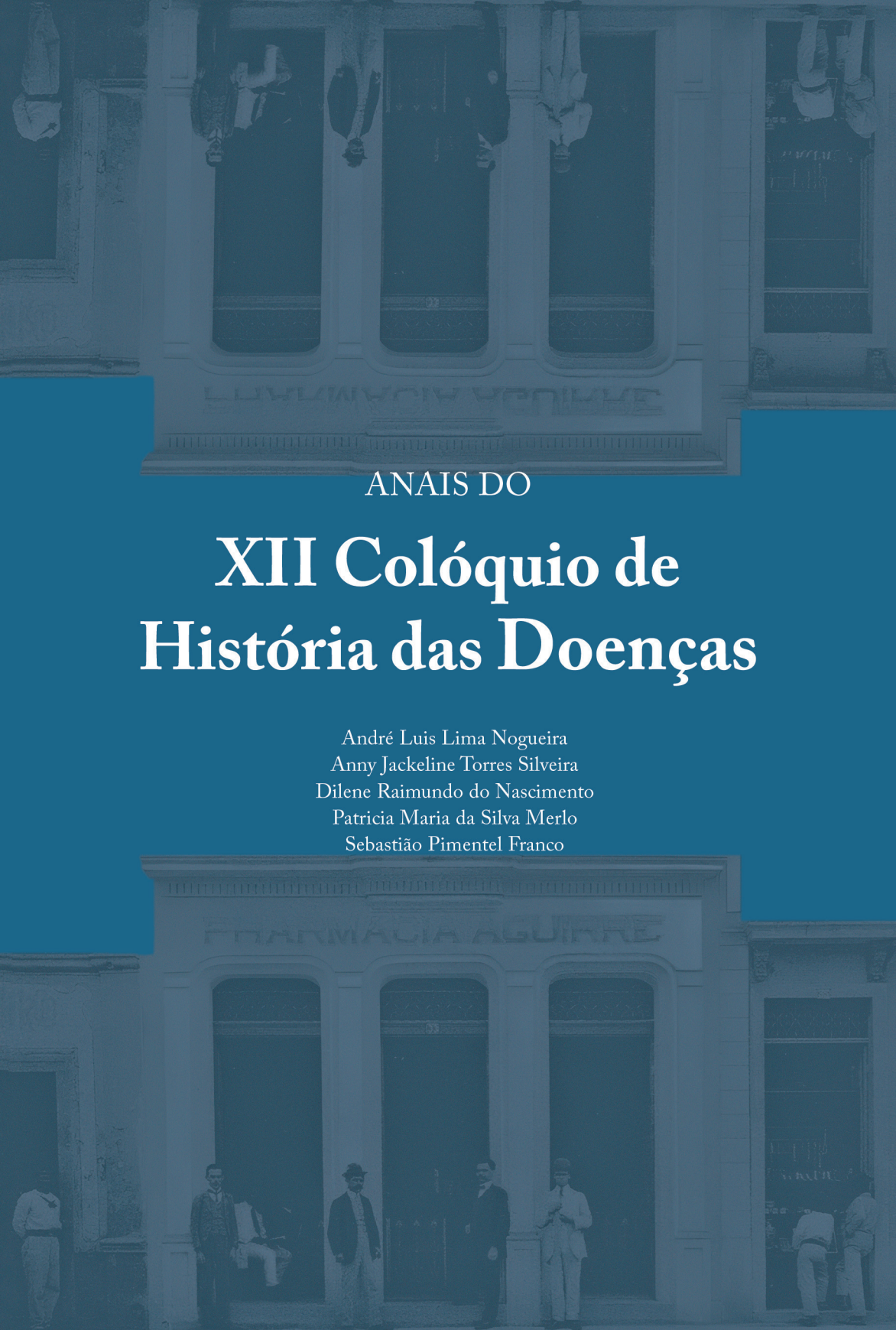




ANAIS DO

XII Colóquio de História das Doenças

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

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

Anais do XII Colóquio de História das Doenças

Realização:



Apoio:



Serra, 2025.



Identidade Editorial

Rua Gonçalves Dias, 270, Praia da Baleira, Serra - ES. CEP.: 29172-694.

www.identidadeeditorial.com.br

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), 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).

Editoração e projeto gráfico: Lucas Onorato Braga

Revisão e padronização: De responsabilidade exclusiva dos autores.

Todos os direitos reservados. A reprodução de qualquer parte da obra, por qualquer meio, sem autorização da editora, constitui violação da LDA n° 9.610/98.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

A532 Anais do XII Colóquio de História das Doenças / André Luis Lima Nogueira, Anny Jackeline Torres Silveira, Dilene Raimundo do Nascimento, Patrícia Maria da Silva Merlo e Sebastião Pimentel Franco (orgs.) – Serra: Identidade Editorial, 2025.
564 p.: il.

ISBN: 978-65-83537-00-3

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.

CDU: 616

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

Anais do
XII Colóquio de História das Doenças



Serra, 2025.

Sumário

Apresentação | 09

“Uma paixão é uma doudice momentânea”: Ribeiro Sanches e a Dissertação sobre as paixões da Alma (1753) | 11

Anny Barcelos Mazioli

Avanços e desafios do acesso de pessoas trans e travestis ao Sistema Único de Saúde | 29

Luciene Carla Corrêa Francelino

Vozes silenciadas: o hiv, o etarismo e as peças publicitárias | 55

Fabiola Ferreira da Silva

O papel do algodão na Revolução Industrial e suas implicações para a saúde pública na Inglaterra: possibilidades de pesquisa na Plataforma *Old Bailey* | 66

Carlla Luísa Alves Côrtes

A participação ativa da sociedade civil na fundação do primeiro hospital em Cachoeiro do Itapemirim (ES) | 82

Márcio Gomes Damartini

Por um estudo da saúde e das doenças: endemias, pandemias e epidemias nos livros didáticos da História | 102

Yuri Gondim Carneiro da Cunha e Janaina Maria Pereira Sousa da Silva

O uso das plantas do Brasil a partir dos relatos de Luís Gomes Ferreira contidos no Erário Mineral (1735) | 126

Laura Pereira Teixeira Luiz

Observar, identificar e tratar: primeiras indagações sobre a ocorrência do bebibéri na ferrovia Madeira-Mamoré (1907-1912) | 159

Thais Teixeira do Nascimento

As fontes da história da imigração italiana para o Espírito Santo e seus usos pela historiografia: a saúde dos imigrantes em perspectiva política | 177

Tiago de Araujo Camillo

Teresina Febril: A história da cidade a partir das doenças (1861-1879) | 198

Antonio de padua da Silva Pereira Filho e Teresinha de Jesus Mesquita Queiroz

Memórias sobre a Casa de Saúde do Rio Maina em Criciúma/SC: os testemunhos “subterrâneos” de familiares | 223

Maria Clara Ramos Zortéa e Michele Gonçalves Cardoso

A memória da saúde como patrimônio universitário: contribuição do acervo do Centro de Memória da Medicina da UFMG para a história sífilis no Brasil | 242

Gabriella Carolyna Alves Vieira e Ráisa Mendes Fernandes De Souza

SESP - Rio Doce - Cooperação e negociação Internacional para controle e prevenção da malária linha abaixo - 1942-1948 | 266

Luíza Maria de Castro Augusto Alvarenga

A crença religiosa no poder miraculoso dos elementos naturais: experiências do Cariri cearense no século XIX | 293

Maria Vitória Ribeiro de Sousa

Fontes documentais para História das Doenças no Oitocentos: Os relatórios de Epidemias do Fundo IHIG/ES | 315

Margarete Farias de Moraes e Sebastião Pimentel Franco

O tratamento aos doentes de lepra em Itanhenga/ES | 333

Jackeline Meira Faria

Trombose e o despertar do ano 2000: mulheres, saúde e História | 355

Joyce Kelly de Souza Silva

Impactos das transformações no mundo do trabalho sobre a saúde dos/as professores/as | 383

Marcia Almeida Machado

A filha da casa: Dalila, louca ou institucionalizada? | 414

Igor Morais da Silva

Considerações sobre a descrição de doenças e a construção de territorialidades no Atlântico português (1650-1750) | 432

Bernardo Manoel Monteiro Constant

“A petição das mulheres de Londres” e “A resposta dos homens”: o debate sobre as noções medicinais do café na capital inglesa do século XVII | 448

Ricardo Gonçalves Rodrigues Filho

O Hospital Colônia de Itanhenga e o contexto de isolamento compulsório no Espírito Santo entre 1937 e 1962: um estudo sobre sociabilidades e vivências de internados | 461

Hícaro Rassele Rodrigues

Num estado de “clima relativamente bom”: a questão climática na terapêutica da tuberculose na Paraíba (1934-1940) | 484

Rafael Nóbrega Araújo

“Estragados por uma vida irregular”: aspectos sobre a saúde e as doenças na Parahyba do Norte durante a seca de 1877-1880 | 516

Rayane de Lima Brasil

Mulheres da comunidade cigana de Ibitaré, maternidade, parto e puerpério | 531

Polyana Aparecida Valente e Emilly Thayenne Cirilo Da Silva

Apresentação

Com alegria apresentamos mais uma publicação oriunda dos nossos Colóquios de História das Doenças: os anais dos textos apresentados nas mesas de leitura crítica do XII Colóquio, realizado em formato híbrido e sediado na Universidade Federal do Espírito Santo entre os dias 1 e 2 de outubro de 2024. Optamos, uma vez mais, pelo formato digital em razão da democratização e alcance desse tipo de publicação.

O Colóquio já possui uma estrada bem pavimentada como fórum de referência no intercâmbio científico entre os pesquisadores locais e os de outras universidades brasileiras. O evento é organizado pelos Programas de Pós-Graduação em História da UFES, da UFOP, da UFMG e o Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz.

Como uma das principais marcas do nosso evento temos a exposição e troca de saberes de diversas instituições, pesquisadores e temas de pesquisa pertinentes aos estudos das doenças e suas práticas de curar, bem como seus impactos políticos, sociais, culturais. Realidade que pode ser atestada nas páginas que seguem, com temáticas que abordam desde as dificuldades na formação escolar via ensino remoto no contexto da pandemia de covid-19 aos registros de óbitos no contexto da epidemia de cólera que assolou diversas províncias imperiais no Brasil do oitocentos, entre outros temas.

Enfim, esperamos que essas páginas suscitem mais trocas e discussões para o campo e que venham os próximos encontros.

Boa leitura!

Os organizadores.

“Uma paixão é uma doudice momentânea”: Ribeiro Sanches e a Dissertação sobre as paixões da Alma (1753)

Anny Barcelos Mazioli¹

O contexto

Ao longo do século XVIII, houve um processo de transformação do olhar médico sobre o comportamento humano. Com as novas teorias médicas, o campo da medicina abandonou a visão mecanicista cartesiana, que separava corpo e mente, ao adotar abordagens mais holísticas, como o animismo e o vitalismo. A nova medicina buscava compreender a relação entre corpo e alma, as paixões e as emoções, e como esses elementos poderiam influenciar as pessoas. O corpo passou a ser visto como o meio pelo qual o indivíduo se relacionava com o mundo e não apenas como o invólucro carnal da alma.

Em continuidade com as teorias médicas antigas, a saúde permanecia sendo vista como um fruto do equilíbrio, mas o equilíbrio entre corpo e mente passou a ser um domínio disputado entre diferentes campos do saber. Antes as paixões estavam relacionadas à

1 Doutoranda em História em regime de cotutela entre a Universidade Federal do Espírito Santo e a Universidade de Coimbra. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. Além disso, a CAPES por meio do PDSE está financiando um período da aluna de doutorado no Centro para História das Emoções da Universidade Queen Mary of London.

alma, ao domínio da teologia e do clérigo, ou também ao domínio do direito, por causarem comportamentos considerados prejudiciais à vida comum (Freitas, 2012b, p. 1). Com os novos conhecimentos neurológicos, a medicina passou a disputar espaço nesse debate. Iniciando o que Paulo José Silva chama de “Psicofisiologia das paixões”, ao analisar a obra “*Medicina Theológica*” de Francisco de Melo Franco. Essa expressão alude a como as paixões seriam capazes de gerar alterações na condição orgânica do indivíduo, e ao mesmo tempo poderiam ser causadas por distúrbios físicos, de forma recíproca e relacional (Silva, 2008). Portanto, o médico deveria ser capaz de manejar as emoções a fim de restabelecer ou manter a saúde de uma forma holística, abarcando tanto o físico quanto o emocional (Freitas, 2012b, p. 4-5).

Dessa maneira, podemos afirmar que os sentidos eram considerados fundamentais para a experiência humana e sua educação era vista como essencial para a saúde e a felicidade das populações. Por isso, ao perceber essa interação holística entre o corpo e a alma, a medicina se expandiu para a esfera moral, buscando explicar o comportamento humano através de fatores biológicos e psicológicos, a fim de contestar a ortodoxia moral e religiosa característica do Antigo Regime e propor uma visão mais laica e racional do homem, abrindo caminho para uma visão mais humanista e individualizada do ser humano. No contexto português, a nova medicina foi utilizada para questionar as estruturas de poder e as ideias tradicionais, contribuindo para o desenvolvimento do pensamento iluminista no país.

De acordo com Roseline Rey (1993, p. 25) Essa emergência de uma disciplina das paixões, dos sentidos e da conduta moral dos indivíduos como jurisdição do discurso médico levou a um discurso higiênico cada vez mais voltado para a esfera pública, nos moldes de

uma “polícia médica”.

O autor

António Nunes Ribeiro Sanches ficou conhecido como um importante proponente da reforma do ensino em Portugal², ocorrida durante o período pombalino. Nascido em 1699 em Penamacor, região da Beira Baixa em Portugal, Sanches foi um médico humanista, pedagogo e filósofo que consta nos anais da História como um importante expoente da cultura intelectual da Europa das Luzes. Sanches era de origem judaica e, apesar de sua família ser cristã-nova, ele mesmo se identificava como judeu e praticava os ritos judaicos em segredo, o que fez com que sua vida fosse marcada pela perseguição religiosa e pela censura inquisitorial.

Apesar de ter iniciado seus estudos médicos na Universidade de Coimbra, Ribeiro Sanches recebeu o título de doutor em medicina pela Universidade de Salamanca em 1724. Cristão-novo, Sanches deixou Portugal ainda jovem e nunca mais regressou. Pode-se dizer

2 A Reforma dos estatutos da Universidade de Coimbra a que nos referimos aqui, aconteceu em 1772. Esta, “[...] levada a cabo no tempo do monarca Dom José, contou com o apoio do Marquês de Pombal e do reitor de então, o Bispo e reformador D. Francisco de Lemos de Faria Pereira Coutinho” (BANDEIRA, 1992, p. 3). A chamada Reforma Pombalina de 1772 estava conectada ao movimento das Luzes e ao Experimentalismo por ele proposto e possibilitou o início de outra fase na história da Universidade de Coimbra, pois além de renovar as bases estruturais da universidade trouxe projetos científicos “condizentes com o avanço que se fazia sentir um pouco por toda a parte, sem perder de vista a vocação humanística que sempre a caracterizava” (BANDEIRA, 1992, p. 3). Ao longo do período de criação das Universidades os textos utilizados na faculdade de medicina eram os de Hipócrates, Galeno, Constantino o Africano, alguns tratados árabes e sobretudo o Cânon de Avicena (BANDEIRA, 1992, p. 9). Em contrapartida, no período final da Modernidade o avanço científico e as novas correntes de pensamento “trouxeram consigo uma forte movimentação intelectual, a que foram sensíveis entre nós *Jacob de Castro Sarmiento, António Ribeiro Sanches e Luís António Verney*, entre outros”⁵² (BANDEIRA, 1992, p. 15).

que Sanches fez uma peregrinação por grandes centros intelectuais da Europa: Gênova, Montpellier, Bordeaux, Londres, Holanda, São Petersburgo e Paris. Na Holanda, foi discípulo de Boerhaave, tendo sido recomendado por este para atuar como médico do Exército russo. Ao exercer essa função alcançou tanto prestígio que foi nomeado o médico pessoal da czarina Ana Ivanovna (1693-1740). Em 1739, foi nomeado membro da Academia de Ciências de São Petersburgo e da Academia de Ciências de Paris. Anos depois, se afastou da Corte russa por intrigas políticas, partindo para Paris. Na França, estabeleceu importantes relações com os intelectuais franceses da época, os iluministas (Conceição, 2017).

O autor alcançou tamanho sucesso entre os cientistas das luzes, que foi convidado por Diderot e D'Alembert para contribuir com uma das obras do enciclopedismo. Mediante tamanho prestígio, o próprio Marquês de Pombal pediu para que Sanches ajudasse a desenvolver a reforma do ensino em Portugal. Sendo assim, grande parte de sua obra tem um caráter pedagógico. Também sua correspondência é de grande valor, pois dialogou com importantes nomes de seu tempo, mesmo que não seja considerado uma figura central do Iluminismo. E, mesmo distante, Sanches permaneceu colocando o reino de Portugal entre seus principais focos de estudo. Iluminista, Sanches esteve engajado em reformar a sociedade lusa a partir da divulgação da filosofia natural reformada que ajudaria a promover o fortalecimento do poder régio em detrimento do poder da Igreja (Freitas, 2012, p. 10).

Entre suas obras de caráter pedagógico destacam-se *Cartas sobre a educação da mocidade*, publicada em 1760 e *Metodo para aprender a estudar a Medicina*, de 1763. Entre os escritos médicos destacam-se também o *Tratado da conservação da saude dos povos*, de 1757, e a

Dissertation sur l'origine de la maladie vénérienne, pour prouver que ce mal n'est pas venue d'Amérique, de 1778. Em especial, para os propósitos do presente capítulo faz-se importante a *Dissertação sobre as Paixões da Alma*, de 1753.

A obra: *Dissertação sobre as paixões da alma* (1753)

De acordo com Ricardo Freitas (2012b, p. 4), não há maiores informações sobre a irradiação de algumas dessas obras iluministas nos círculos intelectuais ilustrados portugueses da época, bem como sobre a sua influência nas reformas do ensino português. A obra que trataremos aqui foi produzida como uma missiva em 1753, mas só foi publicada na França, quatro anos após a morte do autor, em 1787. Nela, o médico português aborda as origens das paixões da alma e descreve como suas variações afetam a fisiologia humana. A principal tese de Sanches é a justificação de como o tratamento das paixões da alma deveria ser um legítimo objeto da medicina, visto que para si somente o médico seria capaz de compreender as relações entre o corpo e a moral do indivíduo (Freitas, 2012a, p. 10-11).

Sendo assim, apesar de dizer que poucos médicos consideram as paixões da alma como objeto da Medicina, Sanches salienta que é de saber universal que as paixões eram as causas de muitos males e até mesmo da morte. O autor argumentava que mesmo que o leitor acreditasse que esta era uma matéria alheia à medicina, mudaria de opinião ao perceber os efeitos das paixões da alma e, por conseguinte, “quanto pertence o seu conhecimento tanto moral como físico ao médico prático”. Citando filósofos e médicos da Antiguidade como Pitágoras, Demócrito e Empédocles, deixava claro que para conservar a saúde do corpo, deveria reger-se inclusive o ânimo. Tal premissa constitui a medicina baseada na Higiene, no regramento do

cotidiano. Também nesta matéria, Sanches acusa a Idade Média e a hegemonia do clero de terem atrapalhado a prática médica: “depois que os médicos cristãos viram que os teólogos tomaram à sua conta esta parte, pouco a pouco largaram esta incumbência a que eram obrigados depois dos primeiros médicos e filósofos” (Sanches, 1753, p. 1).

Sanches mostra como o corpo e suas expressões estavam ligados aos sentimentos, ao apontar as reações de um homem pacato ao sofrer uma injúria:

cara vermelha, carrancuda, os olhos em fogo, por todos os membros em *acções* desordenadas, treme, espuma, o coração palpita, o pulso é *trémulo* e desordenado, o estômago não digere os alimentos, todas as secreções se perturbam e este estado é o que se chama doença (Sanches, 1753, p. 1).

Ao abordar o imperscrutável vínculo existente entre o “corpo e a alma”, Sanches citou as mulheres grávidas, que possuíam um ânimo vário e extravagante, que não tinham forças para pensar com tranquilidade sobre o que não fosse o que lhe afligiam, muitas vezes tendo febre, delirando e extravagando. Também a *atrabílis* (humor melancólico) é mencionado como algo que transforma, confunde e perturba a parte inteligente da mente humana (Sanches, 1753, p. 1).

Para além dessas concepções, há as explicações acerca do funcionamento do corpo. Nelas Sanches cita o sistema circulatório e os nervos: “São os nervos que saem da medula oblonga que é o mesmo que o remate do cérebro e do cerebelo. Como o coração é o princípio e o fim das artérias assim aquela medula oblonga é o princípio e o fim dos nervos e dos seus efeitos” (Sanches, 1753, p. 2). Dessa maneira, sobre os nervos e suas conexões o autor destaca:

Há nervos que servem para ver, ouvir, causar sede: há nervos que servem para dar gosto, *titilados* brandamente fazem uma sensação agradável; os mesmos roçados e esfregados fazem dor; os mesmos tratados mais rudemente até quase ao último grau da sua jurisdição causam dor violentíssima. Mas há nervos que tocados rudemente mesmo na sua polpa jamais causam dor. Os nervos do par oitavo, e intercostal que se distribuem ao coração, diafragma, ventrículo, duodeno, fígado, até [a]o mesentério, tocados nas suas polpas ou fins aonde se terminam não causam dor, causam ansiedades, aflição, tormento, inquietação. Todos sentem e todos transmitem ao sensorio comum, de donde na[s]ceram, a sua sensação. Mas cada sensação é diferente [:] a sensação de ver é diferente daquela de ouvir; a sensação de gostar é diferente daquela do tacto [:] esta diferente daquela da ansiedade e assim do resto. Aqui tem VM como os meninos percebem as primeiras impressões dos objectos que entram pelos ouvidos (Sanches, 1753, p. 3).

Esses excertos demonstram que Ribeiro Sanches bem como, possivelmente os portugueses, estavam a par da teoria nervosa. No entanto, curiosamente, ainda nessa página, Sanches aborda as raízes divinas e teológicas sobre as paixões da alma: “A todo o vivente implantou o Altíssimo aquele sumo desejo de conservar-se e de produzir seu semelhante. Estes desejos são a origem de todas as paixões da alma” (Sanches, 1753, p. 3). Para Sanches as sensações e impressões sensoriais estariam ligadas ao princípio da imitação, dizendo que apenas por ver um “epiléptico, uma mulher histérica, uma hemorragia, um homem vesgo, caíram muitos nestes males. [...] *mulher histérica* vista por outras no tempo do insulto que lhes comunicara a mesma enfermidade” (Sanches, 1753, p. 4, *grifo nosso*). Mas no que se refere às paixões da alma, Sanches as define como advindas dos apetites criados pelo homem:

Todas as paixões d'alma são actos repetidos do mesmo ob-

jecto agradável ou desagradável. [...] Se correremos pelas sensações de todas as paixões, acharemos que é necessário que o homem tenha primeiro todas as sensações impressas no sensorio comum que lhe são agradáveis para a sua conservação, ou desagradáveis porque lhe causarão a sua destruição, para romper ou manter movimentos vigorosos que lhe chamamos paixões da alma (Sanches, 1753, p. 5).

Tendo abordado algumas paixões que, segundo Sanches, dependem do sensorio comum e são totalmente materiais, Sanches passa a abordar as paixões que afetam a alma:

o homem dotado de razão é o que compara as sensações presentes com as passadas, que combina as qualidades de uma com outra. Deste modo a alma produz conceitos ou ideias, enuncia, e explica este conceito por muitas palavras que chamamos julgar e discorrer; [...] novas que são tantas combinações ou conceitos abstractos das sensações do sensorio comum. Ali verá a luxúria refinada, a ambição, a avareza, a superstição, a vaidade de viver na memória dos homens depois de morto e por último chorar a morte dos que amou como se injustamente o autor da natureza lhes tirasse a vida. Tantas mais ideias ou conceitos adquirimos semelhantes aos referidos, tanto pela educação como pela força das leis políticas às quais estamos sujeitos tanto que começamos a discorrer, tanto maior matéria teremos para cair em mil paixões da alma que não conhecem os animais (Sanches, 1753, p. 6).

Assim, as paixões estavam ligadas às elaborações humanas de suas sensações e sentimentos. Mas para Sanches algumas paixões representavam malefícios, pois fazem viver uma “vida contenciosa, e turbulenta” e poderiam levar até mesmo homens “racionais à sepultura”. Como dito acima, Sanches considerava que uma paixão é uma “doidice momentânea”, pois estados violentos de amor ou cólera ocupavam e deprimiam tanto a alma que não seria possível pensar em outra coisa, pensar o passado ou o futuro. A alma deprimida pelas

paixões chegaria a perder “a faculdade de julgar e às vezes também de querer”. Assim, uma paixão da alma se equiparia a um estado de doença em que “são todas as forças reunidas no sensorio comum e que se distribuem ao diafragma e a todos os nervos” (Sanches, 1753, p. 6-7).

Apesar de discorrer sobre a explicação das paixões de Galeno, Sanches considera a explicação de Varrão, que era muito parecida com a definição de Francisco da Fonseca Henriques³ por estabelecer uma relação com o tempo. Nos ateremos aqui à definição de dor emocional e medo de Sanches:

[...] a dor do ânimo que nós chamamos do coração e os latinos *agritudo* é quando o ânimo está tão deprimido pelo mal presente que não pode pensar noutro objecto. A dor pela morte da cousa amada se chama o *planto* ou luto. A dor que sentimos pelo aumento de quem não amamos com paixão chamamos inveja. A dor que sentimos pela miséria alheia, misericórdia. Por haver cometido *acções* contra a consciência penitência. A dor e a tristeza que sentimos por não achar remédio à ideia do mal que nos ocupa desesperação; a dor da perda ou da ausência do objecto amado saudades. O medo produz aquela ideia triste que percebe mal o futuro ou impendente. [...] Se for súbito então tememos, arrepia-se todo o corpo e os cabelos, a circulação vem lânguida, todo o corpo se encolhe e se faz todo o movimento de circunferência para o centro. O medo da moléstia que acompanha o trabalho é a preguiça. [...] O medo de cometer *cousas* injustas ou deso-

3 Ver a quinta sessão do sétimo capítulo da obra *Âncora medicinal para conservar a vida com saúde*, escrito por Francisco da Fonseca Henriques, médico formado na Universidade de Coimbra (SILVA, 2008, p. 126, 127). Esta constitui uma importante versão portuguesa do gênero regime de viver, publicada no século XVIII. Nela Henriques escreve sobre as “paixões da alma” e traz um resumo da doutrina antiga da causa e da dinâmica das paixões. Para o autor, paixões da alma são “movimentos e impulsos do ânimo”, basicamente, movimentos da alma desencadeados pela apreensão de objetos considerados bons ou maus, presentes ou futuros. Estes podem ser divididos em quatro tipos principais: gosto, ira, tristeza e medo. Se faz interessante notar como o autor percebe o *tempo* como um fator na geração de sentimentos.

nestas se chama *vercundia* ou vergonha. O medo que temos de ser convencidos pelas más ou injustas *ações* que cometemos é o que chamamos pejo ou pudor; ambos se mostram pela cara vermelha e olhos baixos e por falta ânimo. O medo que incertamente nos representa o dano ou do corpo ou da reputação e com tristeza e aflição, se chama suspeitas. Nesta classe entram aquelas paixões dos zelos, terror, pavor, horror e superstição (Sanches, 1753, p. 7-8).

Além disso, Sanches adota a percepção física de Galeno acerca dessas paixões: além da dor, a transpiração diminui, o pulso fica lânguido, o corpo se encolhe e seca, a memória vacila, o juízo se torna confuso, o discurso impedido e a respiração variam. Para o autor, existiam sensações hereditárias que advinham de experiências vividas ainda durante a gravidez, além disso, “há temperamentos naturais ou adquiridos pelo modo de viver e de doenças que incitam o ânimo a produzir mais facilmente umas paixões do que outras” (Sanches, 1753, p. 8).

A “boca do estômago” é onde primordialmente sentimos uma emoção desagradável ou não, funcionando como um “ponteiro que indica o estado do nosso pensamento, triste ou alegre, contente ou descontente”. Quando uma pessoa sente uma forte dor, estando aflita, com medo, tristeza ou outra paixão violenta as funções vitais se alteram e passa-se a sentir um peso, uma ânsia como um inchaço na boca do estômago. Sanches atribuiu esse sentimento aos nervos localizados no diafragma. Ainda no texto de Sanches se associa a tristeza e o medo a estados hipocondríacos ou histéricos, a constituições e nervos delicados e a desordens nos estômagos que fazem sentir flatulência, dores de cabeça, ansiedades, convulsões e constipação. O autor chega a mensurar que a causa de uma histeria vitalícia pode estar em uma paixão violentíssima, principalmente durante a menstruação.

Quando paixões desse teor ocorrem, destroem o princípio senciente e movente, levando a morte ou a catalepsia, mania e melancolia por toda a vida (Sanches, 1753, p. 9). Sustos, tristezas e terrores eram tidos como possíveis causas de cancros.

É importante notar que Sanches aborda a paixão da “desesperação da salvação”. Chamada também de superstição e falsa devoção, essa inquietação do ânimo, poderia causar todos os males do cérebro depois da vertigem e até apoplexia completa. Esse conceito assemelha-se ao de melancolia religiosa que aparece na *Encyclopédie*⁴.

Curiosamente, Sanches também fala de casos de cura por paixões violentas, dizendo que na falta de outros tratamentos mais adequados pode-se utilizar o manejo de emoções como “medo, tristeza, sustos e horror para curar fluxos de sangue, paralisias, hérnias, hidrofobias, manias e febres intermitentes” (Sanches, 1753, p. 11). Sanches divide as paixões em dois grupos, o primeiro se relaciona às que relaxam e enfraquecem o sistema nervoso, ordinariamente contrárias à nossa conservação, que causam uma morte acelerada. Já o segundo grupo é composto por paixões que podem vir a curar, pois “vem para a nossa conservação quando são moderadas. [...] conservam a vida. São a alma da Sociedade e da perpetuidade do género humano”, estas

4 A *melancolia religiosa*, segundo *De Jacourt*, é fruto “da falsa ideia de que a religião proíbe os prazeres inocentes, e que apenas ordena aos homens que os salvem com jejum, lágrimas e contrição de coração. Essa tristeza é uma doença do corpo e do espírito, que procede do desarranjo da máquina, dos medos quiméricos e supersticiosos, dos escrúpulos infundados e das falsas idéias que se tem da religião. Os que são atacados por esta doença cruel consideram a alegria como partilha de réprobos, os prazeres inocentes como ultrajes feitos à divindade, e as mais legítimas doçuras da vida como uma pompa mundana diametralmente oposta à salvação eterna (DE JACOURT, in: *ENCYCLOPÉDIE*, 1765, p. 308, *tradução nossa*). Nessa concepção, o purismo religioso levaria a uma visão equivocada da realidade, de pensamentos auto-condenatórios, levando a um estado de doença melancólica.

são o contentamento, a alegria, a amizade, a escandescência e a esperança (Sanches, 1753, p. 13).

As paixões moderadas e felizes deveriam ser administradas no início da melancolia, pois quando a pessoa já estiver dominada pelo humor melancólico, seria preciso “curar o corpo porque existindo estes humores melancólicos já acres e podres incitam as ideias mais tenazes do amor, das suspeitas, zelos e desesperação” (Sanches, 1753, p. 16).

Sanches retomou sua longa descrição dos nervos e sua conexão com as sensações e atribuiu as variedades de sensações gratas ou ingratas à diversidade de humores geradas no corpo pelas enfermidades, relacionando-as aos nervos localizados nas vísceras (Sanches, 1753, p. 21). Sanches ainda cita o sistema nervoso, mas em nenhum momento diz que a comunicação entre os nervos se dá por impulsos elétricos. Fazendo parecer que estava arraigado na teoria humoral ou em princípio de diálogo com a teoria mecanicista. Ademais, cita autores que trazem relatos de casos de melancolia baseando-se na teoria humoral⁵ e salienta que “todos aqueles vícios dominantes que temos que não dependem só da má criação nem do costume. Dependem, na verdade, da boa ou má conformação do corpo e do estado dos nossos humores” (Sanches, 1753, p. 22).

Na opinião de Sanches essa parte da medicina que versa sobre as paixões da alma tinha a necessidade de ser ressuscitada de forma que renascesse a doutrina filosófica da Grécia com a de Asclepiades,

5 “Um homem extremamente melancólico, temendo dia e noite as almas dos defuntos que o atormentavam, vive continuamente entre religiosos de vida exemplar. Morre por último. Acha-se-lhe todo o fígado negro, duro, e o bote do mesmo tão mole como se fosse edematoso” (SANCHES, 1753, p. 21).

“Uma mulher colérica com extremo, enquanto vivia [era] melancólica. Morre, faltava-lhe o baço, a cor da pele de todo o corpo era quase negra.” (SANCHES, 1753, p. 22)

de Areteu da Capadócia e do médico romano Galeno de Pérgamo (Sanches, 1753, p. 22). Nota-se que nesse aspecto e momento, dez anos antes de escrever o texto da reforma do curso de medicina que tanto condena a medicina galênica, Sanches não tinha uma opinião tão contrária aos textos de galeno. No entanto, cita ter lido casos de paixões da alma em Boerhaave (Sanches, 1753, p. 22), mostrando que já estava em contato com a teoria mecanicista.

É preciso ressaltar um trecho que versa sobre delírios femininos advindos do útero:

Já em outro lugar disse o que observou Hipócrates nos males das donzelas antes dos primeiros mênstruos (de virginium morbis)[;] quando se tem gerado tanta quantidade de sangue que é supérfluo à nutrição, a natureza se esforça para expulsá-lo pelas artérias do útero[;] estas resistem, então o sangue recua e acomete o diafragma e logo imediatamente à cabeça, ou com delírio às vezes amoroso ou fatuidade. [...] Já vimos os efeitos que faz o amor intenso nos ovários. Vimos também quando as partes genitais estão túrgidas, com muito sangue, como agitam todo o sensório comum. *Quantas queixas históricas* acompanhadas de tão várias e extravagantes paixões da alma, dependem do estado são ou enfermo dos ovários, do útero e das tubas falopianas. Todas estas partes estão tão tecidas de nervos que nelas se terminam que é cousa admirável aquele sumo consenso entre o útero e o sensório comum ou origem dos nervos. Os sintomas se mostram no diafragma em todo o seu domínio que são as vísceras[;] ali se observam angústias, dificuldade de respiração, náuseas, vômitos, flatos, borborigmos, cólicas, fluxos de urinas brancas como água, todos estes efeitos procedem daquela sensibilidade dos nervos. Os reborantes, dieta, a propriedade[de] de jornadas e vida alegre, são os remédios destas queixas (Sanches, 1753, p. 23, *grifo nosso*).

Estes comentários acerca das doenças emocionais femininas estão em diálogo tanto com a teoria humoral quanto com as novas teorias nervosas da época. É interessante notar como o mal estar

mental e o delírio feminino são atribuídos ao fluxo uterino e ao sistema reprodutor. Sanches faz algumas menções às possíveis estratégias para se curar os males da alma: pela dieta, por diferente modo de viver, fazendo mudar de clima, destruindo o fim dos nervos que estejam causando algum mal ao cérebro. Existe outro modo de curar que é mudar diretamente a ideia “doida” por uma sensação violenta nascida no fim dos nervos, mas esta é uma cura temporária pois ao não alterar os humores melancólicos, logo retornam-se os delírios.

Sanches cita autores antigos que atribuíram os sintomas da melancolia “ao humor melancólico que reside nas artérias e veias que estão debaixo do diafragma até às veias e artérias ilíacas” e diz que enquanto esses vasos sanguíneos não estiverem limpos dos humores nocivos, sempre desordenariam a alma. Sendo assim, o autor parece ser adepto da teoria humoral ao afirmar que os humores ofendem o fim dos nervos, que se comunicam com o diafragma, depois ao se comunicar com o cérebro causa males e ao dizer que para a efetiva cura dos doentes seria preciso purgar “todos os humores antigos” e se reparar “por outros feitos com esta nova dieta⁶” (Sanches, 1753, p. 22, 23).

Mas nas proposições seguintes demonstra que suas afirmações se baseiam em experimentação e observação dos corpos de pessoas mortas sob a influência dessas doenças:

Se aquelas desordens de cérebro foram só precedidas pelos humores ainda que degenerados, facilmente os podíamos curar. Mas desgraçadamente na mania, na melancolia antiga e outras paixões da alma inveteradas, acham-se as partes fel[;] acham-se cirro[s] no cerebello, no pâncreas, intestino duodeno, no fígado, e nas glândulas do mesentério acham-se

6 “A dieta vegetal, comendo só ervas e raízes. Leite, frutos maduros, mel, com água pura e pão, comidos por muito tempo, fazem cair em um[a] diarreia[;] os enfermos” (SANCHES, 1753, p. 24).

esteatomas, ateromas, abcessos dentro do cérebro, na pia e *duramadre*, no fígado, no intestino duodeno, cólon e mesentérico (Sanches, 1753, p. 24).

O autor cita o uso de remédios purgativos no tratamento de doenças nervosas, que visavam mudar todo o curso dos humores e, em contraponto, diz que “Nós hoje usamos de salivação nos casos *aonde* é necessário mudar todos os humores” (Sanches, 1753, p. 24). Apesar de descrever os nervos, a impressão que o texto de Sanches passa é que ainda não se sabia do funcionamento destes a partir de impulsos elétricos. A teoria humoral ainda é considerada extremamente valiosa nos casos de melancolia e o tratamento de males considerados dos nervos passa pelo equilíbrio dos humores e da anulação dos efeitos da *atrabile* no corpo dos doentes. De todo modo, Sanches se coloca como escritor de ideias novas ao dizer ao final: “quero conter-me para que não ofenda a quem não está inteirado dos verdadeiros princípios da Física e da Metafísica” (Sanches, 1753, p. 24), ou seja, parecem ser novos para a época os princípios que regem tal escrito.

Ao citar diferentes autores de diversas teorias médicas, tanto modernos quanto antigos, Sanches faz uso de uma estratégia retórica. Demonstra utilizar a racionalidade moderna, sem preconceitos contra outros sistemas médicos, mas ao expor ideias da tradição hipocrático-galênica sem exercer uma crítica, apresenta-se como um mero compilador de escritos. Dessa maneira é difícil vincular este tratado a alguma das teorias médicas que disputavam hegemonia no século XVIII. De forma característica da intelectualidade ilustrada, Sanches parece considerar irrelevante a filiação teórica, “diante da plausibilidade dos fenômenos observados na natureza, pois acreditava-se que tal plausibilidade era atemporal, e, portanto, válida compor para novas explicações” (Freitas, 2012a, p. 119-120).

Considerações transitórias

António Nunes Ribeiro Sanches, figura proeminente do Iluminismo português, nos apresenta em sua *Dissertação sobre as paixões da alma* uma visão complexa e inovadora sobre a relação entre corpo e mente. Ao situar-se na interseção entre a medicina, a filosofia e a teologia, o autor tece um intrincado tecido de conhecimentos, buscando compreender as origens e os efeitos das paixões humanas.

A obra de Sanches revela uma tentativa de conciliar as antigas teorias humorais com as novas concepções sobre o sistema nervoso, resultando em uma abordagem eclética e multifacetada. Ao explorar a influência das paixões sobre a fisiologia humana, o autor contribui para a construção de uma medicina mais holística, que considera tanto os aspectos físicos quanto os emocionais da saúde. A *Dissertação* reflete o espírito da época, marcada por uma busca incessante por uma explicação racional para os fenômenos naturais e humanos. Sanches, ao investigar as paixões da alma, não apenas contribui para o desenvolvimento da medicina, mas também se insere em um debate mais amplo sobre a natureza humana e a relação entre indivíduo e sociedade.

Ao combinar elementos de diferentes teorias, Sanches mostra como naquele período aconteciam muitos debates acerca do funcionamento do corpo humano e novas teorias disputavam espaço com teorias mais antigas e tradicionais. Dessa forma, Sanches demonstra grande erudição e flexibilidade intelectual. Outra marca da obra é como por meio dela percebe-se a recente importância dada à observação e à experiência, haja vista que o autor valoriza a experiência e a observação dos fenômenos naturais como a base de suas teorias.

Além de seu argumento central, a *Dissertação sobre as paixões da alma* destaca-se por propor um modelo inovador para a vida in-

telectual portuguesa. Sanches busca integrar a física e a moral, alinhando-se a debates médicos europeus contemporâneos. Ao criticar o mecanicismo, ele se conecta à efervescência intelectual ilustrada, propondo uma ‘medicina política’ que visa controlar a ordem social por meio da saúde. Essa perspectiva médica, que minimiza o papel da religião e do direito, atribui à medicina o poder de definir a culpabilidade individual e moldar o comportamento humano. As ideias de Sanches antecipam as discussões do século XIX sobre a natureza da mente, a sensibilidade e o papel dos médicos na sociedade, demonstrando a influência das inovações discursivas na medicalização do comportamento humano.

Sanches explora a relação entre corpo e mente e a interconexão entre processos físicos e mentais, contribuindo para a construção de uma visão mais laica e holística do ser humano, servindo para pensar a sua relação com a vida em sociedade. Por isso, pode-se dizer que a obra reflete as preocupações de sua época, como a busca por uma vida mais saudável e feliz, e a importância da educação para o desenvolvimento individual e social. Em suma, a *Dissertação sobre as paixões da alma* de António Nunes Ribeiro Sanches é um testemunho do dinamismo intelectual do século XVIII e um marco importante na história da medicina e da filosofia.

Referências

Documentos

SANCHES, António Ribeiro. **Dissertação sobre as paixões da alma** (1753). Porto: Domingos Barreira, 2003.

Obras de apoio

BANDEIRA, Ana Maria Bandeira (coord.). **BOLETIM DO AR-**

QUIVO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. Vol. XI e XII. Arquivo da Universidade de Coimbra, 1992. [Introdução e Reforma dos estudos].

CONCEIÇÃO, G. C. **Evidências da circulação de conhecimento filosófico-natural sobre o Brasil em um manuscrito de 1763 de António Nunes Ribeiro Sanches**, 2017. p. 519-533.

FREITAS, Ricardo Cabral de. **O físico e o moral na dissertação sobre as paixões da alma (1753) de Antonio Ribeiro Sanches (1699-1783)**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2012a.

FREITAS, Ricardo Cabral de. A psicofisiologia de Antonio Ribeiro Sanches (1699-1783): a Dissertação sobre as paixões da alma. In: **Encontro Regional da ANPUH - RJ**. 2012b.

REY, Roseline. Hygiène et souci de soi dans la pensée médicale des Lumières. In.: **Communications.**, n.56., p.25-39, 1993.

SILVA, Paulo José Carvalho da. **A psicopatologia entre a alma e os nervos: a Medicina Theologica (1784) de Francisco de Melo Franco**. Filosofia e História da Biologia, v.3, pp. 335-345, 2008.

Avanços e desafios do acesso de pessoas trans e travestis ao Sistema Único de Saúde

Luciene Carla Corrêa Francelino¹

Este artigo é parte integrante de uma pesquisa de doutorado em andamento, que busca analisar os desdobramentos do racismo e da transfobia no cotidiano de mulheres trans e travestis que residem na cidade de Cachoeiro de Itapemirim/E. S, no período de 2022-2023. Neste texto apresentaremos um dos desafios enfrentados por esta população no acesso ao Sistema Único de Saúde, tanto para tratamentos de saúde específicos, como para adequar seus corpos à identidade de gênero com a qual se identificam. A terapia hormonal, a prótese mamária e a cirurgia de readequação genital, são alguns dos recursos ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Mas são muitos os obstáculos que essa população enfrenta para acessar tais serviços, por isso muitas delas recorrem a automedicação e ao silicone industrial, que podem comprometer drasticamente a saúde física e mental, podendo levar à morte.

1 Professora da Educação Básica. Doutoranda em História pela Universidade Federal do Espírito Santo com a pesquisa: Violência e racismo no cotidiano de mulheres trans e travestis em Cachoeiro de Itapemirim/E. S (2022-2023). Contato: lucienecarla20@hotmail.com.

Introdução

Em virtude do preconceito e falta de informação, mulheres trans e travestis sofrem diversas formas de violências. Quando nos referimos a mulheres trans e travestis, estamos falando de pessoas que nasceram com o sexo biológico masculino, mas que se reconhecem no gênero feminino. É comum a utilização do termo guarda-chuva, transgênero, para identificar todas as pessoas que destoam das normas binárias de gênero impostas pela sociedade. Os termos mulheres trans e travestis são utilizados para falar de pessoas que foram identificadas como homens pelo sexo de nascimento, mas que em um determinado momento de suas vidas se reconheceram enquanto identidades femininas e transitaram do gênero masculino para o feminino (JESUS, 2012).

Gênero é uma construção cultural, social e histórica utilizada como categoria para analisar as relações sociais entre homens e mulheres. Nesta perspectiva, discursos, médicos, religiosos e jurídicos, legitimaram essas diferenças, atribuindo como naturais os papéis sociais que são impostos a homens e mulheres, naturalizando as diferenças sociais como determinantes da natureza feminina e masculina. Transformando as diferenças biológicas em desigualdades sociais e favorecendo a dominação das mulheres pelos homens ao longo da história (BUTHER, 2003).

