).

Referências

BRAGA, Jose Carlos de Souza & PAULA, Sergio Goes de. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1981.

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAUDE, **Anais/3ª Conferência Nacional de Saúde, 1963, Ministério da Saúde**, Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992.

BORTONE, Elaine de Almeida. As articulações do setor farmacêutico no instituto de Pesquisas e Estudos Sociais (IPES) e no estado (1964-1967), in: **XXIX Simpósio Nacional de História – Contra os Preconceitos - História e Democracia**, Anais Eletrônicos, 2017.

[1502631436_ARQUIVO_ASARTICULACOESDOSETORFARMACEUTICOINSTITUTODEPESQUISASEESTUDOSSOCIAIS\(IPES\)ENOESTADO\(1964-1967\).pdf](#)

Acesso em 01/09/2025

BORTONE, Elaine de Almeida. As entidades empresariais do setor farmacêutico: o caso da Associação Brasileira da Indústria Farmacêutica, 1964-1988, in: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 29, n.1, jan.-mar. 2022, p.165-184

CARDOSO Felipe Monte. **A saúde entre negócios e a questão social: privatização, modernização e segregação na ditadura civil-militar (1964-1965)**. São Paulo: Hucitec, 2013

CAMPOS, André Luiz Vieira de. **Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006

COH, Amélia. **Previdência Social e processo político no Brasil**, São Paulo: Editora Moderna, 1980

COSTA FILHO, David Capistrano da. A falsidade do círculo vicioso da pobreza e da doença”. **Saúde e Debate**, 6, 1978, 65-66.

SCOREL, Sarah e TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista, in: In: GIOVANELLA, Lígia; SCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de V. C.; NORONHA, José Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 333-384

SCOREL Sarah. **Saúde pública: utopia de Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Prefeitura, 2000..

FARIA, Lina. **Saúde e política: a Fundação Rockefeller e seus parceiros em São Paulo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.

FAUSTO, Boris. A vida política, in: GOMES, Angela de Castro. **História do Brasil Nação, 1808-2010, Olhando para dentro:1930-1964**, volume 4, Rio de Janeiro, Objetiva, 2013.

FERREIRA, Jorge. O Governo Goulart o e Golpe civil miliar de 1964, in: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucilia de Almeida Neves. **O Tempo da Experiência democrática: da democratização de 1945 ao golpe civil militar de 1964**, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1964, 2003, p. 343-404.

FERREIRA. Jorge. **A Democracia no Brasil. 1945-1964**, Rio de Janeiro, Editora Atual, 2006.

FICO, Carlos. **O Golpe de 1964**. Momentos decisivos, Rio de Janeiro: Editora FGV, 2014.

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

FONSECA, Cristina Oliveira M. (2001), As campanhas sanitárias e o Ministério da Saúde(1953-60). In: Benchimol, Jaime Larry. (coord.). **Febre amarela: a doença e a vacina, uma história inacabada**. Rio de Janeiro, Editora

Fiocruz, 2001, p. 299-305.

GOMES, Angela de C. **A invenção do trabalhismo**. São Paulo, Rio de Janeiro: Vértice/Iuperj, 1988.

HOCHMAN, Gilberto. Aprendizado e difusão na constituição de políticas: a previdência social e seus técnicos, **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, 3, n. 7, 1988, p. 84-98.

HOCHMAN, G..Duas gêneses, duas histórias na previdência social brasileira: o Instituto dos Industriários e o Instituto dos Bancários. **Cadernos da Casa de Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 1, n.2, p. 113-123, 1992.

HOCHMAN, Gilberto. A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações. In: BOMENY, Helena (org.) **Constelação Capanema: intelectuais e política**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001, p. 127-151.

HOCHMAN, Gilberto, LIMA, Nísia Trindade; MAIO, Marcos Chor. Assistência médica na previdência social brasileira: questões da Literatura”. **Cadernos da Casa de Oswaldo Cruz**, 1, n.1, 1989, p. 62-76.

HOCHMAN,, Gilberto. O Brasil não é só doença: o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. **História, Ciências, Saúde, Manguinhos**, 2009, 12: 313-331.

KERSTENETZKY, Célia. **O Estado do bem-estar social na idade da razão**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LIMA, Nísia Trindade; FONSECA, Cristina Oliveira ; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do Sus**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp. 27-58, 2005.

LUZ , Madel T. **As instituições médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia**. Rio de Janeiro:Graal, 1979.

MALLOY, James. **Política de previdência social no Brasil**, Rio de Janeiro: Edições Graal, 1986.

MALLOY, James. Política de bem-estar social no Brasil: histórico, conceitos, problemas. In: **Revista de Administração Pública**, 10, n. 2, 1976, p. 5-29.

MELLO, Guilherme Arantes. **Revisão do pensamento sanitário com foco no centro de Saúde**. Tese de doutorado. São Paulo, FMUSP, 2010.

NAPOLITANO, Marcos. **O regime militar brasileiro: 1964-1985**. São Paulo: Atual, 1998.

NAPOLITANO, Marcos. **1964: história do regime militar brasileiro**, São Paulo: Contexto. 2014.

NARVAL, Pualo Carpel. **Sus: uma reforma revolucionária para defender a vida**. Belo Horizonte/MG: Autêntica, 2022.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção. A saúde pública no Brasil do pós-guerra: sob o paradigma da ideologia do desenvolvimentismo (1950-1980). **Anais do XXXVIII Encontro Anual da Anpocs**. São Paulo, Anpocs, 2004.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção e PIRES_ALVES, Fernando. **Atenção primária à saúde – uma história brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2021.

REIS, José Roberto F. “Viver é influenciar”: Mário Magalhães, sanitário desenvolvimentista e campo intelectual da saúde pública (194-1960), in: **Tempo Social**, Revista de Sociologia da USP, v. 27, n. 2, 2015, p. 279-304.

REIS, José Roberto F. Considerações historiográficas sobre corporativismo, cidadania regulada e a história a assistência à saúde no Brasil: dádiva ou direito? (1930-1964), n: **LOCUS Revista de História**, Juiz de Fora/MG, v. 26, n. 2, 2020, p. 407-433.

SANTOS, Wanderley Guilherme dos Santos. **Cidadania e justiça**, Rio de Janeiro: Campus, 1979

SILVA, Rebeca de Souza & MORELL, Maria Graciela G. de (org.). **Política nacional de saúde pública**. A trindade desvelada: economia-saúde-população. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2008.

TEIXEIRA, Sonia M. Fleury (org.). **Antecedentes da reforma sanitária**. Rio de Janeiro, Ensp-Fiocruz (relatório de pesquisa), 1988.

VIANNA, Maria Lúcia T. Werneck. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: estratégia de bem-estar e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Revan-Ucam-Iuperj, 1998.

VIANNA, Maria Lucia T. Werneck. O silencioso desmonte da seguridade social no Brasil: o papel dos benefícios contributivos. In BRAVO, Maria Inês; PEREIRA, Potyara A. P. **Política social e democracia**. São Paulo; Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

5

Saúde e Democracia: o papel do advocacy online

André Pereira Neto

Introdução

A relação entre saúde e democracia vai muito além da gestão de hospitais ou de serviços de saúde. Trata-se de um vínculo estruturante, que define a cidadania dos integrantes de uma sociedade. Onde há democracia enfraquecida, a saúde adoce. Onde a saúde é negligenciada, a cidadania define. Compreender esta interdependência é essencial para defender ambos os direitos como pilares de uma vida coletiva digna (Lima, 2005).

Cabe ressaltar inicialmente que a democracia é o regime que permite que a saúde deixe de ser um privilégio para se tornar um direito. Foi exatamente isso que ocorreu no Brasil com a Constituição de 1988. Na oportunidade a saúde foi inscrita como direito de todos e dever do Estado. Essa virada conceitual – de favor político para política pública universal – é uma das maiores expressões da democracia moderna. Um sistema como o SUS não é apenas uma estrutura de atendimento médico. Ele é a materialização do princípio democrático de que todas as vidas importam igualmente, a despeito da renda ou da origem do cidadão (Paim, 2025).

Outro ponto central é o reconhecimento de que a saúde é determinada socialmente. Não se adoce apenas por vírus ou bactérias. Adoece-se por falta de esgoto, por moradia precária ou por trabalho análogo à escravidão. Democracias consistentes atuam sobre essas causas, reduzindo desigualdades e promovendo justiça social. Países com forte proteção social apresentam melhores indicadores de saúde não porque tenham mais hospitais, mas porque os cidadãos têm mais direitos. Por outro lado, democracias frágeis, marcadas pelo elitismo, autoritarismo e exclusão social, produzem populações mais vulneráveis (CNDSS, 2008).

A história recente nos deu uma prova dessa relação. Durante a pandemia de Covid-19, o mundo assistiu a governos autoritários ou de viés

autoritário negarem a ciência, boicotarem vacinas, ocultarem dados e transformarem luto em narrativa política. Em contraste, os regimes democráticos apoiaram-se na transparência, na imprensa livre e na comunidade científica para proteger suas populações. O negacionismo não é apenas um erro técnico. É um atentado contra a democracia, pois desinforma, desmobiliza e desumaniza (Caponi,2020).

A saúde coletiva carrega consigo uma lógica oposta à do mercado. Se o capital busca lucro privado, a saúde coletiva busca o cuidado universal. Uma democracia plena é aquela que regula os interesses privados para que eles não se sobreponham ao bem comum. Ela impede que um tratamento necessário seja sonegado a alguém que não tiver recursos. Ela procura regular o valor de um medicamento fazendo com que sua comercialização não seja realizada com um preço abusivo. A Democracia pode impedir que a gestão da coisa pública seja refém de interesses corporativos (Arretche,1995).

Assim, o lema “Saúde é Democracia” cunhado pelo o movimento da Reforma Sanitária Brasileira há mais de quarenta anos, não era uma retórica vazia. Tratava-se do reconhecimento de que não é possível construir um país justo sem garantir que sua população viva com dignidade. E não é possível manter a democracia viva se o Estado abandona o compromisso com a vida. Defender o SUS, defender a transparência, defender a participação social e defender a ciência são faces do mesmo combate. Em tempos de incerteza, lembrar que saúde e democracia caminham juntas não é apenas um exercício acadêmico: é um ato de resistência (Rizzotto, Costa & Lobato, 2022).

Democracia na saúde, entretanto, não se resume ao acesso aos serviços. Ela se realiza também na possibilidade de o povo participar das decisões. Conselhos municipais, estaduais e nacionais de saúde, conferências periódicas e ouvidorias públicas são espaços onde o cidadão tem condições de fiscalizar, propor e deliberar sobre os rumos do sistema. É a democracia direta tentando incidir sobre a gestão pública, procurando transformar o usuário em agente. Quando esses espaços são esvaziados ou seus agentes cooptados pelo poder público, a saúde perde seu caráter público e a democracia perde sua capilaridade (Pereira Neto, 2012).

Nos tempos atuais boa parte da participação política se faz através das redes sociais disponíveis na Internet. O *Advocacy online* (ou ativismo digital / incidência política digital) é o uso estratégico de ferramentas

e plataformas da internet (como redes sociais, sites, petições online, *blogs* e aplicativos de mensagens) para influenciar a opinião pública, mobilizar apoiadores e pressionar tomadores de decisão (governos, empresas, instituições) em defesa de uma causa específica. Assim *Advocacy online* combina mobilização, comunicação interpessoal e negociação com o uso da mídia digital e das redes sociais para gerar pressão pública, inclusive no campo da saúde (Servaes e Malikhao, 2010).

Neste texto apresentaremos algumas características desta nova forma de participação política e discutiremos um caso recente em que ela foi adotada com sucesso.

Preâmbulo

Antes, porém, cabe ressaltar que recebi com surpresa o convite para participar “13º Colóquio de História das Doenças” para apresentar um trabalho sobre *advocacy on line*. Minha surpresa deriva do fato deste tema não constar, em geral, de eventos de História.

Muitos historiadores, integrantes de uma tradição mais conservadora de nossa disciplina, entendem que o ofício do historiador se restringe ao estudo do passado. O profissional deve manter um distanciamento temporal e espacial em relação ao seu objeto de análise. Para os historiadores conservadores, este distanciamento garantiria a isenção e a cientificidade deste campo de conhecimento.

Essa modalidade de prática profissional conservadora tem sido amplamente contestada há muitos anos, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, sobretudo por influência da “*École des Annales*”. Durante minha formação como historiador fui, aos poucos, me identificando com esta visão alternativa. Minha discordância da visão conservadora teve consequências em minha carreira profissional.

Durante toda a minha carreira profissional reagi a esta visão conservadora. Desde a graduação (1977/1981) comecei a trabalhar com temas contemporâneos, ainda que de maneira incipiente. Naquele momento, nenhum professor do Departamento de História se dispôs a orientar minha pesquisa que se transformou em meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Diziam que meu projeto não era de História. Segundo eles meu tema era de sociologia. Na minha monografia de graduação em História, abordei um

assunto que interessava muita gente: o então governador do Estado do Rio de Janeiro, Chagas Freitas lançou seu afilhado político a governador do Estado do Rio de Janeiro. O seu candidato foi o jornalista Miro Teixeira que trabalhava no Jornal “O Dia”, cujo proprietário era Chagas Freitas. Chagas Freitas atuou como deputado federal desde meados dos anos 1950. Depois foi governador do antigo Estado da Guanabara (1971/1975) e do Estado do Rio de Janeiro (1979/1983). Ele sobreviveu à Ditadura Militar apesar de ser um político populista. Vários outros políticos populistas como Brizola e Ademar de Barros haviam sido cassados. Freitas não foi. Boa parte da sociedade fluminense se perguntava: Como justificar sua sobrevivência política? Qual era sua singularidade? Meu trabalho visava conhecer a emergência do “Chaguismo” e tentar responder essas perguntas que geravam grande interesse no início da década de 1980. Meu orientador foi o sociólogo Dr. José Nilo Tavares. Seguindo a tradição da “École des Annales”, o historiador não é um antiquário que estuda o passado pelo passado. São as inquietações, problemas e interesses do presente que impulsionam o pesquisador a interrogar o passado, mesmo que ele não seja distante da realidade vivida pelo Historiador. Seguindo esta crença comecei a trilhar meu caminho. Minha monografia chegou a ser publicada (Pereira Neto, 1983).

Em 1989, ingressei na Casa de Oswaldo Cruz como pesquisador. Minha tese de doutorado, defendida em 1997 no Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ), foi publicada sob o título *Ser Médico no Brasil: o presente do passado* (Pereira Neto, 1991). Na oportunidade, analisei um congresso médico realizado em 1922, na cidade do Rio de Janeiro, então capital da República. Estabeleci, por meio da análise desse evento e dos temas abordados pelos médicos na época, um paralelo com questões que ainda hoje permanecem presentes na vida social e na prática política da categoria, assim como das demais profissões que atuam na área da saúde. O subtítulo “O Passado no Presente” possui um duplo sentido. Ele abrange não apenas o que estava presente no passado e a forma como alguns problemas foram enfrentados pelos médicos em 1922, mas também sugere que estes mesmos temas debatidos em um evento realizado em 1922 continuam presentes. São contemporâneos! Neste sentido me rendo às ideias de Fernand Braudel (1902/1985) que enfatiza que o historiador deve dar atenção aos fatos, às conjunturas e às permanências e longas durações. Segundo ele as estruturas explicam

determinados fenômenos históricos que persistem e sobrevivem ao longo do tempo (Braudel,1965).

Com o início do novo século constatei o papel proeminente que as tecnologias de informação e comunicação passaram a desempenhar na vida de cada um de nós. Elas estão modificando as relações econômicas, sociais e políticas nos quatro cantos do mundo. A relação médico-paciente também sofreu este impacto. O acesso e compartilhamento indiscriminado de informações de saúde, disponíveis nas mídias digitais, estão aumentando a capacidade de o usuário conhecer melhor o diagnóstico do problema de saúde que vive e ter melhores condições de decidir que tratamento deve (ou não) seguir. Este novo ator social passou a ser denominado de “*expert patient*”: Ele tem condições de interferir no poder que o médico possui sobre o paciente. As informações que o usuário possui de alguma forma interferem na autoridade e autonomia do médico possui desde os tempos de Hipócrates. Na oportunidade elaborei e submeti com Helena Garbin um pré-projeto de Doutorado para ingressar em um Programa de Pós-Graduação de História da Saúde. A proposta foi recusada pela banca. A banca justificou sua decisão afirmando que este pré-projeto não era de História e sim de Antropologia. Devido a esse impedimento, fomos compelidos a realizar esta orientação na Escola Nacional de Saúde Pública (Garbin, Pereira Neto e Guilam, 2008).

Diante disso, não vislumbrei alternativa senão me transferir para a Escola Nacional de Saúde Pública, mais especificamente para o Centro de Saúde Escola Germano Silva de Faria onde construí o “Laboratório Internet Saúde Sociedade” (LaISS) (Pereira Neto, 2024). Lá desenvolvi, por mais de 15 anos, projetos de pesquisa-ação de alfabetização digital e de avaliação da qualidade da informação de saúde na internet. Em seguida me credenciei com professor no Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS) no Instituto de Informação e Comunicação em Saúde da Fiocruz onde ofereci disciplinas e orientei Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado.

Em 2019, participei da organização do livro “Internet e Saúde no Brasil: desafios e Tendências”, publicados originalmente em inglês, nos Estados Unidos, pela editora Springer e no Brasil pela Cultura Academica, em acesso aberto. Nele reunimos mais de 20 capítulos abordando os diferentes aspectos da relação entre internet e saúde no Brasil (Pereira Neto & Flynn,

2019, 2021). Em 2025, lancei o livro voltado para o tema da desinformação em saúde pela editora da Springer (Pereira Neto, 2025). Minha produção acadêmica na área das mídias digitais e saúde talvez tenha contribuído para o convite que nos foi feito.

A surpresa, mencionada anteriormente, está relacionada com o fato de eventos de História, em geral, não abordarem temas ou problemas contemporâneos como o *advocacy on line*. Como descrevi acima, fui discriminado desde a graduação por me preocupar com temas contemporâneos. Parabéns os organizadores do “13º Colóquio de História das Doenças” por incluírem este tema neste evento.

Como mencionamos acima, nos tempos atuais boa parte da participação política se faz através das redes sociais disponíveis na Internet. Mas, quais são as principais características dos tempos atuais? Por que razão incluo o adjetivo *novas* ao me referir à tecnologias de informação e comunicação que dominam o cenário atual?

Novas Tecnologias de Informação e comunicação (NTIC).

As relações econômicas, sociais e culturais se transformaram muito nos últimos 50 anos. Refiro-me ao ingresso, cada vez mais pervasivo e ubíquo, das tecnologias de informação e comunicação na vida de cada um de nós.

A rápida introdução e ampla difusão das tecnologias de informação e comunicação (TIC) na sociedade contemporânea têm levantado inúmeros temas e problemas de grande interesse. Um deles está relacionado com a questão de saber se houve ou não uma mudança e se estamos ou não vivendo em uma sociedade regida por regras singulares, *novas*, diferentes daquelas que orientavam a organização social até então.

A nosso ver, essas tecnologias de informação e comunicação são *novas* por algumas razões distintas e complementares.

Por um lado, por seu intermédio, o cidadão tem acesso a um universo incomensurável de informações. Nas tradicionais tecnologias de informação e comunicação, como a imprensa, o rádio e a televisão, o número de informações era, e continua sendo, finito. Além disso, com as NTIC, esse mesmo cidadão passou a ser o sujeito do processo informacional, pois é ele que decide a informação que pretende obter. Na mídia tradicional, o emissor é quem define o que, quando e como a informação chegará até o cidadão.

Ademais, nas NTIC, o cidadão, que domina determinadas competências, é capaz de produzir e compartilhar informações que podem “viralizar”, pois se espalham de maneira a criar um efeito semelhante a um vírus.

Alguns exemplos podem ser dados neste sentido.

O assassinato violento cometido pelas forças policiais norte americanas a mais um negro nas ruas daquele país repercutiu nas mídias digitais e desencadeou uma onda de protestos no mundo todo. George Floyd foi assassinado em 25 de maio de 2020 depois que um policial do estado de Minneapolis (EUA), ajoelhou-se sobre o seu pescoço durante oito minutos e quarenta e seis segundos, enquanto estava deitado de bruços na rua. Enquanto gemia e soluçava conseguiu proferir seguinte sentença “I can’t breathe!” (Não consigo respirar). Os quatro policiais envolvidos foram demitidos no dia seguinte. Este evento só se tornou conhecido porque um cidadão comum, que passava pela a rua naquele momento, filmou com seu *smartphone* aquela cena e a compartilhou nas redes digitais. O filme ‘viralizou’ e mobilizou corações e mentes ao redor do mundo. Este evento cairia no esquecimento, como tantos outros, se dependêssemos das mídias tradicionais. Neste caso os custos de produção e de divulgação impedem que um cidadão com poucos recursos difunda sua informação.

Na “Sociedade em Rede” não há um polo produtor de conteúdo nem a dependência de verba publicitária para a divulgação de sua ideia. O produto é personalizável e multidirecional, voltado para determinados nichos que traduzem interesses específicos. Esta mudança se tornou ainda mais perceptível depois que estas funções migraram para o aparelho celular que se transformou em um telefone inteligente - *smartphone*. Nos últimos anos ocorreu um aumento substancial da velocidade, flexibilidade e eficiência no tratamento da informação que foi acompanhado por uma notável redução nos custos dos componentes. Esta mudança tem efeitos reais e potenciais de grande alcance e incontáveis consequências culturais e sociais.

Além disso, as NTIC podem servir de maneira objetiva para o cumprimento dos “Objetivos do Desenvolvimento Sustentável” propostos pelas Nações Unidas em 2020. A conectividade pode, por exemplo, aumentar a produtividade e a competitividade entre pequenas e medias empresas e contribuir para a construção de uma sociedade mais inclusiva do ponto de vista social ao abrir *novas* oportunidades de trabalho criativo e inovador no

ambiente virtual. Por intermédio das mídias digitais, os serviços de saúde podem chegar até muitas pessoas que teriam dificuldade de acessá-los de outra forma. Isso é possível na “Sociedade em Rede”.

As tecnologias de informação e comunicação também são *novas* porque passaram a ser utilizadas no oferecimento de diferentes serviços públicos como a emissão de documentos, o envio da declaração de renda para a Receita Federal e a votação no processo eleitoral através da urna eletrônica. Outro exemplo pode ser observado no equipamento de fiscalização que é utilizado no trânsito atualmente, denominado “pardal”. Ele é mais um sinal evidente da presença das *novas* tecnologias de informação e comunicação na nossa vida cotidiana. Por seu intermédio a placa do veículo é fotografada se o motorista ultrapassar o limite da velocidade permitido. Dias depois o proprietário do carro recebe uma multa como a foto seguida da informação do dia, hora e local da infração. Outro exemplo pode ser dado na área educacional. Neste caso, atualmente as matrículas nas escolas públicas municipais e estaduais são realizadas graças as NTICs. O “Sistema de Seleção Unificada” (Sisu) é uma plataforma digital que entrou no ar em janeiro de 2010 que é utilizada pelos estudantes para participarem do “Exame Nacional do Ensino Médio” (Enem) e depois se inscreverem nas instituições de ensino superior. Na área da assistência social cabe destaque o “Cadastro Único para Programas Sociais” (CadÚnico). Ele é um instrumento governamental brasileiro on line de coleta de dados e informações dos cidadãos. Ele visa identificar todas as famílias de baixa renda existentes no país para que elas sejam incluídas em programas de assistência social e redistribuição de renda. Inúmeros outros serviços passaram a ser realizados exclusivamente pelas tecnologias de informação e comunicação. Serviços com estas características não existiam há poucos anos. Por isso as tecnologias de comunicação utilizadas podem ser consideradas *novas*.

Para Catells (1996) a “Sociedade em Rede” permite que indivíduos ou grupos menores de pessoas se reúnam online e compartilhem, vendam e troquem bens, serviços e informações. Ela também possibilita que mais pessoas, grupos e organizações tenham voz em sua comunidade. Ela integra diferentes mídias que funcionam de forma interativa, regida por um código digital. Não há mais emissor ou receptor. Os sujeitos são ao mesmo tempo autônomos e produtores de conteúdo. A interatividade, sem mediação,

facilita o fortalecimento da sociabilidade em rede e a formação de comunidades on line. Segundo ele a “Sociedade em Rede” se singulariza por sua capacidade de facilitar o agrupamento coletivo, a produção de conteúdo e a ampla difusão e compartilhamento das informações. Além disso elas podem produzir um enorme impacto na sociedade, tanto no nível individual quanto nas formas de organização social. A internet passou a se tornar o meio essencial de comunicação e organização em todas as esferas de atividade. Segundo Castells os movimentos sociais e o processo político a usariam, e usarão cada vez mais a Internet, como um instrumento privilegiado para atuar, informar, recrutar, organizar, dominar e contra dominar.

Neste contexto se inscreve o *advocacy on line*.

Advocacy on line

Como analisamos anteriormente, a transformação digital do século XXI alterou profundamente o panorama da participação política e de mobilização social. Entre as inovações mais proeminentes nesse campo está a realização de iniciativas online como ferramentas de ação coletiva.

Advocacy on line é o processo de defesa e promoção de uma causa, ideia ou interesse específico que utiliza as redes sociais para pressionar a sociedade, as instituições ou o governo. As instituições ou pessoas que fazem *Advocacy on line* admitem que estejam falando em nome de alguém para influenciar decisões e políticas públicas, ou para mudar a percepção social sobre um determinado tema ou problema. O *advocacy on line* é uma atividade exercida por cidadãos, organizações não governamentais (ONGs), movimentos sociais, empresas e até mesmo grupos de especialistas.

Feitosa e Gozetto (2018) ressaltam que a definição de *advocacy on line* “pode mudar de acordo com as experiências, a compreensão do mundo, o contexto histórico e social da organização e das pessoas que a compõem” (Feitosa e Gozetto, 2018:25).

Realizando um esforço de síntese poderíamos identificar algumas características que singularizam a prática do *advocacy on line*.

A literatura especializada costuma mencionar que ele não está voltado para atender a demanda de um cliente individual. Ele se engaja com causas coletivas como a defesa do meio ambiente ou a luta pelos direitos humanos, a igualdade de gênero, a proteção animal ou a transparência pública. Por

esta razão os participantes estão engajados em criar, alterar ou revogar leis, políticas públicas e orçamentos governamentais. Além disso, o *advocacy on line* pressupõe que sejam realizadas constantemente interações de parte da sociedade civil com parlamentares, gestores públicos e o poder judiciário. O *advocacy on line* utiliza a mobilização da opinião pública para gerar pressão sobre os tomadores de decisão através das redes sociais. Para ser eficaz, o *advocacy on line* precisa ser baseado em dados, pesquisas e evidências sólidas. A capacidade de persuasão é fundamental para a construção de um consenso social em torno para iniciativa proposta. É preciso ter argumentos técnicos e jurídicos para convencer e conseguir adeptos para pressionar as autoridades públicas. Algumas vezes o *advocacy on line* consegue dar voz aos grupos marginalizados ou que não têm seus interesses representados nos espaços de poder, como comunidades indígenas, pessoas com deficiência ou minorias sociais.

As redes sociais eletrônicas, como o *Facebook* e o *Twitter*, constituem novos canais para a disseminação de causas, a conversão de novos seguidores e a organização de eventos e manifestações. Soma-se a isso o surgimento de plataformas online de demonstração de apoio, que funcionam como petições eletrônicas, conhecidas como *petições online*. As petições online estão se tornando populares. Algumas delas chegam a mais de um milhão de assinaturas graças a sua velocidade, intensidade e capilaridade (Harrison,2022).

Há que ser feita uma breve consideração estabelecendo uma distinção conceitual ente *lobby*, ativismo e *advocacy on line*. *Lobby* geralmente se refere à ação de alguns grupos de pressão sobre os tomadores de decisão. O ativismo está frequentemente associado a protestos que envolvem interações episódicas, públicas e coletivas, nas quais atores - como movimentos sociais e manifestantes - reivindicam do poder constituído a alteração de leis ou políticas públicas. O “ativismo” abrange táticas disruptivas como greves, motins, manifestações que desafiam a autoridade estabelecida fora dos canais institucionais convencionais (Mussi, 2021). No *advocacy on line* a defesa de interesses coletivos inclui, em sua estrutura, tanto estratégias internas como o engajamento direto com instituições políticas quanto estratégias externas como a mobilização da opinião pública para gerar pressão externa.

Essa distinção torna-se crucial para analisar como as *petições online* funcionam como ferramentas híbridas que podem servir simultaneamente a objetivos internos e externos.

O *advocacy on line* é um processo estratégico, intencional e contínuo de ação política organizada, utilizando-se de diferentes táticas que visam influenciar as políticas públicas para garantir direitos, promover e efetivar mudanças. A nosso ver, o *advocacy online* é uma iniciativa estratégica, intencional e contínua. Diversas táticas são utilizadas para atingir objetivos definidos. Feitosa e Gozetto (2018) afirmam que o *advocacy online* envolve múltiplas ferramentas de engajamento e mobilização, tanto online quanto *offline*. A assinatura de uma petição *on line* não é suficiente para gerar mudanças sociais. Para estes autores a ação do *advocacy on line* combina ações *online* e *offline* que conseguem envolver múltiplos grupos de interesse, com demandas às vezes conflitantes e baixa possibilidade de alinhamento, mas que têm uma finalidade genérica comum.

Um exemplo recente de mobilização pela internet e pelas manifestações nas ruas de algumas capitais do país foi a “PEC da Bandidagem”. A “PEC da Bandidagem” (ou “PEC da Blindagem”) foi uma proposta (PEC 3/2021) que buscava aumentar a proteção de parlamentares contra prisões e processos no STF, exigindo autorização prévia da Câmara ou Senado. Após forte mobilização popular e pressão através das mídias digitais, a proposta foi rejeitada pela “Comissão de Constituição de Justiça” do Senado em setembro de 2025.

Um abaixo-assinado via internet não é, por si só, considerado *advocacy*, mas sim uma ferramenta ou tática extremamente comum e, por vezes, crucial dentro de uma estratégia ampla de *advocacy online*.

Assim a ação do *advocacy online* possui causa única e defende interesses genéricos com a intenção de influenciar e mudar algum aspecto do poder. Esse processo se dá por meio de ações contínuas, comunicação estratégica e unificada, além da busca por apoio internacional.

Apresentamos abaixo uma síntese com as principais características da *advocacy on line*.

1. AUTOR: Qualquer cidadão (Grupo/Empresa) pode exercer. Iniciativa não depende de um advogado inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil (OAB);
2. OBJETIVO: Defender interesses gerais e/ou coletivos e não individuais ou particulares;

3. FINALIDADE: Influenciar, criar ou mudar normas institucionais/constitucionais que afetam todos/muitos cidadãos.
4. ESTRATÉGIAS: Realizar ações contínuas de comunicação e mobilização *on line* e *off line*;
5. ESTRATÉGIAS: procurar estabelecer parcerias e conquistar apoio de agentes políticos nacionais e internacionais online e offline

Analisaremos a seguir o movimento pelo “Voto Auditável Já”. A nosso ver esta foi uma iniciativa de *advocay on line*, que seguiu as características mencionadas acima.

O caso do “Voto Auditável Já”

A campanha do “Voto Auditável Já” foi realizada no Brasil entre 2019 e 2022. Ela condenava sistema eletrônico de apuração de votos no Brasil, por não gerar um registro físico individualizado. Segundo seus integrantes esta condição transformaria a eleição vulnerável a fraudes não detectáveis. Alegavam que o eleitor ao votar não teria como saber se o seu voto foi realmente computado. O movimento utilizou intensamente as redes sociais e aplicativos de mensagem *on line* para pressionar senadores e deputados a votarem a favor do voto impresso. O movimento foi publicamente apoiado pelo então presidente Jair Bolsonaro e seus aliados. Eles passaram a questionar a confiabilidade do sistema eletrônico sem apresentar qualquer prova que estas fraudes existiram em algum momento.

A campanha do “Voto Auditável Já” realizou diversas manifestações públicas que visavam disseminar a ideia de que o sistema eletrônico, por não ser auditável, não era digno de confiança.

Uma característica marcante deste movimento foi o embate semântico em torno do termo “auditável”. Enquanto os defensores do voto impresso utilizavam a expressão como se o sistema eletrônico não permitisse auditoria, especialistas e a Justiça Eleitoral contestaram veementemente essa narrativa demonstrando ser possível fazer auditoria apesar do voto não ser em papel.

Cabe salientar que o sistema eleitoral apoiado no voto eletrônico possui pelo menos 26 mecanismos de auditoria, incluindo o “Registro Digital do Voto” (RVD), os “Testes Públicos de Segurança”, os “Testes de Integridade” e o “Boletim de Urna”. O “Registro Digital do Voto” (RDV) é uma tabela

digital que armazena todos os votos de forma embaralhada (para garantir o sigilo). Partidos políticos podem solicitar os RDVs de todas as urnas após a eleição e compará-los com os boletins de urna, funcionando como uma recontagem eletrônica. Os "Testes Públicos de Segurança" são realizados antes da realização das eleições. Nesta oportunidade os especialistas em TI são desafiados a tentar violar o sistema das urnas em um ambiente controlado e público, ajudando a identificar e corrigir as possíveis vulnerabilidades. O "Teste de Integridade" é realizado no dia da votação. Neste caso algumas urnas são sorteadas e passam por uma votação paralela com cédulas de papel, para verificar se o voto digitado eletronicamente corresponde ao voto impresso. "Boletim de Urna" (BU): Ao final da votação, cada urna imprime um "Boletim de Urna" com o resultado daquela seção. Este documento é afixado publicamente na porta da seção para conferência de qualquer cidadão. Além disso, o voto impresso traria de volta os riscos de fraudes manuais, como extravio de urnas e adulteração de cédulas.

A campanha do "Voto Auditável Já" foi alimentada por desinformação, com alegações falsas de que as urnas eletrônicas já haviam sido fraudadas em eleições passadas. Entretanto o movimento não apresentou provas destas fraudes.

A campanha de *advocacy on line* do "Voto Auditável Já" concentrou-se inicialmente na aprovação da "Proposta de Emenda à Constituição" (PEC) submetida oficialmente à Câmara dos Deputados no dia 13 de Setembro de 2019 pela Deputada Federal Bia Kisis (PSL/DF). O Texto propõe que se acrescente um parágrafo ao Artigo 14 da constituição:

"[...] dispondo que, na votação e apuração de eleições, plebiscitos e referendos, seja obrigatória a expedição de cédulas físicas, conferíveis pelo eleitor, a serem depositadas em urnas indevassáveis, para fins de auditoria" (PEC, 135/2019).

Antes e depois da submissão desta PEC ocorreram diversas manifestações públicas em apoio ao "Voto Auditável".

Um dos exemplos mais notáveis foram as manifestações realizadas no feriado do Dia do Trabalhador em 2021 em Brasília, Rio de Janeiro, São Paulo e outras capitais do Brasil. Elas visavam pressionar o presidente da Câmara, Arthur Lira, a instalar a comissão especial que analisaria o mérito da PEC 135/2019.

A realização de “motociatas” foi outro recurso de mobilização social realizado pelos defensores do “Voto Auditável”. A “motociata” é um neologismo que descreve uma manifestação política sobre duas rodas. O termo ganhou notoriedade nacional durante o governo do ex-presidente Jair Bolsonaro, especialmente entre 2020 e 2022. Naquele momento vários eventos desse tipo foram organizados em diversas cidades brasileiras como forma de mobilização de apoiadores pelo “Voto Auditável”. Na “motociata” centenas ou milhares de motociclistas percorrem as ruas e avenidas de cidades, geralmente com o veículo do político liderando o comboio ou passando pela multidão sobre um caminhão ou carro aberto. Elas eram geralmente acompanhadas de música alta, bandeiras do Brasil, adesivos e camisetas em apoio ao “Voto Auditável”.

Entre maio de setembro de 2021 foram realizadas diversas “motociatas” com o intuito de demonstrar a força política da base governista, pressionar parlamentares a votarem a favor da PEC 135/2019 e divulgar nas mídias digitais o discurso de desconfiança no sistema eletrônico de votação. Assim foram realizadas “motociatas” em Brasília (9/5), Rio de Janeiro (23/5), São Paulo (12/6), Jaboatão dos Guararapes - Pernambuco (20/6) Chapecó - Santa Catarina (26/6) Porto Alegre (Rio Grande do Sul) e Presidente Prudente (São Paulo).

O movimento em defesa do “voto auditável” (associado à proposta do voto impresso) foi capaz de mobilizar um número expressivo de pessoas em todo o Brasil, especialmente no dia 1º de agosto de 2021. Nessa data ocorreu o auge das manifestações, com atos registrados em 23 capitais e pelo menos 54 municípios, espalhados por 24 estados e pelo Distrito Federal.

No dia 10 de agosto de 2021 o Plenário da Câmara dos Deputados rejeitou a PEC 135/2019. Apesar das diversas manifestações on line e offline a “Proposta de Emenda à Constituição” não conseguiu obter o número mínimo de votos necessários para ser aprovada (308 votos favoráveis). Esta foi a terceira derrota desta PEC na Câmara. Ela havia sido rejeitada em duas votações na comissão especial. No entanto, o debate não se encerrou completamente.

Após a rejeição da PEC o movimento perdeu seu principal objetivo legislativo. Entretanto, no dia 18 de julho de 2022 o presidente Jair Bolsonaro realizou uma reunião com embaixadores em Brasília quando defendeu a adoção do voto impresso e atacou o sistema eleitoral. O encontro foi realizado no Palácio da Alvorada e contou com a presença de ministros de

estado e de embaixadores estrangeiros. Durante o evento, transmitido pela TV Brasil, Bolsonaro repetiu alegações, já desmentidas por órgãos oficiais, sobre a falta de segurança e auditabilidade das urnas eletrônicas.

Este movimento pode ser considerado de *advocacy on line*, pois não foi proposto por um advogado e sim por uma coletividade visando defender interesses gerais e não individuais ou particulares. Ele visou influenciar, criar ou mudar as normas constitucionais de votação no Brasil que afetariam a vida de todos os eleitores brasileiros. Para atingir este objetivo realizou diferentes ações contínuas de comunicação e mobilização *on line* e *off line* e procurou conquistar apoio de agentes políticos nacionais e internacionais.

A grande marca do movimento foi sua capilaridade. Ele não se restringiu às capitais, alcançando diversas cidades do interior. Nestas manifestações os participantes vestiam verde e amarelo, carregavam bandeiras do Brasil e cartazes com os dizeres defendendo o “voto impresso auditável”. Os atos incluíram carreatas, concentrações em vias públicas (como a Avenida Paulista e o Eixo Monumental em Brasília), “motociatas” e discursos em carros de som e execução do Hino Nacional. A principal reivindicação era a aprovação da PEC 135/2019, que instituiria o voto impresso. A palavra de ordem era a necessidade de transparência e contagem pública dos votos. O movimento contou com a participação ativa de figuras políticas que apoiavam Bolsonaro. Muitas manifestações foram transmitidas ao vivo pelo canal oficial do Governo Federal.

Não pretendemos esmiuçar ainda mais os detalhes deste movimento. Pretendemos apenas insistir na ideia de que o *advocacy online* pode se pausar em desinformação. Contudo sua capacidade de persuasão e organização foi capaz de mobilizar multidões. Assim ao apresentar e analisar o caso da campanha de *Advocacy on line* do “Voto Auditável” podemos constatar que nem sempre iniciativas com estas características estiveram voltadas para consolidação da ordem democrática.

Considerações Finais

Neste breve estudo pode ser observado que a desinformação e as notícias falsas (*fake news*) atrapalham a democracia de forma profunda. Com base no contexto que discutimos sobre o movimento “Voto auditável já”, é possível observar como a desinformação opera na prática, corrompendo

a confiança nas instituições e degradando o debate público. Isso porque a democracia depende da confiança da população em suas instituições (Justiça Eleitoral, Congresso, imprensa). A desinformação ataca diretamente essa confiança. O objetivo da democracia é que a vontade do eleitor seja expressa e respeitada. A desinformação presente nesta campanha contamina esse processo de várias maneiras. A desinformação prospera na simplificação excessiva e na criação de narrativas maniqueístas (nós contra eles, bem contra o mal). A desinformação muitas vezes vem acompanhada de um discurso de descrença na imprensa tradicional, classificando-a de “inimiga” ou “vendida”. Com as redes sociais e as mídias digitais, a desinformação cria “realidades alternativas” onde um grupo de pessoas acredita piamente em fatos que não se sustentam na realidade.

A desinformação não é um mero incômodo, equívoco ou erro. Ela é uma ameaça sistêmica à democracia porque ataca seus fundamentos: a confiança, a verdade factual e a possibilidade de diálogo entre diferentes.

No caso brasileiro, o discurso na campanha do “Voto Auditável”, mesmo após ter sido rejeitado pelo Congresso e desmentido por autoridades técnicas, deixou um legado de desconfiança que precisará ser reconstruído ao longo do tempo. A democracia sobrevive quando os perdedores aceitam a derrota e os vencedores governam para todos. A desinformação, ao semear a dúvida sobre o processo, coloca em xeque essa premissa básica. Aqui talvez estejam algumas das possíveis raízes explicativas do evento trágico realizado no dia 8 de janeiro de 2023.

Entretanto nem todos os agentes sociais, políticos e investigadores percebem o papel devastador exercido pela desinformação na construção a preservação de uma democracia sólida e transparente.

Um caso recente nos causou surpresa.

Representantes de mais de 28 programas de pós-graduação de saúde coletiva existentes no Brasil criaram uma “agenda de pesquisa para as Ciências Sociais e Humanas em tempos de pandemia da covid-19”(Nunes et al, 2021). Ela está estruturada em nove eixos temáticos que são considerados, pelos autores, “relevantes na compreensão dos condicionantes e dinâmicas de apresentação da covid-19” (Nunes et al, 2021: 4). A desinformação que caracterizou os tempos da pandemia não foi um elemento suficientemente importante para levar estes investigadores a incluir a desinformação na agenda de pesquisa.

Referências

ARRETCHE, M. T. S. Emergência e desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas. **Boletim Informativo e Bibliográfico em Ciências Sociais**, 39: 3-40. 1995.

BRAUDEL, F. História e ciências sociais: a longa duração. **Revista de História** 30(62): 261-294. 1965.

CAPONI, S.. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estudos avançados** 34 (99): 209-224. 2020.

CASTELLS, M. **The rise of the network society**. Cambridge: Blackwell Publishers, 1996.

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. *Rio de Janeiro*: Editora Fiocruz, 2008.

FEITOSA, W. R. ; GOZETTO, A. C. Advocacy and online Petitions: considerations from the RENCA case and green movements. **International Journal of Business Marketing and Management**, v. 3, p. 24-27, 2018.

GARBIN, H.B.R.; PEREIRA NETO, A.F.; GUILAM, M.C.R. The internet, expert patients and medical practice: an analysis of the literature. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, 12(26): 579-88, 2008.

HARRISON, T. M., et all.. Exploring E-petitioning and media: The case of #BringBackOurGirls. **Government information quarterly**, 39(1), 101569. 2022.

Lima, N (org.) *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. *Rio de Janeiro*: Editora Fiocruz, 2005.

MUSSI, D. A ação política no pensamento de Charles Tilly: estrutura, processo, confronto e performance. **BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais**, 83 (1): 5-20. 2021.

NUNES, M.; DESLANDES, S.; VERDI, M; HARAYAMA, R.; LEÃO, L;

SILVA, M.; GERHARDT, T. Uma agenda de pesquisa para as Ciências Sociais e Humanas em tempos de pandemia da Covid-19. **Cadernos de Saúde Pública**.37(10): 5p.2021.

Paim, J. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2025.

PEREIRA NETO, A. & FLYNN, M. **Internet e saúde no Brasil:** desafios e tendências. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2021.

PEREIRA NETO, A. A emergência do Chaguismo. **Ciência e Cultura**. 35: 1608-1617. 1983.

PEREIRA NETO, A. Laboratório Internet, Saúde e Sociedade (LaISS): breve relato histórico. In: **Brasil**. Ministério da Saúde. (org.). *Encontros de cultura e saúde : como a antropologia pode ajudar a pensar o SUS hoje*. 1ed. Brasília/DFDistrito Federal: Ministério da Saúde, 1: 25-36. 2024.

PEREIRA NETO, A & FLYNN, M **Internet and Health in Brazil: Challenges and Trends.** Springer Cham. 2019

PEREIRA NETO, A. **Ser médico no Brasil.** O presente no passado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PEREIRA NETO, A. **Strategies to fight online health misinformation:** health information quality assurance, digital literacy and fact-checking. Springer Nature, 2025.

PEREIRA NETO. A. representação dos usuários nos Conselhos de Saúde: uma contribuição para o debate. **Physis** 22 (2):441-462. 2012.

RIZZOTTO, M., COSTA, A. & LOBATO, L. Defender a democracia, o direito à saúde, a vida e o SUS: pauta da Conferência Nacional Livre, Democrática e Popular. **Saúde em Debate** 46 (133): 257-262. 2022.

SERVAES, J. E MALIKHAO, P. Advocacy strategies for health communication. **Public Relations Review** 36(1): 42-49. 2010.

6

Concepções de alimentação saudável e suas mediações nos discursos midiáticos brasileiros¹

Manuela de Sá Pereira Colaço Dias²

Fabiana Bom Kraemer³

Introdução

Na contemporaneidade, a alimentação saudável consolidou-se como um dos principais marcadores normativos da vida social (Gaspar, 2021). Longe de se restringir a um conjunto de recomendações técnicas orientadas à promoção da saúde, o comer saudável passou a operar como um ideal de conduta socialmente valorizado, frequentemente associado a noções de autocontrole, responsabilidade e cuidado de si (Koteyko, 2010; Barauskaite *et. al*, 2018). Nesse cenário, as escolhas alimentares tornam-se objeto de avaliação constante, sendo atravessadas por classificações que ultrapassam o campo biomédico e alcançam dimensões morais, simbólicas e culturais. Tal configuração permite reconhecer a emergência de uma Sociedade do Saudável (Dias; Carvalho; Barcellos, 2024) na qual a saúde assume estatuto central na regulação dos corpos, dos comportamentos e dos modos de comer e de viver.

Diante desse cenário, o eixo problematizador que orienta este capí-

1 Esse texto é derivado de pesquisas desenvolvidas no Núcleo de Estudos sobre Cultura e Alimentação (Nectar) vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) - Projeto “Sentidos e discursos acerca da alimentação na sociedade contemporânea” - e no Laboratório Digital de Educação Alimentar e Humanidades (Ladige) do Instituto de Nutrição Josué de Castro da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) -Tese de Doutorado “Tendências de consumo nas práticas alimentares e culinárias midiáticas: uma análise de discursos sobre alimentação saudável”-, sob orientação da professora Maria Cláudia da Veiga Soares Carvalho.

2 Universidade do Estado do Rio de Janeiro; professora adjunta; Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8466-3722>; manuela.dias@uerj.br.

3 Universidade do Estado do Rio de Janeiro; professora associada; Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3305-3358>; fkraemer@uerj.br.

tulo consiste na crítica à concepção hegemônica de alimentação saudável enquanto construção normativa, atravessada por relações de poder, saber e interesses políticos, econômicos e simbólicos. Parte-se do pressuposto de que os sentidos atribuídos à alimentação saudável não historicamente produzidos e socialmente disputados (Azevedo, 2014). Assim, o saudável, é compreendido menos como um horizonte desejável e mais como um campo de significações em permanente construção, que organiza expectativas e práticas, ao mesmo tempo em que tensiona as possibilidades concretas de escolha alimentar.

Nesse processo, a mídia ocupa um lugar central. Mais do que um canal de difusão de informações, a mídia é compreendida neste texto como um espaço privilegiado de produção de sentidos e saberes, no qual se articulam discursos científicos, narrativas de consumo, prescrições morais e estilos de vida (Medeiros e Guareschi, 2008). As mídias contemporâneas, especialmente as digitais, não apenas traduzem conhecimentos especializados, mas os reconfiguram, simplificam e ressignificam, produzindo sentidos que de alguma forma, se dirigem à “educação” das pessoas. Estas passam a orientar práticas cotidianas por tais sentidos, que lhes ensinam modos de ser e estar na cultura em que vivem (Fisher, 2002). Ao fazê-lo, as mídias contribuem para a naturalização de determinados modelos de alimentação saudável e para a marginalização de outros modos de comer e existir.

Para sustentar essa problematização, o capítulo mobiliza, primeiramente, um conjunto de referenciais teórico-conceituais de caráter macrossocial. As contribuições de Michel Foucault (1988, 2000) permitem compreender a alimentação saudável como parte de dispositivos de biopoder, voltados à gestão da vida, à normalização dos corpos e à produção de sujeitos responsáveis por sua própria saúde. Georges Canguilhem (1982) oferece subsídios para pensar a normatividade como processo histórico e relacional, no qual o normal e o patológico são construídos a partir de valores e não apenas de critérios biológicos. Já Byung-Chul Han (2024) contribui para a compreensão da intensificação contemporânea dessas normatividades no contexto da sociedade do desempenho, marcada pela autoexploração, pela positividade excessiva e pela responsabilização individual.

Em um segundo momento, o texto desloca essas reflexões teóricas para o plano dos discursos midiáticos sobre alimentação saudável no contexto brasileiro, tomando como referência práticas comunicacionais difundidas

em plataformas digitais, especialmente vídeos de culinária e alimentação veiculados no YouTube. A análise incide, de modo particular, sobre produções midiáticas de ampla circulação que se apresentam como educativas, acessíveis e orientadas ao cotidiano doméstico, como aquelas desenvolvidas por projetos de comunicação culinária com legitimidade pública. Esses materiais são abordados não como exemplos isolados, mas como expressões de tendências discursivas mais amplas no campo da Nutrição contemporânea.

A partir da Análise do Discurso, especialmente das contribuições de Eni Orlandi (2015), busca-se evidenciar como os sentidos sobre a alimentação saudável são produzidos, estabilizados e reatualizados em condições históricas específicas, operando silenciamentos, evidências e efeitos de verdade. Em diálogo com Pierre Bourdieu (2004, 2015), a alimentação saudável é analisada como objeto de disputa simbólica no interior de um campo social, no qual diferentes agentes mobilizam capitais culturais, científicos e midiáticos para definir o que é legítimo comer.

Assumindo um caráter ensaístico, este capítulo propõe-se, portanto, a refletir sobre a alimentação saudável enquanto discurso e prática social, situando a mídia como espaço central de produção de saberes e sentidos. Ao problematizar a naturalização de normas alimentares contemporâneas, busca-se contribuir para um olhar mais reflexivo no campo da Nutrição, atento às ambivalências, tensões e disputas que atravessam as formas atuais de pensar, falar e viver a alimentação.

Alimentação saudável como dispositivo de biopoder: fundamentos teórico-conceituais

Esta seção tem como ponto de partida o texto intitulado “O discurso sobre a alimentação como estratégia de biopoder”, previamente publicado por uma das autoras (Kraemer et al., 2014), no qual se desenvolve uma análise das concepções de alimentação saudável presentes no imaginário social contemporâneo, compreendidas como um dispositivo de biopoder. Neste trabalho, argumenta-se que tal dispositivo se ancora em uma racionalidade científica moderna que tende a converter o ato de comer em um conjunto de regras objetivas e mensuráveis, privilegiando formas de controle biológico e normativo dos corpos, em detrimento das dimensões socioculturais e psíquicas da alimentação.

Os fundamentos dessa racionalidade sustentam-se em pressupostos epistemológicos que elegem a objetividade e a mensurabilidade como critérios centrais de verdade. No campo da Nutrição, seus desdobramentos se expressam na concepção da alimentação como um processo de fornecimento de “combustível” (nutrientes) para o funcionamento do corpo, entendido como máquina. Essa perspectiva enfatiza a quantidade de alimentos, os horários para comer e necessidades fisiológicas consideradas de forma isolada. Como resultado, observa-se, por um lado, a redução do caráter pluridimensional da comida, com o esvaziamento de dimensões como subjetividade, uma vez que aspectos como prazer, desejo, histórias de vida e memórias e condicionantes socioculturais, políticos e econômicos da alimentação são frequentemente relativizados por não serem passíveis de quantificação. Por outro, verifica-se a centralidade conferida às evidências epidemiológicas⁴, a partir das quais a norma alimentar é construída com base em dados de risco e prevenção de doenças, transformando a dieta em uma estratégia terapêutica ou preventiva.

Para aprofundar essa análise, os autores recorrem ao conceito de biopoder, de Michel Foucault (1988, 2000) e às reflexões de Georges Canguilhem (1982) sobre normalidade, saúde e patologia. Essas referências operam como lentes interpretativas para problematizar a alimentação contemporânea compreendendo-a como uma estratégia política de controle e regulação da vida. Nesse enquadramento, a saúde passa a ser concebida como um ideal a ser permanentemente restaurado, deslocando progressivamente para o indivíduo a responsabilidade diante de qualquer desvio em relação à norma.

O biopoder constitui o ponto central dessa problematização ao se expressar por meio de uma biopolítica da espécie humana, que emerge no final do século XVIII com objetivo de gerir processos biológicos da população, como saúde, higiene e alimentação, convertendo-os em preocupações políticas. Nessa perspectiva, a promoção da alimentação saudável pode ser compreendida não apenas como prática de cuidado, mas também como uma estratégia de poder que opera por meio de duas tecnologias complementares:

4 Importante destacar que essa crítica dos autores não implica a negação da produção científica sobre as propriedades nutricionais dos alimentos ou de suas implicações para a saúde. O questionamento dirige-se, sobretudo, à hegemonia de uma racionalidade que absolutiza esse tipo de conhecimento e o transforma em norma universal, desconsiderando outras dimensões constitutivas da alimentação.

o poder disciplinar, incidindo sobre os corpos individuais, e a biopolítica, regulando a população como um todo.

Esses processos não apenas reconfiguram referenciais técnicos da Nutrição, como também produzem uma inflexão mais ampla no significado social do comer. Observa-se, assim, a transformação do ato de comer em um processo de medicalização da comida (Viana *et al*, 2017), no qual a alimentação deixa de ser compreendida prioritariamente como prática social, cultural e fonte de prazer, passando a ser definida sob uma ótica biomédica e científica. O sentido central do alimento passa a residir em sua eficácia na construção de um corpo ideal ou na manutenção da saúde, convertendo comportamentos cotidianos e escolhas alimentares em categorias de saúde, doença ou risco.

Como recurso analítico ilustrativo, proposto neste capítulo, recorreremos a seguir, a analogias e exemplos não presentes no texto original de 2014, com o objetivo de explicitar os efeitos simbólicos e normativos da racionalidade biomédica sobre as práticas alimentares. Por analogia, podemos afirmar que a medicalização da comida se expressa na transformação simbólica da cozinha em um laboratório ou farmácia. Nesse deslocamento, os alimentos deixam de ser selecionados prioritariamente por seu frescor, pelo aroma ou pelas receitas transmitidas entre gerações, passando a ser escolhidos como “compostos bioativos” e “dosagens” nutricionais. O prazer do comer cede lugar à precisão de uma prescrição clínica.

Nessa chave interpretativa, compreendemos a alimentação como uma técnica de poder disciplinar que incide sobre corpo individual, capaz de estabelecer normas sobre o quê, quanto e quando comer. Tais normas tendem a ser internalizadas como verdades científicas, orientando práticas cotidianas e produzindo “corpos dóceis” que se ajustam a parâmetros considerados adequados. Tal lógica pode ser observada em enunciados que circulam em plataformas digitais e redes sociais, nos quais se recomenda, por exemplo, que uma mulher “40+” inicie o dia com equilíbrio ao consumir um *smoothie* proteico e funcional, elaborado com maracujá, manga, iogurte, linhaça e psyllium, acrescido da proteína em pó de sua preferência, sob a justificativa de que a bebida é rica em vitaminas A e C e ômega 3.

Nessa formulação, o café da manhã cotidiano deixa de ser compreendido como um momento de sociabilidade ou prazer e passa a ser apresen-

tado como uma estratégia calculada de modulação biológica, orientada por marcadores etários e de gênero (“mulher 40+”) e pela promessa de equilíbrio e desempenho. Os alimentos são mobilizados menos por seus significados culturais e mais por seus atributos funcionais, reconfigurando o ato de comer como uma intervenção técnica sobre o corpo, mesmo em contextos nos quais não há patologia instalada.

Já a alimentação saudável, como desdobramento de uma racionalidade biopolítica, deixa de incidir apenas sobre a disciplina dos corpos individuais e passa operar como um eixo estratégico de regulação da população. Nesse contexto, o Estado assume papel central na produção, difusão e legitimação de normas alimentares, incorporando-as como fundamento técnico-científico das políticas públicas de alimentação e nutrição. A promoção da alimentação saudável, apresentada sob a perspectiva da prevenção e da proteção da saúde coletiva, configura-se como um instrumento de governo da vida, orientando práticas, comportamentos e escolhas alimentares cotidianas.

Esse discurso é frequentemente materializado em guias e políticas públicas de alimentação e nutrição que buscam orientar a população a deslocar o consumo de alimentos considerados “pouco saudáveis” para aqueles tidos como “saudáveis”. Em diálogo com a análise anteriormente desenvolvida, podemos dizer que tais documentos, fundamentados na racionalidade científica moderna, contribuem para a constituição de um “regime de verdade”. No qual recomendações de saúde tendem a operar como prescrições legitimadas pelas autoridades científica e institucional. As escolhas alimentares passam a ser apresentadas como intrinsecamente racionais e desejáveis, tanto no âmbito profissional quanto no imaginário social mais amplo.

Para além da dimensão nutricional, esses discursos podem funcionar como mecanismos de classificação e julgamento, nos quais a saúde, nesse sistema, é concebida como um estado ideal de normalidade que o deve alcançar ou restabelecer. Nesse enquadramento, a responsabilidade pelo cuidado com o corpo tende a ser atribuída prioritariamente ao indivíduo, ainda que tal processo se dê em contextos marcados por desigualdades estruturais.

Reconhecemos que a análise das concepções de alimentação saudável é complexa e atravessada por múltiplos interesses. Não constitui objetivo do presente texto desenvolver uma análise aprofundada sobre os interesses políticos e econômicos que permeiam o campo da Nutrição e a atuação pro-

fissional. Ainda assim, partimos do entendimento de que nenhum campo científico é neutro ou homogêneo, uma vez que a ciência se constitui como prática social historicamente situada, atravessada por relações de poder e por interesses institucionais.

Nesse cenário, os autores destacam que, paralelamente à institucionalização de discursos normativos nas políticas públicas, dinâmicas das economias de mercado, em particular aquelas vinculadas à indústria de alimentos, apropriam-se do conhecimento científico para ressignificar produtos como mercadorias dotadas de atributos terapêuticos e preventivos. Produtos rotulados como *diet*, *light* e *high protein* exemplificam esse movimento, ao mobilizarem linguagem técnica da Nutrição para legitimar promessas de controle corporal e redução de riscos. Mais recentemente, a incorporação do discurso da “comida de verdade” revela a capacidade adaptativa do mercado em absorver e reconfigurar críticas dirigidas à medicalização da alimentação.

A publicação da segunda edição do *Guia Alimentar para a População Brasileira*, em 2014, introduziu novos elementos nesse campo de tensões. Embora possamos problematizar a manutenção de seu caráter normatizador, a classificação dos alimentos segundo o grau de processamento representou um deslocamento relevante ao questionar a centralidade do nutriente e evidenciar os efeitos dos sistemas alimentares contemporâneos sobre a saúde. As reações da indústria de alimentos ultraprocessados, materializadas em tentativas de deslegitimação dessa classificação, tornaram visíveis as disputas em torno da produção e do controle da norma alimentar, dinâmica que encontra ressonância em debates internacionais recentes⁵. Esse episódio evidencia a atuação do biopoder no campo da Nutrição. Ao mesmo tempo em que o Estado formula e difunde parâmetros oficiais sobre o que deve ser consumido para promoção da saúde e alimentação, agentes econômicos mobilizam estratégias discursivas e institucionais para disputar sentidos e influenciar o aceite social dessas normas. Nesse processo, a alimentação saudável se configura como um terreno de conflitos simbólicos e materiais, no qual se articulam saberes científicos, políticas públicas e lógicas de mercado na produção de “regimes de verdade” sobre o comer e na gestão biopolítica da vida.

5 A respeito das controvérsias contemporâneas em torno da formulação de diretrizes alimentares em contextos nacionais distintos, ver a matéria jornalística sobre as novas diretrizes nutricionais dos Estados Unidos, publicada pela Folha de S. Paulo, em janeiro de 2026, a qual discute disputas científicas, políticas e econômicas associadas à definição de recomendações oficiais de alimentação.

Avançando em relação à análise desenvolvida em 2014, consideramos ainda o deslocamento progressivo do exercício do biopoder para a esfera digital. Tecnologias como aplicativos de contagem de calorias, relógios e pulseiras inteligentes intensificam processos de vigilância e mensuração do comer, promovendo formas de autodisciplina baseadas na produção contínua de dados e indicadores de desempenho. Nesse contexto, o biopoder passa a operar de maneira difusa e pouco visível, orientando ajustes permanentes das práticas alimentares em direção a padrões de normalidade e eficiência.

No âmbito das redes sociais, discursos sobre saúde e a atuação de influenciadores da área da Nutrição emergem como novos agentes de normatização das práticas alimentares. A alimentação saudável consolida-se, nesse espaço, como uma estética de vida, marcada pela espetacularização do comer, pela exposição contínua das rotinas alimentares e pela vigilância mútua entre os sujeitos. Essas dinâmicas contribuem para a intensificação de práticas de autocontrole e disciplinarização dos corpos, alinhadas às exigências de visibilidade e desempenho característicos dos modos de operar do biopoder contemporâneo.

A partir dessa base teórica, incorporamos reflexões mais recentes inspiradas em Byung-Chul Han (2024), que nos permitem compreender essas dinâmicas não como substituição, mas como intensificação das lógicas disciplinar e biopolítica descritas por Foucault, agora mediadas pela internalização das exigências de otimização contínua. O discurso da alimentação saudável passa, assim, a incorporar elementos da chamada sociedade do desempenho, na qual não se trata apenas de evitar a doença, mas de buscar incessantemente a “melhor versão de si”, otimizando performance, corpo e longevidade por meio da alimentação.

Essa lógica é reforçada pelo que Han denomina “excesso de positividade” e pela profusão de informações sobre supostas “melhores práticas” alimentares, como aquelas marcadas por elevados níveis de controle, restrição e suplementação. O resultado é a intensificação de processos de autoexigência, nos quais o comer se torna um campo privilegiado de moralização e responsabilização individual.

Essa discussão é aprofundada por Villela e Timerman (2023), que, ao dialogarem com Han, analisam os efeitos subjetivos e sociais das práticas alimentares rigidamente normatizadas no contexto da racionalidade neoli-

beral. As autoras dialogam com a noção de que, na sociedade do desempenho, a liberdade assume um caráter paradoxal, ou seja, trata-se de uma “livre coerção”, na qual o indivíduo se percebe como agente autônomo de suas escolhas ao mesmo tempo em que se converte em explorador e explorado de si mesmo. No campo da Nutrição, essa lógica se expressa na adesão voluntária a regimes exaustivos, vivenciados como práticas de autocuidado e liberdade.

Quando tais práticas não se sustentam, o fracasso tende a ser internalizado como responsabilidade individual, produzindo sentimento de culpa e vergonha, em vez de suscitar questionamentos acerca das condições estruturais e dos imperativos sistêmicos que as sustentam. As autoras articulam essa dinâmica ao diagnóstico de Han sobre as chamadas “doenças neuronais” da contemporaneidade, como burnout e depressão, entendidas como efeitos do excesso de estímulos, positividade e exigências de otimização permanente. No campo nutricional, esse excesso manifesta-se tanto no consumo desmedido, associado a agravos como obesidade, hipertensão e diabetes, quanto na perda progressiva da capacidade de reconhecer sinais corporais básicos, como saciedade.

A distância entre o eu real e o “eu-ideal”, marcado por imagens de corpos perfeitos e dietas exemplares, contribui para a constituição de sujeitos permanentemente tensionados entre exigência e insuficiência. Essa lógica é intensificada pela sociedade da transparência, tal como formulada por Han, na qual a confiança é substituída por dispositivos de controle. Nas redes sociais, a exposição contínua dos corpos e dos pratos configura um panóptico digital que intensifica a vigilância mútua e a normatização do comer. É nesse cenário que Villela e Timerman identificaram a emergência do que denominam “sociedade do doping”, na qual o uso de suplementos, anorexígenos e substâncias consideradas “funcionais” passa a ser socialmente legitimado, e até incentivado, como estratégia de sustentação do desempenho.

Em síntese, ao dialogarmos com essas contribuições, sustentamos que as práticas alimentares contemporâneas, bem como os chamados transtornos alimentares, podem ser compreendidas menos como desvios individuais e mais como expressões de uma sociabilidade marcada pela internalização de imperativos de desempenho, otimização e autocontrole, frequentemente mobilizados em nome da saúde, da liberdade e do sucesso pessoal.

Mídia, discurso e produção de sentidos sobre a alimentação saudável na contemporaneidade

O conceito de “Sociedade do saudável”, formulado por Dias, Carvalho e Barcellos (2024), constitui o eixo analítico central desta seção e constitui uma chave interpretativa para compreender a centralidade que a alimentação saudável assume na organização da vida social contemporânea. Parte-se do entendimento de que o saudável, mais do que uma orientação técnico-sanitária ou um conjunto de recomendações nutricionais, opera como um princípio normativo, dotado de forte carga moral, simbólica e política.

Estabelece-se, nesse sentido, um diálogo analítico com a “Sociedade do cansaço” (Han, 2015), na qual o esgotamento subjetivo emerge como efeito de um regime marcado pela intensificação dos estímulos, pela hiperexigência de desempenho, pela mobilização permanente da motivação e pela busca incessante por uma suposta “melhor versão de si”.

Na contemporaneidade, essa lógica do excesso e da positividade encontra ressonância no campo nutricional produzindo um consenso difuso em torno da necessidade de aderir a um ideal de alimentação saudável, cujo efeito é a naturalização de sua exigência como responsabilidade individual.

Na Sociedade do saudável, comer bem não se restringe a uma prática voltada à manutenção da saúde biológica, mas torna-se um marcador de virtude, responsabilidade e pertencimento social. O saudável se converte, assim, em um ideal a ser continuamente perseguido, monitorado e exibido, atravessando dimensões como alimentação, atividade física, produtividade e autocuidado. Nesse contexto, a alimentação saudável passa a funcionar como um dispositivo de classificação social, produzindo distinções simbólicas entre aqueles que sabem, podem e conseguem comer de forma considerada adequada e aqueles cujas práticas são interpretadas como falhas, inadequadas ou irresponsáveis.

A Sociedade do saudável é, portanto, marcada por uma intensa produção discursiva, na qual diferentes agentes disputam a legitimidade para definir o que é alimentação saudável, quais práticas devem ser adotadas e quais sujeitos são considerados exemplares ou desviantes. Longe de ser homogêneo, esse campo é atravessado por tensões, contradições e ambiguidades, que se materializam nos discursos e nas práticas sociais (Dias; Carvalho; Barcellos, 2024). É nesse cenário que as mídias assumem papel central,

funcionando como instâncias privilegiadas de mediação, tradução e difusão desses sentidos.

As mídias contemporâneas, especialmente as digitais, configuram-se como espaços estratégicos de circulação, disputa e atualização dos sentidos da alimentação saudável. Elas não apenas amplificam discursos oriundos do campo científico ou institucional, mas os reorganizam segundo lógicas próprias, associadas à visibilidade, ao engajamento e à mercantilização da atenção (Martino, 2014).

Nesse processo, os discursos midiáticos sobre alimentação saudável tendem a assumir formatos didáticos, prescritivos e personalizáveis, aproximando-se da vida cotidiana dos sujeitos e produzindo efeitos de proximidade e identificação. Esses formatos discursivos operam por meio de estratégias de interpelação direta do sujeito, produzindo um efeito de proximidade que dilui o caráter normativo da prescrição.

Nesse contexto, a noção de midiaticização contribui para compreender como as práticas alimentares passam a ser progressivamente moldadas por lógicas midiáticas, que reorganizam tempos, espaços e formas de interação social (Schulz, 2004). No ambiente digital, receitas, dicas, tutoriais e vídeos explicativos proliferam, produzindo uma “pedagogia” cotidiana do comer e do cozinhar. Essa “pedagogia” não se limita à transmissão de técnicas culinárias, mas envolve a comunicação de valores, normas e expectativas sociais sobre o que significa comer corretamente, cuidar de si e ser saudável.

Esse cenário é atravessado pela chamada infodemia, caracterizada pelo excesso de informações, muitas vezes contraditórias, que circulam de forma acelerada e fragmentada (Opas, 2020). Paradoxalmente, quanto maior a oferta de conteúdos sobre alimentação saudável, maior tende a ser a sensação de insegurança e confusão dos sujeitos diante das escolhas alimentares. Do ponto de vista discursivo, a infodemia não se caracteriza apenas pelo excesso de informações, mas pela produção de um espaço de contradições que fragiliza os efeitos de sentido e desloca a responsabilidade da escolha para o indivíduo. Tal fenômeno dialoga com o conceito de gastroanomia, proposto por Fischler (1995), ao evidenciar a fragilização das referências tradicionais e a intensificação da responsabilização individual no ato de comer.

Para compreender como esses discursos se estruturam e produzem efeitos sociais, recorre-se às contribuições de Pierre Bourdieu, especialmente às noções de campo, *habitus*, capitais e poder simbólico. O campo da Nutrição pode ser entendido como um espaço social de disputas, no qual diferentes agentes como pesquisadores, profissionais da saúde, chefs, influenciadores digitais, empresas e instituições, lutam pela definição legítima do que é alimentação saudável (Prado et al., 2011). Essas disputas não ocorrem em condições simétricas, sendo profundamente marcadas pelas desigualdades na distribuição dos capitais.

O *habitus*, enquanto sistema de disposições incorporadas, orienta gostos, preferências e práticas, naturalizando determinados padrões como evidentes ou desejáveis (Bourdieu, 2004). Os discursos midiáticos dialogam com esses *habitus*, ao mesmo tempo em que contribuem para sua atualização, reforçando estilos de vida associados à autonomia, ao autocontrole e à reflexividade. Os capitais cultural e simbólico são centrais nesse processo, pois conferem autoridade aos enunciadores midiáticos, legitimando suas orientações como corretas, modernas e cientificamente embasadas.

O poder simbólico Bourdieu (2015), manifesta-se na capacidade de impor visões de mundo como universais, ocultando os interesses e as condições sociais que sustentam sua produção. No caso da alimentação saudável, esse poder se expressa na naturalização de determinados modelos alimentares como superiores. Essa naturalização se materializa linguisticamente por meio de adjetivações valorativas e de dicotomias simplificadoras que produzem efeitos de universalidade e consenso. Ao mesmo tempo, outras práticas são deslegitimadas ou invisibilizadas. As mídias, ao operarem como instâncias de consagração simbólica, desempenham papel fundamental na reprodução dessas hierarquias.

Desse modo, a Análise de Discurso de linha francesa, especialmente a partir das contribuições de Eni Orlandi, permite aprofundar a compreensão desses processos ao deslocar o foco da linguagem como mera transmissão de informações para a linguagem como produção de sentidos historicamente situada (Orlandi, 2015). Nessa perspectiva, os discursos midiáticos sobre alimentação saudável são compreendidos a partir de suas condições de produção, que incluem o contexto social, econômico e tecnológico no qual são formulados, bem como as posições ocupadas pelos sujeitos que enunciam.

No contexto contemporâneo, marcado pela centralidade das plataformas digitais, essas condições de produção são atravessadas por lógicas algorítmicas, mercadológicas e de visibilidade, que influenciam tanto o conteúdo quanto a forma dos discursos. A figura do influenciador digital emerge, nesse cenário, como um enunciador privilegiado, cuja autoridade se constrói discursivamente a partir da combinação entre *expertise*, autenticidade e proximidade com o público. Essa posição-sujeito é sustentada por um jogo complexo entre saberes científicos, experiências pessoais e estratégias comunicacionais, produzindo efeitos de verdade e identificação.

As tendências de alimentação saudável assumem, assim, papel central na produção dos discursos midiáticos e nos efeitos que estes exercem sobre as práticas sociais e alimentares. Barbosa (2009) identificou tendências como a cientificação, a saudabilidade e a gastronomização do consumo alimentar. No campo da Nutrição, essas tendências são reforçadas por documentos institucionais, como o Guia Alimentar para a População Brasileira⁶ (Brasil, 2014), e apropriadas pelos discursos midiáticos de forma prescritiva.

Na análise discursiva feita em vídeos do canal Panelinha na plataforma Youtube (Dias; Carvalho; Barcellos, 2024), esses elementos tornam-se particularmente visíveis e evidenciam a organização sequencial do discurso, marcada por verbos no imperativo atenuado e por uma temporalidade controlada, produz um efeito de normatividade suave, na qual o ensino do “como fazer” se converte em prescrição legítima. Observa-se que as práticas alimentares e culinárias midiáticas são organizadas simbolicamente a partir de uma lógica didática que ensina, de forma minuciosa e sequencial, não apenas *o que* preparar, mas *como* preparar, em que tempo, com quais utensílios e sob quais princípios orientadores.

As receitas são apresentadas como soluções práticas para o cotidiano, articulando valores como simplicidade, eficiência, prazer e controle, ao mesmo tempo em que comunicam regras implícitas de conduta alimentar. Esse modelo discursivo constrói um saudável aparentemente acessível, porém

6 O Guia Alimentar para a População Brasileira é um documento oficial do Ministério da Saúde que orienta práticas alimentares promotoras de saúde a partir de uma abordagem ampliada da alimentação, entendida como prática social e cultural. Suas diretrizes privilegiam os alimentos in natura ou minimamente processados, o preparo culinário doméstico, a comensalidade e a atenção ao ato de comer, ao mesmo tempo em que recomendam evitar alimentos ultraprocessados, adotando como referência a classificação segundo o grau de processamento, denominada classificação NOVA.

normatizado, no qual a autonomia do sujeito é continuamente convocada, desde que alinhada a determinadas escolhas consideradas corretas.

As escolhas de produção do conteúdo, desde a seleção dos ingredientes até a estética visual, a linguagem empregada e a organização narrativa dos vídeos, revelam-se não aleatórias, mas em consonância com tendências hegemônicas do campo da Nutrição, como a valorização da comida caseira, do preparo doméstico e da racionalização do tempo. A figura da enunciadora se consolida como referência legítima ao mobilizar capitais culinário e simbólico, articulando saberes técnicos e cotidianos, o que contribui para a naturalização de um ideal de alimentação saudável ajustado às exigências de produtividade e autocuidado da vida contemporânea. Além disso, tendências como a valorização do natural, a culinária caseira, o aproveitamento integral dos alimentos e a simplificação das receitas dialogam com discursos institucionais, como o Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014), mas são reconfigurados pelas mídias em formatos normativos e com tom professoral.

Dessa forma, a análise desenvolvida ao longo desta seção evidencia que os discursos midiáticos sobre alimentação saudável não podem ser compreendidos como expressões espontâneas ou meramente informativas, mas como produções simbólicas situadas em um contexto social específico, atravessado por relações de poder, disputas de legitimidade e racionalidades contemporâneas orientadas pela produtividade, pelo autocontrole e pela responsabilização individual.

Nesse sentido, a análise de vídeos do canal *Panelinha* permite observar, de maneira concreta, como essas dinâmicas se materializam discursivamente, abrindo caminho para uma reflexão mais ampla sobre os efeitos sociais, simbólicos e políticos da normatização do comer na contemporaneidade. Demonstrem, ainda, que as práticas alimentares e culinárias midiáticas são ordenadas simbolicamente por meio de um modo de ensinar o “o quê” e o “como” comer e cozinhar, comunicando valores, normas e regras de conduta. As escolhas discursivas observadas não são aleatórias, mas articuladas às tendências circulantes no campo da Nutrição e aos imperativos da Sociedade do saudável.

O modelo discursivo do “como-fazer” expressa um sintoma da infodemia, aqui denominada de infodemia nutricional, e da lógica contemporânea

de produtividade, ao oferecer soluções rápidas e eficientes para a gestão individual da alimentação. O efeito dicotômico saudável/não saudável produz um saudável idealizado e normativo, reforçando a responsabilização individual, o cuidado de si e a figura do consumidor-cidadão, em detrimento da compreensão da alimentação como direito humano.

Ao articular o conceito de Sociedade do saudável, as contribuições de Pierre Bourdieu e os aportes da Análise de Discurso de linha francesa, é possível compreender a mídia como espaço de educação informal e lugar de saber o que implica reconhecer seu papel central na produção de subjetividades, identidades e visões de mundo. Os discursos midiáticos são textos historicamente mediados, editados por interesses e intenções, sobretudo econômicos, que produzem um mundo socialmente organizado e simbolicamente hierarquizado e contribuindo aos imperativos contemporâneos de autocontrole, produtividade e desempenho.

Considerações finais

À luz dessas reflexões, compreendemos que a alimentação saudável não se constitui apenas como um conjunto de recomendações técnicas orientadas à prevenção de agravos, mas configura-se como um discurso socialmente produzido, historicamente situado e amplamente mediado por instâncias científicas, institucionais e midiáticas. Ao circular como regime de verdade amplamente difundido no cotidiano, esse discurso capilariza-se nos espaços midiáticos, onde é continuamente atualizado, negociado e disputado.

Nesse movimento, a alimentação saudável consolida-se como uma gramática moral cotidiana, por meio da qual práticas alimentares, desejos corporais e identidades são produzidos, avaliados e hierarquizados, articulando saberes científicos, lógicas de mercado e experiências ordinárias na gestão contemporânea do comer. Mais do que informar, tais discursos produzem efeitos normativos, interpelando os sujeitos como responsáveis individuais por suas escolhas alimentares e por sua condição de saúde.

Diante desse quadro, o texto não propõe a negação das práticas e dos discursos em torno da alimentação saudável, mas a necessidade de compreendê-los criticamente e de reposicionar o sentido do comer para além da lógica da performance, do autocontrole e da otimização permanente. A resistência, nesse sentido, reside na valorização do prazer, do convívio, do

lazer e da imperfeição inerente ao ato de comer, reconhecendo que essas dimensões também nos humanizam e que constituem a experiência alimentar.

No entanto, tal deslocamento não pode ser apenas individual. Trata-se de uma questão estrutural e coletiva, que chama o campo da Nutrição a refletir sobre suas próprias práticas, discursos e formas de intervenção. No âmbito da formação profissional, isso implica tensionar abordagens excessivamente prescritivas e individualizantes, incorporando de modo mais sistemático reflexões sobre mídia, discurso, desigualdade sociais e condições concretas de acesso à alimentação.

No plano das políticas públicas, reforça-se a necessidade de articular a promoção da alimentação saudável à garantia da Segurança Alimentar e Nutricional e da Soberania Alimentar, deslocando o foco da culpabilização individual para a responsabilidade estatal e social na efetivação do direito humano à alimentação adequada. Do mesmo modo, no campo da Educação Alimentar e Nutricional, torna-se fundamental construir práticas pedagógicas que reconheçam o conflito, as contradições e a diversidade dos modos de comer, favorecendo processos educativos menos formativos e mais dialógicos.

Ao situar a mídia como espaço central para a produção de sentidos e subjetividades, convidamos, por fim, a reconhecer as ambivalências da chamada Sociedade do saudável. Sem negar a importância do cuidado com a saúde, propomos problematizar os modos pelos quais esse cuidado tem sido mobilizado para regular corpos e condutas, de modo a realocar a alimentação ao horizonte dos direitos e da justiça social.

Referências

AZEVEDO, E. DE. Alimentação saudável: uma construção histórica. **Simbiótica**, v. 1, n. 7, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.47456/simbitica.v1i7.9004>. Acesso em: 12 jan. 2026.

BARAUSKAITE, D. *et al.* Eating healthy to impress: How conspicuous consumption, perceived self-control motivation, and descriptive normative influence determine functional food choices, **Appetite**, v. 131, p. 59-67, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.08.015>. Acesso em 12 jan. 2026.

BARBOSA, L. **Tendências da alimentação contemporânea**. Rio de Janeiro: FGV, 2009.

- BOURDIEU, P. **O senso prático**. Petrópolis: Vozes, 2004.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília: MS, 2014.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.
- DIAS, M. S. P. C.; CARVALHO, M.C.V.S; BARCELLOS, D. M. N. **A sociedade do saudável e as culinárias midiáticas**. CURITIBA: CRV, 2024.
- FISCHER, R. M. B. O dispositivo pedagógico da mídia: modos de educar na (e pela) TV. **Educação E Pesquisa**, v. 28, n. 1, p. 151–162. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022002000100011>. Acesso em 12 jan. 2026.
- FISCHLER, C. **L'omnivore**. Paris: Odile Jacob, 1995.
- FOLHA DE S. PAULO. Novas diretrizes nutricionais dos Estados Unidos e as controvérsias científicas, políticas e econômicas em torno da alimentação. *Folha de S. Paulo*, São Paulo, jan. 2026. Disponível em: <https://folha.com/mfs8jqr2>. Acesso em: 7 jan. 2026.
- FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975–1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- GASPAR, M. C. M. P. Entre normas socioculturais e dietéticas: o almoço para nutricionistas e mulheres leigas brasileiras, espanholas e francesas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 3927-3936, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.09172020>. Acesso em 12 jan. 2026.
- HAN, B. **Sociedade do cansaço**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2024.
- KOTEYKO, N. Balancing the good, the bad and the better: A discursive perspective on probiotics and healthy eating. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health*. **Illness and Medicine**, v. 14, n. 6, p. 585-602, 2010. Disponível em <http://10.1177/1363459309360784>. Acesso em 12 jan. 2026.

KRAEMER, F. B. *et al.* O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1337–1360, out. 2014.

MARTINO, L. M. S. **Teoria das mídias digitais**. Petrópolis: Vozes, 2014.

MEDEIROS, P. F. DE; GUARESCHI, N. M. DE F. A mídia como ferramenta de pesquisa: produção de saberes no cotidiano sobre a saúde das filhas deste solo. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n. spe, p. 87–95, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822008000400012>. Acesso em 12 jan. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19**. Brasília: OPAS, 2020.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas: Pontes, 2015.

PRADO, S. D. *et al.* Alimentação e nutrição como campo científico. **Revista de Nutrição**, v. 24, n. 6, p. 927-938, 2011.

SCHULZ, W. Reconstructing mediatization as an analytical concept. **European Journal of Communication**, v. 19, n. 1, p. 87-101, 2004.

VIANA, M. R. *et al.* A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 447–456, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.25432015>. Acesso em: 7 jan. 2026.

VILLELA, M. C. E.; TIMERMAN, F. Força, foco e fé: a sociedade do desempenho e a (má) alimentação. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 32, n. 2, e210771pt, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902023210771pt>. Acesso em: 7 jan. 2026.

Agradecimento:

À Prof.^a Dr.^a Maria Cláudia da Veiga Soares Carvalho, agradecemos pelo rigor teórico e orientação que permitiram o aprimoramento da tese “Tendências de consumo nas práticas alimentares e culinárias midiáticas: uma análise de discursos sobre alimentação saudável”, de autoria de Manuela de Sá Pereira Colaço Dias, contribuindo para o texto aqui publicado.

Entre farmacopeias, saberes globais e sociabilidades: o chá na medicina da Modernidade (séc. XVI–XVIII)

Patrícia M. S. Merlo¹

Lucas Onorato Braga²

1. Introdução

O ensino ilustrado da História Natural emergiu em consonância com a consolidação das academias científicas europeias durante o século XVII. Entre as principais instituições fundadas nesse contexto, merecem destaque o *Collegium Naturae Curiosum*, em Schweinfurt, Alemanha (1651); a *Accademia del Cimento*, em Florença (1657); a *Royal Society*, em Londres (1660); e a *Académie des Sciences*, em Paris (1666) (Marques, 2005, p. 40). Enquanto espaços institucionais de produção e legitimação do conhecimento, as academias científicas operavam como centros de circulação do saber, materializado tanto no corpo de seus membros e em suas reuniões e assembleias, quanto em objetos dotados de valor científico e cultural, como atas, publicações, bibliotecas, instrumentos, laboratórios e museus (Silva, 2015, p. 6).

Em Portugal, um marco significativo nesse processo foi a chegada a Lisboa, em 1764, do naturalista paduano Domingos Vandelli (1735-1816), convidado por Sebastião José de Carvalho e Melo para lecionar no Colégio dos Nobres. Entusiasta das chamadas “ciências úteis”, Vandelli exerceu influência decisiva na Universidade de Coimbra, assumindo a direção do Real Gabinete de História Natural e do Jardim Botânico da Ajuda. Foi ainda um dos sócios fundadores da Academia Real das Ciências de Lisboa, instituição em que atuou ativamente até seu falecimento, em 1816 (Raminelli, 2008,

1 Professora do Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal do Espírito Santo.

2 Doutorando em História pela Universidade Federal do Espírito Santo.

p. 81-82). A disseminação do conhecimento produzido no âmbito dessas instituições se dava por meio da publicação de memórias nos periódicos acadêmicos, alcançando um público mais amplo, ou por sua leitura restrita aos círculos de sócios e a grupos sociais letrados e interessados nas temáticas abordadas. Nos salões acadêmicos, políticos e cientistas debatiam questões ligadas às práticas agrícolas, à exploração de minas e ao aproveitamento de matérias vegetais, partindo da convicção de que era precisamente na agricultura que se encontrava o alicerce da prosperidade dos povos e da riqueza dos Estados (Domingues, 2001, p. 830).

Buscava-se, dessa forma, privilegiar as produções agrícolas das colônias como estratégia de dinamização da economia metropolitana. Os objetivos propostos articulavam dimensões especulativas e práticas de maneira simultânea. Incentivavam-se pesquisas nos mais variados ramos do saber, consolidando-se a perspectiva de que “a ciência e a técnica permitiriam transformar o Novo Mundo à imagem do Velho e, sobretudo, potencializá-lo e explorá-lo em benefício próprio” (Domingues, 2001, p. 832).

Nesse contexto, o presente estudo tem por objetivo analisar o chá na Península Ibérica entre os séculos XVI e XVIII, tomando como fonte central a *Florae lusitanicae et brasiliensis specimen* (1788), do naturalista paduano Domingos Vandelli, obra que reúne correspondências com figuras de destaque do pensamento científico europeu, como Carl von Linné e Antonio De Haen. A partir dessa fonte, busca-se investigar os circuitos de circulação da planta no contexto do império português, bem como os saberes botânicos e medicinais que lhe foram atribuídos no âmbito das redes científicas ilustradas. Para ampliar o escopo interpretativo e conferir ao debate uma dimensão ibérica mais ampla, o trabalho recorre também ao *Tratado de los usos, abusos, propiedades y virtudes del tabaco, café, té y chocolate* (1796), do cirurgião espanhol Antonio Lavedan, permitindo examinar como os discursos sobre os usos medicinais do chá circulavam para além das fronteiras portuguesas.

Do ponto de vista teórico, o estudo ancora-se no conceito de circulação proposto por Kapil Raj (2007), segundo o qual o conhecimento científico moderno deve ser compreendido não como uma produção exclusivamente europeia, mas como resultado de processos de interação, tradução e negociação entre diferentes tradições de saber. Tal perspectiva permite analisar o chá não como um simples objeto transferido do Oriente para a Europa, mas

como um vetor de transformação epistemológica, cujos significados botânicos, medicinais e culturais foram continuamente reconfigurados ao longo de sua trajetória pelo mundo ibérico e atlântico.

2. Kapil Raj e a ciência em circulação

Entre os séculos XVI e XVIII, a expansão marítima europeia produziu uma inflexão decisiva nos regimes de circulação de substâncias, saberes e práticas médicas. Esse processo, frequentemente interpretado a partir de suas dimensões econômicas e políticas, deve ser igualmente compreendido como uma transformação epistemológica profunda, que reconfigurou os modos de produzir, validar e sistematizar o conhecimento sobre o corpo, a doença e a terapêutica. A incorporação de substâncias oriundas da Ásia, África e América, entre elas o chá, colocou em crise a suficiência explicativa da tradição hipocrático-galênica.

A medicina europeia, até então ancorada na autoridade textual dos clássicos, viu-se confrontada com a necessidade de interpretar objetos que escapavam completamente ao repertório antigo. Nesse sentido, a introdução do chá não pode ser compreendida como um simples acréscimo à farmacopeia, mas como um vetor de transformação dos próprios critérios de verdade no campo médico. Como argumenta o historiador Harold J. Cook (2007, p. 3), a circulação de drogas naturais desempenhou papel central nesse processo, ao deslocar a autoridade dos textos para a experiência.

O comércio de drogas e substâncias naturais criou novas formas de conhecimento, incentivando a observação empírica e a experimentação para além da autoridade dos textos clássicos (Cook, 2007, p. 3, tradução nossa).

Esse deslocamento não se deu de forma linear ou homogênea; ao contrário, foi marcado por tensões, disputas e negociações entre diferentes tradições de conhecimento. O chá, nesse contexto, emerge como um objeto particularmente fecundo para a análise, pois sua trajetória permite observar a articulação entre circulação global e práticas médicas.

A compreensão do chá como objeto histórico exige sua inserção no campo da história global da ciência. A contribuição do historiador Kapil Raj

(2007) é fundamental ao propor que a ciência moderna deve ser entendida como resultado de processos de circulação, interação e tradução entre diferentes tradições de conhecimento. Ao contrário das narrativas que situam a origem da ciência exclusivamente na Europa, Raj demonstra que o saber científico foi produzido em espaços de contato (portos, entrepostos comerciais e territórios coloniais), nos quais diferentes agentes, europeus e não europeus, participaram ativamente.

A circulação, portanto, não é um elemento secundário, mas constitutivo da própria ciência. No caso do chá, sua incorporação à medicina europeia não foi um simples processo de transferência, mas uma reconfiguração ativa. Práticas médicas asiáticas, que atribuíram ao chá propriedades digestivas e estimulantes, foram apropriadas e reinscritas em categorias europeias. Esse processo envolveu múltiplos mediadores: missionários jesuítas, mercados, naturalistas, médicos e boticários. Esses agentes traduziram seus usos e adaptaram suas descrições a sistemas conceituais distintos. O resultado foi a produção de um conhecimento híbrido, no qual elementos asiáticos e europeus se entrelaçaram de maneira inseparável.

A introdução do chá na literatura médica evidenciou uma crise nos modelos explicativos tradicionais. A medicina hipocrático-galênica, baseada na teoria dos humores, fornecia um sistema estável para a interpretação das substâncias, mas diante de novos objetos, esse sistema mostrou-se insuficiente. O médico Garcia de Orta (1501-1568), atuando no contexto do império português na Ásia, representa um ponto de inflexão decisivo. Em seus *Colóquios dos simples e drogas da Índia* (1563), ele afirma: “Não me fundarei tanto nos autores antigos quanto na experiência que tenho destas coisas” (Orta, 1891, p. 42). Essa afirmação privilegia a experiência sobre a autoridade textual, tornando-se emblemática de uma transformação epistemológica que o chá, entre outras substâncias, ajudou a consolidar.

3. O chá e os sabores médicos modernos

3.1 A teoria humoral e a recepção do chá

Foi por meio dos relatos provenientes do Oriente que os europeus tomaram conhecimento das propriedades terapêuticas do chá. As virtudes da bebida foram inicialmente evidenciadas nos Países Baixos, onde, por volta

de 1630, já circulavam registros documentais acerca de discussões que entrelaçavam questões de saúde ao consumo da erva (Standage, 2005).

Ao entrarem em contato com a planta, os europeus buscaram enquadrá-la nos paradigmas de construção do discurso médico vigentes na primeira metade da Modernidade. Operando a partir de um arcabouço teórico herdado da Antiguidade, os estudiosos do período moderno analisaram as propriedades do chá à luz de teorias que associavam a circulação dos fluidos intracorporais e a manutenção da saúde ao meio natural, modelo fundamentado nas obras de Hipócrates de Cós e Cláudio Galeno (Merlo, 2015).

Partindo de pressupostos filosóficos pré-socráticos, Hipócrates desenvolveu sua doutrina humoral, segundo a qual a constituição física do ser humano seria composta por quatro humores: sangue, fleuma, bile amarela e bile negra, responsáveis tanto pelo estado de saúde quanto pela ocorrência de patologias (Frias, 2005). Baseando-se nessa teoria, Galeno desenvolveu o modelo dos temperamentos, no qual a constituição física dos indivíduos seria formada por quatro agentes agrupados em pares de qualidades opostas: quente/frio e úmido/seco, derivados dos quatro elementos naturais do universo: fogo, ar, terra e água (Montanari, 2013, p. 84).