O presente estudo tem como fonte primária o relato de oito mulheres trans e travestis residentes em Cachoeiro de Itapemirim, sendo quatro negras e quatro brancas. Os relatos foram coletados através de entrevista semiestruturada. Boni e Quaresma (2022) asseveram que entrevistas neste formato permitem que as pessoas entrevistadas tenham mais liberdade em relatar suas histórias de vida, porque as perguntas têm a finalidade de nortear a conversa, deixando

a pessoa discorrer sobre o tema de forma autônoma. Através de autodeclaração as entrevistadas informaram suas identidades de gênero e cor/raça. Seis delas se autodeclararam mulheres trans e duas travestis. Em relação a cor/raça, são quatro negras e quatro brancas.

É importante enfatizar que as interlocutoras desta pesquisa serão mencionadas a partir de nomes fictícios, em virtude do compromisso de preservar a identidade das entrevistadas e a confidencialidade que são requisitos essenciais para pesquisas envolvendo pessoas, sobretudo de grupos que estão sujeitos a estigmas, discriminações e preconceitos, como é o caso das mulheres trans e travestis. Os nomes fictícios fazem referência a transexuais e travestis que são símbolo da luta e resistência contra todas as formas de opressões, sobretudo as transfóbicas.

A primeira interlocutora deste estudo é uma travesti negra de 38 anos de idade que chamaremos de Érika, em referência a Érika Hilton, primeira deputada federal travesti eleita no Brasil pelo estado de São Paulo. A relação entre as duas tem a intenção de destacar a importância da atuação da Érika, que compõe nossa pesquisa, na defesa dos direitos das pessoas trans e travestis tanto em Cachoeiro como no estado do Espírito Santo. Ela possui ensino superior incompleto e trabalhou mais de 20 anos na área da beleza.

A segunda interlocutora desta pesquisa é uma mulher trans negra de 24 anos de idade que denominaremos de Linn, em alusão à cantora Linn da Quebrada, que tem uma trajetória de superação na luta contra um câncer e também para ser respeitada como pessoa trans na família e sociedade. A relação que fazemos entre elas tem o intuito de destacar a resiliência da nossa Linn, que enfrentou diversos desafios ao longo da vida. Estudou apenas até o 3º ano do ensino fundamental, abandonou a escola em virtude da transfobia

que sofreu e aos 16 anos começou a se prostituir e usar drogas. Passou um longo período nas ruas até que começou a frequentar um terreiro de candomblé, onde obteve auxílio para recomeçar a sua vida. No momento da entrevista relatou que está trabalhando como atendente em uma lanchonete e sonha em retomar os estudos.

A terceira interlocutora é uma travesti branca de 33 anos de idade que receberá o pseudônimo de Lisa, uma alusão a Lisa Gomes que até o momento da realização deste trabalho, é a única travesti repórter da tv aberta no Brasil. Ela é a estrela do TV Fama da Rede-TV, as matérias que produz são polêmicas e divertidas. Nossa Lisa tem ensino médio incompleto e apesar de possuir diversos cursos na área de marketing, secretariado e informática, nunca conseguiu um emprego de carteira assinada, e trabalha como cabelereira autônoma. É divertida, extrovertida e chama atenção por onde passa em virtude de sua beleza.

A quarta interlocutora deste estudo é uma mulher trans branca de 29 anos de idade que denominaremos de Elbe, em alusão a Lili Elbe, dinamarquesa nascida em 1882, considerada a primeira pessoa transgênero a passar por procedimentos cirúrgicos de “mudança de sexo” (termo utilizado na época) em 1931. Nossa Elbe é professora efetiva da rede pública e durante a pandemia de Covid-19 conseguiu fazer a retificação dos documentos e a cirurgia de readequação genital². Ela permaneceu trabalhando na mesma escola após a transição.

A quinta participante é uma mulher trans negra de 41 anos de idade que receberá o pseudônimo de Ariadna, em alusão a Ariadna Arantes, primeira mulher trans a participar do reality show Big Brother Brasil, exibido em 2011 pela rede Globo de televisão. A similari-

2 Cirurgia que tem a finalidade de adequar o órgão sexual da pessoa trans à sua identidade de gênero. É uma cirurgia em que o órgão sexual de nascença é modificado, para se adequar à identidade de gênero pela qual a pessoa se reconhece.

dade entre ambas se estabelece em virtude da capacidade de criarem estratégias diante de situações inusitadas. Ariadna, participante desta pesquisa, possui ensino médio completo e no momento da entrevista relatou que estava concluindo o curso técnico de enfermagem. Ela relatou que sua maior preocupação é conseguir ser contratada em uma unidade hospitalar após a conclusão do curso.

A sexta interlocutora desta pesquisa é uma mulher trans branca de 30 anos de idade que chamaremos de Roberta, em alusão a Roberta Close, inspiração para mulheres trans e travestis nas décadas de 1980 e 1990, principalmente após realizar a cirurgia de readequação genital em 1989. A correlação entre elas, visa demonstrar a resiliência da Roberta que compõe este estudo, diante das barreiras impostas pela transfobia. Em virtude das violências que sofreu no ambiente escolar entrou em depressão e abandonou os estudos, mas conseguiu concluir o ensino médio através do ENCEEJA (Exame Nacional para Certificação de Competências de Jovens e Adultos), e recentemente se formou em psicologia. Roberta trabalha em uma clínica hospitalar. Ela fez a cirurgia de readequação genital aos 19 anos de idade.

Nossa sétima interlocutora é uma mulher trans branca de 21 anos de idade que recebe o pseudônimo de Maria Clara, em alusão a Maria Clara Spinelli, atriz premiada internacionalmente, que faz parte do elenco principal da novela *Elas por Elas* da Rede Globo. A correspondência entre elas tem a finalidade de destacar o quanto a trajetória da nossa Maria Clara é importante para outras mulheres trans e travestis. Ela concluiu o ensino médio e sonha em ingressar em um curso superior. Trabalhou como panfleteira e relatou que durante um período de sua vida teve a sensação de estar sendo mantida em cárcere privado, pela dona de um salão de beleza. Atualmente

trabalha em home-office como representante de atendimento Call Center em uma empresa de telefonia.

A oitava participante deste estudo é uma mulher trans negra de 31 anos de idade que possui ensino superior incompleto, chamaremos de Dani Balbi, em alusão a primeira mulher trans eleita deputada estadual no Rio de Janeiro, e também a primeira professora trans da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). A correlação entre as duas tem a intenção de enfatizar a força e resignação da Dani que integra nossa pesquisa, em lutar para realizar o seu sonho de retomar os estudos e concluir a graduação. Por volta dos 15 anos de idade começou a performar o feminino através de roupas e adereços, foi quando iniciou o processo de hormonização por conta própria. Aos 17 anos teve a oportunidade de trabalhar em um salão de beleza onde adquiriu habilidades para atuar neste ramo. Mas uma das exigências do empregador foi que voltasse a usar trajes masculinos, ou seja, no ambiente de trabalho deveria demonstrar ser um homem gay. Como precisava muito do emprego interrompeu temporariamente o uso de hormônios e voltou a performar o masculino. Além de atuar na área da beleza, trabalhou como babá e cuidadora, mas nunca teve um emprego de carteira assinada.

O pré-requisito para participação neste estudo é que a pessoa se reconheça como mulher trans ou travesti, maior de 18 anos e com residência em Cachoeiro de Itapemirim. Nossa pesquisa está em conformidade com as determinações da Resolução nº 466/12 e a Resolução nº 510/16, as quais determinam que as pesquisas envolvendo seres humanos sejam submetidas a apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para que após aprovação tenha início a coleta de dados. Este estudo foi aprovado em setembro de 2023, através do Parecer Consubstanciado nº 6.294.11

Devido a transfobia³ existente na sociedade, mulheres trans e travestis têm direitos fundamentais negados. Em geral, essas violações de direitos têm início na família, na escola e se estendem ao mercado de trabalho. De acordo com Andrade (2012) a maioria dessas mulheres são expulsas de casa ainda na adolescência. Em virtude dos padrões binários de gênero, a escola se torna um espaço hostil para elas, pois, ir ao banheiro, ser chamada pelo nome em conformidade com o gênero com o qual se identifica e circular com segurança no ambiente escolar é algo raro e muitas vezes motivo de disputas e conflitos. Por isso, a maioria delas não consegue completar a Educação Básica. A inserção no mercado de trabalho também é um processo difícil, porque esses corpos dissidentes não se encaixam nos padrões de empregabilidade impostos pela sociedade.

Para tentar se adequar aos padrões de feminilidade, essa população precisa utilizar recursos médicos para realizar a transição de gênero. A terapia hormonal, a prótese mamária e a cirurgia de readequação genital, são alguns destes recursos, que são ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A motivação que conduz esta população a procurar esses procedimentos é vivenciar um corpo em conformidade com a identidade de gênero com a qual se identificam, mas também pode estar relacionada a práticas de coerção social. Nesta perspectiva, mulheres trans e travestis que procuram tais procedimentos, podem fazê-lo como forma de enquadramento aos padrões dominantes de feminilidade. Alcançar esse ideal de beleza e feminilidade pode produzir aceitação, passabilidade⁴ e estabilidade

3 Preconceito, aversão e discriminação contra pessoas transexuais ou transgênero em virtude de sua identidade de gênero. Esse tipo de aversão pode ser materializada através de violência psicológica, física e moral. Para maiores informações sobre o assunto acessar: PODESTÀ, Lucas Lima. Ensaio sobre o conceito de transfobia. **Revista Periódicus**, v.1, n. 11, mai.-out., 2019.

4 É a capacidade que uma pessoa trans tem de passar despercebida, de não ser

econômica e social.

A longa fila de espera para realização desses tratamentos, colabora para que mulheres trans e travestis busquem procedimentos estéticos clandestinos, como o uso de silicone industrial que resultam muitas vezes em tragédias e redução da expectativa de vida dessa população. A legislação deveria avançar a fim de tornar mais célere os procedimentos estéticos e cirurgias de readequação genital, reduzindo a exigência de acompanhamento psicológico de dois anos, um tempo extremamente longo se levarmos em conta o tempo de espera na extensa fila do SUS. O processo de transição de mulheres trans e travestis, seja de natureza hormonal ou cirúrgica, é apenas uma das muitas necessidades relacionadas à saúde que essas pessoas podem apresentar. Frequentemente os atendimentos são atravessados por diversos estigmas, principalmente os relacionados à infecção por HIV ou possíveis efeitos colaterais relacionados ao processo de transição, como o uso de hormônios sem orientação médica ou silicone industrial. (Jarrín, 2024).

Este estudo pretende destacar as conquistas de mulheres trans e travestis aos recursos de transição de gênero ofertados pelo SUS, e os desafios para a efetivação dessas políticas. Constatamos junto às interlocutoras deste estudo que o desrespeito ao uso do nome social⁵ impacta de forma significativa as suas vidas, em relação ao acesso à saúde. O constrangimento em virtude do desrespeito ao nome social, o preconceito e a transfobia, são fatores que afastam pessoas trans e travestis dos serviços de saúde, favorecendo a automedicação e a não percepção de que necessitam de cuidados médicos. Das oito entrevistadas cinco relataram que utilizaram ou ainda utilizam hormônios sem

identificada como transexual. No caso das mulheres trans e travestis, quanto mais próximas do universo feminino, mais passabilidade essas pessoas têm. Isso afeta de forma significativa a aceitação ou não de pessoas trans nos espaços sociais, sobretudo em uma sociedade transfóbica.

5 Nome pelo qual pessoas trans e travestis reivindicam serem chamadas. Este nome é condizente com a identidade de gênero de tais pessoas, em contraste com o nome contido no registro civil.

prescrição médica e quatro delas injetaram silicone industrial em seus corpos, a fim de se tornarem mais femininas. Neste artigo, abordaremos os desafios enfrentados por mulheres trans e travestis para acessar os serviços de saúde.

A construção do corpo trans/travesti

Embora a despatologização das identidades trans tenha ocorrido em 2022, através da retirada desta do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e da elaboração da CID-11, o acesso da população trans às técnicas de modificações corporais e cirúrgicas ainda adota protocolos patologizantes. A medicina enxerga o corpo de mulheres trans e travestis como um corpo doente, e busca “o verdadeiro transexual” proposto por Harry Benjamin nos anos 1950. De acordo com o endocrinologista e sexólogo, o verdadeiro transexual deveria sentir abjeção pelo seu órgão sexual masculino, e o único mecanismo para a cura da transexualidade seria a cirurgia de readequação genital, denominada na época de cirurgia de “mudança de sexo”. Atualmente, para que uma pessoa tenha acesso a este procedimento cirúrgico é preciso enfrentar um severo protocolo que exige diagnóstico que comprove a disforia ou incongruência de gênero. E pelo menos dois anos de atendimento com psicoterapeutas. Além disso, é preciso que todos os profissionais envolvidos no diagnóstico concordem entre si (OLIVEIRA; SPRUNG, 2022).

Para acessar o processo transexualizador, seja por meio da terapia hormonal, procedimentos cirúrgicos de próteses e até a cirurgia de readequação genital, mulheres trans e travestis precisam provar que são, o que dizem ser. Nesse sentido, Rocon *et al.* (2019) destacam que essas pessoas precisam performar o feminino e adequar o seu discurso como forma de convencer a equipe multidisciplinar. Entre-

tanto, é importante mencionar que existem muitas maneiras de performar o feminino, nem todas as mulheres cisgênero⁶ são vaidosas e se apresentam com as unhas pintadas, maquiadas e hiper arrumadas. Mas, se as trans e travestis desejam pleitear as modificações corporais ofertadas nos sistemas de saúde, precisam aprender a forma “correta” de performarem o feminino, a fim de serem aprovadas. E se não possuírem recursos para que a depilação esteja “em dia”, ou que a indumentária seja convincentemente feminina correm o risco de não acessarem os serviços esperados.

Além disso, o incômodo ou sofrimento com a aparência ou órgão sexual masculino, costuma ser um termômetro em relação aos laudos médicos. Dessa forma, ainda que a transexualidade e a travestilidade não constem mais nos manuais de doença mental, a condição de patologia ainda se inscreve de forma subjetiva nos laudos para garantir as transformações corporais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) o conceito de saúde consiste em um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas na ausência de doenças. Mas, muitas vezes, o sofrimento que pessoas trans e travestis experienciam está estreitamente relacionado a questões sociais relacionadas à transfobia, preconceito e falta de acessos básicos, e menos ao desconforto com o órgão sexual (OLIVEIRA E SPRUNG, 2022).

Em virtude da complexidade do acesso às transformações corporais ofertadas pelo SUS, muitas dessas mulheres iniciam a hormonização por conta própria e utilizam os serviços de “bombadeiras”, que geralmente são trans e travestis mais experientes, detentoras de conhecimentos específicos sobre aplicação de silicone industrial no

6 Mulheres que nascem com o sexo biológico feminino e possuem a identidade de gênero também feminina.

corpo de outras trans, com a finalidade de deixar o corpo mais feminino. O silicone industrial pode ser aplicado em diversas partes do corpo, como: seios, nádegas, quadril, pernas e rosto (PELÚCIO, 2007).

Em geral, a utilização de técnicas clandestinas e sem acompanhamento de profissionais capacitados acontece pela dificuldade em acessar o processo transexualizador nos equipamentos de saúde. Na cidade de Cachoeiro de Itapemirim, por exemplo, o SUS não possui uma equipe multidisciplinar, como médicos e psicoterapeutas que atuem no processo de transição. Para acessar estes serviços, a pessoa precisa se deslocar para a capital do estado do Espírito Santo. E a maioria das mulheres trans e travestis que compõem este estudo relataram dificuldades de acessar a rede particular ou se deslocarem para outras cidades a fim de realizarem as consultas referentes ao processo de transição de gênero.

Érika é uma travesti negra de 38 anos de idade, militante do Movimento Negro e da causa LGBTI+, possui ensino superior incompleto e trabalhou na área da beleza por cerca de 20 anos, no salão de um “amigo”. Sobre esse período relatou que tem a percepção de ter vivido um trabalho análogo à escravidão. Atualmente possui uma ocupação que lhe garante uma renda mensal, mas não usufrui de estabilidade e das garantias trabalhistas impostas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Érika informou que começou a utilizar hormônios por conta própria na adolescência, e suspendeu a utilização há cerca de oito anos, por causa dos efeitos colaterais indesejados, mas possui prótese de silicone industrial nos seios.

Lisa é uma travesti branca de 33 anos de idade, ela possui ensino médio incompleto. Na adolescência começou a utilizar hormônios sem prescrição médica, em virtude da automedicação teve diversos

problemas de saúde, como: trombose, gordura no fígado, náuseas e alteração de humor, por isso suspendeu a utilização há cerca de 10 anos. Ainda na adolescência foi para o Rio de Janeiro junto à uma pessoa amiga da família com a promessa de concluir os estudos, mas foi explorada sexualmente. Ela relatou que aceitou o convite, pois pensou que iria trabalhar e guardar dinheiro para colocar uma prótese de silicone. Após um ano, foi expulsa da casa onde era obrigada a se prostituir e retornou para Cachoeiro, mas trouxe consigo uma boa quantia em dinheiro que conseguia entregar ao porteiro do prédio onde realizava os programas. Com esse dinheiro construiu uma casa, e anos mais tarde conseguiu a tão sonhada prótese de silicone. Lisa nunca trabalhou de carteira assinada, atualmente tem um salão de beleza em sua residência.

Ariadna é uma mulher trans negra de 41 anos de idade, possui ensino médio completo e no momento da entrevista relatou que estava concluindo o curso técnico de enfermagem. Sua maior preocupação é conseguir ser contratada em uma unidade hospitalar após a conclusão do curso. Ariadna comentou que sempre quis trabalhar de carteira assinada, para ter os direitos previdenciários garantidos, mas quando a pessoa contratante olhava pra ela e percebia que se tratava de uma mulher trans, a entrevista era encerrada com a informação de que a vaga havia sido preenchida. Sempre atuou na área da beleza. Durante a pandemia conheceu o marido, eles se casaram no cartório, nesse período, ela já tinha a documentação retificada. Ariadna relatou que durante a pandemia ficou impossibilitada de trabalhar e teve sérios problemas financeiros, precisou vender o carro e só não passou maiores dificuldades porque seu marido estava empregado. Durante a entrevista mostrou diversos encaminhamentos médicos referentes ao processo de transição de gênero pelo SUS, inclusive para consulta

com endocrinologista na capital do estado, e se queixou da demora para os agendamentos. Ariadna possui silicone industrial nos seios e faz uso de hormônios por conta própria.

Roberta é uma mulher trans, branca de 30 anos de idade formada em psicologia, contrariando todas as expectativas e histórias de vida da maioria das mulheres trans e travestis, ela conseguiu realizar a cirurgia de redesignação sexual aos 19 anos de idade, no Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (Hucam)⁷ localizado no campus da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Roberta trabalha de carteira assinada e recentemente implantou uma prótese de silicone em uma clínica especializada. Ela relatou que começou a utilizar hormônios na adolescência, por conta própria, assistindo a blogs de meninas trans. Isso lhe acarretou sérios problemas, inclusive relacionados à saúde mental. Atualmente faz hormonização com acompanhamento de profissional especializado.

Maria Clara é uma mulher trans branca de 21 anos de idade que tem o ensino médio completo. Aos 18 anos precisou sair da casa de sua mãe, em virtude de desavenças com o padrasto, que não aceitava que ela chegasse em casa “montada”, ou seja, vestindo roupas e acessórios femininos. Nesse período recebeu ajuda de uma conhecida que era dona de um salão de beleza, Maria Clara trabalhava no

7 O hospital é uma instituição que atua na assistência, pesquisa e extensão. Está integrado ao sistema Único de Saúde (SUS) do estado do Espírito Santo. É referência no tratamento e diagnóstico de Aids e tuberculose multirresistente, maternidade de alto risco, cirurgia bariátrica, terapia intensiva neonatal e adulto. Atua no atendimento à população trans e travesti, no que se refere a terapias hormonais. A instituição possui diversos projetos voltados para a Saúde da Mulher, dependentes químicos, vítimas de violência sexual, Banco de Leite e cirurgias bariátricas. É campo de prática de cursos, como: medicina, odontologia, farmácia, fisioterapia, entre outros. Atende pessoas da Grande Vitória, de outras regiões do estado e também de diversas partes do país. Atualmente a instituição não está ofertando a cirurgia de redesignação sexual.

salão e também fazia os serviços da casa, mas não tinha liberdade para sair, tampouco recebia remuneração pelos serviços prestados. Comentou que na época tinha a sensação de estar vivendo em cárcere privado. Por volta dos 19 anos de idade começou a fazer uso de hormônios por conta própria, neste período prestava serviço para uma empresa e acabou sendo demitida, porque um dos vários efeitos da auto-hormonização no organismo dela, consistia em alteração de humor e cansaço, fatores que acarretaram baixa produtividade e conflitos no trabalho. Ela informou que está fazendo hormonização com uma profissional que também é transexual na capital do estado. Maria Clara trabalha em home-office para uma empresa de telefonia e sonha em ingressar no ensino superior. Em relação ao silicone industrial, informou que nunca quis utilizar por causa dos efeitos nocivos à saúde.

Elbe é uma mulher trans branca de 29 anos de idade, possui ensino superior completo e atua como professora da rede pública de uma cidade próxima à Cachoeiro. Começou a utilizar hormônios por conta própria em 2019, mas disfarçava as mudanças corporais com roupas largas, nas palavras dela, “nesse período, era apenas um professor afeminado”. Durante a pandemia de Covid-19, longe dos olhares públicos, decidiu buscar a equipe multidisciplinar do HUCAM, para conseguir os laudos a fim de fazer a cirurgia de readequação genital. De acordo com Elbe, foi um percurso muito solitário e difícil, precisou convencer a equipe multidisciplinar que era uma “verdadeira transexual”, após conseguir os laudos, fez a cirurgia em um hospital particular de São Paulo e conseguiu retificar sua documentação ainda no período da pandemia. Para retornar a lecionar, após a cirurgia, procurou apoio jurídico e convenceu a secretaria de educação que não seria a professora trans, mas apenas uma professora. Enfrentou

a desconfiança por parte de colegas de trabalho e de alguns alunos que desconfiavam que ela era “o professor de geografia” dos anos anteriores, mas Elbe decidiu manter sigilo sobre esse assunto. Ela fez harmonização facial e alguns procedimentos estéticos para ficar mais feminina, todos com profissionais especializados. Faz utilização de hormônios, com prescrição médica e não pretende utilizar próteses de silicone.

Linn da Quebrada é uma mulher trans negra de 24 anos de idade, estudou até o 3º ano do ensino fundamental I, mas abandonou a escola em virtude da transfobia que sofria. Após a morte da mãe perdeu sua rede de apoio e começou a se prostituir por volta dos 16 anos de idade. De acordo com ela, para aguentar a intensa jornada de programas e a violência nos pontos de prostituição, começou a utilizar drogas, e acabou morando nas ruas, até que começou a frequentar um terreiro de candomblé onde obteve apoio para recomeçar a vida. Desde a adolescência faz uso de hormônios por conta própria, e há cerca de dois anos, utilizou os serviços de uma “bombadeira” para aplicar silicone industrial nos seios. No momento da entrevista relatou que conseguiu um emprego como atendente em uma lanchonete, e que sonha em retomar os estudos.

Dani é uma mulher trans negra de 31 anos de idade, possui ensino superior incompleto. Por volta dos 13 anos de idade começou a utilizar hormônios por conta própria e performar o feminino, mas aos 17 anos teve a oportunidade de trabalhar em um salão de beleza onde adquiriu habilidades para atuar neste ramo. Entretanto, uma das exigências do empregador foi que voltasse a usar trajes masculinos, ou seja, no ambiente de trabalho deveria demonstrar ser um homem gay. Como precisava muito do emprego, ela interrompeu temporariamente o uso de hormônios e voltou a performar o mascu-

lino. Essa experiência durou cerca de três anos. Além de atuar na área da beleza, trabalhou como babá e cuidadora, mas nunca teve um emprego de carteira assinada. Atualmente não utiliza mais hormônios, mas possui silicone industrial nos seios.

Das oito mulheres trans e travestis entrevistadas para este estudo, apenas Roberta e Lisa possuem próteses de silicone, realizadas com profissionais capacitados. E todas as interlocutoras deste estudo, em algum momento de suas vidas utilizaram hormônios por conta própria, em virtude das dificuldades de acessar tratamento especializado no SUS.

NOME	IDADE	COR/RAÇA	SILICONE	HORMONIZAÇÃO
ÉRIKA	38 ANOS	NEGRA	INDUSTRIAL	NÃO UTILIZA MAIS
LISA	33 ANOS	BRANCA	PRÓTESE	NÃO UTILIZA MAIS
ARIADNA	41 ANOS	NEGRA	INDUSTRIAL	POR CONTA PRÓPRIA
MARIA CLARA	21 ANOS	BRANCA	NÃO UTILIZA	COM PROFISSIONAL CAPACITADO
ELBE	29 ANOS	BRANCA	NÃO UTILIZA	COM PROFISSIONAL CAPACITADO
LINN	24 ANOS	NEGRA	INDUSTRIAL	POR CONTA PRÓPRIA
ROBERTA	30 ANOS	BRANCA	PRÓTESE	COM PROFISSIONAL CAPACITADO
DANI	31 ANOS	NEGRA	INDUSTRIAL	POR CONTA PRÓPRIA

Elaborado pela autora a partir de dados produzidos através da pesquisa.

Roberta e Elbe conseguiram fazer a cirurgia de readequação genital, a primeira pelo SUS e a segunda em um hospital particular em São Paulo. Ariadna manifestou o desejo de realizar a cirurgia, mas ainda não conseguiu iniciar o processo transexualizador pelo SUS. É importante mencionar que nem todas as mulheres trans e travestis desejam fazer a cirurgia de readequação genital, mas a maioria delas pretendem realizar modificações corporais de transição de gênero.

De acordo com Boldrin *et al.* (2023) a partir da Resolução 1482/97 teve início a possibilidade de realização de procedimentos cirúrgicos em castrater experimental, em hospitais públicos e universitários, em pessoas transfemininas, a fim de possibilitar modificações corporais, desde que estivessem em intenso sofrimento, sob risco de automutilação e autoextermínio. A Resolução possibilitou discussões sobre o tema, abrindo a possibilidade de diálogo entre grupos LGBTI+, o poder público e a sociedade civil. O aprimoramento desse atendimento aconteceu a partir da publicação da Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008, através da implementação do Processo Transexualizador no SUS, para atender mulheres trans. Em 19 de novembro de 2013 foi publicada a Portaria nº 2803, ampliando o processo transexualizador para transmasculinos e mulheres travestis.

Para acessarem o processo transexualizador, pessoas trans e travestis enfrentam diagnósticos patologizantes no modelo clássico, através de investigações psicológicas, psiquiátricas, avaliações clínicas e laboratoriais, para terem acesso a todas as esferas do cuidado ofertadas pelos programas de hormonização e cirurgias de readequação genital. Na perspectiva de Boldrin *et al.* (2023), o modelo vigente de cuidado ainda é patologizante e estabelece uma espécie de objetivação da pessoa que passa pelo processo de transição. De acordo com este modelo de cuidado o processo transexualizador tem como objetivo atender pessoas que vivenciam um desconforto com o próprio corpo e anatomia das genitálias. Partindo do entendimento que esse incômodo possa resultar em desequilíbrios psicológicos como, automutilação, depressão e suicídio. Nesta perspectiva Judith Butler (2009) assevera que,

[...] a única maneira de assegurar os meios para iniciar tal transformação é aprender como se apresentar num discur-

so que não é o seu, um discurso que apaga você no ato de representar você, num discurso que exclui a linguagem que você poderia preferir usar na descrição de quem você é, como você chegou aqui e o que quer desta vida. Tal discurso exclui tudo isso, ao mesmo tempo em que apresenta a promessa, se é que não é uma chantagem, de que você tem uma chance de alcançar a sua vida, o corpo e o gênero que você quer, dado que você concorde em falsificar a si mesma e, ao fazê-lo, em apoiar e ratificar o poder desse diagnóstico sobre muitas pessoas no futuro (BUTLER, 2009, p. 120).

De acordo com a autora, do ponto de vista econômico, o diagnóstico de disforia de gênero é viável para realizar as transformações corporais pelo sistema de saúde, mas é importante se opor ao diagnóstico, na medida em que este permanece definindo como transtorno o que deveria ser compreendido como uma de muitas possibilidades de autonomia de gênero. Para ter acesso ao diagnóstico e às mudanças corporais desejadas, pessoas trans e travestis precisam comprovar que existe sentimento de inadequação com seus corpos; desconforto persistente e intenso sofrimento por estarem vivendo e sendo interpretadas no gênero com o qual não se identificam, ou com o gênero “errado”. Em nenhum momento o diagnóstico põe em xeque as normas de gênero que são aceitas como corretas e fixas, ou se estas geram sofrimento, constrangimento e desconforto para estas pessoas.

A população trans e travesti enfrenta diversos desafios em relação ao acesso a saúde, o Brasil é um dos poucos países do mundo que oferece cirurgias plásticas pelo SUS e hospitais associados, para atender a esta população. Mas o país precisa avançar em termos legais e jurídicos para que pessoas trans não precisem buscar procedimentos estéticos clandestinos, como o uso de silicone industrial, que resultam muitas vezes em tragédias e redução da expectativa de vida dessa

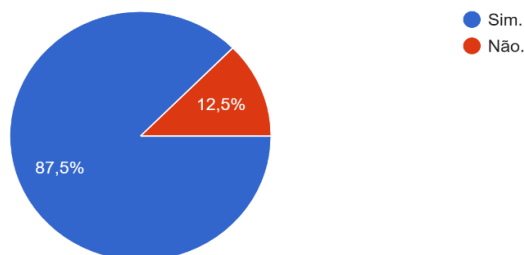
população. (JARRIN, 2023).

Em virtude da transfobia e do preconceito, pessoas trans e travestis costumam evitar procurar os serviços de saúde. Pereira e Chazan (2019) destacam que o processo de transição seja de natureza hormonal ou cirúrgica, é apenas uma das muitas necessidades relacionadas à saúde que essas pessoas podem apresentar. Frequentemente os atendimentos são atravessados por diversos estigmas, principalmente os relacionados à infecção por HIV ou possíveis efeitos colaterais da hormonização por conta própria. Esses fatores afastam pessoas transsexuais e travestis dos serviços de saúde, favorecendo a automedicação e a não percepção de que necessitam de cuidados médicos. Os autores utilizam o termo *síndrome do braço quebrado trans*. Uma expressão que tem a finalidade de ilustrar como vários profissionais da área da saúde produzirem o entendimento de que todas as questões clínicas apresentadas por pessoas trans estão relacionadas à transgenereidade ou travestilidade. Consequentemente, problemas reais de saúde são ignorados resultando em tratamentos médicos desnecessários ou a interrupção da terapia hormonal. Quando perguntadas sobre dificuldades de acesso a saúde, quase 90% das interlocutoras deste estudo afirmaram que ao longo de suas vidas enfrentaram barreiras para acessar os aparelhos de saúde pública.

Gráfico: 1 - Você já teve dificuldade de acesso a saúde?

13. Já teve dificuldade em ser atendida no serviço de saúde?

8 respostas



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados produzidos através da pesquisa.

Dentre as principais queixas das pessoas trans e travestis em relação ao acesso aos serviços ofertados pelo SUS está o desrespeito ao nome social. Rocon *et al.* (2016) informam que o Ministério da Saúde lançou em 2011, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais através da portaria nº 2.836, que normatizou o direito a utilização do nome social por transexuais e travestis, conforme determinado pela Carta dos Direitos dos Usuários do SUS no ano de 2009. E no ano de 2013 foi inserido um capô para incluir o nome social no cartão do SUS. Destarte, mesmo tendo estes importantes marcos legais, o desrespeito ao nome social ainda é constante nos equipamentos de saúde.

Os impactos do desrespeito ao nome social na saúde da população trans e travesti

O nome social tem como finalidade harmonizar o modo como a pessoa se identifica e como é interpretada pela comunidade ou grupo em que vive. Está relacionado à maneira como o indivíduo se conecta com as representações do masculino e do feminino e como acontece as suas performances no âmbito privado e público. Nesta

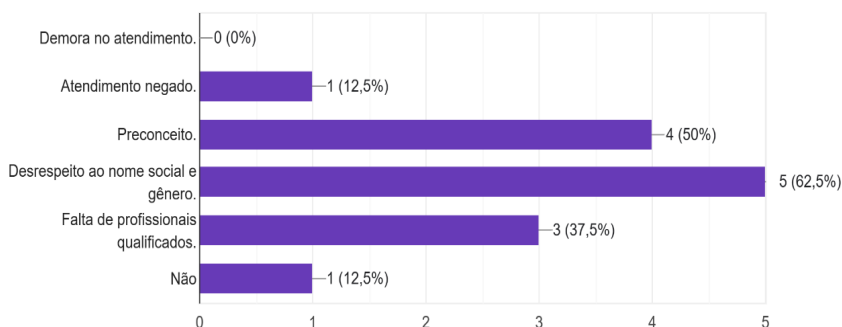
perspectiva, podemos afirmar que o nome social atua de forma subjetiva na vida de pessoas trans e travestis e está intrinsicamente relacionado ao bem-estar e aos direitos essenciais para a sua existência. direitos impacta de forma significativa a vida das mulheres trans e travestis em relação ao acesso à saúde (LIMA, 2020).

De acordo com o relato das mulheres trans e travestis entrevistadas para esta pesquisa, o desrespeito ao nome social consta como um dos principais motivos para que elas busquem outras alternativas de tratamento, a fim de não sofrerem constrangimentos. Outrossim, essa população busca além de automedicação, a hormonização por conta própria, a utilização de silicone industrial e outras técnicas de feminilização de seus corpos, com profissionais não habilitados, correndo o risco de comprometerem drasticamente a saúde e até mesmo de terem suas vidas interrompidas por tratamentos clandestinos e inadequados.

Gráfico 2 - Quais dificuldades?

14. Quais dificuldades?

8 respostas



Fonte: Elaborado pela autora a partir de dados produzidos através da pesquisa.

De acordo com Vieira *et al.* (2019) isso acontece porque as normas estabelecidas pelo SUS são implementadas através de ações descentralizadas, que dependem da adesão e comprometimento dos profissionais de saúde para a completa efetivação. Os autores inferem que a ausência do nome social nos documentos de identificação, acarreta constrangimento e o afastamento da população trans e travesti dos serviços de saúde. As trans e travestis que compõem esta pesquisa, afirmaram que um dos principais fatores que dificultaram o acesso e a utilização dos aparelhos de saúde foi o desrespeito ao nome social.

Considerações finais

A transformação corporal pode ser um fator determinante para a saúde física e mental da população trans e travesti. Nesta perspectiva, a trajetória de vida dessas pessoas deve ser analisada de forma interseccional, na medida em que grupos e indivíduos têm suas vidas atravessadas por diversos marcadores sociais, de natureza racial, econômica, subjetiva e cultural. A população trans e travesti é vítima de discriminação, marginalização e violência, muitas não têm uma rede de apoio familiar, além de enfrentarem dificuldades de inserção no mercado de trabalho. Ademais, nem todos os estados e municípios brasileiros possuem unidades de saúde que oferecem tratamentos para o processo transexualizador. Por isso, quem precisa acessar esses serviços necessita se deslocar para outras cidades, demandando recursos financeiros. Em virtude dessas barreiras, diversas mulheres trans e travestis buscam outras formas de realizar a transição, através da automedicação e do silicone industrial.

Outra dificuldade em acessar os serviços de saúde, incide na transfobia e preconceito a que essas mulheres estão sujeitas. Apesar

das Portarias nº 1820/2009 e nº 2836/2011, que tem como finalidade garantir a utilização do nome social na rede de atenção à saúde, o desrespeito ao nome e ao pronome de acordo com o gênero com o qual a pessoa se identifica, ainda são uma barreira ao acesso à saúde.

Em geral, mulheres trans e travestis são discriminadas e ridicularizadas diante das pessoas que deveriam cuidar delas. Atitudes preconceituosas e transfóbicas fazem parte do cotidiano de assistência à saúde dessas pessoas. Esses fatores colaboram para o adoecimento e morte dessa população, que acabam resistindo em procurar atendimento médico quando necessitam e por vezes abandonam tratamentos em curso. As situações mencionadas acarretam obstáculos significativos para a universalidade do acesso à saúde da população trans e travesti.

Embora a despatologização da transexualidade tenha como marco legal o ano de 2022, permanece no imaginário da equipe médica a ideia “do verdadeiro transexual”, proposta por Henry Benjamin. De acordo com as ideias apregoadas por este endocrinologista nos anos 1950, “o verdadeiro transexual” deveria sentir abjeção pelo órgão sexual e nutrir o desejo de realizar a cirurgia de readequação genital. Seguindo parâmetros do século passado, os profissionais de saúde que tem o poder de assinar e validar os tratamentos hormonais e cirúrgicos, pautam seus diagnósticos em vestimentas e estereótipos de feminilidade comportamentais. Neste contexto, as trans e travestis precisam provar que são o que dizem que são. E se a pessoa não possuir recursos financeiros como roupas, acessórios e depilações a laser para performar o feminino? E se assim como tantas outras pessoas não se adequar às normas e padrões de feminilidade e vaidade esperadas de nós mulheres? Certamente serão diagnosticadas como não aptas para o processo transexualizador. A busca por esse proces-

so terapêutico pode ser exaustivo e estar relacionado a performances de gênero, vestimentas e narrativas específicas, a fim de convencer a equipe multidisciplinar que atua no processo transexualizador.

Referências

- ANDRADE, Luma Nogueira. **Travestis na Escola**: assujeitamento e resistência à ordem normativa. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 2.836**, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasil. Ministério da Saúde; 2011.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria-geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto n. 8.727**, de 28 de abril de 2016. Dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8727.htm Acesso em: 26 set. 2022.
- BRASIL. Câmara dos deputados. **Portaria nº 1.820**, de 13 de agosto de 2009. Acessar em: www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1722960. Acesso em 10 de junho de 2024.
- BRASIL. **Circular 529/2014**. Preenchimento do nome social no cartão do Sus, p. 2. Acessar em: www.fehosp.com.br/app/webroot/files/circulares/70d38583c04219a59cb063644b954f5a.

[pdf](#). Acesso em: 15 de julho de 2024.

- BOLDRIN, Vitória da Cruz, *et al.* Avanços e desafios no processo transexualizador do Sistema Único de Saúde brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. [periódico on-line], outubro, 2023. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/avancos-e-desafios-no-processo-transexualizador-do-sistema-unico-de-saude-brasileiro/18953?id=18953>
- BUTLER, Judith. Desdiagnosticando o gênero. **Revista Physis**, v. 1, n. 19, p. 95-126.
- JARRÍN, Carmem Alvaro. **A biopolítica da beleza: cidadania cosmética e capital afetivo no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fio-cruz, 2023.
- JESUS, Jaqueline Gomes. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. Guia técnico sobre pessoas intersexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião**. 2. ed. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.diversidade-sexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANE-RO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf> Acesso em: 22 mar. 2022.
- KRUG, E. G. *et al.* (Org.). Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: **Organização Mundial da Saúde**, 2002.
- LIMA, Tatiana. Educação básica e o acesso de transexuais e travestis à educação superior. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, 1(77), 2020, p. 70-87.
- MURTA, Daniela. **Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil**. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Centro Biomédico Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2011.

- OLIVEIRA, Julia Palmieri; SPRUNG, Luíza Sviesk. Barreiras para o acesso à saúde pública da população trans no Brasil: uma revisão narrativa. **Revista Feminina**, v. 50, nº 9, 2022, p. 560-567.
- PELÚCIO, Larissa. “Próteses, desejos e glamour: tecnologias de si na construção de corpos travestis no mercado do sexo transnacional”. In: SANTOS, Luís Henrique Sacchi dos; RIBEIRO, Paula Regina Costa (Org.) **Corpo, gênero e sexualidade: instâncias e práticas de produção nas políticas da própria vida**. Rio Grande: FURG, 2011. p. 77-86.
- PEREIRA, Lourenço Barros de Carvalho; CHAZAN, Ana Claudia Santos. O acesso das pessoas transexuais e travestis à atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**, v.14 nº41, 2019, p. 1-17.
- ROCON, Pablo Cardoso; PEDRINI, Mateus Dias; Alexsandro Rodrigues; Zamboni, Jéso. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, 2016, p. 2517-2525.
- ROCON, Pablo Cardoso; SODRÉ, FRANCIS; RODRIGUES, Alexsandro; BARROS, Maria Elisabeth Barros de; WANDERKOKEN, Kallen Dattmann. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde. **Revista Interface**, São Paulo, 2019. Disponível em: <https://scielo.org/article/cse/2019.v.23/e180633/#>. Acesso em 8 de junho de 2024.
- SOUZA, Mériti; PRADO, Marcelo de Oliveira. Violências, mulheres travestis, mulheres trans: problematizando binarismos, hierarquias e naturalizações. **Revista Polis Psique**, v.9, n. .2 Porto Alegre maio/ago. 2019.

Vozes silenciadas: o hiv, o etarismo e as peças publicitárias

Fabíola Ferreira da Silva¹

Introdução

O presente trabalho é parte integrante de uma pesquisa de mestrado (em andamento) que busca compreender os desafios enfrentados no dia-a-dia por pessoas diagnosticadas com HIV²/AIDS³ que possuam mais de 50 anos de idade nos municípios da Grande Vitória - ES (Cariacica, Serra, Vila Velha, Viana e Vitória).

O texto teve por objetivo abordar a visão das políticas públicas brasileiras no quesito do etarismo de pessoas com 50 anos ou mais que vivem com HIV/AIDS, enfatizando as peças publicitárias em relação a esse perfil geracional.

Materiais e Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa em desenvolvimento, com base em histórias de vida de pessoas com 50 anos ou mais diagnosticadas com HIV em tratamento, de ambos os sexos, residentes nos municípios da Grande Vitória – ES (Cariacica, Serra, Vila Velha,

1 Mestranda em Sociologia Política pela Universidade Vila Velha. Enfermeira. Especialista em Gerontologia e Saúde Mental. E-mail: fafahucam@gmail.com

2 Vírus da Imunodeficiência Humana.

3 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Viana e Vitória).

As entrevistas foram realizadas após o estudo ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Vila Velha (UVV), por meio da Plataforma Brasil, após assinatura dos interlocutores do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) garantindo o anonimato da identidade dos mesmos, conforme os preceitos da Resolução nº 466/12 e a Resolução 510/2016 do CNS⁴, através de um roteiro de entrevista em profundidade, com a utilização da estratégia “bola de neve”, analisado segundo os preceitos estabelecidos por Bardin (2012).

Os critérios de inclusão consistem em que o participante da pesquisa deve ter idade mínima igual ou acima de 50 anos, ter o diagnóstico de HIV e estar em tratamento. Como critério de exclusão: foram excluídos da pesquisa as pessoas com 50 anos ou mais que não progrediram com o tratamento ou pessoas que se recusarem a participar da pesquisa.

O Etarismo

Em relação ao envelhecimento, em primeiro momento, é importante destacar o rápido crescimento populacional brasileiro (Zonitta, 2008) de pessoas a partir dos 50 anos de idade e a necessidade de uma estruturação, no que diz respeito a uma assistência adequada a pessoa que se encontra na maturidade em direção a terceira idade, tornando-se um desafio para as novas demandas de políticas públicas e sociais.

Segundo a concepção de Laroque et al. (2011), o envelhecimento é entendido como um processo natural em que os indivíduos passam por mudanças fisiológicas, desde o nascimento até a morte,

4 Conselho Nacional de Saúde

em ritmos variados, de acordo com as características pessoais, tendo influências de aspectos físicos, emocionais, estilo de vida. Esse conceito nos leva a reflexão de que muitas pessoas associam o envelhecimento ao “fim da vida”, elevando o conceito do etarismo e do capacitismo (Goffmann, 1980).

Entretanto, na última década percebe-se que houve uma mudança de perfil no que diz ao envelhecimento, visto que hoje em dia usa-se muito o termo envelhecimento ativo, no lugar do envelhecimento saudável, no qual consiste em envelhecer com saúde concomitante com as interações sociais (Goldenberg, 2021). Através dessas interações sociais, muitas indivíduos com 50 anos ou mais descobrem novas paixões e buscam ter uma relação erótico-afetiva (Laroque et al., 2011).

O etarismo leva os indivíduos com 50 anos ou mais a um isolamento social (Corrêa, 2023; Camarano, 2004; Wong, 2006), desencadeando uma autoidentidade segundo Becker (1994) corroborando com as ideias de Goffman (1980), com sua afirmativa de que o estigma afeta a identidade de um sujeito e suas interações sociais, pois, a sociedade utiliza-se de normas para definir o que é considerado um comportamento aceitável, delimitando o sujeito quanto a sua forma de viver e sobreviver.

Caso o mesmo não se enquadre, o mesmo deve ser encaminhado a uma disciplina, visto que passa ser considerado “anormal” (Goffman, 1980). Contudo, o estigma do envelhecimento ainda perpetua nos dias atuais.