Segundo esses modelos, a saúde estaria em seu estado pleno quando os elementos constitutivos da natureza humana se apresentassem em proporção equilibrada, sendo a enfermidade o resultado do predomínio de um elemento sobre os demais. Nesse sentido, Hipócrates postulou que a vida saudável poderia ser influenciada pelo consumo de determinados tipos de alimentos, ao passo que os preceitos galênicos preconizavam que o balanceamento dos temperamentos deveria ser restabelecido pela associação de elementos contrários por meio de alimentação apropriada. Conforme destaca Massimo Montanari (2013, p. 84-85), o indivíduo enfermo por excesso de umidade deveria preferir alimentos de natureza seca, e vice-versa.

3.2 Controvérsias médicas e disputa de paradigmas

Imbuídos do referencial teórico legado pelas autoridades da Antiguidade, diversos estudiosos europeus inseriram-se, ao longo da primeira metade da Modernidade, nos debates acerca das propriedades medicinais do chá. O pioneiro no tratamento do tema no continente foi Simon Pauli (1603-

1680), médico alemão e clínico da corte do rei da Dinamarca, que publicou tratado no qual pontuava as virtudes medicinais da erva, equiparando-as, contudo, a seus potenciais malefícios (Standage, 2005). Pauli via o chá como uma substância perigosa para os europeus, argumentando que seus efeitos poderiam perturbar o equilíbrio humoral.

Nos Países Baixos, destaca-se a figura do médico Cornelius Bontekoe (1644-1685), defensor radical do consumo da bebida. Em sua obra *Tratado do Chá de Ervas Mais Excelentes*, Bontekoe recomendava o uso amplo da bebida, sugerindo a ingestão de várias xícaras diariamente, posicionando-se, no entanto, contrariamente ao ato de adoçar o líquido. Na Inglaterra, John Coakley Lettsom (1744-1815), médico, botânico e fundador da Sociedade Médica de Londres (1773), obteve em 1769 o título de doutor ao defender tese sobre a história natural da árvore do chá. Após realizar uma série de experimentos, Lettsom concluiu que o consumo da erva deveria ser evitado, uma vez que seus efeitos perturbadores poderiam ocasionar enfraquecimento físico (Lettsom, 1772).

Essas posições divergentes expressavam disputas epistemológicas mais amplas: de um lado, o galenismo buscava enquadrar o chá em categorias tradicionais de qualidades; de outro, o empirismo emergente propunha análises baseadas na composição material e nos efeitos observáveis. Aos poucos, a ênfase mudou da moldura galênica inicial, que debatia se o chá era “quente ou frio”, para a análise iatroquímica. Influenciados por Paracelso, médicos passaram a procurar “óleos essenciais” e “partículas voláteis” na planta.

3.3 O papel dos boticários e a dimensão econômica da circulação

A transformação do chá em objeto médico não pode ser compreendida sem atenção à sua circulação material. Entre os mediadores mais importantes desse processo estavam os boticários, profissionais situados na fronteira entre o comércio e a medicina, cujas lojas funcionavam como espaços de triagem, classificação e difusão de substâncias vindas de partes distantes do mundo. Nas boticas de Lisboa, Amsterdam e Londres, o chá foi progressivamente incorporado aos repertórios de drogas disponíveis ao público, inicialmente a preços proibitivos, acessíveis apenas às elites, e depois, ao longo do século XVIII, em circulação mais ampla.

A dimensão econômica dessa circulação é igualmente relevante. As Companhias das Índias Orientais exerceram controle direto sobre o abastecimento do chá na Europa. O monopólio comercial produzia escassez artificial e preços elevados, conferindo à bebida um estatuto de raridade e distinção social durante boa parte do século XVII. Apenas quando os volumes importados cresceram e os preços caíram, no século XVIII, o chá deixou de ser exclusivamente um artigo médico ou de luxo para se tornar uma bebida de consumo cotidiano (Smith, 2021). Essa transição é fundamental para compreender como os discursos médicos sobre o chá se modificaram à medida que seu público se ampliava.

No contexto do império português, a rota do chá seguia, em grande medida, a lógica do sistema de frotas e do comércio administrado pela Coroa. O entreposto de Macau desempenhou papel estratégico nessa circulação: foi ali que os jesuítas portugueses estabeleceram os primeiros contatos sistemáticos com o chá como objeto de cura, integrando descrições de seus usos medicinais em relatórios enviados a Lisboa e Roma. O padre Álvaro Semedo, em sua *Relação da grande monarquia da China* (1642), descreveu os usos do chá com atenção às suas propriedades medicinais locais, contribuindo para sua inserção no vocabulário médico lusitano (Semedo, 1642).

3. Vandelli e as redes científicas ilustradas

A chegada de Domingos Vandelli a Lisboa em 1764 representa um momento de articulação entre o projeto ilustrado português e as redes científicas europeias. Formado em Pádua e discípulo intelectual dos maiores nomes da botânica setecentista, Vandelli trouxe consigo não apenas um vasto repertório científico, mas também uma densa rede de relações acadêmicas que conectava o mundo ibérico ao coração do iluminismo europeu. Convidado pelo marquês de Pombal para integrar o processo de reforma da Universidade de Coimbra, o naturalista assumiu funções que iam além da docência: tornou-se o principal articulador da história natural no espaço imperial português (Reminelli, 2008).

A obra *Florae lusitanicae et brasiliensis specimen* (1788) constitui, nesse sentido, um documento excepcional. Trata-se de um catálogo botânico do território luso-brasileiro que reúne, em sua segunda parte, a correspondên-

cia epistolar mantida entre Vandelli e dois dos mais influentes intelectuais científicos de sua época: o botânico sueco Carl von Linné (Lineu) e o médico vienense Antonio De Haen. Essa estrutura revela de modo exemplar como o conhecimento circulava e se constituía nas redes ilustradas do século XVIII: não apenas como produto de observações individuais, mas como resultado de trocas contínuas, negociações conceituais e transferências de espécimes entre diferentes espaços do saber.

O catálogo botânico da obra organiza as plantas do território luso-brasileiro segundo a nomenclatura linnaeana, registrando ao lado de cada espécie suas propriedades medicinais por meio de abreviações sistemáticas: *Vis. adstringens*, *Vis. diuretica*, *Vis. narcótica*, entre outras. Esse método classificatório, herdado de Lineu, articula o projeto taxonômico à utilidade terapêutica, revelando a estreita relação entre botânica, medicina e economia política que caracterizava a ciência ilustrada. A flora luso-brasileira era, assim, simultaneamente catalogada como patrimônio natural e avaliada como recurso farmacológico potencial.

Entre as diversas passagens das cartas de Lineu a Vandelli que figuram na *Florae lusitanicae*, duas merecem atenção especial por envolverem diretamente o chá. A primeira encontra-se na Carta V, datada de Uppsala, 1.º de outubro de 1763. Após comentar o envio de espécimes botânicos, Lineu menciona ter recebido um exemplar da planta do chá proveniente da China: “*Theam accepi e China; forte prima, quae umquam fuit in ullo Europaeo horto*” (1763, p. 84). O naturalista sueco informava a Vandelli que aquele seria, possivelmente, o primeiro exemplar da planta a ser cultivado em solo europeu.

A importância dessa passagem vai além do dado factual. Ela revela o papel central das redes epistolares na circulação de espécimes botânicos entre a Ásia e a Europa, e posiciona Vandelli como interlocutor privilegiado nesse fluxo. O fato de Lineu comunicar a Vandelli a posse de uma *Thea* diretamente da China demonstra que o naturalista paduano era reconhecido como agente ativo nessas redes de troca, capaz de intermediar o acesso a espécimes raros e de contribuir para o avanço do conhecimento taxonômico europeu sobre as plantas orientais.

A passagem também ilumina um momento específico na história da botânica europeia: o período em que a *Thea sinensis* transitava do estatuto de planta exótica, conhecida apenas por relatos e amostras processadas, para

o de espécime vivo, classificável e potencialmente cultivável. Para Kapil Raj (2007), é precisamente nesses momentos de tradução material, quando um objeto passa de um contexto de conhecimento para outro, que o saber se reconstitui. O espécime enviado da China a Uppsala não era apenas uma planta: era um conjunto de significados botânicos, medicinais e comerciais em processo de reinscrição dentro do sistema classificatório linnaeano.

A segunda passagem fundamental encontra-se na Carta XII, de Uppsala, datada de 15 de novembro de 1765. Lineu, ao tratar das propriedades medicinais de plantas do Novo Mundo, estabelece uma comparação entre a *Spigelia* (planta brasileira utilizada como anti-helmíntico) e a própria *Thea*: “*Archiatri Petropolitani comparant Cihl Spigeliã Theã, eãque curant vermes quosunque*” (1765, p. 90). A informação de que médicos de São Petersburgo comparavam a *Spigelia* ao chá para o tratamento de verminoses revela como o saber medicinal circulava de forma não linear pelas redes científicas europeias, estabelecendo equivalências terapêuticas entre plantas de continentes distintos.

Na sequência, Lineu formula uma instrução de teor explicitamente econômico a Vandelli: dado que Portugal governava o Brasil, onde a *Spigelia* crescia espontaneamente, o naturalista poderia acumular grandes quantidades da planta e comercializá-las em toda a Europa, auferindo considerável lucro. Essa passagem é reveladora dos entrelaçamentos entre ciência, comércio e império que caracterizavam a botânica ilustrada. O chá, aqui, não é apenas um objeto de saber: é um referente de valor, um padrão de comparação que autoriza a exploração econômica de um substituto colonial.

O que o conhecimento sobre o chá não se propagava apenas de Oriente a Ocidente, mas se redistribuía continuamente pelas redes atlânticas, sendo reconfigurado a cada nova comparação, cada nova equivalência terapêutica estabelecida. A *Thea* tornava-se, assim, um operador epistêmico que permitia classificar, valorar e explorar outras plantas do mundo colonial.

4. Lavedan e o discurso médico ibérico

Era nesses espaços institucionais, como as academias científicas, que grupos de estudiosos se reuniam para debater temas relevantes ao avanço da ciência e ao desenvolvimento econômico das nações coloniais modernas. Nesse contexto se insere a trajetória intelectual de Antonio Lavedan.

O cirurgião espanhol encontrou, no ambiente acadêmico de seu tempo, a orientação necessária para estruturar sua obra *Tratado de los usos, abusos, propiedades y virtudes del tabaco, café, té y chocolate* (1796). Partindo de preceitos utilitaristas, a obra caracteriza-se como um compilado de textos transcritos que versa sobre os aspectos botânicos, as formas de cultivo e consumo e os usos medicinais do tabaco, do café, do chá e do chocolate, abordando igualmente suas virtudes e riscos para a saúde humana.

O autor inicia a seção sobre o chá abordando os primórdios de sua utilização pelos povos do Império do Meio. Segundo Lavedan, embora não seja possível confirmar com precisão a motivação inicial que levou ao uso da erva, os indícios disponíveis apontam para que sua ingestão tenha ocorrido primeiramente como recurso para corrigir o sabor impróprio de determinadas águas. Aludindo a uma experiência análoga relatada pelo Doctor Kalm na América do Norte, o autor destaca que o chá, quando infundido à água fervida, seria especialmente útil no verão, quando se transitava por paragens de água ruim e infectada (Lavedan, 1796, p. 135).

O tratado evidencia que o consumo da bebida evoluiu no território chinês, passando a ser recomendado como hábito benéfico a todos os seres humanos, devendo ser ingerido em pequenas quantidades e em diferentes momentos do dia: “os chineses tomam desta bebida de manhã e à tarde, mas pouco de uma vez em taças pequenas. Fingem eles que esta bebida em nós não faz todo o proveito que nos faria, se a usássemos em pequenas porções e frequentemente” (Lavedan, 1796, p. 136).

Lavedan registra também a difusão europeia da erva asiática. Uma vez introduzida nos Países Baixos, a bebida experimentou progressiva difusão por toda a Europa, após ter seu consumo adotado por indivíduos de elevada posição social: em 1660, foi imposto na Inglaterra um direito tributário sobre o licor vendido em cafés públicos (LAVEDAN, 1796, p. 158). Alguns botânicos europeus envidaram esforços para cultivar a erva em território europeu, sendo a Suécia pioneira no cultivo bem-sucedido da planta do chá, por volta de 1763 (Lavedan, 1796, p. 152).

O cirurgião inicia a abordagem dos aspectos medicinais destacando a impossibilidade de se estabelecer uma fórmula geral para o consumo da bebida, argumentando que, em razão da influência dos temperamentos na constituição dos seres humanos, não é possível mensurar com precisão os efeitos da ingestão do chá em cada indivíduo:

O uso de beber chá tem sido quase geral; e assim todo homem pode se ver como juiz competente de seus efeitos, ou ao menos relativamente à sua saúde; mas como os temperamentos dos homens variam segundo os indivíduos, por esta mesma razão a infusão deste licor deve produzir diferentes efeitos: verdadeira origem de um tão grande número de opiniões sobre este assunto. (Lavedan, 1796, p. 166)

Valendo-se de experiências com duas variedades: o chá verde e o chá *bout*, Lavedan identifica em ambas propriedades antissépticas e adstringentes. O chá verde seria dotado de princípios mais voláteis e aromáticos: “de tudo o que foi exposto se pode conjecturar que as partes laxantes ou sedativas do chá dependem em grande parte de seus princípios voláteis odoríferos, que abundam particularmente no chá verde” (Lavedan, 1796, p. 170).

Alinhando-se à teoria galênica dos temperamentos, Lavedan descreve os efeitos contrastantes do chá sobre diferentes constituições individuais: há aqueles que o bebem desde a infância até a velhice sem nenhum malefício percebido, e outros que, ao tomá-lo em jejum, experimentam agitações e tremores involuntários. O tratado ressalta que o consumo excessivo, à semelhança de qualquer líquido quente e úmido em grande quantidade, pode relaxar e debilitar os sólidos do organismo.

A obra levanta, ademais, a tese de que o chá seria dotado de propriedade anti-inflamatória. Apoiando-se na autoridade de Sydenham e em observações de médicos contemporâneos, Lavedan sustenta que as enfermidades inflamatórias teriam se tornado mais raras nos países onde o consumo do chá era mais expressivo (Lavedan, 1796, p. 176-177). Essa argumentação, que articula observação empírica e autoridade médica, é representativa do estilo científico híbrido do cirurgião: situado entre o galenismo dos temperamentos e o empirismo ilustrado.

Por fim, orientado por um ideal científico, Lavedan elabora um balanço das perspectivas de intelectuais que produziram obras sobre o consumo medicinal do chá. O cirurgião indica que o chá seria particularmente benéfico para indivíduos de constituição sanguínea e inflamável, que praticassem exercícios físicos: “ele os refrigera, e os dispõe a suportar o cansaço, como se houvessem tomado o melhor alimento e mais substancioso depois de um largo e violento exercício” (Lavedan, 1796, p. 180-181).

Em contrapartida, o autor não recomenda o consumo a indivíduos de natureza frágil, “cujos sólidos estão enfraquecidos, o sangue enfraquecido e aguado, o apetite perdido ou destruído” (Lavedan, 1796, p. 181). A seção é concluída com a síntese de que “as experiências e observações comprovam claramente que o chá possui princípios odoríferos e voláteis, que geralmente tendem a relaxar e enfraquecer o temperamento das pessoas delicadas, principalmente quando é bebido muito quente e sem moderação” (Lavedan, 1796, p. 182).

Em caráter complementar, Lavedan apresenta estudiosos contrários ao chá, entre os quais se destaca Kalm, que atribui ao consumo da erva danos ao sistema digestivo e reprodutor, e observa a recorrência de sintomas semelhantes em diferentes localidades, incluindo cidades como Hamburgo, Amsterdam e Londres. Essa disposição dialética, confrontando defensores e opositores, revela a intenção do cirurgião de posicionar sua obra como um compêndio científico equilibrado, próprio do espírito ilustrado.

5. Circulação, reconfiguração e a dimensão ibérica

A leitura articulada da *Florae lusitanicae et brasiliensis specimen* de Vandelli e do *Tratado de los usos* de Lavedan permite delinear os contornos de uma dimensão ibérica da circulação do saber sobre o chá, até aqui pouco explorada pela historiografia. Portugal e Espanha, embora comumente tratados de maneira separada nas narrativas sobre a história da ciência moderna, compartilhavam, no final do século XVIII, um mesmo espaço de debates científicos e médicos, um espaço atravessado por fluxos de publicações, correspondências e espécimes que conectavam a Península Ibérica às redes europeias mais amplas.

As convergências entre as duas obras são reveladoras. Tanto Vandelli quanto Lavedan inscrevem o chá em um horizonte de utilidade científica, terapêutica e econômica. Em Vandelli, esse horizonte é explicitado na instrução de Lineu a Vandelli para explorar comercialmente a *Spigelia* brasileira a partir de sua comparação ao chá: o saber botânico e medicinal se articula diretamente ao projeto imperial português. Em Lavedan, o horizonte utilitarista manifesta-se no formato compilatório da obra e na sua orientação ao leitor prático (o médico, o cirurgião, o agricultor) que precisa conhecer as virtudes e os riscos das substâncias coloniais para utilizá-las bem.

As divergências, porém, são igualmente significativas. Vandelli opera no registro do naturalista classificador: sua obra insere o chá nas redes da botânica linnaeana, comparando-o a outras plantas pelo método das equivalências estruturais e terapêuticas. Lavedan opera no registro do clínico compilador: sua obra sistematiza os saberes médicos preexistentes sobre o chá, organizando um corpo de evidências que combina autoridades antigas e observações empíricas recentes. Enquanto Vandelli projeta o chá como referente comparativo para valorar plantas coloniais, Lavedan o analisa como substância com indicações e contraindicações precisas, condicionadas à constituição individual de cada paciente.

À luz do conceito de circulação de Raj (2007), o que essas duas obras revelam é que o chá não atravessou o mundo ibérico como um objeto estável, dotado de propriedades fixas. Ao contrário, seus significados foram continuamente reconfigurados conforme circulavam pelas cartas entre Uppsala e Lisboa, pelas prateleiras das boticas lusitanas, pelas comparações com plantas do Brasil e pelos compêndios médicos espanhóis. Cada tradução, do chinês para o português, do medicinal para o botânico, do exótico para o colonial, era também uma reconfiguração que acrescentava novas camadas de sentido sem apagar completamente as anteriores.

O chá emerge, assim, como um objeto genuinamente ibérico-atlântico: não porque tenha sido produzido nesse espaço, mas porque foi nele que muitos dos debates que definiram seus significados modernos tiveram lugar. A correspondência de Vandelli com Lineu, as instruções botânico-comerciais para a exploração da flora brasileira, a análise médica de Lavedan informada pelos debates europeus, tudo isso compõe um quadro em que a Península Ibérica aparece não como receptora passiva dos saberes científicos do Norte, mas como espaço ativo de circulação, reconfiguração e produção de conhecimento sobre as plantas e as substâncias do mundo atlântico.

6. Considerações finais

A trajetória do chá na Península Ibérica entre os séculos XVI e XVIII evidencia que o conhecimento não se constrói apenas em tratados isolados, mas na circulação de objetos, práticas e correspondências. A análise articulada da *Florae lusitanicae et brasiliensis specimen* de Vandelli e do *Tratado de*

los usos de Lavedan permite compreender a interseção entre comércio, ciência, alimentação e sociabilidade que caracterizou a modernidade ibérica.

No conjunto das cartas trocadas entre Vandelli e Lineu, o chá aparece como um objeto de múltiplos registros simultâneos: raridade botânica a ser cultivada em jardins europeus, referente terapêutico que autorizava a valoração de plantas coloniais, instrumento de enriquecimento potencial para quem controlasse o comércio de seus equivalentes. Essa pluralidade de significados não é acidental: ela reflete o modo como a ciência ilustrada operava, articulando classificação, terapêutica e economia política em um único gesto intelectual.

Em Lavedan, por sua vez, o chá é o ponto de convergência de tradições médicas distintas, o galenismo dos temperamentos e o empirismo iatroquímico, cujas tensões o cirurgião procura mediar sem resolver definitivamente. A impossibilidade de estabelecer uma “fórmula geral” para o consumo do chá, decorrente da variabilidade dos temperamentos individuais, não é uma limitação do sistema: é a expressão de sua profunda coerência interna com o modelo médico que lhe serve de base.

Compreender o chá como objeto histórico plural é, portanto, compreender a própria modernidade médica em sua complexidade, não como um processo linear de progresso científico, mas como um campo de disputas, traduções e encontros entre tradições que o mundo globalizado dos séculos XVI a XVIII tornou, pela primeira vez, inevitáveis. Esse caminho foi construído pelos naturalistas que catalogavam e correspondiam, pelos boticários que armazenavam e vendiam, pelos mediadores asiáticos cujos saberes foram incorporados e frequentemente silenciados (Raj, 2007), e pelos agentes coloniais que transportaram a planta e seus significados de um lado ao outro do Atlântico.

Vandelli e Lavedan, situados nas duas margens da Península Ibérica, representam, cada um a seu modo, esse espaço de produção ativa do conhecimento que une o Oriente, o Atlântico e o mundo das academias iluministas do século XVIII. A *Thea* que Lineu cultivou no jardim de Uppsala não era apenas uma planta: era o ponto de chegada de uma longa cadeia de mediações que conectava a China, Portugal, o Brasil e a Espanha em uma única história do saber.

Referências

ALBALA, Ken. **Eating Right in the Renaissance**. Berkeley: University of California Press, 2002.

BONTEKOE, Cornelis. **Tractaat van het excellenste kruyd thee, coffee em chocolate**. Haia: Pieter Hagen, 1678.

BRAGA, Lucas Onorato. **Domingos Vandelli (1735-1816): História Natural e utilitarismo ilustrado em fins do Antigo Regime português**. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História Social das Relações Políticas da Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Vitória/ES, 2023.

CARNEIRO, Henrique. Comida e Sociedade: significados sociais na história da alimentação. **História: Questões & Debates**, Curitiba/PR, v. 42, p. 71-80, mar. 2006.

COOK, Harold J. **Matters of exchange: Commerce, Medicine, and Science in the Dutch Golden Age**. New Haven: Yale University Press, 2007.

COWEN, David L. **Pharmacopoeias and related literature in Britain and America, 1618-1847**. London: Routledge, 2005.

DE VOS, Paula. **Compound Remedies: Medicine, ritual and commerce in the early modern world**. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 2010.

DOMINGUES, Ângela. Para um melhor conhecimento dos domínios coloniais: a constituição de redes de informação no Império português em finais do Setecentos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 823-838, 2001.

FRIAS, Ivan M. **Doença do corpo, doença da alma: medicina e filosofia na Grécia clássica**. Rio de Janeiro: PUC-Rio, 2005.

GENTILCORE, David. **Food and health in early modern Europe**. London: Bloomsbury, 2016.

LAVEDAN, Antonio. **Tratados de los usos, abusos, propiedades y virtudes del tabaco, café, té y chocolate; extractado de los mejores autores que han tratado de esta materia**. Madrid: Imprensa Real, 1796.

LETTSOM, John Coakley. **The natural history of the tea-tree:** With Observations on the Medical Qualities of Tea, and Effects of Tea-Drinking. 1. ed. London: E. & C. Dilly, 1772.

MARQUES, Vera Regina Beltrão. **Natureza em boiões:** medicinas e boticários no Brasil setecentista. Campinas/SP: Unicamp, 2005.

MERLO, Patrícia Maria da Silva. Os estudos médicos e o (des)conhecimento sobre o corpo no Setecentos português. **Dimensões**, Vitória/ES, v. 34, p. 31-49, 2015.

MERLO, Patrícia Maria da Silva. Ciência a serviço do reino: sociabilidade e reformismo ilustrado nas últimas décadas do império atlântico português. **Dimensões**, Espírito Santo, v. 2, p. 30-51, dez. 2018.

MONTANARI, Massimo. **Comida como cultura.** Tradução: Letícia Martins de Andrade. 2. ed. São Paulo: Senac, 2013.

ORTA, Garcia de. **Colóquios dos simples e drogas da Índia.** Lisboa: Imprensa Nacional, 1891 [1563].

PAULLI, Simon. **Commentarius de abusu tabaci et herbæ thee.** Argentorati: s.n., 1665.

RAJ, Kapil. **Relocating Modern Science: Circulation and the construction of knowledge in South Asia and Europe.** New York: Palgrave, 2007.

RAMINELLI, Ronald. **Viagens ultramarinas:** monarcas, vassalos e governo a distância. São Paulo: Alameda, 2008.

SCHIVELBUSCH, Wolfgang. **Tastes of paradise:** A social history of spices, Stimulants, and intoxicants. New York: Vintage, 1992.

SEMEDO, Álvaro. **Relação da grande monarquia da China.** Lisboa: Craesbeeck, 1642.

SILVA, José Alberto Teixeira Rebelo da. **Academia Real das Ciências de Lisboa (1779-1834):** ciências e hibridismo numa periferia europeia. Tese (Doutorado) - Universidade de Lisboa, Lisboa, 2015.

SMITH, Woodruff D. **Consumption and the Making of Respectability, 1600-1800.** London: Routledge, 2021.

STANDAGE, Tom. **A História do mundo em 6 copos**. Tradução: Antonio Braga. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

TODOROV, Tzvetan. **O espírito das Luzes**. São Paulo: Barcarolla, 2008.

VANDELLI, Domingos. **Florae lusitanae et brasiliensis specimen; et epistolae ab eruditis viris Carolo a linné, Antonio de Haen ad Dominicum Vandelli scriptae**. Coimbra: Typis Academicis, 1788.

VELLOZO, José Mariano da Conceição. **O Fazendeiro do Brazil**. Tomo III: Bebidas alimentosas. Lisboa: Arco do Cego, 1798.

8

*As instituições asilares para lepra: o caso do Espírito Santo e São Paulo*¹

Sebastião Pimentel Franco²

Yara Nogueira Monteiro³

Introdução

A lepra, doença hoje chamada de hanseníase, já era conhecida desde a Antiguidade. Na Bíblia, no livro de Levítico, já se fazia referência a essa doença. A forma como os portadores desse mal era conhecida foi sempre um determinante para se buscar apartá-los da sociedade. Num primeiro momento, adotou-se o confinamento dos doentes de lepra, em geral, em locais distantes para impedir que contaminassem os sãos. Segundo Sebastião Pimentel Franco e Simone Santos de Almeida Silva (2019, p. 24), “A maneira como o doente de lepra foi descrito nos textos bíblicos colaborou para que o portador da enfermidade fosse considerado um mal que ameaçava o bem-estar e a convivência social”, assim deveria ser afastado do convívio com os outros.

Posteriormente, na Idade Média, com o aumento substancial no continente europeu de casos de indivíduos acometidos por essa doença, foram

1 Ao longo deste texto, iremos denominar a doença por nós estudada como lepra, uma vez que, no arco temporal pesquisado para este artigo, essa enfermidade não era chamada de hanseníase. O termo hanseníase só foi adotado no Brasil a partir da Lei nº 9.010, de 29 de março de 1995.

2 Professor Titular Aposentado da Universidade Federal do Espírito Santo. Mestre em Educação pela UFES, Doutor em História Social pela USP. Atualmente é professor do Programa de Pós-Graduação em História da UFES. Este texto é resultado do projeto de pesquisa “Viver e morrer no isolamento compulsório; o caso de Leprosário de Itanhenga/ES (1937-1976). CNPq/FAPES (Bolsista Produtividade em Pesquisa)

3 Mestre em História Social e Doutor em Ciências, ambas pela FFLCH da USP. Foi professora no curso de Pós-graduação da Universidade Metodista de São Paulo e pesquisadora científica do Instituto de Saúde. Atualmente dirige o Núcleo de Discriminação do LEER/USP.

criadas edificações para albergar os enfermos da lepra. Inicialmente, essas construções abrigavam indivíduos de forma temporária. Posteriormente, eles passaram a viver nesses locais definitivamente, pelo resto de seus dias. Segundo Vivian Cunha (2002), nesses albergues de leprosos, os portadores da doença eram mantidos em regime fechado, proibidos de sair além dos seus muros.

A criação dessas acomodações especialmente para esses enfermos, na visão de Jacques Le Goff (2005), explica-se em razão de que a exclusão desses doentes era necessária, pois era preciso mantê-los sempre visíveis. O mesmo autor nos diz ainda que, nesse período, o sentimento com relação aos leprosos passava pela estigmatização do doente de lepra. Lembra também que se deveria ter compaixão e caridade com eles. Daí a Igreja conclamar os fiéis para contribuírem com a criação de lazaretos para abrigar aqueles que haviam contraído esse terrível mal.

Portanto, a ideia do confinamento do leproso com sua internação já estava constituída desde os tempos medievais e foi perdurando, tomando, no século XIX, proporções até então nunca conhecidas.

Para Elisabeth Pinheiros dos Santos (2005, p. 4), foi a partir do século XIX que se foi criando, em relação ao leproso, a institucionalização da exclusão, construindo-se estabelecimentos legitimados pela sociedade sob o discurso da proteção e assistência social, agora muitas vezes tutelados pelo Estado, reduzindo “[...] os seus internos a uma expressão máxima de exclusão, caracterizada tanto pela sua estrutura física *fechada* como pelas próprias práticas institucionais”. Para a referida autora, dessa forma foram criados lugares de internação dos leprosos, os leprosários.

Irving Goffman (2003) nos fala que os leprosários foram instituídos por se considerar os leprosos pessoas socialmente ameaçantes e por isso mesmo precisavam ser excluídas em locais próprios. Da mesma forma, Castells (1997) diz que, ao longo da história humana, foram criados espaços arquitetônicos de exclusão, confinando indivíduos com a finalidade de romper suas relações sociais.

No século XIX, com o crescimento das atividades comerciais, o expansionismo militar e o colonialismo, atrelados a significativas mudanças nos meios de transporte, verificou-se um aumento dos casos de lepra pelo mundo, o que resultou na necessidade de um olhar mais atento para a questão da proliferação da doença.

Segundo Franco e Silva (2019, p. 27), “O crescente movimento em prol da saúde coletiva e de melhores condições sanitárias, ao longo dos novecentos, im-

pulsionou os governantes à organização de estudos, censos e análise das condições de vida da população”. De acordo com Dilma Cabral (2013), na Noruega, questões peculiares envolvendo problemas de saneamento e o nacionalismo político fizeram com que o Estado local assumisse a responsabilidade com a lepra e estabelecesse uma cruzada em prol da saúde pública, criando, para tanto, um hospital, o Lindegaard, em Bergen, para tratamento da doença, com leitos para receber exclusivamente doentes de lepra.

A partir de então, começa uma tendência da expansão de um modelo segregacionista para os leprosos, com uma série de estudos sobre a lepra, que apontavam o grande problema da sua contagiosidade, difundindo-se a ideia de que só por meio do isolamento e confinamento dos leprosos se poderia evitar a propagação da doença.

O Primeiro Congresso Internacional de Lepra, realizado em Berlim em 1897, destacou a necessidade da notificação obrigatória da doença, a vigilância e o isolamento compulsório dos leprosos, como única forma e evitar a proliferação do terrível mal. Outras edições desse congresso, como o realizado em 1909, em Bergen, e terceira em Estrasburgo, em 1923, fortaleceram ainda mais a teoria do isolamento dos leprosos.

A segregação dos enfermos, amparada legalmente pelo Estado, segundo o modelo norueguês, tornou-se prática constante e modelou as ações em diferentes partes do mundo. Como existiam dificuldades para obtenção da vacina, a doença foi considerada crônica e incurável, reforçando a crença na inevitabilidade da segregação dos portadores de seu microrganismo (Franco; Silva, 2019, p. 29).

Este capítulo objetiva evidenciar o funcionamento das instituições asilares para a lepra instaladas nos estados do Espírito Santo e de São Paulo. Procuramos identificar a política estatal colocada em prática no combate à enfermidade lepra que se pautaria na constituição de instituições totais, os leprosários, que seriam construídos de norte a sul do país, para onde deveriam ser levados compulsoriamente os enfermos da lepra, objetivando salvaguardar a população sã do contágio com a doença.

Utilizamos como fonte de pesquisa periódicos. Em relação a esse tipo de fonte, gostaríamos de destacar, seguindo a recomendação de Mariana de Al-

meida Piccoli, que a imprensa pode muitas vezes representar um instrumento de “[...] manipulação de interesses e intervenção da vida social, os periódicos encontram-se sempre atrelados a inúmeros interesses políticos, econômicos, culturais, etc”. Outra autora que nos norteou para análise dessa fonte, Tania Regina de Lucca (2006), enfatizou que cabe aos historiadores ter muita cautela com esse tipo de fonte, pois, segundo ela, a imprensa não é apenas um veículo de informações, nada tendo, portanto, de um transmissor imparcial e neutro dos acontecimentos em nível isolado da realidade político-social na qual se insere. Pelo contrário, a imprensa tem interesse na manipulação e na intervenção na vida social de determinados grupos sociais.

Nesse sentido, devemos, ao escolher esse tipo de fonte (periódico), levar em consideração a subjetividade de quem escreve, pois a imprensa periódica escolhe, ordena, estrutura e narra de uma determinada forma aquilo que se elegeu como digno de chegar até o público.

A justificativa para escolha desse tipo de fonte se deu tomando como referência o que nos aponta Maria Helena Rolim Capelato (1988), que afirma que os jornais nos possibilitam acompanhar as ideias da época pesquisada, permitem-nos o confronto das falas, que exprimem ideias e práticas, possibilitando-nos captar, com riqueza de detalhes, o significado da atuação de diferentes grupos que se orientam por interesses específicos. “[...] Os jornais oferecem vasto material para o estudo da vida cotidiana. Os costumes e práticas sociais, o folclore, enfim, todos os aspectos do dia a dia estão registrados em suas páginas” (Capelato, 1988, p. 34).

A lepra no Brasil

No Brasil, como se atuava em relação a lepra? Podemos afirmar que, até o século XIX, pouco se sabia sobre a existência dessa doença no país. As informações eram esparsas, embora afirme Dilma Cabral (2013) que, nesse momento, já se percebiam ações em prol da compreensão desse mal e da inclusão da doença na pauta das políticas sanitárias.

Entretanto, foi mesmo somente a partir da década de 1920 que a lepra se tornou uma preocupação social no país. O movimento sanitarista empenhou-se no combate às endemias rurais, investindo na cura *dos doentes do sertão* e na sua integração à nação. Sendo assim, foram empreendidas campanhas de saneamento no interior do Brasil, promovendo a criação de

inúmeras agências voltadas para aplicação das políticas de saúde pública e de saneamento (Hochman, 1998).

Assim, nas primeiras décadas do século XX, a lepra começa a adquirir status de problema social no Brasil e seu impacto e magnitude passaram a exigir uma posição oficial para seu enfrentamento (Neris, 2014). Entre 1921 e 1927, foram identificados 12.700 leprosos no Brasil e, em 1936, esse número passou para mais de 30.000 doentes. Desses, 24.233 fichados, o que demonstra o rápido crescimento da doença (Maurano, 1950).

Assim, medidas sistemáticas voltadas para a lepra começaram a ser defendidas e implementadas, pois essa doença passa a ser vista como um “[...] problema social, uma questão de saúde pública que requeria, pela amplitude e impactos que lhes eram atribuídos, tomadas de posição oficiais” (Câmara, 2009, p. 40).

Desde o ano de 1918, a lepra estava na pauta do relatório da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), em uma estruturação de um programa de prevenção do contágio e de medidas de isolamento. Ao lado de outras enfermidades, como a malária, ancilostomíase, tuberculose e febre amarela, a lepra se tornaria uma ameaça à civilização e à nação, ou seja, um entrave ao processo de modernização de um país que se revelava enfermo (Santos; Faria; Menezes, 2008). Determinada pelo governo federal, a política de reclusão foi absorvida pelos governos dos estados e pela classe médica, com fim, principalmente, de expurgar os contaminados dos centros urbanos que se encontravam em processo de modernização.

Compondo um cenário que levaria à implantação de uma política de controle da doença, temos a realização dos censos para levantamentos estatísticos da lepra, cujos resultados apontaram alta incidência da moléstia no território nacional. Os censos foram uma orientação da Primeira Conferência Pan-Americana de Lepra, ocorrida no Rio de Janeiro, em 1922, concomitantemente aos discursos dos leprólogos, afirmando que o agravamento da situação da doença se dava em função da ausência do Estado. Tivemos aí um cenário que contribuiu, juntamente com outros fatores, para a adoção de medidas públicas no controle da enfermidade (Costa, 2007).

Nesse contexto, foi criado, em 1920, o Departamento Nacional de Saúde Pública (denominado pela sigla DNSP). Seus idealizadores acreditavam que “[...] cabia a um Estado forte intervir sobre os rumos políticos do país e,

consequentemente sobre as condições de Saúde” (Costa 1985, p. 94). Com relação à lepra, o DNSP construiu uma rede de informações por meio das Inspetorias de Saúde, tonando-se responsável pelo gerenciamento dos serviços de saúde nos estados, constando, entre suas finalidades, identificar o quantitativo de doentes, mapeando a geografia das doenças.

Assim, coube ao DNSP a responsabilidade do cuidado com a lepra no Brasil. A partir daí foi criada a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, responsável pelas ações e campanhas de combate à doença no Brasil. A luta contra a lepra tornou-se mais evidente a partir desse contexto, que possibilitou a formulação do primeiro Regulamento Sanitário, em 1923, que incidiu fortemente sobre a profilaxia da doença no Brasil (Cabral, 2013).

Ao longo das décadas de 1920 e 1930, a preocupação era cada vez maior com o trânsito dos doentes de lepra entre os estados e a sua concentração na capital federal. A migração e a entrada numerosa de leprosos no Rio de Janeiro foram importantes temas nos debates em órgãos de saúde pública nesse período. Diversas propostas surgiram, desde o isolamento insular (Souza Araújo, 1916) até mesmo a criação de dois municípios autônomos em determinada área onde os doentes seriam encerrados (Penna 1931).

Segundo Hochman (1998), discutia-se muito sobre a possibilidade de criação de um grande leprosário nacional para centralizar os doentes num só local, e também sobre a possível criação de diferentes hospitais de isolamento pelo país. Conforme veremos, as decisões tomadas se afinam mais com a ideia de pulverização dos leprosários pelo país, poupando o Distrito Federal de se tornar “*uma hospedaria de lázaros do Brasil*”, conforme as palavras do médico Theóphilo Torres⁴, diretor-geral de Saúde Pública. (Theóphilo Torres, apud Hochman, 1998, p.153).

Sintomático termômetro para se perceber como a questão da lepra ia ganhando visibilidade na “agenda” social e de ações de saúde no Brasil, no curso das primeiras décadas do século XX, foi a mobilização de determinados setores da sociedade, antecipando-se, por vezes, às próprias iniciativas do estado. Assim, envolveram-se nas discussões e mobilizações em torno da doença grupos organizados da sociedade civil, em geral formados por

4 Theóphilo Torres considerava grave a ida de leprosos para o Rio de Janeiro, sobrecarregando o leprosário. Ele publicou um relatório denominado “A saúde pública no Brasil em 1918”, na Revista Médico-Cirúrgica do Brasil”. (Hochman, 1998, p. 153).

empresários, profissionais liberais, *socialites*, revelando forte protagonismo das mulheres nesse tipo de cruzada.

Em torno, inicialmente, da bandeira caridade e, em seguida, da “filantropia”, foram criadas várias “sociedades de defesa e assistência” contra a lepra. A primeira delas, a Associação Protetora dos Morféticos, datada de 1917, na cidade de São Paulo, cuja atuação foi vital para a construção do Leprosário de Santo Ângelo. Essas “sociedades” eram espalhadas por outros estados do Brasil, com destaque para o Rio de Janeiro.

Além das doações, uma forma recorrente de conseguir verba para a “causa” da lepra seria a promoção de eventos sociais, a exemplo dos “chás-dançantes”, bailes, em geral fortemente noticiados pela imprensa local e que contribuíam para a arrecadação de fundos, mas, igualmente, para a projeção social e pessoal dos indivíduos envolvidos nessa “causa” (Santos, 2011).

A partir dos anos vinte, surge a importante participação de Alice Tibiriçá, cuja atuação teve início em São Paulo, em 1926, com a fundação da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, que mais tarde se espalharia pelo Brasil com a Confederação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. Alice foi também a responsável pela organização da Primeira Conferência Nacional de Assistência Social aos Lázaros, ocorrida em 1939, que influenciou a adoção de diferentes políticas sobre a doença e os doentes (Monteiro 1995).

A partir dos anos 30, com o governo Vargas, conforme destaca Carvalho, a política de profilaxia da lepra passou a ser realizada de maneira uniforme no Brasil, facilitando a expansão das medidas em todo o território. Em 1939, foi realizada, no Distrito Federal, a Primeira Conferência Nacional de Lepra, conhecida como conferência para a uniformização da campanha contra a lepra. Entre outras medidas, sugeria o isolamento como medida importante no combate à doença. Assim, tinha início as primeiras ações rumo à política de isolamento compulsório no país (Carvalho, 2012).

Em 1935, foi elaborado um plano de combate à doença, encabeçado pelo ministro Gustavo Capanema, como parte de um projeto renovador das estratégias da União para o controle da lepra no país. As ações de combate a essa doença, a partir desse momento, passaram a enfatizar a necessidade das práticas de isolamento (Cunha, 2005). O plano de ação do governo federal apoiava-se na construção de leprosários em regiões

diferentes para abrigar os doentes.

A Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas atuava na legitimação de um discurso que defendia o isolamento do leproso, “[...] a política adotada para o controle da doença seria estruturada por um novo paradigma profilático”[e, com o isolamento] a segregação dos leproso foi institucionalizada” (Cabral, 2013, p. 18). Entretanto, não havia uma uniformidade das ações de combate à doença no país, como ocorreu em São Paulo que, em 1923, já havia adotado um regulamento profilático dando as bases legais para o isolamento compulsório que seria inteiramente normatizado na Lei nº 2.496, de 31 de dezembro de 1929, que antecedia as normas federais.

Até 1937, foram criados vinte leprosários espalhados pelo país. Segundo Santos (2006, p. 94-95):

Tais instituições obedeciam à mesma estrutura de organização do espaço [...], na primeira, ficavam as residências da administração, a casa de hóspedes, a portaria, a subestação de energia, e a garagem; na ‘zona intermediária’ encontravam-se os reservatórios de água, o posto de fiscalização de visitas e o local onde os doentes as recebiam; a ‘zona doente’ era a mais importante por alojar as vítimas do mal de Hansen em casas e dormitórios coletivos. Nessa zona, também havia hospital, enfermaria, refeitório, lavanderia, escola, prédio para atividades sociais, igreja, instalações de esporte e lazer e outras instalações.

Neste texto, pretendemos discutir a questão dos espaços construídos no Brasil para o isolamento compulsório dos leproso a partir da segunda década do século XX. Para tanto, trataremos do caso de leprosários instalados em dois Estados diferentes, Espírito Santo e São Paulo.

Lembramos que esses leprosários eram construídos para a efetivação da exclusão dos leproso e, nesse sentido, a concepção espacial tinha fundamental importância. O conjunto arquitetônico não era apenas considerado como elemento de construção. Foi pensado

[...] para atingir certos efeitos específicos. A alocação de pessoas em um espaço determinado e restrito, a codificação das relações existentes na instituição através dos

espaços, o controle da transposição de áreas, os espaços individualizados e coletivos, a relação da edificação com a estrutura urbana, tudo isso vai dar suporte para garantir os objetivos institucionais de exclusão (Santos, 2005, p. 4).

A lepra no Espírito Santo

Pouco se sabe sobre a existência da lepra no Espírito Santo em tempos coloniais ou mesmo imperial. As primeiras referências sobre o tema encontramos numa rápida passagem num relatório do presidente da Província local, Marcelino de Assis Tostes, ao relatar a notificação realizada pelo provedor de Saúde Pública, Manoel Goulart de Souza, da existência de uma mulher moradora em Vitória, na capital, que havia contraído lepra e, como não existia um local apropriado para interná-la, ela teria sido transferida para o lazareto de São Cristóvão, no Rio de Janeiro, por determinação do Ministério do Império (Franco; Barros, 2015).

A questão da lepra localmente só será mais conhecida a partir da vinda do médico Pedro Fontes⁵, em 1927, para assumir as funções na Diretoria da Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas.

A verdadeira radiografia da lepra no Espírito Santo só foi possível graças às ações implementadas pelo médico Pedro Fontes, que não acreditava no número de leprosos que era apontado localmente e dizia que a lepra “em se procurando seria encontrada”. Uma das primeiras medidas tomadas por Pedro Fontes foi criar, ainda em 1927, o Dispensário Central de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, em Vitória, anexo a um laboratório de microscopia e sorologia que ficou encarregado de realizar o serviço de diagnóstico para todo o estado.

Além disso, construiu dispensários⁶ em diversas cidades do interior

5 Pedro Fontes tornou-se bacharel em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia, tendo concluído o curso em 1903, quando defendeu a tese “Estudo sucinto de uma das modalidades clínicas da demência precoce: a variedade paranoide”. Após a conclusão do curso, deslocou-se para o Rio de Janeiro, trabalhou no órgão do governo federal relacionado com a área da Saúde. Em 1927, foi nomeado para exercer função na Inspeção de Combate à Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas no Espírito Santo. Cf. “Levantamento Nominal dos Formandos de 1812 a 2008 da Faculdade de Medicina da Bahia” (Disponível em: http://www.cbg.org.br/wpcontent/uploads/2012/07/b_formandos_medicina.pdf. Acesso em: 3 jun. 2018).

6 O dispensário era o local que tratava dos comunicantes e dos enfermos que ali acorriam. Estes, em geral, estavam espalhados por diversas localidades dos estados da Federação. Neles atuavam os médicos e outros profissionais da saúde que cadastravam os enfermos encontrados, para o controle da doença, na medida em que exerciam a vigilância sobre os suspeitos e contatos dos doentes, retirando os enfermos de circulação, além

do Espírito Santo, como Cachoeiro de Itapemirim (1928), Alegre (1929), Colatina (1929), João Pessoa (atual Mimoso do Sul (1932), Muqui (1933), São José do Calçado (1935) e Afonso Claudio (1935) (Souza-Araújo, 1937). Esses dispensários tinham por finalidade localizar doentes de lepra e fazer o seu registro.