Nesse sentido, Cordeiro (2017) argumenta que muitas pessoas desta faixa etária não possuem conhecimento sobre sua sexualidade e sobre os riscos da prática sexual sem o uso do preservativo favorecendo o surgimento de diagnóstico de infecção por HIV e outras

infecções sexualmente transmissíveis.

O HIV e o Silêncio

Laroque et al. (2011) afirmam que o avanço da indústria farmacêutica nas últimas décadas vêm colaborando significativamente para a longevidade das pessoas com 50 anos ou mais. Atualmente, muitos homens com 50 anos ou mais que problemas de disfunção erétil utilizam-se de medicações como Tadalafila e/ou Sildenafil (Viagra), que contribuem para que os indivíduos tenham a possibilidade de uma vida erótica-afetiva ativa.

Miriam Goldenberg (2021) diz que a concepção de que existe uma idade específica para a atividade sexual, muitas vezes imposta pela mídia e redes sociais gera um preconceito para com este perfil geracional, desencadeando discriminação e exclusão social.

Enquanto por um lado, a prática sexual das pessoas com 50 anos ou mais é visto como uma “anormalidade” (Goffman, 1980), por outro lado, tais pessoas estão experienciando a vida sexual, seja em uma relação longínqua ou com novos amores, porém, Monteiro et al (2016) alertam que este público também é susceptível às IST’s⁵, apesar de algumas pessoas terem o conceito que tais infecções sexualmente transmissíveis, dentre elas, o HIV seja mais acometido por pessoas mais jovens.

Nas últimas duas décadas vêm ocorrendo um aumento no que diz respeito ao contágio por HIV em pessoas com 50 anos ou mais, em decorrência, em certos casos pela ausência de informação sobre as formas de contágio e prevenção; pelo não uso do preservativo durante as práticas sexuais; a confiabilidade com relação ao parceiro (a); em certas ocasiões, seja pelo indivíduo que tem vergonha em procurar

⁵ Infecções Sexualmente Transmissíveis.

algum serviço de saúde para obter informações sobre infecções sexualmente transmissíveis, assim como pegar preservativos disponibilizados nas unidades de saúde, entre outros (Corrêa, 2017).

Observa-se que os índices de contágio por HIV em pessoas com 50 anos ou mais vem aumentando nos últimos anos. Somente no Estado do Espírito Santo, de acordo com os dados obtidos no Boletim Epidemiológico Estadual HIV Aids 2023 (Espírito Santo, 2023), consta “90 casos novos” confirmados de HIV pelo sexo feminino e “139 novos casos” pelo sexo masculino no ano de 2023. Estes dados demonstram que as pessoas do gênero masculino (independentemente da orientação sexual) ainda se apresentam em maior número de infectados pelo vírus HIV (Espírito Santo, 2023).

Assim, entendendo o duplo desafio social e cultural enfrentado por pessoas na faixa etária de 50 anos ou mais vivendo com HIV (PVHIV)³ é necessário abordar a categoria da sexualidade na maturidade (Foucault, 2014). Foucault (2014) nos aponta a dimensão do segredo com relação a sexualidade sem o propócio da procriação. Com isto, a sexualidade na maturidade passa a ser estigmatizada (Goffman, 1980) em virtude de ser considerada “não normativa”, “inadequada” e “anormal”.

“A sexualidade é, então, cuidadosamente encerrada. Muda-se para dentro de casa. A família conjugal a confisca. E absorve-a, inteiramente, na seriedade da função de reproduzir. Em torno do sexo, se cala. O casal, legítimo e procriador, dita a lei. Impõe-se como modelo, faz reinar a norma, detém a verdade, guarda o direito de falar, reservando-se o princípio do segredo. No espaço social, como no coração de cada moradia, um único lugar de sexualidade reconhecida, mas utilitário e fecundo: o quarto dos pais” (Foucault, 1999, p. 9).

O conceito de que existe uma idade específica para a atividade

sexual (Goldenberg, 2021), muitas vezes imposta pela mídia e redes sociais gera um preconceito para com este perfil populacional, desencadeando discriminação e exclusão social. E através do estereótipo de que pessoas mais velhas são “assexuadas”, que muitos indivíduos desta faixa etária optam pelo silêncio, não somente em relação a sua sexualidade, mas, principalmente ao serem diagnosticados com HIV, sendo considerados seres “desviantes” por não seguirem padrões impostos pela sociedade, devido ao receio da rejeição por parte da família e amigos; medo da vizinhança; medo de perder o emprego e o medo da solidão (Goldenberg, 2021).

Esta questão do silêncio foi evidenciada durante a entrevista e uma das interlocutoras se expressa: “tenho receio de contar para meus irmãos, minhas irmãs sabem, mas não sei se eles iriam me aceitar” (Informação verbal da Interlocutora nº 3, maio de 2024).

Partindo por este pressuposto podemos dizer que tanto o silêncio quanto a solidão das pessoas com 50 anos ou mais, que vivem com HIV, muitas vezes são potencializados pela ausência de apoio e acolhimento, invisibilidade e visão estigmatizada por parte de certos profissionais de saúde (Paludo, Olesiak, Quintana, 2021). Contudo, pessoas com 50 anos ou mais nos dias atuais vêm buscando ter relações erótico-afetiva mesmo com o diagnóstico de HIV positivo, em uso de tratamento com medicações antirretrovirais (Cordeiro, 2017).

Esta situação nos leva a reflexão sobre a importância de políticas públicas investirem cada vez mais em campanhas de conscientização sobre o HIV enfatizando as pessoas mais velhas que vivem com o HIV, com a finalidade de reduzir o estigma (Goffman, 1980) do etarismo e do enfrentamento de viver com o HIV.

Peças Publicitárias

As peças publicitárias relacionadas a campanhas de prevenção contra o HIV/AIDS no Brasil geralmente são lançadas e duas épocas do ano, a primeira no período do Carnaval, onde visualizamos em mídias e redes sociais e a segunda, no dia 1º de dezembro (Dia Mundial de Luta contra a AIDS). No decorrer do ano, as peças publicitárias não costumam ser divulgadas nas mídias, o que favorece a cair no esquecimento por parte da população (Luccas, 2021).

Desde as primeiras peças publicitárias, somente em 2008 e 2009, as pessoas com 50 anos ou mais foram o público em destaque embasado nos índices de contágio por HIV neste perfil geracional. Entretanto, os discursos contidos nas campanhas publicitárias perpetuam com ideia de incentivar o uso do preservativo como uma prática do sexo seguro, entretanto, demonstra a ausência de outras informações, como as outras formas de contágio; tratamento e sobre as terapias de profilaxia com a PrEP e a PEP (Camarano, 2004; Luccas et al, 2021).

Além disso, após a campanha de 2009, as peças publicitárias voltaram a enfocar o público mais jovem invisibilizando os indivíduos com 50 anos ou mais, aumentando a concepção de uma “velhice estereotipada como assexuada”. Pensar na questão do envelhecimento sem sexualidade vem contribuindo para a propagação do vírus HIV neste perfil geracional (Luccas et al, 2021).

Isto não quer dizer que no decorrer dos anos, o índice diminuiu, pelo contrário, permanece presente, principalmente após a mudança do perfil de envelhecimento que ocorre em nosso país, de um envelhecimento saudável para ativo, em que as pessoas hoje em dia não só buscam por uma qualidade de vida, mas também buscam novos amores (Goldenberg, 2021; Machiesqui, 2010).

Nesta vertente, através das peças publicitárias lançadas pelo governo federal é perceptível a invisibilidade das políticas públicas em relação ao público da terceira idade como um público susceptível ao contágio por HIV e demais IST's⁶ (Luccas et al, 2021).

Através das histórias de vida dos interlocutores desta pesquisa foi possível observar através de suas percepções, que as peças publicitárias têm um caráter informativo, porém, são pouco divulgadas durante o ano e, ainda assim, apresentam uma “fragilidade” no seu contexto, no sentido de desestigmatizar em relação a pessoa que vive com HIV. (Laroque, 2011; Luccas, 2021).

Resultados Parciais

Em análise preliminar da pesquisa (em andamento) observou que os interlocutores com 50 anos ou mais adotam o silêncio (Foucault, 2014; Goffman, 1980) quanto ao diagnóstico de HIV para não sofrerem represálias diante a familiares e a sociedade, visto que até mesmo as peças publicitárias elaboradas pelo Governo Federal não contemplam esse perfil geracional, aumentando o estigma e a invisibilidade de que este público também tem vida erótico-afetiva e que deve ter informações adequadas não somente nas campanhas publicitárias, como nos serviços de saúde.

As campanhas de prevenção e combate a propagação do vírus HIV não deveriam se restringir em épocas sazonais, como o Carnaval e o dia 1º de dezembro e, sim, em todo o decorrer do ano, principalmente nos serviços de saúde, com o intuito de conscientizar a população, contemplando todas as faixas etárias (Laroque, 2011; Luccas, 2021).

6 Infecções Sexualmente Transmissíveis

Considerações Finais

O estudo nos leva a reflexão de que o etarismo concomitante com o estigma do HIV encontra-se refletido nas peças publicitárias lançadas sobre HIV pelo Governo Federal e que devem ser voltadas para o público de todas as idades, sem distinção de cor, raça, gênero e idade proporcionando o acesso à informação a toda a população.

Além disso, tais peças apresentam uma certa “fragilidade” em seu contexto, pois não viabilizam o público de todas as faixa etárias, especificamente as pessoas com 50 anos ou mais, como sujeitos susceptíveis à contaminação pelo HIV, o que desencadeia a categoria do “segredo” e do “silêncio” por parte dos sujeitos que evitam a exposição de sua condição de soropositivo.

Contudo, ao contrário da visão estigmatizante que este perfil geracional enfrenta, estas pessoas com 50 anos ou mais que vivem com o HIV apresentam resiliência para enfrentar os diversos obstáculos e ainda sim, procuram obter uma vida erótico-afetiva.

Referências:

- BECKER, Howard. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008 [capítulos 1, 2 e 3].
- BOCKORNI, Beatriz R. S.; GOMES, Almirava F. A amostragem em snowball (bola de neve) em uma Pesquisa Qualitativa no Campo de Administração. **Revista de Ciências Empresariais da UNIPAR**, Umuarama, v. 22, n. 1, p. 105-117, jan./jun. 2021. Disponível em: <https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/empresarial/article/download/8346/4111/27544>. Acesso em 10 de jul. 2024.
- CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas**. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? - Rio de Janeiro:

- IPEA, 2004., v. 60, n. 1, p. 253-292, 2004.
- CORDEIRO, Luana I. et al. Validação de cartilha educativa para prevenção de HIV/Aids em idosos. 2017. **Rev Bras Enferm [Internet]**. 2017 jul-ago;70(4):808-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/fjLDx9YmzGxRSncBr9VjYy/?lang=pt#:~:text=A%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20dos%20ju%C3%ADzes%20evidenciou,IVCs%20individuais%20para%20cada%20dom%C3%ADnio>. Acesso em 12 jun. 2024.
- CORRÊA, Luciana. **Envelhecimento feminino e etarismo nas organizações: o desafio da mulher madura no mundo do trabalho**. 2023. ORGANICOM – Ano 20 – n. 41 – janeiro/abril. 2023. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/organicom/article/view/206721>. Acesso em agosto 2024.
- FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2014.
- GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.
- GOLDENBERG, Miriam. **A invenção de uma bela velhice: projetos de vida e a busca da felicidade**. 2 ed. Rio de Janeiro: Record, 2021.
- LAROQUE, Mariana F. et al. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. **Revista Gaúcha Enfermagem**, 2011; 32(4), 774-780. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/bnWV868YV6pXVhGFSdh7Lmg/#>. Acesso em jun 2024.
- LUCCAS, Daiane Siqueira de. et al. Campanhas Oficiais sobre HIV/AIDS no Brasil: divergências entre conteúdos e o perfil epidemiológicos do agravo. **Cogitare Enferm**. 26. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.70729>. Acesso out. 2024.
- MACHIESQUI, Soraia. Pessoas acima de 50 anos com aids: implicações para o dia a dia. **Esc. Anna Nery** 14 (4). Dez 2010. Dispo-

- nível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000400011>. Acesso em agosto 2024.
- MONTEIRO, Thuane J. et al. **Avaliação do Conhecimento sobre HIV/AIDS em Grupo de Idosos através do QHIV3I**. 2016. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v10n1a06.pdf>. Acesso em 15 jul. 2024.
- PALUDO, Isadora Cristina Putti; OLESIK, Luisa da Rosa; QUINTANA, Alberto Manuel. Idosos Soropositivos: A Construção de Significados para o Envelhecimento com HIV/Aids. **Psicol. cienc. prof.** **41**. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003224079>. Acesso out. 2024.
- SILVA, Valéria Gomes Fernandes et al. Estigma e preconceito com casais sorodiferentes para o HIV. São Paulo: **Rev Recien**. 2021; 11(34):59-67. Disponível em: <https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/391> Acesso set. 2024
- VELHO, Gilberto. **Projeto e metamorfose: Antropologia das sociedades complexas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
- VINUTO, Juliana. **A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto**. 2014. *Temáticas*, Campinas, 22, (44): 203-220, ago/dez. 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977/6250>. Acesso em 10 ago. 2024.
- WONG, Laura Lúcia Rodríguez; CARVALHO, José Alberto. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 23, p. 5-26, 2006.
- ZONITTA, Marlene. **Os novos idosos com aids e desigualdade à luz da bioética**. 2008. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4706>. Acesso em 20 jun 2024.

O papel do algodão na Revolução Industrial e suas implicações para a saúde pública na Inglaterra: possibilidades de pesquisa na Plataforma *Old Bailey*

Carlla Luísa Alves Côrtes¹

Introdução

John Styles (2005) foi pioneiro ao questionar as conclusões de alguns historiadores, da época e posteriores, que associavam diretamente o uso do algodão com impactos benéficos para a saúde pública durante o século XVIII na Inglaterra. Embora este não seja seu objetivo prioritário neste trabalho, fica destacado que as hipóteses discutidas por ele e a sua fonte de pesquisa (a Plataforma *Old Bailey*²), despertam um campo bastante amplo de oportunidades de pesquisas. Desta maneira, torna-se relevante evidenciar seu trabalho, bem como agregar novas perspectivas de investigação histórica e discutir as hipóteses levantadas.

No processo de investigação histórica acerca da inserção do algodão no contexto inglês, Riello (2013) propõe uma periodização dividida em três momentos centrais: (i) o período pré-Revolução In-

1 Licenciada em História e Mestranda em História Social das Relações Políticas (UFES).

2 Disponível em: <https://www.oldbaileyonline.org/>.

dustrial, até meados do século XVIII, quando a Índia mantinha o monopólio da produção e exportação de tecidos de algodão para a Inglaterra; (ii) o advento da Revolução Industrial, a partir de aproximadamente 1750, que gerou uma demanda crescente por algodão cru, catalisando a expansão da produção têxtil na Europa; e (iii) o final do século XVIII e início do XIX, momento em que as importações de algodão bruto para a Inglaterra se intensificaram de forma substancial, acompanhando o vertiginoso crescimento da indústria têxtil britânica e consolidando sua posição de liderança mundial no setor. Desta forma, o terceiro momento marca a supremacia da produção têxtil na Inglaterra frente ao momento anterior à Revolução Industrial, tornando reduzida a importação de tecidos de algodão frente a ampliação substancial da importação do algodão bruto.

A Tabela 1 consolida estas percepções, pois estima a importação de algodão (em £ milhões) da Índia para Inglaterra após a segunda metade do século XVIII :

Importações de algodão bruto da Índia pra Inglaterra (em £ milhões). 1750-1800.

Década	Quantidade importada em £ milhões
1750	Aproximadamente 5
1760	Aproximadamente 8
1770	Aproximadamente 11
1780	Aproximadamente 20
1784	aproximadamente 31
1790	Aproximadamente 35
1800	Mais de 50

Fonte: Riello (2013, p. 113). Elaboração própria.

De outra parte, as profundas mudanças econômicas e sociais trazidas pela Revolução Industrial evidenciaram uma piora considerável nas condições de reprodução social da classe trabalhadora (Marx, 2017; Huberman, 1981). Essa deterioração é frequentemente associada a condições insalubres e precárias de trabalho, caracterizadas por jornadas exaustivas, baixos salários e ambientes inadequados à saúde, como descrito por autores como Porter (1997), Cipolla (1994) e Chadwick (1842). Assim, é nesse contexto que os autores referenciados por Styles (2005) correlacionam as supostas melhorias na saúde pública, a partir do século XVIII, com a expansão do uso do algodão em roupas, em vestimentas e em utensílios em geral.

Dessa maneira, a proposta deste trabalho é complementar a perspectiva apresentada por Styles (2005), buscando enfatizar novos argumentos que questionam a correlação direta entre o uso do algodão e as melhorias na saúde pública, ao mesmo tempo em que apresenta uma nova possibilidade de análise da disseminação do algodão nesse período, utilizando a pesquisa de termos na Plataforma *Old Bailey*. Estruturalmente, a primeira parte apresenta uma discussão sobre as condições insalubres das cidades ao longo dos séculos XVIII e XIX. Em seguida, descrevem-se as principais conclusões dos autores referenciados por Styles (2005) acerca do uso do algodão e seu impacto na saúde pública. Na terceira parte, realizou-se uma investigação na Plataforma *Old Bailey* por meio da pesquisa de termos, com o objetivo de identificar indícios de uma (possível) substituição da seda e do linho por peças de algodão. Por fim, nas notas conclusivas, apontam-se as limitações e as possíveis relações entre o uso do algodão e as condições de saúde pública na Inglaterra, da segunda metade do século XVIII até o final do século XIX.

As condições insalubres nas cidades industriais

Marx (2017) observou que a transição do feudalismo para o capitalismo tem como elemento central a expropriação dos meios de produção das massas trabalhadoras. Nesse contexto, o conceito de “acumulação primitiva” ilustra como os trabalhadores foram despojados de seus recursos de subsistência, estabelecendo assim um mercado de trabalho assalariado indispensável ao avanço capitalista. Esse processo histórico, longe de ser uma evolução pacífica, surge, segundo o autor, como resultado de uma série de atos violentos de desapropriação. Ele afirma que “na história real, a conquista, a escravização, o roubo e o assassinato, em suma, a violência, desempenham o papel principal” (Marx, 2017, p. 876).

Esse processo ocorreu principalmente através da expulsão dos camponeses de suas terras na Europa, especialmente na Inglaterra. A transição da agricultura feudal para a agricultura capitalista destruiu as relações de produção pré-existentes e criou uma classe de trabalhadores livres, mas desprovidos de meios de produção, que se viram forçados a vender sua força de trabalho para sobreviver. Nas palavras de Marx, a acumulação primitiva é “um processo histórico de separação entre o produtor e os meios de produção” (Marx, 2017, p. 874).

Por sua vez, estes trabalhadores, que não dispunham de condições materiais para sua subsistência e também em relação aos meios de trabalho para prover a vida, migraram para as cidades para trabalhar nas fábricas recém desenvolvidas no curso da Revolução Industrial³. Desta maneira, Huberman (1981, p. 32) descreveu como

3 As fábricas do período eram frequentemente descritas como locais de “exploração institucionalizada”, onde trabalhadores enfrentavam jornadas extenuantes, baixos salários e condições de trabalho perigosas e insalubres. Engels (2008, p. 95-8) criticava esses ambientes, denunciando o impacto físico e psicológico sobre os trabalhadores, que sofriam com o cansaço extremo e a degradação pessoal para sustentar a nova economia industrial.

as “populações vulneráveis” passaram a sofrer com impactos sociais severos.

Como argumenta Huberman (1981), enquanto os proprietários de fábricas colheram os frutos dessas inovações, os trabalhadores enfrentaram condições precárias de moradia e trabalho. No final do século XVIII, cerca de 150 mil pessoas estavam empregadas na indústria do algodão na Europa (Pezzolo, 2021, p. 27). O crescimento desordenado dos bairros operários em cidades como Londres, Manchester e Birmingham simboliza essa precariedade. Nesses centros urbanos, as casas da classe média eram construídas em terrenos mais elevados, o que fazia com que o esgoto escorresse para as áreas mais baixas, habitadas pelas classes populares. As moradias operárias eram pequenas, mal ventiladas e frequentemente superlotadas, favorecendo a propagação de doenças parasitárias devido à falta de práticas adequadas de higiene, especialmente em roupas de cama, cortinas e vestuário.

A falta de higienização regular, somada à dificuldade de secar as roupas de maneira eficiente, contribuía para o acúmulo de sujeira e a proliferação de parasitas, como piolhos, que se espalhavam rapidamente em meio à superlotação. Mesmo as casas da classe média sofriam com infiltrações e umidade, que incentivavam a formação de mofo e fungos, agravando ainda mais as condições insalubres (Porter, 1997; Cipolla, 1994).

Nesse contexto de precariedade sanitária, o tifo emergiu como uma das doenças mais prevalentes. Ele é transmitido por bactérias através de parasitas como piolhos e pulgas, ele se disseminava facilmente em áreas com condições de higiene precárias. No entanto, o tratamento da doença no século XVIII e início do XIX era limitado, pois a relação entre o tifo e os parasitas ainda não era compreendida.

Por sua vez, a teoria predominante dos “miasmas”⁴ postulava que a doença era causada por vapores tóxicos oriundos de matéria em decomposição, o que levou a medidas de controle que focavam na limpeza superficial das áreas urbanas, sem abordar as verdadeiras causas da transmissão.

De acordo com Chadwick (1842)⁵, na década de 1830, a Inglaterra registrava cerca de 16 mil novos casos de tifo anualmente, sendo Londres uma das cidades mais afetadas. Entre 1837 e 1838, o tifo foi a principal causa de mortes por febre na capital, com surtos frequentes em todo o país. Em 1847, uma grave epidemia, agravada pela fome na Irlanda, se espalhou por cidades como Liverpool e Glasgow, resultando em mais de 30 mil mortes. Somente no final do século XIX, com a descoberta da relação entre o tifo e os parasitas, é que medidas mais eficazes começaram a ser implementadas. A melhoria das condições sanitárias, a construção de sistemas de esgoto eficientes e a adoção de práticas de higiene mais rigorosas resultaram em uma significativa redução das taxas de mortalidade causadas pela doença.

4 A teoria dos “miasmas”, segundo Porter (1997, p. 198-200), predominante antes das descobertas microbiológicas, postulava que doenças resultavam de “ar viciado” proveniente da decomposição de matéria orgânica. Com base nessa crença, autoridades sanitárias direcionaram seus esforços para a ventilação e limpeza superficial, práticas que, embora bem-intencionadas, não enfrentavam as verdadeiras causas das infecções.

5 Edwin Chadwick (1800–1890) foi um advogado e reformador social britânico que fez contribuições essenciais para a saúde pública e o saneamento na Inglaterra do século XIX. Em 1842, publicou o relatório “*Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*”, onde ligava condições insalubres a doenças e defendia melhorias no abastecimento de água, esgoto e coleta de resíduos. Esse relatório impulsionou o Public Health Act de 1848, que atribuiu ao governo a responsabilidade pela saúde pública. Chadwick também reformou as Poor Laws, tornando-as mais eficientes e menos custosas, focando na prevenção de doenças por meio de melhorias ambientais, influenciando práticas de saúde até os dias de hoje (ENCYCLOPAEDIA BRITANNICA).

Nesse contexto de saúde pública alarmante, o tifo emergiu como um símbolo das doenças que se proliferaram nas condições insalubres geradas pela rápida urbanização e pela falta de infraestrutura adequada nas áreas urbanas da Inglaterra industrial. Apesar das reformas sanitárias gradualmente implementadas ao longo do século XIX, a doença permaneceu como um marcador das profundas desigualdades sociais e da precariedade das condições de vida enfrentadas pela classe trabalhadora nos estágios iniciais da industrialização. Assim, neste cenário complexo, o algodão, segundo alguns historiadores, começou a desempenhar um papel relevante, ainda que de forma indireta. Essa relação será discutida na próxima seção.

O impacto do uso do algodão na saúde pública: reflexões dos historiadores

O levantamento bibliográfico de Styles (2005) identificou diversos historiadores que abordaram os impactos da disseminação do algodão e os benefícios resultantes para a saúde pública na Inglaterra. Entre eles, M.C. Buer, em seu estudo de 1926, *Health, Wealth, and Population in the Early Days of the Industrial Revolution*, argumentou que a indústria têxtil, inicialmente considerada um luxo restrito aos ricos, passou a ser acessível às massas após a introdução das máquinas. A produção em larga escala de algodão tornou o material amplamente utilizado, especialmente em vestidos femininos, roupas íntimas e de cama. Embora o algodão fosse menos durável que a lã, ele oferecia vantagens importantes para a saúde pública, por ser barato e fácil de lavar, incentivando melhores práticas de higiene.

Em 1967, J.D. Chambers apresentou um argumento semelhante ao tentar explicar a queda da mortalidade em Nottingham a partir da década de 1770. Segundo ele, uma das principais razões

seria que “Nottingham era, de fato, uma cidade de algodão” (p. 182). Ele observou que, no final do século XVIII, meias de algodão, roupas íntimas, chitas, colchas e lençóis substituíram as versões de lã. O fato de o algodão poder ser fervido foi especialmente importante, pois ajudava a combater piolhos, transmissores do tifo, beneficiando particularmente os pobres nas áreas urbanas.

Na década de 1990, David Landes reforçou a importância da introdução de roupas íntimas de algodão para a higiene. Landes argumentou que, antes disso, a dificuldade de limpar adequadamente as roupas contribuía para irritações e arranhões na pele, que facilitavam a transferência de germes para as mãos, alimentos e sistema digestivo. Para ele, a popularização do algodão, junto com a redução no custo dos sabonetes, teve um impacto significativo na saúde pública, possivelmente salvando tantas vidas quanto os avanços médicos da época.

Por fim, Woodruff D. Smith, em seu estudo de 2002, *Consumption and the Making of Respectability, 1600-1800*, reforça que, nos últimos anos do século XVIII, o algodão substituiu o linho e os tecidos mistos como material preferido para camisas e roupas íntimas em quase todos os níveis de renda na Europa e América.

No entanto, como observa Styles (2005), essa análise das mudanças no consumo de tecidos de algodão enfrenta grandes obstáculos devido à falta de evidências concretas. Isso porque nenhum dos pesquisadores oferece dados quantitativos diretos sobre o consumo de famílias e indivíduos que comprovem as transformações mencionadas. Em vez disso, muitos se apoiam em tendências gerais, como a queda nos preços do algodão, baseadas em registros de compradores institucionais e atacadistas.

Segundo o autor, esses obstáculos são ainda mais evidentes quando se considera a ausência de fontes alternativas e as dificulda-

des associadas ao uso daquelas disponíveis. Os estudos sobre o consumo na Inglaterra moderna baseiam-se, em grande parte, em registros de fabricantes, varejistas e inventários post-mortem. Esses inventários, entre 1550 e 1740, foram valiosos para mapear mudanças nos padrões de consumo, pois fornecem informações detalhadas sobre a posse de bens. No entanto, após meados do século XVIII, essas fontes tornam-se menos numerosas e perdem qualidade, limitando sua utilidade para o estudo da Revolução Industrial. Além disso, muitos desses inventários não especificam as roupas possuídas pelos indivíduos e concentram-se desproporcionalmente na parcela mais rica da população, o que gera uma visão incompleta e enviesada sobre o consumo da época.

Dessa maneira, semelhante à proposta de Styles (2005), que também utiliza os registros da Plataforma *Old Bailey*, a proposta aqui é observar a quantidade de registros existentes a partir da pesquisa de termos alusivos aos tecidos utilizados pela população da época, identificando em quais períodos passaram a ser mais utilizados e buscando verificar se há indícios claros da substituição de outro tipo de tecido pelo algodão. Assim, será possível perceber se as teses difundidas, a respeito da melhoria da saúde pública em função da disseminação do uso algodão nesta época, podem ser consideradas como verdadeiras ou se ainda é necessário um aprofundamento metodológico que forneça condições necessárias para tal afirmação.

A Plataforma *Old Bailey*: possibilidades de pesquisa

A *Old Bailey Online* constitui uma plataforma digital de relevância histórica e jurídica, dedicada à preservação e difusão de registros de julgamentos realizados no Central Criminal Court de Londres, entre os anos de 1674 e 1913. Esse tribunal, amplamente

conhecido como *Old Bailey*, é uma das mais importantes instituições judiciais da Inglaterra e do País de Gales, responsável pelo julgamento de crimes graves. A plataforma se destaca por disponibilizar, de maneira acessível, transcrições completas dos processos.

A importância dessa base de dados reside no seu vasto acervo de informações, que permite o estudo detalhado do sistema de justiça criminal britânico, bem como das transformações sociais, culturais e legais ocorridas ao longo de mais de dois séculos. Para os historiadores, a *Old Bailey Online* oferece uma oportunidade única de análise das dinâmicas sociais que permeavam os julgamentos criminais, revelando questões relacionadas à estratificação social, ao papel do Estado e às percepções sobre criminalidade e punição.

Assim, especificamente no que se refere este artigo, buscou-se identificar indícios que sustentem a tese levantada pelos historiadores, destacados na seção anterior, de que uma maior presença de tecidos de algodão impactou decisivamente na melhoria da saúde pública neste período. Embora esses registros tratam principalmente com crimes de roubo, eles oferecem uma nova perspectiva sobre os bens consumidos na época, ao identificar os itens frequentemente roubados no período em questão, como lençóis, camisas, calças, vestidos e cortinas, bem como suas respectivas fibras, portanto, é possível inferir a ampla presença desses materiais nas residências da época. A Figura 1 exemplifica um dos registros encontrados na Plataforma:

Figura 1. Exemplo de registro criminal da Plataforma *Old Bailey*.⁶

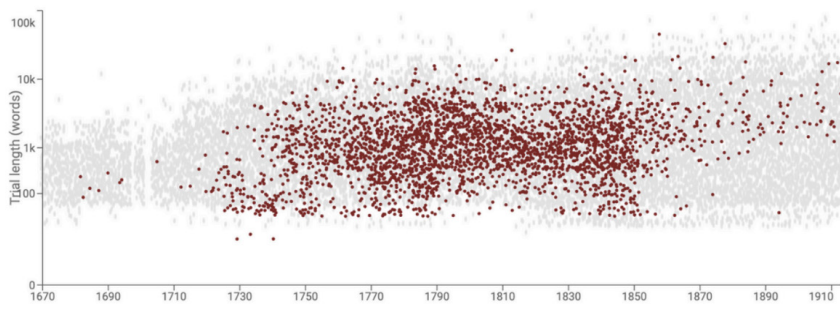
Elizabeth Parker, of *St. Botolph without Aldersgate*, was indicted for feloniously stealing 30 Pound Weight of Cotton value 16 s. the Goods of *John Tranter*, on the 23d of *August* last. It appeared that the Prisoner cut the Goods out of 2 Bags at several times, and was taken by the Warchman (*Mr. Berrington*) with the last parcel in a Blanket upon her Head, as he was going his Rounds about 3 a Clock in the Morning. She confest her taking the last parcel before the Justice, and the first was found where she liv'd. The Jury found her Guilty. Transportation.

Fonte: *Old Bailey*. Chave de pesquisa: “cotton”.

Com base nessa análise, a pesquisa foi estruturada em torno de três termos-chave: algodão (*cotton*), linho (*linen*) e seda (*silk*), que eram materiais predominantes no mercado de tecidos entre 1670 e 1910. O objetivo foi analisar a frequência desses itens nos registros, fornecendo uma visão mais detalhada sobre os hábitos de consumo e a crescente popularização do algodão. Desta forma, apresenta-se os resultados gráficos com base nos três termos:

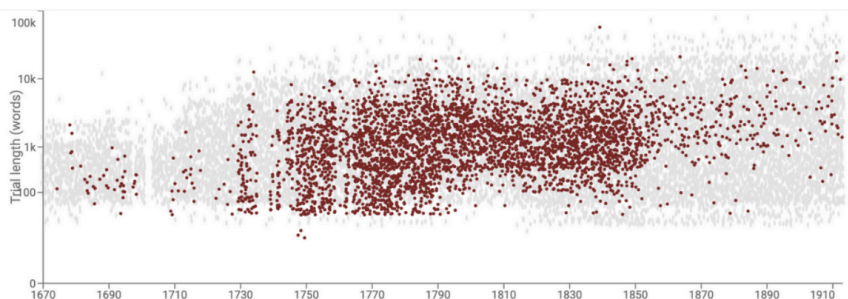
6 Tradução do texto da imagem: “Elizabeth Parker, de St. Botolph, fora de Aldersgate, foi indiciada por roubar, de forma criminoso, 20 libras de algodão, no valor de 16 xelins, pertencentes a John Tranter, no dia 23 de agosto passado. Constatou-se que a prisioneira retirou os bens de 2 sacos em várias ocasiões e foi capturada pelo vigia (Sr. Berrington), carregando o último pacote em um cobertor sobre a cabeça, enquanto ele fazia sua ronda por volta das 3 horas da manhã. Ela confessou ter pego o último pacote diante do juiz, e o primeiro foi encontrado onde ela morava. O júri a considerou culpada. Pena: deportação.”

Gráfico 1. Chave de pesquisa: “cotton”.



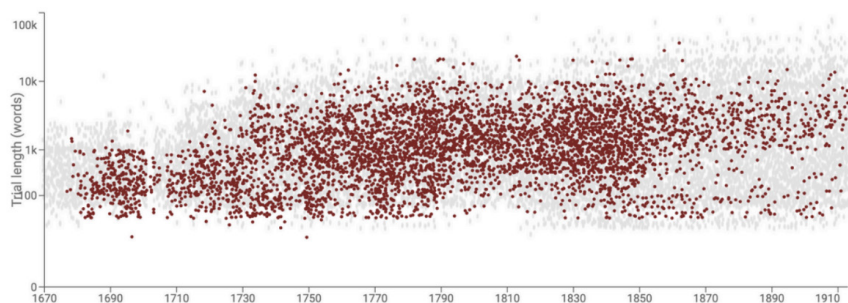
Fonte: Old Bailey. Chave de pesquisa: “cotton”.

Gráfico 2. Chave de pesquisa: “linen”.



Fonte: Old Bailey. Chave de pesquisa: “linen”.

Gráfico 3. Chave de pesquisa: “silk”.



Fonte: Old Bailey. Chave de pesquisa: “silk”.

A análise dos registros de roubos revelou um total de 5.619 ocorrências relacionadas ao algodão, 10.424 ao linho e 10.019 à seda, refletindo a presença e o uso desses materiais no período estudado. Esses dados quantitativos fornecem uma base sólida para avaliar as tendências de consumo e a importância de cada fibra no cotidiano da sociedade da época. A partir desses dados, a comparação dos gráficos evidenciou um padrão significativo: os tecidos de algodão indianos, e posteriormente suas versões europeias, foram gradualmente integrados aos hábitos de consumo europeus ao longo dos séculos XVII e XVIII.

Esses tecidos complementaram, em vez de substituir, materiais tradicionais como seda e linho. Ademais, a frequência dos registros de roubos de tecidos de algodão está diretamente vinculada ao avanço da Revolução Industrial, que elevou a demanda por maiores quantidades de algodão bruto importado. E esse processo foi acompanhado por incentivos à produção local, com as fábricas britânicas adaptando o algodão às estéticas e preferências inglesas.

Com essa análise da crescente disseminação do algodão no mercado e seu impacto social, podemos agora considerar as implicações dessas transformações nas questões de saúde pública e higiene, que se tornaram particularmente relevantes no contexto urbano da Revolução Industrial. Neste sentido, as análises dos historiadores revelam a necessidade de realizar considerações críticas sobre a relação entre o uso do algodão e a melhoria das condições de saúde pública durante esse período. Afinal, persistem equívocos na maneira como essa relação tem sido interpretada.

Notas conclusivas

O argumento apresentado por Buer (1926), por exemplo,

baseia-se na ideia corrente de que a popularização do algodão foi predominantemente impulsionada pelas inovações tecnológicas do período, que teriam contribuído para a redução de preços e a consequente acessibilidade das peças de vestuário. Embora se reconheça que o algodão se tornou mais acessível, é crucial enfatizar que ele não era necessariamente tão econômico quando comparado a outros tecidos. Somente após 1825, os tecidos de algodão começaram a assegurar uma parcela significativa do mercado de roupas de cama, como camisas e lençóis, substituindo o linho, cujo mercado interno entrou em colapso na década de 1850.

Além disso, é necessário revisitar a afirmação de Chambers (1967), que associa o uso do algodão à redução dos casos de tifo na Inglaterra. Essa correlação parece precipitada, uma vez que as causas reais da doença só foram plenamente compreendidas no final do século XIX. Como apontado por Chadwick (1842), foi apenas nesse período que se estabeleceu a ligação entre o tifo e a presença de piolhos, o que levou à implementação de medidas sanitárias mais eficazes e, consequentemente, à queda nas taxas de mortalidade (Chadwick, 1842). Portanto, é questionável atribuir diretamente ao algodão um impacto significativo na saúde pública em relação ao tifo.

Outro ponto que merece atenção é a alegação de Chambers (1967) de que o algodão, por poder ser fervido, facilitava a eliminação de agentes patogênicos. Embora essa prática tenha ocorrido, é crucial refletir sobre a frequência com que essas roupas eram realmente lavadas e as desvantagens do desgaste provocado pela lavagem frequente, especialmente em tecidos estampados, cujas cores desbotavam ao longo do tempo. Isso também sugere que o uso de algodão pelas classes mais pobres poderia não ter sido tão viável quanto se imagina. Apesar de mais barato que o linho, o algodão exigia reposições mais

frequentes, uma vez que os métodos de lavagem eram rudimentares, e os produtos de limpeza, como o sabão, ainda não eram amplamente utilizados. Além disso, faltam evidências concretas de que roupas íntimas fossem majoritariamente confeccionadas em algodão nesse período.

Por fim, nossa análise dos pontos e contrapontos apresentados revela lacunas importantes que merecem ser mais bem investigadas em futuras pesquisas. Ao longo desta discussão, ficou evidente a necessidade de uma reavaliação mais cuidadosa do papel de materiais comuns, como o algodão, dentro de contextos históricos mais amplos. Não apenas os aspectos econômicos devem ser considerados, mas também a interconexão entre fatores materiais e culturais, e como esses elementos influenciaram, simultaneamente, a saúde pública, a economia e o desenvolvimento social ao longo do tempo.

Ademais, verifica-se que a plataforma *Old Bailey* constitui-se como um acervo histórico de extrema importância para a pesquisa acadêmica e social, pois favorece a construção de bases de dados e estatísticas por meio de recursos de codificação textual, que podem funcionar como *proxy* para inúmeras variáveis comportamentais. Isso possibilita uma compreensão mais precisa dos condicionantes do contexto social, econômico e político da época.

Referências

- BUER, M. C. Health, Wealth, and Population in the Early Days of the Industrial Revolution. London: Kegan Paul, Trench, Trubner & Co, 1926.
- CHADWICK, E. Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain. Her Majesty's Stationery Office, 1842.

- CHAMBERS, J. D. *The Making of the English Landscape*. London: Hodder and Stoughton, 1967.
- CIPOLLA, C. M. *Public Health and the Medical Profession in the Renaissance*. Cambridge University Press, 1994.
- ENCYCLOPAEDIA BRITANNICA. Edwin Chadwick. *Encyclopaedia Britannica*, 2024. Disponível em: <https://www.britannica.com/biography/Edwin-Chadwick>. Acesso em: 8 agosto. 2024.
- ENGELS, F. *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo, 2008.
- HUBERMAN, M. *História da Riqueza do Homem*. São Paulo: Zahar Editores, 1981.
- LANDES, D. S. *The Wealth and Poverty of Nations: Why Some Are So Rich and Some So Poor*. New York: W.W. Norton & Company, 1990.
- MARX, K. *O capital*. Boitempo, 2017.
- OLD BAILEY. *The Proceedings of the Old Bailey, 1674-1913*. Disponível em: <https://www.oldbaileyonline.org/>. Acesso e 21 de setembro, 2024.
- PEZZOLO, D. B. *Tecidos: História, Tramas, Tipos e Usos*. 6. ed. Senac São Paulo, 2021.
- PORTER, R. *Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times*. Routledge, 1997.
- RIELLO, Giorgio. *Cotton: The Fabric that Made the Modern World*. Cambridge University Press, 2013.
- SMITH, D. W. *Consumption and the Making of Respectability, 1600-1800*. Routledge, 2002.
- STYLES, J. *The Dress of the People: Everyday Fashion in Eighteenth-Century England*. Yale University Press, 2005.

A participação ativa da sociedade civil na fundação do primeiro hospital em Cachoeiro do Itapemirim (ES)

Márcio Gomes Damartini¹

Introdução

Cachoeiro de Itapemirim, inicialmente parte integrante do município de Vila de Itapemirim, conquistou sua autonomia política em 25 de março de 1867, quando foi instalada sua primeira Câmara Municipal após ser elevada à categoria de vila pela Lei Provincial nº 11, de 23 de novembro de 1864. Ainda no período imperial, a cidade começou a se destacar como um dos mais importantes centros econômicos do sul da Província do Espírito Santo, impulsionada pela produção cafeeira e pela atividade portuária fluvial, que facilitava o escoamento do café para o Rio de Janeiro, onde era exportado para o mercado internacional (Santos, 2009).

Entretanto, o avanço econômico não refletia de forma equitativa no bem-estar da população, especialmente no que se refere à saúde pública. O poder econômico e político concentrado em poucas famílias locais não priorizava a criação de estruturas adequadas para o atendimento aos mais necessitados, resultando em uma carência sig-

1 Graduado em História pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras Madre Gertrudes de São José. Mestre e doutorando em História pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Professor da rede estadual de ensino do estado do Espírito Santo. Bolsista pela CAPES. E mail: marciodamartini@hotmail.com.

nificativa de cuidados médicos, principalmente para aqueles que não podiam arcar com os custos de tratamentos privados. Como destaca Francelino (2021), doenças e epidemias eram comuns e frequentemente noticiadas no jornal *O Cachoeirano*², um dos principais veículos de comunicação da época, que circulava por diversos municípios da região sul capixaba.

O final do século XIX foi marcado por um intenso debate na sociedade local sobre a necessidade de construir um hospital ou uma casa de caridade para atender aos desamparados. Entre 1890 e 1900, o jornal publicou cerca de 60 reportagens sobre o tema, sendo os anos de 1894 e 1899 os mais expressivos em termos de cobertura. Além disso, outros temas relacionados à saúde também eram frequentes nas páginas do periódico, incluindo relatos sobre epidemias de varíola, febres, cólera, tuberculose e influenza, bem como a divulgação de anúncios de medicamentos e receitas de médicos e farmacêuticos da região.

A circulação do *O Cachoeirano* coincidiu com um período de avanço científico no campo da medicina, incluindo a invenção de vacinas, que passaram a ser mencionadas como alternativas para a contenção de doenças. O jornal também desempenhava um papel educativo, promovendo campanhas de conscientização sobre higiene e saúde, especialmente em um contexto de escassez de recursos para prevenir e tratar as epidemias que frequentemente assolavam a região.

2 O jornal *O Cachoeirano* teve sua primeira publicação em 7 de janeiro de 1877 e circulou até o ano de 1923. Foi fundado por Luiz de Loyola e Silva, comerciante, casado com D. Rosa dos Santos que era da região de Itapemirim. Filho do capitão Ignácio de Loyola e Silva, oriundo de Benevente, foi um dos primeiros habitantes de Cachoeiro, depois de ter sido administrador da fazenda Muqui, de propriedade do Barão de Itapemirim. João de Loyola e Silva, irmão de Luiz, foi também um dos proprietários desse jornal durante muitos anos, além de chefe de redação. Era professor, jornalista, redator do jornal, membro de várias associações literárias da localidade e secretário da Câmara Municipal durante a presidência de Gil Goulart.

Lideranças locais, como o médico e diretor de higiene Júlio Pereira Leite, vinculado à Loja Maçônica Fraternidade e Luz, utilizaram as páginas do jornal para mobilizar a população e defender a construção do primeiro hospital da cidade, destacando a importância da união comunitária diante da ausência de uma atuação eficaz do poder público.

Essa articulação entre imprensa e sociedade revela a complexidade das relações de poder presentes nos periódicos da época, como apontam Barros (2023), Capelato (1988) e De Luca (2006). O jornal *O Cachoeirano* se apresentava como um órgão defensor das ideias republicanas, e suas publicações refletem tanto os interesses políticos quanto as demandas sociais do período. A primeira notícia sobre a construção de um hospital em Cachoeiro de Itapemirim foi publicada em 16 de fevereiro de 1890, quando o proprietário do jornal, João Loyola, informou ter recebido cartas sugerindo a criação de uma instituição de saúde. Embora inicialmente isolada, a pauta ganhou força a partir de 1894, com um aumento significativo na quantidade de matérias sobre o tema, evidenciando o engajamento da sociedade local na luta por melhores condições de saúde.

Este estudo busca analisar esse movimento social e o papel desempenhado pelo jornal *O Cachoeirano* na mobilização da comunidade para a construção de um espaço destinado ao atendimento médico, destacando os desafios enfrentados em um contexto de desigualdade estrutural e negligência estatal.