Pedro Fontes, por meio dos dispensários criados, fez um levantamento em um inquérito em 1928, que constatou a existência de 150 leprosos no estado. No ano seguinte, iniciou, propriamente, um censo, agora com o auxílio de médicos itinerantes e autoridades farmacêuticas, cujo resultado inicial apontou um total de 225 leprosos. Em 1930, deu continuidade ao censo que foi concluído em 1931, agora apresentando um número de 340 leprosos. Em 1932, o censo, numa primeira revisão de leprosos, identificou 350 doentes. Uma segunda revisão elevou esse número para 364 leprosos. Em 1934, uma terceira revisão do censo elevou o número de enfermos da lepra para 445 casos. Em 1935, esse número chegou a 595 casos. Em 1936, subiu para 701 casos e, em 1937, já eram 729 casos (Diário da Manhã, 25 de abril de 1937).

Interessante destacar que, embora o governo federal tenha acabado com a parceria com os estados da Federação para a manutenção dos Serviços de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, que a União mantinha com os estados, Pedro Fontes conseguiu gestões com o governo local e esses serviços puderam ter continuidade, impedindo, assim, a desmontagem dos dispensários (Diário da Manhã, 25 de novembro de 1934, p. 3).

O número tão elevado de casos de lepra encontrado após o Inquérito e o Censo efetivado por Pedro Fontes, acabou fortalecendo a ideia da necessidade de um leprosário localmente, tanto assim que este foi criado pela Lei nº. 1.727, de 3 de janeiro de 1930, mesmo sem ter sido aportado recursos para sua implementação.

Embora não fosse possível naquele momento a construção do leprosário, em razão do elevado número de leprosos encontrados, Pedro Fontes conseguiu do governo estadual, em 1931, a instalação de um isolamento provisório, a possibilidade da compra de uma casa na Ilha da Cal, para aco-

de manter controle sobre os filhos sadios dos leprosos que eram isolados. Nesse sentido, vigiar e conter eram as palavras de ordem que norteavam as ações públicas com relação à lepra (Franco, Sebastião Pimentel; Araujo, Tania Maria de. Isolar e assistir: desafios do tratamento dos doentes de lepra na colônia de Itanhenga - Espírito Santo. Dimensões: Revista de História da Ufes. Vitória, n. 47, p. 31-43, 2022).

lher alguns leprosos, nesse primeiro momento em torno de trinta, somente mulheres e crianças. No ano seguinte, nessa mesma ilha, houve uma pequena expansão recebendo alguns leprosos do sexo masculino (Discurso..., 1934).

Quando da inauguração do leprosário de Itanhenga, em seu discurso, Pedro Fontes evidencia que os dados obtidos pelo censo que ele instituiu mais o apoio do governo estadual teriam sido decisivos para que a realidade de um leprosário definitivo pudesse ser concretizada no Espírito Santo, conforme registrou um periódico local:

[...] Minhas senhoras, meus senhores.

Quando assumi a chefia do Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas neste Estado, em 1927, considerei fácil a missão que o diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, dr. Clementino Fraga me havia confiado.

As estatísticas registravam apenas 22 leprosos o que equivale dizer que praticamente não havia lepra no Espírito Santo.

Depois de algum tempo convenci-me que o número de leprosos era infelizmente maior.

Fiz em 1928, um inquérito, tendo percorrido todas as localidades do Estado, para entender-me com os médicos e farmacêuticos locais e assim avaliar o índice endêmico de cada região.

Findo o inquérito, calculei, em ofício que dirigi à Inspeção da Lepra, em 150 doentes.

Iniciei depois o recenseamento e ele foi desde logo mostrando que o número de leprosos seria bem superior ao meu cálculo.

Desde então, convenci-me que era indispensável e urgente a criação de um leprosário neste Estado.

Todo o esforço empreguei neste sentido sem nunca esmorecer.

Como o exmo. Sr. Dr. Aristeu Aguiar ex-presidente do Estado, tive entendimentos a respeito, que deram em resultado a aquisição da Ilha da Cal para um leprosário

de emergência e a promulgação de uma lei, autorizando o Governo a construir um leprosário.

Logo no início do governo Revolucionário solicitei ao exmo. Sr. Interventor Federal o isolamento dos leprosos contagiantes que perambulavam pelas ruas esmolando de casa em casa e dos que exerciam profissões que favoreciam o contágio.

O sr. Interventor, atendeu-me prontamente, tendo sido instalado na Ilha da Cal, um leprosário de emergência, que está funcionando até hoje, tendo atualmente 30 doentes.

Ativado o recenseamento, fichados cerca de 500 leprosos, a criação de uma Colônia era providência profilática que se impunha.

Sem ela não seria possível no Serviço de Profilaxia da Lepra, desincumbir-se da sua difícil e patriótica missão.

Bem compreendendo os deveres do meu cargo, não deixei jamais de trabalhar nesse sentido.

Repetidas vezes apelei para o governo Federal e para o Governo do Estado até que, por ocasião da visita do dr. Heráclides Souza Araújo, que viera em missão do Ministro da Saúde Pública inspecionar os Serviços de Lepra no norte do país e apresentar um plano de combate a essa enfermidade, ficou resolvida a criação de uma colônia de leprosos neste Estado, em uma conferência que eu e ele tivemos com o exmo. Sr. Capitão Bley (23 de maio de 1935, p. 3).

A concretização do leprosário de Itanhenga se deu com o início das obras em janeiro de 1934, com o preparo do terreno onde iria se assentar a obra, que contou com os trabalhos do engenheiro Celestino Quintanilha. A previsão inicial foi a construção de dez pavilhões tipo “Carville”⁷ para

7 O modelo “Carville”, adotado nas construções dos leprosários construídos no Brasil, surgiu nos Estados Unidos da América do Norte, mas precisamente no estado da Louisiana. Possuía habitações coletivas e era composto, em um mesmo espaço, por hospital, dispensário e educandário. Sobre o tema, ler: SANTOS, Vicente Saul Moreira. Entidades filantrópicas e políticas públicas no combate à lepra: Ministério Capanema (1934-1945). 2006. Dissertação (Mestrado em História)- Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e Saúde da Casa Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006.

hospitalização dos enfermos, comportando até 200 doentes. Além desses pavilhões, era prevista, ainda, a construção de mais três: o da clínica, com laboratório e sala de cirurgias, o do refeitório e o da lavanderia (Diário da Manhã, 23 de maio de 1935, p. 1). Em seguida, foram construídas a caixa de água, uma galeria de esgotos com 1.100 metros e ainda uma fossa que servia para todos os pavilhões (Diário da Manhã, 23 de maio de 1935, p. 1).

As obras tiveram continuidade e seriam ainda construídos alguns pavilhões onde seriam instalados a escola, a igreja, o centro de diversões, um campo de futebol e uma quadra para basquete.

Visitando as obras do leprosário, um articulista do jornal Diário da Manhã, em sua coluna, escreveu suas “Ligeiras impressões de uma visita a Itanhenga”, informando que os pavilhões construídos obedeciam aos rigores da moderna engenharia sanitária, preenchendo plenamente os fins a que se destinavam. Quatro deles seriam utilizados para enfermarias coletivas dos doentes e seis, divididos em apartamentos para os casos especiais de reclusão. Todos eram bem assoalhados e forrados com esquadrias de vinhático e engradamentos de peroba, apresentando ótimas instalações sanitárias. Todos possuíam abundante serviço de água encanada e luz elétrica. O serviço interno de esgotos já estava todo concluído.

Relatou também que, até a conclusão definitiva da obra, seriam construídos os pavilhões da administração, o refeitório, a lavanderia e o forno de cremação para o que já estava preparado convenientemente o terreno. Já haviam sido retirados 9.000 metros quadrados de terra e 180 metros cúbicos de pedra britada que já teriam sido colocadas no complexo do leprosário.

O professor Almeida Cousin que visitou as instalações de construção do leprosário de Itanhenga assim se reporta:

Terreno amplo, em lugar saudável, facilmente isolado pela própria configuração das embocaduras dos rios vizinhos, alto, dentro de um panorama lindíssimo por todos os lados. As instalações da zona suja ou infecta, onde permanecerão os leprosos em dez pavilhões separados, com muito ar e luz, equiparam-se a dos melhores modelos. Cozinha, farmácia, salas para remédios, na zona intermediária, a das pessoas sãs que lidam com os doentes, tudo modelarmente construído, de modo a permitir todos os serviços, sem qualquer perigo de contato das pessoas ou dos objetos usados de um e de outro

lado. Consultórios médicos e dentários permitindo os cuidados de profilaxia necessários, refeitórios e lavanderia mecânica de aparelhagem moderna e perfeita, já na zona suja, onde trabalharão os próprios doentes, escolhidos entre os mais capazes e menos bacilíferos, tudo isso aloja em dois outros pavilhões amplíssimos. Constrói-se ainda a Casa da Economia, que servirá para a administração, depósito e almoxarifado do material abundantíssimo, já existente e então ainda encaixotado, a utilizar-se nos consultórios, pavilhões e mais departamentos da Colônia. Delicado está o cassino onde os morféuticos terão a sua aula de dança, rádio, cinema e diversões, porque esses doentes, em geral não sentem nada, gozam de muita boa saúde fora a lepra.

Além das instalações coletivas dos pavilhões, que aliás são divididos em quartos para duas ou três camas, ou pelo menos por meio de paredes que permitem separá-los por uma simples cortina corrediça. Haverá também uma avenida, já delineada, de pequenas casas, para as famílias ou casais doentes, sendo pensamento também do dr. Pedro Fontes pedir a aquisição pelo Governo do Estado, de mais um outro terreno vizinho ao leprosário para instalação de uma granja, onde permaneça o trabalho a família dos doentes isolados, que não ficará destarte, ao desamparo e poderá ser facilmente observada, como suspeita de contágio (Correio da Manhã, 23 de maio de 1935, p. 1).

O complexo do leprosário de Itanhenga estava estruturado com divisão do conjunto arquitetônico em três zonas. Possuía uma área de 1.200 hectares assim divididos: um espaço destinado ao leprosário propriamente dito, com 665 hectares; outro para uma colônia agrícola com 335 hectares; e, por fim, 200 hectares para a futura construção do preventório para receber os filhos dos leprosos internados. O total de edificações construídas foi 65 unidades. Treze já estavam prontas na primeira inauguração em 1935 e o restante na inauguração definitiva em 1937, com capacidade para receber 380 internos.

Esse conjunto arquitetônico estava dividido em três zonas, a saber: zona sadia, zona neutra e zona doente. A zona sadia era constituída pela casa do diretor, cinco casas geminadas, dez residências para funcionários doentes, o prédio da administração, a garagem para os carros que atendiam ao leprosário,

a portaria ou área de recepção, a central de telefonia, a casa do administrador, a casa dos médicos, a casa do enfermeiro- chefe e a casa do delegado.

Na zona neutra, foram construídas a casa das Irmãs de Caridade, o pavilhão de observação e triagem dos doentes, o parlatório, a sala dos correios e o vestiário.

A zona doente era constituída pela avenida central da colônia, cinco pavilhões masculinos que ficavam à esquerda da avenida central, cinco pavilhões femininos à direita, a casa de costura, a biblioteca, o refeitório, o cemitério, a fábrica de colchões, a rouparia, a ferraria, a lavanderia, a prefeitura interna, o forno de incineração, a cadeia, quatorze residências geminadas, o armazém de venda da produção da colônia, os serviços de saúde – compostos pela policlínica, os consultórios médicos e os consultórios odontológicos –, a sala do enfermeiro-chefe, o laboratório, a farmácia, a maternidade com sala de cirurgia, a capela e o nosocômio-prisão.

Embora fosse um local de isolamento compulsório, a ideia que se desejava transmitir é que o “novo” dos internos nos leprosários era um local apazível, onde a alegria e a convivência social seriam possíveis. Portanto se desejava que houvesse sociabilidade entre os internos, por isso se planejava, nesses espaços, locais para passeio, para dançar, para as festas, cinema e para o fazer religioso. Não podemos perder de vista também que esse era um espaço disciplinador e que, portanto, exigia sempre o controle do cotidiano do interno, onde as atividades executadas eram facilmente controladas, como nos aponta Venétia Durando Braga Rios (2001). Para José Leopoldo Ferreira Antunes (1991), portanto, é possível dizer que o formato da disposição do conjunto arquitetônico do leprosário era constituído de forma a proporcionar a vigilância constante sobre tudo e sobre todos, possibilitando que as instâncias superiores pudessem ter um controle sobre a movimentação de todos.

Nesse sentido, é possível dizer que a forma como esse espaço foi concebido e colocado em prática se coaduna com o que nos pontua Goffman (2003), quando diz que os leprosários seriam uma instituição total, que apresenta três dimensões: primeiramente existiriam os espaços que estariam fora do alcance dos internados, espaços estes a que eles não podiam ter acesso, onde, aliás, a presença deles seria proibida; haveria ainda os espaços de vigilância; e, por fim, o espaço não regularizado pela equipe dirigente, onde

os internos podiam exercer, de uma forma mais livre, os chamados ajustamentos secundários, ou seja, as práticas não aceitas pela administração.

Não se pode perder de vista que os leprosários, na condição de uma instituição total, possuíam **um cunho disciplinador**, com mecanismos disciplinares (imposição de regras, controle do tempo, vigilância, esquadrinha do espaço). Afinal, essa instituição foi criada com objetivos coercitivos, como nos aponta Sílvio José Benelli (2003).

A lepra em São Paulo

Em São Paulo, tanto o aparecimento da lepra como seu crescimento ocorreram mais tardiamente do que em outros locais do Brasil. Até meados do século XVIII, as condições de isolamento de certa forma preservaram a capital paulista das doenças que grassavam nas principais cidades brasileiras⁸. Casos pontuais foram registrados ao longo do tempo sem que, no entanto, despertassem o interesse dos governantes. Quadro esse que viria a sofrer rápida alteração a partir de meados do século XIX com riqueza advinda com a lavoura do café. As plantações de café em São Paulo tiveram início no Vale do Paraíba, em fins do século XVIII, aumentando as comunicações com regiões do Rio de Janeiro que já eram endêmicas. Os dados epidemiológicos disponíveis demonstram focos da doença ao longo dessa região.

O crescimento das lavouras do café expandiu a fronteira agrícola em direção ao chamado Oeste Paulista, aumentando a necessidade de mão de obra, situação essa que viria a ser equacionada pela imigração com trabalho abundante, barato e eficiente⁹. A riqueza proporcionada pelo café mudou a configuração de São Paulo. Estradas de ferro foram construídas a fim de possibilitar o escoamento da produção e novas cidades foram surgindo ao longo das linhas férreas e com elas o adensamento urbano. Essa nova configuração favoreceu o rápido crescimento da lepra, gerando modificações no quadro epidemiológico, fator que resultou no temor, entre os cafeicultores, de que as notícias sobre o crescimento da doença viessem a interferir no fluxo migratório, inclusive devido ao fato de muitos deles terem se contagiado.

8 Sua localização geográfica no planalto, longe do litoral, com acesso dificultado pela transposição da Serra do Mar, aliada à pobreza da capitania, contribuía para que houvesse um menor afluxo tanto de colonos portugueses como de escravos africanos.

9 Em Carta de José Vergueiro ao ministro da Agricultura, a imigração é defendida pois “[...] *pode-se, pois, com o capital empregado em 100 trabalhadores escravos obter 1.666 trabalhadores livres*” (Jornal Correio Paulistano de 11 de outubro de 1870).

Os censos realizados para mensuração da doença demonstram o crescimento da endemia bem como sua distribuição, deixando claro que a lepra seguiu a “marcha do café” em direção ao oeste¹⁰. Em 1923, essa doença já havia se instalado por todo o noroeste do estado, chegando próximo às fronteiras de Minas Gerais e de Mato Grosso. Naquele ano, a população do Estado de São Paulo era de 1.363.345 pessoas, e o número de doentes era de 1.982, o que representava 1,4 por 1.000 habitantes¹¹. Contra essa situação, tem-se grande quantidade de discursos e propostas governamentais apontando a lepra como “flagelo nacional”. Entretanto, tudo isso não se refletiu em ações concretas voltadas para a contenção da doença e/ou atenção ao doente, deixando para a sociedade civil a difícil tarefa de resolver a situação dos doentes existentes em suas regiões.

No final do século XIX, o crescimento da doença também se refletia no aumento de grupos de enfermos que vagavam pelas estradas e que esmolavam pelas cidades, fator que, além de gerar pânico na população, evidenciava a necessidade de adoção de que alguma forma de auxílio fosse prestada. Em decorrência, pequenos hospitais e asilos foram construídos por todo o estado. O primeiro hospital de que se tem notícia foi o Hospital da Luz, criado em 1805, pela Santa Casa de Misericórdia na capital. Depois dele mais três hospitais foram criados no interior do estado, todos tendo em comum funcionamento precário e tamanho insuficiente para atender à demanda.

A construção desses hospitais foi resultado dos esforços da sociedade civil. A partir das primeiras décadas do século XX, outros dezesseis hospitais e/ou asilos foram edificados no interior do estado, enquanto na Capital a superlotação do Hospital da Luz fez com que a Santa Casa de Misericórdia construísse um novo hospital, o Guapira, inaugurado em 1904. Nesse meio tempo, os congressos médicos discutiam o assunto propondo medidas, pronunciamentos eram feitos pelos governantes e leis foram publicadas sem que, no entanto, verbas fossem liberadas para o atendimento a essa população doente. Esse quadro fez com que um grande número de associações fosse criado com o objetivo de conseguir fundos que permitissem adotar as medidas necessárias e com isso surgiu o planejamento da construção de grandes asilos.

10 Foram realizados censos em 1820, 1851, 1874, 1887 e 1923. Sobre o assunto, consultar Maurano 1950, v. 1, p. 23 a 67, e Monteiro, 1995, p. 72 a 77.

11 Pupo, J. de A, 1926, p. 37.

Os asilos-colônia paulistas: histórico do seu surgimento

Em São Paulo as primeiras décadas do século XX foram palco de grandes embates sobre o direcionamento da política profilática a ser adotada e, aos poucos, dois grandes blocos foram se formando, os quais foram denominados de “humanitários” e “isolacionistas”. Os primeiros defendiam medidas brandas de isolamento e construção de vários pequenos leprosários regionais¹². O segundo grupo era composto pelos que defendiam o isolamento compulsório para todos os doentes, independentemente da forma clínica ser ou não infectante ou de sua condição socioeconômica. Para isso defendiam a construção de grandes leprosários. Esse grupo acabou por assumir cargos diretivos e impor suas ideias que resultariam no “Modelo Paulista de Isolamento” cujo radicalismo se diferenciava daquele que viria a ser proposto pela federação¹³.

Em São Paulo o Serviço de Profilaxia da Lepra foi criado em 1924 e convertido na Inspetoria de Profilaxia da Lepra (IPL) em 1925. Logo no ano seguinte de sua criação, foi publicada a Lei nº 2.169, de 27 de dezembro de 1926, que lançaria as bases do isolamento compulsório que seria estruturado pela Lei nº 2.496, de 31 de dezembro de 1929, que instaurava o isolamento compulsório, regulava a vida do doente desde o diagnóstico até a morte, tornava obrigatória a notificação de todos os casos de lepra “declarados ou suspeitos” e autorizava a adoção de medidas repressivas.

A política proposta era baseada no tripé composto por asilos, dispensários e preventórios¹⁴. Porém, para o real cumprimento da lei, tornava-se necessário construir grandes instituições capazes de confinar milhares de doentes. A estratégia adotada foi aproveitar construções que já vinham sendo feitas pela sociedade civil ao longo dos primeiros vinte anos do século XX.

Os trabalhos desenvolvidos e que resultariam na construção de grandes instituições de isolamento paulistas estiveram intimamente ligados a

12 Dentre seus defensores, destacava-se Emilio Ribas que, em 1916, já havia escrito o primeiro Plano Profilático para São Paulo, no qual propunha o “isolamento humanitário”. Essa postura foi apresentada no 1º Congresso Médico Paulista

13 Enquanto São Paulo previa a internação compulsória de todos os diagnosticados, outros estados, como o Distrito Federal, só internariam os portadores contagiantes, com lesões abertas ou em casos sociais.

14 Asilos-colônia para a internação compulsória de todos os pacientes; dispensários, que seriam responsáveis pela identificação de novos doentes e controle dos comunicantes, e preventórios para onde seriam levados os filhos sadios dos doentes.

grupos organizados da sociedade civil e associações. Dentre elas, destacam-se a Associação Protetora dos Morféticos e a Liga de São Lázaro. A primeira associada à construção do Santo Ângelo, e a segunda, aos trabalhos dos outros três leprosários: Pirapitingui, Cocais e Aimorés.

Além das associações, diferentes pessoas se destacaram nesse processo, por exemplo, a Baronesa de Franca, com vultosos donativos pessoais, e Alice Tibiriçá, cuja capacidade de arrecadação de fundos possibilitou a melhoria da vida de internados¹⁵.

Para definição dos locais dos leprosários, foi realizada a divisão do estado em quatro zonas sanitárias, determinadas pelos traçados das estradas de ferro: Sorocabana, Mogiana, Noroeste e Central do Brasil. O projeto arquitetônico bem como a distribuição espacial tiveram forte influência do primeiro leprosário construído: o Santo Ângelo.

O "leprosário modelo": a construção do Santo Ângelo

Em 1917, foi fundada a Associação Protetora dos Morféticos que, juntamente com a Santa Casa de Misericórdia, a Arquidiocese de São Paulo e a Liga das Senhoras Católicas, reuniu esforços para solucionar a situação do Hospital do Guapira, assolado pela precariedade e superlotação¹⁶. A junção desses esforços resultou na construção de um grande e novo leprosário: o Santo Ângelo que, inicialmente, previa atender até mil pacientes.

O projeto do Santo Ângelo foi de autoria de Adelardo Caiuby, que se inspirou no modelo do leprosário americano de Carville¹⁷. Para sua viabilizar o custo das obras, foi vital o apoio dos jornais, em especial, O Estado de São Paulo, cujas publicações contribuíram para a sensibilização de diferentes estratos sociais que se mobilizaram na tarefa de arrecadação de

15 Alice, como já assinalado, fundou em 1926 a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra que depois, ao se espalhar pelo Brasil, se transformaria em Federação. Ela defendia formas brandas de isolamento e era partidária do tratamento ambulatorial. Sua atuação e notoriedade incomodaram a então IPL que a acusou de intervir na política profilática paulista. A forte perseguição movida por seu diretor, Dr Sales Gomes, fez com que ela saísse de São Paulo em 1934 e, com isso, a sede da Federação passou a atuar no Rio de Janeiro. Sobre o assunto, ver Tibiriçá (1933).

16 De acordo com relatório do diretor do Guapira, Dr. Ribeiro de Almeida, os "[...] corredores ocupados por camas e colchões, no banheiro, nos terraços, ao relento e cousa horrível até no necrotério dorme gente (Cit. in: Ferraz de Souza, 1926).

17 Adelardo Soares Caiuby foi importante engenheiro e arquiteto da época e defensor do isolacionismo.

fundos ¹⁸. Desde seu início, o Santo Ângelo foi tratado pela imprensa como um pioneirismo paulista na “luta contra o flagelo da lepra”.

O projeto previa a construção de três zonas distintas e separadas entre si: a Zona Sã, a Neutra ou Intermediária e a Zona Doente. A primeira abrigava a Portaria que controlava a entrada de saída de pessoas e veículos, a subestação de energia, os reservatórios de água, garagem, administração e demais serviços necessários para o funcionamento do local. Ali foram construídos diferentes tipos de residências com características próprias para abrigar: funcionários, pessoal administrativo, hóspedes, diretor, administrador e médicos residentes. A Zona Intermediária era constituída por uma faixa de transição que abrigava o pavilhão de economia, o posto de fiscalização e o parlatório – local onde eram realizadas as visitas. A Zona Doente englobava a grande parte do asilo. Nela foram instalados o Hospital, o Pavilhão de Clínicas, os dormitórios coletivos denominados de Carville¹⁹, os dormitórios para crianças, casas para doentes casados, refeitórios, cassino, cadeia, igreja, quadras esportivas, oficinas, fabricas, locais para plantações e espaço para criação de aves e animais. O projeto e sua distribuição espacial foram idealizados de forma a facilitar a vigilância e o controle do asilo.

Quadro 1 - Planta do Asilo Santo Ângelo



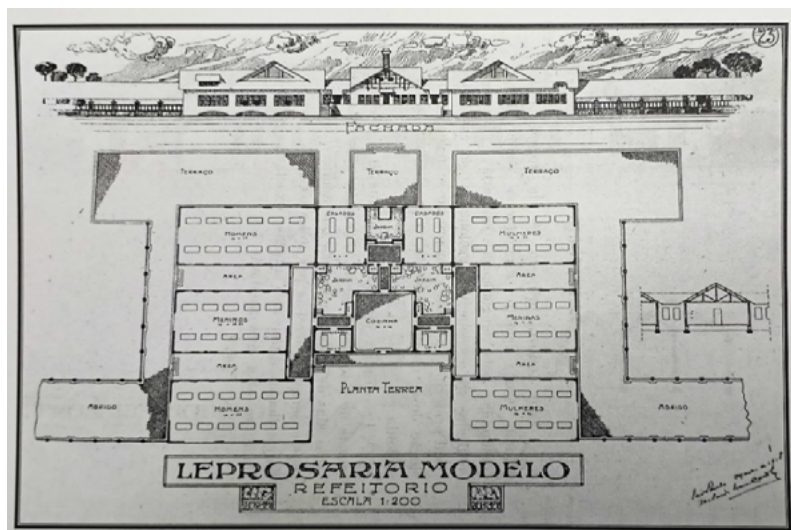
Fonte: Caiby, A.S. 1916, p. 108

18 A publicação das listas de doadores evidencia o envolvimento dessas pessoas de destaque da sociedade da época, como as agremiações de trabalhadores.

19 Os dormitórios coletivos ainda hoje continuam sendo chamados de Carville pelos funcionários e doentes ali residentes.

A separação por gênero e idade foi planejada praticamente para todas as instalações. Por exemplo, o refeitório previa salas específicas separando homens, mulheres, meninos, meninas e ainda havia um espaço para pacientes casados.

Quadro 2 - Planta baixa do Refeitório Central do Santo Ângelo



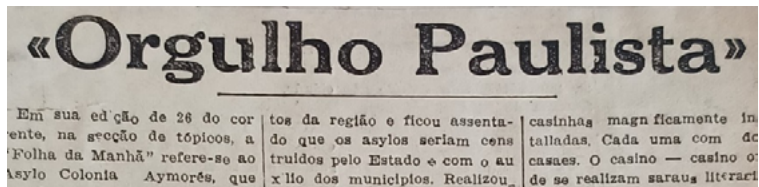
Fonte: Caiby, A.S. 1919, p. 69

As obras tiveram início em 1918. Para a implantação do projeto, foram necessários 348 alqueires de área. Entretanto, sua construção foi fortemente afetada pela alternância na direção do serviço profilático dos grupos partidários da construção de diversos pequenos asilos e dos que defendiam grandes locais de isolamento. Os embates chegaram a ocasionar a paralisação das obras por quase uma década. Em 1927, com a nomeação de um isolacionista para direção da IPL, o Dr. Aguiar Pupo, a conclusão das obras foi priorizada e verbas foram liberadas mediante intervenção do estado ²⁰. Finalmente, o

20 A IPL impôs aumento da capacidade de internação cujos custos eram inviáveis para a Santa Casa o que a obrigou a um acordo polêmico que resultou na dissolução da Associação Protetora dos Morféticos, em 15 de abril de 1919. Em troca das verbas necessárias para conclusão da obra e funcionamento a IPL, ficaria com a organização técnica e fiscalização da Santa Casa. Em pouco tempo a Santa Casa seria aliada do Santo Ângelo. Sobre o assunto, ver Monteiro (1995, p. 102 -105).

Santo Ângelo foi inaugurado em 3 de maio de 1928 e foi apresentado como “orgulho de São Paulo” e assim foi tratado pela imprensa ao longo dos anos.

Quadro 3 - Visão dos Jornais sobre a Rede Asilar Paulista



Fonte: Jornal Correio do Noroeste (8-8-1937).

Em suma, a construção do Santo Ângelo, considerado como “Leprosaria Modelo”, resultaria numa cidade à parte com toda sua complexidade, contendo, inclusive, conceitos de hierarquia, disciplina, trabalho e moralidade. O projeto implantado se tornaria modelo a ser seguido.

A formação da Rede asilar Paulista: características de seu funcionamento

No final da década de vinte, a então Inspetoria de Profilaxia da Leprosia, passou a colocar em prática seu projeto de instituir uma rede asilar que permitisse executar internação em massa. Nessa época, assistia-se, assim, ao importante trabalho desenvolvido pelo Convênio das Municipalidades, que atuou entre 1929 e 1932²¹. Esses Convênios, que foram capitaneados pela Liga de São Lázaro, aglutinavam os esforços de diferentes setores e associações. Esforços esses que permitiram a compra de terreno e construção, parcial ou integral, de três grandes asilos: Pirapitingui, Cocais e Aimorés, cada um deles responsável por uma região específica do estado ²².

21 O Convênio das Municipalidades surgiu em decorrência do crescimento da epidemia e do aumento da pressão social em frente aos grupos de doentes itinerantes. Dessa forma, e depois de muitas discussões, os municípios de cada uma das regiões do estado se reuniram e se comprometeram a doar um percentual de sua arrecadação para a construção de um leprosário que acolhesse os doentes de suas regiões.

22 Sobre a construção de cada um dos locais de isolamento, características e especificidades, ver Monteiro (1995, p. 100- 108, p. 199-216).

A construção dos asilos seguiu o modelo de edificação do Santo Ângelo. Todos foram instalados em grandes propriedades rurais, distantes das áreas urbanas. Possuíam estruturas semelhantes, que resultariam em uma espécie de cidade isolada com produção própria voltada para a sua subsistência. Todos contavam com dormitórios coletivos separados por gênero e faixa etária, casas para pacientes casados, hospital, centro clínico, oficinas, lojas, cadeia, áreas para plantações e para criações, igrejas, áreas de lazer. Alguns deles possuíam penitenciária, para onde eram enviados detentos com lepra, e manicômios para abrigar doentes mentais também portadores da doença. Além das áreas e serviços comuns para todos os internados, havia também construções e serviços especiais, como casas e refeitórios destinados a pacientes com poder econômico.

O único local de isolamento resultante da ação unicamente do estado foi o Sanatório Padre Bento que, para sua instalação, comprou um antigo hospital psiquiátrico no município de Guarulhos, próximo da capital. As construções originais foram adaptadas e novas instalações foram erguidas seguindo o modelo dos demais locais de isolamento.

Em todos os asilos, foram impostas rígidas normas disciplinares, refletindo um modelo autoritário de gestão profilática. Cabe destacar que todos os asilos acabaram por ser incorporados pelo estado ficando submetidos à IPL.

Quadro 4 - Rede asilar Paulista

Asilos-colônia	Data de Fundação	Localidade	Estrada de Ferro	Área (alqueires)
Santo Ângelo	1928	Mogi das Cruzes	Central do Brasil	348
Sant Padre	1931	Guarulhos	Sorocabana	23
Bento	1931	Itu	Sorocabana	600
Pirapitingui	1932	Casa Branca	Mogiana	300
Cocais	1933	Bauru	Noroeste	400
Aimoré				

Fonte: Monteiro, Y. N. (1995, p. 200).

Apesar das características comuns, cada asilo desenvolveu características próprias. As trajetórias tanto do Asilo de Pirapitingui como o do Aimorés, foram marcadas pela superlotação. O primeiro, em apenas três anos de funcionamento, já possuía 1.243 internos e o segundo, após quatro anos de

sua inauguração, já enfrentava uma superlotação de 60%, obrigando a execução de obras de ampliação para 2.000 leitos. Os asilos-colônia de Cocais, assim como o de Pirapitingui também se caracterizaram pela precariedade e punições severas. Ali foram construídos o manicômio e a penitenciária.

O Santo Ângelo, devido à qualidade de seu corpo técnico, destacava-se pela realização de procedimentos cirúrgicos complexos. Para lá eram enviados os pacientes que, após operados, retornavam aos seus locais de origem. Por outro lado, o Sanatório Padre Bento, por estar próximo da capital paulista, foi transformado em um centro de pesquisa e ensino. Nele eram internados apenas os pacientes não infectantes. O Padre Bento conseguia angariar donativos vultosos que se refletiram em suas construções. Esse sanatório acabou se tornando uma espécie de cartão de visitas do DPL, para onde eram levados os visitantes ilustres.

Quadro 5 - Salão de bailes do Sanatório São Bento

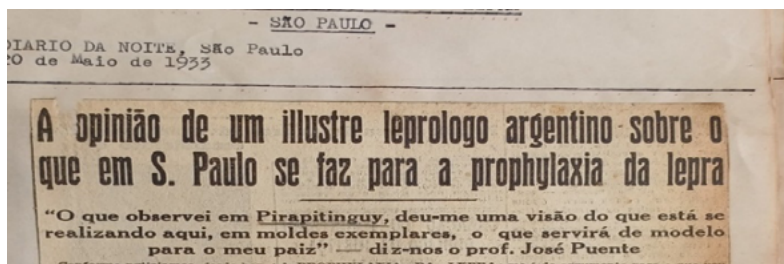


Fonte: DPL - Arquivo da Fundação Paulista contra Lepra.

Com o funcionamento da rede asilar, os pequenos asilos regionais foram fechados e os doentes transferidos. Com o início da política de internação em massa, pacientes e grupos itinerantes passaram a ser caçados por todo o estado e, uma vez feita a apreensão, eram colocados em trens rumo aos locais de isolamento. Em 1933, já havia 2.928 pessoas internadas, número que, dois anos depois, passaria a 5.035. O volume das internações era tal que acabou por levar à falsa impressão de ser São Paulo o principal foco de lepra no país.

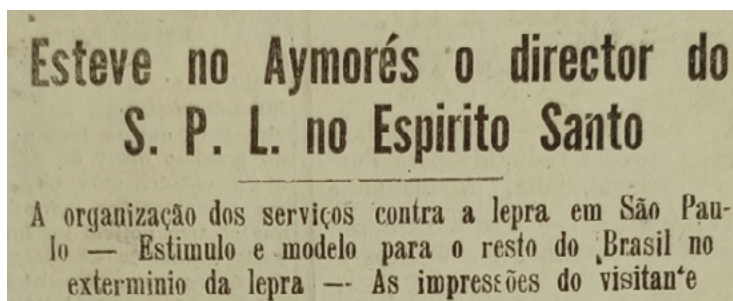
Em paralelo à estruturação da rede asilar, ocorreu o desenvolvimento de estudos e pesquisas, fator que contribuiu para a formação de grupo de leprólogos paulistas de renome, fazendo com que São Paulo se tornasse uma espécie de centro a ser visitado influenciando outros estados e países, em especial, na América Latina.

Quadro 6 - O "Modelo Paulista" tido como exemplar



Fonte: Diário da Noite (20-5-1933).

Quadro 7 - A influência do "Modelo Paulista" em outros estados



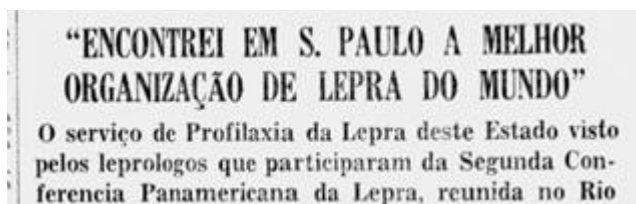
Fonte: Correio da Noroeste (30-3-1937).

Em pouco tempo, a IPL se transformaria num organismo organizado, extremamente poderoso e politicamente forte. Em 1935, tornou-se o poderoso Departamento de Profilaxia da Lepra (DPL), sustentado por vultosas verbas, tanto governamentais como as advindas de doações da sociedade civil. O poder do DPL era tal, que ninguém no governo opinava sobre ques-

tões da lepra além desse departamento.

A análise das publicações dos jornais ao longo dos anos revela a continuidade do apoio às políticas profiláticas que, via de regra, eram apresentadas sempre de forma elogiosa.

Quadro 8 - A Conferência Panamericana de Lepra e os elogios ao "Modelo Paulista"



Fonte: Correio Paulistano (10-11-1946).

A rede asilar paulista, composta por cinco grandes asilos-colônia e um sanatório, acabou por se configurar num mundo à parte regido por legislação própria. Nele os internos perdiam seus direitos como cidadãos, viviam sob vigilância rígida, com pouca autonomia, estigmatizados como portadores de um mal que ameaçava a sociedade. Essa estigmatização alcançava também seus familiares sadios o que, não raro, acarretava despejos, demissões do trabalho e diminuição de convívio social. Em suma, os locais de isolamento paulista se caracterizaram pela imposição de um modelo de arquitetura de controle resultante da adoção uma determinada política de saúde pública, que passou a funcionar como mecanismo de exclusão social, apoiado pelo estado e aceito pela sociedade da época.

O fato de São Paulo ter tido condições financeiras de construir sua rede asilar, sem depender de verbas federais, marcou toda a trajetória da política profilática paulista ao longo de sua história, permitindo, inclusive, o descumprimento do final do isolamento compulsório que, por lei, teria acabado no país em 1962, enquanto em São Paulo perdurou até 1967.

Considerações finais

O rápido crescimento da lepra a partir da segunda década do século XX e o aumento de grupos de doentes vagando pelas cidades e estradas causavam forte impacto social exigindo que medidas de controle da doença

e de atenção ao doente fossem tomadas. Dentro desse quadro, políticas sanitárias e modelos de intervenção foram propostos e, dentre elas, as de cunho isolacionista acabaram por se impor resultando na adoção de medidas de segregação que seriam viabilizadas com a construção de leprosários. Para a concretização dessas políticas, que prometiam a contenção da doença, foi importante a participação da sociedade civil e da imprensa tanto na legitimação de determinadas políticas como na captação de recursos que viabilizariam a construção de espaços de isolamento pelo país.

Ao analisarmos a diretriz profilática para o combate da lepra ditada pela Federação, verificamos ter havido trajetórias distintas entre os estados tanto na construção dos locais de isolamento como na implantação das medidas isolacionistas que resultaram na adoção de modelos profiláticos com características específicas, o que foi evidenciado a partir da análise em dois estados, o Espírito Santo e São Paulo. No primeiro, o Espírito Santo, mais alinhado com a diretriz federal, enquanto o segundo se caracterizou por uma maior independência e radicalismo na adoção das medidas profiláticas. Ao se analisar a trajetória da construção dos asilos, verificamos que no Espírito Santo se tem o protagonismo do médico Pedro Fontes que atuou à frente do trabalho de mapeamento, censos, criação de dispensários, criação do leprosário da Ilha da Cal, e depois na construção do grande Asilo-Colônia de Itanhenga, inaugurado em 1935. Em São Paulo, após embates entre grupos divergentes, emergiu o “Modelo Paulista” com a construção de uma rede de locais de isolamento constituída por quatro grandes asilos-colônia e um sanatório, inaugurados entre 1928 e 1933.

Ao estudarmos a trajetória da construção dos locais de isolamento em ambos os estados ficou evidente que, apesar das especificidades, todos eles seguiram um padrão semelhante: foram construídos em grandes propriedades, distantes das áreas urbanas e com produção local voltada para a autossuficiência. Assim como todos acabaram por se configurar como “instituições toais”.

Ao estudarmos a trajetória da construção e implantação dos locais de isolamento, tanto do Espírito Santo como em São Paulo, verificamos que os projetos arquitetônicos adotados permitiam o controle dos internos possibilitando que a vida fosse esquadrihada a cada ato. Os mecanismos de vigilância dificultavam o rompimento das normas internas diminuindo, inclusive, a possibilidade de fugas. As características da implantação dos asi-

los possibilitaram que se configurassem como espaços disciplinadores que permitiam, inclusive, que medidas de arbítrio fossem cometidas.

Os espaços asilares acabaram por formar um mundo à parte, regido por regulamentos e legitimados por legislação própria que se caracterizaram como mecanismo de poder e exclusão, propiciando o reforço da estigmatização da doença de doentes e familiares.

Periódicos

Legislação Paulista

Correio da Noroeste, 30 de março de 1937

Correio Paulistano, 11 de outubro de 1870

Correio Paulistano, 10 de novembro de 1946

Diário da Manhã, 25 de novembro de 1934

Diário da Manhã, 23 de maio de 1935

Diário da Manhã, 25 de abril de 1937

Diário da Noite, 20 de maio de 1933

Discurso

O Estado de São Paulo

Referências

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Hospital**: instituição e história social. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

BENELLI, Silvio José. Dispositivos disciplinares produtores de subjetividade na instituição total. **Psicologia em estudo**, Maringá/PR, v. 8, p. 99-114, jul./dez. 2003 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S1413-73722003000200011. Acesso em: 10 jun. 2024.

CABRAL, Dilma. **Lepra, medicina e políticas de saúde no Brasil (1894-1934)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. p.13

CAIUBY, Adelardo Soares. **Projecto da Leprosaria Modelo nos Campos de Santo Ângelo**. São Paulo: Gráfica E. Riedel e Cia., 1919.

CÂMARA, Cindinalva Silva. **O começo e o fim do mundo**: estigmatização e exclusão social de internos da colônia do Bonfim. 2009. 147 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Maranhão, São Luis/MA, 2009.

CAPELATO, Maria Helena Rolim. **Imprensa e história do Brasil**. São Paulo: Contexto, 1988.

CARVALHO, Keila Auxiliadora de Carvalho. **Colônia Santa Izabel**: a lepra e o isolamento em Minas Gerais (1920-1960). 2012. 245 f. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense, Niterói/RJ, 2012.

CASTELS, Robert. **As armadilhas da exclusão**: desigualdade e a questão social. São Paulo: Educ, 1997.

CUNHA, Ana Zoe Schilling. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10243.pdf> . Acesso em: 21 jun. 2024.

CUNHA, Vivian da Silva. **O isolamento compulsório em questão**: políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941). 2005. 142 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

DE LUCA, Tania Regina. História dos, nos e por meio dos periódicos. In: PINSKY, Carla Bassanezi (org.). **Fontes históricas**. São Paulo: Contexto, 2005. p. 111-153.

FERRAZ DE SOUZA et al. **Prophylaxia da lepra**: leprosário de Santo Ângelo. São Paulo: Instituto Ana Rosa, 1926.

FRANCO, Sebastião Pimentel; BARROS, Luiz Arthur Azevedo. Lepra no Espírito Santo: de fagueira ilusão à Colônia de Itanhenga. **Revista Dimensões**, Vitória/ES, v. 1, n. 34, p. 228-254, 2015.

FRANCO, Sebastião Pimentel; SILVA, Simone Santos de Almeida. Lepra: uma “breve” história da doença. In: MONTEIRO, Yara Nogueira (org.). **História da hanseníase no Brasil: silêncios e segregação**. São Paulo: LEER-USP; Fundação Paulista contra a Hanseníase; Intermeios, 2019. p. 21-48.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

HOCHMAN, Gilberto; FONSECA, Cristina Maria Oliveira. O que há de novo? Políticas de saúde e previdência, 1937-45. In: PANDOLFI, Dulce Chaves (org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1998. p. 73-93.

LE GOFF, Jacques. **A civilização do Ocidente medieval**. Florianópolis/SC; Edusc, 2005.

MACEDO SOARES, José Carlos Carlos de. **Prophylaxia da Lepra**. São Paulo: Instituto Anna Rosa, 1926

MAGALHÃES, José Lourenço. **A morfeia no Brasil, especialmente na Província de São Paulo**. Rio de Janeiro: Typographia Nacional, 1882.

MAURANO, Flavio. História da lepra no Brasil e sua distribuição geográfica. In: **Tratado de Leprologia**. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Lepra, 1950.

MONTEIRO, Yara Nogueira. A hanseníase em São Paulo: o “modelo paulista de isolamento”. In: MONTEIRO, Yara Nogueira (org.). **História da hanseníase no Brasil: silêncios e segregação**. São Paulo: LEER/USP, Fundação Paulista contra Hanseníase, Intermeios, 2019. p. 371-402.

MONTEIRO, Yara Nogueira. **Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo**. 1995. Tese (Doutorado em História Social) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciência Humanas da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995.

NERIS, Cidinalva Silva Câmara. **Estigma e isolamento social: lepra, saber médico e políticas públicas no Brasil**. Jundiaí: Paco Editorial/EDFUMA, 2014.

PENNA, Belisário. [Entrevista cedida] ao jornal Gazeta de São Paulo. In: CAIUBY, Abelardo Soares. **O problema da lepra no Brasil: analyse e tentativas de solução**. São Paulo, 1931.

PICCOLI, Mariana de Almeida. **Ideias de liberdade na cena política capixaba: o movimento abolicionista em Vitória (1869-1888)**. 2009. 152 f. Dissertação (Mestrado em História) - Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória/ES, 2009.

PUPO, João de Aguiar. “O problema da Lepra no Brasil” Palestra proferida no 3º Congresso brasileiro de Hygiene. São Paulo, Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, 1926.

RIOS, Venézia Durando Braga. **Entre a vida e a morte: medicina, médicos e medicalização na cidade de Salvador: 1860-1880**. 2001. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal da Bahia. Salvador/BA, 2001.

SANTOS, Elizabeth Pinheiros dos. **Hospital dos lázaros: entre os muros da exclusão**. 2005. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo)-Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005.

SANTOS, Luis Antônio de Castro; FARIA, Lina; MENEZES, Ricardo Fernandes de. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento. **Revista Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, 2008.

SANTOS, Vicente Saul Moreira. **Entidades filantrópicas & políticas públicas no combate à lepra: Ministério Gustavo Capanema (1934-1945)**. 2006. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz), Rio de Janeiro, 2006.

SANTOS, Vicente Saul Moreira dos. Filantropia, poder público e combate à lepra (1920-1945). **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos. RJ, v. 18, supl. 1, p. 253-274, dez. 2011.

SILVA, Maria Beatriz Nizza da (org.). **História de São Paulo Colonial**. São Paulo: Ed Univesp, 2009

SOUZA ARAÚJO, Heráclides César. “Problemas de hygiene e defesa contra a lepra”. **Jornal A República**, Curitiba/PR, 19-9-1916

TIBIRIÇÁ, Alice Toledo Ribas. **Como eu vejo o problema da lepra e como me vêem os que o querem manter**. São Paulo: PLG, 1933.

Apontamentos sobre os lazarentos no Espírito Santo: os primeiros hospitais de isolamento no Espírito Santo do século XIX

Henrique Antônio Valadares Costa

Introdução

Este texto, a partir da análise de documentação proveniente de jornais, relatórios governamentais e militares, entre o século XIX e o início do século XX, examina a criação e o desenvolvimento dos lazaretos no Espírito Santo. Os hospitais de isolamento analisados concentram-se na baía de Vitória. Embora, tenham existido estabelecimentos destinados exclusivamente a pessoas acometidas por hanseníase — e apesar de a nomenclatura remeter a termos como “Chagas de São Lázaro”, “lazarentos” e “leprosos” —, tais instituições tinham seus objetivos vinculados também ao enfrentamento de outras enfermidades infecciosas, sobretudo varíola, febre amarela e cólera (Pôrto; Oliveira, 1996).

No âmbito da história da saúde pública capixaba, de fato, a política de isolamento mais marcante foi a destinada às pessoas acometidas pela hanseníase, devido ao caráter compulsório das internações contra os pacientes encaminhadas ao Hospital Colônia de Itanhenga — posteriormente denominado Hospital Pedro Fontes —, cuja construção teve início em 1934 (Deps, 2019; Franco; Barros, 2015). Por sua vez, esse capítulo da história da saúde do Espírito Santo é apresentar apontamentos da resposta institucional da província, posteriormente estado, as demandas da sociedade sobre esse problema.

Os lazaretos constituíram espaços de isolamento típicos do século XIX, integrando a estrutura urbana portuária com a finalidade de amortecer epidemias infecciosas introduzidas pelo trânsito de pessoas em navios

transoceânicos (Martins, 2011). A legislação atribuía às províncias a responsabilidade pela construção e gestão dos lazaretos, embora estes fossem regulados pelas posturas municipais das localidades onde se estabeleciam (Jorge, 2006). Com o avanço de doenças infecciosas, como varíola, cólera e febre amarela, a demanda por instituições capazes de proteger a sociedade dessas patologias tornou-se recorrente em grande parte do período imperial brasileiro.

A construção de lazaretos em todo o Brasil intensificou-se após a segunda metade do século XIX, fenômeno que se atribui, em parte, à criação da Inspetoria de Higiene Pública (IHP) em 1852. Tal órgão surgiu na esteira de episódios epidêmicos de cólera no Império, que suscitaram preocupações quanto à estruturação de políticas de saúde pública voltadas à mitigação e prevenção dessas doenças (Cunha; Franco; Moraes, 2019).

No Espírito Santo, a IHP foi instituída no mesmo período, e a demanda por lazaretos aparecem com frequência nas mensagens governamentais. Com períodos de pausas, a província enfrentou surtos epidêmicos de magnitude semelhante, como no caso da cólera e a febre amarela¹ (Franco, 2014). As instituições de saúde pública desse período podiam ser classificadas em três tipos: hospitais, enfermarias e lazaretos. Todavia, apenas os hospitais apresentavam caráter permanente; lazaretos e enfermarias tinham duração geralmente vinculada a eventos epidêmicos específicos. Os lazaretos destinavam-se ao isolamento de doenças altamente infecciosas, como cólera, febre amarela e varíola, e, na documentação analisada, lazaretos e enfermarias foram muitas vezes apresentados como equivalentes (Silva, 2013).

Este texto apresenta, de forma geral, a implementação dos lazaretos, acompanhando uma tendência institucional observada em várias regiões do Brasil ao longo do século XIX — do Império à primeira década da Primeira República —, com foco no Espírito Santo. Que apesar da governança provincial perceber desde 1839 a necessidade de implementação de lazaretos a criação de um veio somente em 1882. Pretende-se, assim, estimular o aprofundamento dos estudos sobre a saúde pública e a história da medicina no estado.

¹ Surtos de febre amarela entre 1849 e 1850 de cólera entre 1854 a 1855.

A questão pública dos lazaretos na província do Espírito Santo até o primeiro ser instalado

O debate sobre a necessidade de instalações de lazaretos no Espírito Santo foi mencionado pela primeira vez em 1839, no relatório de João Lopes da Silva Couto, então presidente da província, em mensagem dirigida à Assembleia Legislativa Provincial, na qual recomendava que a receita pública fosse utilizada para sua construção (Couto, 1839).

Contudo, as mensagens governamentais dirigidas à Assembleia Legislativa demandando a instalação de um lazareto, tornaram-se frequentes somente a partir da década de 1870. Esse aumento relaciona-se à intensificação da circulação interna entre as províncias, à entrada massiva de imigrantes europeus e à ampliação do fluxo de mercadorias de importação e exportação, bem como ao contato com portos afetados por surtos epidêmicos. (Almeida, 2016; Franco; Barros, 2015). O risco de que surtos epidêmicos, como a varíola, febre amarela e cólera, em outras províncias, alcançassem o Espírito Santo era constante preocupação. Em 1872, o presidente da província, Francisco Ferreira Corrêa, propôs a Ilha do Boi como local para a construção de um lazareto. No entanto, a receita pública mostrava-se insuficiente para viabilizar sua edificação. (Correa, 1872). Francisco Correa temia que as epidemias fortes no sul do Império pudessem chegar ao Espírito Santo em total desamparo:

Ultimamente, além de outras medidas á que me soccorri em beneficio da salubridade publica, que podia ser affectada de um modo mais serio, em consequencia da epidemia que grassava ao sul do imperio, lembrei-me da necessidade de estabelecer-se um lazareto em local adaptado e com as accomodações indispensaveis, para não estarmos desprovidos em qualquer emergencia que sobreviesse (Ibidem, p. 129).

Um exemplo foi que a chegada de doentes de varíola da província do Rio de Janeiro foi necessária a improvisação de um lazareto na Ilha do Príncipe (Barbosa, 1874) como trata no relatório do Dr. Luiz Eugenio Horta Barbosa:

O vapor *Diligente* e o hiate *Sete de Setembro* conduziram a esta cidade indivíduos affectados de varíola, precedentes do Rio de Janeiro e Campos, onde reinava a epidemia.

A falta de um lazareto, adequado ao tratamento dos indivíduos atacados de moléstias epidemicas, trouxe a lastimável necessidade de recolher aquelles dois á ilha do *Principe*, em um pardieiro sem accomodações apropriadas: ali forão tratados pelo zelozo, hábil e prestimoso Dr. Goulart de Souza, a cujos cuidados devem a recuperação da saúde (Ibidem, p. 13).

Este fato indica ter reforçado a queixa no mesmo ano o vice-presidente da província Coronel Manoel R. Mascarenhas, em mensagem a Assembleia, prevendo uma situação de descontrolo reiterou que: “Urge, entretanto, a necessidade de um lazareto, como medida preventiva” (Mascarenhas, 1874, p. 12).

O relatório de província poucos anos depois retoma a demanda de lazareto, entre outras políticas de saúde pública, quando o presidente da província lista 16 itens para a “melhoramentos da saúde pública”, coube no de nº 14 “Construir um edificio fóra da cidade, que possa servir de Lazareto, onde sejam recolhidas as pessoas que primeiro forem atacadas de moléstias infeccio-contagiosas, sequestrado-as do resto da população”(Gama, 1877).

Apesar da intensificação dos avisos das mensagens governamentais, os relatórios de 1881 e 1882 chegaram ao limite. Em 1881 a situação foi tratada como maior seriedade, pois a nomeação pelo presidente da província de uma comissão para resolver em definitivo a instalação de um lazareto no Espírito Santo (Tostes, 1881). No relatório dedica um item próprio relatando esta questão:

Reconhecendo que esta capital se resente da necessidade de um lazareto para acolher os enfermos por ocasião das epidemias, e sendo patente a sua utilidade, resolvi nomear uma commissão mixta composta dos engenheiros Joaquim de Salles Torres Hoem, Cezar de Rainville e Maximino Maia e dos medicos Drs. Florencio Francisco Gonçalves, Manoel Goulart de Souza e Henrique Alves de Cerqueira Lima, para examinar e escolher um lugar apropriado áquele fim.

A comissão ainda não apresentou-me resultado de seus estudos, planta e orçamento; porém espero que brevemente o fará, porque muito confio no reconhecido zelo e acrisolado patriotismo dos comissionados que empregarão seus esforços afim de auxiliar a administração no louvável empenho em que se acha de dotar a capital tão humanitária instituição (Ibidem, p. 33).

No entanto, a mobilização da comissão higienista não alcança o resultado desejado. A informação de 1882 trata de uma pessoa infectada por varíola e novamente advoga a necessidade de um lazareto (Souza, 1882). Nesta informação, o presidente provincial Herculano Marcos Inglês de Souza, após o contágio de um escravo em Vitória “[...] um caso de varíola discreta e de forma benigna” (Ibidem, p. 39), foi alertado por um dos médicos que:

Além de outras medidas apontadas no seu relatório, indica o Dr. Inspetor a necessidade urgente da criação de um lazareto para onde possam ser conduzidas as pessoas atacadas de moléstias constagiosas, que, de vez em quando, accommettem esta população (Ibidem).

É provável que a infecção que atingiu a capital imperial além de outras províncias, fosse o limite possível para a persistir ao atraso da instalação de um lazareto (Gurgel; Rosa; Camercini, 2011). Foi assim que o presidente da província citado na mensagem acima, no mesmo, cria o primeiro lazareto, nas dependências do antigo forte São Francisco Xavier da Barra. Este forte, atualmente localizado na área do 38º Batalhão de Infantaria do Exército Brasileiro, praia de Piratininga, Vila Velha.

O Forte São Francisco Xavier da Barra: o primeiro lazareto do Espírito Santo

Segundo as fontes apresentadas nas mensagens dos presidentes de província, a falta de recursos público para a construção de um lazareto distante das áreas urbanas, pode ter levado a escolha da antiga fortificação colonial. A história da fortificação apresenta sua falta de uso, pela obsolescência que representava diante as novas tecnologias militares. Deixando de ter uso como fortificação em 1860 depois da visita à província pelo imperador D. Pedro II (Castro, 2009; Leite, 2023).

As notícias sobre a transferência do uso público da fortificação foi motivo de protesto do Ministério da Guerra. No entanto, a sua criação foi inevitável: “**Lazareto**. Diz a *Gazeta da Tarde* que o Ministério do Império declarar a S. Ex. o Sr. Presidente da Provincia que não concorda com o estabelecimento de um lazareto no forte de Piratininga”(Freire; Nunes, 1882a, f. 2).

O máximo que se obteve com o protesto dos militares foi a manutenção do uso compartilhado do espaço, com a instalação de uma enfermaria e depósito de armas, conforme indicado em jornal da época: “Declarou o ministério da guerra que o forte de Piratininga, na barra desta cidade, deve continuar à cargo do encarregado do depósito dos artigos bellicos até ulterior deliberação sua”(Freire; Nunes, 1882b). O uso compartilhado do lazareto com o exército, como depósito de artigos bélicos, perdurou até 14 de agosto de 1886. Nessa data, o Ministério da Guerra cedeu a sua parte, e o local passou a ter funções exclusivamente sanitárias. A transferência definitiva deu-se em razão da epidemia de febre amarela que assolou Vitória entre 1885 a 1886 (Rodrigues, 1886).

As fontes indicam que, após 1886, os protestos dos militares do lazareto no forte de Piratininga cessaram. Efetivando a transferência do exército para o forte São João em Vitória (Castro, 2009).

O primeiro enfermo recluso a ser levado ao recém criado lazareto, foi no ano de 1883, um marinheiro embarcado no navio nacional *Alice*. Após identificada a varíola foi levado a Santa Casa da Misericórdia, em Vitória. Porém, depois “do exame o sr. Dr. Goulart, de accordo com a administração, resolveu transferir hoje pelas 8 horas da manhã com cautellas devidas o varioloso para o forte de Piratininga, onde convenientemente isolado será tractado”(Freire; Nunes, 1883b).

Após a internação do marinheiro Henrique a população do entorno do forte começou a protestar temendo que a varíola se alastrasse por toda a vila do Espírito Santo (atual Vila Velha). Mesmo com as notícias de que o paciente seguia para a cura as autoridades provinciais foram obrigadas a realizar ações mitigadoras:

Da visinha vila do Espirito-Santo pedemnos que reclamemos do dr. Provedor da saude publica mandar queimar nas ruas d'aquella villa cabeças alcatroadas para evitar a propagação da varíola ali, visto a proximidade

da fortaleza de Piratininga, onde está em tractamento o marinheiro atacado d'aquella horrível moléstia (Freire; Nunes, 1883a, p. 2).

O uso de alcatrão era comum em surtos epidêmicos de varíola, regularmente usada queimadas em labaredas ou feitas em sabonetes vendidos em farmácias, no final do século XIX (Almeida, 2014; Carmo; Matos, 2022). A percepção de contaminação da varíola pelo ar era debate na medicina da época e antes do surgimento da microbiologia havia as teorias contagionista e a infeccionista. A primeira sustentava que as doenças eram contaminadas de pessoa a pessoa e a segunda para os miasmas produzidos por ambientes apodrecidos (Almeida, 2016).

Pouco tempo depois o marinheiro Henrique é declarado morto e enterrado “na fralda do morro de Ucharia, proximo á fortaleza de Piratininga (Freire; Nunes, 1883c, p. 2). Na mesma página do jornal, seguindo as orientações higienistas da doutrina teórica contagionista (Silva, 1888, p. 2):

O sr. dr. presidente da câmara municipal mandou hontem queimar em fogueiras molhadas de alcatrão todo o lixo existente nos cães da cidade.

Hoje e amanhã serão varridas todas as ruas e praças e queimado pela mesma fórmula o lixo que se encontrar (Ibidem) .

Foi notificado também o mesmo inspetor de saúde pública um pequeno surto de varíola em Benevente (atual Anchieta). A prática de queima de alcatrão nas redondezas do lazareto do Forte de Piratininga foi um protocolo aplicado com recorrência. Em telegrama publicado em jornal de 1888, sobre não “[...] tem se queimado alcatrão nas ruas da cidade, como recomenda á hygiene em caso de prevenção a desenvolvimento de epidemia, por não haver no commercio quem queira fiar ao governo!!!” (Silva, 1888, p. ?). Temerosos de um surto epidêmico a queima de alcatrão foi recorrente e foi uma profilaxia considerada necessária e com baixa verba pública.

A partir do ano de 1890, início do período republicano, o Espírito Santo apresenta a necessidade de mais lazaretos devido a emergia de mais pessoas enfermas. Essa fase esta discutida no próximo item a seguir. O fe-

chamento do Lazareto do Forte de Piratininga é trazido como necessidade em 1894 e criação de outro em local mais adequado. Ao que indica a notícia de 04 de abril de 1894 anunciado, no *Commercio do Espirito Santo*:

Accresce a circumstancia de sua proximidade da Villa do Espirito Santo, unico ponto de refugio desta capital nas epochas de verão, a qual ficará certamente privada da faculdade de que ela goza, de poder aproveitar-se ali o uzo dos banhos salgados, que constituem a indicação constante para grande numero de enfermidades (Freire, 1894b, p. 2) .

Uma crônica de jornal de 1894 trata da necessidade de fechamento do lazareto de Piratininga não sendo ele capaz de atender as epidemias que acometiam o Estado do Espírito Santo, sugerindo que não faltavam “[...] locais em condições equivalentes para o referido fim; e, entre esses, recordo-me da Ilha do Boi, do pharol de Santa Luzia e da ilha de São Salvador, que fica entre o Santo Antonio e ilha do Marçal” (Maia, 1884, p. 1)

A última notícia de uso hospitalar do forte foi o atendimento de praças da polícia acometidos de Beri-beri em 1896 (Freire, 1896; Redacção, 1896). Todavia, outros lazaretos já haviam sido instalados em Vila Velha e Vitória, como demonstramos a seguir.

Mais lazarentos na República

A partir de 1889, o Forte de Piratininga deixou de ser o único local de internação para doenças contagiosas, e outros estabelecimentos, como o Lazareto de São Torquato, passaram a receber doentes. Todavia, em São Torquato realizava-se a triagem de doentes “indigentes”, evidenciando indícios de segregação por classe social. Também foram ali alocados imigrantes europeus, porém não foi possível identificar sua condição social. Na notícia diz:

A enfermaria que foi estabelecida por ordem do Governo do Estado no sitio S. Torquato, para tratamento de indigentes acometidos de febre amarela, teve o seguinte movimento, a contar de 12 de dezembro, dia em que foi installado, até 31 do mez ultimo (Redacção, 1890b, f. 1).

O Lazareto de São Torquato apresentou maior infraestrutura e número de pacientes no período de 2 de fevereiro a 8 de março de 1890, contabilizando um total de 187 internados na instituição (Ibidem). Todavia, como demonstra o curto intervalo de funcionamento nessas condições, houve necessidade de sua transferência em caráter urgente.

Na última data, ocorreu a transferência para o novo lazareto, localizado no centro de Vitória, no antigo Convento de São Francisco, com objetivos semelhantes aos de São Torquato, voltados principalmente ao atendimento de indigentes. Assim, o fechamento do Lazareto de São Torquato integrou o conjunto de medidas adotadas para o combate à febre amarela, em razão da ausência de condições adequadas para a prática assistencial sanitária (Redacção, 1890a).

A função anteriormente desempenhada pelo Lazareto de São Torquato — a reclusão de doentes indigentes — foi transferida para o de São Francisco. Verificou-se, ainda, um processo prévio de adaptação do edifício antes da implantação da área de saúde. A partir da década de 1860, a edificação passou a exercer funções exclusivamente cemiteriais e de enfermaria. Em 1875, diante de um surto de cólera, o governo da província instalou no local uma enfermaria (Canal Filho et al., 2010).

Identificamos também a criação na mesma época de novo lazareto em Santa Cruz, município de Aracruz, “interiorizando” a instalação dessas instituições:

Tendo apparecido febres de máu character nas villas de Santa Cruz e Espirito Santo (Vila Velha), o cidadão Governador resolveu abrir um credito extraordinario de 600\$ para socorrer a população indigente das referidas localidades (Redacção, 1890c, f. 2).

Poucas informações sobre o Lazareto de Santa Cruz foram identificadas nesta pesquisa. O estabelecimento de maior destaque nesse período foi o Lazareto da Ilha do Príncipe, em Vitória, que contava com um pequeno hospital denominado São José.

A consolidação dos lazaretos como política de saúde pública ocorreu a partir de 1895, durante o governo de Muniz Freire. O aumento das receitas do Espírito Santo provenientes da exportação de café possibilitou a instalação de um maior número de instituições desse tipo.

Em 16 de maio de 1894, foi anunciada a compra do Sítio de Santo Antônio pelo governo do Estado, com a finalidade de construir um lazareto na ilha de Vitória (Freire, 1894c). O Lazareto de Santo Antônio foi duramente criticado pelo jornal *Commercio do Espírito Santo*, que o qualificou como “local da morte” ou “matadouro”. As notícias publicadas entre 1894 e 1895 trataram reiteradamente do estabelecimento de forma negativa. Em matéria de 25 de maio de 1894, poucos dias após o primeiro anúncio (Freire, 1894a):

Há no Lazareto de *Santo Antonio* apenas dous enfermos de febre amarela; destes um já está convalescendo.

Parece-nos que é o primeiro e unico que sae são e salvo daquelle Lazareto, pois nem um só escapou á morte nos primeiros dias, quando nem travesseiro havia nos leitos (Ibidem, p. 1).

As condições de precariedade desse lazareto eram constantemente denunciadas pelas péssimas condições, após a morte de um maquinista de navio a vapor *Etruria* que no “[...] interior do lazareto, havia bosta de vaccuns e cavallares, o que dá ideia do abandono deixado o estabelecimento”. Apontando sobre o mobiliário como as “[...] camas de ferro em deploravel estado de immudice nem tinham colchões” (Freire, 1894^a, p. 2).

Posteriormente, no mesmo jornal, em resposta as acusações de abandono o lazareto de Santo Antonio, anunciando a internação de três pacientes, no mês de maio, com “febre amarela” argumentando que “Felizmente já ha tres indivíduos curados, para protestarem contra a suposição de que – d’alli para a sepultura só distava um passo” (Freire, 1894^e, p. 1).

As posturas municipais da época determinavam que matadouros, lazaretos e cemitérios fossem implantados em áreas afastadas, como medida preventiva às contaminações então discutidas. No caso do Lazareto de Santo Antônio, entretanto, o matadouro encontrava-se em suas proximidades. As péssimas condições de instalação tornaram inviável a permanência do Lazareto de Santo Antônio. As notícias registram a internação de 74 pessoas acometidas por varíola, distribuídas, a freire o que tudo indica, entre o próprio lazareto e outras “enfermarias”.

Segundo Aristides Freire: “Existem 12 pessoas enfermas de varíola no lazareto, 7 na rua Barão de Monjardino, 30 na enfermaria de S. Francisco e

25 em Itaquary, Itacibá e Itanguá” (Freire, 1895, p. 1). Essas condições indicam a urgência na criação de um lazareto dotado de estruturas hospitalares adequadas, conforme se apresenta a seguir.

O lazareto da Ilha do Príncipe: Hospital de São José (1895 a 1910)

O lazareto de São José foi o maior e mais importante em termos de número de pacientes de recursos públicos, além do tempo de uso. Localizado na ilha do Príncipe, baía de Vitória, sua condição insular atendia as condições sanitárias consideradas ideais para a época (figuras 01 e 02). Segundo o jornal *Estado do Espírito Santo* foi inaugurado no dia 20 de outubro de 1895 (Calmon, 1895). E começou a receber doentes onde a (...) “[...] inspetoria de hygiene fez lavar internamente o edificio, provendo-o de leitos necessários” (Ibidem). Consta que a estrutura arquitetônica foi feita em alvenaria de madeira (Pereira, 1899, f. 2).

Figura 1 - detalhe da planta geral da cidade de Vitória em 1895. Elaborado por André Carloni. Apresenta a forma da planta do hospital São José ou Lazareto da Ilha do Príncipe.



As condições de precariedade do lazareto da ilha do Príncipe foram recorrentes, reproduzindo as reclamações de lazaretos e enfermarias anteriores. No jornal do *Commercio do Espirito Santo*, 1902, trata da ausência de um médico fixado no hospital, obrigando a fazer uso o inspetor de hygiene

para os atendimentos médicos. No mesmo ano, foi apresentado pela inspetoria de saúde 60 casos da “peste” (Commercio do Espírito Santo, 1902, f. 1).

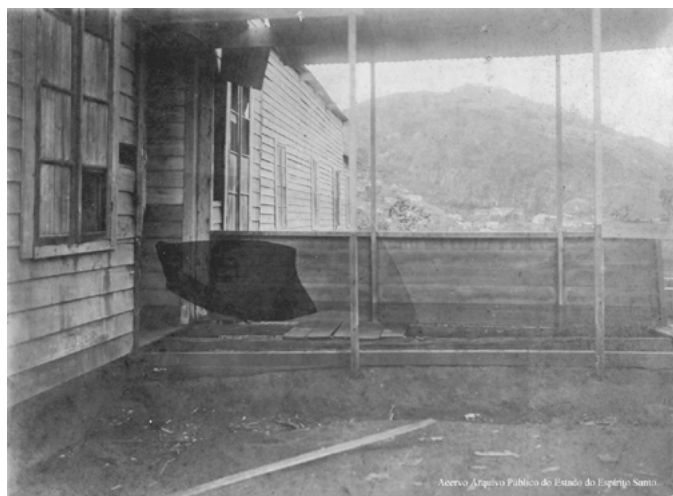
Uma notícia sobre o fechamento do Lazareto de São José, em 1910, foi acompanhada da resposta a uma requisição da municipalidade de Cariacica, segundo a qual os acometidos por varíola deveriam permanecer no próprio município, onde receberiam os devidos tratamentos:

Ao sr. presidente do governo municipal de Cariacica, communicando a s. s. que o lazareto de São José fechou-se á 30 do mes proximo findo, devendo as pessoas que forem acometidas de varíola ahi serem isoladas nêsse município, correndo as despesas de dieta e isolamento por conta d'esse governo (Diário da Manhã, 1910, f. 1).

Ao que tudo indica, tratava-se das antigas enfermarias citadas durante a epidemia de varíola de 1895, ou possivelmente de novas construções — uma questão que ainda demanda pesquisas mais aprofundadas. Observa-se que, apesar do aumento da arrecadação do Espírito Santo na transição para a República e da ampliação da estrutura de saúde pública, esta não correspondeu às necessidades existentes.

No relatório de governo de Florentino Ávidos (1924–1928), registra-se que o antigo Hospital São José [...] “encontrava-se porém, quase em ruínas, não se prestando mais para isolamento, por se, achar, além disso, bastante povoada a Ilha” (Ávidos, 1928, p. 292). No mesmo relatório houve o interesse em reutilizar as estruturas, como diz no relatório: [...] “Em 30 dias, com grande esforço do pessoal da Comissão dos Serviços de melhoramentos, conseguiu-se aparelhar o velho barracão da Ilha do Príncipe para 16 leitos, com todas as dependencias necessárias” (Ibidem). Todavia, as funções hospitalares não tiveram orientação de isolamento de pacientes.

Figura 2 - detalhe do Hospital São José, Ilha do Príncipe, sem data, provavelmente sem uso hospitalar.



Hospital de isolamento na ilha do Príncipe.

[JM 364]

Fonte: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo.

Conclusões

Na fase provincial, os primeiros apontamentos governamentais em favor da construção de um lazareto datam de 1839. Porém, a instalação foi efetivada apenas em 1882, na estrutura quase abandonada do Forte São Francisco Xavier. Transcorreram, portanto, 43 anos até a implementação das primeiras instalações, ainda que, sob a forma de uma enfermaria rudimentar.

Com a República e a reforma do sistema tributário decorrente da Constituição de 1891, seus efeitos tornaram-se mais visíveis na primeira administração do presidente do estado José de Melo Carvalho Muniz Freire (1892–1896). Segundo Estilaque Ferreira dos Santos [...] “antes de 1880, o orçamento do Espírito Santo não excedia a trezentos contos de reis, e em 1889 ele se elevava a pouco mais de seiscentos conos, quantias que mal davam para pagar o funcionalismo” (Santos, 2012, p. 309)

Como se observa, as condições para a construção de lazaretos tornaram-se mais viáveis apenas a partir da década de 1880. Os apontamentos

apresentados neste trabalho indicam potencial para o aprofundamento da análise das respostas institucionais frente às demandas da sociedade brasileira. É importante o aprofundamento dessa pesquisa através de refinamento da análise de fontes identificadas e evidenciando novos documentos.

Nesses termos, permanecem diversas questões a serem investigadas. O recorte desta pesquisa não contemplou a situação dos lazaretos após o fechamento do Hospital São José, na Ilha do Príncipe, nem a quantificação de pacientes ou da receita pública despendida em cada período e em cada lazareto analisado. Também é importante as posturas arquitetônicas adotadas depois que os lazaretos foram construídos

Mostra-se igualmente necessário dimensionar o gasto público provincial e estadual, a fim de compreender a efetiva intenção governamental de responder às epidemias altamente contagiosas e letais. Também se revela pertinente analisar o comportamento dessas instituições durante outras crises sanitárias, como a gripe espanhola, que assolou o Espírito Santo entre 1918 e 1919 (Franco; Lopes; Franco, 2016).

Configura-se, assim, um amplo campo de investigação para a história da saúde no Espírito Santo.

Agradecimentos

Primeiramente agradecer aos organizadores a professora Patrícia Merlo e ao professor Sebastião Pimentel Franco pela recepção e leitura crítica desse trabalho e ao Arquivo Público do Estado do Espírito Santo na figura de Tiago de Matos Alves, sempre em pronto atendimento

Referências

ALMEIDA, M. de. Tempo de Laboratórios, Mosquitos e Seres Invisíveis. In: CHALHOUR, S.; MARQUES, V. R. B.; SAMPAIO, G. DOS R.; SOBRINHO, C. R. G. **Artes e ofícios de curar no Brasil**. Campinas/SP: Editora Unicamp, 2016. p. 123–160.

ALMEIDA, M. A. P. de. As epidemias nas notícias em Portugal: cólera, peste, tifo, gripe e varíola, 1854–1918. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 2, p. 687–708, jun. 2014.

ÁVIDOS, F. **Mensagem final: apresentada pelo exmo. Snr. Presidente do**

Estado do Espírito Santo, Dr. Florentino Ávidos ao Congresso Legislativo, a 15 de junho de 1928, contendo os dados completos de todos os serviços realizados no quadriennio de 1924-1928. [s.l: s.n.].

BARBOSA, L. E. H. **Relatorio Apresentado Á S. Exa. o Sr. Coronel Hangel Ribeiro Coitinho Mascarenhas pelo Exm.º Sr. Dr. Luiz Eugenio Horta Barbosa por Occasião de deixar a Administração da Provincia do Espírito-Santo.** [s.l: s.n.].

CALMON, A. Lazareto. **Estado do Espírito Santo: órgão do Partido Republicano Construtor**, 20 out. 1895.

CANAL FILHO, P.; ANDRADE, M. O. de; REIS, F. P.; COSTA, B. B. **O Convento de São Francisco.** Vitória/ES: EDUFES, 2010. v. 1

CARMO, B. B. do; MATOS, M. I. S. de. Um “porto maldito”: epidemias, cotidiano e medo - Santos (1880-1900). **Revista de História**, n. 181, p. 1–31, 6 jul. 2022.

CASTRO, A. H. F. de. **Fortes do Espírito Santo.** Murallas de Pedra, Canhões de Bronze, Homens de Ferro: fortificações do Brasil de 1504 a 2006. Rio de Janeiro : Fundação Cultural Exército Brasileiro, 2009. p. 15–46.

COMMERCIO DO ESPÍRITO SANTO. Ligeira Replica. **Commercio do Espirito Santo: : fliado á concentração republicana. nº 214**, 19 jul. 1902.

CORREA, F. F. **Relatorio lido ao Paço D’Assembléa Legislativa da Provincia do Espirito-Santo** . [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://ape.es.gov.br/Media/ape/PDF/Relatorios/1864/FRANCISCO%20FERREIRA%20CORREA%20%E2%80%93%20Presidente%20da%20Prov%C3%ADncia.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2024.

COUTO, J. L. da S. **Falla que o Exm. Presidente da Provincia do Espírito Santo dirigido a Assembléa Legislativa Provincial no dia 01 de Abril de 1839.** [s.l: s.n.].

CUNHA, K. D. da; FRANCO, S. P.; MORAES, M. F. de. Inspetoria de higiene pública do Espírito Santo: políticas de assistência à saúde em tempos de epidemias. **Revista do Arquivo Público do Estado do Espírito Santo**, v. 3, n. 6, p. 49–65, 30 dez. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/>

revapees/article/view/32292. Acesso em: 14 out. 2024.

DEPS, P. D. **O dia que mudei de nome: hanseníase e estigma**. Paris: Éditions de Boccard, 2019. 1–152 p.

DIÁRIO DA MANHA. Serviço sanitario. **Diário da Manhã: órgão oficial**, 15 out. 1910.

FRANCO, S. F.; LOPES, A. F.; FRANCO, L. F. S. Gripe Espanhola no Espírito Santo (1918-1919): alguns apontamentos. **Revista Dimensões**, v. 36, p. 414–426, 2016.

FRANCO, S. P. Pânico e terror: a presença da cólera na Província do Espírito Santo (1855-1856). **Almanack**, n. 7, p. 117–136, jun. 2014.

FRANCO, S. P.; BARROS, L. A. A. A lepra no Espírito Santo: de fagueira ilusão à Colônia de Itanhenga. **Dimensões**, v. 34, p. 228–254, 13 mar. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/dimensoes/article/download/11117/7764/0>>. Acesso em: 14 out. 2024.

FREIRE, A. Expediente. **Commercio do Espirito Santo**, p. 1–1, 25 mar. 1894a.

FREIRE, A. Expediente. **Commercio do Espirito Santo**, 4 abr. 1894b.

FREIRE, A. Expediente. **Commercio do Espirito Santo**, p. 1–1, 19 abr. 1894c.

FREIRE, A. Expediente. **Commercio do Espirito Santo**, p. 2–2, 26 abr. 1894d.

FREIRE, A. Expediente. **Commercio do Espirito Santo**, p. 1–1, 3 jun. 1894e.

FREIRE, A. Cartas á redacção do Commercio. **Commercio do Estado do Espirito Santo**. num. 217, 7 ago. 1895.

FREIRE, A. Dragão. **Commercio do Espirito Santo**, 27 fev. 1896.

FREIRE, M.; NUNES, C. Lazareto. **A Provincia do Espirito-Santo**, p. 1–2, 1 set. 1882a.

FREIRE, M.; NUNES, C. Forte Piratininga. **A Provincia do Espirito-Santo**, p. 3–3, 8 dez. 1882b.

FREIRE, M.; NUNES, C. Reclamação procedente. **A Província do Espírito-Santo**, p. 2–2, 11 ago. 1883a.

FREIRE, M.; NUNES, C. Um caso de varíola. **A Província do Espírito-Santo**, 24 ago. 1883b.

FREIRE, M.; NUNES, C. Varioloso. **A Província do Espírito-Santo**, p. 4–4, 28 ago. 1883c.

GAMA, Dr. A. J. de M. N. **Relatório Apresentado A Assembléa Legislativa da Província do Espírito Santo. Em A 2º Sessão Ordinária da vigesima Primeria Legislatura Provinial**. [s.l: s.n.].

GURGEL, C. B. F. M.; ROSA, C. A. P. da; CAMERCINI, T. F. A Varíola nos tempos de Dom Pedro II. **Cadernos de História da Ciência - Instituto Butantan**, v. 7, n. 1, 2011. Disponível em: <https://bibliotecadigital.butantan.gov.br/arquivos/32/PDF/v7n1a03.pdf>. Acesso em: 17 out. 2024.

JORGE, K. C. **Urbanismo no Brasil Império: a saúde pública na cidade de São Paulo no século XIX (hospitais, lazaretos e cemitérios)**. 2006. PUC-Campinas, Campinas/SP, 2006. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=107907. Acesso em: 9 out. 2024.

LEITE, J. L. **Histórias do Forte são Francisco Xavier da Barra**. Vitória/ES: PRO TEXTO, 2023.

MAIA, J. T. Expediente. **Commercio do Espirito Santo**, p. 1–1, 4 abr. 1884.

MARTINS, H. de L. **Políticas Públicas e Práticas de assistência: Lazaretos da Jacarecanga e da Lagoa Funda 1819 – 1891. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH • .** [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://anpuh.org.br/uploads/anais-simposios/pdf/2019-01/1548856593_5a2c4c-43885494fc83ecb8d7dd4241e7.pdf>. Acesso em: 10 out. 2024.

MASCARENHAS, C. M. R. C. **Relatorio Apresentado à Assembléa Legislativa Provincial do Espírito Santo pelo Exm. Sr. 1º Vice-Presedente na 1º Sessão da 21º Legislatura**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://ape.es.gov.br/Media/ape/PDF/Relatorios/1864/MANOEL%20RIBEIRO%20COITINHO%20MASCARENHAS%20-%201%C2%BA%20Vice-Presidente%20da%20Prov%C3%ADncia-1.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2024.

PEREIRA, A. **Almanak do Estado do Espírito Santo: publicação comercial, administrativa, litteraria, scientifica, etc, etc.** [s.l: s.n.]35 p.

PÔRTO, Â.; OLIVEIRA, B. T. de. Edifício colonial construído pelos jesuítas é Lazareto desde 1752 no Rio de Janeiro. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 2, n. 3, p. 171–174, fev. 1996.

REDACÇÃO. Saúde Publica. **O Estado do Espirito Santo**, p. 2–2, 22 jan. 1890a.

REDACÇÃO. Lazareto de S. Torquato. **O Estado do Espirito Santo**, p. 2–2, 2 fev. 1890b.

REDACÇÃO. Chronica Local: Saude publica. **O Estado do Espirito Santo**, p. 2–2, 8 mar. 1890c.

REDACÇÃO. Cousas do ...Folha. **Estado do Espirito Santo**, p. 2–2, 1896.

RODRIGUES, A. J. **Relatório apresentado a A' Assembleia Legislativa Provincial do Espírito-Santo pelo Presidente da Provincia Desembargador Antonio Joaquim Rodrigues.** [s.l: s.n.].

SANTOS, E. F. dos. O primeiro governo de Muniz Freire (1892-1896). *Em: Memória do desenvolvimento do Espírito Santo: José de Melo Carvalho Muniz Freire.* Vitória/ES: Espírito Santo Em Ação, 2012. p. 293–354.

SILVA, J. F. da. Telegrammas. **A Folha da Victoria:** órgão conservador, 2 fev. 1888.

SILVA, J. S. da. **Hospitais, hospícios, lazaretos e enfermarias: Instituições de Saúde em Manaus (1852-1920).** [s.l: s.n.]. Disponível em: https://anpuh.org.br/uploads/anais-simposios/pdf/2019-01/1548874921_3596afd9f-8cb83a8676de2d49e4ad1e3.pdf. Acesso em: 10 out. 2024.

SOUZA, H. M. I. de. **Relatorio com que o Sr. Dr. Herculano Marcos Inglez de Souza entregou no dia 9 de dezembro de 1882 ao Exm. Sr. Dr. Martim Francisco Ribeiro de Andrada Junior a Administração da Provincia do Espírito-Santo.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://ape.es.gov.br/Media/ape/PDF/Relatorios/1875/HERCULANO%20MARCOS%20INGLEZ%20DE%20SOUZA%20-%20Presidente%20da%20Prov%C3%ADncia.pdf>. Acesso em: 17 out. 2024.

TOSTES, M. de A. **Relatório Apresentado a Assembléa Legislativa da Provincia do Esp'rito-Santo em Sua Sessão Ordinária de 8 de Março de 1881.** [s.l: s.n.].

10

Febre amarela e oropouche: dinâmicas históricas, evolutivas e epidemiológicas no Brasil

Agata Rossi¹

Ana Beatriz Arruda²

Suwellen de Azevedo³

Edson Delatorre⁴

1. Introdução

Se a febre amarela é a doença que acompanhou a formação do Brasil atlântico, o Oropouche é a arbovirose que revela as vulnerabilidades do Brasil agroflorestal contemporâneo. Ambas integram o universo das arboviroses, mas suas trajetórias históricas, separadas por séculos e por lógicas territoriais distintas, oferecem um contraponto revelador sobre como as doenças se inserem nos processos de transformação ambiental, circulação humana e adaptação viral. No Brasil, a trajetória dessas doenças revela padrões distintos de introdução, estabelecimento e expansão territorial, configurando um campo privilegiado para análise histórica e epidemiológica.

A febre amarela representa uma das mais antigas arboviroses documentadas no continente americano, tendo sido introduzida durante o período colonial e estabelecendo ciclos de transmissão que oscilaram entre contextos urbanos e silvestres. Ao longo do século XX, após o controle do ciclo

1 Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós graduação em Doenças Infecciosas; Doutoranda; Vitória, Espírito Santo, Brasil ORCID (0009-0001-1928-3974)

2 Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós graduação em Doenças Infecciosas; Mestranda; Vitória, Espírito Santo, Brasil; ORCID (0009-0003-1825-4578)

3 Secretaria do Estado de Saúde do Espírito Santo, Bióloga, Vitória, Espírito Santo, Brasil; ORCID (0000-0001-6681-0987)

4 Universidade Federal do Espírito Santo; Professor; Vitória, Espírito Santo, Brasil; ORCID (0000-0002-5746-0820); edson.delatorre@ufes.br

urbano, o vírus permaneceu restrito principalmente ao ambiente silvestre, com ondas epizooticas periódicas que, nas últimas décadas, avançaram para regiões densamente povoadas do Sudeste brasileiro, fora das zonas historicamente consideradas endêmicas.

Em contraste, o vírus Oropouche apresenta trajetória histórica mais recente. Identificado inicialmente na metade do século XX, permaneceu por décadas associado exclusivamente à região amazônica. Entretanto, a reemergência observada entre 2022 e 2024 revelou um padrão de expansão territorial acelerado, incluindo áreas extra-amazônicas, com destaque para o Espírito Santo, que se consolidou como importante hotspot de transmissão fora da Amazônia.

Este capítulo propõe um contraponto histórico entre essas duas arboviroses, analisando seus processos de introdução, dispersão espacial, dinâmica evolutiva e determinantes ecológicos. A partir de evidências epidemiológicas e genômicas, busca-se compreender como mudanças ambientais, mobilidade populacional e transformações no uso do solo influenciaram a emergência recente desses vírus no território brasileiro.

2. Febre amarela: um vírus histórico em movimento

2.1 Introdução e estabelecimento nas Américas

A introdução do vírus da febre amarela (YFV) nas Américas constitui um dos eventos epidemiológicos mais importantes da história atlântica moderna. A febre amarela é considerada uma das arboviroses de maior impacto histórico entre os séculos XVII e XIX, tendo desempenhado papel determinante na dinâmica demográfica, econômica e geopolítica das regiões tropicais atlânticas. Evidências históricas e análises filogenéticas convergem para a hipótese de que o vírus teve origem no continente Africano e foi transportado para o Novo Mundo durante o tráfico transatlântico de pessoas escravizadas entre os séculos XVI e XVIII. Estimativas moleculares situam a divergência das linhagens americanas a partir de ancestrais africanos há aproximadamente 300-400 anos, período que coincide com o auge das rotas marítimas entre a África Ocidental, o Caribe e a América do Sul (Bryant; Holmes; Barrett, 2007; Rodhain, 2022; Tuells; Henao-Martínez; Franco-Paredes, 2022).

A consolidação da febre amarela no continente americano não foi resultado de um único evento de introdução, mas de um processo reiterado de entrada viral em sistemas urbanos densamente povoados e ambientalmente propícios à transmissão. A introdução do vírus foi acompanhada pela introdução e dispersão de seu principal vetor urbano, *Aedes aegypti*, espécie de mosquito hematófago altamente antropofílica que também possui origem no continente africano e que se adaptou muito bem ao ambiente doméstico presente no continente americano (Chippaux; Chippaux, 2018; Monath; Vasconcelos, 2015).

Entre os séculos XVIII e XIX, sucessivas epidemias urbanas atingiram cidades portuárias nas Américas e na Europa. Essas epidemias apresentavam elevada letalidade e provocavam impactos econômicos e políticos significativos, interferindo em rotas comerciais, campanhas militares e fluxos migratórios. A febre amarela tornou-se, assim, não apenas um problema sanitário, mas um fator estruturante das dinâmicas demográficas e geopolíticas do mundo atlântico (Bryan; Moss; Kahn, 2004; Rodhain, 2022). A consolidação do ciclo urbano ocorreu pela combinação de três fatores: presença de população humana suscetível, alta densidade de *Aedes aegypti* e intensa circulação marítima (Salomón; Arias, 2022).

A transição do século XIX para o século XX marcou uma inflexão crucial na história da doença. A identificação da transmissão vetorial no início do século XX, associada a campanhas sistemáticas de controle de *Aedes aegypti* e, posteriormente, à introdução da vacina 17D na década de 1930, culminaram com a eliminação da febre amarela urbana no Brasil em 1942 (Frierson, 2010; Monath; Vasconcelos, 2015).

Entretanto, a eliminação do ciclo urbano não significou a erradicação do vírus no continente. Antes mesmo do controle definitivo das epidemias urbanas, o vírus encontrou condições favoráveis no contexto ecológico sul-americano para estabelecer um ciclo silvestre independente do ambiente urbano. Essa adaptação envolveu mosquitos vetores neotropicais, além de primatas não humanos, conhecidos popularmente como bugios ou guariba, e outros como hospedeiros amplificadores, permitindo a manutenção enzootica do vírus nas florestas tropicais (Chippaux; Chippaux, 2018). Assim, a febre amarela nas Américas passou de uma enfermidade predominantemente urbana para uma zoonose silvestre com potencial de reintrodução em

áreas periurbanas, passando a persistir em ecossistemas florestais tropicais (Monath; Vasconcelos, 2015).

Diferentemente do cenário africano, onde ciclos urbano, rural e silvestre coexistem, o continente americano passou a apresentar predominância do ciclo enzoótico. A febre amarela transformou-se, assim, de enfermidade urbana epidêmica em zoonose silvestre com potencial permanente de transbordamento para populações humanas.

2.2 Estrutura ecológica da transmissão

A manutenção contemporânea da febre amarela nas Américas depende de uma arquitetura ecológica complexa sustentada por dois ciclos epidemiológicos interdependentes: o ciclo silvestre e o ciclo urbano. A interação entre esses sistemas define o risco de emergência ou reemergência em contextos humanos densamente povoados (Douam; Ploss, 2018).

No ciclo silvestre, o vírus circula entre mosquitos arborícolas (principalmente *Haemagogus* e *Sabethes*) e primatas não humanos, que desenvolvem viremia suficiente para infectar novos vetores. Nas Américas, os hospedeiros mais comuns pertencem às famílias Atelidae e Cebidae, com destaque para os bugios ou guaribas (gênero *Alouatta*), considerados os principais amplificadores do vírus devido à sua alta suscetibilidade e aos elevados títulos virêmicos que desenvolvem. Também desempenham papel relevante os macacos-prego (gênero *Sapajus*) e, em menor escala, os saguis e micos (família Callitrichidae). Esses primatas atuam como hospedeiros amplificadores, desenvolvendo níveis elevados de viremia capazes de infectar novos vetores durante a hematofagia. Em muitas espécies neotropicais, a infecção está associada a alta mortalidade, o que explica a ocorrência de epizootias periódicas detectadas antes de surtos humanos (Bryan; Moss; Kahn, 2004; Chippaux; Chippaux, 2018).

Do ponto de vista ecológico, esse ciclo é modulado por múltiplos fatores, como: a densidade e estrutura etária das populações de primatas, a sazonalidade climática (precipitação e temperatura), dinâmica populacional dos vetores arborícolas, e a conectividade e fragmentação florestal. Ondas epizooticas tendem a ocorrer em intervalos de cinco a dez anos em determinadas regiões, possivelmente associadas à reposição de populações sus-

cetíveis de primatas após eventos anteriores. Assim, a dinâmica do YFV no ambiente silvestre envolve processos demográficos acoplados a uma tríade que envolve vírus, vetores e hospedeiros vertebrados. O ser humano atua como hospedeiro acidental ao adentrar áreas florestais, onde pode ser picado por mosquitos infectados (Chippaux; Chippaux, 2018; Salomón; Arias, 2022). Nesse contexto, epizootias em primatas frequentemente precedem casos humanos, funcionando como eventos sentinela.