A organização da sociedade civil e a ausência do poder público na mobilização para a construção da casa de caridade

Para que se entenda o processo de organização da sociedade cachoeirense na mobilização para a fundação de um espaço para o

atendimento dos doentes podemos recorrer a Pujol (2003). Ele analisa a associação da sociedade civil e a relação que elas estabelecem com os agentes políticos, concluindo que “essas associações surgem onde se produz um vazio de controle social ou um vazio de poder, porque os poderes organizados ainda não tiveram tempo de se apoderar dele. A forma desse lugar social é delimitada pelo conjunto de estruturas organizadas que o cercam”. Essa situação fica bem explícita nesse momento da organização da sociedade cachoeirense para preencher uma lacuna deixada pelo poder público municipal.

Desse modo, para o autor, fica claro que a associação voluntária é em primeiro lugar um indicador para uma história da mudança social, para o estudo desse vínculo sempre frágil que faz e desfaz uma comunidade. Ela revela primeiro uma relação entre corpos constituídos e corpos intermediários, instituições herdadas e aspirações novas dos cidadãos, ideais coletivos e tensões singulares, e mesmo “corporativas”, desse ou daquele grupo de indivíduos reunidos”. E nesse caso identificamos, no ano de 1894, uma grande mobilização dos mais variados setores da sociedade cachoeirense.

Na reportagem do *O Cachoeirano* do dia 15 de abril o Vigário desta Freguesia, padre Ângelo Passarelli, faz uma convocação de uma reunião pública para juntar recursos para criação do Hospital de Caridade. No dia 20 de maio, além da uma notícia de um enterramento de várias pessoas devido a uma epidemia que assolou a região, foi ressaltada pelo periódico a cessão de um terreno para a construção da Casa de Caridade, na localidade da Tijuca, pelo Tenente Coronel Guardia, futuro presidente do município.

Visando angariar recursos para a abertura do local foram realizadas outras reportagens nesse mês, destacando a realização de um espetáculo circense, bem como várias outras doações e coisas ofere-

cidas para angariar recurso para a fundação do hospital. E como a mobilização da sociedade era grande foi organizada no mês de maio uma reunião para tratar do assunto.

No dia 27, segundo notícia do jornal, foi convocada uma série de pessoas para comparecerem a uma reunião na casa do governo municipal. Fora a presença do Vigário e do Coronel Guardia, foi destacado às figuras de Bernardo Araújo que era farmacêutico e depois se tornou um político de grande destaque e de Raulino de Oliveira que posteriormente se tornaria presidente da Associação da Beneficência Cachoeiro, responsável pela manutenção do hospital fundado em 1900. E no mês de junho a mobilização continuava intensa.

Reportagem do dia 3 destaca a doação de Maria Novaes, esposa do médico Novaes de Melo, bem como outras doações, apontando ainda que haverá uma reunião no edifício do governo municipal para ser escolhido o melhor meio de realização dessa casa de caridade. Uma grande reportagem no dia 10 de junho tratava sobre a reunião realizada no dia 4 de junho. Nessa reunião, presidida pelo presidente do poder municipal, foram escolhidas pessoas para comporem comissões para a arrecadação de verbas para a construção da Casa de Caridade. Também foi destacada a grande oferta do cidadão Diogo Pires de Amorim, membro de uma das famílias mais poderosas da região. E nesse mesmo mês tivemos a eleição da primeira Associação de Beneficência Cachoeirense (ABC), associação responsável por organizar todas as ações, tanto dentro como fora de Cachoeiro do Itapemirim, visando a fundação do hospital.

Reportagem do dia 17 de junho trata da reunião acontecida no dia 10 de junho onde foi eleita à diretoria provisória da associação, responsável por coordenar às comissões criadas para a arrecadação de recursos. Essa direção também ficou responsável por confeccionar

o projeto do estatuto da sociedade de beneficência de Cachoeiro de Itapemirim. A notícia constante no jornal do dia 29 de julho faz um resgaste das ações já realizadas em Cachoeiro de Itapemirim com destaque para a aquisição de uma casa no morro da Tijuca a fim de estabelecer uma instituição de caridade que pretende se fundar nessa cidade. E a mobilização continuava a todo vapor.

Reportagem do dia 5 de agosto relata que no dia 2 foi feito um espetáculo e o dinheiro foi recolhido pelo médico Raulino de Oliveira para ajuda à Casa de Caridade. Reportagem de 12 de agosto apresenta à demonstração de receita e despesa do evento do dia 2, sendo que os recursos foram recolhidos aos cofres do governo municipal. E essa mobilização da sociedade civil pressionou os poderes públicos a se posicionarem.

A notícia do *O Cachoeirano* do dia 2 de setembro destacava que o governo municipal iria oferecer uma certa quantia para a caixa de caridade. Reportagem de 16 de dezembro destaca o envio de um telegrama do Tenente Coronel Francisco Marques e Guardian, presidente do município, à Francisco Herculano, agradecendo a apresentação de um projeto de R\$ 5.000 (cinco mil réis) para a construção do hospital de Caridade no Congresso Estadual. E a mobilização continua de forma intensa no ano de 1895.

Segundo a reportagem do dia 27 de janeiro haveria sarau dançante no Grêmio Bibliotecário Cachoeirense. Como não aconteceu o evento o dinheiro arrecadado com a venda dos bilhetes foi doado para Casa de Caridade desta cidade. Manchete do dia 23 de junho recorda a aquisição de um prédio no dia 31 de julho de 1894 na localidade de Tijuca para servir de hospital e que até o dia 30 de março de 1895 o saldo existente era de 6.453.510 réis. E a mobilização da sociedade sul capixaba mexeu com o poder público, contudo não da

maneira que a população queria.

Francelino (2021) destaca que em mensagem proferida na instalação do congresso legislativo, em 17 de setembro de 1895, o Presidente do estado do Espírito Santo destacou as epidemias que assolavam a cidade de Cachoeiro de Itapemirim ao mencionar que:

[...] A febre amarela importada de Santos em meados de 1894 [...] infelizmente o mal se propagou à vinda cidade do porto de Cachoeiro, que está com a capital em diária comunicação, e ali desenvolveu-se com caráter mais assustador [...] irrompeu no extremo sul, na ponte de São Eduardo, a epidemia de cholera-morbus, que desde mezes antes percorria o Valle do Parahyba, está ligada por estrada de ferro áquella povoação do nosso Estado. Quase ao mesmo tempo, com diferença de poucos dias, o terrível flagelo explodiu na cidade de Cachoeiro do Itapemirim, ameaçando d'ali o Estado inteiro (Mensagem do Presidente do Estado do Espírito Santo, 1895, p. 5).

Em 1896 a Câmara Municipal de Cachoeiro registrou o interesse em subsidiar a ação de particulares para a instalação de um hospital no município. De acordo com a Acta da 3ª Sessão Ordinária, em 10 de junho, foi decidido o seguinte:

Considerando que o § 1 do artigo 36 da lei nº 6 atribue ao governo municipal a competência de crear casa de caridade, inspcionar as existentes e fiscalizar o seu regime. Considerando que neste município particulares levantaram a ideia da criação de um hospital de caridade [...] considerando que a iniciativa individual pode ser mais proveitosa que a directa acção do governo: propomos que o 47 governo municipal faça entrega a Associação ou Irmandade que se organizar do saldo existente e da casa adquirida, desde que a Associação ou Irmandade apresente os seus estatutos devidamente aprovados (Acta da 3ª sessão Ordinária da Câmara Municipal de Cachoeiro de Itapemirim, 10 de junho de 1896, p. 10).

Contudo, como essa ação não saiu do papel, a única maneira para angariar recursos para a abertura do hospital partia da sociedade civil.

A reportagem do dia 5 de agosto destacava que no dia 2 foi feito o espetáculo e o dinheiro sendo recolhido pelo médico Raulino de Oliveira para ajuda a construção da casa de caridade. Notícia de 12 de agosto apresentava à demonstração de receita e despesa do evento do dia 2 e a destinação dos recursos a favor da casa de caridade recolhida aos cofres do governo municipal. E quando destacamos a ação do poder público chama-nos a atenção à figura de Bernardo Horta, que mesmo antes de assumir a presidência do município em setembro de 1897, era o político que mais se destacava no processo da construção do hospital em Cachoeiro do Itapemirim.

Reportagem do dia 14 de julho demonstra a preocupação de Horta com a não autorização de emissão de cartão para o recolhimento de recursos junto à população, principalmente porque o saldo a favor da casa de caridade de oito contos de réis eram insuficientes para a construção do espaço para tratamento dos doentes. Na reportagem do dia 20 de setembro Horta apresenta a cópia de um parecer em relação ao médico Luiz Cerqueira de Silvio Lima no qual reclamou contra o pagamento de 40% sobre as décimas para Casa de Caridade. E a chegada de Horta na presidência do município em setembro de 1897 marca o início de uma ação mais incisiva do poder público para a abertura do hospital.

A reportagem de 14 de novembro apresenta um balancete do saldo da Casa de Caridade, destacando que o prédio adquirido para ser transformado no hospital encontra-se em péssimo estado de conservação. Diante de tal situação o governo deliberou que o oficial encarregado da obra levantasse às despesas para o melhoramento da

casa da Tijuca e a sua transformação na Casa de Caridade. Notícia de 24 de abril de 1898 destaca que foi colocado, pela primeira vez, no orçamento municipal verba para a reforma da casa da Tijuca.

No dia 8 de maio a reportagem destacava o requerimento de Afonso Luciano pedindo exame de engenheiros sobre as condições da casa da Tijuca. Jornal de 5 de junho trouxe um relatório do trabalho realizado por Bernardo Horta frente à presidência do governo municipal. O destaque ficou por conta das verbas e de outras ações, conforme destacadas acima, do poder público municipal com toda a despesa para aquela obra. Contudo, mesmo com todos os esforços, o hospital não foi inaugurado. E com a queda no preço do café a situação econômica da província capixaba deteriorou-se. E essa situação afetou o único hospital existente no estado, a Santa Casa de Misericórdia de Vitória.

Durante o mês de setembro foram publicadas várias reportagens no jornal conclamando as pessoas a ajudarem o único hospital capixaba como podemos aferir no pedido feito pela direção do jornal.

Vamos fazer um apelo todo cidadão de alma generosa e bem fazer, que sabem apreciar devidamente infortúnio dos enfermos da Santa Casa de Misericórdia dessa capital para o fim de suprir com uma pequena esmola a falta de subvenção oficial que o governo caprichosamente arrancou desse pio estabelecimento de caridade. Estendemos esse apelo a todos os colegas da imprensa do Rio de Janeiro e demais estados da República para que auxiliasse a empresa humanitária menosprezada pelo poder público do Espírito Santo quando a própria constituição do estado claramente impõe até em seu congresso a obrigação de ter particular cuidado em conservar e argumentar os hospitais já existentes.

O que cabe destacar em relação às edições do jornal de setembro de 1898, fora a reportagem citada acima, é que foi obtida a

notícia da fundação, no dia 06, de uma entidade que teve um papel central na organização do primeiro hospital da cidade, a Loja Maçônica Fraternidade e Luz. Essa instituição, juntamente com outras existentes na cidade, inseria-se num contexto de filantropia por parte da sociedade civil, ou seja, a ajuda a questões humanitárias que significava uma posição de destaque para os colaboradores. E uma das principais consequências do incentivo à caridade para os desvalidos, no campo da medicina, foi a disseminação de hospitais filantrópicos, maternidades e sanatórios patrocinados pela iniciativa privada.

Desse modo muitos dos indivíduos que se empenharam em fundar o Clube Republicano, o Hospital, que posteriormente seria batizado de Santa Casa de Misericórdia, a Maçonaria e outras entidades que, de alguma forma, representam os anseios da coletividade em Cachoeiro, se inserem nessa dinâmica. Corroborando nossa assertiva, Morel (2001) afirma que a filantropia – identificada também como beneficência – foi um instrumento eficiente para a formação dos movimentos associativos do século XIX, além de representar uma forma de expansão do modelo de civilização ocidental. A ajuda aparentemente despretensiosa acabava revelando-se um mecanismo eficaz na criação de redes de poder e laços de dependência. E essas organizações somavam-se ao poder público para solucionar o problema existente no município: a falta de um hospital.

Fechando o ano de 1898 tivemos uma reportagem de 25 de dezembro demonstrando que o presidente Bernardo Horta de Araújo autorizou a contratante da casa da Tijuca a subsidiar um parecer do engenheiro Lindemberg visando dar ciência ao governo das condições das instalações e das medidas necessárias para a fundação do hospital. Contudo, ainda não foi nesse ano que tivemos a inauguração do espaço destinado ao atendimento dos doentes. E será que

no ano de 1899 teremos a inauguração do hospital na cidade mais desenvolvida da província capixaba?

Estive doente e me tratastes: a mobilização da sociedade cachoeirense para dar um tratamento aos desamparados

Quando recordamos todo o processo para a fundação de um hospital em Cachoeiro tivemos uma grande mobilização em 1894, contudo não resultando na abertura do local para atendimento aos doentes, mesmo que à cidade segundo Ribeiro (1928), Marins (1920), Moreira (2004), Maciel (2003) dentre outros, se destacasse com a construção de pontes, iluminação elétrica e tantas outras obras que demonstravam a riqueza do principal centro da província. E mobilização semelhante à de 1894 ocorreu no ano de 1899. No caso, diferente do convite anterior, feito pela Igreja Católica, quem faz o convite é o governo municipal para uma reunião visando resolver à novela que se arrastava por vários anos: a fundação do hospital. E o mês de março foi intenso de ações para atingir esse objetivo.

Uma reportagem do dia 19 de março destacou que a reunião do dia 15 de março não ocorreu, e que devido a esse motivo, o presidente do governo convocou uma reunião para o dia 19 para tentar resolver a questão da Casa de Caridade. A reportagem do dia 26 de março destacou a reunião que aconteceu dia 19. Como encaminhamento da reunião foi definida a organização de uma comissão responsável pela instalação da casa de caridade. E no mês de abril a comissão é organizada para dar conta da intensidade tanto dentro como fora da cidade.

Reportagem do dia 9 de abril deu grande destaque à criação da comissão que teve como presidente Bernardo Horta. E no dia 16 de abril foi noticiada a organização de comissões de arrecadação em mais de 50 lugares dentro e fora de Cachoeiro: Viana. Santa Leopold-

dina, Alfredo Chaves, São Mateus, Rio Pardo, Salgado, Amarelo, Gruta, Ouvidor, Canudal, Ponte do Muqui, São Gabriel do Muqui, São João do Muqui, Sumidouro, Matozinhos, Santo André, Pedreira, Estação do Castelo, Fruteiras, Prosperidade, Limoeiro, Conceição do Castelo, Ribeirão de São João, Vila do Alegre, Estação do Alegre, São Bartolomeu, Fortaleza, Itaipava, Vila do Itapemirim, Vila do Rio Novo, Cachoeira do Rio Novo, Rodeio, Piúma, Benevente, Guarapari, Vitória, Serra, Viana, Santa Isabel, Santa Leopoldina, Nova Almeida, Alfredo Chaves, Baixo Guandu, São Mateus, Barra de São Mateus, Linhares, Santa Cruz, Pau Gigante, Riacho, Muniz Freire, Itabapoana, Ponte do Itabapoana, Santa Tereza, Cariacica e Calçado. Fora a criação das comissões nas localidades também tivemos a criação das comissões dos prancheiros, carroceiros, da colônia italiana e dos operários. E a mobilização não aconteceu somente fora de Cachoeiro.

Conforme destacada em dezenas de reportagens do jornal durante o ano houve uma grande união dos moradores da cidade em torno da construção da casa de caridade. No caso as pessoas assinavam uma lista e pegavam o cartão contribuir com às esmolas ou doações. E no mês de maio tivemos a eleição da direção provisória da Associação de Beneficência e Caridade (ABC), entidade que se tornou responsável tanto pela organização dos recursos para a abertura do hospital como também pela sua administração.

Em reportagem do dia 7 foi destacada a grande participação dos membros da Loja Maçônica Fraternidade e Luz na eleição da ABC, como bem destacou Gomes (2018). E a arrecadação de fundos nesse mês ocorreu através da organização de quermesses bem como pela entrega dos cartões ao tesoureiro, como bem destacou a reportagem do dia 21. Mesmo com toda mobilização da sociedade a

reportagem do dia 23 de junho demonstra que, como não foram recolhidas “todas as importâncias”, não foi possível designar uma data para inauguração da Casa de Caridade. Essa situação não desanimou às pessoas e instituições organizadas em torno da resolução dessa situação em Cachoeiro do Itapemirim.

Reportagem do dia 2 de julho destacava que a Loja Maçônica doou à caixa de caridade 143,860 réis. Essa grande doação vinha se juntar a centena de pequenas doações em uma mobilização nunca vista na sociedade cachoeirense até àquele momento. E os balancetes e as reuniões, destacadas nas várias reportagens do jornal, demonstram a grande importância que à sociedade cachoeirense deu para a resolução de uma situação que já se arrastava há anos: a construção do hospital. E essa junção de esforços faz à comissão responsável pela Casa de Caridade estipular para o princípio de outubro a inauguração do local. No mês de julho tivemos várias reportagens com balancete das receitas bem como de reuniões para deliberar sobre os recursos necessários para o hospital.

O que cabe destacar é que na maioria dos casos às contribuições eram de pequeno valor em muitos casos de cerca de 10 a 50 réis e envolvendo centenas de pessoas. Essas contribuições geralmente eram realizadas através da emissão de cartões. E no caso cabe destacar ainda que essas contribuições eram feitas mensalmente deixando claro que milhares de pessoas, desde às mais simples às mais abastadas, estavam unidas para dar condições de tratamento para quem era esquecido na rica Cachoeiro do Itapemirim: os pobres. E a situação de pobreza não eram somente de quem morava no Brasil.

A reportagem do dia 20 de agosto de 1899 destaca à questão dos desamparados na casa de imigração, ressaltando que alguns falecidos eram “amigos de menor recurso” chamando a atenção para o

trabalho desenvolvido pela Irmandade do Coração de Jesus, fundada pelo digno Presidente Manuel da Rocha Pereira. Essa situação de miséria dos imigrantes vindos para o Brasil, principalmente os italianos, eram constantemente relatadas nas páginas do jornal. Em vários momentos foram acusados de serem propagadores de doenças, como na epidemia de cólera em 1895. Em outros momentos, como não recebiam tudo o que era prometido, à imigração foi suspensa pelo governo italiano até o governo brasileiro garantir os benefícios prometidos. E para atender tantos aos estrangeiros, que eram hospedados em Cachoeiro até irem para outros locais do estado, bem como as pessoas da região a organização do hospital fazia-se necessária. Contudo, sem a ação mais incisiva do poder público a data estipulada não foi cumprida.

Reportagem do dia 10 de setembro demonstrava às dificuldades da inauguração da casa de caridade prevista para o dia 15 de novembro de 1899. Para resolver esse impasse somente se houvesse o recolhimento de todos “às caridades, esmolas e óbulos”, visto à inoperância do poder público na resolução dessa demanda tão urgente. E como o poder público não cumpria seu papel a saída era continuar a campanha de arrecadação.

Às várias reportagens do mês de setembro demonstram que às doações, principalmente através dos cartões, permanecem de forma intensa e contínua, sendo a maioria delas de pequeno valor confirmando que a maior parte dos recursos vinham de pessoas de menor poder aquisitivo, contudo muito comprometidas na implantação do hospital. Nas várias reportagens saltam aos olhos algumas doações de valores mais elevados bem como para outra situação: às doações anônimas. Juntando-se a isso o jornal destaca às doações de vários “coronéis” inclusive de pessoas que não moram na cidade de Ca-

choeiro do Itapemirim. E com toda essa mobilização fica claro que a inauguração do hospital não iria demorar a acontecer.

O jornal de 26 de novembro aponta em suas reportagens a inauguração está “próxima de acontecer” e que vai ter uma reunião para definir o regimento interno bem como as “deliberações urgentes” justificando que a inauguração que deveria ter ocorrido no dia 15 de novembro não pode se realizar. E nas reportagens do mês de dezembro vislumbra-se que toda a mobilização das pessoas tanto de dentro como de fora de Cachoeiro está surtindo o efeito desejado.

No dia 5 de dezembro, conforme noticiado, foi feita uma reunião destacando as dificuldades para a inauguração da Casa de Caridade. Também foi noticiado à lei concedendo o auxílio de R\$ 4.000(quatro mil réis) pelo presidente do estado que veio se somar a doação do poder público municipal de 664,058 réis. E como os objetos necessários para a inauguração não chegaram não foi possível a inauguração nesse mês. Por fim tivemos no dia 25 de dezembro a eleição dos membros que iriam compor a entidade que administraria o hospital: a Associação Beneficência Cachoeirense (ABC), que contava em sua grande maioria com membros da Loja Maçônica Fraternidade e Luz, como veremos mais à frente. E em fim foi batido o martelo: não havia mais a possibilidade de adiamento do local de atendimento aos doentes da mais rica cidade da província capixaba. A inauguração aconteceu no mês de janeiro, não na data prevista, dia 06, e sim dia 27 começando a funcionar de fato dia 11 de fevereiro. E a notícia da inauguração teve grande destaque nas páginas do jornal.

O Jornal do dia 25 de janeiro anunciava que no sábado dia 27, mesmo com as muitas dificuldades, seria inaugurada a Casa de Caridade. A grande divergência foi a notícia que o hospital inaugurado seria no edifício da Tijuca, informação divergente, por exemplo, da

fornecida por Francelino (2021) e Moulin (2011) como também das fotos e relatos da época que deixam claro que o hospital inaugurado era o existente no bairro Gilberto Machado. E a inauguração do hospital que somente em 1914 seria batizado de Santa Casa de Misericórdia apontou para uma ação diferente da maioria das outras santas casas inauguradas em todo o mundo.

No caso de Cachoeiro, as divergências existentes com a Igreja Católica, não foi impeditivo para a ação da maçonaria na inauguração do hospital, mesmo depois da transformação da entidade em uma instituição católica. Destacamos que na fundação da Associação de Beneficência Cachoeirense, mantenedora do hospital, a maioria dos sócios eram maçons 53 – numa proporção de 36 para 53 – e se mantiveram atuantes na administração do hospital, seja como membros da Mesa Diretora, como, por exemplo Raulino de Oliveira, José Espíndula Batalha, Anacleto Ramos, Anísio Ramos, Basílio Pimenta, Quintiliano de Azevedo, Octavio Guimarães, José Gomes Pinheiro Junior.

As demais Misericórdias fundadas por irmandades tinham como principal documento regulador de suas funções o Compromisso, sendo seus membros denominados de irmãos. Em contrapartida, a Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro – possivelmente, por influência da maçonaria – era regida por um Estatuto, sendo os membros chamados de sócios. Outro elemento de diferenciação é que, em vez de um provedor, a Santa Casa de Cachoeiro possuía um presidente, no caso, o médico Raulino de Oliveira.

O que cabe destacar é que a primeira reportagem do *O Cachoeirano* sobre a fundação de um hospital em Cachoeiro é de 1890 e que o debate entre os políticos, notadamente na Câmara Municipal, apontava para a necessidade urgente da construção de um espaço

para o tratamento dos doentes.

Contudo, foi identificado neste estudo que durante o período da primeira reportagem sobre a necessidade do hospital até a sua inauguração, os grandes protagonistas foram as pessoas mais simples e desprovidas de recursos que se mobilizaram tanto dentro como fora do município e, coordenadas por pessoas que faziam parte da Loja Maçônica e de outras instituições, concretizaram a construção do primeiro hospital no sul do estado do Espírito Santo.

Importante frisar ainda que a mobilização não cessou com a inauguração, tal argumento se mostra presente através da reportagem *O jornal O Cachoeirano*, numa reportagem de 28 de abril de 1904 anunciando a inauguração do pavilhão dos tuberculosos.

“Está designado pela respectiva comissão, o dia 13 de maio para a inauguração do pavilhão dos tuberculosos, anexo ao hospital da Associação de Beneficência Cachoeirense, à qual será entregue aquele estabelecimento logo após sua inauguração. No mesmo dia, à tarde haverá na praça Mattozinhos uma kermesse, cujo resultado reverterá em benefício do mesmo pavilhão, para pagamento de operários e materiais que ainda não foram pagos”.

Considerações finais

Com base em todo o conteúdo apresentado, fica claro que a fundação do primeiro hospital em Cachoeiro de Itapemirim só foi possível graças à participação ativa e decisiva da própria sociedade. Embora o debate sobre a necessidade de um hospital tenha se iniciado oficialmente em 1890, com o reconhecimento do problema por parte dos políticos e da Câmara Municipal, foi a mobilização popular que, de fato, impulsionou a concretização dessa obra essencial para a região.

A atuação da comunidade não se restringiu apenas à arrecadação

dação de fundos ou à construção do hospital, mas se estendeu à sua manutenção e ampliação dos serviços oferecidos. Isso ficou evidente com a organização de eventos beneficentes, como a kermesse para financiar melhorias, incluindo o pavilhão destinado ao tratamento de tuberculosos, inaugurado em 1904. Essas iniciativas mostram que o compromisso da população com a saúde pública foi contínuo e sólido, fazendo do hospital um projeto coletivo em que todos estavam envolvidos — não apenas como beneficiários, mas como verdadeiros agentes de mudança.

Assim, a criação do hospital em Cachoeiro não representou apenas uma conquista local, mas se configurou como um exemplo marcante de como a força da sociedade pode transformar as condições de vida de uma comunidade, especialmente em contextos nos quais o poder público não se faz presente de maneira efetiva. Essa trajetória histórica demonstra o poder da mobilização popular em enfrentar desafios estruturais e garantir soluções concretas para as necessidades urgentes da população.

Referências

Documentação primária:

Jornal O Cachoeirano, 1887-1923. Biblioteca Nacional - Hemeroteca Digital

Livro de Atas da Câmara Legislativa Municipal de Cachoeiro de Itapemirim - 1896-1948

Mensagem do Presidente do Estado do Espírito Santo, 1895, p. 5

Bibliográficas:

BARROS, José de Assunção. **O jornal como fonte histórica**. Petrópolis: Vozes, 2023

- CAPELATO, Maria Helena Rolim. **A imprensa na História do Brasil**. São Paulo: Contexto/EDUSP, 1988
- DE LUCA, Tania Regina. **História dos nós e por meio dos periódicos**. São Paulo: Editora Contexto, 2006.
- FRANCELINO, Luciene Carla Corrêa. **Entre o cuidar e o curar: as Irmãs de Jesus na Santíssima Eucaristia e a Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim (1929-1950)** / Cachoeiro de Itapemirim: Editora Cachoeiro Cult, 2021. 213p.
- GOMES, Fernando Carvalho. **Fraternidade e Luz: 120 anos**. Cachoeiro do Itapemirim: Editora Cachoeiro Cult, 2018, 130p.
- MACIEL, Manoel Gonçalves. **Voltando ao Cachoeiro antigo**. Vol. II, Cachoeiro de Itapemirim: Gracal, 2003
- MARINS, Antonio. **Minha terra e meu município**. -2. ed.-Cachoeiro de Itapemirim: Gracal, 2020, 234p.
- MOREIRA, Evandro. **Cachoeiro, uma história de lutas (1931-1980), vol. I**, Cachoeiro de Itapemirim: Gracal, 2004.
- MOREL, Marcos. Sociabilidades **entre Luzes e sombras: apontamentos para o estudo histórico das maçonarias na primeira metade do século XIX**. Revista Estudos Históricos, Rio de Janeiro, nº 28, 2001, p. 3-22
- MOULIN, Ariette. Santa Casa de Misericórdia de Cachoeiro de Itapemirim, 1900-2010. Cachoeiro de Itapemirim: Gracal, 2011.
- PUYOL, Geneveuve. **A associação em política in Por uma história política I** [Direção de] Renê Rémond; tradução Dora Rocha. - 2. ed. - Rio de Janeiro : Editora FGV, 2003. 472 p
- RIBEIRO, Domingos Ubaldo Lopes. Município de Cachoeiro de Itapemirim: **suas terras, suas leis, seu progresso, sua gente**. Rio de Janeiro: Patronato, 1928
- SANTOS, Adilson Silva. **Um republicano histórico no Espírito**

Santo da Primeira República: a carreira de Bernardo Horta de Araújo (1887-1913). Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, 2009

Por um estudo da saúde e das doenças: endemias, pandemias e epidemias nos livros didáticos da História

*Yuri Gondim Carneiro da Cunha
Janaina Maria Pereira Sousa da Silva*

Introdução

O estudo da saúde e das doenças ao longo da história oferece uma compreensão aprofundada sobre a interação entre os seres humanos e o ambiente, destacando como as condições sociais, políticas e econômicas moldaram as respostas às crises sanitárias. As doenças, ao afetarem tanto a vida cotidiana quanto os rumos de civilizações inteiras, tornam-se elementos centrais para o entendimento histórico, permitindo a análise de relações de poder e desigualdade social. A historiografia da saúde, impulsionada pela perspectiva da “Nova História”, alargou os horizontes do campo histórico, incorporando temas antes considerados periféricos, como a vida cotidiana, o comportamento das massas e, sobretudo, a saúde e a doença (Chartier, 1990; Burke, 2002).

No contexto brasileiro, o estudo das doenças assume ainda maior relevância diante das profundas desigualdades sociais e do impacto de pandemias no curso da história do país. A Base Nacional Comum Curricular (BNCC) enfatiza a importância de trabalhar te-

mas históricos de maneira integrada, abordando aspectos culturais, sociais e econômicos de forma a promover uma aprendizagem significativa e crítica. Nesse sentido, o livro didático, enquanto principal ferramenta pedagógica nas escolas públicas, assume um papel central na mediação desse conhecimento. Para Bittencourt (2003), o livro didático organiza e estrutura os conteúdos históricos, mas enfrenta desafios ao incorporar temas mais complexos, como o impacto histórico das doenças e das políticas públicas de saúde.

Este estudo busca investigar como as doenças são abordadas nos livros didáticos de história utilizados no ensino fundamental, analisando de que forma esses conteúdos são contextualizados e quais perspectivas são privilegiadas. A análise toma como foco os materiais didáticos aprovados pelo Programa Nacional do Livro Didático (PNLD) e dialoga com os documentos oficiais que norteiam a educação no Brasil, como os PCNs e a BNCC. Ao explorar a forma como as narrativas sobre saúde e doenças chegam aos estudantes, pretendemos contribuir para a construção de um ensino mais reflexivo e interdisciplinar, que compreenda a história das doenças como um fenômeno social e cultural profundamente conectado ao desenvolvimento humano e à cidadania.

Referencial teórico

O estudo das doenças na história é um tema que vem despertando crescente interesse acadêmico e social, principalmente de pesquisadores das ciências humanas. Entre os historiadores, aumentou nas últimas duas décadas, aparecendo inicialmente, nas palavras de Dilene Nascimento (2005) “como objeto da reflexão de médicos e higienistas, [...] associada ou a uma história da medicina ou a uma epidemiologia”. Corroborando com a ideia, Witter (2007) define “como

uma revisão das histórias da medicina e da saúde pública e depois como uma construção da história da cura e da doença”.

O grande número de epidemias e pandemias presentes nos séculos XIX e XX, trouxe uma série de impactos sociais à vida dos brasileiros, gerando instabilidades nos campos sociais, políticos, econômicos e culturais. Nesse sentido, estabelecer conexões entre os campos da medicina e a história, nos proporciona a reflexão dos impactos gerados pelas enfermidades, contribuindo para aumentar as perspectivas sobre o entendimento dos acontecimentos históricos.

As epidemias e pandemias alteraram e seguem alterando o curso de civilizações inteiras, impondo desafios e influenciando decisões políticas, econômicas e culturais. Analisar historicamente as doenças nos permite compreender como sociedades passadas enfrentaram desafios de saúde pública, como a peste bubônica na Europa Medieval, a gripe espanhola no século XX e, mais recentemente, a Covid 19, que levaram a transformações estruturais na gestão de saúde e no planejamento urbano.

A análise histórica das doenças também nos proporciona estabelecer uma perspectiva sobre como cada época interpretou as doenças em termos morais e científicos. Rosen (1994, p.53), nos traz que durante a Idade Média, o cristianismo utilizava-se de uma concepção mágico-religiosa para explicar que as causas das doenças se davam através do pecado, da feitiçaria e da possessão pelo diabo. A sua cura se daria através da reza e penitência. Michel Foucault, em suas obras¹, explora como a medicina e as instituições de saúde refletem mecanismos de controle social, onde práticas de monitoramento e regulação

1 FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988; FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução de Raquel Ramallete. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

do corpo inserem-se no contexto de poder e disciplina. Com essa abordagem, o estudo das doenças supera sua visão meramente biologicista, permitindo uma compreensão de seu papel social e político.

A “Nova História”, alavancada nos anos 1970 com historiadores da escola dos Annales, trouxe uma mudança significativa no campo da historiografia ao incorporar temas antes considerados periféricos, como a vida cotidiana, o comportamento das massas e, sobretudo, a saúde e a doença. Essa nova abordagem deu voz às experiências dos grupos marginalizados, como os pobres, os doentes e os excluídos. Roger Chartier e Peter Burke² discutem como a “Nova História” ampliou o escopo da análise histórica, promovendo uma abordagem holística que considera os aspectos culturais e sociais, em vez de se concentrar apenas nos eventos políticos e econômicos tradicionais. Essa perspectiva permite que a saúde e a doença sejam vistas como componentes dinâmicos da história, cujas interpretações variam de acordo com o contexto cultural, o avanço científico e as políticas de cada época.

No Brasil, o estudo das condições de saúde e das doenças na historiografia ganhou força nas últimas décadas com a expansão dos campos da história social e da história das ciências. Segundo Benchimol (1999, p. 23), esse processo se vincula ao interesse em “identificar os padrões de disseminação de doenças e as respostas da sociedade a esses fenômenos”, algo essencial para entender as complexas interações entre cultura, economia e biologia ao longo do tempo. Nesse sentido, a análise das pandemias, endemias e epidemias transcende o campo da medicina e se insere na própria estrutura da História, contribuindo para a formação de uma consciência histórica que envolve

2 BURKE, Peter. *A escrita da história: novas perspectivas*. São Paulo: Editora UNESP, 2002; CHARTIER, Roger. *A História Cultural: entre práticas e representações*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990.

a compreensão de riscos coletivos e suas implicações sociais.

Saúde e doenças ao longo da história

A historiografia da saúde e das doenças representa a maneira que a temática foi pensada e tratada ao longo das civilizações. O que era considerado saúde, estava vinculado à sua visão de mundo, às relações sociais, econômicas, religiosas, culturais, filosóficas e ao conhecimento científico. Depende do tempo, do local. Da mesma forma, podemos nos referir à concepção das doenças. O que era considerado doença em determinado lugar ou período varia.

A obesidade, desde 2013 considerada uma doença crônica pela OMS (Organização Mundial da Saúde) que assola milhões de pessoas no mundo inteiro, já foi tratada como símbolo de riqueza. Fisserberg (1995) aponta que durante longos anos, as sociedades antigas babilônicas, gregas, romanas e em outros povos, associava-se a condição de sucesso econômico, ao homem de peso excessivo. Desta forma, a gordura corporal representava poder, prosperidade, sendo aceitável no meio social. Campos (2002, p. 34) salienta ainda que: “A obesidade era característica de indivíduos da elite, sendo encarada muito mais como um elemento de status do que uma doença.”

Nos Estados Unidos, em 1851, período que antecedeu a Guerra da Secessão³, Samuel A. Cartwright, médico do estado da Louisiana, apresentou seus estudos sobre pessoas negras em um artigo chamado *The diseases and physical peculiarities of the negro race*, no qual, dentre outras coisas, propôs que o desejo incontrolável de fuga dos escravos

3 Iniciada em 1861, a Guerra Civil Americana, também conhecida como Guerra de Secessão, foi um conflito entre as regiões Norte e Sul dos Estados Unidos e que resultou em mais de 600 mil mortos. A principal razão para o desentendimento entre ambas as regiões foi a discordância sobre a abolição da escravidão.

era considerado enfermidade mental: a drapetomania. O tratamento proposto era o do açoite, também aplicável à “disestesia etiópica”, outro diagnóstico do doutor Cartwright, este explicando a falta de motivação para o trabalho entre os negros escravizados (Scliar, 2007).

Para além da concepção de real ou imaginário, é sabido que as doenças, em especial as transmissíveis, fazem parte da história da humanidade. Rosen (1994, p.33), nos traz que “estudos paleontológicos mostram não só a antiguidade das doenças, mas sua ocorrência nas mesmas formas essenciais - infecção, inflamação, distúrbios do desenvolvimento e do metabolismo, traumatismo e tumores”. Isso demonstra o quanto as doenças (e a saúde) se tornaram importantes objetos de estudo para a humanidade, colaborando para as sociedades entenderem e lidarem com tais questões, fontes de desorganização social.

Segundo Fagionato (2008), as causas das doenças na Mesopotâmia⁴ eram frutos dos espíritos, podendo ser deuses, fantasmas, etc. Cada espírito, entretanto, era considerado responsável por apenas uma doença em qualquer parte do corpo. Aos deuses era atribuída a responsabilidade por causar uma doença ou o mau funcionamento de um órgão. Em alguns casos essa era uma forma de dizer que um determinado sintoma não era independente, mas causado nesse caso por uma doença. Plantas eram usadas para tratar os sintomas das

4 A maior parte das informações disponíveis para estudos modernos vem de tábuas escritas com o sistema cuneiforme. No início da década de 1920, 660 tábuas envolvendo assuntos médicos da livraria de Assurbanipal foram publicadas por Cambell Thompson. A grande maioria dessas tábuas são receitas, mas há uma série delas que contém entradas que eram diretamente relacionadas umas às outras, e estas são chamadas de Tratados. O maior desses tratados médicos é conhecido como o Tratado de Diagnósticos e Prognósticos Médicos. O texto constitui 40 tábuas coletadas e estudadas por R. Labat. A cópia mais antiga deste tratado data de 1600 antes da nossa Era, mas o texto em si é uma compilação de vários séculos de conhecimento médico na Mesopotâmia.

doenças, “sendo que plantas diferentes eram usadas em rituais mágicos para aplacar o mesmo espírito” (Fagionato, 2008).

A concepção mágico-religiosa procura entender a doença como resultado da ação de forças alheias ao organismo, e que se introduzem neste, motivados por uma maldição ou por advento do pecado. Para os antigos hebreus, a doença não era necessariamente devida à ação de demônios, ou de maus espíritos, mas representava um sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos (Scliar, 2007). A Deus cabia também a cura, pois sendo a saúde e a doença vista como instrumento da divindade, a punição ou bênção estavam ligadas ao cumprimento ou não das “leis estabelecidas”.

A medicina grega marca uma mudança significativa na forma de entender a doença. Embora várias divindades relacionadas à saúde aparecessem na mitologia grega, esse período ficou marcado por uma abordagem mais racional em relação às doenças. Figura importante na história da medicina, Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), médico e filósofo grego que documentou o conhecimento e a especulação médica de sua época, trouxe desde a Antiguidade, a ideia de saúde baseada em causas naturais (e não mais em causas sobrenaturais, como acreditavam os povos primitivos).

Por volta de 500 a.C., os médicos gregos já haviam começado a separar a medicina das práticas mágico-religiosas que predominavam nos séculos anteriores. Na época de Hipócrates, mantendo o conhecimento empírico transmitido por seus predecessores, os médicos passaram a introduzir especulações teóricas e procedimentos baseados em observações cuidadosas tanto do paciente quanto da doença. Isso representava uma busca contínua por explicações racionais para as enfermidades, bem como por métodos eficazes de tratamento (Ribeiro Jr, 2005).

Para Ribeiro Jr (2005), grande parte das técnicas especulativas e argumentativas presentes na literatura médica desta época foi adquirida dos filósofos pré-socráticos. No final do século V a.C., os médicos buscavam desvincular a medicina da filosofia e reconhecer a prática médica como uma arte autônoma. É possível que um dos pioneiros nesse movimento tenha sido Hipócrates de Cós. Suas ideias eram certamente inovadoras, embora não saibamos ao certo se ele foi o autor de algum dos textos atribuídos a ele. Sua fama, no entanto, era tão grande que diversos textos médicos, inovadores ou não, passaram a ser creditados a ele, o que provavelmente deu origem ao *Corpus Hippocraticum*, a famosa coleção de textos médicos atribuídos a Hipócrates (Ribeiro Jr, 2005).

O período da dominação romana não trouxe muitos avanços na medicina e em termos de entendimento das doenças, visto que as bases do conhecimento grego foram mantidas. Pelo prisma teórico, Hegenberg (1998) observa que há a permanência da cultura médica estabelecida por Galeno (que, aliás, segundo alguns historiadores, faleceu em Roma, tendo sido, por vários anos, médico de gladiadores).

A maior contribuição romana veio por intermédio da Engenharia, o qual levou-os a construir aquedutos e a cuidar das águas, do que resultou um alto padrão de higiene, mantido entre os melhores da Europa até fins do século XIX. Com isso, Rosen (1994) enfatiza que “Roma não só se tornou uma cidade mais limpa, e de ar mais puro, mas também se removeram as causas de doenças responsáveis pela má reputação da cidade”.

Pelo prisma da Medicina, não há muito o que dizer a propósito do ocorrido na Idade Média. No Ocidente, Rosen (1994) salienta que os problemas de saúde eram enfrentados de forma geral em termos mágicos ou religiosos e acrescenta:

“Fontes cristãs ou pagãs forneciam o terreno para o supernalismo da Idade Média Ocidental. Velhos costumes e ritos pagãos sobreviviam, e eram usados para resolver problemas de saúde e da comunidade. Ao mesmo tempo, o cristianismo afirmava a existência de uma conexão fundamental entre doença e pecado: a doença seria uma punição pelo pecado. Considerava também, como causa de doenças, a possessão pelo diabo e a feitiçaria. Em consequência, diante de problemas de saúde, usavam-se a oração, a penitência e a invocação dos santos.” (p.53)

Nesse período, a Igreja encontrava-se em uma posição central para interpretar e mediar os eventos de saúde na vida da população, definindo não apenas as causas das doenças mas também monopolizando os métodos de cura. Dessa forma criava uma dependência simbólica e prática da população em relação à instituição eclesiástica. Em um contexto onde a medicina empírica era escassa, a saúde física se tornava intrinsecamente ligada à saúde espiritual, ambos os quais eram supervisionados e interpretados pela Igreja.

Além disso, a ideia de que a doença poderia ser causada pela possessão ou feitiçaria demonstrava o poder da Igreja em delinear o papel do “inimigo” na sociedade: os hereges, bruxas ou aqueles que se afastavam das práticas cristãs eram frequentemente associados a esses males, o que permitia à instituição legitimar campanhas de controle, inclusive violentas, como a caça às bruxas. Esse contexto contribuiu para reforçar a visão dualista entre o bem (a Igreja) e o mal (feitiçaria e forças demoníacas), reforçando a autoridade e a legitimidade da Igreja ao impor-se como a única entidade capaz de interceder nessas forças.

Esse domínio da Igreja sobre os corpos e a saúde refletia seu poder sobre a moralidade e o comportamento das pessoas, impondo uma lógica em que as práticas e rituais eclesiásticos eram necessários

tanto para a cura física quanto para a salvação espiritual. Desse modo, a saúde se tornava um espaço de atuação do poder eclesiástico e, por extensão, de controle social.

Ao se debruçar sobre a gênese das doenças pestilentas medievais, Sigerist (1946, p.8) aponta a fome como motor primário das diversas mazelas que acometiam as sociedades. A fome é retratada como fator desorganizador e por conseguinte, causador de problemas sociais. Geralmente as epidemias de peste começavam com a seca e a fome em algum lugar no Oriente, na China ou na Índia. Durante um período de seca havia a quebra de safra, deixando os celeiros vazios. Os ratos e outros roedores conviviam com os homens e, se acontecesse de haver peste entre os roedores, havia boas chances de que a doença fosse transmitida às pessoas. As doenças então se espalharam como um incêndio.

Expansão da doença para o novo continente

A globalização das trocas comerciais, culturais e biológicas inaugurou uma era em que o movimento de pessoas e mercadorias entre a Europa, África e Ásia, muitas vezes realizado de maneira insalubre, contribuiu para a emergência de grandes epidemias, através da disseminação de agentes patogênicos.

No epicentro dessa nova forma globalizada de relação entre os continentes, está a expansão marítima, motivada pela colonização de novas áreas e diminuição das rotas comerciais de especiarias. As grandes navegações, iniciadas no final do século XV, foram um marco na história mundial, não apenas pela expansão territorial e pela descoberta de novas rotas comerciais, mas também pela disseminação de doenças que, até então, eram restritas a determinados continentes. O contato entre europeus, africanos e nativos americanos, mediado por

expedições marítimas, resultou em um intercâmbio patogênico sem precedentes.

Um exemplo emblemático é a sífilis, cuja origem tem sido amplamente discutida por historiadores e epidemiologistas. Alguns estudiosos brasileiros, como Resende (2003), sugerem que a sífilis foi introduzida na Europa a partir das Américas, após o retorno das expedições de Cristóvão Colombo. No entanto, essa teoria é contestada por evidências arqueológicas que indicam a presença da doença na Europa antes das grandes navegações. Independentemente de sua origem, a sífilis se espalhou rapidamente no final do século XV, ilustrando como as novas rotas de comércio e as viagens transatlânticas intensificaram a propagação de doenças.

No caso do continente americano, a chegada dos europeus trouxe consequências trágicas para as populações indígenas, que foram expostas a doenças contra as quais não possuíam imunidade. Ribeiro (1995), destaca que a introdução de doenças como varíola, sarampo e gripe causou uma verdadeira catástrofe demográfica entre as populações nativas. A varíola, em particular, foi responsável pela morte de milhões de indígenas, com impactos desastrosos na organização social e cultural dessas sociedades.

Geralmente, os tratamentos estavam associados ao uso de produtos naturais extraídos das florestas ou a banhos em águas frias dos rios, devido à alta frequência de febres que a doença provocava. Popularmente denominada como “doença das bexigas”, ela apresentava um ciclo característico, passando pelas fases de mácula, pápula, vesícula, pústula, crosta e, finalmente, cicatriz. Esse processo era frequentemente acompanhado de toxemia, um quadro de intoxicação no sangue causado por agentes internos ou externos, e muitas pessoas a confundiam com a varicela (Costa, 2021).

Entretanto, a Varíola foi considerada por diversos autores como a responsável pela grande tragédia indígena. Como sua incidência estava associada à falta de resposta imune dos indígenas à doença, sua manifestação se dava de forma rápida e mortal. Estima-se que em algumas regiões, como o nordeste brasileiro, até noventa por cento da população indígena tenha sido dizimada em consequência das epidemias, o que facilitou a ocupação colonial e a dominação europeia.

O tráfico de escravos africanos para o Brasil também foi um dos fatores que contribuiu para a introdução de novas doenças no continente americano. Desde o período colonial as tentativas de conter epidemias incluíam a instituição de cercos e cordões sanitários, além de quarentenas para embarcações com doentes a bordo, especialmente, para navios negreiros. Entretanto, estas medidas eram frequentemente burladas, o que facilitava o aparecimento de surtos (Ribeiro, 1997).

Doenças no Brasil durante o período republicano

Durante o período republicano no Brasil, especialmente na Primeira República (1889-1930), a criação de uma política pública de saúde tornou-se uma questão central em resposta às condições precárias de saneamento que caracterizavam as áreas urbanas do país, em especial a cidade do Rio de Janeiro. As altas taxas de mortalidade e a recorrência de epidemias de doenças como febre amarela, peste bubônica e varíola, evidenciavam a falta de uma infraestrutura urbana adequada para lidar com as crescentes demandas da população. Esse cenário de crise sanitária impulsionou o surgimento de uma “Era do Saneamento” no Brasil, que transformou as práticas de saúde pública e moldou a relação entre o Estado e a sociedade (Hochman, 1998).

Liderado por figuras como Oswaldo Cruz, o sanitarismo al-

cançou considerável êxito na redução de epidemias e na criação de uma infraestrutura básica de saneamento (Hochman, 1998). Contudo, a implementação dessas reformas foi marcada por um caráter autoritário que desconsiderava a autonomia e o consentimento da população, muitas vezes impondo práticas como a vacinação e inspeções domiciliares de forma coercitiva. Hochman (1998) aponta que, ao utilizar métodos autoritários, o sanitarismo brasileiro consolidou uma cultura de saúde pública que era eficaz, mas que impunha essas práticas sem diálogo, contribuindo para tensões como a Revolta da Vacina de 1904⁵.

As reformas sanitaristas também refletem uma visão elitista que associava os focos de contaminação aos setores mais pobres da população, vistos como um risco ao “progresso” do país. As políticas higienistas que orientavam o sanitarismo eram inspiradas em ideias europeias e norte-americanas, mas no Brasil acabaram reforçando estigmas contra as classes populares, ao identificar as condições de vida precárias como fontes de contágio e desordem social (Lima, 2005). O higienismo brasileiro seguiu uma abordagem discriminatória e foi especialmente prejudicial para populações negras, indígenas e pobres, cujas práticas culturais eram desvalorizadas e reprimidas, dificultando a construção de uma política de saúde pública verdadeiramente inclusiva.

Hochman (1998) afirma que o sanitarismo criou um paradigma de saúde que, embora tenha promovido avanços, estabeleceu também um distanciamento entre o Estado e as práticas culturais da população. Para Lima (2005), esse movimento excludente e de

5 A Revolta da Vacina foi uma rebelião popular que aconteceu no Rio de Janeiro entre 10 e 16 de novembro de 1904. O evento foi motivado pela lei que obrigava a vacinação contra a varíola, sem que houvesse uma campanha de conscientização sobre a importância da medida.

controle reflete a visão de um projeto nacional que reforçava as desigualdades e impunha um padrão cultural que negava a diversidade da população brasileira. Dessa forma, para além do legado de desenvolvimento da saúde pública no Brasil, afirmou-se também a perpetuação de uma estrutura de poder que marginalizou os setores mais vulneráveis da sociedade.

Ensino das doenças na educação básica: o livro didático em destaque

Essa apropriação do conhecimento histórico é essencial para o desenvolvimento crítico dos estudantes, especialmente na educação básica, pois permite que compreendam as estruturas sociais e políticas que moldaram a sociedade em que vivem. Para Bittencourt (2003), o ensino da história possibilita aos alunos não apenas conhecer o passado, mas também refletir sobre ele a partir de uma perspectiva crítica e contextualizada, desenvolvendo a habilidade de questionar e interpretar diferentes realidades.

Quando aplicado ao estudo das doenças e das políticas de saúde pública, por exemplo, o conhecimento histórico revela aos alunos como as epidemias e as respostas governamentais são profundamente influenciadas por questões de poder, cultura e economia, abrindo espaço para reflexões sobre a relação entre saúde e cidadania.

A força desestabilizadora causada pela pandemia de COVID-19 reforça a importância de abordar o conhecimento histórico das doenças na educação básica, oferecendo aos estudantes uma visão crítica que relaciona saúde e cidadania. Ao estudar o passado, os alunos são capazes de enxergar paralelos entre as práticas e os desafios enfrentados durante a pandemia recente, como o acesso desigual a vacinas e recursos de saúde. Esse tipo de aprendizado permite que

compreendam a necessidade de políticas inclusivas e participativas, contribuindo para uma sociedade mais informada e preparada para enfrentar crises de saúde futuras, como também sugere Hochman (1998).

Fonseca (2000) destaca que esse tipo de aprendizado é fundamental para formar jovens mais conscientes e capazes de avaliar criticamente as políticas públicas e a atuação do Estado, além de entenderem o impacto dessas ações na vida das populações vulneráveis. Assim, o conhecimento histórico não só auxilia na compreensão das dinâmicas sociais que se repetem, mas também promove o desenvolvimento de uma consciência cidadã, fundamental para os desafios do presente.

Nesse contexto, o livro didático pode ser considerado um recurso essencial na educação brasileira, especialmente nas escolas públicas, onde muitas vezes é o único material disponível para o ensino. Bittencourt (2003) aponta que, ao selecionar e organizar os conteúdos, o livro didático desempenha um papel estruturador, facilitando o aprendizado e fornecendo aos alunos uma visão abrangente sobre a história.

Nos capítulos dedicados ao estudo das doenças, por exemplo, o livro didático não só informa sobre eventos passados, mas também colabora para a promoção da conscientização sobre questões de saúde pública, higiene e prevenção, proporcionando uma educação integral que considera o bem-estar e o engajamento social dos alunos.

Para Bittencourt (2003), o livro didático é um dos recursos mais acessíveis e estruturados para os estudantes, oferecendo uma visão organizada dos conteúdos históricos que estão alinhados com as diretrizes da Base Nacional Comum Curricular (BNCC) e dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN).

A BNCC, ao definir diretrizes e competências essenciais para a educação básica, enfatiza a importância de trabalhar temas históricos de maneira integrada, considerando aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos. Suas orientações visam incentivar que o ensino de História seja baseado no desenvolvimento do pensamento crítico e na formação de cidadãos conscientes do seu papel na sociedade. Dessa forma, se torna relevante para a compreensão de temas complexos, como as doenças e as políticas de saúde, exigindo dos estudantes uma visão contextualizada das transformações ao longo do tempo, nos diferentes períodos históricos

Os PCNs, por sua vez, ao sugerirem abordagens pedagógicas que vão além da transmissão de fatos e datas, complementam essa perspectiva ao propor um ensino de História que valorize a análise de diferentes interpretações, narrativas e fontes. Essa abordagem fomenta uma aprendizagem que conecta o passado e o presente, incentivando o aluno a entender como processos históricos moldaram questões contemporâneas. Ao incentivar essa análise crítica, os PCNs ajudam a direcionar os professores a trabalharem temas como a saúde, de maneira interdisciplinar, mostrando aos alunos que o passado não é algo distante, mas sim um elemento que influencia a vida cotidiana em vários aspectos.

Metodologia

A pesquisa *Por um estudo da saúde e das doenças: endemias, pandemias e epidemias nos livros didáticos da História*, faz parte do programa de mestrado em História, Cultura e Especialidades (PPGHCE) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), e busca investigar como a temática História da saúde e das doenças pode ser encontrada no livro didático dos alunos de ensino fundamental – anos finais. Dessa

maneira, investigamos como as doenças fizeram parte da construção do mundo em que vivemos, tomando como tempo histórico o processo de colonização da América até os dias atuais. Isto possibilitará a organização de uma base de dados que nos ajude a compreender que, a doença construída socialmente, para além de constituir um aspecto físico, é igualmente um fenómeno social e cultural que difere consoante a época ou a sociedade, e cada sociedade constroi as suas explicações de acordo com os seus valores, as suas práticas sociais e culturais, como afirma Alves (2008).

Em nossa abordagem, estamos realizando uma análise bibliográfica dos livros didáticos da disciplina de História adotados pela Prefeitura de Fortaleza através do Programa Nacional do Livro Didático (PNLD) 2024. Essa análise procura identificar os autores das obras e seu contexto temporal, bem como as influências que permeiam seus discursos, observando possíveis omissões, distorções ou exageros dos autores (Barros, 2019). A análise de documentos oficiais e jornais de época, bem como elementos iconográficos presentes nos livros didáticos em questão, servirão também como elementos importantes para embasar nosso estudo dentro de determinado contexto histórico.

Certeau (1982) coloca a escrita da história como sendo uma prática social que é controlada por práticas sociais e é fruto de diversos interesses do lugar social, destacando que esta tem como função passar valores e assumir um carácter didático, tornando-se uma forma de ensinar e transmitir conhecimentos sobre o passado. Ainda afirma que a escrita oscila entre o “fazer a história”, e o “contar histórias”, sendo assim de interesse ao carácter de ensinamento, para a sociedade.

Ao fazermos esses apontamentos, enfatizamos a necessidade de compreender as intenções e motivações que dão lugar à narrativa

presente nos livros didáticos de história, analisando de forma crítica e embasada, de forma a trazermos um ponto de vista sobre suas percepções acerca da história da saúde e das doenças ao longo do tempo.

Durante a pesquisa, estão sendo coletados dados referentes a palavras como “pandemias”, “endemias” e “epidemias”, além de termos associados a saúde e doenças. A fim de enriquecer e complementar a busca, termos associados às principais doenças também são inseridos na procura. Palavras-chave como varíola, sífilis, gripe, *influenza*, peste, tuberculose, aids (HIV), entre outras, são exemplos relacionados.

Resultados e discussão

A pesquisa, ainda em desenvolvimento, tem nos mostrado alguns aspectos particulares do assunto encontrado nos livros didáticos. Ao abordar os eventos relacionados às doenças, identificamos que as narrativas encontradas, de uma maneira geral, ainda se apresentam de forma muitas vezes rasa ou superficial, relegadas a notas de rodapé ou apenas exercícios complementares. A ideia passada através do material analisado, se torna simplista e limitada, muitas vezes concentrando-se em aspectos técnicos e desconsiderando suas implicações sociais e políticas. Fonseca (2000), alerta que, ao tratar a saúde e as doenças apenas de forma descritiva, o livro didático corre o risco de simplificar questões complexas, reduzindo a compreensão crítica dos estudantes sobre o tema. Outra observação importante é a ausência de algumas doenças em obras de determinados autores, contribuindo para uma visão reducionista da história.

Bittencourt (2010) enfatiza o fato de o livro ser uma produção coletiva, construída a várias mãos, (autores, editores, redatores, projetistas, ilustradores, leitores especialistas, entre outros). Entretanto,

a figura do autor, nas palavras de Michel Foucault, “é a projeção do tratamento que se dá aos textos, das aproximações que se operam, dos traços que se estabelecem como pertinentes, das continuidades que se admitem ou das exclusões que se praticam” (Foucault, 2001, p.17). A ele cabe não apenas redigir um texto, mas dar unidade e coerência a um discurso.

Muitas vezes o compilado de informações disponibilizadas em um livro são reflexos da influência da vulgata⁶, que segundo Umberto Eco e Marisa Bonazzi contribuiria “para satisfazer a maioria, para não causar discórdias, para evitar suscetibilidades, para agradar a todos, procuram tais autores manter o livro didático ao nível do óbvio ululante, do corriqueiro, do acrítico, da imbecilidade respeitável” (Eco e Bonazzi, 1980, p.18).

A pesquisa evidencia a necessidade de uma abordagem mais profunda e contextualizada das doenças nos livros didáticos de história, reconhecendo sua relevância não apenas como eventos isolados, mas como fenômenos sociais que moldam a vida individual e coletiva. A superficialidade com que o tema é tratado pode limitar a compreensão dos alunos sobre o impacto histórico e social das doenças, impedindo uma visão crítica que ultrapasse o viés higienista.

Para superar essas lacunas, é imprescindível uma reformulação no tratamento das doenças nos livros didáticos, com a inclusão de estudos de caso e análises contextuais que demonstrem como as respostas a epidemias e pandemias ao longo da história moldaram práticas culturais e políticas públicas. Essa abordagem, alinhada às diretrizes da BNCC e dos PCNs, pode enriquecer o aprendizado e

6 [Figurado] Versão de um texto ou documento que é mais divulgada ou que considerada autêntica. “vulgata”, *in*: Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2024, <<https://dicionario.priberam.org/vulgata>>. Acesso em: 22/11/2024.

capacitar os alunos a conectarem passado e presente de forma crítica e significativa.

Conclusão

O estudo das doenças na história, especialmente no contexto educacional, desempenha um papel central na formação de cidadãos críticos e conscientes. A análise das narrativas presentes nos livros didáticos revela tanto as possibilidades quanto os desafios de integrar esse tema ao ensino fundamental. Embora haja avanços na estruturação dos conteúdos com base nas orientações da BNCC e dos PCNs, as lacunas ainda existentes demonstram a necessidade de uma abordagem mais profunda e interdisciplinar.

A inclusão da história das doenças nos materiais didáticos, considerando suas dimensões sociais, políticas e culturais, não só enriquece o ensino de história, mas também promove uma formação cidadã que capacita os alunos a compreenderem as complexidades do presente. Para tanto, é fundamental que os autores, editores e formuladores de políticas públicas assumam o compromisso de ampliar e diversificar as narrativas, oferecendo aos estudantes uma visão mais completa e crítica sobre a relação entre saúde e sociedade.

Ao resgatar e analisar as epidemias, pandemias e endemias do passado, os livros didáticos podem se tornar ferramentas transformadoras, conectando o aprendizado escolar à construção de uma sociedade mais informada e equitativa. Esse esforço é crucial para enfrentar os desafios contemporâneos e preparar as próximas gerações para um futuro onde a saúde pública seja compreendida como um direito e uma responsabilidade compartilhada.

Referências

- ALVES, Fátima. **A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental** - um estudo no Norte de Portugal. Porto, 2008. 389 p.
- BARROS, José d'Assunção. Fontes Históricas – uma introdução aos seus usos historiográficos. In: **Encontro Internacional História & Parcerias**, 2., 2019, Rio de Janeiro. *Anais eletrônicos* [...]. Rio de Janeiro: ANPUH-RJ, 2019. Disponível em: https://www.historiaeparcerias2019.rj.anpuh.org/resources/anais/11/hep2019/1569693608_ARQUIVO_bd3da9a036a806b478945059af9aa52e.pdf. Acesso em 02/06/2024.
- BENCHIMOL, Jaime Larry. **Febre Amarela: A Doença e a Vacina, uma História Inacabada**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- BENCHIMOL, Jaime Larry. **Febre amarela: a doença e as políticas de saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- BITTENCOURT, Circe Maria Fernandes. **Livro didático e conhecimento histórico: uma história do saber escolar**. São Paulo: Contexto, 2003, 383p.
- BITTENCOURT, Circe Maria Fernandes. **Livro didático e saber escolar**. São Paulo: Cortez, 2008, 239p.
- BRASIL. Histórico do PNLD. Portal do FNDE. Brasília, 2021.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Base Nacional Comum Curricular. Brasília, 2018.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Parâmetros Curriculares Nacionais: Transversal de saúde - Brasília, DF: MEC/SEF, 1998b.
- BURKE, Peter. **A escrita da história: novas perspectivas**. São Paulo:

- Editora UNESP, 2002.
- CAMPOS, Marcos. Vinhal. Descaminhos do Homem Moderno. In.: _____. (Org.). **Atividade Física Passo a Passo**: saúde sem medo e sem preguiça. Brasília: Thesaurus, 2002. p. 15-44.
- CERTEAU, M. A Escrita da História. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1982. “**A Operação Historiográfica**”, p. 57-104.
- CHARTIER, Roger. **A História Cultural**: entre práticas e representações. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1990.
- COSTA, Leandro Garcia. **O que a história ensina sobre as epidemias no Brasil?** Orientações didáticas para o ensino fundamental. 2021.
- ECO, Umberto e BONAZZI, Marisa. **Mentiras que parecem verdades**. São Paulo: Summus, 1980.
- FAGIONATO, Rodolfo. *et al.* História da medicina na Mesopotâmia: History of medicine in mesopotamia. **Revista do Hospital Universitário Getúlio Vargas**, v. 7, n. 1 e 2, p. 23-26, 2008.
- FISBERG, Mauro. Obesidade na infância e adolescência. In: FISBERG, M. (Org.). **Obesidade**: na infância e adolescência. São Paulo: Fundação BYK, 1995. p. 9-13.
- FONSECA, Cristina Maria de Souza. **Oswaldo Cruz e o combate à febre amarela e à peste bubônica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988;
- FOUCAULT, Michel. O que é um autor? In: FOUCAULT, Michel. **Ditos e escritos**: estética, literatura e pintura, música e cinema.

- Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001. v. 3, p. 1-44.
- HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1998.
- HEGENBERG, Leônidas. **Doença**: um estudo filosófico [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 137 p. ISBN: 85-85676-44-2.
- LIMA, Nísia Trindade. **Um sertão chamado Brasil**: intelectuais e representações geográficas da identidade nacional. Rio de Janeiro: Iuperj/Revan, 1999.
- MARQUES, Marcela Garcia. **A política da saúde pública no Brasil**: da exclusão à inclusão social. São Paulo: Hucitec, 2009.
- MUNAKATA, Kazumi. **Produzindo livros didáticos e paradidáticos**. Tese de Doutorado. São Paulo: Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: História e Filosofia da Educação, PUC-SP, 1997.
- NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. A Doença como Objeto da História. In: **As Pestes do século XX**: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 25-44. História e saúde collection.
- RESENDE, Maria Leônia Chaves de. Epidemias e o extermínio de índios no Brasil colonial. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** 10, no. 4 (2003): 1139-1149.
- RIBEIRO, Darci. **O Povo Brasileiro**: A Formação e o Sentido do Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 1995, pp.115-117.
- RIBEIRO, Márcia Moisés. A Ciência dos Trópicos: a Arte Médica no Brasil do Século XVIII. São Paulo: Hucitec, 1997, 150p.
- RIBEIRO JR., WA. Hipócrates de Cós. In: CAIRUS, HF., and RIBEIRO JR., WA. Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

- História e Saúde collection, pp. 11-24. ISBN 978-85-7541-375-3.
- ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1994.
- SCLIAR, Moacir. **História do conceito de saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 17, p. 29-41, abr. 2007.
- SIGERIST, Henry Ernest. ***Civilization and Disease***. (*With a New Foreword by Elizabeth Fee*). Ithaca, New York: Cornell University Press, 2018, 300 p.
- SILVA, Marcos Cueto. **A História da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Editora UNESP, 2006.
- WITTER, Nikelen Acosta. **Dizem que foi feitiço**: as práticas de cura no sul do Brasil (1845 a 1880). Porto Alegre: EDIPU-CRS, 2001.

O uso das plantas do Brasil a partir dos relatos de Luís Gomes Ferreira contidos no *Erário Mineral* (1735)

Laura Pereira Teixeira Luiz

Introdução

De partida, para entender as particularidades das doenças que se fizeram presentes em Minas Gerais do século XVIII, precisa-se visualizar qual era a conjuntura da sociedade nesse período. Dessa forma, as condições de vida precárias dessa população, que convivia em um ambiente inóspito e que carecia de estruturas básicas para sobrevivências, desencadeando diversas moléstias, devem ser destacadas. Isso se deu por diversos motivos, entre eles, o crescimento populacional abrupto que se deu em torno do descobrimento e exploração de ouro naquele território, ou seja, a corrida do ouro resultou em uma alta densidade demográfica, levando a superlotação de áreas urbanas que não possuíam a infraestrutura básica necessária – aqui falamos de uma falta de tratamento da água utilizada, a escassez de redes de esgoto para o escoamento do lixo, a questão do meio urbano que, apresentava “construções muito próximas umas das outras, as ruas eram muito estreitas, sem pavimentação, ficando constantemente empoeiradas na época das secas, e nas chuvas tornando-se lamen-tas” (Furtado, 2002, p. 17), além dessa questão, das habitações que eram feitas de pau e barro, o que era prejudicial a estrutura dessas ca-

sas, causando transtornos para os moradores. Por fim, destaco as crises de fome que a comunidade mineira enfrentou nessa época – para abarcar o desenvolvimento desordenado das cidades e da população. Sendo assim, as pessoas realizavam a eliminação e o escoamento de resíduos de forma inadequada, muitas vezes lançava resíduos diretamente nos rios – uma cruel realidade das cidades maiores do país, contudo, algo que é notório de outros países também –, esses que eram fonte de água para consumo, por consequência disso, a higiene pessoal da população não era realizada de maneira apropriada.

Ademais, algo que se fez presente aqui foi o abandono de animais e do lixo e o esgoto que se acumulava nas ruas e contribui para que a vida fosse insalubre (Furtado, 2002, p. 18). Utilizamos alguns estudos para concluirmos sobre esses fatores, e um deles foi um artigo da historiadora Roberta Stumpf, que apresenta dados essenciais para essa pesquisa dentro da demografia de Minas no século XVIII. Ela pontua que em “1710 a 1742, a população em Minas cresceu 623%” e que “entre 1710 e 1776, o aumento foi cerca de 1.000%”, isso tudo devido ao auge da produção aurífera. Coloco aqui uma tabela (tabela I), retirada do Arquivo Público Mineiro, para evidenciar a questão citada referente ao crescimento da população mineira devido a corrida aurífera:

Tabela I

Crescimento populacional Capitania de Minas Gerais e Brasil – 1776-1821					
Anos	Minas Gerais		Brasil		Participação de Minas Gerais no total da população do Brasil (%)
	População (habitantes)	Crescimento anual da população (%)	População (habitantes)	Crescimento anual da população (%)	
1776	319.769	-	1.426.965	-	22,4
1786	393.968	2,1	1.726.940	1,9	22,8
1805	407.504	0,2	2.308.304	1,5	17,7
1808	433.049	2,0	2.424.463	1,7	17,9
1821	514.038	1,3	3.235.549	2,2	15,9
Δ 1776-1821 (%)	60,7	1,1	126,7	1,8	16,6

Fonte: AHU / MG – Cx: 112, Doc: 11; Eschwege (1899, p. 774); *Revista do Arquivo Público Mineiro* (1899, p. 294-296); Botelho (2013).

Outrossim, a população escravizada, que aqui era maioria em decorrência a exploração nas minas, foi colocada em situações de trabalho, somadas às agruras do próprio sistema escravista, insalubres, vivia mergulhada nos rios, sua jornada de trabalho era longa, árdua e muitas vezes perigosa, sua moradia era precária e desconfortável; sua vestimenta, insuficiente, inadequada e imunda (Eugênio, 2015, p. 883). Do mesmo modo, esse território foi ameaçado pela aguda falta de gêneros alimentícios e por muitos conflitos, acirrados pelo repentino conglomerado de adventícios (Dias, 2002, p. 46) enfrentando, durante 1698 e 1705 duras crises de fome. Portanto, é justamente nessa conjuntura melindrosa que a propagação de enfermidades será favorável, e, com isso, observa-se que à busca pelo ouro, colaborou para que esse espaço se tornasse, também, um local privilegiado de observação (e disseminação) das doenças. (Gomes, 2022, p. 38). Novamente trago aqui uma tabela, também do Arquivo Público Mineiro, de suma relevância para a pesquisa e para diagnosticar, não só o crescimento populacional, mas, também, quem compunha a maioria dessa população mineira da época:

Tabela II

População, por gênero, segundo cor
Capitania de Minas Gerais – 1776-1821

Cor	Homens		Mulheres		Razão de sexo (1)	Total	
	N	%	N	%		N	%
1776							
Branços	41.677	13,0	28.987	9,06	143,78	70.664	18,88
Pardos (2)	40.793	12,8	41.317	12,92	98,73	82.110	25,67
Pretos	117.171	36,6	49.824	15,58	235,16	166.995	53,33
Total	199.641	62,4	120.128	37,6	166,19	319.769	100,00
1821							
Branços	70.262	13,7	60.785	11,82	115,59	131.047	25,49
Mulatos	81.964	15,9	89.578	17,42	91,5	171.542	33,36
Pretos	129.408	25,2	82.041	15,95	157,73	211.449	41,14
Total	281.634	54,8	232.404	45,2	121,18	514.038	100,00

Fonte: AHU / MG – Cx: 112, Doc: 11; Eschwege (1899, p. 774).

Por isso, salientar qual era a parcela da população mais afetada pelas enfermidades, os negros escravizados que compunham grande parte da sociedade mineira,¹ e torná-los objeto de estudo, nos pareceu fundamental. O trabalho escravizado, em virtude da descoberta das jazidas de ouro, obteve uma reivindicação excessiva e as circunstâncias nas quais esses indivíduos se encontravam era nocivo e deletério. Verifica-se, então, que grande parte das mazelas dos cativos podia ser debitada à natureza da atividade mineratória, que obrigava os escravos a passarem muitas horas dentro da água ou no subsolo, além dos muitos acidentes que ocorriam.

Portanto, é nesse sentido e a partir desse contexto que a figura de Luís Gomes Ferreira e seu manual de medicina *Erário Mineral* se fez importante, e é a partir dele que interrogamos: como Luís Gomes Ferreira, um cirurgião licenciado e com experiência em hospitais em Lisboa, mobilizou recursos da flora brasileira, até então, em sua maioria, desconhecidos por ele, para tratar as doenças mais comuns na área das Minas Gerais? Ou ainda, de que forma seu conhecimento

1 Como consta no próprio *Erário Mineral*, a população escravizada em 1736 atingiu a cifra de 160 mil, enquanto, nesse mesmo ano, a população de homens brancos se configurou em 80 mil.

de medicina adaptou-se ao cenário conturbado mineiro, para atalhar e tratar as enfermidades presentes, que eram prevalentes entre os escravizados?

Luís Gomes Ferreira foi um cirurgião português que esteve em Minas Gerais, como ele próprio revela, durante vinte anos na primeira metade do século XVIII. O português nasceu em S. Pedro de Rates, junto a Barcelos, no Minho. Aprendeu a arte de cirurgião-barbeiro com Francisco dos Santos, cirurgião da enfermaria Real de Dom Pedro em Lisboa, tendo completado a sua formação no Hospital Real de Todos-os-Santos (GOLÇALVES, 2000, p. 49). Segundo a historiadora Maria Filomena Gonçalves, ele esteve durante um tempo “na Índia” e pôde conhecer produtos naturais e plantas do local que eram destinados e apropriados para o procedimento de cura das divergentes doenças. Foi a partir de 1707 que Gomes Ferreira empreendeu uma jornada a colônia portuguesa nas Américas, sua permanência foi marcada por idas e vindas em constantes deslocamentos (Furtado, 2002, p. 08), estando presente, previamente, na Bahia, aonde exerceu sua função como cirurgião, e posteriormente, já interessado na exploração aurífera, aportou em Minas Gerais, onde grandes possibilidades se abriam aos homens aventureiros (Furtado, 2002, p. 10), e, mesmo tendo se instalado na capitania, mudou-se constantemente, em busca de novas oportunidades e ganhos (Furtado, 2002, p. 13).

A obra *Erário Mineral*, documentação principal da nossa análise, foi editada e publicada em Lisboa no ano de 1735, visando analisar o cenário nosológico das Minas Gerais do século XVIII e os diversos fatores que levaram a proliferação de doenças nessa região a partir dos relatos que constituem o tratado. O manual que a pesquisa se debruça foi um dos primeiros na área da medicina brasileira a ser

escrito em língua portuguesa, demorando menos de um ano para ser redigido pelo cirurgião. O livro se divide em doze tratados em que cada um aborda sobre alguma patologia que se fazia presente na época. Conforme abordado acima, a primeira edição do *Erário Mineral* foi publicada em 1735 em Lisboa, e na ciência médica erudita da época, seu livro, em geral, não alcançou grande repercussão pois tratava-se de conselhos práticos, pertinentes a uma medicina caseira, baseada ainda na doutrina galênica que vinha sendo questionada pela ciência médica, que procurava estruturar em bases cada vez mais racionais (Furtado, 2002, p. 26), entretanto, em Minas Gerais, obteve em partes algum sucesso de vendas (Furtado, 2002, p. 26). A obra passou por algumas reedições, como em 1755 realizada pelo próprio autor e em 2002, sendo organizada pela historiadora Júnia Ferreira Furtado e seccionada em dois volumes, além de contar com cinco estudos críticos que procuraram desvelar distintas nuances do *Erário Mineral*.

Para tanto, a partir da leitura da obra, reunimos todas as menções às doenças que ele relatou como particulares das Gerais e os tratamentos ditos como eficazes, e, com isso, conseguimos tabelar as plantas utilizadas nesse processo. Desse modo, nossa pesquisa parte então dos relatos e das narrativas elaboradas pelo cirurgião, analisando de onde elas partem e suas conjunturas, tendo em vista o caráter parcial e lacunar² inerente aos documentos. Em outros termos, procuramos trabalhar dentro da perspectiva de Luís Gomes Ferreira as diversas aflições que se fizeram presentes na capitania de Minas Gerais durante o período aqui trabalhado, que vão além das enfermidades e das plantas que ele utilizou para a cura, trazendo observações

2 VEYNE, Paul. Como se escreve a história. Foucault revoluciona a história. Brasília: Editora UnB, 1998, p. 26.

sobre o trabalho escravizado e o contexto da mineração, ajudando a construir o que compreendemos dessa época.

Doenças que mais afetavam as populações das Minas

As doenças possuem *história* e pertencem a um tempo histórico; quer dizer, a identificação, descrição e entendimento dos males têm historicidade e precisam ser compreendidos em contextos e sob prismas específicos. Nas palavras do historiador Jacques Le Goff, “a doença pertence à história, em primeiro lugar, porque não é mais do que uma ideia, um certo abstracto numa complexa realidade empírica, e porque as doenças são mortais”. Essas moléstias, sublinha Isaac Badinelli, “pertencem ao seu tempo histórico, e tem ligação direta com instituições, representações e mentalidades” (Badinelli, 2014a, p. 01). Assim, “não é possível pensar a história da medicina, douta ou popular, em qualquer momento histórico sem considerar as particularidades do tempo e do espaço.” (Badinelli, 2014a, p. 01).

Em sua obra, Luís Gomes Ferreira apresenta inúmeras moléstias, e com isso, ele dividiu o manual em 12 tratados principais, e inicia com as pontadas pleuríticas, no qual escreveu vinte e um capítulos apenas para elas, que, segundo ele essa “enfermidade é o flagelo que mais tem destroçado os mineiros destas Minas.” (Ferreira, 2002, p. 229). Mas o que caracterizariam essas pontadas? De acordo com o cirurgião:

As pontadas lhes procedem, umas vezes, por causa de grande enchimento de humores frios em todo o corpo, que é o mais comum; outras vezes, por causa de resfriamentos e constipação dos poros fechados; outras, por causa da circulação do sangue e mais líquidos se retardarem e andar mais vagarosa do que convém, ou estar quase parada; outras vezes, por causa de alguma obstrução, ou também por causa de grandes frios que hajam neste tempo; e muito poucas vezes sucederá haver

pontada por causa de abundância de sangue (Ferreira, 2002, p. 239).

As pontadas afetavam os pulmões desses indivíduos, e para o autor, um dos principais fatores para essa patologia causar tantas complicações nesse ambiente era o clima da região – visão advinda da medicina hipocrático-galênica, que abordaremos posteriormente. O clima das Minas, segundo Ferreira, era completamente diferente do de outras localidades, sendo “o ar dessas Minas é muito frio e penetrativo” (Ferreira, 2002, p. 546). Contudo, algo que se observa nessa conjuntura é como esses achaques pulmonares eram os mais mortais da região, especialmente em relação as pessoas pretas que estavam constantemente em locais úmidos e frios, ou seja, além do clima que era diferente, o cirurgião enxerga também a problemática das condições de habitação e subsistência desse grupo, que era algo que colocava ainda mais eles em risco e em situação de vulnerabilidade para contrair esse tipo de enfermidade.

Não só o clima é diferente, mas a causa das enfermidades e os humores que as produzem, por razão dos mantimentos e habitação em que assistem e se exercitam, assim os pretos como os brancos: os pretos, porque uns habitam dentro da água, como são os mineiros que mineram nas partes baixas da terra e veios dela, outros feitos toupeiras, minerando por baixo da terra, uns em altura, de fundo, cinquenta, oitenta e mais de cem palmos, outros pelo comprimento em estradas subterrâneas muitos mais, que muitas vezes chegam a seiscentos e a setecentos; lá trabalham, lá comem e lá dormem muitas vezes, e como estes, quando trabalham, andam banhados em suor, com os pés sempre em terra fria, pedras e água, e, quando descansam ou comem, se lhes constipam os poros e se resfriam de tal modo que daí se lhes originam várias enfermidades perigosas, como são pleurises apertadíssimos, estupores, paralisias, convulsões, peripneumonias e outras muitas doenças (Ferreira, 2002, p. 229-30).

Outra doença muito comum, que se caracterizava por problemas gástricos, eram os enchimentos. Ele informa que os enchimentos são a complicação que mais ordinariamente e mais vezes é causa de pontadas. Esse achaque se dá pela má alimentação da população, especialmente os pretos, estando associado, também, a como o alimento era preparado. Como já exposto aqui, Minas enfrentou algumas crises de fome, mas além disso, é notório que o comer nessa região se deu de forma simples, e por algo de hábito, ainda mais que a região era pobre. O sustento dos escravizados, por exemplo, no geral, era feijão, toucinho (alimento bem gorduroso) e angu, o que fazia a comida ficar mais pesada e difícil de processar, o que resultava em irregularidades gástricas, como gastrites e refluxos, e “possivelmente, foi esse tipo de alimentação, preparada com gordura de porco extraída do toucinho, a maior responsável pelos malefícios dos estômagos dos mineiros” (Eugênio, [s.d], p.10). Ferreira demonstra os sinais que os enchimentos apresentavam, sendo eles os “amargores na boca, fastio ou pouca vontade de comer, e o comer mal saboroso, ou não doce, como dizem os pretos, vontade de vomitar, ou vômitos, e o estômago duro, ou cheio” (Ferreira, 2002, p. 234) e como forma de auxiliar o reconhecimento dispõe a seguinte orientação:

O doente em jejum e deitado de costas com os pés encolhidos, carregando-lhe com os dedos, brandamente, na boca do estômago, se se doer dele, ou seja, na boca, ou em algum lado, torcendo-se o doente e mostrando sentimento com alguns dos mais sinais, não teremos dúvida alguma em que a pontada procede do dito enchimento (Ferreira, 2002, p. 234).

Observa-se a presença do que conhecemos hoje como parasitoses nas Minas, especialmente a ascaridíase ou, lombrigas que desenvolvia a partir “dos humores corruptos que procedem dos maus

cozimentos, e deles, corruptos, se gera grande cópia deles” (Ferreira, 2022, p. 240). A contextualização do cenário sanitário de Minas realizada aqui nesse trabalho é de extrema importância para entendermos e visualizarmos os motivos que auxiliaram a propagação de enfermidades como as parasitoses que, claramente estão relacionadas a questões de assepsia e higiene, que, como já dito, era algo que carecia no local. “As casas não possuíam banheiro, nem água potável e, naquele tempo, ainda não existia sistema de esgotos eficaz na maior parte do mundo” (Eugênio, [s.d], p. 10), e isso contribuiu para que as lombrigas fossem abundantes, segundo o cirurgião, tanto na população branca mais pobre quanto em relação a população preta e escravizada. Dessa maneira, essa doença parasitária causou um grande impacto nos mineiros, “cujos costumes e limitações estruturais da vida material favoreciam a reprodução de parasitoses, que se alojam inicialmente nos intestinos, até proliferarem de maneira a entupir o seu hospedeiro, lançando-se não raramente por sua boca, matando-o por asfixia.” (Eugênio, [s.d], p. 11)

Por fim, no que diz respeito as doenças mais comuns nas Minas, segundo o *Erário Mineral*, temos as obstruções, que ele dedica um tratado inteiro a elas. Essa corresponde a um achaque que causava bloqueios no fluxo sanguíneo dos vasos localizados no fígado, baço e mesentério, causados por líquidos corporais alterados, principalmente devido ao consumo de bebidas alcoólicas. E mais uma vez o autor do manual destaca de que forma o enfermo conseguiria identificar se possuía alguma obstrução, segundo ele se conhecerá estando o doente em jejum, e, deitado de costas com os pés encolhidos, se lhe carregará brandamente com os dedos de ambas as mãos da parte direita, naquele vão que medeia entre as costelas mendasas e o estômago, de maneira que achando-se naquela parte dureza e dor, não

teremos dúvida de que o fígado está obstruto (Ferreira, 2002, p. 282).

Ponto notável na obra é a repulsa de Luís Gomes Ferreira em relação a aguardente de cana em excesso, “segundo as minhas observações, e a experiência me têm mostrado em todo o tempo que tenho assistido nestas Minas, não há coisa alguma nelas que seja mais prejudicial à saúde, assim de pretos, como de brancos, como é a dita aguardente” (Ferreira, 2002, p. 661), ele até chega a utilizá-la para alguns tratamentos que veremos posteriormente, contudo, ele sinaliza diversas vezes as complicações advindas dessa bebida. De acordo com ele, as obstruções são muito comuns nessa localidade devido a esse uso excessivo de aguardente de cana, principalmente realizado pelos pretos, pois era um escape para a árdua vida na qual eles se encontravam e também, auxiliava a esquentar o corpo devido ao clima frio.

Essas eram as enfermidades que, nas observações de Ferreira, mais se fizeram presentes em Minas Gerais do século XVIII, as mais graves e que mais afetavam a comunidade, todavia, encontramos no *Erário* outras doenças. Vejamos algumas delas. No que diz respeito ao tratado IV, o cirurgião traça sobre as deslocções e as fraturas, que eram recorrentes aqui devido a atividade aurífera, em que os acidentes se faziam amiudados. “Deslocação é aquela que se faz quando algum osso de nosso corpo se decompõe e sai fora do seu lugar, de sorte que priva o movimento daquele membro, causada por alguma caída de alto, força ou pancada, o que se conhece porque não haverá movimento no tal membro e haverá grandes dores na tal junta, com inchação, mais ou menos, conforme o tempo que houver passado e estiver o corpo do tal enfermo, mais bem ou mal aconplecionado de humores” (Ferreira, 2002, p. 447). Já as fraturas, para o autor são “às quebraduras dos ossos de nosso corpo, as quais podem acontecer em qualquer deles, mas as que mais comumente sucedem são em pernas

ou braços, e algumas em costelas, e nos ossos chamados da fúrcula, que são aqueles que vão do ombro para o pescoço e para a parte dianteira, a modo de travessas” (Ferreira, 2002, p. 462). Ademais, uma das enfermidades que possui correlação com a mineração era a cangalha ou a camba – moléstia particular dos pretos – refere-se a uma doença óssea que impede os movimentos coordenados dos pés, pernas, braços e mãos. Gomes Ferreira dá um nome para ela “convulsão por causa fria” (Ferreira, 2002, p. 578 – 579). E por conta dos acidentes, quedas, entre outros, Ferreira destaca a presença de feridas, especialmente nos pretos.

Afecções cutâneas também eram extremamente prevalentes entre essa população, especialmente nos indivíduos submetidos ao cativeiro. As precárias condições de higiene, a escassez de vestimentas disponíveis, a insuficiência nutricional e o contato intenso entre si tornavam seus corpos mais suscetíveis a inúmeras dermatoses. Sendo uma delas, os formigueiros, que “foi um dos maiores tormentos dos mineiros” (Eugênio, [s.d], p. 18). No tratado VII, dedicado aos formigueiros, o cirurgião busca distinguir esse achaque “muito ordinário nestas Minas” (Ferreira, 2002, p. 567), dessa forma, tem aqueles que nascem nas solas dos pés – (mais comum nos pretos) – e “outros há que nascem nos braços, mãos e pernas” – tanto nos pretos quanto nos brancos – (Ferreira, 2002, p. 567). Outra que o autor cita é a erisipela (citada no tratado III).

Além disso tudo, Gomes Ferreira vai destacar sobre a corrupção-do-bicho que é “uma largueza e relaxação do intestino reto e seus músculos, ou, por outro nome se chama o sesso, mais ou menos largo; e, segundo a maior ou menor largueza, assim será a maior ou menor corrupção” (Ferreira, 2002, p. 635). Para o autor, as etiologias desta enfermidade são um calor extraordinário que aquela região adquire,

seja por uma estação extremamente cálida ou por se tratar de uma localidade de clima tórrido, como os Brasis, seja pela insuficiência de higiene na área afetada, com prolongados períodos sem banhos, seja pela presença de febres não tratadas adequadamente, quando os banhos se tornam ainda mais essenciais, ou devido à negligência na higiene de indivíduos com fluxos corporais, sendo imprescindíveis os banhos para lavar e refrescar a área afetada. Essas condições causam o relaxamento dos músculos daquela região, levando à sua dilatação, que pode variar em grau, e, se não houver intervenção cuidadosa para remediar tal dilatação, em poucos dias, pode resultar em óbito. O enfermo apresenta dores nas costas e na cabeça, com febre, podendo ser mais branda ou acentuada.

Seguimos agora no tratado IX com os resfriamentos, esse achaque “é uma constipação dos poros do corpo humano e uma quase estagnação, ou constipação, dos humores e circulação deles, parada mais ou menos, o que acontece pelas causas seguintes” (Ferreira, 2002, p. 652). Ferreira segue descrevendo as causas e os sinais do resfriamento, irei pontuar alguns. No geral, se o indivíduo estiver com o corpo quente e, por alguma razão, tomar friagem ou entrar em águas frias, possivelmente irá contrair a enfermidade. Já os sintomas, resumidamente se apresentam de diversas maneiras, incluindo febre de intensidade variável, grande fadiga com espreguiçamentos e falta de apetite, dores corporais, especialmente nas costas, e tremores de frio. Em casos de forte resfriamento, os pacientes terão dificuldade em mover os braços e as pernas devido à sensação de peso. As veias estarão retraídas e as artérias com pulso fraco ou quase ausente, tanto nos pulsos quanto em outras partes do corpo, e às vezes acompanhadas de febre intensa (Ferreira, 2002, p. 653). No tratado XI, veremos sobre os venenos e mordeduras (venenosas) que acabavam prejudi-

cando os moradores da região diversas vezes. O tratado seguinte, XII, examina sobre o escorbuto ou “mal de Luanda”, essa que assola “pretos e brancos” (Ferreira, 2002, p. 689).

O escorbuto era uma enfermidade já conhecida e que desde seu descobrimento foi temida por ser muito violenta e abrasiva e apresentar diversos sintomas nos quais seriam capazes de enganar os médicos, além de que, até então, não possuía uma forma de tratamento eficaz, tanto que em seu tratado, Luís Gomes Ferreira enaltece e reconhece a importância da invenção do remédio para esse mal feita por João Cardoso de Miranda³ – cirurgião português, além disso, ele destaca obteve sucesso ao utilizar de tal medicação, que iremos abordar posteriormente. “São os sintomas desta enfermidade tantos e tão vários que mal se podem definir. Primeiramente se acham disenterias, diarréias, caquexias, hidropisias, pleurises, legítimos e notos, tosses, corrimentos, encolhimentos de nervos, coagulações em várias partes do corpo, apostemas de matéria quente e fria, opilações de humores, crassos e viscosos, héticas, dores nas cadeiras e em todas as juntas, ictéricas, morféias; e, em conclusão, todos os sinais que podem produzir as mais enfermidades a que o corpo humano está sujeito se acham nesta infecção” (Ferreira, 2002, p. 692 – 693), e, além disso, encontram-se nesses pacientes diversas chagas e feridas sujas, infeccionadas e de diferentes tipos, como também, principalmente nos brancos, nota-se que as gengivas apresentam úlceras de

3 João Cardoso de Miranda foi um cirurgião português, nascido em 1726 em Freguesia de São Martinho de Cambres juntamente com a Cidade de Lamego. Ele transitou entre a Bahia de Todos os Santos e Minas Gerais, aonde realizou diversos tratamentos aos enfermos, inclusive, foi ele que idealizou um remédio para o Escorbuto. Falecido no ano de 1773, Miranda escreveu obras importantíssimas, como *a Relação Cirúrgica, e medica, na qual se trata de um methodo para se cura a infecção escorbútica, ou mal de Luanda, e todos os seus produtos (1747)* e *Prodigiosa Lagoa descoberta nas congonghas das minas do Sabará, que tem curado a várias pessoas dos achaques, que nesta relação se expõe (1749)*.

cor arroxeada e odor desagradável, e pelo corpo há várias manchas de diferentes cores, especialmente azuladas, amareladas e escuras.