O ciclo urbano se estabelece quando indivíduos virêmicos introduzem o vírus em áreas densamente povoadas com elevada infestação por *Aedes aegypti*. Esse vetor apresenta comportamento altamente antropofílico, reproduzindo-se em criadouros artificiais e mantendo transmissão inter-humana eficiente (Bryan; Moss; Kahn, 2004; Monath; Vasconcelos, 2015).

A manutenção exclusiva do ciclo silvestre no Brasil desde 1942 deve-se à combinação de vacinação em áreas de risco, vigilância epidemiológica e controle vetorial urbano (Figura 1). Entretanto, fatores como reintrodução e expansão de *Aedes aegypti*, crescimento urbano desordenado, mobilidade populacional e fragmentação florestal aumentam a vulnerabilidade à reurbanização (Ortiz-Martínez; Patiño-Barbosa; Rodríguez-Morales, 2017; Possas et al., 2018).

A probabilidade de restabelecimento do ciclo urbano depende da convergência simultânea de quatro condições: (i) introdução de indivíduo virêmico em centro urbano; (ii) alta densidade vetorial; (iii) baixa cobertura vacinal populacional; (iv) condições climáticas favoráveis à transmissão. Embora a probabilidade de reurbanização seja considerada baixa no cenário atual, ela permanece epidemiologicamente plausível caso haja convergência simultânea de condições ecológicas e epidemiológicas favoráveis. A interface silvestre-urbana, ampliada por fragmentação ambiental, expansão agrícola, construção de rodovias e crescimento periurbano, aumenta a zona de contato entre vetores silvestres e populações humanas. Assim, a estrutura ecológica da transmissão deve ser compreendida como um sistema dinâmico em que estabilidade enzoótica e risco epidêmico coexistem.

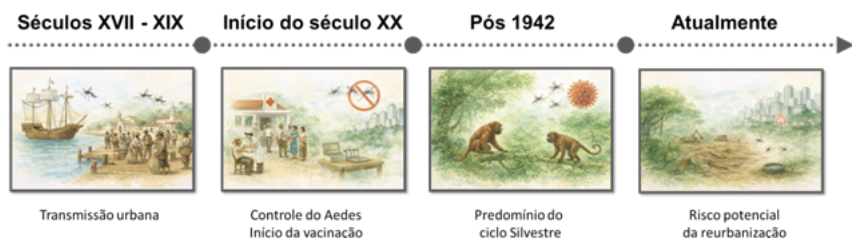


Figura 1 - Transformações históricas nos ciclos de transmissão da febre amarela no Brasil. A linha do tempo sintetiza a transição do predomínio urbano (séculos XVII–XIX), associado à circulação marítima e alta densidade de *Aedes aegypti*, para a consolidação do ciclo silvestre após 1942. Na atualidade, observa-se predominância enzoótica com risco potencial de reurbanização em áreas metropolitanas próximas a corredores florestais.

2.3 *Genótipos sul-americanos e estruturação histórica da diversidade*

A diversidade genética do YFV na América do Sul organiza-se em dois genótipos principais: genótipo I e genótipo II. Ambos derivam de ancestrais africanos introduzidos no continente há séculos, mas apresentam trajetórias evolutivas e padrões de dispersão distintos (Bryant; Holmes; Barrett, 2007).

O genótipo I é responsável pela maioria dos surtos registrados no Brasil nas últimas décadas. Ele diversificou-se em múltiplas linhagens enzoóticas que circularam historicamente na região amazônica e no Cerrado, dois biomas que apresentam dinâmicas de transmissão e composições de fauna distintas. Enquanto a Amazônia funciona como reservatório endêmico perene, com densas populações de primatas e vetores silvestres mantendo o ciclo enzoótico de forma contínua, o Cerrado atua como uma região de transição ou ecótono, onde a expansão agropecuária e a fragmentação florestal aproximam primatas, vetores e populações humanas, favorecendo a ocorrência de epizootias e surtos de febre amarela silvestre em áreas anteriormente consideradas livres de circulação viral (Bryant; Holmes; Barrett, 2007; Possas et al., 2018).

A partir da década de 1990, análises genéticas indicam a emergência de uma nova linhagem dentro do genótipo I, frequentemente denominada

“linhagem moderna”, que progressivamente substituiu linhagens previamente circulantes, deslocando-se no eixo Amazônia-Cerrado-Mata Atlântica e associando-se aos surtos registrados no sudeste do país nas últimas décadas. A substituição não ocorreu por aumento abrupto da taxa evolutiva, mas por processos de expansão geográfica acompanhados de efeitos fundador e redução da diversidade efetiva das linhagens antigas. A linhagem moderna foi associada a surtos sucessivos fora das áreas tradicionalmente endêmicas desde 1999, culminando na grande epizootia de 2016 - 2018 no Sudeste brasileiro (Delatorre et al., 2019; Mir et al., 2017; Possas et al., 2018). O genótipo II, por sua vez, apresenta circulação mais restrita, com maior predominância em países andinos como Peru e Bolívia. Diferentemente do genótipo I, não há evidências de expansão territorial recente significativa associada ao genótipo II no Brasil.

A compreensão da estruturação histórica desses genótipos permite interpretar os surtos recentes não como eventos isolados, mas como parte de um processo evolutivo contínuo, marcado por substituição de linhagens, expansão espacial gradual e interação com corredores ecológicos. Dessa forma, a diversidade genética do YFV nas Américas reflete um equilíbrio dinâmico entre persistência enzoótica local e eventos periódicos de disseminação inter-regional. A emergência recente no Sudeste brasileiro deve ser entendida dentro dessa trajetória histórica de longa duração, em que evolução viral e transformação ambiental atuam de forma interdependente.

2.4 Dinâmica de expansão das ondas epizoóticas recentes

A expansão da febre amarela no Brasil que ocorreu entre os anos de 2015 a 2019 não pode ser compreendida apenas como um evento epidemiológico pontual (Figura 2). Ela se insere em um processo gradual de deslocamento territorial do vírus ao longo das últimas décadas, caracterizado por ondas epizoóticas sucessivas que avançaram a partir das áreas historicamente endêmicas em direção a regiões densamente povoadas do Sudeste e do Sul do país (Possas et al., 2018).

Nas últimas duas décadas, a análise genética do vírus passou a oferecer instrumentos adicionais para reconstruir essa trajetória. Ao comparar pequenas variações acumuladas no material genético viral ao longo do tempo, pesquisadores conseguem estimar relações de ancestralidade entre

linhagens e inferir rotas prováveis de disseminação. Essa abordagem, conhecida no campo biomédico como filodinâmica (Grenfell et al., 2004), permite reconstruir a história da circulação viral de forma análoga à análise de documentos históricos, porém utilizando o genoma como registro. Esses estudos indicam que a linhagem responsável pela grande epizootia de 2015 - 2019 no Sudeste brasileiro não surgiu subitamente nesse período. Evidências apontam que ela já circulava no Centro-Oeste, particularmente no estado de Goiás, por volta de 2013 - 2014, disseminando-se de forma silenciosa antes de alcançar áreas com maior densidade populacional (Delatorre et al., 2019; Ribeiro et al., 2023).

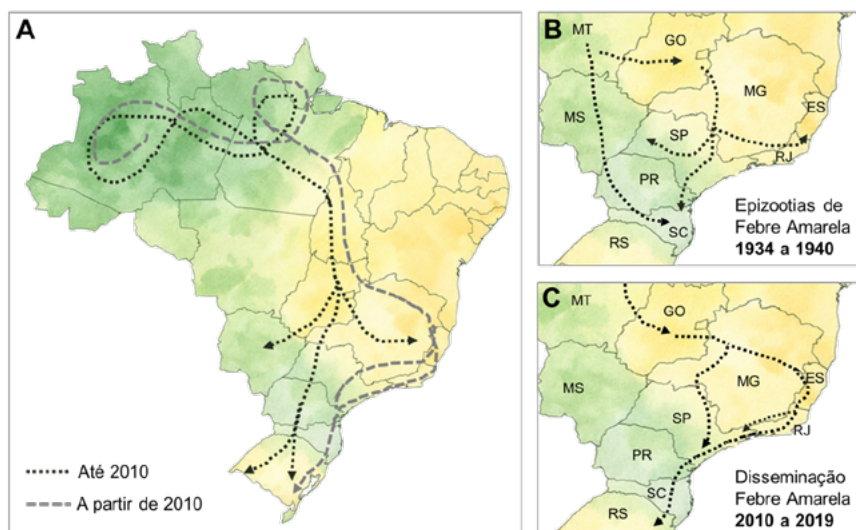


Figura 2 - Expansões territoriais da febre amarela no Brasil em perspectiva histórica. (A) Modelo interpretativo da expansão progressiva do vírus a partir das áreas tradicionalmente endêmicas. (B) Dispersão histórica registrada entre 1930 e 1940. (C) Rotas de expansão recente (2010-2019) em direção ao Sudeste/Sul brasileiro. A comparação evidencia a recorrência de corredores ecológicos associados à transição Cerrado–Mata Atlântica e reforça a continuidade histórica das ondas epizoóticas.

A partir dessa região, o vírus seguiu ao menos dois eixos principais de expansão. Um deles avançou para o leste, alcançando Minas Gerais, Espírito Santo e posteriormente o Rio de Janeiro, acompanhando corredores ecológicos associados à bacia do rio Paraíba do Sul. O outro dirigiu-se ao sudoeste, atingindo a região metropolitana de São Paulo, em conexão com a bacia do rio Paraná. A partir daí, o vírus continuou se deslocando até atingir a região Sul do Brasil. Essas trajetórias coincidem com fragmentos remanescentes da Mata Atlântica e áreas de transição com o Cerrado, sugerindo que a conectividade ambiental desempenhou papel central na propagação das epizootias (Delatorre et al., 2019; Ribeiro et al., 2023).

Entre 2016 e 2018, registraram-se milhares de epizootias em primatas não humanos e mais de dois mil casos humanos confirmados, configurando a maior expansão territorial da febre amarela silvestre no Brasil nas últimas cinco décadas. A magnitude do evento gerou preocupação quanto ao risco de reurbanização, sobretudo pela proximidade das áreas de transmissão com grandes centros metropolitanos (Possas et al., 2018).

Importante destacar que as análises genéticas não indicaram uma aceleração abrupta da taxa de mutação do vírus nesse período. A velocidade com que o YFV acumulou alterações permaneceu semelhante à observada em décadas anteriores. Isso sugere que a rapidez da expansão não decorreu necessariamente de um vírus biologicamente “mais agressivo”, mas da convergência de condições ecológicas e demográficas favoráveis (Gómez et al., 2018).

Mudanças no uso do solo, fragmentação florestal, expansão agrícola, construção de rodovias e aumento da mobilidade humana contribuíram para ampliar a interface entre ambientes silvestres e populações urbanas. Nesse contexto, o avanço das ondas epizoóticas recentes pode ser interpretado como resultado de transformações territoriais acumuladas ao longo de décadas, que reduziram barreiras ecológicas e facilitaram a circulação do vírus (MacDonald; Sipin; Ring, 2025; Wilk-da-Silva et al., 2023).

Assim, a dinâmica de expansão observada entre 2016 e 2018 não representa um episódio isolado, mas a culminação de um processo de deslocamento progressivo do YFV iniciado pelo menos desde o final do século XX. A história recente da febre amarela no Brasil revela, portanto, como vírus, paisagem e sociedade se articulam em escalas temporais que ultrapassam o horizonte imediato das crises sanitárias.

Diante da magnitude da expansão viral e do avanço das epizootias em direção aos grandes centros urbanos do Sudeste, o poder público mobilizou uma resposta emergencial sem precedentes nas últimas décadas. A principal estratégia de contenção foi a ampliação histórica da área de vacinação. Tradicionalmente restrita às regiões Norte, Centro-Oeste e a partes do Sudeste, a recomendação da vacina foi estendida entre 2018 e 2019 para todo o território nacional. Pela primeira vez, estados do Sul, todo o Sudeste - incluindo capitais e áreas litorâneas - e todo o Nordeste passaram a integrar a área com recomendação vacinal, incorporando mais de 1.500 novos municípios e cerca de 77,5 milhões de pessoas que ainda não haviam sido imunizadas (Santos et al., 2025).

Para viabilizar a campanha em larga escala diante da demanda global limitada por doses, o Ministério da Saúde adotou a estratégia de fracionamento da vacina nos estados com circulação viral ativa e grande contingente populacional, como São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia. A medida consistiu na aplicação de uma dose menor, capaz de conferir proteção por pelo menos oito anos, permitindo vacinar rapidamente dezenas de milhões de pessoas. Em São Paulo, inovou-se ao utilizar modelos de “corredores ecológicos” para mapear as rotas de avanço do vírus a partir de epizootias em primatas, antecipando a chegada da doença e otimizando a vacinação em áreas de risco iminente. O surto foi oficialmente controlado em setembro de 2017, mas as mudanças na política vacinal tornaram-se permanentes, consolidando a vacina contra febre amarela no calendário de rotina para todo o Brasil e redefinindo o mapa da proteção contra a doença no país (Santos et al., 2025).

2.5 Entre adaptação viral e transformação ambiental

Embora a reconstrução histórica da expansão recente da febre amarela esteja relativamente bem delineada com base em evidências epidemiológicas e genéticas, permanecem questões em aberto quanto aos fatores que determinaram a magnitude e a velocidade do avanço observado entre 2015 e 2019.

A análise do material genético do vírus revelou um conjunto específico de alterações na linhagem associada ao surto recente. Algumas dessas modificações ocorrem em regiões do genoma relacionadas à replicação viral e à interação com células hospedeiras. Do ponto de vista biológico, tais alterações

podariam, em tese, influenciar a eficiência de multiplicação do vírus ou sua adaptação a vetores e hospedeiros (Gómez et al., 2018; Ribeiro et al., 2023).

Entretanto, até o momento, não há evidências experimentais conclusivas de que essas modificações tenham tornado o vírus mais transmissível ou mais virulento. A hipótese de que a expansão recente teria sido impulsionada por um vírus “biologicamente superior” permanece, portanto, uma hipótese não comprovada. Além disso, a velocidade com que o vírus acumulou mudanças genéticas ao longo do tempo manteve-se semelhante à observada em décadas anteriores, não indicando uma aceleração evolutiva abrupta.

Outro aspecto relevante é o fenômeno de substituição de linhagens. A partir do final da década de 1980, observa-se a consolidação de uma linhagem que passou a predominar nos surtos posteriores, enquanto variantes anteriormente circulantes tornaram-se menos frequentes (Mir et al., 2017; Possas et al., 2018). Ainda não está claro se essa substituição resultou de alguma vantagem adaptativa intrínseca ou se foi consequência de processos contingentes, como introduções geográficas sucessivas, efeitos fundador e deslocamentos populacionais.

As reconstruções baseadas em dados genéticos sugerem, ainda, momentos de redução da diversidade viral coincidentes com fases de rápida expansão territorial. Esse padrão pode indicar que a disseminação ocorreu por meio de sucessivos eventos de introdução em novas áreas, nos quais pequenos subconjuntos do vírus deram origem a cadeias locais de transmissão, um processo mais associado a dinâmica espacial do que necessariamente à transformação biológica do patógeno (Mir et al., 2017).

Persistem, também, limitações importantes na base de dados genéticos disponíveis. A escassez histórica de amostras provenientes de áreas endêmicas dificulta a reconstrução completa das rotas de dispersão e pode criar a impressão de surgimento abrupto de determinadas linhagens. É plausível que o vírus associado ao surto de 2015-2019 tenha circulado por anos em regiões pouco monitoradas antes de alcançar áreas mais densamente povoadas, onde sua presença se tornou visível.

Diante dessas evidências, o debate contemporâneo organiza-se em torno de três grandes linhas interpretativas. A primeira enfatiza a possibilidade de adaptação viral, atribuindo à evolução genética um papel central na expansão recente. A segunda privilegia fatores ecológicos – como mudanças

no uso do solo, fragmentação florestal e alterações climáticas – que teriam ampliado a conectividade entre ambientes silvestres e populações humanas. A terceira destaca processos demográficos e territoriais como mobilidade populacional, expansão agrícola, construção de infraestruturas e crescimento urbano, que funcionariam como motores da disseminação.

As evidências acumuladas até o momento sugerem que a última expansão da febre amarela no Brasil para fora da região amazônica dificilmente pode ser explicada por um único fator. Mais plausível é interpretá-la como resultado da interação entre transformações ambientais de longa duração e dinâmicas demográficas contemporâneas, dentro das quais a evolução viral atua como componente, mas não como determinante exclusivo (Delatorre et al., 2019; Ribeiro et al., 2023).

Sob essa perspectiva, a febre amarela reafirma-se como fenômeno histórico complexo, cuja compreensão exige articular processos biológicos e transformações territoriais. O vírus não opera isoladamente; sua trajetória é moldada pelas paisagens que atravessa e pelas sociedades que nelas se instalam.

3. Oropouche: uma arbovirose silenciosa em expansão

3.1 Descoberta e histórico: da emergência amazônica à condição de arbovirose negligenciada

O vírus Oropouche (OROV) foi identificado pela primeira vez em 1955, a partir do sangue de um trabalhador florestal em Trinidad e Tobago. Poucos anos depois, em 1960, o vírus foi isolado no norte do Brasil, na região de Belém, Pará, marcando o início da documentação sistemática de surtos humanos na Amazônia brasileira (Sakkas et al., 2018; Tilston-Lunel, 2024). A partir da década de 1960, sucessivos surtos passaram a ser registrados ao longo da bacia amazônica, sobretudo nos estados do Pará, Amazonas e Amapá. Estima-se que, entre as décadas de 1960 e 1990, mais de 30 epidemias tenham ocorrido na região, totalizando centenas de milhares de casos clínicos.

Desde sua identificação, o OROV foi caracterizado como um vírus da família *Peribunyaviridae*, com genoma segmentado em três fragmentos de RNA, característica que permite rearranjos genéticos quando variantes distintas coinfetam um mesmo hospedeiro (Gutierrez et al., 2020; Wessel-

mann et al., 2024). Historicamente, a febre do Oropouche foi descrita como doença febril autolimitada, muitas vezes confundida com outras arboviroses, como dengue e febre amarela. Essa sobreposição clínica favoreceu a subnotificação e diagnósticos imprecisos, contribuindo para sua condição de arbovirose negligenciada.

Durante décadas, o vírus foi interpretado como problema essencialmente amazônico, associado a ciclos silvestres mantidos por vetores como o maruim (*Culicoides paraensis*) e diversos hospedeiros vertebrados (Da Rosa et al., 2017). Esse enquadramento geográfico contribuiu para sua percepção como questão regional, e não nacional. A persistente invisibilidade do Oropouche fora da Amazônia não decorreu apenas de sua sobreposição clínica com outras arboviroses, mas também da fragilidade histórica dos sistemas de vigilância em territórios periféricos. Enquanto a febre amarela mobilizou campanhas internacionais e estruturas estatais duradouras, como a vacinação obrigatória e a erradicação de vetores urbanos, o Oropouche permaneceu à margem das prioridades sanitárias, sem vacina, sem testes diagnósticos específicos de amplo acesso e sem políticas de controle dirigidas a seus vetores silvestres e periurbanos. Essa ausência responde, em parte, pela dificuldade de detectar precocemente sua expansão recente.

3.2 Estrutura ecológica da transmissão

A transmissão do Oropouche ocorre por meio de dois ciclos interligados: um silvestre e outro urbano ou periurbano (Figura 3). No ciclo silvestre, o vírus circula entre vertebrados (como preguiças, roedores e primatas não humanos) e vetores artrópodes em ambientes florestais (Bai et al., 2025; Sakkas et al., 2018).

Quando alcança áreas povoadas situadas em interface com fragmentos florestais, pode estabelecer transmissão urbana ou periurbana, sendo Maruim *Culicoides paraensis* o principal vetor associado à infecção humana (Ayres et al., 2025). Diferentemente de arboviroses estritamente urbanas, o Oropouche depende estruturalmente da interface entre floresta, agricultura e assentamentos humanos. Modelagens espaciais recentes sugerem associação entre perda de cobertura vegetal, fragmentação ambiental e risco de transmissão, indicando que transformações territoriais contemporâneas desempenham papel central na dinâmica do vírus (Romero-Alvarez et al., 2023).

3.3 Reemergência em 2022-2024 e redefinição territorial do Oropouche

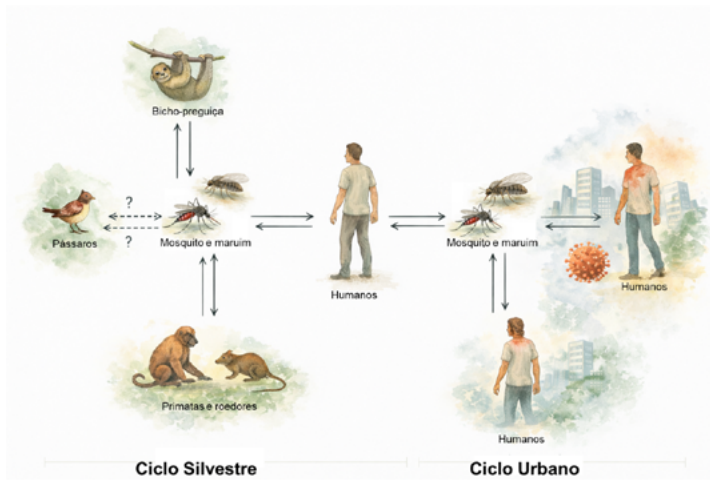


Figura 3 - Estrutura ecológica da transmissão do vírus Oropouche. O esquema ilustra o ciclo silvestre, mantido entre vertebrados e vetores em ambientes florestais, e o ciclo periurbano, estabelecido na interface entre fragmentos florestais, áreas agrícolas e assentamentos humanos, com destaque para o papel de *Culicoides paraensis* na transmissão humana.

Entre 2022 e 2024, o Brasil vivenciou o maior surto de Oropouche desde sua identificação na década de 1950 (Figura 4). A Amazônia ocidental concentrou os primeiros milhares de casos confirmados, mas o evento rapidamente ultrapassou os limites históricos da área endêmica. O que inicialmente poderia ser interpretado como intensificação regional revelou-se processo mais amplo de reorganização territorial da circulação viral (Wessermann et al., 2024).

Análises genômicas indicaram que a expansão esteve associada à disseminação de uma linhagem recombinante que provavelmente emergiu anos antes da explosão epidêmica. A circulação prévia silenciosa sugere que o vírus já estava amplamente distribuído em determinados corredores ecológicos e humanos antes de tornar-se estatisticamente visível. A partir de 2023, cadeias de transmissão foram identificadas em múltiplos estados fora da Amazônia, consolidando o caráter nacional do surto (Naveca et al., 2024).

A interiorização do Oropouche para estados como o Espírito Santo es-

cancarou os limites da vigilância epidemiológica tradicional (Delatorre et al., 2025). Inicialmente, os casos febris foram atribuídos à dengue, evidenciando a insuficiência do diagnóstico diferencial em áreas fora da Amazônia. Foi necessária a ampliação da testagem molecular (nem sempre disponível na rotina dos serviços de saúde) para que a circulação do OROV fosse confirmada. Esse atraso no diagnóstico refletiu a ausência de uma política nacional integrada para arboviroses negligenciadas, que contemple não apenas a dengue, chikungunya e zika, mas também vírus como Oropouche e Mayaro (uma abordagem hoje adotada em diversos Laboratórios Centrais pelo Brasil, conforme recomendação do Ministério da Saúde). Ademais, a resposta institucional ao surto permaneceu fragmentada: sem vacina, sem diretrizes específicas de controle vetorial para o maruim e sem campanhas de comunicação de risco, as ações limitaram-se à recomendação genérica de evitar exposição em áreas de mata e ao uso de repelentes, medidas de eficácia incerta diante da complexidade ecológica do vetor.

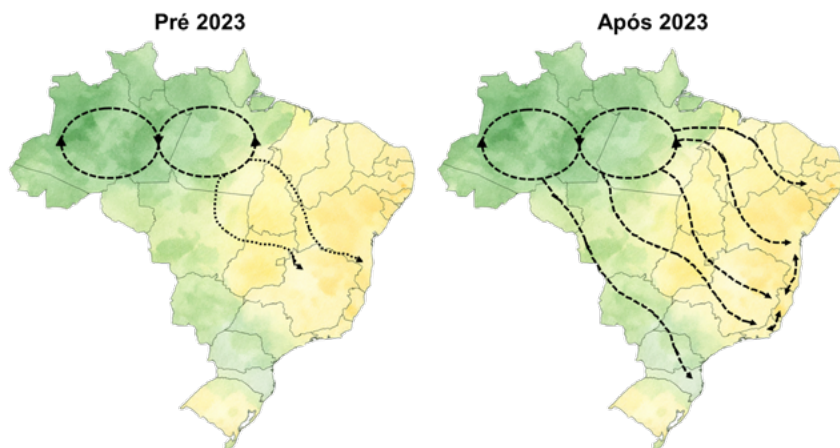


Figura 4 - Expansão territorial do Oropouche no Brasil (2022–2024). O esquema representa a disseminação do vírus a partir da Amazônia ocidental no momento pré surto de 2023, onde pode-se ver a circulação restrita na região amazônica com saltos esporádicos para estados extra-amazônicos. Entretanto a situação muda a partir de 2023, onde se tem o avanço do surto de Oropouche para diversos outros estados das regiões Nordeste, Sudeste, e Sul, evidenciando múltiplas introduções e interiorização recente.

O comportamento epidêmico no Espírito Santo apresentou padrão bifásico: um primeiro aumento concentrado em determinados municípios, seguido por redução temporária e posterior segunda onda com maior dispersão territorial (Delatorre et al., 2025; Gräf et al., 2024). Esse padrão sugere transição entre fase de introdução episódica e estabelecimento mais consistente da circulação viral no ambiente local. A distribuição espacial dos casos de OROV evidenciou predominância em municípios de pequeno e médio porte, marcados por fragmentação florestal e presença de cultivos agrícolas. Essa configuração territorial aproxima-se das paisagens historicamente associadas à circulação do vírus na Amazônia, reforçando a hipótese de que o Oropouche encontra em ambientes agroflorestais condições favoráveis à sua manutenção.

A emergência capixaba não deve ser compreendida como episódio isolado, mas como expressão concreta de um processo mais amplo de redefinição geográfica do vírus. Assim como a febre amarela silvestre avançou do Centro-Oeste para o Sudeste nas últimas décadas, o Oropouche demonstrou capacidade de adaptar-se a novos territórios, desde que mantidas as interfaces ecológicas necessárias à transmissão.

A reemergência de 2022–2024, portanto, representa mais do que um surto ampliado. Trata-se de inflexão histórica na trajetória do Oropouche, que deixa de ser percebido como arbovirose amazônica e passa a integrar o conjunto de doenças emergentes associadas às transformações contemporâneas do território brasileiro.

4. Contraponto histórico entre febre amarela e oropouche

A febre amarela e o Oropouche pertencem ao mesmo universo ecológico das arboviroses tropicais, mas emergem em momentos históricos distintos e sob lógicas territoriais diversas. A primeira insere-se na formação atlântica colonial, associada ao tráfico transatlântico, à urbanização portuária e à consolidação de políticas sanitárias no século XX (Brès, 1986). O segundo surge no contexto da interiorização amazônica, da expansão agrícola e da reorganização contemporânea das fronteiras ambientais (Gräf et al., 2024).

Comparar ambos não significa equipará-los em impacto histórico ou letalidade, mas compreender como cada uma expressa diferente fase da relação entre sociedade, território e doença no Brasil.

Enquanto a febre amarela foi protagonista de grandes epidemias urbanas e mobilizou campanhas internacionais de erradicação vetorial e vacinação, o Oropouche permaneceu durante décadas como arbovirose regional, invisível fora da Amazônia. Apenas recentemente tornou-se parte do debate nacional sobre doenças emergentes (Quadro 1).

Essa diferença temporal é central: a febre amarela moldou políticas sanitárias; o Oropouche desafia os limites dessas políticas no presente.

Quadro 1 - Contraponto histórico entre febre amarela e Oropouche

Dimensão	Febre Amarela	Oropouche
Origem histórica nas Américas	Introdução africana durante o tráfico transatlântico (séculos XVI–XVIII)	Identificação no século XX (1955), contexto amazônico
Inserção histórica	Associada à urbanização colonial e portuária	Associada à interiorização amazônica e fronteiras agrícolas
Ciclo predominante atual no Brasil	Silvestre	Silvestre/periurbano
Vetor humano principal atualmente	mosquitos <i>Haemagogus/Sabethes</i> (silvestre)	maruim <i>Culicoides paraensis</i> (principal vetor humano)
Expansão recente	Amazônia → Cerrado → Mata Atlântica (2016–2018) com forte influência dos primatas não-humanos	Amazônia → Mata Atlântica (2022–2024) com forte influência da migração humana.
Papel do território	Conectividade florestal e corredores ecológicos	Paisagens agroflorestais fragmentadas
Resposta institucional e políticas associadas	Vacina 17D (desde 1930), campanhas de erradicação do <i>Aedes aegypti</i> , vigilância de epizootias, vacinação em áreas de risco	Ausência de vacina, diagnóstico diferencial precário, vigilância frágil fora da Amazônia, ausência de políticas específicas para controle do vetor

Fonte: elaborado por autores.

A comparação entre a Febre Amarela e Oropouche evidencia dois regimes históricos distintos de arboviroses no Brasil.

A febre amarela é a expressão da circulação atlântica colonial. Sua introdução nas Américas está associada a fluxos marítimos e ao deslocamento forçado de populações africanas (Bryan; Moss; Kahn, 2004; Rodhain, 2022). A consolidação do ciclo urbano dependeu da presença de *Aedes aegypti* em cidades portuárias densamente povoadas, tornando-se fator decisivo na dinâmica demográfica e econômica do período colonial e imperial (Chippaux; Chippaux, 2018; Monath; Vasconcelos, 2015).

O enfrentamento da doença foi determinante para a consolidação de campanhas sanitárias modernas, culminando na eliminação do ciclo urbano no Brasil em 1942, após controle vetorial sistemático e introdução da vacina 17D (Frierson, 2010).

O Oropouche, por sua vez, emerge não no litoral colonial, mas no interior amazônico do século XX. Sua trajetória está vinculada à expansão rodoviária, à ocupação agrícola e à transformação das paisagens florestais (Sakkas et al., 2018). Diferentemente da febre amarela, não mobilizou campanhas globais nem políticas estruturadas de imunização. Permaneceu como doença regional até que transformações territoriais ampliaram sua área de circulação, sobretudo a partir da década de 2020 (Tilston-Lunel, 2024).

Outra diferença central reside na dinâmica evolutiva. O YFV apresenta diversificação filogenética relativamente gradual, com genótipos sul-americanos que se expandem em ondas epizoóticas associadas à conectividade florestal e à movimentação populacional (Delatorre et al., 2019; Possas et al., 2018). O OROV, por possuir genoma segmentado, carrega potencial adicional de rearranjos genéticos, permitindo o surgimento de variantes reasortantes, como observado no surto de 2022–2024 (Gutierrez et al., 2020; Naveca et al., 2024). Esse mecanismo amplia a imprevisibilidade evolutiva, ainda que não determine automaticamente maior gravidade clínica.

Apesar dessas diferenças, há convergências estruturais relevantes. Ambos os vírus dependem da interface entre ambientes florestais e ocupação humana. A expansão recente da febre amarela da região Norte em direção ao Sudeste, entre 2015 e 2019, acompanhou corredores ecológicos que conectam Cerrado e Mata Atlântica (Possas et al., 2018). De modo semelhante, o Oropouche ultrapassou a Amazônia e alcançou estados do Sudeste, incluín-

do o Espírito Santo, onde múltiplas introduções e padrão epidêmico bifásico indicaram estabelecimento territorial fora da área clássica de circulação (Delatorre et al., 2025; Gräf et al., 2024).

Ambos os processos evidenciam que fragmentação ambiental, mobilidade regional e transformação agrícola reconfiguram mapas epidemiológicos. Se a febre amarela foi a arbovirose que marcou a formação sanitária do Brasil moderno, o Oropouche pode tornar-se símbolo das vulnerabilidades contemporâneas associadas às mudanças climáticas, reorganização territorial e à circulação silenciosa de patógenos emergentes.

Assim, o contraponto entre YFV e OROV não é apenas comparação entre dois vírus, mas entre dois momentos da história ambiental brasileira: o período atlântico-colonial, estruturado por fluxos transoceânicos e cidades portuárias, e o período de interiorização agroflorestal contemporânea, caracterizado por fronteiras produtivas móveis e vigilância molecular como instrumento central de detecção.

5. Considerações finais

A trajetória da febre amarela e do Oropouche, quando observadas em perspectiva comparada, revela que as arboviroses não são eventos episódicos isolados, mas expressões históricas de transformações mais amplas nas relações entre sociedade, território e ambiente. Cada vírus ilumina um momento distinto da história sanitária brasileira e evidencia como as doenças acompanham (e muitas vezes antecipam) mudanças estruturais no espaço nacional.

A febre amarela insere-se no ciclo atlântico colonial. Sua introdução nas Américas esteve associada ao tráfico de pessoas escravizadas transatlântico e à circulação marítima que conectava África, Caribe e portos sul-americanos. Nos séculos XVIII e XIX, tornou-se doença urbana por excelência, moldando dinâmicas demográficas e econômicas e impulsionando a consolidação de políticas sanitárias modernas. O controle do ciclo urbano no Brasil, em 1942, representou marco simbólico da capacidade estatal de intervir sobre vetores e reorganizar espaços urbanos. Contudo, o vírus não desapareceu; apenas se reconfigurou, estabelecendo-se no ambiente silvestre e reaparecendo de tempos em tempos em ondas epizoóticas que, nas últimas décadas, avançaram em direção às regiões Sudeste e Sul do Brasil.

O Oropouche, por sua vez, emerge em outro tempo histórico. Identificado no século XX, vincula-se à interiorização amazônica, à expansão de rodovias e à consolidação de fronteiras agrícolas. Durante décadas, permaneceu como arbovirose regional, circunscrita a territórios considerados periféricos na narrativa sanitária nacional. Sua reemergência recente e expansão extra-amazônica, inclusive para estados da Mata Atlântica, revelam não apenas mudanças na dinâmica viral, mas transformação na própria geografia epidemiológica do país.

Se a febre amarela simboliza a construção da saúde pública moderna – marcada por campanhas de erradicação vetorial e desenvolvimento vacinal – o Oropouche expõe os limites dessa tradição frente a vírus cuja circulação é silenciosa, dependente de paisagens fragmentadas e detectável sobretudo por meio de vigilância molecular. A emergência de linhagens reassortantes, no caso do Oropouche, e a expansão territorial recente do genótipo I da febre amarela evidenciam que a história das arboviroses no Brasil é também história de adaptações ecológicas e reconfigurações ambientais.

Ambos os casos demonstram que a fragmentação florestal, a expansão agrícola e a intensificação da mobilidade regional funcionam como forças estruturantes da epidemiologia contemporânea. A transição da febre amarela do ambiente urbano para o silvestre, e a passagem do Oropouche da Amazônia para o Sudeste, indicam que as fronteiras epidemiológicas são móveis e historicamente condicionadas. O território não é mero cenário da doença; é elemento constitutivo de sua dinâmica.

Do ponto de vista institucional, a comparação também sugere mudança no modo de produzir conhecimento sobre arboviroses. No início do século XX, a identificação da transmissão vetorial e o desenvolvimento de vacinas redefiniram a intervenção sanitária. No século XXI, a vigilância genômica e a análise filodinâmica assumem papel central na detecção precoce de linhagens emergentes e na reconstrução de rotas de dispersão. A própria noção de surto passa a ser mediada por sequenciamento e modelagem espaço-temporal, ampliando a capacidade de antecipar movimentos virais, mas também revelando a dependência de infraestrutura científica e financiamento contínuo.

No entanto, a ênfase na vigilância molecular não pode obscurecer a persistência de lacunas estruturais: a falta de vacinas, a escassez de testes

diagnósticos descentralizados e a fragilidade das ações de controle vetorial em ambientes complexos, como as bordas urbano-rurais. O Oropouche, ao emergir silenciosamente fora da Amazônia, expõe justamente essas fragilidades, e desafia o país a construir uma política de arboviroses que seja tão atenta às paisagens fragmentadas do presente quanto foi, no passado, às cidades portuárias.

Compreender essas trajetórias não é apenas exercício retrospectivo. É reconhecer que a emergência de novos vírus ou a reemergência de antigos agentes patogênicos está profundamente vinculada à maneira como sociedades reorganizam seus espaços produtivos e ambientais. A vigilância epidemiológica e genômica contemporânea, nesse sentido, deve ser entendida como continuidade histórica das tentativas de tornar visíveis processos que, por natureza, tendem a permanecer silenciosos até que se convertam em crise.

A história das arboviroses brasileiras, longe de concluída, permanece em movimento, acompanhando as transformações do território e os desafios institucionais de interpretar sinais precoces de mudança. A comparação entre febre amarela e Oropouche sugere que compreender o passado das doenças é condição indispensável para interpretar o presente e antecipar futuros possíveis. Assim, se a febre amarela simboliza o peso da história atlântica na construção da saúde pública brasileira, o Oropouche anuncia os desafios de um país em que as fronteiras agroflorestais se expandem e os vírus se reorganizam em paisagens fragmentadas — um contraponto que nos lembra que a história das doenças é, acima de tudo, a história das transformações do território e das respostas sociais a elas.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES), pelo apoio financeiro concedido por meio do EDITAL FAPES/CNPq/Decit-SECTICS-MS/SESA nº 17/2024 – PPSUS (2025-3PBXS) e do EDITAL FAPES nº 13/2025 – UNIVERSAL (2025-G876J). Agata Rossi é bolsista de doutorado financiado pela FAPES no âmbito do programa PROCAP 2025 (bolsa nº 2025-0Z48T). Ana Beatriz Arruda é bolsista de mestrado financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

Referências

- AYRES, C. F. J. et al. What are the vector species of the Oropouche virus? *Pest Management Science*, p. ps.70460, 2025.
- BAI, F. et al. A comprehensive review of the neglected and emerging Oropouche virus. *Viruses*, v. 17, n. 3, p. 439, 2025.
- BRÈS, P. L. A century of progress in combating yellow fever. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 64, n. 6, p. 775–786, 1986.
- BRYAN, C. S.; MOSS, S. W.; KAHN, R. J. Yellow fever in the Americas. *Infectious Disease Clinics of North America*, v. 18, n. 2, p. 275–292, 2004.
- BRYANT, J. E.; HOLMES, E. C.; BARRETT, A. D. T. Out of Africa: a molecular perspective on the introduction of yellow fever virus into the Americas. *PLoS Pathogens*, v. 3, n. 5, p. e75, 2007.
- CHIPPAUX, J.-P.; CHIPPAUX, A. Yellow fever in Africa and the Americas: a historical and epidemiological perspective. *Journal of Venomous Animals and Toxins Including Tropical Diseases*, v. 24, n. 1, p. 20, 2018.
- DA ROSA, J. F. T. et al. Oropouche virus: clinical, epidemiological, and molecular aspects of a neglected Orthobunyavirus. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2017.
- DELATORRE, E. et al. Distinct YFV lineages co-circulated in the central-western and southeastern Brazilian regions from 2015 to 2018. *Frontiers in Microbiology*, v. 10, p. 1079, 2019.
- DELATORRE, E. et al. Emergence of Oropouche virus in Espírito Santo State, Brazil, 2024. *Emerging Infectious Diseases*, v. 31, n. 6, p. 1178–1188, 2025.
- DOUAM, F.; PLOSS, A. Yellow fever virus: knowledge gaps impeding the fight against an old foe. *Trends in Microbiology*, v. 26, n. 11, p. 913–928, 2018.
- FRIERSON, J. G. The yellow fever vaccine: a history. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, v. 83, n. 2, p. 77–85, 2010.
- GÓMEZ, M. M. et al. Genomic and structural features of the yellow fever virus from the 2016–2017 Brazilian outbreak. *Journal of General Virology*, v. 99, n. 4, p. 536–548, 2018.

GRÄF, T.; et al. Expansion of Oropouche virus in non-endemic Brazilian regions: analysis of genomic characterisation and ecological drivers. **Lancet Infectious Diseases**, v. 25, n. 4, p. 379–389, 2025.

GRENFELL, B. T. et al. Unifying the epidemiological and evolutionary dynamics of pathogens. **Science**, v. 303, n. 5656, p. 327–332, 2004.

GUTIERREZ, B. et al. Evolutionary dynamics of Oropouche virus in South America. **Journal of Virology**, v. 94, n. 5, p. e01127-19, 2020.

MACDONALD, A. J.; SIPIN, T. J.; RING, K. Spillover risk for yellow fever virus is amplified by forest–urban interface in the Amazon. **Biology Letters**, v. 21, n. 12, p. 20250555, 2025.

MIR, D. et al. Phylodynamics of yellow fever virus in the Americas: new insights into the origin of the 2017 **Brazilian outbreak**. **Scientific Reports**, v. 7, n. 1, p. 7385, 2017.

MONATH, T. P.; VASCONCELOS, P. F. C. Yellow fever. **Journal of Clinical Virology**, v. 64, p. 160–173, 2015.

NAVECA, F. G. et al. Human outbreaks of a novel reassortant Oropouche virus in the Brazilian Amazon region. **Nature Medicine**, v. 30, n. 12, p. 3509–3521, 2024.

ORTIZ-MARTÍNEZ, Y.; PATIÑO-BARBOSA, A. M.; RODRIGUEZ-MORALES, A. J. Yellow fever in the Americas: the growing concern about new epidemics. **F1000Research**, v. 6, p. 398, 2017.

POSSAS, C. et al. Yellow fever outbreak in Brazil: the puzzle of rapid viral spread and challenges for immunisation. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 113, n. 10, 2018.

RIBEIRO, I. P. et al. Ecological, genetic, and phylogenetic aspects of YFV 2017–2019 spread in Rio de Janeiro State. **Viruses**, v. 15, n. 2, p. 437, 2023.

RODHAIN, F. Yellow fever: a brief history of a tropical virosis. **La Presse Médicale**, v. 51, n. 3, p. 104132, 2022.

ROMERO-ALVAREZ, D. et al. Transmission risk of Oropouche fever across the Americas. **Infectious Diseases of Poverty**, v. 12, n. 1, p. 47, 2023.

SAKKAS, H. et al. Oropouche fever: a review. *Viruses*, v. 10, n. 4, p. 175, 2018.

SALOMÓN, O. D.; ARIAS, A. R. The second coming of urban yellow fever in the Americas: looking the past to see the future. *Anais da Academia Brasileira de Ciências*, v. 94, n. 2, p. e20201252, 2022.

SANTOS, J. D. et al. The yellow fever outbreak in Brazil (2016–2018): how a low vaccination coverage can contribute to emerging disease outbreaks. *Microorganisms*, v. 13, n. 6, p. 1287, 2025.

TILSTON-LUNEL, N. L. Oropouche virus: an emerging Orthobunyavirus. *Journal of General Virology*, v. 105, n. 10, 2024.

TUELLS, J.; HENAO-MARTÍNEZ, A. F.; FRANCO-PAREDES, C. Yellow fever: a perennial threat. *Archives of Medical Research*, v. 53, n. 7, p. 649–657, 2022.

WESSELMANN, K. M. et al. Emergence of Oropouche fever in Latin America: a narrative review. *The Lancet Infectious Diseases*, 2024.

WILK-DA-SILVA, R. et al. The role of forest fragmentation in yellow fever virus dispersal. *Acta Tropica*, v. 245, p. 106983, 2023.

O fogo selvagem: espaços e sujeitos em interação na constituição de um problema de pesquisa (XVIII e XIX)

Leicy Francisca da Silva¹

Robson Mendonça Pereira²

Sônia Maria de Magalhães³

Os médicos e o interesse pelo pênfigo ou fogo selvagem

O pênfigo foliáceo endêmico, doença que no passado era popularmente denominada como *fogo selvagem*, é atualmente definido como uma enfermidade bolhosa autoimune (com presença de autoanticorpos). É caracterizado pela separação das camadas superficiais da epiderme e pela consequente formação de erosões, as chamadas vesículas e bolhas. Essas lesões acometem sobretudo a face, o couro cabeludo, o tórax e, por vezes, as mucosas, produzindo sensação de ardência que se intensifica com o calor (Bezerra et al., 2017; Carvalho, 2018; Abréu-Vélez et al., 2010).

A moléstia, considerada endêmica, especialmente na região central do Brasil, atinge principalmente trabalhadores rurais e seus familiares, que vivem em condições precárias, próximo a cursos d'água, e expostos a

1 Doutora em história e docente do Programa de Pós-graduação em História (PPGHIST) e no Instituto Acadêmico de Educação e Licenciaturas (IAEL) da Universidade Estadual de Goiás (UEG). Anápolis/Goiás/Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9676-1426>. E-mail: leicy.silva@ueg.br.

2 Doutor em história e docente do Programa de Pós-graduação em História (PPGHIST) e no Instituto Acadêmico de Educação e Licenciaturas (IAEL) da Universidade Estadual de Goiás (UEG). Anápolis/Goiás/Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3606-1855>. E-mail: robson.pereira@ueg.br.

3 Doutora em História e Docente no Programa de Pós-graduação em História (PPGH) e Profissional em Ensino de História (PROFHISTORIA) da Universidade Federal de Goiás (UFG). Goiânia, Goiás, Brasil. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2375-6006>. E-mail: soniademagalhaes@ufg.br.

animais domésticos e grande variedade de insetos, compreendendo que a etiologia envolve fatores ambientais (pois a distribuição endêmica é uma evidência dessa influência), além dos fatores genéticos e imunológicos (Carvalho, 2018). A ardência explica as nomenclaturas populares para se referir ao mal, “*fogo selvagem*” ou “*fogo de Santo Antônio*”; já a definição de uma nomenclatura científica para a enfermidade constituiu um longo processo de negociação que cobra dos historiadores cuidadosa análise.