Outras pestilências que Gomes Ferreira traz em seu tratado são as infecções sexualmente transmissíveis (IST) – termo cunhado atualmente –, ou doenças venéreas, na época, conhecida como “mulas, boubas, gonorreias ou males gálicos” (Eugênio, 2015, p. 891). Nos fulcros mineradores, em tempos áureos da extração de riquezas terrenas, um desequilíbrio colossal se descortinava entre a população masculina e feminina, livres e cativas. Impulsionada pelo pulsar da vida urbana, a oferta de favores venéreos se vulgarizou, tornando-se acessível aos mais diversos. Proprietários de cativos, em sua ânsia por lucros desmedidos, submetiam seus escravos a tal mister, enquanto algumas mulheres negras, em busca de mitigar as agruras da vida, entregavam seus corpos ao métier da carne, completando assim a jornada exaustiva do trabalho. As boubas, por exemplo, “costumam nascer pela maior parte na cara e junto ao nariz, atrás das orelhas, nos sovacos dos braços e nas virilhas, e algumas vezes nas partes vergonhosas, e também algumas por outras partes do corpo” (Ferreira, 2002, p. 540-1).

Para finalizar, evidencio mais algumas enfermidades que Ferreira traz, como a gota serena, que atualmente, é do nosso conhecimento que é ocasionada pela falta de vitamina A. Nos deparamos também com os cursos de sangue, ou disenteria, que se tratava de movimentos intestinais frequentes com fezes misturadas com sangue e intensas dores abdominais. Cito também o Fleimão, edemas, cirro, carbúnculo ou antraz, sezões ou maleitas (malária), cancro mole, estupor ou parlezia, roturas ou quebrasuras (hérnia), bócio, albugo, névoa e leucoma.

Com isso, o que podemos concluir é que a maioria das doen-

ças que se manifestaram nas Minas dessa época deriva das péssimas condições de vida que a população se encontrava, fosse em relação a moradia, alimentação, ingestão de água imprópria para consumo, falta de roupas adequadas, mas também a falta de estruturas básicas para a subsistência dos mineiros, sobretudo, os escravizados e os mais pobres que sempre careciam desses itens indispensáveis para uma sobrevivência e vivência digna.

Curas empenhadas por Luís Gomes Ferreira para o tratamento dos males mineiros

Para tratar as moléstias que identificou nas Minas, Luís Gomes Ferreira destaca uma série de compostos medicamentos que seriam úteis, recomendados ou rechaçados em seu *Erário Mineral*. Assim como as patologias, são inúmeras receitas mobilizadas pelo cirurgião, com mais de 50 medicamentos desenvolvidos por ele. Dessa maneira, na obra, observa-se a utilização de uma variedade de métodos terapêuticos, incluindo emplastos, pomadas, xaropes, pílulas, unguentos, colírios, sangrias e purgas, entre outras numerosas técnicas destinadas a tratar os enfermos nas regiões por ele percorridas, mesclando a utilização de alguns químicos e os naturais. As plantas empregadas pelo autor são destacadas na obra, sendo utilizadas em sua totalidade – casca, raiz, folha, fruto e semente, que iremos demonstrar e estabelecer posteriormente. É evidente que o cirurgião opera a partir de seus conhecimentos adquiridos nos anos que estudou e esteve no Hospital Real de Todos-os-Santos, em conjunto da experiência, da observação, ou seja, do conhecimento empírico, pois ele argumenta que a prática era a base fundamental da medicina e cirurgia.

Concomitantemente a isso, ele parte dos pressupostos da medicina hipocrático-galênica, ou, *medicina humoral*, que, de forma re-

sumida, acreditava na existência de humores básicos que, em desequilíbrio, causava alguma mazela. “O sangue, a fleuma, a bÍlis negra e a bÍlis amarela” (Badinelli, 2014a, p. 06), compunham esses humores e eles possuíam alguns traços próprios, “o sangue se apresentava como quente e úmido, a fleuma como fria e úmida, a bÍlis amarela como quente e seca, e a bÍlis negra como fria e seca” (Badinelli, 2014a, p. 06). Sendo assim percebe-se como essa teoria estava evidente nas composições terapêuticas destinadas à cura no *Erário Mineral*.

Começaremos então, pela cura em relação as pontadas pleuríticas. Gomes Ferreira então desenvolveu algumas prescrições, uma delas um emplasto, singular, de erva santa maria, deveria prosseguir então da seguinte forma,

tomem uma mão cheia de folhas de erva-de-santa-maria e outra de cabeças de mentrastos, pise-se tudo, e, pisado, se meta em um saquinho de pano de linho, cosida a boca do saco, se lance em um tacho seco, o qual se porá em cima de fogo brando, e tanto que for aquecendo, se irá borrifando o dito saco com aguardente do Reino, da melhor que houver de modo que fique bem molhado; então se tirará, e, compostas as ervas, se porá em cima da pontada com a quentura que puder sofrer e se ligará com sua atadura larga, que fique o emplasto bem seguro na parte, de um enfermo s e curou de reumatismo, não o sendo, e morreu na má cura purga de resina com alexifármacos contra lombrigas emplasto singularíssimo para pontadas, invento do autor tal modo que, por nenhum caso, se mude, que será de maior dano; porque, como este emplasto é quente, com a quentura abre os poros e faz suar aquela parte (Ferreira, 2002, p. 242 – 243).

Outrossim, desenvolveu o emplasto de farelos de milho grosso e de alecrim devido a possível falta das ervas em tempos de seca. Saliento uma outra receita que envolve “açafraão, sal de tártaro, água essencial de raiz de bardana e xarope de mucilagens de sementes de

linho” (Ferreira, 2002, p. 275 – 276). Ademais, indica tomar diaforético⁴ ou sudorífico feito de poejos fervidos em água, também aponta para uma água cozida com raiz de capeba e de butua, que segundo ele, “ficará uma bebida vulnerária e descoagulante muito admirável para fazer abrir as vias e os canais, promovendo os humores” (Ferreira, 2002, p. 252). Enfim, essas são algumas das prescrições que o cirurgião angariou para tratar as pontadas. Dessa maneira podemos enxergar aqui o vasto conhecimento das propriedades que esses recursos naturais apresentavam que o cirurgião possuía advindos das suas observações e da experiência desenvolvida nessa região, aonde buscou promover a saúde integral do paciente, através de um tratamento que contemple os sintomas e o bem-estar geral de forma integrada e multifacetada.

Em relação às doenças então conhecidas, como pleurises e peripneumonias⁵, utilizava-se “cevada cozida, em cuja água resultante do cozimento se acrescenta cascas de raiz de bardana piladas e um punhado de flores de papoulas, tudo novamente fervido em um quarto de hora e depois adicionado de esterco fresco de cavalo. Duas horas após essa adição, a solução devia ser coada e mistura de pó de coral.” (Eugênio, [s.d], p. 09). Os enchimentos, no geral, resolveriam tomando vomitórios e purgativos, por exemplo, recorreu-se a vomitórios de tártaro emético⁶.

No que se refere as verminoses ou lombrigas, ele concebeu uma

4 Diaforéticos são substâncias que induzem a sudorese, ou seja, aumentam a transpiração. Tradicionalmente usados para baixar a febre, ajudam a eliminar toxinas do corpo através do suor.

5 Condições inflamatórias que acometem diferentes partes do sistema respiratório. A pleura, membrana que reveste os pulmões e a cavidade torácica, é o foco da inflamação na pleurite. Na peripneumonia, o processo inflamatório se estende além da pleura, atingindo o pulmão subjacente.

6 Um composto químico formulado com antimonato de potássio e antimonila como componentes principais.

miríade de medicamentos, um deles, de invento do autor e que teve sucesso, é o sumo de erva-de-santa-maria junto a três limões azedos e uma colher de azeite-de-mamona, com vinagre forte e uma dedada de pó de açafraão, ou de tabaco, tudo bem mexido e morno, e antes de tomar a mezinha, deve comer uma colher de açúcar, porém, deve-se tomar sem sentir o cheiro do medicamento (Ferreira, 2002, p. 236). Além disso, poderia acrescentar a essas mezinhas o vinagre forte e fel de vaca ou boi para uma maior eficácia. Semente de Alexandria⁷ junto a grãos de calomelanos⁸ turquescos e sumo de hortelã, resina de batata, água de azougue vivo, a amêndoa da fruta do angelim e sua casca também são ótimos remédios para as lombrigas (Ferreira, 2002, p. 237). Contudo, ele retrata, em suas palavras, o melhor remédio que ele criou para essas moléstias, que consistia em uma raiz de fedegoso macerada em conjunto a água morna, que, após moída, deveria ser coada em um pano, e o líquido que sair deve misturar ao sumo de erva-de-santa-maria, vinagre forte e grãos de calomelanos turquescos, ingerindo em primeiro lugar o açúcar pra depois, com o nariz tampado, ingerir a mezinha. Se o caso for grave, além de tomar o medicamento deveria aplicar, ao mesmo tempo, um emplasto de erva-de-santa-maria com hortelã, fel de boi e vinagre forte, tudo quente, em cima do umbigo. Ao fazer tudo isso, seria infalível, o enfermo iria expelir as verminoses que estivesse em seu corpo (Ferreira, 2002, p. 238 – 239). É preciso pontuar que alguma dessas curas eram advindas de substâncias químicas, como os calomelanos, pós de bismuto e o tártaro emético.

7 Sementes da planta *Senna alexandrina*, essa que é uma planta medicinal empregada como laxante natural e para aliviar a constipação. Ela era chamada de erva lombrigueira.

8 Grãos de Calomelanos referem-se ao calomelano em forma granular, que é o nome comum do cloreto de mercúrio. Foi amplamente usado como laxante e purgante, mas também no tratamento de sífilis.

Ainda no rol das curas para as moléstias mais comuns nessas minas, temos as obstruções. Ele discorre primeiramente sobre as obstruções no fígado, essa que era suscetível à reabilitação por meio de diversos fármacos, sendo vomitórios de tártaro emético, purgativos, raiz de capeba com salsa, raízes de artemisia⁹ e de funcho juntas a água quente, que após ferver, deveria ser coada e juntadas a açúcar. Oximel¹⁰ também era uma mistura que auxiliava com as obstruções. Outra junção era algumas folhas de salsa fresca, de funcho, de aipo com sumos da raiz de salsa e de lírio, sumo de cebola branca, banha de porco sem sal, óleo de lírio fervidos formavam um lenimento. E, não podemos deixar de fora um remédio excelente de invento dele composto de folha de picão, ou carrapicho, cebolas brancas, banha de porco sem sal, óleo de lírio, que deveria ser fervido e coado. No tocante as obstruções do baço e do mesentério, Gomes Ferreira indica utilizar as mesmas raízes das obstruções hepáticas, acrescentando mais de capeba e mel de pau, tomando a mezinha quente. Os vomitórios de tártaro podem ser aplicados aqui e as purgas devem apresentar maior intensidade em comparação com as do fígado.

Quanto as deslocações e fraturas ocasionadas pelos acidentes assíduos nas minas, ele lança mão de alguns emplastos, e destaca a importância de “aparelhar os panos, ataduras, aguardente, emplastos e talas” (Ferreira, 2002, p. 447) para o enfermo. Um dos emplastos era a combinação de terebintina, pós de bisma, incenso, mirra, sangue-de-dragão e almécega¹¹. Contudo, ele identificou um emplasto

9 *Artemisia* ou *artemija* é um gênero de plantas que inclui diversas espécies conhecidas por suas propriedades medicinais.

10 É uma espécie de xarope de mel preparado e cozido com vinagre, sendo duas partes de vinagre e a terceira de mel. Utilizada, por exemplo, para problemas digestivos, obstruções e combate a infecções.

11 Pós de bisma refere-se a compostos à base de bismuto (metal pesado, mas relativamente não tóxico); Sangue-de-Dragão é uma resina vermelha extraída de várias

mais simples e que seria de mais sucesso que os outros, seria óleo de embaúba com aguardente do Reino, sendo fervido em fogo brando formando uma massa até a deslocação reduzir, e após isso, pulverizará com pós de breu, incenso, almécega e mirra. “Este emplasto é melhor que todos os outros” (Ferreira, 2002, p. 448). Outrossim, utilizou, em inúmeros casos, emplastos feitos com farinha de trigo e aguardente posta ainda quente na contusão (Eugênio, [s.d], p. 15), e também deu importância para o emplasto de embaúba. Gomes Ferreira faz uma observação sobre a utilização das claras de ovos nas quebras, que não eram eficazes nesses casos por serem frias. A aguardente para esses casos servia, não apenas para curar as feridas, mas também para evitar a gangrena e herpes. Também saliento o uso do espírito de vitrola sobre o ferimento, que consistiria em uma variedade de sal mineral, antes de se aplicar os emplastos elaborados pelo cirurgião. E por fim, algumas feridas que eram causadas por algum tipo de queda ou colisões, era recomendado utilizar tecidos embebidos em aguardente do Reino e pós obtidos das cascas de ovos.

Em relação aos formigueiros, poderia se utilizar ovo batido com azeite, no caso de comprometerem os braços e as pernas e nas solas dos pés, procedia da seguinte maneira

faça-se um buraco na terra junto ao fogão, que seja redondo, fundo e estreito, e nele se lancem brasas de fogo e, em cima delas, bosta de boi seca, e os pés que tiverem formigueiros se porão com os buracos em cima do tal buraco, tomando aqueles defumadouros, que será por um quarto de hora, acendendo as brasas e botando bosta para fazer boa fumaça, estando o pé coberto e em roda com alguma roupa; e enquanto está tomando estes defumadouros, estará fervendo no fogo outra bosta com urina ou com água ardente, para fazer umas papas, que se porão em pano e na parte bem quentes (Ferreira, 2002, p. 577).

espécies de árvores, como a do gênero *Dracaena*; Almécega também é uma resina, aqui aromática obtida da árvore *Pistacia Lentiscus*.

Para as corrupções de bicho recomendava banhos na região retal, utilizando água quente enriquecida com sal e o extrato de uma planta conhecida como erva-de-bicho, “que nasce e dá-se bem em terras úmidas e por perto da água”. Seguimos com os resfriamentos, que em casos graves o cirurgião recomendava:

[...] uns dentes-de-alho limpos, uma mão cheia de folhas de arruda, uma ou duas pencas de gengibre, um pedaço de banha de porco sem sal, ou com ele, e, em sua falta, sebo do rim, tudo muito bem pisado, cada coisa de per se, e depois de junto, se torne a pisar e se lance em tigela vidrada, ou tachinho limpo, e se cubra de água ardente da melhor que se puder achar, com a qual irá fervendo a fogo brando, mexendo-se, de modo que fique uma massa branda, que, metida em pano de linho ralo e forte, se esfregará todo o corpo, estando o medicamento quente, com força, estando o braseiro ou fogo perto do doente, com o resguardo do ar que fica referido (Ferreira, 2002, p. 655).

Concernente ao tratamento dos envenenamentos deve-se tomar a triaga magna¹², desfeita em vinho (Ferreira, 2002, p. 667), como também pode-se tomar “grãos de raspaduras de unicórnio” em vinho. Ademais, indica a seguinte mezinha, “tomem vinte folhas de arruda, dois figos passados, a carne de uma noz e uma pedra de sal, tudo se misture com o vinho e se beba em jejum todos os dias” (Ferreira, 2002, p. 668). Enfim, são diversos, assim como em outros achaques, os remédios, triagas e mezinhas recomendados pelo cirurgião. Agora para as mordeduras venosas, sublinho aqui, o que nas palavras do autor, é a melhor triaga e único remédio na mordedura de cobra cascavel, “é o esterco humano desfeito em qualquer líquido e bebido

12 A Triaga Magna era uma fórmula complexa, composta por diversos ingredientes, que podiam incluir até 64 substâncias, sendo de origem vegetal, animal e mineral, como ópio, mirra, carne de víbora, açafrão, incenso e diversas especiarias e ervas.

na quantidade que a cada um lhe parecer” (Ferreira, 2002, p. 685), ingerido pela boca. Igualmente, a raiz de Ipecuanha também é um excelente recurso para tratar envenenamentos.

Passando agora para as tratativas do escorbuto ou mal de Luan-da, Ferreira indica o seguinte remédio:

Aguardente fina seis onças, unguento Egípcio duas oitavas; misture tudo muito bem. Com esse remédio ordenei tocasse as gengivas por dentro e por fora, molhando nele um pincel várias vezes ao dia; assim continuou com feliz sucesso, por que logo as gengivas se foram alimpando e o mau cheiro se desvaneceu (Ferreira, 2002, p. 619).

Ele também destaca que as sangrias e vomitórios não eram necessárias aqui. Ele apresenta uma receita para um medicamento eficaz para essas chagas:

cozimento de raiz de chicória, grama, fragária, douradinha, mastruços e cocleária três libras, sendo as ervas verdes e sendo secas, fique o cozimento em libra e meia; confeição de diatártaro reformada e sal catártico, de cada um três oitavas, sal tártaro três oitavas, antimônio diaforético marcial e espírito de cocleária, de cada um duas oitavas, xarope de chicória de Nicolau com ruibarbo três onças, misture-se. (Ferreira, 2002, p. 695)

Para concluirmos essa parte das curas, trago aqui algumas mezinhas realizadas pelo cirurgião para curar as IST's – termo cunhado recentemente –, os cursos, algumas dores de barriga e cólicas e a gota serena. Começando pela boubá, Ferreira com sabedoria ímpar, prescreve, como medida inicial, a administração de pílulas de mercúrio sublimado e a aplicação de espírito de vitriolo nas áreas afetadas. Como complemento, sugere o uso de aguardente, urina ou

água quente nas úlceras, enfatizando a necessidade de iniciar o tratamento imediatamente após o surgimento dos sinais das boubas. Já para as gonorreias, o cirurgião apenas acrescenta água com salsa cozida aos outros ingredientes já citados (Ferreira, 2002, p. 537). No que diz respeito aos cursos, eles poderiam ser curados com caldo de galinha, sumo de tanchagem, gemas de ovo, açúcar e, em suas palavras, “o único e certo remédio para curar os cursos” (Ferreira, 2002, p. 678), é a utilização da raiz de cipó pacacuanha ou poalha ou pacacoalha¹³. Quanto a dores de barriga e cólicas, aconselha o uso de raiz de gengibre “mastigada e engolida seu suco ou também pisada e dada em água quente ou aguardente” (Ferreira, 2002, p. 364). E, para finalizar, a gota serena, muito difícil de ser curada, poderia ser tratada de diversas maneiras, como a utilização de “alecrim deixado ao sereno de duas ou três noites conservado em um vidro destampado, onde se formará um licor, o qual se aplicado direto nos olhos produz bons efeitos” (Ferreira, 2002, p. 608), como também a ingestão de um saquinho de tafetá ou pano de linho cheio de folhas de alecrim e cozidos em aguardente aplicados sob os olhos do enfermo (Ferreira, 2002, p. 607).

Citei aqui algumas das inúmeras medicações, mezinhas, e curas desenvolvidas e atalhadas pelo cirurgião, porém, ressalto que Luís Gomes Ferreira prescreveu ainda mais curas para os males das Minas. E o que se pode concluir é que muitas dessas curas foram documentadas não necessariamente para o público português em geral, mas sim para a população mineira, com particular ênfase naqueles em situação de vulnerabilidade, especialmente os escravizados, que eram os mais suscetíveis e impactados pelas enfermidades. Estes indivíduos frequentemente não conseguiam acessar as boticas nem

13 São raízes que fazem parte da planta guaraná (*Paulinia cupana*).

adquirir as medicações necessárias, devido às barreiras financeiras e geográficas que enfrentavam. Ademais, o que se observa com clareza nas Minas Gerais do século XVIII é a existência de um rico e complexo amalgama, onde se entrelaçavam, de forma dinâmica e frutífera, a vibrante cultura popular, o conhecimento científico da época e as práticas sociais vigentes. Essa confluência de saberes e costumes, qual um caleidoscópio em constante mutação, moldava a fisionomia cultural da região, tecendo uma tapeçaria singular e inesquecível.

Resultados

Relação completa das plantas e ervas citadas no *Erário Mineral*

Agárico – Agrimona – Almacéga – Altéia ou Malvaíско – Alcarvia – Ameixa – Amora – Alfavaca – Abóbora – Alecrim – Asparago – Açafrão – Aipo – Arruda – Artemísia – Assafétida – Alcaçuz – Argelim – Avenca – Anafega – Agraço – Almeirão – Alforvas – Árvore Espinhosa (Jurubeba) – Abútua – Alface – Arroz – Anterrhino (dente de leão) – Bardana – Borragem – Buglosada – Bicuíba – Bertônia Balaústia (Romã) – Beldroega – Bútua (abútua) – Bananeira – Belis do prado (ou Belides) – Batata de purga – Benjoim Canafístula – Colonquíntias – Chá – Crocus (é açafrão, *Crocus sativus*, da Índia) – Canela – Carecus – Caparosa (Não é só a planta mais também o nome dado ao sulfato de zinco) – Coríndiúba – Cocleária – Chicórea (ou Almeirão) – Copaíba – Cevada – Camoezas – Cravo (da Índia) – Cúbeba – Coroa-de-rei – Capeba – Cidra – Carrapicho (v.picão) – Cebola – Cipó (de coração ou *Aristolochia cordigera* e milhomens) – cipreste. Drego (sangue-de-drago) – Domadinha – Douradinha – Diagrídio (?) Escorcioneira – Estoraque – Espora de cavaleiro – Escórdio Engus – Espina Cardis – Escabiosa – Eufórbio – Espiricão – Erva-de-bicho Fragária (Morangueiro) – Fumo Bravo

(tabaco = erva santa) – Funcho – Figueira – Gengibre – Galbano – Golfão – Gilbabeira – Grama – Guaiaco (Pau-Santo) – Gurubeba (jurubeba?) Hissopo – Heléboro – Hortelã – Hermodactiles – Horjevão (berbena) (verbena ou urgebão) – (H) ervas (Santa Maria, moura, do bicho, etc) Incenso – Inhaúma – Ipecacuanha Jalapa – Joá bravo – Jequirá – Jaburandi Limão – Laranjas bicas azedas – Linho (sementes) – Lírio Maná – Matapasto (Fedegoso – Cassia Bicapsularis) – malvaíscio – Maça – Meimendro – Mil-Homens- Mentrasto (Erva de São João) – Mentrúz (Erva de Santa Maria) – Melancia – Mirra Napelo Olibano- Ourego (Orégano) – Opopanaco – Orelha – de onça – Persicária (Erva de Bicho) – Pragana – Paratudo – Pau – Santo – Pimpinela Picão – Poejo – Papoula – Pimenta Quina – quina Romã – Ruibarbo – Rabão (seria rabanete ?) Salsa – Sassafras – Semen-contra (Artemísia judaica) – Sene – Sabugueiro – Sapé – Saramago – Sarapilheira – Sorveira – Solda – Semente de Alexandria (Mastrução) – tormentilha – Trincal – Tripojana – Trovisco – Termentina (terebintina) – Tepes – Taba Uvas Velame – Viola.

Conclusões

A presente investigação buscou sublinhar a importância desse manual de medicina para a sociedade mineira da época que carecia de profissionais da saúde, sendo aqueles que possuem um diploma na área (Abreu, 2018, p. 493 – 524), tanto de cirurgia ou medicina. Essa carência se deu por uma falta de interesse de atuar em colônias portuguesas, ainda mais em Minas Gerais que era uma região afastada o que auxiliava nos riscos que os indivíduos corriam ao cruzar o oceano e imensos territórios, outrossim, o Brasil não era o destino preferencial desses profissionais (Abreu, 2018, p. 500). Da mesma forma, uma das razões pelas quais havia uma certa carência de trata-

mento desses médicos em relação a população da colônia, sobretudo nas minas, se deu pelas disparidades sociais e culturais que marcaram essa sociedade, e dessa forma, o ingresso a medicamentos e aos médicos, regulamentados, se restringiu primordialmente aos homens brancos e de posses (Badinelli, 2014b, p. 40). Um dos propósitos que impulsionou Luís Gomes Ferreira a compor o “*Erário Mineral*” foi o de atuar como um veículo de disseminação das suas valiosas experiências adquiridas na colônia, as quais contribuíram para a cura das enfermidades prevalentes naquele contexto e ele diz que “tudo que escrevo é pela glória de Deus e para o proveito do próximo (Ferreira, 2002, p. 182). Ou seja, em uma era onde a carência de médicos grassava e a população se via entregue à própria sorte no combate às doenças, surgiu um farol de esperança: a publicação de manuais médicos em linguagem acessível. Estes compêndios, qual bálsamo para os sofrendores, munidos de conhecimentos práticos para o diagnóstico e tratamento de enfermidades, circulavam de boca em boca, propagando a sabedoria médica entre os leigos.

Em outras palavras, a profilaxia e o combate às enfermidades se configuravam como encargos reservados ao âmbito privado, mesmo que os problemas sociais e econômicos delas advindos ostentassem um impacto público de considerável magnitude. Com isso, concluímos que o *Erário Mineral*, pode ser considerado um meio pelo qual Gomes Ferreira interveio no espaço social, na tentativa de contribuir para o enfrentamento das suas anomalias patológicas. Mesmo que tais questões lhe parecessem exceder sua inteligência e vigor — como no caso de muitas enfermidades cujas causas eram desconhecidas ou precariamente compreendidas, resultando em numerosas vítimas —, ele ainda assim conseguiu lançar luz sobre essas causas de maneira mais elucidativa e desenvolver medicações eficazes para curá-las.

Uma das dificuldades que o cirurgião encontrou foi em relação a uma certa receptividade e adesão do público mineiro no que tange as criações de fórmulas complexas ou a descoberta de propriedades elementares. Sendo assim, a validação dos procedimentos de cura e a legitimação dos médicos como agentes eficazes eram fortalecidas pela experiência prática e pela utilização dos métodos por outros médicos ou pelos próprios colonos. (Viotti, 2012, p. 117). Tanto que “as novas receitas parecem ter despertado duas reações dos habitantes do Brasil: de um lado, curiosidade sobre as qualidades do que ouviam dizer, de outro, receio por serem jeitos de se tratar que não tinham ainda sido testados” (Viotti, 2012, p. 117). Contudo, é a partir dessas desconfianças e também certa curiosidade que serviram como oportunidades, junto a escassez de profissionais, desse cirurgião se firmar como um agente de cura capaz de auxiliar os enfermos, e curá-los de uma maneira eficaz e acessível. Porque, algo que é notório no trabalho de Gomes Ferreira, é sua assídua observação de seus casos, reconhecendo muitas vezes as causas que até então eram desconhecidas e desenvolvendo medicamentos eficazes para essas moléstias que assustavam os mineiros, e valorizando os ingredientes que essa terra provinha. Para ele, “não havia nada de exótico” nestes medicamentos, além de serem os únicos recursos possíveis à maioria da gente pobre.” (Souza, 2008, p. 288)

É justamente nesse interim que percebemos como o autor valorizava os saberes obtidos de maneira empírica, e valoriza o doente em si, ao invés de levar em consideração apenas as doenças, Gomes Ferreira examinava o organismo do enfermo. Isto é, observamos que “não cabia no período estudos sobre o *bicho*, por exemplo, mas, sim, sobre a incidência dele na população e de que maneira poderia ser combatido” (Viotti, 2018, p. 64), ele partia do doente para entender

as doenças em si e para analisar “de que forma um conjunto de indivíduos poderia ser massivamente tratado contra este ou aquele sintoma/doença” (Viotti, 2018, p. 64). Para este ilustre cirurgião, a arte da cura demandava um mergulho profundo nos meandros da enfermidade. Era mister desvendar os sinais que o corpo em sofrimento emitia, tecer conexões entre eles e os achaques que se manifestavam, e, com acuidade ímpar, examinar o doente em sua totalidade e suas particularidades para ter êxito na reabilitação. E uma das coisas que ele levava em conta, dentro desse sentido, era o cenário das Minas que já expomos aqui, como era o clima e a sanidade desse local que estava intrinsecamente atrelado ao panorama dos achaques que assolavam as Minas e de que forma o indivíduo sucumbia a elas.

Destarte, Ferreira deixou seu legado para a medicina, no contexto da época, em que, a luta contra enfermidades sempre foi considerada uma exigência imprescindível, despontou uma nova farma-copeia, nascida em solo brasileiro, como um fruto opulento da terra, ostentando o poder de aliviar os sofrimentos da humanidade. Elaborada em escala grandiosa, a partir de produtos nativos, essa obra prima da medicina se ergueu como um farol de esperança em um mundo assolado por diversos males à saúde. (Badinelli, 2014a, p. 11). Como também, colaborou, junto a outros cirurgiões, no que diz respeito ao emprego de plantas medicinais, cuja utilização perdura até os dias atuais, tanto na medicina quanto na produção de fármacos. O *Erário Mineral*, obra pioneira em seu tempo, pode ser considerado o embrião de uma tradição médica que marcaria profundamente a vida social da colônia e, posteriormente, do Império. Essa tradição se concretizou, em grande medida, na ampla disseminação de manuais de medicina que eram acessíveis, tornando-se ferramentas valiosas para a população que buscava cuidar da própria saúde e de seus familiares.

Os outros manuais que circularam mais efetivamente no século XIX, traziam formulários e receitas nos moldes da obra de Gomes Ferreira (Badinelli, 2014b, p. 72).

O cirurgião pontua em sua obra que eles eram “obrigados a curar as doenças conforme a região e o clima onde nos achássemos, a razão nos ditasse e a experiência nos ensinasse” (Ferreira, 2002, p. 471), então, concluímos justamente que, a forma como Luís Gomes Ferreira atuou nessas Minas, compreendendo e divulgando os aspectos particulares que afetavam a saúde das pessoas que ali moravam, sendo o clima, os diferentes medicamentos, a alimentação, as relações sociais, e as diferentes doenças, se diferenciou de como ele atendia nos anos de aprendizado no Reino. E é aqui que o cirurgião buscou desenvolver um conhecimento empírico a partir da experiência cotidiana (Furtado, 2005, p. 94) com as curas que eram realizadas de forma que os profissionais da área deveriam se conduzir pela experiência e não apenas agarrar-se a uma medicina pautada na tradição, já que “a experiência é a base fundamental da medicina e cirurgia.” (Ferreira, 2002, p. 227).

Em conjunto a isso, entra os pressupostos da prática da medicina hipocrática-galênica na qual ele se baseou para produzir as mezinhas utilizadas no tratamento dos males. Sendo assim, era incumbência desses profissionais presentes nas Minas integrar seu vasto conhecimento acadêmico e levar em conta as particularidades brasílicas ao selecionar seus métodos de intervenção nos corpos e nas enfermidades, visando o benefício de seus pacientes e o êxito em suas carreiras médicas (Viotti, 2020, p. 202). É por isso que Luís Gomes Ferreira vai justamente mobilizar os recursos aqui por ele encontrados para tratar as moléstias, juntando, algo que era necessário e inevitável, seu conhecimento erudito, vindo dos hospitais em Lisboa, e

do saber empírico que era essencial para a atuação da medicina e da cirurgia nas Minas Gerais do século XVIII.

Referências Bibliográficas

Fonte

FERREIRA, Luís Gomes. **Erário Mineral**/ Luís Gomes Ferreira; org. Júnia Ferreira Furtado. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Centro de Estudos Históricos e Culturais; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002. V. 1 e V. 2.

Estudos:

ABREU, Laurinda. **A institucionalização do saber médico e suas implicações sobre a rede de curadores oficiais na América portuguesa**. Tempo | Niterói | Vol. 24 n. 3 | set./dez. 2018, p. 493-524.

BADINELLI, Isaac Facchini. **Reflexões sobre o uso de plantas medicinais no tratado Erário Mineral de Luís Gomes Ferreira**. Belo Horizonte, Campus Pampulha da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. 08 a 11 de outubro de 2014a | ISBN: 978-85-62707-62-9.

_____. **Saúde e Doença no Brasil Colonial: Práticas de cura e uso de plantas medicinais no Tratado Erário Mineral de Luís Gomes Ferreira (1735)**. 2014b. Trabalho de Conclusão de Curso pela Universidade Federal de Santa Catarina.

DIAS, Maria Odila Leite da Silva. Sertões do Rio das Velhas e das Gerais: vida social numa frente de povoamento – 1710-1733. In: FERREIRA, Luís Gomes. **Erário Mineral**/ Luís Gomes Ferreira; org. Júnia Ferreira Furtado. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Centro de Estudos Históricos e Culturais;

- Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002. V. 1 e V. 2, p. 46.
- EUGÊNIO, Alisson. **Enfermidades da população escrava em Minas Gerais na obra Erário Mineral (1735) de Luís Gomes Ferreira.** [s.d].
- _____. **Relatos de Luís Gomes Ferreira sobre a saúde dos escravos na obra Erário mineral (1735).** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, n.3, jul.-set. 2015, p.881-897.
- FURTADO, Júnia Ferreira. Arte e segredo: o Licenciado Luís Gomes Ferreira e seu caleidoscópio de imagens. In: FERREIRA, Luís Gomes. *Erário Mineral*// Luís Gomes Ferreira; org. Júnia Ferreira Furtado. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, Centro de Estudos Históricos e Culturais; Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2002. V. 1 e V. 2.
- _____. **Barbeiros, cirurgiões e médicos na Minas colonial.** Revista Arquivo Público Mineiro. Minas Gerais, v.41, jul./dez., 2005, p. 88-105.
- GOMES, Gislane dos Santos. **Os registros de três cirurgiões sobre o tratamento dos corpos enfermos nas minas setecentistas.** 2022. Dissertação de Pós-Graduação em História da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais – Universidade Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.
- HOLANDA, Sérgio Buarque de. *Raízes do Brasil*. 4 a Edição. Brasília: Editora Universidade de Brasília; 1963.
- NOGUEIRA, André Luís Lima. **Saberes terapêuticos nas Minas Coloniais: Diálogos entre a medicina oficial e as curas não licenciadas (séc. XVIII).** História UNISINOS. Jan/abril. 2014.
- SOUZA, Rafael de Freitas e. **Medicina e fauna silvestre em Minas**

Gerais no Século XVIII. Varia História – Belo Horizonte, v. 24, n.39, jan. - jun. 2008, p.273-291.

STUMPF, Roberta Giannubilo. **Minas contada em números – A capitania de Minas Gerais e as fontes demográficas (1776-1821).** R. bras. Est. Pop., Belo Horizonte, v.34, n.3, p.529-548, set./dez. 2017.

VIOTTI, Ana Carolina de Carvalho. **As medicinas das Minas Gerais a partir de três manuais setecentistas.** Khronos, Revista de História da Ciência nº 9, junho 2020, p. 183-203.

_____. **As práticas e os saberes médicos no Brasil Colonial (1677 – 1808).** São Paulo: Alameda, 2017.

ZEMELLA, Mafalda. **O abastecimento da capitania das Minas Gerais no século XVIII.** São Paulo, 1951.

Observar, identificar e tratar: primeiras indagações sobre a ocorrência do beribéri na ferrovia Madeira-Mamoré (1907-1912)

*Thais Teixeira do Nascimento*¹

Introdução

O objetivo deste trabalho é apresentar as discussões iniciais da pesquisa de doutorado intitulada “Observar, identificar e tratar: a ocorrência do beribéri na Ferrovia Madeira-Mamoré (1907-1912)”. O título reflete a abordagem dos profissionais de saúde da época, que observavam os sintomas, para tentar identificavam as enfermidades e tratá-las.

No início da república no Brasil, a falta de instrumentos e informações sobre doenças resultava em tratamentos inadequados, que frequentemente agravavam o estado dos pacientes, levando a óbitos. Segundo a pesquisadora Sônia Maria de Magalhães (2017), ao analisar o hospital de caridade de São Pedro de Alcântara, destacou que a identificação e tratamento de doenças eram realizados por padres e inspetores de quarteirão, e não por médicos, o que contribuía para a dificuldade no diagnóstico de enfermidades no interior da instituição.

1 Mestra em História pela Universidade Federal de Goiás (PPGH-UFG). E-mail: thaisteixeira@gmail.com

Em nosso trabalho, buscamos analisar as concepções nosológicas, tratamentos do beribéri² e arrolando quais eram as principais doenças identificadas no período, evidenciando a influência da alimentação como fato decisivo para o sucesso ou não dos tratamentos médicos desenvolvidos. Na Ferrovia Madeira-Mamoré, o diagnóstico era desafiado pela diversidade de origens dos trabalhadores, que poderiam já estar doentes ao chegar e enfrentavam condições insalubres de trabalho, alimentação e moradia, agravando sua saúde.

Materiais, métodos e objetivos

Nossa análise abordará a ocorrência de beribéri entre os trabalhadores da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré (1907-1912), focando na identificação e tratamento da enfermidade. A pesquisa será guiada por três questionamentos principais: os sistemas alimentares dos trabalhadores, as dificuldades na identificação de doenças e as estratégias de tratamento utilizadas.

Utilizaremos como referências três edições da Revista *Brazil Médico* (1912, 1913, 1916), os relatórios dos médicos da Comissão Rondon Armando Calasans (1908), Joaquim Pinto Rabello (1909), Joaquim Augusto Tanajura (1909), os trabalhos dos médicos Arthur Fonseca (1906), João Soledade (1905), Silva Lima (1872), o regulamento para a diretoria geral de higiene e assistência pública (1903), o relatório da empreiteira Madeira Mamoré Railway Company (1913) e o relatório e as cartas do médico sanitarista Oswaldo Cruz sobre o canteiro de obras da ferrovia em 1910. O relatório de Cruz fornece informações detalhadas sobre a alimentação dos trabalhadores e indica que o adoecimento era agravado pelas condições alimentares e

² É um tipo de avitaminose, isto é, doença provocada pela deficiência de vitaminas no organismo humano. O beribéri é ocasionado pela deficiência da vitamina Tiamina, popularmente conhecida como vitamina B1.

hábitos inadequados.

Segundo a nutricionista Sueli Aparecida Moreira (2015), a história da alimentação está profundamente conectada com a história humana, refletindo o cotidiano e as formas de sociabilidade através da comensalidade³. O médico Oswaldo Cruz (1910) observou que as condições de abastecimento e armazenamento de alimentos eram precárias, o que prejudicava a saúde dos trabalhadores.

Para discutir o desenvolvimento do conceito de doença e sua identificação, utilizaremos o trabalho de Leonidas Hegenberg (1998), “Evolução histórica do conceito de doença”, e o artigo de Jaime Larry Benchimol (2007), “A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil”, que examina a transição do entendimento das doenças de miasmas para microrganismos.

O trabalho será desenvolvido partindo da perspectiva da história social e da história da saúde e das doenças. As categorias de análise elencadas têm como intenção enfatizar as relações estabelecidas entre os trabalhadores da ferrovia, os médicos e as enfermidades presentes na região durante a construção da Ferrovia Madeira-Mamoré, com isso, evidenciando as vivências dos personagens históricos analisados e buscando ampliar os estudos a respeito do que era compreendido como beribéri durante esse período histórico e a relação entre a alimentação e as doenças.

Para compreender a forma como a alimentação e as doenças impactaram na saúde dos trabalhadores, sua força de trabalho, o avanço da construção da ferrovia e a elaboração de políticas públicas sanitárias, nosso trabalho será desenvolvido mobilizando cinco conceitos como base: Saúde, Doença, Fronteira, Integração e Alimenta-

3 Nome dado ao ato de compartilhar alimentos e refeições com outras pessoas, e envolve o padrão alimentar, o que se come e como se come (MOREIRA, 2015).

ção.

Os conceitos de Saúde e Doença serão trabalhados como um binômio, tendo em vista que ambos os termos se relacionam profundamente e têm impacto muito significativo para a elaboração de políticas públicas sanitárias e outras medidas que foram empreendidas para tornar a finalização da ferrovia Madeira-Mamoré possível.

O conceito de Fronteira será abordado a partir de duas perspectivas: a espacial e a sanitária. A primeira se relaciona com o conceito de Integração, partindo da análise das políticas públicas desenvolvidas com o intuito não apenas de construir uma ferrovia no Norte do país, mas de criar mecanismos que integrassem essa porção às demais localidades, utilizando para isso linhas telegráficas e realizando obras de saneamento para que a região fosse considerada menos “inóspita”, oportunizando uma maior quantidade populacional em espaços antes isolados devido às condições extremas que dificultavam a habitação de pessoas na localidade.

Partindo do ponto de vista sanitário, nos debruçaremos para compreender as dessemelhanças nos tratamentos médicos desenvolvidos na EFMM⁴ em relação a outras localidades do país, dessa forma, objetivando elucidar a existência de uma fronteira sanitária não apenas devido as singularidades de saneamento da região, mas ao acesso a alimentos, medicamentos, infraestrutura sanitária e a tratamentos médicos em relação a outras localidades próximas.

O conceito de Alimentação será abordado não tratando apenas do alimento em si, mas de sua comensalidade, isto é, do fenômeno social de se alimentar junto a outras pessoas, partilhando alimentos, bebidas e estabelecendo interações sociais. Nesse sentido, além de realizar um estudo preocupado em listar quais eram os alimentos

⁴ Abreviação que utilizaremos para tratar da Ferrovia Madeira-Mamoré.

mais comuns e consumidos e sobre seu estado de conservação e disponibilidade, pretendemos analisar os alimentos como mecanismos para interação entre os indivíduos durante a construção da EFMM.

Justificativa e hipóteses

Após realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema, constatamos a falta de estudos específicos que abordem a ocorrência do beribéri na história da ferrovia Madeira-Mamoré, assim como a influência da alimentação na incidência, tratamento e cura de doenças entre os trabalhadores. Embora os trabalhos identificados mencionem a presença de enfermidades na região, a alimentação desses personagens históricos e o próprio beribéri, eles não aprofundam essa temática. Isso ocorre porque tais estudos têm outros focos principais, como, por exemplo, as dificuldades enfrentadas para a realização do projeto, as estratégias políticas empregadas para sua conclusão, a memória da ferrovia como uma obra monumental e os interesses de integração territorial por trás da construção no extremo Norte do país.

Nosso objetivo principal é investigar a incidência do beribéri entre os trabalhadores da ferrovia Madeira-Mamoré, explorando o conhecimento médico disponível sobre essa doença no período de construção do empreendimento, bem como os tratamentos empregados na época para cuidar dos enfermos e prevenir novos casos. Para isso, propomos articular as perspectivas da história social e da história da saúde e das doenças como categorias de análise. Esse enfoque nos permitirá examinar a experiência vivida pelos trabalhadores, suas interações com os médicos que os assistiam e as enfermidades presentes na região. Além disso, buscaremos compreender a relação entre alimentação e saúde desses operários, bem como as estratégias adotadas pelos profissionais de saúde da EFMM para preservar a

saúde dos trabalhadores e garantir a conclusão do projeto.

A relevância da pesquisa está fundamentada na necessidade de aprofundar os estudos sobre as doenças e a influência da alimentação no processo de adoecimento e cura dos personagens históricos analisados. A história da alimentação, como um desdobramento do campo da história da saúde e das doenças, ainda é um tema em desenvolvimento e relativamente pouco explorado em comparação com outras categorias de análise nos estudos historiográficos, especialmente no período republicano brasileiro (1889-1930). Dessa forma, ao estabelecer conexões entre alimentação, saúde e trabalho, este estudo amplia as perspectivas de análise sobre esse período histórico e contribui para fomentar, no futuro, uma maior produção acadêmica voltada a essa temática.

Por meio da análise cruzada de relatórios médicos, buscamos compreender como se desenvolveu o conhecimento científico sobre o beribéri, considerando suas causas, sintomas, tratamentos e os impactos dessa enfermidade na saúde dos trabalhadores durante a construção da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré (1907-1912). É amplamente sabido que, ao longo da execução do projeto, o número de trabalhadores que vieram a óbito aumentou progressivamente, refletindo a gravidade da crise sanitária enfrentada na região. Diante dessa situação, diversos médicos foram mobilizados para investigar e propor soluções que minimizassem os efeitos dessa grave condição de saúde sobre a força de trabalho empregada na construção da ferrovia.

Ao explorarmos as questões alimentares, buscamos não apenas traçar um panorama sobre a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores na região, mas também destacar como o sistema de abastecimento local foi estruturado. Além disso, abrimos espaço para investigações mais aprofundadas sobre o impacto da alimentação no

desempenho dos trabalhadores, abordando as conexões entre saúde e alimentação, alimentação e força produtiva. Particularmente, analisamos o investimento realizado pelo governo brasileiro e pela Madeira-Mamoré Railway Company no cuidado com os trabalhadores, considerando-os como indivíduos, e não apenas como uma força de trabalho destinada à execução do projeto.