Robledo Prado (2012) observa que, desde o século XVI, já havia registros de casos de *fogo selvagem* no sul da Bahia, especialmente nas regiões de Porto Seguro e Santa Cruz Cabrália; mesmo que não indique quem eram os sujeitos que os registravam e qual o seu papel no processo de constituição do conhecimento sobre esta enfermidade. Magalhães e Castro pontuam que a enfermidade aparece em relatos de viajantes estrangeiros que estiveram no Brasil no século XIX, reforçam que o interesse da medicina brasileira pelo tema se fortalece no século XX, mas que o *fogo selvagem* ainda carece de pesquisas no âmbito social e histórico (2021). Dentre os viajantes que observaram a enfermidade estão Carl Friedrich Phillip von Martius e Johann Baptist von Spix, que encontraram evidências do “*fogo selvagem*” (Magalhães e Castro, 2021). Em algumas observações, como a feita por Maria Graham, fica a suspeita de qual seria a enfermidade vista. Graham comenta ter encontrado pacientes “com uma espécie de lepra proveniente do trabalho em terrenos úmidos” (1824, p. 287).

Diante dessas considerações, algumas questões dirigem nosso interesse pelo tema: em que contexto o *fogo selvagem* emerge enquanto objeto de interesse científico? Como se constituiu o debate e as apreciações sobre o *fogo selvagem* pelos médicos no século XIX? Essas questões nos indicam pensar o tema a partir de uma perspectiva teórica que problematiza a centralidade dos espaços imperiais na constituição do conhecimento científico, e que prioriza a acomodação e negociação inerentes à construção e disseminação do saber científico, inclusive para além dos espaços institucionais, como os laboratórios (Raj, 2007). Onde a circulação do conhecimento não deve ser reduzida a mobilidades, devendo ser entendida como um processo dinâmico de encontros, trocas, resistências e negociações transnacionais e transculturais, que produzem novo conhecimento (Raj, 2007; Nosaka e Silva, 2024).

Para alcançar o objetivo proposto, fundamentamos a pesquisa principalmente na análise e interpretação de informações veiculadas em periódicos jornalísticos e em revistas científicas associadas às Faculdades de Medicina de Paris, do Rio de Janeiro e da Bahia. As principais fontes consultadas foram revistas nas quais os esculápios divulgavam os resultados de suas investigações científicas, e complementarmente, recorreremos às memórias institucionais produzidas por esses médicos, às suas teses e a jornais de grande circulação. A definição do percurso metodológico incorpora as reflexões de Alexandre Karsburg e Máira Ines Vendrame sobre o recorte horizontal na análise das trajetórias, reunindo informações tanto sobre os sujeitos quanto sobre os contextos em que produziram seus trabalhos científicos (2016). Tal abordagem permitiu-nos reconstruir preocupações e tensões que atravessaram as iniciativas dos profissionais no campo da investigação sobre o pênfigo, por meio de sua confrontação e contextualização nas temporalidades específicas em que se inscrevem. O objetivo central dessa estratégia metodológica foi evitar que tais trajetórias fossem isoladas de seus ambientes sociais e coletivos (2016).

No que concerne às pesquisas e produções médicas sobre o pênfigo no Brasil, adotamos como ponto de partida, a premissa de que o fortalecimento das pesquisas no campo biomédico foi impulsionado por demandas sociais por melhores condições de saúde, pela diversificação das práticas científicas e da pesquisa experimental em fins do XIX; somam-se a esses fatores o surgimento e a expansão de revistas científicas em instituições, a circulação de periódicos e os intercâmbios promovidos pela formação de profissionais brasileiros em centros de pesquisa no exterior (Ferreira, Fonseca e Edler, 2001; Dantes, 1996; Benchimol, 1990; Stepan, 1976; Coelho, 1999).

Do fogo selvagem ao pênfigo brasiliensis: a circulação do conhecimento entre a França e o Brasil

A questão que dirige a primeira subseção desse texto é: como o *fogo selvagem* (terminologia utilizada popularmente para designar uma enfermidade bolhosa comum no Brasil) passa a se constituir objeto de interesse da pesquisa médica e se transforma em *Pênfigo Brasiliensis*, demarcando-se como uma tipologia do pênfigo e como originária do país?

A primeira menção ao termo *Pênfigo Brasiliensis* em um manual médico é feita pelo francês François Boissier de Sauvages, em sua obra *Nosologia Methodica, sistens morborum classes, genera et species, juxta Sydenhami mentem et botanicorum ordinem*, cuja primeira publicação, de 1763, ganha popularidade no campo médico, e sistematiza as diversas enfermidades em classes e ordens, segundo o modelo de taxonomia botânica proposta por Lineu. Nesse livro, Sauvages apresenta o pênfigo como uma entidade clínica distinta e o tipifica em cinco espécies ou grupos: *Pemphigus Major*, *Pemphigus Castrenses*, *Pemphigus Helveticus*, *Pemphigus Indicus* e, o *Pemphigus Brasiliensis* (popularmente denominado *fogo selvagem* no Brasil). O médico argumenta que suas afirmações sobre a enfermidade não eram conclusivas e que ele “deix[ava] para outros decidirem se doenças desse tipo podem ou não ser confinadas a um número menor de casos” (Sauvages, 1768, p. 432). Acrescenta que o que conhecia sobre o *pemphigus brasiliensis* era resultante das observações publicadas pelo padre jesuíta Guillaume-Hyacinthe Bougeant (1690-1743), e escritas em sua obra *Observations curieuses sur toutes les parties de la physique, extraites et recueillies des meilleurs mémoires*, publicada em Paris, em 1730.

O padre Bougeant, ao contrário do que se acredita, não viveu ou visitou o Brasil. O que ele fazia era recolher trechos de diversas obras e relatórios das sociedades científicas francesas, organizá-los e publicá-los, para leitura, compreensão e discussão nos salões por um público não especializado, o que hoje chamamos de popularização da ciência (Grau, 2020). No texto que chama atenção do médico francês, ele discorre especificamente sobre venenos existentes no Brasil e que eram advindos de dois tipos de serpentes utilizadas na alimentação local. Especificamente sobre o efeito do veneno de uma das serpentes, a de duas cabeças, ele comenta “não haver remédio para sua picada, e que é perigoso até mesmo tocá-las quando estão mortas” (1730, p. 455). Aponta o caso de um sr. Couplet, componente da *Académie Royale des Sciences*, que “por ter ignorado esse conselho e tocado em algumas delas, ficou dois ou três dias depois coberto de pústulas, que estavam cheias de um líquido avermelhado e que duraram três meses” (Bougeant, 1730, p. 446).

Para elaboração de seu texto, Bougeant se baseou nas observações de Pierre Couplet de Tartereaux, engenheiro francês e membro da *Académie des Sciences de Paris*. Tartereaux esteve em viagem a Portugal e ao Brasil

(nas províncias de Pernambuco e Paraíba), segundo ele “com o espírito de observação que os acadêmicos levam consigo para todos os lugares” (1761, p. 130). A maioria de suas observações tratavam de temas da astronomia e foram perdidas no naufrágio que sofrera em seu retorno ao país de origem, salvando-se apenas as comunicações que havia enviado aos seus colegas da Academia Real de Ciências. Em uma dessas cartas ele expõe sua experiência de contato com o veneno da cobra de duas cabeças, temida por brasileiros, *mazombes*⁴ e portugueses por ter uma picada incurável, e que os locais indicavam a interdição de tocá-la mesmo morta, pois gerava adoecimento. Ele afirma:

Avisaram-me que o simples toque causaria **sarna**; ignorei esse conselho salutar, que considerei fruto da timidez deles, mas fui punido pela minha imprudência, pois tendo matado várias dessas cobras esfolei algumas delas para examiná-las e preservar a pele; e dois ou três dias depois, me vi completamente coberto de pústulas cheias de líquido avermelhado: elas duraram muito tempo, e mesmo três meses depois eu ainda não estava totalmente livre delas (1761, p. 177, grifos nossos).

Para interpretação de sua afirmação, importa lembrar que o termo “sarna” era utilizado para referir-se a doenças pruriginosas, pois foi apenas em 1844 que Ferdinand Hebra definiu-a como um processo patológico específico; e que a análise de Pierre Couplet de Tartereaux advém de compilação de informações orais correntes no seu local de observação, o Brasil. Era fruto de um saber local que ao ser publicado despreza e não nomeia os sujeitos que o detinham. A leitura das observações de Tartereaux possibilita problematizar com quem ele se comunicava em terras brasileiras e quem eram as pessoas que o “avisaram” sobre o perigo do contato com a cobra de duas cabeças? Essa questão nos mostra que tanto seu texto, quanto o escrito pelo padre Bougeant, quanto as considerações propostas por Sauvages, são fruto de “experiências intercontinentais” e são resultantes de “trocas prévias de comunicação global” e da “circulação transnacional do conhecimento” (Braga, 2024, p. 63). Já que os viajantes e naturalistas europeus dependiam

4 Termo pejorativo utilizado nesse período para se referir aos africanos.

em grande medida das informações fornecidas por guias locais, que serviam como tradutores, intermediando os contatos (Raj, 2007).

O saber que resulta nas conclusões expostas pelo médico Sauvages é advindo de relatos orais, que foram divulgados por observadores interessados e publicados em comunicações assinadas por sujeitos ou instituições científicas europeias. Os relatos colhidos no Brasil, sobre o fogo selvagem (redenominado pênfigo *brasiliensis*), possibilitaram a elaboração da carta de observação de um viajante curioso (Tartereaux), foram expostos em anotações de leitura, colocados de modo acessível ao conhecimento de um número maior de pessoas (padre Bougeant) e por fim divulgados em conclusões científicas (Sauvages), e traduzidos e reproduzidos em escritos dessa natureza. Esses diversos gêneros de textos levam à constituição de uma “cadeia de transmissão” de informações e se de um lado podem possibilitar erros em interpretações, de outro levam à origem de um problema de pesquisa.

A expansão do interesse pelo fogo selvagem no século XIX

No século XIX, a dúvida pontuada por Sauvages, acerca da possibilidade ou não de aceitação da conceituação por ele proposta para o *fogo selvagem* ou *pênfigo brasiliensis*, persistia. Para os médicos Ferdinand Hebra (1816-1880) e Moritz Kaposi (1837-1902), as diversas manifestações patológicas, que posteriormente foram agrupadas sob a denominação de pênfigo, eram nomeadas pelos seus antepassados de formas variadas e ambíguas (1874, p. 658).⁵

Há certo consenso nos estudos da história da ciência que pontuam que foi o médico e botânico François Boissier de Sauvages de Lacroix⁶ (1706-1767) o responsável em substituir as múltiplas denominações utilizadas para a patologia por pênfigo, e demarcar os seus diversos tipos, incluindo especificamente o *brasiliensis* (Hebra e Kaposi 1874 e Robledo Prado, 2012). Ponderamos, no entanto, que no que concerne especificamente ao tipo *pên-*

5 O manual assinado por Hebra e Kaposi enumera a existência de nomenclaturas ambíguas nos escritos de Hipócrates, Tucídides, Galeno, Aécio de Amida, Schenk, Lepois (1618). O texto pontua ainda que Sauvages diverge do proposto por Plenck acerca das denominações para aquela entidade patológica, este a agrupa em quatro tipos: *P. febrilis*, *P. apyretus*, *P. a tactu colubri bicephali/brasiliensis* e *P. crurum*; diverge ainda de Lineu, Vogel e Macbride que identificam um único tipo, mas com nomenclaturas diferentes.

6 Publicou em Paris, em 1772, o livro *Nosologie méthodique, dans laquelle les maladies sont rangées par classes, suivant le système de Sydenham, et l'ordre des botanistes*. Ele formou-se pela Universidade de Medicina de Montpellier em 1722, onde atuou como professor de botânica a partir de 1740.

figo brasiliensis ou *fogo selvagem*, a interpretação que Sauvages faz da exposição de Bougeant e de Tartereaux, e que se populariza no meio científico no século XIX, circunscrevia-se à noção de que a moléstia apresentava bolhas, era de difícil cura, ocorria no Brasil e advinha do contato com o veneno da cobra de duas cabeças. O médico incentivou o debate, ao insistir na necessidade de resolução por parte de colegas da aceitação ou não daquele número de cinco espécies por ele defendidas.

Diante das análises anteriores, cabe-nos buscar respostas para o problema de como as apreciações e definições propostas por Sauvages, sobre o *pênfigo brasiliensis*, foram recebidas e debatidas pelos médicos no século XIX? Consideramos que as produções dos pesquisadores europeus, na medida que expandiram o interesse e o reconhecimento sobre a enfermidade, geraram um emaranhado confuso de denominações, que repercutiu inclusive nas produções elaboradas no Brasil sobre o tema. As revistas médicas correntes no período da primeira metade do século XIX no Brasil não apresentam qualquer menção ao pênfigo ou ao *fogo selvagem*. No entanto, um importante texto escrito pelo médico Joaquim de Aquino Fonseca (1815-1882) nos leva a suscitar algumas questões importantes: os médicos brasileiros não estariam estudando casos de *fogo selvagem* em confusão com a lepra, e ou outras doenças dermatológicas, e propondo denominações novas?

O doutor em medicina pela Faculdade de Paris, Joaquim de Aquino Fonseca, em artigos divulgados no *Arquivo Médico Brasileiro*, publicados em 1846 e 1847, afirma que muitos esculápios definiam moléstias “contra a experiência”. Enquanto ele questionava a inclusão de fenômenos distintos sob a mesma categoria, apontava “a confusão que reina na divisão das espécies de lepra” e suspeitava da existência de entidades mórbidas distintas, que denominava “lepra anaisthétos” e “mal vermelho de Cayenna”. Fonseca atribuía parte da confusão aos limites de observação dos dermatologistas europeus, que, segundo ele, tinham acesso restrito a casos de lepra anaisthétos e ao mal vermelho de Cayenna. Ele explica que as análises feitas eram fruto de erro e que “esse erro pode ser com toda evidência demonstrado em frente dos fatos, e na clínica do Hospital dos Lázaros”.

O médico ao expor os sintomas do que entendia ser nova espécie de lepra, expõe características próprias do *fogo selvagem*. Ele explica que “os sintomas da lepra anaisthétos são tão distintos, a sua marcha tão uniforme,

que tomá-la por um período da lepra tuberculosa seria cometer um erro grave e grosseiro de diagnóstico” (Archivo Médico Brasileiro, mai. 1847, p. 197). Ele observa que pacientes acometidos pela lepra anaisthétos pareciam “de idade mais avançada do que realmente têm”, fenômeno “ainda mais manifesto no mal vermelho de Cayenna” ou lepra rubra (denominação criada por ele). Fonseca menciona que, durante o desenvolvimento dos tubérculos, “o doente se assemelha ao indivíduo queimado, em que se untou alguma substância graxa”, o que poderia levar à confusão diagnóstica com queimaduras de terceiro grau (1847, p. 217-223). Sustenta ainda que “[n]a espécie anaisthétos” não se identificava “insensibilidade completa”, como na identificação da lepra pelos europeus, e que era comum entre os médicos a confusão com alterações da sífilis e da lepra tuberculosa (1846). Sobre o mal vermelho de cayenna ou lepra rubra pontua que a nódoa se iniciava pela “raiz dos primeiros cabelos da fronte e se estendem até o nariz, que com a irritação local da nodoa se engrossa” (1846, p. 31). E, normalmente acometia indivíduos jovens, não sendo possível explicar seu desenvolvimento apenas pela insalubridade dos locais (1846, p. 269-272). Um comentarista avaliando o trabalho de Fonseca no *Bulletin de L'Académie Nationale de Médecine* pontua que ele teria conduzido experimentos terapêuticos com guano e assacú, que confirmaram a impossibilidade de tratamento da enfermidade (p. 1127 e 1128).

Fonseca insiste na necessidade de observação clínica local, especialmente no Hospital dos Lázaros, para esclarecimento de diagnósticos. Considerando que, no Brasil, os espaços destinados para internamento de leprosos abrigavam e tratavam indivíduos afetados por diversas enfermidades cutâneas, é possível questionar que talvez o exame apresentado fosse mais próximo de um caso de *fogo selvagem*, mas que diante dos saberes e dos fenômenos patológicos de interesse na pesquisa no período, foi percebido e nomeado pelo esculápio como um tipo de lepra ou mal vermelho de Cayenna. Essas ambiguidades, lidas retrospectivamente, podem indicar confusão entre doenças conhecidas e uma entidade emergente no âmbito do conhecimento médico dermatológico. Peitzman e Maulitz argumentam que o diagnóstico resulta de “uma série de negociações cognitivas e metodológicas” ancoradas em contextos históricos específicos. Os médicos interpretam problemas com base em “dados biológicos, culturais e técnicos”, que são

continuamente moldados pelas noções vigentes de doença. Assim, não há rupturas abruptas na classificação das doenças, mas um processo dinâmico que articula “realidade, taxonomia e técnica - entre o que há ‘a ver’, o que nós ‘vemos’, e o ‘com que vemos’” (1999, p. 169-170). Essas reflexões permitem compreender tanto a confusão diagnóstica entre diversas enfermidades cutâneas quanto a consciência, por parte dos médicos brasileiros, da necessidade de aprofundamento investigativo para melhor diagnóstico. Importa salientar que o próprio Fonseca apela aos facultativos brasileiros para que, “reunindo o fruto de suas experiências”, pudessem resolver questões ainda duvidosas, sobre as quais o médico prudente deveria suspender seu juízo (Arquivo Médico Brasileiro, 1847, p. 270).

Fonseca era um profissional orgulhoso de sua formação na França⁷. Sua educação deu-se em Paris, possivelmente em contato com o que se produzia no Hospital Saint-Louis, que Premuda afirma ser “o primeiro centro de dermatologia científica”, num momento em que “as patologias cutâneas apareciam ainda como um aglomerado confuso e incerto em formação” (1999, p. 253 e 259). Em Paris, no século XIX, o crescimento das instituições, do número de doentes e de estudantes possibilitou uma formação mais sistemática, fundada na anatomoclínica e na estatística. Nesse contexto, a dermatologia, enquanto especialidade emergente, passou a dedicar-se especialmente às enfermidades, como a sífilis, que era de grande preocupação social (Premuda, 1999). No Brasil, influenciado pelas transformações francesas, para onde muitos médicos se dirigiam em busca de aperfeiçoamento, foram a sífilis, além da lepra, elefantíase, que se tornaram temas recorrentes de estudos, pesquisas e experimentos no âmbito dermatológico.

Fonseca mantinha intercâmbio constante com os homens de ciência advindos da Europa.⁸ Blake reforça ter sido “um dos mais distintos médicos do

7 Segundo o esculápio João da Silva Ramos, ele não aceitava debater as suas ideias com os colegas formados no Brasil, porque “só discutia com médicos” formados pela Faculdade de Paris, e como ele era o único pernambucano “filho de tal escola”, estava “a salvo de qualquer golpe, porque nunca descerá à arena de discussão para medir suas forças” (Jornal de Recife, 26 abr. 1875, p. 2).

8 Como o médico e professor François Sigismond Jaccoud (1830-1913), explicitado na sua passagem pelo Recife em direção ao Rio de Janeiro e à Academia Imperial de Medicina (Jornal de Recife, 11 mai. 1874, p. 4); ou quando Jaccoud (1867) cita o médico pernambucano como referência no Brasil para o estudo da relação entre o diabetes e as plegmasias cutâneas superficiais (furúnculo e anthrax). Segundo os contemporâneos, Fonseca era nacional e internacionalmente reconhecido.

Brasil”, e que sua obra sobre a lepra “estava sendo traduzida para o alemão e francês por dois acreditados professores estrangeiros, residentes no Rio de Janeiro com o fim de a fazerem conhecida na Europa” (1898, p. 93). Escritos divulgados pela imprensa exprimem sua interlocução com profissionais de medicina estrangeiros.⁹ Essa comunicação, de certo modo, situa aquilo que é produzido por ele nos quadros de um conhecimento que é global acerca das doenças.

Os intercâmbios estabelecidos entre Brasil e Europa no campo científico eram intensos. Como explica Patrick Petitjean, países como o Brasil possuíam formações sociais complexas e “contatos mais antigos com a ciência moderna”, o que permitiu o desenvolvimento de “uma tradição científica específica e complexa”. Assim, mais do que compreender uma difusão unidirecional do saber europeu para o Brasil, ou pensar o movimento inverso na formação de tradições científicas locais, é necessário reconhecer que “a segunda não é o produto direto da primeira” e que a construção da ciência no país dependeu da atuação de agentes locais, para além da intermediação de “vetores ligados aos impérios” (Petitjean, 1996, p. 26 e 28). Nesse sentido, as análises sobre enfermidades dermatológicas produzidas no Brasil revelam questionamentos acerca de concepções europeias e dificuldades diagnósticas observadas localmente pelos esculápios.

O debate sobre o fogo selvagem na segunda metade do século XIX: o pênfigo crônico foliáceo e as nomenclaturas presentes nos estudos de caso no Brasil

Pierre Louis Alphonse Cazenave (1795-1877), professor na Faculdade de Medicina e médico no Hospital Saint Louis de Paris nomeia, descreve e define, em 1844, o *Pênfigo Crônico Foliáceo* em estudo publicado na revista *Annales des maladies de la peau et de la syphilis*. Ele fundamenta-se nos es-

9 Esteve por várias vezes na Europa. Apresentou na Academia de Medicina de Paris e publicou, na *Revue Médicale Française et Etrangère*, o texto *Rapport sur le Mémoire du docteur Aquino da Fonseca*, de Pernambuco, sur la lepra. Traduziu para o português a obra de Cadet-Cassicour intitulada “Primeiros Socorros antes da chegada do médico, ou Pequeno Dicionário dos Casos Urgentes” (1849). Relacionou-se com por Ferdinand Denis, conservador da Biblioteca de Santa Genoveva, do Museu do Jardim das Plantas de Paris (jornal do Recife, 25 jul. 1879, p. 1). Viajou para Londres em 1862 (Diário de Pernambuco, 17 mai. 1862, p. 2), e para Paris em 1877 e em 1880 (Jornal do Recife, 02 set. 1877, p. 3; 21 jul. 1880, p. 2). Divulgou o tratamento para cólera morbos, aconselhado pelo médico B. X. Fabas, do Hospital Termal São Salvador, na França (Diário de Pernambuco 22 jul 1863, p. 2); deu publicidade a um tratamento para febre amarela aconselhado pelo médico Emílio Robert, divulgado por um comerciante, ambos franceses estabelecidos no México (Diário do Rio de Janeiro. 31 ago. 1877, p. 2).

tudos divulgados por Stanislas Gilibert¹⁰ (1780-1870), que em *Monografia do Pênfigo, ou Tratado sobre Doenças Vesiculares*, produzida em 1813 e publicada em 1840, apresenta a moléstia em duas modalidades: a crônica e a aguda. Cazenave, seguindo o pensamento do colega, indica que o *pênfigo crônico foliáceo* era “uma forma rara do Pênfigo Crônico de Gilibert” (Calebotta, 2009, p. 2).

Em *Leçons sur les maladies de la peau professées à l'école de médecine de Paris*, Cazenave pontua que o pênfigo pertencia ao grupo das inflamações enquadradas no gênero das “erupções inespecíficas que podem ocorrer no estado agudo e no estado crônico”. Especificamente o pênfigo em estado crônico era caracterizado por possuir uma duração maior do tempo da inflamação e por isso era subdividido em *pênfigo crônico sucessivo* e pênfigo permanente e contínuo, ou pênfigo crônico foliáceo (1856, p. 17). Ou seja, o médico esclarece uma outra característica importante do *fogo selvagem*, a sua duração ou incurabilidade. Ele considerava a enfermidade de grande importância para a dermatologia, devido à gravidade dos casos e à obscuridade em torno de sua etiologia, que havia sido descrita de modo confuso.¹¹ O pênfigo crônico foliáceo, definido pelo médico europeu, também foi denominado por alguns autores como pênfigo foliáceo de Cazenave.¹²

Em 1875, José Zepherino de Menezes Brum¹³ (1825-1893) apresenta

10 Stanislas Gilibert era um cirurgião militar polonês. Ao mudar-se para a França, desenvolve seus estudos médicos na Faculdade de Montpellier, onde defende a tese “ensaio sobre o sistema linfático considerado no estado de saúde e no estado de doença”. Ele recebe em 1813 um prêmio pela sua monografia sobre o pênfigo, oferecido pela Sociedade de Medicina de Paris.

11 Cazenave funda-se nos apontamentos dos médicos britânicos Robert Willan (1757-1812), Thomas Bateman (1778-1821), e Samuel Plumbe (1795-1837) que antes dele, haviam descrito o pênfigo crônico (e denominado como Pompholix Dintinus), e do alemão Johann Ernst Wichmann (1740-1802) que compartilhava o reconhecimento e caracterização da nova tipologia do pênfigo foliáceo. Explica que das tipologias por ele pontuadas, apenas o Pênfigo crônico era “reconhecido e descrito pelos patologistas ingleses, e foi referido em todas as épocas especialmente por Sauvages e Macbride” (Cazenave, 1856, p. 62).

12 Embora Cazenave tenha avançado na compreensão das características da enfermidade, alguns pesquisadores, ao utilizarem a definição pênfigo foliáceo de Cazenave, o faziam por considerarem que as descrições da enfermidade feitas pelo francês não se enquadravam naquilo que foi observado na enfermidade endêmica identificada no Brasil.

13 José Zepherino de Menezes Brum nasceu na Bahia, graduou-se em Medicina pela Faculdade de Medicina da mesma província em 1847. Na década de 1850, atuou no serviço médico de combate à epidemia de cólera na freguesia de Rio Fundo; posteriormente, nos anos 1860, exerceu a função de encarregado da enfermaria infantil da Santa Casa de Misericórdia de Salvador. Na década de 1870, transferiu-se para a Corte, onde se tornou sócio efetivo da Sociedade Auxiliadora, membro da Academia Nacional de Medicina e correspondente da *Gazeta Médica* do Rio de Janeiro. Brum viajou à Europa

um caso, que denominava *pênfigo agudo sucessivo*, enfermidade que afirma possuía diversas sinonímias.¹⁴ O episódio clínico descrito por Brum referia-se à paciente Apolinária, mulher preta de 45 anos. No relato publicado, o médico detalha os sintomas observados, os tratamentos instituídos, os fármacos utilizados e a evolução do quadro clínico. Ao formular o diagnóstico, afirma que “se a moléstia nos primeiros tempos foi *lymphatites e erysipela phlegmanosa*, tornou-se depois pênfigo agudo”. Argumenta que “nem tal mudança é para admirar, pois que o polimorfismo é um dos caracteres das manifestações das moléstias de pele” (Annaes Brasilienses de Medicina, 1875, p. 359).

A dificuldade de definição e reconhecimento da doença enfrentada por Brum não era exclusiva do contexto brasileiro. No artigo ele destaca a discordância entre aqueles que afirmavam a existência do pênfigo agudo, como os médicos do Hospital Saint Louis de Paris, Alfred Louis Philippe Hardy (1811-1893) e Pierre-Antoine-Ernest Bazin (1807-1878) e os que negavam. Entre os que recusavam aquele entendimento, estava Ferdinand Hebra, que afirmava “que em mais de 80 mil doentes confiados a seus cuidados, e em mais de um milhão (aproximadamente) tratados por seus colegas da mesma cidade, nunca nenhum deles teve ocasião de observar um só caso de pemphigo agudo” (Annaes Brasilienses de Medicina, 1875, p. 367).

Brum, partia das formulações do dermatologista francês Bazin em *Leçons théoriques et cliniques sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse* que ele considerava menos restrita, pois aceitava a agudeza do pênfigo e o definia como enfermidade caracterizada pelo aparecimento de bolhas de tamanhos diversos, “cheias de um líquido seroso”, que evoluíam para crostas foliáceas e, posteriormente, para escoriações ou máculas residuais não cicatriciais (Annaes Brasilienses de Medicina, 1875, p. 367). Brum interpretou ser o caso em análise *pênfigo agudo sucessivo*, argumentando que, *nem todos os episódios da doença e nem todas as regiões da pele acometidas*

em 1872, permanecendo por vinte e dois meses em estágio clínico, período no qual “frequentou todos os hospitais e principalmente os de crianças e de moléstias de pele” (1872, p. 2). Dessa experiência resultou a defesa de uma tese em 1874. Ao retornar ao Brasil, estabeleceu-se definitivamente na Corte.

14 Comunica serem as sinonímias daquele diagnóstico os seguintes: “Pemphigus; Febris pemphigosa, bullosa, vesicatória, ampulosa; Epinyctis; Terminusus; Morbus plectenoides; Hydroa-Exanthema bulosum; Pphemphigus major; Morbus epidemicus (de Praga); Pphemphigus helveticus; Pompholys”. (1875, p. 359)

por inflamação apresentavam formação de bolhas (lesão primária e característica do pênfigo). Além disso, ressaltou que, em muitos casos, a bolha típica era abortada ou rompia no começo, como ocorria no pênfigo foliáceo, tipo este considerado por “todos os autores, inclusive o próprio Hebra (...) como um verdadeiro pemphigo” (Annaes Brasilienses de Medicina, 1875, p. 368).

Na *Gazeta Médica da Bahia*, surgem referências ao termo pênfigo somente na década de 1880 e todas pontuavam bolhas de pênfigo como sintoma de enfermidades cutâneas. Na primeira menção, a palavra designava um sintoma dermatológico associado ao ainhum, à lepra ou à elefantíase (1880, p. 253). Nas discussões sobre “bolhas de pemphigo”, os médicos descreviam a “potência destruidora e de eliminação” da enfermidade, que atingia tanto órgãos quanto regiões periféricas, formando depósitos (1880, p. 253-260). Na segunda referência, mencionava-se que o médico italiano Domenico Barduzzi (1847-1929) observara “micrococos e bacilos” na “bolha de pemphigo syphilitico”, relacionando o fenômeno ao desenvolvimento de microrganismos específicos da sífilis (1884, p. 338). A terceira citação aparece em estudo de Nina Rodrigues sobre um caso de lepra¹⁵, de 1889, expondo que paciente retornara ao consultório para mostrar “uma vasta bolha de pemphigo” no pé esquerdo, que a impedia de andar (1889, p. 225, 232).

Em 1888, a expressão *pemphigo precoce* é definida como manifestação que precedia o surgimento da “lepra trophoneurotica, systematisada nervosa, anesthesica ou lepra nervorum”. O autor, alinhado ao pensamento da escola médica baiana, explica que a segunda fase dessa forma de lepra caracterizava-se pelo chamado “pênfigo leproso” ou “pênfigo tardio”. Tal manifestação se iniciava “sob a forma de bolhas, em geral discretas, e rapidamente desenvolvidas. A princípio elas contêm um líquido citrino transparente; ao passo, porém, que são rodeadas de uma aréola vermelha ou avermelhada, esse líquido torna-se leitoso e mais tarde purulento”. O boletim delinea o processo de ulceração, a formação de cicatrizes (frequentemente brancas, nacaradas ou acompanhadas de pigmentação característica) e as condições em que se formavam crostas escuras ou escaras secas. Esse período, denominado “pemphigoide”, era considerado prolongado e apresentava sinto-

15 O caso era parte de suas investigações sobre a lepra onde criticava diagnósticos baseados em analogias sintomáticas, que frequentemente levavam ao enquadramento destes como “moléstia de Morvan” ou “seringomyelia” (*Gazeta Médica da Bahia*, 1889, p. 225, 232).

matologia semelhante à da “lepra trofoneurótica”, recebendo, em diferentes classificações, as denominações de “lepra lazarina ou lepra ulcerosa”. (União Médica, 1888, p. 200). Na década de 1890, a revista *O Brazil-Médico* passou a mencionar as bolhas de pênfigo como um dos possíveis indicadores de “nevrite ciática”, ampliando o espectro etiológico no qual a manifestação podia ser interpretada (*O Brazil-Médico*, 1892, p. 6). Como explicaram Hebra e Kaposi o termo Pênfigo foi usado tanto para definir o tipo crônico, quanto significou simplesmente “bolha”, gerando confusão entre os diversos estudos (1874, p.671).

Em 1897, Benjamin Moss¹⁶ (1864-1914) publicou na Revista *O Brazil-Médico*, o texto *notas clínicas sobre o Papulo-vesícula ou fogo selvagem*, relatando ter observado três casos da enfermidade que condizia ao “quadro da sífilis como ‘papulo-vesícula’” e declarava que caberia aos colegas que atuavam na Zona da Mata, região onde a moléstia seria mais frequente, aprofundar seu “estudo etiológico, profilático e terapêutico”. Ao descrever os sinais clínicos, observa que as lesões acometiam sobretudo “mãos, braços, rosto, tórax”, oferecendo em seguida uma definição da afecção:

Comum na mata do Estado de Minas, raramente manifestando-se em outros pontos, o popular fogo selvagem, considerado como endêmico, é uma afecção cutânea, eruptiva, formada de papulas vesiculosas lactescentes, precedidas na sua manifestação externa de um ligeiro movimento febril.

Classificada diferentemente, tanto quanto o permite o vício aliás natural da leiga linguagem popular, completamente alheia a noções de classificação nosológica, o fogo selvagem é também conhecido por: sarampão bravo, bexiga fora do tempo, urticária maligna, etc.

A classificação popular de *fogo selvagem* apresenta sua razão de ser na manifestação externa, dando semelhan-

16 Benjamin Moss conclui em 1888 os cursos de Farmácia e Medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. No ano seguinte, ingressou no Exército como médico-cirurgião, iniciando sua carreira no Rio Grande do Sul. Em 1891, foi transferido para a guarnição da capital federal, já na posição de capitão-médico de quarta classe (A Federação, 1895). Em 1890, mudou-se para Ouro Preto, onde consolidou sua prática na clínica civil, estabelecendo-se mais tarde em Belo Horizonte. Na recém-inaugurada capital mineira, além da atuação como clínico, desempenhou papel decisivo na criação da Santa Casa de Misericórdia, na fundação da Escola Médica de Minas Gerais (1911) e em diversas outras instituições voltadas à medicina e à saúde pública.

ça a uma queimadura de primeiro grau incompleta; a de bexiga fora de tempo, do mesmo modo, pela produção à superfície das pápulas, de um processo de exsudação limitrofe com a formação de pequenas ampolas serosas ou sero-purulentas, pelo que a papula miliar transforma-se em verdadeiras vesículas variceliformes semi-globulosas.

(...)

Precedida de prodomos, tais como: dores lombares, febres mais ou menos elevada, supressão de transpiração, é frequente observar-se esta erupção revestida de uma forma exantematosa suscetível de confusão com a varicela, como o são as erupções vesiculosas sífilíticas, e daí a naturalidade da sua classificação como *bexiga fora do tempo*. (Moss, 1897, p. 32)

Diferentemente de outros juízos, Moss apresenta a diversidade de terminologias populares e afirma que a moléstia era de “curta duração” e descrita, por vários autores, como “papulo vesícula”. Ele pontua a necessidade de um “diagnóstico diferencial” que permitiria estabelecer “um limite extraordinário”, não deixando “a menor dúvida” ou a “mais leve desconfiança” acerca das diferenças entre os fenômenos nomeados, o que permitiriam um diagnóstico mais preciso (Moss, 1897, p. 32).

Reforçando a dificuldade de mapear o interesse e as pesquisas desenvolvidas sobre o fogo selvagem no Brasil, apontamos aqui o caso do esculápio Alexandre Cerqueira.¹⁷ Ele é citado como o primeiro médico a

17 Alexandre Cerqueira graduou-se em Medicina em 1877 e, em Farmácia, em 1897, pela Faculdade de Medicina da Bahia. Seu pai era médico e professor na mesma instituição e antes mesmo de sua formação atuou como interno da clínica do Hospital de Caridade (Blake, 1883). Iniciou sua carreira como funcionário do Instituto Vacinogênico e, em seguida, tornou-se lente da mesma Faculdade (atuando nas cadeiras de Seção de Ciências Acessórias em 1881, Química Orgânica, e Clínica das Doenças Cutâneas e Sífilíticas após 1884). Realizou viagem de aperfeiçoamento na Europa, onde se especializou em Dermatologia em importantes hospitais de Paris e Viena, estabelecendo relações profissionais com figuras de destaque na área, como Alfred Fournier, Ferdinand Hebra e Moritz Kaposi. Após retornar ao Brasil, assumiu, em 1884, a recém-criada cadeira de Clínica das Doenças Cutâneas e Sífilíticas. Enquanto médico e professor na Faculdade de Medicina da Bahia, situa-se no contexto das transformações do ensino médico ocorrido no Brasil após 1870. Estas combinaram “o ideal universalista da medicina experimental a um programa médico voltado para o estudo de nosologias e terapêuticas nacionais” (Ferreira, Fonseca e Edler, 2001, p. 72). Seu interesse científico abrangeu temas variados, como sífilis, o “botão de Briskra”, a leishmaniose, o diagnóstico médico pela urina, o estudo dos éteres (tema de tese) e o tratamento da lepra com óleo de chaulmoogra. Como responsável pela assistência aos pacientes da Clínica Santa Isabel, em Salvador, desenvolveu pesquisas e experimentações relacionadas a múltiplas enfermidades de pele.

diagnosticar o *fogo selvagem* no Brasil, embora não tenha publicado nenhum estudo sobre o tema. Provém das memórias de seus antigos alunos, especialmente Flaviano Silva e Antônio Aleixo, a afirmação de seu empenho no conhecimento da enfermidade. As afirmações de seus alunos podem ser reforçadas com a preocupação com seus pacientes. Ao redigir a *Memória Histórica da Faculdade da Bahia* em 1904, Cerqueira manifesta inquietação com a adequação das instalações e a melhoria das condições terapêuticas da enfermaria do Hospital Santa Isabel para o tratamento de pacientes com dermatoses bolhosas:

Na minha enfermaria (ao menos) além dos melhoramentos que a ciência for exigindo, convirá substituir sem demora alguns leitos por outros mais apropriados à acomodação dos **doentes afetados de erupções inflamatórias agudas da pele**, generalizadas e (sic) - tais como, o **pemphigus**, o eczema, a psoríases, as erythrodermias exfoliantes, etc. ... (Cerqueira, 1904, grifo nosso).

Deste trecho podemos observar que o médico compreendia o pênfigo enfermidade que compunha o quadro das “erupções inflamatórias agudas da pele”. Ademais, Dorian Erich Castro (2023) argumenta que alguns médicos e pesquisadores, escrevendo nas primeiras décadas do século XX, atribuem a Cerqueira o pioneirismo nas investigações e no reconhecimento do caráter endêmico do pênfigo foliáceo no Brasil. É possível que as suas observações na clínica e pesquisas experimentais lhe possibilitaram construir uma noção diferenciada daquelas de seus colegas acerca da bolha de pênfigo, mas, que as incertezas quanto às suas observações expliquem a ausência de escritos de sua autoria sobre o tema.

Embora a singularização do subtipo Pênfigo Foliáceo Endêmico e sua consolidação como entidade nosológica só tenham ocorrido no século XX, há indícios de que, em fins do século XIX, segundo o relato de seu ex-aluno Flaviano Silva, ele identificava a enfermidade e observava que seus pacientes provinham “do sul do Estado, principalmente de Canavieiras e Belmonte” (Silva, *O Brazil-Médico*, Ed. 39, 1938, p. 871). Flaviano Silva afirma que Cerqueira, então responsável pela cadeira de Dermatologia e Sifilografia da Faculdade de Medicina da Bahia, ensinava e acompanhava casos de *fogo*

selvagem na enfermaria São Joaquim do Hospital Santa Izabel, pertencente ao complexo da Santa Casa de Misericórdia. O médico Olintho Orsine de Castro também registra essa informação, baseando-se, igualmente, nos relatos do professor Antônio Aleixo, aluno de Cerqueira e testemunha de suas preleções sobre a moléstia (Castro, 2023, p. 35, 36, 41 e 109).

A importante contribuição de Cerqueira é reforçada na avaliação de outros médicos (Auaad,1972), e das análises históricas que reforçam o nome de Cerqueira como o primeiro a relatar a enfermidade (Abréu-Vélez et ali, 2010; Castro, 2023; Magalhães e Castro, 2021). Sua atuação é demarcada pela formação especializada na Europa, pelo exercício docente na recém-criada cadeira de Doenças Cutâneas e Sifilíticas, pela prática clínica no Hospital Santa Isabel e por sua adesão ao método experimental, e revela um profissional comprometido com a observação clínica e com a investigação das dermatoses. Ricardo Batista confirma que Cerqueira, enquanto professor, “continuou o trabalho com a medicina experimental”, tendo declarado ser guiado “só e só pela observação e pelas clínicas”. Registra ainda os experimentos relacionados ao tratamento da lepra realizados em seu consultório na Bahia, e seu papel central no estímulo à pesquisa, à medicina experimental e à bacteriologia entre os estudantes baianos (Batista, 2015, p. 189 e 200).

Desde 1860, como explica Marcos Chor Maio, na Faculdade de Medicina da Bahia o ensino prático e teórico se inter-relacionavam, e os médicos que constituíram a Escola Tropicalista Baiana fundavam-se em estudos clínicos, microscópios e anatomopatológicos, debatiam as enfermidades pesquisadas no âmbito hospitalar, na Santa Casa, e publicavam na Gazeta Médica da Bahia, fortalecendo e consolidando as pesquisas e conhecimentos da nosologia nacional, processo demarcado especialmente a partir da década de 1880, e das reformas do ensino implantadas na Faculdade (1995). Estes profissionais, como apontado por Lycurgo Santos Filho, foram pioneiros na observação e identificação de entidades mórbidas locais, o que foi possível a partir do conhecimento que tinha das enfermidades e afecções de outros países (1976). Esses profissionais “repetiram pesquisas pela microscopia, repetiram exames histo e anatomo-patológicos, observaram a sintomatologia, conseguiram, por vezes, acrescentar novos dados à etiologia, à própria sintomatologia e à terapêutica”; tais procedimentos os possibilitaram confirmar “a presença de entidades mórbidas da chama-

da patologia tropical” (1976, p. 478).

Ademais, percebemos que nos periódicos científicos publicados no Rio de Janeiro e na Bahia, os estudos, pesquisas e experimentos voltados às enfermidades cutâneas apresentavam uma profusão de termos - alguns já consolidados, outros recém propostos - empregados para explicar fenômenos patológicos ainda desconhecidos ou pouco conhecidos como o *fogo selvagem*. Nesse cenário, destacavam-se esforços para compreender entidades patológicas diversas da realidade brasileira (sífilis, lepra, morfeia, elefantíase, ainhum, dartro, leishmanioses, pênfigo, etc.), e se evidencia no processo de construção do conhecimento e na tentativa de individualização dessas afecções, que as fronteiras do saber não estavam demarcadas e se consolidavam à medida que os médicos se interessavam pelo tema, especializavam-se e divulgavam seus experimentos. Bem como, pelo modo que interpretava e relacionavam os estudos de colegas europeus às suas experiências clínicas. O que, poderia complicar a observação e o entendimento de caso observados na clínica, mas os fazia expandir ainda mais as definições propostas.

Considerações finais

Para nossa análise, pontuamos dados interessantes colhidos dos escritos divulgados no século XVIII: a indicação de um lugar de nascimento do conhecimento científico sobre o *pênfigo brasiliensis* (a Europa, especificamente a França), um lugar de ocorrência do fenômeno patológico (o Brasil), a existência de um personagem local (implícito no texto de Tartereaux quando afirma “avisaram-me”), de intermediários e sua comunicação com o representante do considerado centro no que concerne à observação, informação e divulgação sobre a enfermidade (a importância da carta de Tartereaux informando sobre suas informações no nordeste do Brasil e do trabalho do missionário Bougeant recolhendo as curiosidades científicas); e, por fim, a indicação dos espaços e sujeitos no âmbito da ciência do conhecimento sobre o fogo selvagem/um tipo de pênfigo (Sauvages).

Consideramos que as ambiguidades diagnósticas descritas por Fonseca, sobretudo aquelas relativas ao envelhecimento precoce, ao aspecto queimado da pele e à formação de bolhas, podem ser lidas retrospectivamente como evidências da dificuldade em identificar uma enfermidade que posteriormente seria individualizada. A análise histórica dos escritos

médicos sobre o *fogo selvagem* ou pênfigo no Brasil ao longo do século XIX revela que a individualização da enfermidade, posteriormente denominada pênfigo foliáceo endêmico, não resultou da ação isolada de um único pesquisador, mas de um processo gradual e coletivo. Esse percurso foi marcado por observações clínicas dispersas e debates terminológicos.

Se as pesquisas de Pierre Louis Alphée Cazenave propõem uma nova nomenclatura para o pênfigo, o *foliáceo*; embora insistisse em pesquisas mais aprofundadas; tais considerações pareciam refletir nas pesquisas brasileiras numa certa liberdade para construções teóricas e observações de campo, seja indicando nomenclaturas, diagnósticos e ou enfermidades novas no âmbito dermatológico; seja problematizando as afirmações dos colegas estrangeiros (como no texto de Zepherino Brum).

A investigação indica que suas contribuições - ainda que não organizadas como estudos específicos sobre o pênfigo - problematizaram as classificações importadas da dermatologia europeia. As incertezas, ambiguidades diagnósticas e controvérsias conceituais presentes nos escritos ilustram um cenário nosológico instável, no qual lepra, elefantíase, sífilis, ainhum e outras afecções se sobrepujam nas descrições e interpretações, coexistindo com denominações como pênfigo foliáceo, doença de Cazenave ou “mal vermelho de Cayenna”. Nesse contexto, as proposições de Aquino Fonseca, ao problematizar classificações europeias e reivindicar a centralidade da observação local na delimitação diagnóstica, anteciparam uma demanda que seria posteriormente reafirmada pela medicina tropical: a necessidade de compreender as doenças “a partir do país”, evitando tomá-las como derivação das taxonomias estrangeiras. De modo semelhante, ao relatar um dos primeiros casos de “pemphigus agudo” no Brasil, Brum inseriu a enfermidade no debate clínico da Corte, revelando as dificuldades diagnósticas e o esforço de acompanhar as discussões científicas internacionais.

Já Alexandre Cerqueira, embora não tenha deixado registros escritos sobre o pênfigo, desempenhou papel relevante na formação de uma geração de médicos que consolidaria, no início do século XX, o estudo da doença. O seu reconhecimento, sustentado sobretudo por depoimentos de antigos alunos, evidencia que sua prática clínica, suas preleções e seu prestígio institucional contribuíram para conferir visibilidade ao tema. O interesse médico pelo pênfigo no século XIX resulta de um conjunto de iniciativas, obser-

vações dispersas e debates que atravessaram diferentes gerações e espaços institucionais. Este estudo reforça a necessidade de reconhecer a pluralidade de agentes envolvidos na construção do conhecimento dermatológico e a observação de que a história do pênfigo no século XIX é a história de um campo médico em formação, permeado por trocas transnacionais, disputas interpretativas e pelas especificidades clínicas do Brasil oitocentista.

Referências:

A FEDERAÇÃO (ed. 54). Revista do Rio de Janeiro 23 de fevereiro. Porto Alegre, 04 mar. 1895, p. 1.

ABRÉU-VÉLEZ, Ana María; REASON, Iara J. Messias; HOWARD, Michael S. e ROSELINO, Ana Maria. Endemic pemphigus foliaceus over a century: Part I. **North American Journal of Medical Sciences**, Volume 2, n. 2, February, 2010.

ANNAES BRASILIENSES DE MEDICINA. Expediente. Ed. 10(2), 1875, p. 367, 368.

ARCHIVO MÉDICO BRASILEIRO. (Conclusão) Memória Acerca das diferentes espécies de lepra, com algumas reflexões críticas fundadas na observação, apresentada ao conselho Geral de Salubridade da Província de Pernambuco; por J. d'Aquino Fonseca, dr., em medicina pela Faculdade de Paris, e presidente do mesmo conselho, etc. Ed. 04, n. 1, out. 1847, p. 28-31; Ed. 03, n. 1, set. 1846, p. 269-272; Ed. 03, n. 7, mar. 1847, p. 145-159; e Ed. 03 n. 10, jun. 1847, p. 217-222.

AUAD, Anuar. Pênfigo foliáceo sul-americano no estado de Goiás. **Revista de Patologias Tropicais**, n.1, v.2, p.293-345, 1972.

BATISTA, Ricardo dos Santos. Distintas posições: médicos baianos e o ensino de Sifilografia na Faculdade de Medicina da Bahia (1895-1945). **Revista Dimensões**, vol. 34, 2015, p. 184-203.

BENCHIMOL, Jaime L. **Manguinhos do sonho à vida**: a ciência na Belle Époque. Rio de Janeiro, Casa de Oswaldo Cruz - Fiocruz, 1990.

BEZERRA, Olívia M. de Paula Alves, et al. Pênfigo Foliáceo Endêmico (Fogo

Selvagem) e sua associação com fatores ambientais e ocupacionais em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 225-232, 2017.

BLAKE, Augusto Victorino Alves Sacramento. **Dicionário Bibliográfico Brasileiro**. Vol. 4. Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1898.

BOUGEANT, Guillaume-Hyacinthe (jésuite). **Observations curieuses sur toutes les parties de la physique, extraites et recueillies des meilleurs mémoires** (Tome I). Chez Bordelet. Paris, 1730.

BRAGA, Daniel Dutra Coelho. Global Communication and Construction of Knowledge in French Naval Medicine: Pierre-François Kéraudren and the Health Department of French Navy, 1813-1845. In **Beyond Science and Empire Circulation of Knowledge in an Age of Global Empires, 1750-1945**. Matheus Alves Duarte da Silva, Thomás A. S. Haddad, e Kapil Raj (org). Routledge, Londres e Nova Iorque, 2024.

CALEBOTTA, Adriana. Pênfigo: uma visão através do tempo. **Gaceta médica de Caracas**. v.117 n.1 Caracas mar. 2009.

CARVALHO, Paulo Henrique de. **Avaliação do índice de mercúrio e silício em material particulado no Distrito de Antônio Pereira, Ouro Preto - MG**. Dissertação de mestrado - Universidade Federal de Ouro Preto. Programa de Pós-Graduação em Química, 2018.

CASTRO, Dorian Erich de. **Fogo Selvagem: do domínio popular à constituição do Pênfigo foliáceo como fato médico no Brasil (1930-1970)**. Tese de doutorado - Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Goiás. Goiânia, 2023.

CAZENAVE, Alphée. **Leçons sur les maladies de la peau professées à l'école de médecine de Paris**. Paris. Ancienne Maison Béchet Jeune/Labé, éditeur, 1856.

CERQUEIRA, Alexandre. **Memória histórica da Faculdade de Medicina da Bahia**, 1904.

COELHO, Edmundo Campos. **As profissões imperiais: medicina, engenharia e advocacia no Rio de Janeiro, 1822-1930**. - Rio de Janeiro: Record, 1999.

DANTES, Maria Amélia e HAMBURGER, Amélia Império. A ciência e a

história da ciência: reflexões sobre a atividade científica no Brasil. In **A ciência nas relações Brasil-França** (1850-1950). Amélia Império Hamburger et al. (org.). - São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo; Fapesp, 1996.

DIÁRIO DE NOTÍCIAS. Ed. 519, 1872, p. 2.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. Recife, 17 mai. 1862, p. 2.

DIÁRIO DE PERNAMBUCO. Recife, 22 jul. 1863, p. 2.

DIÁRIO DO RIO DE JANEIRO. Rio de Janeiro, 31 ago. 1877, p. 2.

FERREIRA, Luiz Otávio, FONSECA, Maria Rachel Fróes da, EDLER, Flávio Coelho. A Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro no século XIX: organização institucional e os modelos de ensino. In Maria Amélia Dantes (org.) **Espaços da ciência no Brasil: 1800-1930**. - Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

GAZETA MÉDICA DA BAHIA. Ed. 05. Patologia Intertropical - a propósito do ainhum. Observações colhidas na Ilha dos Pinheiros (ao sul da Nova Caledônia). 1880, p. 253, 260.

GILBERT, M. Rapport collectif sur plusieurs documents relatifs à la lèpre. Mémoire sur le traitement de la lèpre par le docteur J. d'Aquino Fonseca, D. M. P., de la province de Pernambouc (Brésil), 1825. In **Bulletin de L'Académie National de Médecine**, 1854, p. 1127-1128.

GRAHAM, Maria. **Jornal of a voyage to Brazil and residence there, during part of the years 1821, 1822, 1823**. London, 1824.

GRAU, Hervé. **L'enseignement des sciences physiques et l'expérimentation en France de 1750 à 1830**. Tese de doutorado. École des Hautes Études en Sciences Sociales. Paris, 2020.

HEBRA, Ferdinand e KAPOSÍ, Moritz. **Lehrbuch der Hautkrankheiten und venerischen Infektionen für Studierende und Ärzte**. Erlangen, Verlag Von Ferdinand Enke, 1874.

JACCOUD, Sigismond. **Leçons de clinique médicale, faites à l'hôpital de la Charité**, 1867.

JORNAL DE RECIFE. Notabilidade Médica. Recife, 11 mai. 1874, p. 4.

JORNAL DE RECIFE. Recife, 11 mai. 1874, p. 4

KARSBURG, Alexandre; VENDRAME, Maria Inês. Investigação e formalização na perspectiva da Micro-História. In VENDRAME, Maria Inês et al. (org). **Ensaio de micro-história: Trajetória e imigração**. - São Leopoldo: Oikos; Editora Unisinos, 2016.

MAGALHÃES, Sonia Maria de; CASTRO, Dorian Erich. Estigmas, pesquisas e embates: uma história do pênfigo brasileiro, séculos XIX e XX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 101-122, 2021.

MAIO, Marcos Chor. A Medicina de Nina Rodrigues: Análise de uma Trajetória Científica. In **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 11 (2): 226-237, abr/jun, 1995.

MOSS, Benjamin. Notas Clínicas: Papulo-vesícula (fogo selvagem). In **O Brazil-Médico**. Ed. 01-04, 1897, p. 32.

NOSAKA, Shiori e SILVA, Matheus Alves Duarte da. Plague and the Global Emergence of Microbiology, 1894-1920. In **Beyond Science and Empire Circulation of Knowledge in an Age of Global Empires, 1750-1945**. Matheus Alves Duarte da Silva, Thomás A. S. Haddad, e Kapil Raj (org). Routledge, Londres e Nova Iorque, 2024.

O BRAZIL-MÉDICO. O tratamento da dor na sciática. Pelo dr. Ch. Liegeois. Ed. 01(03), 1892, p.6.

PEITZMAN, Steven J. e MAULITZ, Russell C. L'élaboration du diagnostic. In **Histoire de la pensée médicale en Occident**. (Du romantisme à la science moderne). Mirko D. Grmek. Éditions du seuil, Paris, 1999, p. 169 e 170.

PETITJEAN, Patrick. Ciências, impérios, relações científicas franco-brasileiras. In **A ciência nas relações Brasil-França (1850-1950)**. Amélia Império Hamburger et al. (org.). - São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo; Fapesp, 1996.

PREMUDA, Loris. La naissance des spécialités. In **Histoire de la pensée médicale en Occident**. (Du romantisme à la science moderne). Mirko D. Grmek. Éditions du seuil, Paris, 1999, p. 253 e 259.

RAJ, Kapil. **Relocating Modern Science: Circulation and the Construction of Knowledge in South Asia and Europe, 1650-1900**. New York: Palgrave Macmillan, 2007.

ROBLEDO PRADO, MA. La historia del pénfigo foliáceo endémico en Latino América: concatenada a la historia de la explotación minera aurífera, las migraciones poblacionales y la deforestación de los bosques rivereños. **Med Cutan Iber Lat Am**. 2012;40(4):123-127.

SANTOS FILHO, Lycurgo. Medicina no Período Imperial. In **História Geral da Civilização Brasileira**. Vol. 3, São Paulo: Difel, 1976.

SAUVAGES, F. Boissier de. **Nosologia Methodica, sistens morborum classes, genera et species, juxta Sydenhami mentem et botanicorum ordinem**. Tomo I. Amstelodami, Sumptibus Fratrum de Tourne, 1768.

SILVA, Flaviano. Contribuição para o estudo do pemphigo foliáceo - pemphigo familiar (quatro irmãos atingidos pela dermatose. In **O Brasil Médico**. Ed. 39, 24 st. 1938, p. 871-877.

SILVA, Matheus Alves Duarte da; HADDAD, Thomás A. S e RAJ, Kapil. Science and Empire: Past and Present Questions. In **Beyond Science and Empire Circulation of Knowledge in an Age of Global Empires, 1750-1945**. Matheus Alves Duarte da Silva, Thomás A. S. Haddad, e Kapil Raj (org). Routledge, Londres e Nova Iorque, 2024.

STEPAN, Nancy. **Gênese e evolução da ciência brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica**. Rio de Janeiro. Artenova-Fiocruz, 1976.

TARTEREAUX, Pierre Couplet de. Extrait de quelques lettres écrites du Portugal et du Brésil, par M. Couplet le fils, à M. l'Abbé Bignon, président de l'Académie Royale des Sciences. In **Histoire de l'Académie royale des sciences ... avec les mémoires de mathématique & de physique... tirés des registres de cette Académie**. Seconde édition, revûe, corrigée & augmentée. Paris, Chez Gabriel Martin, Jean-Baptiste Coignard, & Hippolyte- Louis Guerin, 1761.

UNIÃO MÉDICA (RJ). Ed. 05. Considerações sobre a lepra. Por Tibério d'Almeida. 1888, p. 200.

"Estudo das águas minerais de Araxá comparadas às congêneres de outras procedências, curabilidade da tuberculose pulmonar pelas ditas águas"
(1890): análise da produção científica de Joaquim Monteiro Caminhoá

Alex Gonçalves Varela¹

Introdução

Joaquim Monteiro Caminhoá (1836-1896) foi um dos mais importantes homens de ciência que atuou no Império do Brasil, tendo inclusive uma carreira consolidada e reconhecida internacionalmente. Ele atuou em diversas instituições e sociedades científicas, e publicou diversos livros e artigos. O estudioso se dedicou a produzir conhecimento científico sobre questões médicas e botânicas. Contudo, sua trajetória acadêmica ainda não foi devidamente estudada, e suas produções científicas ainda não foram analisadas profundamente. Dessa forma, há lacunas que precisam ser preenchidas pelos estudiosos que se dedicam a pesquisar as relações ciências e trajetórias, e caminhos amplos e profícuos que merecem ser explorados e estimulam novas reflexões.

Com vistas a preencher os espaços em branco existentes sobre a trajetória de vida do referido cientista, iniciamos os estudos sobre o personagem. (Varela, 2019; Varela et al., 2021) No momento estamos nos dedicando a

¹ Doutor em Ciências pelo Instituto de Geociências da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professor Adjunto do Departamento de História da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, locado no Laboratório Redes de Poder e Cultura. O artigo está inserido no âmbito do projeto de pesquisa intitulado Textos em Contexto: a Obra Científica no Campo da Botânica do Cientista Joaquim Monteiro Caminhoá (1860-1896), que conta com o apoio da Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) e do PIBIC/UERJ. Email: alexvareljarj@terra.com.br / alexvarela442@gmail.com

analisar as suas produções científicas como artigos, palestras, conferências, pareceres, relatórios, entre tantas outras, que ainda não foram devidamente analisadas, faltando assim um estudo de fôlego que se preocupe em compreender a sua importância para o processo de emergência e consolidação das ciências naturais no Império do Brasil. Os textos científicos do personagem são valiosos e constituem-se como fontes importantes para a história da botânica e da medicina no âmbito do século XIX. Portanto, uma profunda pesquisa sobre os textos elaborados pelo estudioso torna-se necessária para se compreender as características do conhecimento científico produzido pelo médico-botânico.

Temos como objetivo analisar o estudo produzido no ano de 1890 pelo médico-botânico Joaquim Monteiro Caminhoá intitulado *Estudo das águas minerais de Araxá comparadas às congêneres de outras procedências, curabilidade da tuberculose pulmonar pelas ditas águas*. Trata-se de um estudo que mescla conhecimentos do campo da geologia, da botânica, da hidrologia, e da química. O autor o apresentou no âmbito da Academia Imperial de Medicina. Buscaremos analisar os temas que elencou, os argumentos apresentados, os autores com quem dialogou, os conceitos com que operou, entre outras questões. Por meio desta produção verificaremos a sua contribuição para o processo de emergência e consolidação das ciências naturais na República do Brasil.

Análise do estudo das águas minerais de Araxá comparadas às congêneres de outras procedências, curabilidade da tuberculose pulmonar pelas ditas águas (1890)

O estudo foi apresentado no âmbito da Academia Nacional de Medicina no ano de 1890. Caminhoá era sócio da referida instituição.

Caminhoá iniciou mencionando a frase que segue: “as águas minerais são verdadeiros diamantes líquidos!”. (Caminhoá, 1890, p. 5)

Por sua vez, Caminhoá afirmou: “Cada nova fonte de águas minerais que se descobre é uma nova oficina terapêutica das mais úteis, em que a ciência pode combater várias moléstias rebeldes a centenárias de outras medicações racionais. Elas influem imenso para a fortuna pública e contribuem para a prosperidade do país em que se acham”.

Na citação acima, observamos a preocupação do autor com a utilidade das águas minerais, sobretudo para combater as enfermidades que afetam a saúde das populações. Daí, o seu interesse em estudar as águas minerais de Araxá.

O médico-botânico sublinhou a relevância que se dá aos assuntos concernentes à hidro-balneo-terapia pelos governos e sábios, “tanto pelas vantagens à saúde das populações, como pelos empregos industriais e econômicos que podem ter as águas minerais”. (Idem. *Ibidem*, p. 06)

A seguir, Caminhoá passou a tratar das águas minerais de uma forma geral. Primeiramente, Caminhoá apresentou a definição de águas minerais:

[...] as águas minerais são as das chuvas, ou dos rios, lagos, mares, etc., que se infiltram pela terra onde dissolvem vários princípios aí encontrados; razão pela qual no seu estudo se exige a natureza das rochas da zona, para se reconhecer e interpretar as análises, de acordo com os dados científicos, e decidir se sua origem é próxima ou longínqua (Idem. *Ibidem*, p. 8).

A seguir, ele passou a comentar em relação ao estudo para a escolha e aplicações terapêuticas de uma água mineral qualquer, e principalmente para sua classificação mineralógica e química. Informou que são três as bases principais: sua composição química e mineralógica, a sua temperatura, e a sua ingestão².

A seguir, Caminhoá passou a comentar sobre a composição química e mineralógica das águas. Ele considerou ser ponto capital para as aplicações racionais terapêuticas de qualquer água mineral o conhecimento dos corpos que entram na composição da mesma e a proporção de cada um dos referidos corpos que nela se encontram. Informou ainda que há certas águas, cuja composição química é constante ou invariável, e outras que variam, conforme as estações.

Em sequência comentou sobre a temperatura das águas. Argumentou que em função do conhecimento do caráter físico das águas minerais resultam noções terapêuticas muito preciosas. E salientou que, conforme o grau térmico que apresentam, suas propriedades podem variar. Conforme o grau de temperatura, as águas recebem os nomes de termiais ou quentes,

² Sobre esta última não comentaremos.

tépidas, e frias. Sublinhou que a temperatura mais geralmente preferida no emprego das águas termais varia de 30° à 35° C. Quanto às águas do Araxá, assim comentou: “As águas do Araxá, cuja temperatura varia de 17° à 32° C; está portanto no caso de ser comparável a muitas das precedentes, e mesmo superior à algumas delas”. (Idem. *Ibidem*, p. 10)

O cientista prosseguiu comentando sobre as águas minerais do Araxá em particular. Iniciou pela topografia, localizando-a na província de Minas Gerais, no chamado *Triângulo Mineiro*, região com muitos minerais, “abundante em ferro, galena argentífera, ouro, belos calcários, kaolin para o fabrico de porcelana, e das botijas destinadas à exportação de suas águas”. (Idem. *Ibidem*, p. 17) De acordo com Caminhoá, as águas minerais “surgem de fendas do calcário em parte sacaróide, branco ou azulado, que constitui a bacia das fontes minerais, e mais ou menos nivelado em um perímetro calculado em 100m²”. (Idem. *Ibidem*, p. 17)

A seguir, o médico-botânico comentou sobre a geologia e mineralogia do Araxá, com base nas informações do geólogo Orville Derby (1851-1915), que também lhe serviram de base a parte geológica, e de alguns estudos que realizou sobre amostras de rochas que lhe foram disponibilizadas. Caminhoá concluiu que “a formação geológica dos terrenos em que brotam é constituído principalmente por calcário granular, pela rocha conhecida em mineralogia por Itacolumito, em camadas consideráveis, e, além disto, *Quartzito talcoso*, indicadores da formação aurífera naquela região”. (Idem. *Ibidem*, p. 18) E prosseguiu: “As rochas do Araxá pertencem, como faz ver o mesmo geólogo, à formação que constitui uma grande parte dos principais sistemas orográficos de Minas (a serra do Espinhaço à leste e a da Canastra à oeste), de cujos contrafortes o Araxá faz parte”. (Idem. *Ibidem*, p. 19)

Caminhoá argumentou que as águas termais do Araxá não parecem ser de origem vulcânica, opinião também compartilhada por Derby, e que o botânico afirmou compartilhar.

O cientista argumentou que a explicação sobre a temperatura daquelas águas termais que considerava mais aceitável é aquela que se baseia no fato constante do aumento da temperatura da crosta terrestre na razão direta da sua profundidade, como faz ver, entre outros, o sábio professor Credner (Karl Hermann Georg Credner, 1841-1913), de Leipzig, em seu *Tratado de Geologia e Paleontologia*, quando se ocupa das águas termais.

Caminhoá prosseguiu explicando que Credner prova que tal fato é devido ao calor central que aquece as camadas da crosta terrestre, onde chegando as águas das chuvas ou quaisquer outras que se infiltram pelas fendas e poros das mesmas camadas, aquecem-se fortemente, e retrocedem, dissolvendo vários princípios existentes naquelas camadas, até chegarem na superfície. Argumentou ainda que, nos terrenos próximos aos vulcões, dá-se mais constantemente fenômeno idêntico, sendo quase sempre a temperatura muito elevada.

Seguindo ainda os argumentos de Credner, informou que à página 153 do livro supracitado, referindo-se de novo às fontes quentes, argumentou que estas “vindo do interior da Terra, possuem uma temperatura tanto mais elevada, quanto provém de regiões mais aprofundadas; fenômeno que deve ser atribuído ao aumento de calor, a medida que se penetra para o interior da Terra. Como este aumento de temperatura é de 1° C para cada 33m, deve ser na profundidade, de 3300 m, que as fontes chegam a temperatura da ebulição”. (Idem. Ibidem, p. 19)

Caminhoá considerou que esta explicação apresentada é perfeitamente aceitável para as águas do Araxá. E, argumentou: “parece provirem elas aproximadamente de 700 a 750m de profundidade, ou demais conforme a distância e a maior, ou menor condutibilidade dos minerais que constituem as camadas pelas mesmas águas percorridas”. (Idem. Ibidem, p. 19)

Dando prosseguimento ao estudo, Caminhoá passou a comentar sobre a composição das águas do Araxá, sublinhando que a composição química destas águas é indispensável para o conhecimento de suas propriedades e usos medicinais e industriais. E argumentou que nenhuma das análises feitas até hoje pode ser considerada como completa.

Caminhoá argumentou que as águas do Araxá são “riquíssimas em gases, principalmente o sulfídrico, e são fortemente alcalinas (sódicas); algumas apresentando vestígios de ferro”. (Idem. Ibidem, p. 20) Argumentou ainda que “são límpidas, e mesmo potáveis quando frias; posto que a princípio não seja agradável seu sabor, contudo, depois de algum tempo, são facilmente suportadas; e sendo misturadas ao leite são de grato sabor”. (Idem. Ibidem, p. 20)

Caminhoá argumentou ainda que as análises das águas do Araxá até hoje realizadas “são suficientes para classificá-las como alcalino-sulfurosas

(sódicas); algumas fontes são termais (...) além disto são alcalino-gasosas, ricas em bicarbonato e carbonatos, e outros princípios, bem como em gás carbônico livre”. (Idem. Ibidem, p. 31)

Caminhoá demonstrou que as águas do Araxá são “muito ricas em sais, começando pelo sulfureto de sódio, que é de grande valor terapêutico”. (Idem. Ibidem, p. 31) Argumentou ainda que possuem uma riqueza mineral em resíduos fixos, o que é importantíssimo”. (Idem. Ibidem, p. 32) As águas de Araxá são de grande valor “porque contêm gás sulfídrico, e sulfuretos, e ainda menos a mistura deste gás com o carbônico e tantos resíduos úteis”. (Idem. Ibidem, p. 38)

Dando continuidade ao estudo, Caminhoá passou a apresentar “as bases que provam as propriedades anti-tuberculosas das águas sulfurosas alcalinas termais do Araxá”. (Idem. Ibidem, p. 38)

O cientista iniciou a discussão pela questão da curabilidade da tuberculose. Ele argumentou ser este o ponto principal do seu trabalho, “porque tenho em vista confrontar com as águas minerais do Araxá os diversos meios terapêuticos empregados”. (Idem. Ibidem, p. 38)

Caminhoá argumentou que era “crença geral” ser a tuberculose pulmonar uma “*moléstia incurável*”. Contudo, argumentou o autor, tal proposição é “contestada pela moderna ciência”. E informou que existem numerosos fatos de cura presenciados por “abalizados clínicos e hidrologistas do Velho, como do Novo Continente; entre os quais, vários brasileiros respeitáveis”. (Idem. Ibidem, p. 39) Para justificar a proposição apresentada, Caminhoá transcreveu e resumiu opiniões de diversos estudiosos da ciência.

Caminhoá afirmou que a etiologia da tuberculose é o *Bacillus Kochii*, e assim o caracterizou:

[...] micróbio que de preferência se desenvolve e reproduz naturalmente na economia animal, pois existe a temperatura constante de 30° à 40° C, em que evolui seus germe, cuja origem é exterior, provindo, porém, primitivamente do indivíduo tuberculoso; daí o axioma – tuberculo engendra.

Os poros do referido *Bacillus* conservam por muito tempo a propriedade germinativa, e, penetrando na economia, reproduzem o mal.

O leite e a carne de animais tuberculosos são causa também da transmissão deste mal.

A herança é outra causa constante da afecção que estudo aqui. (Idem. Ibidem, pp. 41-42)

Sobre a citação acima, convém apresentar algumas considerações. Quando Caminhoá apresentou o estudo no ano de 1890, Robert Koch no ano de 1882 já havia demonstrado que a tuberculose não devia ser atribuída ao “mau sangue” ou à “má hereditariedade”, nem a alimentos, mas sim a um organismo específico, o *Micobacterium tuberculosis*, e anunciou a identificação do bacilo, por meio da técnica da coloração. Também apresentou medidas preventivas para o combate à tuberculose, pois não se trata mais de algo indefinido, desconhecido, e sim de um parasita. (Nascimento, 2005, p. 116)

Retornando a análise do estudo, o médico informou que o tratamento da tuberculose pulmonar pode ser dividido em três tipos: sintomático, higiênico, e específico. O primeiro é paliativo, e não curativo. O segundo não ataca diretamente a causa do mal. E o terceiro, que não pode dispensar o segundo, ataca diretamente o bacilo de Koch, reconhecido como o produtor da moléstia.

Ele argumentou que diversos são os agentes microbicidas. Contudo, o mais eficaz é o gás sulfídrico, que é empregado em inalações, em injeções retais, e em ingestão, nas águas sulfurosas. O referido gás, sendo misturado ao carbônico, torna-se mais proveitoso ainda no tratamento da referida moléstia.

Em continuidade, Caminhoá comentou sobre a cidade do Araxá, na província de Minas Gerais, como um local que reunia as condições exigidas para o tratamento dos tísicos. Assim comentou:

No Araxá existem as condições todas exigidas para tratamento higiênico.

Os ares são puros pelas condições topográficas e geográficas, bem como pela abundância de vegetação, o local é protegido contra a impetuosidade dos ventos prejudiciais.

O leite e a carne, que constituem a base da alimentação dos tísicos, são aí excelentes e abundantes; podendo se estabelecer, portanto, o regime galatoterápico perfeito.

As condições de altitude (quase à 1000m) são preciosas.

Além disto, as águas minerais, que são a base do tratamento são excelentes. (Caminhoá, Op. cit., p. 59)

As seguintes moléstias, segundo o médico, são por aquelas águas reconhecidamente curáveis, e há muitos anos mencionadas pelos clínicos que as tem estudado. Dentre as moléstias informadas estavam: “Afecções do aparelho respiratório, a tísica pulmonar, as moléstias da pele, as dispepsias, as moléstias catarrais do estômago, intestinos, bexiga, útero e os engorgitamentos, das vísceras abdominais, especialmente as do útero, as areias e cálculos, etc...”. (Idem. Ibidem, p. 81)

Surpreendentemente, Caminhoá informou a tísica pulmonar! Digo surpreendente porque no ano de 1890 a cura da tuberculose ainda não tinha sido descoberta. Contudo, ele argumentou que não se pode assegurar que todas o sejam, “senão depois de feitas novas e mais rigorosas análises, e depois de montado o estabelecimento, em que se observem com exatidão os casos de cura real”. (Idem. Ibidem, p. 81)

A seguir, ele passou a tratar do emprego das águas minerais sulfurosas no tratamento da tuberculose.

De todos os meios aconselhados para o tratamento da tísica pulmonar, nenhum parece mais proveitoso, segundo o autor, do que o emprego das águas minerais sulfurosas ou alcalino-sulfurosas.

Caminhoá apresentou um resumo rápido das opiniões dos mais proeminentes especialistas. Observou que quem tem estado em cidades de águas na Europa conhece os fatos repetidos constantemente de “curas admiráveis de várias moléstias mencionadas como incuráveis; grande número dos quais atestados por clínicos especialistas, muitos de renome”. (Idem. Ibidem, p. 82)

A seguir o autor citou inúmeros especialistas que argumentam sobre as propriedades das águas sulfurosas de regiões da Europa, particularmente no tratamento da tuberculose pulmonar.

Dando sequência, o autor passou a mencionar estudiosos que provaram que as águas sulfurosas da composição das do Araxá são preconizadas no tratamento da tísica, e conseguiram mostrar a curabilidade da enfermidade pelas águas sulfurosas.

E, Caminhoá defendeu a cura da tuberculose por meio das águas de Araxá:

Fica evidentemente provado com opiniões acima de toda suspeita, e com fatos incontestáveis, que a tuberculose pulmonar é curável; principalmente pelos sulfurosos, e muito especialmente pelas águas minerais alcalino-sulfurosas. Ultimamente reconheceu-se, que a mistura do gás sulfídrico com o gás carbônico representa a mais importante medicação da tuberculose.

Ora, as águas do Araxá abrangem estes desideratuns; estudemo-las, pois, em particular; começando pela interpretação de sua ação fisiológica e terapêutica. (Idem. Ibidem, p. 89)

Em sequência, Caminhoá passou a comentar sobre a ação fisiológica e terapêutica das águas minerais do Araxá.

O médico-botânico argumentou que conhecida a composição química dos principais agentes destas águas minerais, pode-se

[...] com certeza determinar sua ação fisiológica e terapêutica; como nos ensina a ciência experimental: das observações clínicas de diversos colegas, alguns dos quais tem tomado àquelas águas, e por experiência própria, posso concluir que elas são excitantes de todas as funções. (Idem. Ibidem, p. 89)

E, prosseguiu:

Como provei as análises das águas do Araxá são sulfuro-alcalinas e bicarbonatadas sódicas. (...) Sua alcalinidade, e seus gases sulfídrico e carbônico seriam suficientes, para, com a riqueza em bicarbonatos e carbonatos sódicos e outros, explicar suas virtudes terapêuticas. (Idem. Ibidem, p. 90)

Caminhoá argumentou sobre a presença de alcalinos e de gás carbônico nas águas do Araxá, elementos importantes que atestam a ação terapêutica das referidas águas sobre diversas moléstias. E, sublinhou ainda: “As águas do Ara-

xá (...) são muito ricas em gás sulfídrico; sendo, além disto, as mais ricamente mineralizadas entre todas as daquele Estado”. (Idem. Ibidem, p. 91)

O cientista argumentou que não se encontra em parte alguma as condições reunidas como na cidade de Araxá. Daí o grande número de “casos de cura da tuberculose lá obtidos”. (Idem. Ibidem, p. 91) O médico-botânico chamou a atenção para a importância de se construir um estabelecimento de tratamento da tuberculose na cidade de Araxá pelas condições favoráveis à cura da doença. (Idem. Ibidem, p. 102) E apresentou alguns exemplos de indivíduos que contraíram tuberculose pulmonar e, como sugestão lhes foi indicado a ida para Araxá, para realizar tratamento com as suas águas, e obtiveram a cura da enfermidade. O autor mencionou também a cura de indivíduos acometidos por diversas outras enfermidades.

Na última parte do estudo, Caminhoá iniciou fornecendo informações sobre as utilidades industriais das águas minerais de Araxá.

Além do emprego medicinal das águas das diversas fontes do Araxá, informou o médico que há também o industrial, podendo ser utilizada para a fabricação de sabão, de remédios, comida para o gado, entre outras utilidades. Assim comentou sobre os usos daquelas águas:

[...] nelas se encontra matéria-prima abundante e excelente para o fabrico do sabão, tanto o comum, como o fino e o sulfuroso; este para usos da medicina humana e veterinária.

Os sais, que resultam da evaporação daquelas águas, têm igualmente variadas aplicações na indústria, drogarías, etc., para o fabrico de pastilhas, como as de Vicky, e para serem empregados em uso interno e externo longe das fontes, principalmente por seus carbonatos, bicarbonatos e sulfuretos alcalinos; além da exportação de suas águas engarrafadas, o que deverá constituir uma importante indústria.

[...] Lembro que aquelas águas podem ter uma outra aplicação industrial, e vem a ser a obtenção de seus sais para uso do gado, que com eles engorda muito, como já fiz ver; demais, o preço do sal comum é ali exagerado; portanto, há verdadeiro interesse e oportunidade na exploração desta outra fonte de rendas.

Não havendo, que me conste, dentro do chamado Triângulo mineiro, nem mesmo nas cidades paulistas vizinhas do Araxá uma fábrica de sabão, me parece que a exploração desta indústria começará por lá mesmo a dar grandes proventos, tanto mais quanto, a sua matéria-prima ali muito barata, e há grande abundância de soda.

Do exposto e justificado resulta que mais simples, mais fácil e mais barata não pode ser uma indústria.

A rocha ali chamada pedra de enxofre e á fluorina preciosa para a medicina e indústria dos vidros opacos e de luxo. (Idem. Ibidem, pp. 115-119)

Por toda a obra de Caminhoá, como nesse estudo, visualizamos a preocupação do autor em fornecer as utilidades dos produtos do mundo da natureza. (Varela, 2021, p. 42-49) E no caso de análise estão as águas da cidade de Araxá. Essa preocupação deixa transparecer que a utilidade é a vértebra da sua concepção de ciência. Por ciência útil compreendemos o conjunto de matérias que possibilitariam a solução ou a transformação da realidade vivida até então. Ele acreditava que o papel da ciência não se restringia ao processo de conhecimento, transcendia-o, pois tinha o poder de transformar a sociedade. Ele procurava tornar público os conhecimentos que produzissem meios de combates às doenças, possibilitassem a introdução de novos cultivos, permitissem tornar certos produtos mais baratos, contribuíssem para a preservação da natureza, entre outros.

Em seus trabalhos, a ciência tem como função social resolver problemas. A utilidade é a espinha dorsal da sua concepção de ciência. Esta encontra-se a serviço do homem, da sociedade. Para ele, a ciência é prática, aplicada, deve ajudar a resolver os males que imperam na sua sociedade. A sua função era semear idéias úteis pela sua sociedade.

O pragmatismo e o utilitarismo são duas características presentes na prática científica do botânico Caminhoá. Contudo, tais atributos não foram exclusivos da Ilustração brasileira. As ciências naturais de perfil baconiano, em sua essência, pressupunham a utilidade e o bem-estar dos homens. Para Francis Bacon, a história natural era uma forma de investigação destinada a registrar o conhecimento do mundo para o uso e o aperfeiçoamento da humanidade. (Varela, 2009, p. 42)

Repousando na tradição baconiana, e reforçada pela tradição que criou a Royal Society de Londres, em consonância com o advento de uma Filosofia Natural e Experimental triunfante, baseada nos *Principia* e na *Opticks* de Isaac Newton, a partir da segunda metade do século XVII emergiu um novo tipo de conhecimento que poderia ser “aplicado” às necessidades da população, principalmente no âmbito da produção material. Conforme salientou Soares (2021, p. 27), passou-se a cultivar de forma ampla e irrestrita “a ideia de que as forças da natureza, objetiva, mecânica e matematizada, “poderiam ser colocadas a serviço da humanidade, proporcionando-lhe bem-estar e reduzindo-lhe o fardo do trabalho”.

Ainda seguindo os argumentos de Soares (2021, p. 27), a ideia de um “Conhecimento útil e aplicado”, relacionado às necessidades das atividades industriais e ao bem-estar da população, tornou-se um dos mais importantes aspectos da Ilustração na Inglaterra do século XVIII. Uma verdadeira fascinação pelo “Conhecimento útil e aplicado caracterizaria o movimento ilustrado britânico, deixando assim transparecer a sua mentalidade prática. E, o interesse pelo conhecimento filosófico-científico aplicado e experimental iria ser cultivado por diversos segmentos sociais, em especial os professores independentes e/ou itinerantes que começaram a ministrar cursos de Filosofia Natural e Experimental. Estes agentes contribuíram para fomentar um crescente interesse pelo “Conhecimento Útil e Aplicado”, e a divulgar o Newtonianismo. (Idem. Ibidem, p. 31)

E será na direção da procura da utilidade que o estudo da natureza convergirá nos séculos XVIII e XIX, firmando-se assim a crítica à curiosidade e ao conhecimento diletante. (Kury; Camenietzki, 1997, p. 24) Museus, jardins botânicos, academias científicas, espaços universitários e coleções tomaram o lugar dos gabinetes de curiosidades e dos jardins consagrados exclusivamente ao deleite aristocrático. A História Natural que se estabeleceu nas instituições europeias, por exemplo, nas francesas da última década do século XVIII e início do XIX, era marcada por forte utilitarismo. (Kury, 2001, p. 142-3)

No contexto da virada do século XVIII para o XIX, na chamada Crise do Antigo Regime Português, no âmbito do reformismo ilustrado, diversos homens de ciência, ou melhor, os naturalistas, tinham como uma das características do seu trabalho científico o utilitarismo e o pragmatismo. Dentre

eles encontram-se os irmãos Andradas, e muito deles publicavam seus estudos nas páginas do jornal *O Patriota*, publicado no Rio de Janeiro em 1813 e 1814, periódico que se inseria no universo da imprensa das Luzes, no qual a utilidade deveria ser a base das ciências. (Varela, 2009; 2016; Kury, 2011; Fonseca, 1999)

Tal característica também se encontrará na atividade dos homens de ciência do Império do Brasil, ao longo do oitocentos. Ademais, revela o quanto esses estudiosos estavam atualizados com a História Natural Moderna, que em sua essência era pragmática e utilitária. Como salientou Maria Odila da Silva Dias,

Traço de continuidade ainda mais significativo a unir os cientistas práticos dos fins do século XVIII à geração dos românticos brasileiros e a penetrar pelo século XIX afora é a sobrevivência de uma inclinação pragmática, que se exprime no culto as ciências e aos conhecimentos úteis: dedicavam-se à busca consciente e pragmática dos instrumentos da nova nacionalidade. (Dias, 1968, p. 82)

Por sua vez, Bhering & Maio (2011, p. 82) analisaram as relações entre ciência e agricultura. Os dois autores argumentaram como no Brasil do oitocentos, as práticas científicas foram subvencionadas pelo Estado Imperial e se vincularam a objetivos aplicados e, em especial, às necessidades da agricultura agroexportadora escravista. No âmbito do Ministério da Agricultura, Comércio e Obras Públicas (MACOP), criado no ano de 1860, foram intensos os investimentos em institutos e atividades de pesquisa. Tal fato deixa transparecer “o interesse do Estado Imperial do Segundo Reinado em atividades científicas aplicadas com vistas a interesses econômicos”. (p. 692) Portanto, o caráter pragmático e utilitário das ciências se manteria ao longo de todo o Império, seja por meio das atividades dos cientistas, como Joaquim Monteiro Caminhoá, ou no âmbito das instituições. A concepção de uma ciência concebida como atividade prática se fez presente.

Considerações finais

A produção científica elaborada pelo médico-botânico Joaquim Monteiro Caminhoá deixa transparecer a sua contribuição para o processo de

emergência e consolidação das ciências naturais no Brasil imperial. No estudo, ele se preocupou em estudar as águas de Araxá e a sua aplicabilidade no tratamento da tuberculose.

Caminhoá apresentou as suas considerações com base “no testemunho fidedigno de antigos e modernos médicos e naturalistas e em estudos próprios”. Ele argumentou que, desde a antiguidade, as águas minerais são consideradas fontes de riqueza e de prosperidade. E que quanto mais ricas em sais, mais úteis são para a medicina e indústria. Sublinhou que as do Araxá, localizadas no oeste da província de Minas, foram descobertas há pelo menos meio século. Informou ainda que as águas minerais do Araxá surgem “de fendas de uma vasta lagoa de mármore, sendo captadas por natureza”, e caracterizam-se por ser “sulfo-alcalinas, bi-carbonatadas, sódicas, ricas em sais; predominando os bi-carbonatos e carbonatos e sulfuretos, além dos gases sulfídrico e carbônico.” (Idem. *Ibidem*, p. 120) Sublinhou que “estas fontes são as mais ricamente mineralizadas do Brasil.” (Idem. *Ibidem*, p. 121) E, argumentou ainda que elas são comparáveis às da fonte Source-Vieille, das Euaux-Bonnes (em França), “tanto por seus efeitos no tratamento da tuberculose e em outras enfermidades, como por sua composição e propriedades”. (Idem. *Ibidem*, p. 121)

Caminhoá apresentou a premissa central do estudo: “É errônea a asseveração de ser incurável a tuberculose pulmonar”. Argumentou que os estudos práticos e experimentais dos médicos e naturalistas estão de acordo com a seguinte proposição do sábio Georges Octave Dujardin-Beaumetz (1833-1895): “A tuberculose é curável em todos os seus períodos”. (Idem. *Ibidem*, p. 121)

Caminhoá argumentou que no local das fontes do Araxá encontram-se reunidos todos os elementos para a cura da tuberculose. Dentre as características do local podemos mencionar ar puro; clima temperado e constante, quase 1000 metros acima do nível do mar; solo seco; abundância de belos mananciais rodeados de florestas virgens; alimentação das mais reparadoras, láctea e de carne excelente; tem copiosamente gás sulfídrico que, além da microbicida poderoso, ativa rapidamente o apetite aos enfermos em pouco tempo, e bem assim o gás carbônico.

O cientista informou que as águas de Araxá são importantes para o tratamento das seguintes moléstias, como são suas congêneres européias:

das vias respiratórias (inclusive a tuberculose); escrofulose e suas conseqüências; linfatismo e enfartamento das glândulas; dermatoses diversas, principalmente de origem parasitária; reumatismos, nevralgias, catarros gastro-intestinais, vesical, uterino e outros; atonia dos estômago e dos intestinos, e dispepsias; cálculos e areias vesicais e renais; sífilis constitucional; gomas, osteítes e periostites, principalmente as de origem específica; úlceras crônicas e atônicas; raquitismo e outras alterações dos ossos; atrofia muscular; obesidade; diabetes.

Além dos usos médicos e da exportação das águas conveniente engarrafadas, Caminhoá informou que elas fornecem útil e abundante matéria-prima para várias indústrias, como a fabricação do sabão de soda. Ao se preocupar em informar as utilidades das referidas águas, Caminhoá deixou transparecer o utilitarismo como uma característica da sua atividade científica.

E, para finalizar, recuperamos os argumentos de Dantes (1988), Figueirôa (1997), e Lopes (1999) sobre o processo de institucionalização das ciências.

De acordo com Dantes (1988, pp. 266-267) e Figueirôa (1997, p. 24), por institucionalização entende-se o processo de construção de uma prática e de um discurso científico que requerem um conjunto de medidas de implantação, desenvolvimento e consolidação das atividades científicas num determinado espaço-tempo histórico. No caso em questão, estamos tratando de um cientista que atuou no contexto do Brasil Império, sobretudo no período da segunda metade dos oitocentos, atuou em espaços estatais como a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e produziu de forma ativa, como esse estudo que por ora analisamos. No referido espaço discutiu com seus pares questões médicas e botânicas que se faziam presentes naquele contexto social mais amplo.

O processo acima referido não se restringe meramente às análises funcionais das instituições científicas, mas também a todas as possibilidades de realização de investigação e divulgação das pesquisas científicas. Um museu, uma revista, um artigo, uma viagem de exploração, são da mesma forma espaços institucionais, embora apresentem características diversas e específicas. (Lopes, 1999, p. 217-218)

E, Caminhoá, por meio do referido estudo que analisamos, deu a sua contribuição para o referido processo de emergência e consolidação das ciências naturais no Império do Brasil.

Referências

Texto de Joaquim Monteiro Caminhoá

CAMINHOÁ, J. M.. **Estudo das águas minerais de Araxá comparadas às congêneres de outras procedências, curabilidade da tuberculose pulmonar pelas ditas águas. Memória lida perante a Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, em sessão de 8 de maio de 1890.** Rio de Janeiro: LAEMMERT, 1890.

Artigos, Livros e Teses:

BHERING, M. J.; MAIO, M. C.. Ciência, positivismo e agricultura: uma análise do Ministério da Agricultura, indústria e comércio na Primeira República. **Varia História**, v. 27, 2011, p. 689-709.

DANTES, M. A. M.. Fases da Implantação da Ciência no Brasil. **Quipu**, v. 5, n. 2, maio-agosto de 1988, p. 265-275.

DIAS, M. O. da S.. Aspectos da Ilustração no Brasil. **Revista do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro**, v.278, janeiro-março de 1968, p. 284-355.

FIGUEIRÔA, S. F. de M.. **A formação das ciências geológicas no Brasil: uma história social e institucional.** São Paulo: HUCITEC, 1997.

FONSECA, M. R. F. da. Luzes das Ciências na Corte Americana. **Anais do Museu Histórico Nacional**, Rio de Janeiro, v. 31, pp. 81-106, 1999.

KURY, L. B.; CAMENIETZKI, C. Z.. Ordem e Natureza: Coleções e Cultura Científica na Europa Moderna. **Anais do Museu Histórico Nacional**, v. 29, p. 57-85, 1997.

KURY, L. B.. Entre utopia e pragmatismo: a História Natural no Iluminismo Tardio. In: SOARES, L. C.. (org.) **Da revolução científica à big (business) science.** São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: EDUFF, 2001, pp. 87-122.

KURY, L. B.. A Ciência útil em O Patriota (Rio de Janeiro, 1813-1814). **Revista Brasileira de História da Ciência**, v. 4, n. 2, pp. 115-124, julho-dezembro de 2011.

LOPES, M. M.. Aspectos da Institucionalização das Ciências no Brasil, no Século XIX. **Quipu**, v. 12, n. 2, mayo-agosto de 1999, p. 216-230.

NASCIMENTO, D. R. do. **As pestes do século XX**. Tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

SOARES, L. C.. **Newtonianos no Mercado**: dos Primeiros Professores Universitários aos Professores Independentes e/ou Itinerantes de Filosofia Natural e Experimental na Inglaterra do Século XVIII. Rio de Janeiro: Editora 7 Letras, 2021.

VARELA, A. G.. **Atividades Científicas na “Bela e Bárbara” Capitania de São (1796-1823)**. São Paulo: Annablume, 2009.

VARELA, A. G.. A divulgação do saber científico no Império do Brasil: a seção de ciências do periódico *Minerva Brasiliense*. In: NEVES, L. M. B. P.; GUIMARÃES, L. M. P. (org.) **Minerva Brasiliense**. Leituras. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2016.

VARELA, A. G.. Joaquim Monteiro Caminhoá: um médico ilustrado do Império do Brasil, 1858-1896. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, v. 26, n. 1, 2019, p. 335-345.

VARELA, A. G.; VIEIRA, G.; PEREIRA, J. M. R. (org.). **Um botânico no Império do Brasil: a trajetória de Joaquim Monteiro Caminhoá (1858-1896)**. Rio de Janeiro: Quártica, 2021.

Esta obra foi composta utilizando-se as famílias
tipográficas Minion Pro e Segoe UI.
É permitida a reprodução parcial desta obra, desde que citada a
fonte e que não seja para qualquer fim comercial.

Serra, ES
2026