Ao abordarmos as condições enfrentadas nos canteiros de obras da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, exploraremos como a atuação de duas comissões foi essencial para promover mudanças significativas que possibilitaram a continuidade e a consolidação do projeto. Além de atender à necessidade de melhorar o transporte de matérias-primas na região, houve também uma preocupação em integrar a comunicação da área com o restante do país. Essa tarefa ficou a cargo da Comissão de Linhas Telegráficas e Estratégicas de Mato Grosso ao Amazonas, conhecida como Comissão Rondon, liderada pelo marechal Cândido Mariano da Silva Rondon.

No campo da saúde, a Comissão Oswaldo Cruz desempenhou um papel fundamental ao contribuir com informações e práticas voltadas para o tratamento dos trabalhadores, tanto em medidas profiláticas, visando a prevenção de doenças, quanto em abordagens paliativas, para minimizar os impactos das condições sanitárias adversas vivenciadas nos canteiros de obras.

As narrativas sobre o processo de construção da ferrovia Madeira-Mamoré remetem a um capítulo traumático da história brasileira, marcado pelas duras condições enfrentadas pelos trabalhadores, o que levou ao empreendimento ser conhecido como a “Ferrovia da Morte” ou “Ferrovia do Diabo”. Em nosso trabalho, mais do que revisitar os fatos que originaram esses termos, buscamos destacar a importância do desenvolvimento do conhecimento científico e das

práticas médicas no esforço de atenuar a precariedade vivida pelos operários da EFMM. Embora essas iniciativas não tenham resultado em uma melhoria significativa nas condições de trabalho, elas revelam o papel crucial da medicina no enfrentamento dos desafios sanitários e na tentativa de mitigar os impactos da crise de saúde durante a construção da ferrovia.

No relatório “Madeira-Mamoré Railway Company: considerações gerais sobre as condições sanitárias do Rio Madeira”, o médico Oswaldo Cruz (1910, p.12) descreve que a área mais insalubre estava entre os vilarejos de Santo Antônio e Guajará-Mirim. Em Santo Antônio, a grande concentração de trabalhadores e as precárias condições de higiene aumentavam a vulnerabilidade a doenças, especialmente malária, devido à proliferação de mosquitos *Anopheles*. Cruz também observa que a presença de crianças era mínima, com alta mortalidade infantil devido à malária.

O médico pontua também que a falta de clareza sobre a origem das doenças e a semelhança dos sintomas complicavam o diagnóstico. Sobre o beribéri na EFMM, Cruz (1910, p. 40) destaca que a doença atacava indistintamente todas as pessoas, desde os trabalhadores que viviam nas piores condições de higiene quanto os médicos, engenheiros e empregados de escritório. A etiologia da doença continuava sendo “inteiramente obscura”, mesmo com o processo de realização de autópsias para tentar compreender o que estava causando a doença.

O médico Lovelace (1912) também aborda a dificuldade na identificação das doenças em suas publicações na Revista *Brazil Médico*, destacando que,

(...) a bibliographia sobre o beriberi é colossal, confusa e pouco assimilável. (...) Dentre os 30.430 enfermos admittidos no hospital da Estrada de Ferro Madeira e Mamoré, desde 1 de

Janeiro de 1908 até o 1 de Janeiro de 1912, diagnosticamos 963 casos de beriberi e polynevrites”.

(...) muito destes casos apresentavam symptommas clínicos de malária ou nelles encontravam-se parasitas de paludismo no sangue. (...). Depois de alguns mezes, porém, começamos a observar ataques successivos em pessoas robustas, que nunca tiveram paludismo e em cujo sangue não se encontrava o hematozoario de Laveran, apesar de successivos exames (Lovelace, 1912, p. 332).

As observações médicas da época revelam a dificuldade em distinguir o beribéri de outras doenças, devido à semelhança de sintomas e à possível ocorrência simultânea dessas enfermidades. As condições precárias de diagnóstico e tratamento frequentemente levavam os pacientes à morte antes que fosse possível identificar com precisão a doença. Por essa razão, torna-se fundamental realizar uma historicização das fontes disponíveis. Nosso trabalho não busca diagnosticar os enfermos ou determinar com exatidão as enfermidades que os acometiam. Em vez disso, o nosso objetivo é evidenciar o conhecimento médico existente no período, explorando como ele foi desenvolvido, disseminado e aplicado no tratamento dos trabalhadores da Ferrovia Madeira-Mamoré.

Considerações finais

Este trabalho teve como propósito explorar as primeiras discussões sobre o tema “Observar, identificar e tratar: a ocorrência do beribéri na ferrovia Madeira-Mamoré (1909-1912)”. Ao traçar um panorama das ações típicas realizadas para identificar e tratar doenças, apresentamos e discutimos como os médicos desenvolveram suas “práticas de cura” durante os primeiros anos da República Brasileira.

Nosso foco é analisar as noções e o discurso médico-científico

sobre a enfermidade, baseando-nos no estudo de caso realizado pelos médicos que atuaram no tratamento dos trabalhadores envolvidos na construção da Ferrovia Madeira-Mamoré (1907-1912).

Nosso estudo se baseia em diversas fontes primárias e secundárias que fornecem um panorama detalhado sobre as condições de saúde e alimentação dos trabalhadores da Ferrovia Madeira-Mamoré. Entre as fontes consultadas, destacam-se três edições da *Revista Brazil Médico* (1912, 1913, 1916), os relatórios dos médicos da Comissão Rondon, como Armando Calasans (1908), Joaquim Pinto Rabello (1909) e Joaquim Augusto Tanajura (1909), além dos trabalhos de médicos como Arthur Fonseca (1906), João Soledade (1905) e Silva Lima (1872).

Também utilizamos o regulamento para a diretoria geral de higiene e assistência pública (1903), o relatório da empreiteira Madeira-Mamoré Railway Company (1913) e o relatório, acompanhado de cartas, do médico sanitarista Oswaldo Cruz sobre os canteiros de obras da ferrovia em 1910. Este último é particularmente relevante, pois fornece informações detalhadas sobre a alimentação dos trabalhadores, evidenciando que o adoecimento era frequentemente agravado por condições alimentares inadequadas e por hábitos prejudiciais à saúde. Essas fontes nos permitem explorar como o conhecimento médico da época foi aplicado e como as questões de alimentação e saúde estavam diretamente relacionadas às altas taxas de morbidade entre os operários.

A análise preliminar do material documental, juntamente com as leituras temáticas realizadas, destacou a importância da alimentação e da qualidade dos alimentos na prevenção de doenças. Além disso, reforçou a relevância da sistematização das informações médicas na elaboração de protocolos de tratamento, na identificação de

enfermidades e na formulação de medidas preventivas e profiláticas, facilitando a divulgação das descobertas e a criação de estratégias para enfrentar as doenças identificadas.

Referências

- ALENCAR, Carolina P. Trilhando memórias: reflexões acerca das identidades dos trabalhadores da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré. Dissertação: IPHAN/RO, 2012, 137p.
- BATISTELLA, Carlos. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.) O território e o processo saúde-doença. / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007b, p. 51-86.
- BATISTELLA, Carlos. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: Fonseca, Angélica Ferreira (Org.) O território e o processo saúde-doença. / Organizado por Angélica Ferreira Fonseca e Ana Maria D'Andrea Corbo. – Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007a, p. 25-50.
- BENCHIMOL, Jaime Larry. “Mosquitos, doenças e ambientes em perspectiva histórica”. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH, São Paulo, julho/2011, p.1-15.
- BENCHIMOL, Jaime Larry; SILVA, André Felipe Cândido da. “Ferrovias, doenças e medicina tropical no Brasil da Primeira República”. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, n.3, jul-set/2008, p.719-762.
- BERWANGER, Ana Regina; LEAL, João Eurípedes. Noções de paleografia e de diplomática. Santa Maria: Editora UFSM, 2008, 125p.
- CALAZANS, Armando. Serviço sanitário. Secção de Cáceres a Ma-

- tto-Grosso. Rio de Janeiro, 1908, 18p.
- CASCUDO. Luís da Câmara. História da alimentação no Brasil. Global Editora. 2023, 900p.
- CASTRO, Celso. Os militares e a República: um estudo sobre cultura e ação política. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1995.
- CRUZ, Oswaldo. Considerações geraes sobre as condições sanitarias do Rio Madeira. 1910. Rio de Janeiro: Papellaria Americana, 1910, p.75p.
- CRUZ, Oswaldo. Dossiê Combate a Malária durante a Construção da Estrada de Ferro Madeira-Mamoré. Rio de Janeiro: COC, 2010, 304p. Disponível em: <https://basearch.coc.fiocruz.br/index.php/combate-malaria-durante-construcao-da-estrada-de-ferro-madeira-mamore>. Acesso em 15 set. 2024.
- DOMINGUES, Cesar. “A Comissão das Linhas Telegráficas do Mato Grosso ao Amazonas e a Integração do Noroeste”. Anais XIV Encontro Regional da ANPU- RIO, Memória e Patrimônio. Rio de Janeiro: UNIRIO, 2010, p.1-24.
- FENELON Déa; MACIEL, Laura; ALMEIDA, Paulo; KHOURY, Yara (Org.). Muitas memórias e outras histórias. São Paulo: Editora Olho d’Água, 2002, 313p.
- FERREIRA, Manoel R. A ferrovia do diabo. São Paulo: Melhoramentos, 2005, 400p.
- FIGUEIREDO RODRIGUES. Beriberi Experimental e beriberi humano, com especial referencia às formas observadas no Amazonas. 1919, 31p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mioc/a/6PKYCGdqLXjmf6BpcYdQkgh/?lang=pt>. Acesso em 15 de set. 2024.
- FLECK, LUDWIK. “Como surgiu o conceito atual de sífilis”. FLECK, LUDWIK In.: Gênese e desenvolvimento de um fato

- científico. Belo Horizonte: FABREFACTUM Editora, 2010. p. 39- 60. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/plugin-file.php/4624176/mod_resource/content/2/G%C3%AAnese%20e%20desenvolvimento%20de%20um%20fato%20cient%C3%ADfico%20-%20cap%C3%ADtulos%201%20e%202.pdf. Acesso em 18 dez. 2023.
- FONSECA, Arthur. Beribéri (breve estudo) - Dissertação inaugural apresentada à escola médico-cirúrgica do Porto. Imprensa Nacional: Porto, 1906, 49p.
- FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. São Paulo: Paz & terra, 8. Ed, 2014, 432p.
- GOMES, Iris Leite et. al. Beribéri: um recorte histórico brasileiro e suas manifestações clínicas no século atual. Anais de evento da V Expociência ,ed 5, 7p. 2020. Disponível em: <https://doity.com.br/anais/vexpofamesc2020/trabalho/166093>. Acesso em 15 set. 2024.
- GUIMARÃES, Manoel Luis. “Nação e civilização nos trópicos: O Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro e o Projeto de uma História Nacional”. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, n.1, 1998, p.5- 27.
- HALBWACHS, Maurice. A memória coletiva. São Paulo: Editora revista dos tribunais LTDA, 1990, 189p.
- HARDMAN, Francisco F. Trem fantasma: a modernidade na selva. São Paulo: Companhia das Letras, 1988, 290p.
- HEGENBERG, Leonidas. “Evolução histórica do conceito de doença”. In: Doença: um estudo filosófico. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 1998, p. 17-30.
- JACOBINA, R. R. e CARVALHO, F. M.: “Nina Rodrigues, epidemiologista: estudo histórico de surtos de beribéri em um asilo

para doentes mentais na Bahia, 1897-1904”. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. VIII (1): 113-32, mar.-jun. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/BRv-5qw5QjsXLHrZv3NR437c/?lang=pt&format=pdf.n>Acesso em: 13 set. 2024

KRUGER, Erivelton Gomes. *Do Amazonas ao infinito* (1950), de Benigno CortizoBouzas: tradução com apresentação e notas. Dissertação (Mestrado em Letras). Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Estudos Literários (MEL). Núcleo de Ciências Humanas. Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR) - Porto Velho, 2023.

KUHN, Thomas S. *A estrutura das revoluções científicas*; tradução Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. — 12. ed. São Paulo: Perspectiva, 2013, 218p.

LE GOFF, Jacques. *História e memória*. São Paulo: Editora UNICAMP, 1990, 293p.

LIMA, Nísia. “O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões”. In: FINKELMAN, Jacobo (org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2002, 328p.

LIPPI, L.: *A conquista do espaço: sertão e fronteira no pensamento brasileiro*. *História, Ciências, Saúde Manguinhos* vol. V (suplemento), 195-215 julho 1998, p. 1-14.

LOPES FILHO, José Divino. *Etiologia do beribéri: história de uma crônica médica*. In: GOLDENBERG, P., MARSIGLIA, RMG and GOMES, MHA., orgs. *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, p. 271- 285. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/d5t55/pdf/gol->

- denberg-9788575412510-18.pdf. Acesso em 15 set. 2024.
- LOPES, D. A história social de uma doença: o beribéri no caracá. 1998. DOI: <https://doi.org/10.11606/T.6.2020.tde-06042020-214625>. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-06042020-214625/publico/DR_345_Lopes_Filho_1998.pdf. Acesso em: 14 set. 2024.
- LÖWY, I. “Ludwik Fleck and the history of Science today”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, I (1): 7-18, jul-oct., - 1994.
- MADEIRA MAMORÉ RAILWAY COMPANY. Consulta e pareceres. Consultoria e pareceres Ruy Barbosa et al. Rio de Janeiro: Jornal do Commercio, 1913, 117p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo.html?id=265526&view=detalhes>. Acesso em: 12 jul. 2024.
- MAGALHÃES, S. M. Beribéri: doença misteriosa no Brasil Oitocentista. *História Unisinos*, 18, n. 1, p.158–169, 2014. DOI:18(1):158-169. Disponível em: <http://revistas.unisinos.br/index.php/historia/article/view/htu.2014.181.14/4109>. Acesso em 18 ago. 2024
- MARQUES, Joaquim Augusto C. Mensagem dirigida pelo Joaquim Augusto Costa Marques á Assembleia Legislativa. *Typographia Official: Cuyabá*, 1912, 67p.
- MARTINS, Marcelo S. “A Estrada de Ferro Madeira Mamoré como marco da “civilização” em Porto Velho: Perspectivas de uma História do/no Tempo Presente”. *Anais do XXVII Simpósio Nacional de História, Conhecimento histórico e diálogo social. Natal: UFRN*, 2013, p. 1- 15.
- MOREIRA, Sueli Aparecida. Alimentação e comensalidade: aspectos históricos e antropológicos. *Ciência e Cultura*, v. 62, p. 23-26, 2010. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/>

cic/v62n4/a09v62n4.pdf>. Acesso em: 22 maio 2024.

NORA, Pierre. “Entre memória e história: a problemática dos lugares”; tradução de Yara Aun Khoury. São Paulo: Projeto História, (10), dez/1993, p.7- 28.

OLIVEIRA, Lúcia Lippi. A questão nacional na Primeira República. São Paulo: Brasiliense; Brasília: CNPq, 1990, 208p.

PATTO, Maria Helena. “Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres”. São Paulo: Estudos Avançados 13 (35), 1999, p. 167- 198.

POLLAK, Michael. “Memória, esquecimento, silêncio”. Estudos Históricos, Rio de Janeiro, vol. 2, n. 3, 1989, p. 3-15.

RABELLO, Joaquim P. Serviço sanitário. Secção da Linha Tronco. Rio de Janeiro, 1908, 16.p

REGULAMENTO PARA A DIRECTORI GERAL DE HYGIENE E ASSISTENCIA PUBLICA. Typographia da Gazeta de notícias: Rio de Janeiro, 1903, 33p.

REVERTE, Javier. Editora Debolsillo: Barcelona. El Río de La Desolación – Um viaje por el Amazonas., 2006, 368p.

REVISTA BRAZIL MÉDICO 1912. O beribéri na Madeira e Mamoré pelos Drs. Carlos Lovelace, Carlos Seidl, Theophilo Torres, Henrique Autran, Antônio Ferrari, Eduardo Meirelles e Jaime Silvado. Academia Nacional de Medicina p. 331-335, 345 e 424. Disponível em: <https://www.obrasraras.fiocruz.br/gallery.php?mode=gallery&id=37&page=1>. Acesso em 17 jan. 2024.

REVISTA BRAZIL MÉDICO 1913. Etiologia do beribéri pelo Dr. Carl Lovelace p.118. Disponível em: <https://www.obrasraras.fiocruz.br/gallery.php?mode=gallery&id=38&page=1>. Acesso em 17 jan. 2024.

- REVISTA BRAZIL MÉDICO 1916. Beribéri na bacia do Amazonas pelo Dr. Allen Walcott, p.222. Disponível em: <https://www.obrasraras.fiocruz.br/gallery.php?mode=gallery&i-d=41&page=1>. Acesso em 17 jan. 2024.
- ROSEN, George. Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica; tradução de Ângela Loureiro de Souza. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979, 400p.
- SAVASTANO, Helena. Abordagem do binômio saúde-doença e do concerto de personalidade no ecossistema: implicações em saúde pública. *Revista Saúde pública*, São. Paulo, 14:137-42, 1980.
- SCHWEICKARDT, Júlio César. Ciência, nação e região: as doenças tropicais e o saneamento no Estado do Amazonas (1830-1930). Manaus: Fio Cruz/Casa de Oswaldo Cruz, 2009, 445p.
- SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007.
- SILVA LIMA, J. F. Ensaio sobre o beriberi no Brasil. *Livrarias de J. B. Martins, Catilina e C. E Viuva Lemos: Bahia*, 1872, 260p.
- SIQUEIRA, Antônio Jorge. “Nação e região: Os discursos fundadores”. *Anais IV Nação e Região*. Rio de Janeiro: FUNARTE, 2000, p.1-19. *Nação e região: Os discursos fundadores*
- SOARES, Dirson D. A. Diarúí no Complexo Hospitalar da Candelária como chave interpretativa da História da Madeira-Mamoré em Rondônia. Dissertação (Mestrado em Letras). Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR) - Porto Velho, 2016.
- SOLEDADE, João. Contribuição ao estudo da hematologia do beriberi. *Imprensa Moderna de Prudencio de Carvalho: Bahia*, 1905, 83p.
- STARLING, Heloisa Maria. “A república e o sertão. Imaginação li-

terária e republicanismo no Brasil”. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 82, Set/2008, p. 133-

TANAJURA, Joaquim Augusto. Serviço sanitário. Expedição de 1909. Rio de Janeiro, 1910, 36p.

VARGA, I. Fronteiras da urbanidade sanitária: sobre o controle da malária. *Saúde e Sociedade* v.16, n.1, p.28-44, jan-abr 2007

VITAL, André. “Medicina tropical, tratamento e profilaxia contra a malária: controvérsias científicas no início do século XX”. *Revista Eletrônica Cadernos de História*, vol. X, ano 5, n.º 2, dez/2010, p. 163 – 168.

XAVIER, Lidia. *Fronteira Oeste Brasileira: entre o contraste e a integração*. Brasília: UNB, 2006.

As fontes da história da imigração italiana para o Espírito Santo e seus usos pela historiografia: a saúde dos imigrantes em perspectiva política

Tiago de Araujo Camillo¹

A partir de textos de referência sobre a história da imigração italiana para o Espírito Santo, examino como as fontes podem ter sido usadas acriticamente, influenciando a construção de um mito sobre a relação dos italianos com a natureza, a aclimação, a saúde e as doenças. O argumento central é o de que as relações políticas e econômicas que mediarão a produção das fontes históricas da imigração foram desconsideradas, reproduzindo uma perspectiva que retratou o imigrante italiano exclusivamente sob um ponto de vista heróico, marcado por uma vitória, mesmo diante da falta de assistência médica, supostas dificuldades de aclimação e de promessas econômicas não cumpridas.

Inicialmente, apresento alguns trechos de trabalhos publicados sobre a imigração italiana para o Espírito Santo, os quais têm em comum a repetição da ideia de que, após uma chegada difícil, marcada pelas dificuldades de saúde determinadas por um clima diferente e por doenças desconhecidas, o imigrante venceu os obstáculos com

¹ Estudante de doutorado do PPGHIS/UFES, professor do IFES, campus Vitória. Agradecimentos ao IFES.

base em sua tenacidade. Posteriormente, faço referência a autores que ajudam a interpretar os sentidos dos esquecimentos e da falta de rigor no uso das fontes históricas, bem como a compreender as conexões entre a História Política e a História da Medicina e das Doenças. Em seguida, analiso o relato de Carlo Nagar, cônsul italiano no Espírito Santo, no fim do século XIX, confrontando-o com o Relatório Presidencial de Muniz Freire (1861-1918), que governou o Espírito Santo no início do período republicano.

I) A Historiografia Capixaba e a Saúde do Imigrante Italiano

A imigração italiana para o Espírito Santo foi objeto de inúmeras publicações. Ao longo do século XX, estudos mais ou menos especializados foram divulgados e, especialmente a partir do centenário da imigração italiana, houve uma proliferação de trabalhos sobre localidades específicas. Para o objetivo deste artigo, considere algumas obras publicadas a partir dos anos 1970, por serem frequentemente citadas. Tal seleção, embora restrita, tem o objetivo de demonstrar como uma certa versão da história se cristalizou e se irradiou.

Segundo Derenzi:

A provação por que passou o imigrante, além da resistência hostil do meio físico: clima, floresta e toda a gama de obstáculos à penetração, recaí sobre as condições simplistas do acordo estatuído entre os governos brasileiro e italiano. Não se resguardaram os princípios fundamentais dos direitos humanos. (DERENZI, 1974, p. 12).

Busatto (2002) afirma que “[...] com os seus valores de continuidade e de comunidade os vênets souberam, mesmo com todas as adversidades do meio-ambiente, ‘ajuntar a fome com a vontade de comer’ quer no Espírito Santo quer nas províncias do sul do Brasil”.

Ao apresentar o livro de Grosseli (2008, p.10), o ex-governador Paulo Hartung usa metáforas para argumentar em torno dos problemas enfrentados pelos italianos e destaca que “a América dos imigrantes não foi apenas um belo ramalhete de flores, como dizem os versos do dialeto vênето. Era essencialmente mata virgem, floresta selvagem e muita luta”.

Mesmo em estudos de pós-graduação, persiste uma versão similar. PIVETTA, por exemplo, afirma que:

[...] as dificuldades não se restringiram à viagem, ao desembarcarem se deparavam com as promessas não cumpridas, abandono por parte do governo, como fica evidente nos relatos do cônsul italiano, Carlo Nagar. Estes relatos foram a base da decisão do governo italiano que passou a proibir a imigração para o estado em 1895. (PIVETTA, 2019, p. 50).

Em linhas gerais, os autores ou comentaristas apontados valorizam o meio físico como causador de dificuldades, naturalizando uma opinião comum à época, mas não unânime entre os contemporâneos do processo. Os textos usam substantivos como “provação”, “resistência”, “adversidade”, “luta” e “dificuldade”, para em seguida exaltar as qualidades e a superação dos italianos, ou, ainda, para expor um suposto abandono das autoridades governamentais.

Neste artigo, também inicio a revisão de uma interpretação apresentada na minha dissertação de mestrado publicada em 2006. Naquele trabalho, tentei compreender em que condições sanitárias se deu a instalação e o desenvolvimento das colônias de imigrantes no Espírito Santo, em particular na Colônia de Santa Leopoldina. Identifiquei, também, algumas características das concepções, explicações e práticas dos imigrantes no que concerne ao adoecimento. Contudo, não aprofundi a análise sobre as perspectivas dos sujeitos políticos

envolvidos com a imigração e os interesses e conflitos envolvidos no processo (CAMILLO, 2006).

Recorrendo a um universo de fontes relativamente limitado - fundamentalmente registros médicos e escrita autorreferencial dos italianos -, acabei por não observar os problemas sanitários e de aclimação como objeto de debate político, que afetava as relações entre Brasil e o recém-fundado reino da Itália, bem como entre o Espírito Santo e outros estados da Federação. Desse modo, apesar de ter discutido questões até então pouco exploradas, como o quadro epidemiológico de uma colônia e as práticas e representações do imigrante sobre a saúde e a doença, reproduzi as fórmulas existentes na historiografia, dentre elas a concepção do ambiente como um fator automático de adversidade.

Grosselli (2008), em obra de grande fôlego, recorreu a fontes variadas, no Brasil e na Itália, para reconstruir o processo de imigração, desde a saída, explicando os fatores de repulsão populacional, a chegada, instalação e desenvolvimento de atividades no Espírito Santo. O autor discute o tema da imigração, contextualizando as condições socioeconômicas da província no século XIX e as demandas por força de trabalho e ocupação territorial. Posteriormente, considerando a linha cronológica dos eventos relacionados à imigração, narra a fundação e desenvolvimento dos empreendimentos coloniais de iniciativa pública e privada, enfatizando os problemas de recepção, cuidado e adoecimento dos italianos.

O texto é marcado por uma defesa, quando não de uma vitimização da condição do camponês trentino imigrante e pela concepção de “floresta” como um ambiente capaz de destruir aspectos de sua moral (Ibidem, p.16, p.20). Ainda na primeira parte do trabalho, o autor faz importante observação sobre a condição de assistência à

saúde no Trentino do fim do século XIX. Recorrendo a material bibliográfico de origem italiana, ele afirma que na passagem do século XVIII para o XIX, a região teria vivido uma transição em direção à medicalização, ainda que os hospitais fossem entendidos apenas como locais de recepção de moribundos e práticas da medicina não acadêmicas ainda fossem amplamente difundidas entre a população. Essa observação ajuda a pensar em questões sobre a distância entre a expectativa dos trentinos quanto à assistência à saúde, no Brasil, e os recursos efetivamente disponíveis. Relevante para afastar possíveis anacronismos e para se considerar as diferenças contextuais entre o Brasil e a Península Itálica (Ibidem, p.98).

No Espírito Santo, segundo o autor, a imigração teria permanecido no “centro das atenções do mundo político” (Ibidem, p.150). Sendo tal afirmação correta, é oportuno problematizar a relação entre as disputas políticas e a formulação de interpretações, diagnósticos e projetos que envolviam a relação imigração, ambiente e saúde e como a ocorrência de surtos epidêmicos entre os imigrantes ajudaram a moldar o discurso político.

Sobre a relação entre a imigração, o ambiente e a saúde, Renzo Grosseli assume que a localização e o clima das colônias de imigrantes teriam desestimulado a chegada de trentinos e outros europeus, ou mesmo impedido o desenvolvimento dos empreendimentos coloniais ou o emprego dos imigrantes em fazendas. Ele cita o caso de Santa Isabel, predominantemente ocupada por germânicos, mas que acabou preterida a favor de colônias no Sul do Brasil (Ibidem, p.160).

Grosseli parece ter consciência do quadro político e das divergências existentes (Ibidem, p.167), mas acaba se rendendo a um tipo de narrativa comum às obras a que faz referência. Esse ambiente de alteração, como ele mesmo demonstra, envolvia de forma profunda

os debates sobre a viabilidade da colonização em determinadas condições climáticas, os prejuízos causados pelo adoecimento e a aptidão de certas nacionalidades (Ibidem, p.165). Neste ponto, reside a necessidade de revisitar essas divergências e, a partir do cotejamento de fontes, avaliar a pertinência de cada argumentação. Grosseli qualifica como “incrível” e “radical” a mudança de ambiente natural, o que não pode ser negado. Contudo, observando o rápido crescimento econômico conhecido pelas localidades de instalação dos imigrantes e o crescimento demográfico, puxado por um crescimento vegetativo, penso que é necessário aprofundar as investigações sobre o tema, relativizando o papel atribuído às doenças e às condições ambientais na interpretação de sucesso ou de insucesso da imigração.

No caso especial de Renzo Grosseli, o autor faz uma análise geral do quadro de saúde dos imigrantes, recorrendo aos registros de enfermaria e a outros documentos. Em sua análise, ele associa a experiência do adoecimento às dificuldades de aclimação, no caso de regiões baixas, e às carências de alimentação e más condições de vida em regiões altas. Todavia ele perde de vista, também, o posicionamento dos sujeitos políticos e como essa temática teria servido ao debate sobre a viabilidade da imigração. Desse modo, ao mesmo tempo em que tende a associar os problemas iniciais da imigração ao clima, delineando um cenário épico de luta do europeu contra uma natureza inóspita, faz pesadas críticas à assistência dispensada pelas autoridades aos imigrantes. Sobre este último ponto, contudo, ele não se pergunta sobre o que se entendia por assistência médica no Brasil do século XIX, deixando uma lacuna para que se discuta possíveis anacronismos envolvidos neste juízo, uma vez que conceitos como saúde pública, assistência médica e de medicina acadêmica como saber legítimo sobre o corpo passaram por uma transformação, ao longo dos

últimos cento e cinquenta anos.

II) O Mito da Italianidade e o uso parcial das Fontes Históricas: algumas referências teórico-metodológicas

As diferenças das condições morfológicas entre Brasil e Itália são visíveis e inegáveis. A despeito dessa disparidade, parece haver divergências entre os sujeitos políticos da época acerca da relevância dessas características para o sucesso da imigração.

Mesmo diante disso, a história da imigração italiana foi contada de maneira épica: camponeses pobres cruzam o Atlântico passando por provações, as quais se intensificam no primeiros anos, até que se concretiza o sonho de uma Canaã, substantivo que não a toa remete ao texto bíblico, tornando a história ainda mais dramática e contribuindo para a consolidação de um mito da italianidade (DADALTO, 2008, p. 148). Nesse enredo não pode faltar a ideia de que o meio natural brasileiro era inóspito e de que não havia a preocupação de prevenir e sanar os problemas encontrados pelos imigrantes, por parte dos sujeitos envolvidos com a imigração. Feita desse modo, a narrativa ficou incompleta e idealizada, fugindo ao rigor metodológico que se exige da História.

A partir da identificação desse mito, qual seria a chave de leitura adequada para desconstruí-lo e para compreender o motivo de sua irradiação na historiografia? Propomos, nesse sentido, um encontro entre a História das Doenças e a História Política, mediado pelas reflexões feitas por Michel de Certeau (2007).

Diego Armus e Gilberto Hochman, ao coordenarem coletânea de trabalhos na área de História da Medicina e das Doenças, apresentaram algumas questões primordiais que norteiam o campo de estudos (ARMUS & HOCHMAN, 2004).

Ao examinar o desenvolvimento da História da Medicina, os autores observam que houve uma transformação de perspectivas e abordagens, sobretudo por meio de um deslocamento da atenção sobre grandes médicos e instituições, de uma História dita tradicional, para a ênfase na perspectiva das trocas entre os sujeitos políticos, incluindo a perspectiva do homem doente (Ibidem, p.12).

A perspectiva assumida pelos autores é a de que existe uma variabilidade na definição

de universos etiológico terapêuticos e nos sentidos de uma doença, constatação que implica na delimitação de um estilo de fazer História da Medicina marcado pelo “reconhecimento da

medicina como um terreno incerto no qual a dimensão biomédica está penetrada tanto pela

subjetividade humana quanto pelos fatos objetivos” (Ibidem, p.15).

Hochman e Armus reconhecem que a pesquisa histórica sobre o processo de saúde-doença pode revelar muito mais do que as condições sanitárias de um determinado ambiente, pois deixam ver “aspectos cruciais da modernidade e da História Social, Política, Intelectual e Cultural” (Ibidem, p.17). Os autores lembram que as pesquisas atuais têm permitido, inclusive, identificar “o lugar da enfermidade em nossas sociedades”, de modo geral em sua influência sobre “a construção de identidades nacionais, étnicas, sociais, geracionais e de gênero” (Ibidem, p.11). Acrescentam que nas questões cruciais para o entendimento da formação social latino-americana está a dinâmica das relações raciais, as quais influenciaram e foram influenciadas pela compreensão da saúde, doença e cura.

O tema e o objeto de estudos que aqui proponho estão bem próximos dessa perspectiva. A interpretação sobre as condições de

saúde do imigrante gera um duplo interesse: o aprofundamento do conhecimento sobre as características do processo de imigração em suas dimensões sanitária e política e o tratamento dispensado a este objeto pela historiografia capixaba. Em síntese, tanto é possível pensar em como a discussão sobre a saúde dos imigrantes revela características das relações políticas estabelecidas no Espírito Santo durante o governo de Muniz Freire, quanto como as relações políticas atuaram na formação e no desenvolvimento de uma perspectiva historiográfica.

Haveria no “político muito mais que o político”, assim como no campo da saúde existiria muito mais do que o biológico. A História Política, ao se abrir para novas perspectivas que vão além dos eventos pontuais, as biografias, os tratados e as guerras, ampliou seu campo de visão para novos objetos e abordagens, consoante a própria ampliação das atribuições do Estado, fazendo o que foi definido como “uma nova história do político” (RÉMOND, 1996, p.32). Assim, na passagem do século XIX para o XX, o próprio conceito de saúde pública foi se modificando, deixando de se restringir aos eventos epidêmicos coletivos, às ações quarentenárias e profiláticas, passando a uma perspectiva mais individualizadora do doente, que para tal requer a oferta de serviços de saúde de iniciativa estatal.

As relações de poder parecem se apresentar como variáveis cruciais para o modo como a historiografia capixaba tem narrado a história da imigração. Refiro-me ao fato de um certo apagamento da história dos debates políticos em torno da saúde e da aclimação dos imigrantes, em prol da valorização da ação heróica e da superação diante das dificuldades. Tal esquecimento, mesmo que não deliberado, coincidiu com o aumento da importância das famílias e de indivíduos de origem italiana na cena política capixaba. Neste ponto,

estabeleço um diálogo com Falcon (1997), autor que reflete sobre uma espécie de duplo caráter que o poder representa, ao figurar, simultaneamente, como objeto da disciplina e como variável independente de organização, divulgação e escrita da História.

Avançando na discussão, é fundamental problematizar o objeto de estudos aqui proposto, também a partir das reflexões de Michel de Certeau (2002). No caso da historiografia capixaba, formou-se um elo “não dito entre um saber e um lugar”, no que tange à imigração italiana. Um saber referente a uma história épica da imigração, que se relacionou à necessidade de algumas gerações de historiadores, inclusive de ascendência italiana, de se estabelecerem e se firmarem nos círculos intelectuais capixabas. Lembro aqui que autores como Luiz Busatto e Luiz Serafim Derenzi (1898-1977) são membros de famílias que imigraram para o Espírito Santo justamente na segunda metade do século XIX.

III) A Saúde dos Italianos na Perspectiva do Cônsul e do Presidente

Voltando ao argumento apresentado inicialmente, destaco que a historiografia da imigração italiana pode ter desconsiderado fatores que mediavam as relações políticas e sociais no final do século XIX e que não podem ser negligenciados diante da análise das fontes históricas. Refiro-me ao fato de que era o limiar da República, momento em que ocorriam intensas disputas internas pelo poder estadual e que se dava a transição do escravismo para o trabalho livre (SALETTTO, 2018).

Os entusiastas da imigração tinham interesses que passavam por quatro vetores: a crise do escravismo, o aumento da arrecadação, a ocupação territorial e os ideais de branqueamento da população.

Com isso, uma suposição que considero provisoriamente é a de que outros entes federativos e outros países disputavam imigrantes com o Espírito Santo e com o Brasil.

Além desses fatores que remetem a uma crítica externa às fontes e que devem estar no campo de visão do historiador, temos aspectos de crítica interna, os quais merecem igual destaque e não podem ser desconsiderados. Sobre estes últimos, apontarei alguns problemas que identifico na relação da História produzida no Espírito Santo com as fontes.

Para esta análise, o “Relato do Cavaleiro Carlo Nagar” (1995) e sua confrontação com a Mensagem Presidencial de Muniz Freire, escrita em 1895, são o ponto de partida. Imediatamente já pode ser notada duas diferenças entre tais fontes. O relato é um documento de natureza diplomática, destinado a informar o governo italiano sobre as condições da emigração para o Espírito Santo e, por isso, publicado no Boletim do Ministério dos Assuntos Exteriores. A mensagem era um documento de prestação de contas do poder executivo estadual diante do Poder Legislativo. O primeiro, inicialmente de caráter sigiloso, tornou-se uma espécie de monumento da imigração italiana, sendo publicado em 1995 pelo Arquivo Público do Estado do Espírito Santo como livro da “Coleção Canaã”. O segundo, apesar de questionar algumas posições estabelecidas no relato, ficou esquecido como documento administrativo, tendo o apresentador da publicação de 1995, Agostino Lazzaro, mencionado apenas uma contestação feita por Muniz Freire em um relatório de 1896 (NAGAR, 1995, p. 14).

Dados biográficos mais detalhados sobre Carlo Nagar ainda são desconhecidos, o que deixa algumas zonas obscuras para compreender sua atuação, sua escrita e seus interesses. Como Cônsul, ele

tanto poderia ser um funcionário do governo italiano, como um comerciante instalado no Espírito Santo, o qual desempenhava voluntariamente a função. Considerando que a formação de um Estado italiano centralizado era recente, é pouco provável que ele fosse um funcionário deslocado para um estado como o Espírito Santo, àquela época menos relevante se comparado à São Paulo e aos estados da região Sul.

O texto de Carlo Nagar tinha por objetivo informar Roma sobre as condições em que seus compatriotas se encontravam. Para tanto, ele faz uma descrição das leis e das políticas governamentais que balizam a imigração; da organização e estrutura administrativa do Espírito Santo; das colônias e das ex-colônias de imigrantes; das condições econômicas e de saúde geral dos italianos.

O texto do relato busca, de forma sutil, desacreditar a emigração para o Espírito Santo, fazendo uso recorrente de argumentos ligados à questão da saúde e das doenças. Nele, há a defesa de uma posição que associava a situação geográfica dos estados brasileiros à possibilidade de aclimação e resistência às doenças. Os estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná tinham clima mais favorável à imigração, sendo tributários do trabalho dos europeus. Em contrapartida, os Estados ao norte do Rio de Janeiro não ofereciam condições climáticas apropriadas à recepção dos europeus.

O Cônsul Nagar mais de uma vez indica acreditar na relação entre o clima e a saúde das localidades. Ao tratar das condições gerais de relevo e clima do estado, cita a existência de terras baixas e pantanosas ao norte, na região de São Mateus, e faz questão de qualificar as terras “acidentadas” das regiões sul e central como enxutas e de “clima mais saudável”. Nessa mesma compreensão ele afirma que a temperatura média das áreas litorâneas e das áreas montanhosas do interior

era de 25º centígrados, enquanto a das áreas de planícies fluviais seria de 38º centígrados, onde grassavam as “febres palustres.

É necessário ler tais considerações como dotadas de pelo menos dois sentidos: o primeiro seria de deliberadamente direcionar o fluxo migratório para outros estados ou para a região Sul do Espírito Santo, a qual era ocupada por fazendas que necessitavam da mão de obra europeia para substituir o trabalho compulsório. O segundo sentido, mais patriótico, seria o de influenciar no direcionamento dos italianos para cidades litorâneas e para as regiões montanhosas nas quais as colônias estavam estabelecidas e muitas já prosperavam economicamente, evitando assim o envio dos trabalhadores para ocupar a região do Rio Doce, até então pouco conhecida e explorada.

O relato de Carlo Nagar não ficaria, todavia, sem resposta. Em setembro de 1895, Muniz Freire se dirigiu ao Congresso Legislativo, a fim de relatar as condições administrativas, financeiras e sanitárias do estado (ESPÍRITO SANTO, 1895). Várias linhas foram dedicadas à saúde pública, especialmente para tratar da imigração italiana, uma vez que meses antes, em julho, o reino da Itália havia proibido a emigração de seus súditos para o Espírito Santo. A mensagem governamental trazia uma tentativa de refutar as críticas internas às condições de recepção dos imigrantes e prometia, em breve, dar uma resposta ao relatório do cônsul italiano Carlo Nagar, o que foi feito mais detidamente no relatório de 1896.

Em primeiro lugar, Muniz Freire faz referência às epidemias que atingiram o Espírito Santo no decorrer de 1894. Para alguns dos eventos, ele cita informações enviadas por delegados locais à Inspeção de Higiene Pública. Um surto de febre amarela teria chegado ao estado por meio de um navio proveniente de Santos, que levava imigrantes de volta à Itália. O surto teria durado dez meses e matado

aproximadamente oitenta pessoas, segundo ele, “de ordinário estrangeiras, ainda não aclimatadas ao Estado” (Ibidem, p.5).

A febre amarela teria chegado ao Porto de Cachoeiro (Santa Leopoldina), local onde teve mais impacto em relação aos óbitos entre imigrantes e vitimado “indistintamente a população nova e a aclimatada” (Ibidem, p.5). Observo que o Presidente dividiu a população estrangeira em “nova” e “aclimatada”. Essa compreensão de que existiria um processo de aclimação entre os imigrantes, embora até os dias atuais seja tratada como natural e óbvia, não era consensual entre os médicos da época (CHALHOUB, 1996).

Na sequência de seu relatório, Muniz Freire menciona a “epidemia de cólera” que atingiu o sul do Espírito Santo, matando 204 pessoas, mas ficando circunscrita àquela região (ESPÍRITO SANTO, op. cit., p.6). Um terceiro episódio foi a eclosão da varíola na cidade de Vitória e seus arredores. O Presidente demonstra preocupação ao se referir a esse evento, em especial com a iminente chegada da moléstia à cidade de Cachoeiro de Itapemirim e adjacências (Ibidem, p.6).

Ao apresentar seu breve relato epidemiológico, Muniz Freire minimiza os efeitos negativos para a política de imigração. Considerando o lugar ocupado por essa política em seu programa de governo, ele lamenta a coincidência entre a eclosão das epidemias em um momento em que o Espírito Santo era prestigiado no exterior, o que teria sido revertido com “injustas prevenções e [...] uma autopropaganda de descrédito” (Ibidem, p.6).

A mensagem considera que havia um superdimensionamento das epidemias que atingiam o estado, o que fazia pessoas de fora acreditarem que as doenças eram “endêmicas”. Muniz Freire faz uma digressão em que cita uma peça do teatrólogo francês, Victorien de

Sardou (1831-1908), na qual há uma passagem em que um “americano patriota”, a despeito da febre e dos males que afetavam seu corpo, escondia “os músculos tiritantes para fazer a apologia da salubridade dos seus terrenos e do céu delicioso que vivia” (Ibidem, p.6). Ele afirmava que os capixabas faziam o contrário, exagerando ou sendo indiferentes à qualidade

das condições sanitárias do estado, o que seria prejudicial à promoção da imigração (Ibidem, pp. 6-7).

Os indícios identificados no relatório oficial, sugerem que uma interpretação aparentemente consensual, isto é, a de que o clima do Espírito Santo provocava doenças que eram fatais para os imigrantes ou que criavam enormes dificuldades, que apenas foram vencidas em função da tenacidade dos italianos, é posta à prova por alguém que testemunhou o processo, no caso o presidente do estado. Há um conflito de posições e uma zona historiográfica ainda opaca. Em outros documentos, contemporâneos de Muniz Freire afirmam que ‘existia muita política’ no que se falava e escrevia sobre a saúde dos imigrantes (GROSSELI, 2008, p.365). Outros sujeitos políticos mobilizaram argumentos de ordem sanitária para desacreditar a imigração para o Espírito Santo, sendo importante pontuar, como dito anteriormente, uma possível atuação de outros países, como a Argentina e os Estados Unidos e de outros estados, que também dependiam da força de trabalho originária da Península Itálica para suas atividades econômicas.

Muniz Freire parece não querer negar os problemas sanitários e sim levantar outras explicações para eles, as quais não inviabilizassem a vinda de imigrantes e que fossem de solução humana possível ou que eximissem o seu governo. Nesse sentido, ele aponta a proximidade com o Rio de Janeiro e a falta de recursos financeiros e de pessoas

para oferecer serviços médicos adequados, como explicação para os problemas sanitários do Espírito Santo e considera as epidemias de febre amarela, varíola e cólera como eventos pontuais. Como solução, ele indica o isolamento do estado por meio do bloqueio das vias de comunicação (ESPÍRITO SANTO, op. cit., pp. 7-8).

Ao tratar especificamente da proibição da emigração de italianos para o Espírito Santo, nas páginas finais de sua mensagem, o Presidente Muniz Freire faz uma síntese dos últimos movimentos, anteriores à proibição, citando a entrada de sete mil italianos, desde 1892, fluxo que foi interrompido em função da eclosão de um “surto de cólera”. Afirmar ter iniciado contatos com representantes diplomáticos brasileiros e italianos, em março de 1895, a fim de confirmar rumores de que o “Governo italiano havia expedido ordens tendentes a desaconselhar aos seus nacionais a emigração para o Espírito Santo [...]” (Ibidem, p.19). Confirmada a informação da proibição, Muniz Freire a relaciona aos problemas ocorridos com italianos na região do Rio Doce, sem citar uma localidade específica, apontando as preocupações das autoridades italianas com o clima do Espírito Santo e o relatório de Carlo Nagar como motivadores da proibição (Ibidem, p.20).

A mensagem levanta dúvidas sobre as fontes de informação usadas por Carlo Nagar na produção de seu relato e argumenta que o cônsul italiano teria ouvido a opinião de imigrantes qualificados por ele como “indivíduos ruins” e “rebeldes” ao “trabalho” (Ibidem, p.20). No encerramento, a mensagem tenta refutar os argumentos contrários à imigração italiana para o Espírito Santo, apontando um suposto bem-estar de outras “dezenas de milhares”, que eram “dedicados ao trabalho” (Ibidem, p.21). Em sua compreensão, então, os problemas deveriam ser explicados também a partir do comporta-

mento individual.

Enquanto Muniz Freire defende o clima e as boas condições sanitárias do Espírito Santo, apontando causas que fugiam ao seu controle e uma certa indolência individual, o Reino da Itália parece ver como impossível a aclimação. Outros contemporâneos, como o médico de Santa Leopoldina, entendiam que uma mudança do ambiente resolveria a ocorrência das “febres intermitentes” e por isso solicitavam ao governo a adoção de medidas que pudessem resolver os problemas. O médico, por exemplo, faz um pedido inusitado sob o olhar do século XXI, mas que faz todo sentido na perspectiva das teorias médicas do século XIX. Ele solicita o envio de sementes de eucalipto para plantio na região e “purificação dos ares” (APEES, Fundo Governadoria, Série 383, Livro 71, p.695). Pinto Pacca, diretor da colônia Rio Novo, por sua vez, criticava os imigrantes italianos e afirmava que muitos deles entravam na enfermaria apenas com o intuito de terem uma alimentação mais completa (GROSSELI, op. cit., p. 292). Entre os imigrantes que deixaram seus relatos escritos, é recorrente a associação dos problemas de saúde ao clima (BISSOLI, 1979) e à má alimentação e ao excesso de trabalho (LAZZARO, 1992, p.48).

A questão da saúde e da doença estava, portanto, na ordem do dia e era importante para o debate político que envolvia a imigração, seja em uma perspectiva retórica, seja em função de preocupações científicas, de governo e das pessoas comuns. Daí decorre a necessidade de considerá-la para contar a história da imigração italiana e analisar questões que envolvem, para além do aspecto biológico, a questão política e econômica.

Considerações Finais

Neste artigo, busquei refletir sobre o uso das fontes históricas da imigração, evidenciando a relação entre a História da Medicina e das Doenças e a História Política. Tentei deixar qualquer juízo de valor maniqueísta fora desta análise. Meu interesse foi compreender como as relações políticas podem ter influenciado a formulação das ideias sobre a saúde dos imigrantes, passando ao largo de qualquer tentativa de estabelecer o imigrante como herói ou vilão ou, ainda, de dizer se o clima do Espírito Santo era bom ou ruim.

A existência de um debate sobre aspectos da aclimação e da saúde, no fim do século XIX, fica evidenciada pela existência de duas fontes cujos redatores emitem opiniões distintas a respeito da temática, o que foi negligenciado pela historiografia.

A partir deste trabalho introdutório, alguns vetores se descortinam para aprofundar a análise do objeto de pesquisa.

Em primeiro lugar, outros textos teóricos podem ser chamados a dialogar com os autores do campo da História Política e da História da Medicina e das Doenças. Refiro-me aqui especialmente a Koselleck (2006) e Bourdieu (1989). A História Conceitual desenvolvida por Koselleck é crucial para a melhor compreensão do desenvolvimento do conceito de saúde pública, que por extensão se reflete no entendimento de saúde e doença, bem como na transformação da concepção de assistência à saúde e hospitalização. Bourdieu, por seu turno, especialmente em relação ao conceito de campo, aponta caminhos para a compreensão das relações políticas envolvidas com a historiografia e como o saber sobre o objeto aqui estudado se estabeleceu, ao longo das décadas. Tal aprofundamento requer também a ampliação do universo amostral de obras a serem analisadas.

Ao mesmo tempo, é necessário aprimorar o conhecimento so-

bre a biografia de Carlo Nagar, o que envolve a compreensão das relações políticas e econômicas que ele estabeleceu, ao longo da vida. Nessa esteira, identificar os grupos políticos do Espírito Santo, no fim do século XIX, e seus respectivos posicionamentos diante da imigração italiana torna-se uma tarefa urgente.

Algumas lacunas permanecem e isso faz parte da natureza do trabalho científico. O certo é que, para os historiadores, o sesquicentenário da imigração italiana para o Espírito Santo deve ser mais do que uma efeméride. É de suma importância rever, confrontar ou identificar problemas antigos, que podem responder sobre o estado da arte em História do Espírito Santo e sobre as relações políticas, culturais e sociais estabelecidas na atualidade.

Referências Bibliográficas

- ARMUS, D.; HOCHMAN, G.. **Cuidar, controlar e curar em perspectiva histórica: uma introdução**. Rio de Janeiro: 1. ed. Editora da Fiocruz, 2004. p. 11-27.
- BISSOLI, O. **Memórias de um Imigrante Italiano**. 2. ed. Vitória: Lisboa, 2005. 136 p.
- BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: 1. ed. Difel/Bertrand Brasil, 1989. 159 p.
- BUSATTO, L. **Estudos sobre imigração italiana no Espírito Santo**. Vitória: s/d, 2002. Reunião de artigos relacionados com imigração italiana, publicados em diversos periódicos. Disponível em: <https://estacaocapixaba.com.br/foto-guilherme-santos-neves-anos-1950/>. Acesso em: 15 ago. 2024.
- CAMILLO, T. A. **Entre Febres e Feras o Imigrante vai à Floresta: a saúde e o meio ambiente na formação da Colônia de Santa Leopoldina 1856-1900**. 2006. 115 p. Dissertação (Mestra-

- do em Extensão Rural) – Departamento de Economia Rural, Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG. 2006. 115 p.
- CHALHOUB, S. **Cidade febril**: cortiços e epidemias na Corte Imperial. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. 250 p.
- DADALTO, M. C. O discurso da italianidade no Espírito Santo: realidade ou mito construído. **Pensamento Plural**. Pelotas [03]: 147 – 166, julho/dezembro de 2008.
- DE CERTEAU, M. A operação historiográfica. In: **A escrita da história**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007. p. 65-119.
- Derenzi L. S. **Os italianos no Estado do Espírito Santo**. 1. ed. Rio de Janeiro: s/d, 1974. 64 p.
- ESPÍRITO SANTO. **Arquivo Público do Estado do Espírito Santo**, Fundo Governadoria, Série 383, Livro 71. Vitória: s/d, 1876.
- ESPÍRITO SANTO. **Mensagem do Exmo. Sr. Presidente do Estado do Espírito Santo** lida no Congresso Legislativo em 17-09-1895. Disponível em: Acesso em 10 jun. 2021.
- FALCON, F. História e poder. In: CARDOSO, C. F.; VAINFAS, R. **Domínios da História**. 1. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997. p.61-90.
- GROSSELLI, R. M. **Colônias Imperiais na Terra do Café**: camponeses trentinos (vênetos e lombardos) nas florestas brasileiras. 1.ed. Vitória: Arquivo Público do Estado do Espírito Santo, 2008.
- KOSELLECK, R. **Futuro passado**: contribuição à semântica dos tempos históricos . 1. ed. Rio de Janeiro: Contraponto, 2006. 366 p.
- LAZZARO, A. **Lembranças camponesas**: a tradição oral dos des-

cendentes de italianos em Venda Nova do Imigrante. 1. ed. Vitória: Ufes, 1992. 280 p.

NAGAR, C. **O Estado do Espírito Santo e a Imigração Italiana**. 1. ed. Vitória: APEES, 1995. 79 p.

RÉMOND, R. **Por uma História Política**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 2006. p.13-36.

ROCHA, G. **Imigração estrangeira no Espírito Santo: 1847-1896**. 1. ed. Vitória: s. ed., 2000. 154 p.

SALETTTO, N. **Sobre a política capixaba na Primeira República**. 1.ed. Vitória: APEES, 2018. 232 p.

Teresina Febril: A história da cidade a partir das doenças (1861-1879)

Antonio de padua da Silva Pereira Filho¹
Profa Dr. Teresinha de Jesus Mesquita Queiroz²

Introdução

A cidade de Teresina nasce a partir de um longo embate político travado desde o final do século XVIII para a segunda metade do século XIX, tal conflito só vai terminar com a mudança da capital para a então Vila do Poti, é fato que cogitou-se a mudança para Parnaíba, a partir da figura do ex governador Carlos César Burlamaqui, como também, no governo de Baltazar de Sousa Botelho de Vasconcelos. O assunto sobre a mudança retornou no ano de 1844 pelo governo de José Ildefonso de Sousa Ramos e também na administração de Zacarias de Góis e Vasconcelos, o local apontado seria Regeneração. Após a chegada de José Antônio Saraiva, um burocrata imperial, a defesa da mudança é feita a partir da necessidade de se provincializar o Piauí no sentido do comércio, retirando a dependên-

1 Graduado em História pela Universidade Federal do Piauí (2024). Voluntário do Programa de Iniciação Científica - Práticas de cura e institucionalização de saberes médico-científicos no Piauí e Maranhão, séculos XIX e XX E-mail: pa-duasilva96@gmail.com

2 Graduada em Licenciatura Plena em História (1977) e Bacharelado em Ciências Econômicas (1983) pela Universidade Federal do Piauí. Mestre em História pela Universidade Federal do Paraná (1984). Doutora em História Social pela Universidade de São Paulo (USP). E-mail: teresinhaqueiroz@bol.com.br

cia do escoamento de produtos a partir da cidade de Caxias, o rio Parnaíba, portanto, seria essencial nessa empreitada, a navegação a vapor possibilitaria o progresso provincial, tal desejo só é possível de ser verificado no começo do século XX. A salubridade permaneceu em todo o século XIX nos debates sobre saúde, as teorias miasmáticas constituem o escopo dessas discussões e vão gerar um olhar diferenciado para o ambiente da cidade. A cidade no século XIX foi redescoberta pela ciência do tempo, principalmente, pela ciência médica, a preocupação higiênica alcança também as normas que regiam o corpo. Em Teresina, o debate sobre o ambiente salubre foi fundamental para a sua fundação, a preocupação com as epidemias que grassavam o império gerou diversas transformações na população. Apesar do número de médicos atuando em toda a província, o movimento de conexão com o conhecimento produzido na Europa constitui parte dos seus pensamentos e das suas realizações. Os espaços construídos para tratar dos doentes são essenciais na construção dessas da história desses sujeitos, nesse sentido, o Hospital da Santa Casa de Misericórdia é muito importante para compreender a formação da capital. Portanto, é em relação com o conceito de salubridade estabelecido no século XIX que os atores políticos vão combater doenças, estabelecer discursos políticos e remodelar o espaço citadino.

A construção da salubridade em Teresina

Os jornais na segunda metade do século XIX, no Piauí, eram espaços de disputa e de sinalização dos desafios, questões gerais sobre a cidade de Teresina foram usadas como possibilidade de avançar politicamente seu projeto. Liberais e Conservadores utilizavam das páginas dos jornais como forma de atacar os adversários nas falhas de governo, inclusive, nos problemas relacionados à saúde e salubri-

dade na capital. No jornal *O Conservador*, de 21 de janeiro de 1862, alguns desses desafetos são expostos. No tópico “Epidemia” há um louvor dos esforços do médico Dr. Simplício Mendes e colegas, o jornal não diz qual o flagelo combatido, refere-se a tal moléstia como “febre Gaiosa”, faz portanto, uma crítica da administração do então presidente da província nomeado por Carta Imperial, Antônio Brito Sousa Gaioso, caracterizando-o como lamurioso e corrompido, culpabilizando por aqueles que foram vitimados pela fome. Os jornais não apenas correspondiam ao que poderia ser chamado de notícia, como também, era um lugar de promoção de polêmicas, há no jornal, portanto, elementos do cotidiano, os laços familiares e as afinidades se uniam frente aos interesses econômicos.

A água é um elemento que merece atenção, o rio Parnaíba, principal indutor do desenvolvimento da província a partir da navegação a vapor, aparece como protagonista de outros processos, sobretudo, as diversas doenças de origem aquática, nomeadas também a partir de seus sintomas. É importante destacar a virada da culpa divina pela doença para uma relação do homem com a natureza, da relação de equilíbrio de água no corpo. Além disso, os avanços de estudos na segunda metade do século XIX, na Europa, vão permitir novas abordagens das doenças comum aos dois continentes, como é o caso do cólera, a transmissão hídrica constituía a mentalidade no combate à doença por médicos, engenheiros e políticos (MENESES, p. 34).

No ano de 1866, o cólera morbus fez-se presente em diversas províncias, o Piauí não permaneceu inerte frente à moléstia, o presidente da província à época, Franklin Américo de Menezes Dória, mostrou preocupação com a possibilidade de casos de cólera na província do Ceará romperem os limites vizinhos, transformando tal

moléstia em epidemia no Piauí. O presidente da junta de central de higiene pública da capital do império, Dr. José Pereira Rego fazia algumas recomendações, nesse sentido, sendo que, das instruções que compõem o documento oficial, destaca-se a preocupação quanto ao saneamento dos ambientes, sobretudo, quanto ao uso da água na limpeza dos ambientes e da sua disponibilidade para um cuidado com o corpo. Dois pontos enfatizam o desenvolvimento dos miasmas na intensificação de uma epidemia, o primeiro refere-se ao ar atmosférico e o segundo ao contato com roupas não apropriadas.

As explicações médico-científicas dos miasmas quanto ao contágio são múltiplas, Chernoviz (1890, p. 426) explica-as a partir dos contatos com áreas insalubres, lugares pantanosos, águas dormentes, indústrias mal localizadas, o interior de navegação, portanto, a questão miasmática não seria apenas de interesse da saúde pública, como também, privada.

Descrevendo sobre o ano de 1859, o relatório assinado por Diogo de Albuquerque no dia 16 de maio de 1860, quanto à navegação a vapor no rio Parnaíba era considerado como “o futuro desta Capital”. No tópico era descrita uma pequena parte do processo, os custos aos cofres públicos, a evidência da navegabilidade que seria facilitada por uma limpeza, além da pausa desses serviços devido às enchentes. A navegação a vapor era vista com grande entusiasmo, havia projetos sendo traçados como a junção dos rios São Francisco e Parnaíba pelo Canindé e São João, assunto tratado junto ao Governo Imperial a partir de um relatório quanto aos benefícios dessas ações para a agricultura, comércio, segurança e, segundo o requerente, “a civilização desta província”.

Ainda no mesmo sentimento, a descrição no relatório do ano de 1861 é exemplar: “O grande rio Parnaíba, não há desconhecei-o,

é a principal artéria, por onde circula o mais precioso sangue d'este imenso corpo". Santos e Marinho (2023, p. 34) demonstram como a questão hídrica em Teresina na segunda metade do século XIX era desafiadora, a falta de um sistema de abastecimento de água obrigava a população, que já vivia em situação precária, a utilizar do rio e lagoas para consumo, o resultado é visto a partir dos relatórios de saúde com um número expressivo de doenças gastrointestinais que resultaram também em mortes. As autoras demonstram que o desafio da navegação a vapor estava além do avanço tecnológico, havia um desafio a partir da insalubridade mas também de uma capital ainda ruralizada. Para elas:

A fome, a pobreza e a falta de higiene contribuíam para os déficits no sistema imunológico de crianças e adultos, e quando a capital era tomada pelas doenças de veiculação hídrica ou pelas moléstias que embarcavam nos vapores... (SANTOS; MARINHO, 2023, p. 34) "

Os relatórios dos presidentes de províncias são reveladores dos limites das ciências quanto às possibilidades frente ao desafio da saúde, exemplo disso é o relatório de 1859, assinado por José Mariano Lustosa do Amaral, que faz menção às febres intermitentes, essas que são sanadas a partir de remédios locais, ao sarampo que vitimou um pequeno número de crianças na capital, e reforçava que o clima do Piauí não apresentava como característica a pestilência, sendo essa afirmação acompanhada do número de médicos em toda a província, que naquele ano era somente de quatro profissionais.

É importante destacar que essa suposição a partir das características físicas do Piauí pertenciam a uma corrente de pensamento do século XIX derivada da Europa, uma forma de pensar o ambiente a partir do bom e mau ar, a exemplo do caso francês das

retiradas de áreas pantanosas. Alain Corbin demonstra como o ambiente passa a ser objeto de constante vigilância e intervenção, uma relação que se ampliou no século XVIII e era extremamente presente no século XIX. Conforme o autor:

A relação que o homem mantém com seu meio ambiente também se desequilibra. O essencial não residirá tanto na qualidade do espaço, na altitude, na exposição na natureza dos ventos, quanto na análise das qualidades do local restrito, fechado, da vida cotidiana, do invólucro aéreo, da atmosfera dos corpos. Doravante os perigos serão o “ar degenerado”, o mefitismo, a proximidade do nauseabundo, a molécula pútrida emanada da corrupção, o “miasma aéreo”, que perdeu sua origem, mas cujo poder dissolvente de matéria viva aumentou consideravelmente”. (Corbin, 1987, p. 35)

O dessecamento de pântanos aparece como tópico no relatório do ano de 1862, assim como a plantação de árvores na praça da matriz, obras tímidas frente à necessidade de interferir positivamente em uma cidade que ainda não alcançava expressividade. Ainda no mesmo relatório, foi divulgada a alteração do quadro sanitário da província, a febre amarela chega ao município de Parnaíba, entretanto, é na capital que há um maior número de infectados, chegando a seis mil pessoas atacadas, com 40 mortes.

No tópico sobre salubridade pública de 1864, apesar de não contar nenhuma alteração dos quadros de saúde, há a menção da varíola com caráter benigno na capital, a resposta a tal problema foi dada por ordens do médico do partido público, na deliberação de mandar vacinar quatro educandos em Caxias e que pudessem transportar o pus vacínico para a capital. A vacinação contra a varíola mostrou-se como a principal estratégia para permitir a continuidade de uma salubridade favorável, a qualidade do material utilizado era

um dos principais questionamentos, a atuação médica buscou reduzir as principais desconfiças da população amparando-se nas boas experiências de outras províncias, principalmente, do Rio de Janeiro.

A vacinação como um procedimento fazia parte do contexto da criação do Instituto Vacínico do Império, de 1846 e da Junta de Higiene Pública, em 1850. Essa tentativa de centralização era parte de um esforço maior de uma regulação de interiorização do próprio Estado, impulsionada principalmente em favor da medicina. Sobre esse processo, cabe destacar o papel desempenhado pelo médico Simplício de Souza Mendes nomeado como comissário vacinador provincial em 1865 pelo presidente da província. As instruções quanto à preservação e aplicação do pus vacínico dão-se a partir da necessidade de “evitar os estragos da varíola” (FERNANDES, 2010, p. 50) .

A varíola, também chamada de bexiga, assim como a febre amarela, esteve presente nas províncias, de modo a causar incertezas, diversos procedimentos foram adotados, os tratamentos variam desde a mudança do paciente de quarto e roupas, como também, banhos mornos e uma alimentação nutritiva (CHERNOVIZ, 1890, p. 327). Dada a forma como a vacina era aplicada a partir do pus vacínico e o constante medo gerado pela possibilidade da mesma gerar o mal, o médico Dr. Simplício Mendes, junto a seus colegas de partido, o Dr. Constantino Luiz da Silva Moura e José Servio Ferreira relatam o sucesso da vacinação de quase duas mil pessoas de Parnaíba a Oeiras. Apesar de tal relato não se concentrar apenas na cidade proposta para o estudo, tal experiência revela a dificuldade dos médicos e práticos nesse serviço.

A saúde pública na província do Piauí, para além das doenças sazonais e extra territoriais, também se inseria em um debate dos

lugares necessários de interferência, como é o caso do matadouro público em 1865, a busca por uma salubridade encontrou em seu caminho moléstias que também afetavam o território brasileiro, mas que, sobretudo, denunciava as condições em que a cidade se encontrava, após uma década da sua fundação: “...inflamação aguda de olhos, garganta, peito e pleura, a intermitentes e bem assim a sífilis”. O Piauí, portanto, comparado ao estado de salubridade das outras províncias permanecia com um nível satisfatório, nesse sentido, é possível inferir que, para além das moléstias de características locais, as informações que incorporavam os relatórios eram deficitárias, como no caso da determinação de mapas trimestrais de nascimentos, casamentos e óbitos, dirigidas aos párocos como forma de suprir essa demanda.

As moléstias e as instituições

A extinção do Hospital de Caridade para que a Santa Casa de Misericórdia tomasse forma foi relatada no ano de 1861, no governo de Antonio de Britto Souza Gayoso. A instituição de caráter privado aparece como uma tentativa de estabelecer-se uma organização capaz de funcionar, mesmo deficitária em seu orçamento. Para o relatorista, o funcionamento regular da Santa Casa possibilitaria a extinção do Hospital de Caridade, tal ação compensaria pela economia de quinze contos anuais. Para uma melhor compreensão da tentativa de estabelecer um orçamento não deficitário, o relatório de 1862 apresenta, para além do número de doentes que foram tratados no hospital, a renda proveniente de joias, esmolas dos assim chamados irmãos e da Fazenda Provincial, intensificando-se essa tentativa de variação na arrecadação nos anos posteriores. O estado financeiro da província na segunda metade do século XIX não possibilitou que a Santa Casa atuasse sem a contribuição do governo provincial, inverso, mesmo

com grandes esforços no apelo coletivo da atuação de tal instituição como forma de angariar recursos para atender os pobres e desvalidos. A Santa Casa, mesmo sendo privada, dependia profundamente dos cofres públicos, que eram afetados pelas secas, epidemias e a fome.

Havia dificuldades notáveis quanto ao pleno funcionamento desse empreendimento, no ano de 1862 é relatado a falta de um Secretário para elaborar um relatório, a responsabilidade pelas informações dirigidas ao Presidente da Província ficou a cargo do médico interino do partido público, o Dr. João Francisco D'Almeida. Além disso, o Presidente da Província, Antonio de Britto Souza Gayoso destaca a falta de dedicação dos membros da Irmandade, com exceções do Capitão Joaquim de Lima e Castro e do Tenente José Maria das Chagas Fernandes e Britto, que serviam de maneira gratuita como secretário e escrivão.

O estabelecimento “humanitário” carecia de doações, havia poucas anuidades pagas, necessitando de auxílio completamente da província. Com relação à sua estrutura, havia um enfermeiro, uma enfermeira, dois escravos privados e dois escravos da nação, que não são nomeados. Com a entrada no mês de agosto é descrito: 119 doentes, 98 curados, 10 falecidos e 11 que ainda permaneciam na enfermaria, o gasto com as dietas, que correspondia ao fornecimento de alimentos para os desvalidos foi de 150\$000 réis, os gastos totais de todas as naturezas foi de 2;700\$000 réis. É possível verificar a contratação do serviço de fornecimento de alguns gêneros como medicamentos, dietas e demais custeios para o hospital, nas páginas dos jornais. O anúncio assinado pelo secretário da Santa Casa, Miguel de Sousa Borges Leal Castelo Branco dava instruções de como mandar as propostas no dia 25 de junho às 7 horas da manhã. O anúncio do periódico não informa quais os tipos de gêneros alimentícios deveriam

ser fornecidos, além dos medicamentos. É fato que a farinha constituía-se como principal fonte de alimentação nos anos oitocentos, na província do Piauí, a falta causada pelos períodos de seca encarecia o produto, sendo problema remediado a partir de ações do governo na compra e distribuição das dietas (CABRAL, 2020, p. 128).

A autora Cristiana Couto (2016, p. 58-86) afirma que a dieta ideal correspondia a uma “emergente ciência da nutrição”, o gasto com a alimentação fazia parte do tratamento proposto pelos médicos no século XIX, sendo esse, além de remédios, em casos mais leves, os alimentos. de fácil digestão como vegetais, em casos mais crônicos, indicavam-se vinhos e águas minerais, é fato que a teoria miasmática possuía uma profunda influência quanto aos tratamentos propostos, as febres palustres, por exemplo, seriam causada por um desvio de dieta, os miasmas poderiam adentrar o corpo humano por meio da pele, respiração, alimentos e bebidas, nesse sentido, a alimentação ganha extrema importância na conservação da saúde.

O provedor da Santa Casa de Misericórdia, Odorico Brasileiro de Albuquerque Rosa escreveu ao então Presidente da Província, Gervásio Cícero de Albuquerque Mello, nomeado por Carta Imperial, a proposta para o fornecimento de 29 produtos, dentre eles, alimentos, temperos e materiais de higiene, dos quais destacamos: “Pães de ló, farinha de mandioca, toucinho, açúcar fino, manteiga, café, chá, marmelada, goiabada, bolacha, galinha, frango, leite, banana comprida, sal, pimenta, vinagre, alho e sabão.”

É possível fazer algumas considerações sobre tal documento, a primeira refere-se à alimentação como processo de profilaxia e tratamento. Para Sônia Maria Magalhães (2004, p. 31-33), o contexto econômico de cessamento do tráfico negreiro ocasionou uma valorização da mão de obra escrava, em consequência, um

aumento nos preços sobre o abastecimento, a tentativa das províncias em angariar uma receita suplementar debilitou a circulação dos produtos de outras regiões, além disso, as secas somadas às epidemias de cólera-morbo acabaram por prejudicar mais ainda o estado de miséria das populações. Foi nesse contexto inquietante da segunda metade do século XIX que as faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro vão privilegiar temas relacionados à alimentação e suas repercussões no corpo humano, tal área de conhecimento esteve localizada dentro do campo da higiene alimentar. A nutrição enquanto ciência só teria seu reconhecimento no século XX. Outro ponto a ser destacado é o papel da Santa Casa de Misericórdia como propulsor de irmãos e principalmente daqueles que estavam à frente da instituição, como o caso de Gervásio Mello, na cena da política, bacharel que foi nomeado no dia 13 de novembro de 1872 e tomou posse como Presidente da Província no dia 22 de fevereiro de 1873.

A Santa Casa de Misericórdia amargava quanto aos poucos recursos que dispunha para atender, além dos mais pobres, algumas classes como policiais e presos. Do dia 17 de agosto de 1861 a 20 de outubro de 1862: “Os doentes foram 80 pobres, 36 presos, 38 educandos, 14 policiais e 7 escravos nacionais”, destacam,-se também as moléstias tratadas como “febre catarral, catarro pulmonar, sífilis, úlceras sífilíticas e reumatismo. Percebe-se que a medicina da segunda metade do século XIX, pelo seu contexto histórico, nomeava algumas doenças a partir dos seus sintomas. Outros dois casos de sezões também foram relatados, a probabilidade levantada pelo relatorista ocorria por esse tipo de doença possuir característica endêmica no país, mas por serem conhecidos os tratamentos poucos recorreriam ao hospital.

Os sezões, também conhecidos por febres intermitentes, malleitas, impaludismo (malária), febre palustre, além de febre terçã e quartã, dados os intervalos febris, são importantes para entender o quadro nosológico da cidade de Teresina. Em primeiro lugar, é importante destacar a explicação dada para a moléstia no século XIX, que partia, sobretudo, da teoria miasmática. Chernoviz (1890, p. 1093-1094) explica as causas a partir das emanações pantanosas, para o autor, os países em que predominam essa característica de febre são rodeados por pântanos, além dos lugares lodosos, acusam-se também as águas estagnadas, o tratamento é similar a outras febres, como aplicação de panos quentes para ferver os pés, bebida acidulada.

As sezões apareciam nos jornais de Teresina a partir das experiências de remédios utilizados, propagandas de médicos e farmacêuticos de pílulas e frascos com utilização da quina e outros derivados, havia também a justificação da permanência desse mal sobre a população teresinense a partir da localização da cidade. Simplicio de Sousa Martins, ao opinar sobre a possível transferência do matadouro público para a câmara municipal, argumentava que essa atitude não seria benéfica para a salubridade pública, ao passo que justificava a presença das febres intermitentes, problemas gástricos e biliosos como endêmicos devido à localização entre dois rios e tendo ao seu lado “grandes lagos, pântanos e charcos pestíferos”. O médico permaneceu contrário a essa transferência alegando os altos custos que essa medida traria aos cofres públicos, recomendando medidas higiênicas de limpeza e incineração de restos dos animais.

Na imprensa, além dos anúncios de medicamentos, é possível encontrar uma cidade doente, sobretudo, na imagem dos migrantes da seca que atingiu as províncias vizinhas, o cenário representava um verdadeiro problema quanto ao que fazer frente aos graves proble-

mas sanitários, pessoas famintas, pauperizadas, embaixo de árvores, enfrentando o clima quente e sujeitas às diversas doenças (ARAÚJO, 1997, p. 87). As sezões atacaram os emigrantes da década de 1870, a presença na cidade de flagelados pela seca era vista com bastante preocupação, não apenas pela aparência cadavérica em que se encontravam, mas pela pouca ou nenhuma assistência do governo de Sancho de Barros Pimentel. Além do presidente da província, o médico militar Constantino Luís da Silva Moura, também, era denunciado por receber impropriamente para atuar na medicação dos desafortunados, ao passo que, também possuía cadeira no Liceu, ausentando-se para serviços fora dos limites de Teresina. Para o redator, havia uma necessidade de que o médico prestasse os serviços gratuitamente ou por uma quantia inferior, já que seu cargo era pago pelo governo geral.

O Dr. Constantino Moura, além de ter ocupado o cargo de professor e diretor do Liceu, também foi deputado provincial. Com relação às suas funções médicas, foi ele responsável pela direção da enfermaria militar no Hospital de Misericórdia, tal destacamento específico no hospital correspondia aos deveres da Santa Casa no atendimento a algumas classes de militares, no contexto da epidemia da varíola na província do Piauí, a medicação dos praças era realizada em um lazareto próprio pelo médico.

Nas disputas políticas públicas as polêmicas quanto à gratificação de um conto de réis dada pelo Dr. Sancho ao médico Constantino Moura permanecia nas páginas dos jornais, *A Imprensa* acusava o jornal *A Época* de “morder a mão que lhe paga”, por tecer críticas ao governo de seu partidário, além de pessoas que compunham a administração pública. O redator do periódico *A Época* permanecia tecendo críticas, quanto aos recursos mal alocados aos flagelados e ao

cenário de morte. Sancho Pimentel defendia-se das acusações, justificando as mortes a partir das intempéries e da alimentação venenosa, como carnes de má qualidade que consumiam durante a viagem, recusava-se a aceitar que as vítimas fossem derivadas de moléstias da província, ampara-se na imagem de três médicos pagos pela província, sendo Joaquim Antonio da Cruz responsável pela capital.

Os núcleos durante a seca tinham como papel principal acolher os vitimados pelo flagelo, de modo a socorrê-los, oferecendo certas quantidades de alimentos em lugares com possibilidade para plantio temporário. Nesse sentido, o núcleo de Teresina apresentava diversos problemas, a assim chamada Casa de Campo, de propriedade de Miguel Borges, na realidade, demonstrava ser um sítio com uma casa pequena com poucos cômodos, algumas mangueiras e nenhum material de qualidade, para que esses assentados constituíssem choupanas, os problemas constatados misturavam-se às indisposições quanto ao mau uso do dinheiro público pela comissão de socorros públicos. Nesse sentido, percebemos a utilização da retórica irônica, chamando o médico Constantino Moura a prestar serviços ao “nucleosinho” com uma “gratificaçõesinha” de um conto de réis para apenas entregar remédios aos enfermos, sendo o serviço possível ser realizado pela metade disso.

A atuação dos médicos em Teresina

A varíola também era denominada como bexiga, as explosões cutâneas convertidas em pústulas redondas e purulentas, após desseccadas, deixavam manchas vermelhas com algumas cicatrizes, especialistas constataram que a bexiga privilegiava crianças e jovens. Além disso, a doença era caracterizada a partir de duas espécies, a benigna e a confluenta, a primeira apresentava sintomas leves, na segunda, esses

sintomas eram intensificados, não havia um tratamento claro, administrava-se alguns tipo de alimentação de modo a conter as complicações, portanto, a vacinação permanecia como umas das medidas profiláticas mais eficientes na contenção da doença (CHERNOVIZ, 1890, p, 325-329).

Enquanto a moléstia vitimava outras províncias, a bexiga chegava ao Piauí como forma de notícia, os relatórios e jornais testemunharam, em um primeiro momento, a sua presença na província do Maranhão, gerando o incômodo de saber que doença repousava ao lado. Quando a doença começou a caminhar pelas cidades piauienses, além do litoral imperial, havia uma preocupação quanto ao seu tipo, pela forma de contágio corpóreo, as primeiras eram de característica benigna, o uso da vacina é relatado, desde o início dos primeiros contágios. Para os relatoristas, o clima que privilegiava o bom estado de salubridade geral na contenção da bexiga era o mesmo que prejudicava a conservação do vírus vacínico. Queixavam-se também quanto à vacinação não regular, a população não era afeita à vacina e aqueles que a recebiam não retornavam de modo a constatar a sua efetividade.

Em 1865, Simplicio de Souza Mendes foi nomeado para o cargo de Comissário Vacinador Provincial, por um ato do presidente da província também foram nomeados, para cada freguesia, um comissário de modo a propagar a vacina entre os habitantes, para uma utilização correta do pus vacínico das pústulas variolicas. O médico determinou algumas instruções gerais que permeavam a conservação do material utilizado, a forma de aplicação nas pessoas, a maneira como os vacinados deveriam se portar, o que não poderiam comer e o que poderiam beber e comer em caso de febres, tonturas e dores de cabeça. Simplicio Mendes relatou ao presidente da Presidente da

Província, que dado o estigma dos populares de uma vacina de baixa qualidade, podendo ela ser a causa da transmissão da peste, vacinou as pessoas de sua casa e família, além de membros da família do Dr. Constantino Luiz da Silva Moura, de modo a estimular o progresso da vacina e a propagação do vírus preservativo.

Quanto à cena médica na cidade de Teresina no combate à bexiga, a partir da vacina, destacamos o médico do partido público Raimundo de Arêa Leão, que, em 1875, inoculou 585 pessoas, sendo eles, presos, funcionários da Santa Casa de Misericórdia, além de outros grupos. É importante destacar que o médico, afirmando o pouco número de não vacinados na capital, reforçou que havia muito pobres que não se sujeitavam à vacina. Além dele, ainda como Comissário Vacinador Provincial, Simplicio Mendes relatou ao presidente da Província que havia utilizado todos os meios para que a varíola não se elevasse ao grau de epidemia, destacamos a presença na comissão de outros profissionais além dos médicos, os farmacêuticos Eugênio Marques de Holanda, Aristenes José Avelino e Joaquim Luiz Ferreira Sobrinho, juntos foram capazes de vacinar mais de 1000 pessoas.

A entrada da varíola no interior da província do Piauí, em 1879, trouxe consigo disputas políticas que vão se concretizar, por meio de denúncias, que cresceriam em paralelo com o aumento do número de migrantes da seca, como também pelas ações realizadas, as quais, segundo os opositores, eram feitas de maneira equivocada. Como exemplo disso, a interiorização da moléstia ocorreu a partir do aumento de casos na cidade de Parnaíba, que, por sua condição portuária, de conexão, portanto, com outras províncias e países, deveria ter merecido atenção do governo da província frente à possibilidade de uma epidemia. Assim, a varíola teria vindo na pele de alguns tripulantes de um vapor, ao chegar na capital verificou-se que um

marinheiro apresentava alguns sintomas de bexiga como febre, dores no corpo e marcas bexigosas no rosto. O doente foi retirado do vapor e outros casos apareceram na viagem até Amarante. O relato continuava, acusando o presidente da província de não zelar pelo bom estado de salubridade pública, arremata com as seguintes palavras: “Falta-nos a febre amarela, mas para substituí-la temos uma de caráter mau, que vai repentinamente dizimando a população. Estamos bem servidos; temos de tudo”

Os migrantes da seca do final da década de 1870 em Teresina contribuíram para o aumento de problemas relativos à salubridade, sendo que o primeiro diz respeito à forma como esses flagelados chegaram à capital, doentes e famintos, necessitando de cuidados. O hospital da Santa Casa de Misericórdia que amargava, ano após ano, um orçamento deficitário teve que enfrentar cada vez mais problemas. Com o aumento do número de pessoas necessitadas, presenciou-se um verdadeiro cenário de uma cidade doente (ARAÚJO, 1997, p. 87). Esse processo de intensificação de migrantes provocou um aumento no número de enfermos na instituição, além da falta de recursos financeiros, por ser o único na capital, o hospital da Santa Casa carecia de uma estrutura física capaz de absorver esse movimento migratório. Para Nara Oliveira:

O Piauí, que serviu como corredor de passagem e local de refúgio para os flagelados vindos de províncias vizinhas, sofreu em decorrência da seca. Com o aumento populacional causado pela migração das pessoas que fugiam da seca, o hospital da Santa Casa de Misericórdia, em Teresina, passou a enfrentar ainda mais problemas. Era função do hospital receber doentes de diferentes grupos sociais, como escravos das fazendas nacionais, pessoas pobres e soldados, e a partir da década de 1870, passou a receber pessoas de outras províncias do Norte. (OLIVEIRA, 2022, p. 65)

Para administrar a crise causada pelos migrantes da seca, o governo provincial criou estruturas vinculadas também a ajudas dadas pelo governo imperial, os núcleos foram criados como forma de atenuar o problema. Destacamos, também, o papel das comissões que se responsabilizavam pela distribuição e fiscalização de dietas, além disso, o acolhimento de doentes era feito através do hospital da Santa Casa. Da mesma forma, também, médicos foram destacados para atuar nos núcleos, pois era essencial que, dentro dos núcleos, as doenças continuassem contidas. Assim, os variolosos migrantes, em maior parte, vindos do Ceará eram tratados de modo que não interferissem no estado de salubridade da província.

Não escapou das polêmicas a comissão de socorros da capital, os periódicos acusavam os fornecedores de fornecerem dietas por preços acima do normal, Alfredo Teixeira Mendes dirigindo-se diretamente aos redatores dos jornais *Semanário* e *Época* reclamava da “imputação infundada” de ganho de lucro para si e seus colegas de comissão, a denúncia referia-se ao fornecimento de carne para os migrantes e pobres desvalidos, que 160 bois com o pagamento de 300 réis o quilograma. Os ataques e defesas somavam-se às explicações públicas, quanto ao uso do dinheiro pelas comissões e pelo governo da província, importando aos redatores a construção de uma imagem que estivesse além da presenciada nas ruas da cidade. Próximo à capital havia oito núcleos, Sítio Pirajá, Sítio Lagoa da Mata, Sítio, Sítio Gandú, Sítio Santa Filomena, Sítio Felicidade, Sítio Deserto e Sítio Santo Antônio, todos com diretores e contratantes.

O médico Simplício Mendes, incumbido da missão de comissário vacinador, por ordem do presidente da província, vai ao encontro com dois indivíduos acometidos de varíola, ambos retirantes de origem cearense. É interessante pontuar como a notícia da molés-

tia alastrava-se das províncias vizinhas e como o poder provincial iria tomar medidas oficiais, para a prevenção da doença. Sancho de Barros Pimentel determinou a vacinação de migrantes dos núcleos, contratando para a tarefa, Manoel Joaquim Sobreira pela quantia de 100 mil réis mensais.

A salubridade pública permanecia sendo atacada por diversas doenças, tanto as de caráter local, que se manifestam pela mudança de estação, quanto as epidêmicas. Nesse sentido, o Presidente da Província, João Pedro Belfort Vieira, comentou: “Além das febres de mau caráter, diarreias e disenterias, que costumam desenvolver-se por ocasião da mudança de estação e da vazante dos rios, vai também grassando em diferentes pontos, com maior ou menor intensidade - a varíola”. A população atingida era de indigentes e nucleados, as ações tomadas correspondiam a prescrições científicas, medicamentos e tubos de vacinas, além de um lazareto na capital como medida preventiva.

O presidente da província direcionou a distribuição de socorros, dissolveu os núcleos que haviam perdido a função para a qual haviam sido criados e dispensou o serviço das comissões de socorros. Com tal medida objetivava-se economizar os recursos financeiros, forçar o regresso dos migrantes aos seus lugares de origem e submeter os que ficavam ao trabalho. Havia, porém um outro grupo de pessoas que se recusava a retornar e também a trabalhar, esses representavam um problema para o governo, já que, ao permanecerem no desalento, eram acometidos de doenças, elevando as despesas de socorros públicos, no ano de 1878 a 1879.

Considerações

Ao final da presente pesquisa concluímos que as doenças apon-

tadas na documentação demonstram que, apesar do Império possuir diversos problemas epidêmicos, as moléstias não chegavam à capital do Piauí, ao mesmo tempo que entravam nas outras províncias. A distância entre as cidades e o controle médico ajudou a província a manter-se minimamente distante de problemas de saúde. A explicação das doenças foi importante na tomada de decisão das autoridades, quanto ao que fazer perante o mal, de fato, os médicos desempenharam um papel importante nas políticas adotadas como forma de combate, embora a higienização da cidade ocorresse em um processo lento de transformação dos corpos, para adequar a população a um comportamento de “civilizados”.

Diante do exposto, as doenças também eram vistas como problema da alimentação, em períodos de seca ou escassez, o governo da província atuou de modo a atenuar a situação, de igual maneira, a seca do final dos anos de 1870 levou-nos a entender como a província traçou plano de modo a lidar com o problema gerado pelos migrantes. A Santa Casa teve uma importante contribuição com as classes mais pobres, como também, contribuiu na política local com quadros provenientes da instituição. Outro ponto a ser destacado é que a Santa Casa era um instituição de caráter privado, mas que permaneceu recebendo ajudas da província, pois não havia contribuições capazes de suprir a demanda de atendimentos.

As doenças que atravessaram a vida dos teresinense na segunda metade do século XIX, vão, em parte, constituir a condição da saúde pública na primeira república, com as moléstias de caráter endêmico permeando o imaginário popular da transmissão pelo meio (MELO FILHO, 2000, p. 59). Essa permanência das doenças em Teresina pode ser vista no processo de sua fundação, alguns discursos dos tratamentos e curas são importantes para compreender o contexto da

província quanto ao seu estado de saúde. Relatórios e jornais louvavam a província pelo estado de salubridade satisfatório, ao passo que, havia um nível de alerta de doenças que despertavam um maior medo, como já pontuado, as febres intermitentes conviviam com a população da capital com tratamentos e remédios conhecidos para combater o mal. Nesse sentido, outras doenças com maior nível de mortalidade, como a febre amarela, a cólera morbus e o tifo foram objeto de medo, mas, também, de conexão com outras províncias e países.

Referências:

1 - Obra completa

ARAÚJO, Maria Mafalda Baldoíno de. **Cotidiano e imaginário:** um olhar historiográfico. Teresina: EDUFPI/Instituto Dom Barreto, 1997. p. 87

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril:** cortiços e epidemias na corte imperial – São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

CHERNOVIZ, Pedro Luiz Napoleão. **Dicionário de medicina popular.** Paris: A. Roger & F. Chernoviz, 1890. p. 426

CORBIN, Alain. **Saberes e odores:** o olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX. São Paulo: Companhia das Letras, 1987. p. 35

FERNANDES, Tania Maria. **Vacina antivariólica:** ciência, técnica e o poder dos homens, 1808-1920. 2.ed. rev. / Tania Maria Fernandes. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. p. 50

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

LUZ, Madel. **Natural, racional, social:** razão médica e racionalidade moderna [recurso eletrônico] / Madel Luz; editor: Rodrigo

- Murtinho. – Rio de Janeiro : Fiocruz : Edições Livres, 2019.
- MACHADO, Roberto. **Danação da norma:** a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil/Roberto Machado – Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.
- MAGALHÃES, Sônia Maria de. **Alimentação, saúde e doenças em Goiás no século XIX.** 2004. 254 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de História, Direito e Serviço Social, 2004. p. 31-33
- MELO FILHO, ANTÔNIO. 2000. **Teresina:** a condição da saúde pública na Primeira República (1889-1930). Tese (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em História, Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2000. p. 59
- OLIVEIRA, Nara Viviany Moura de. **Saber médico, doenças e curas em Teresina : 1870-1889.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Piauí, PPGHB, Teresina, 2022. p. 65
- SÁ, D.M. **A ciência como profissão:** médicos, bacharéis e cientistas no Brasil (1895-1935). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

2 - Capítulo de obra

- CABRAL, Ivana Campelo. **Os agregados e a produção agrícola piauiense na segunda metade do século XIX,** In: LIMA, Nilsângela Cardoso (org.). Páginas da história do Piauí colonial e provincial. Teresina: EDUFPI, 2020. p. 128
- COUTO, Cristiana Loureiro de Mendonça. **Alimentação no Brasil Imperial.** São Paulo: EDUC : FAPESP, 2016. p. 58-86
- MARTINS, Ana Luiza; LUCA, Tania Regina de. (org.) **História da Imprensa no Brasil.** 2 ed. São Paulo : Contexto, 2012. p. 49

MENESES, José Newton Coelho. **As águas, o são e o malsão**. In: NOGUEIRA, André Luis Lima; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; MERLO, Patrícia Maria da Silva; FRANCO, Sebastião Pimentel Franco (Org.); *Umás histórias brasileiras das doenças*. Belo Horizonte: Fino Traço, 2022. p. 34

SANTOS, Danielle Filgueiras; MARINHO, Joseanne Zingleara Soares. **Doenças a bordo**: a navegação a vapor no rio Parnaíba e a saúde dos beiradeiros em Teresina - PI (1858 - 1930). In: ANDRADE, Andreia Rodrigues de. (org.) *Clio em debate: história, cultura e sociedade*. 1. ed. - Teresina: Cancioneiro, 2023. p. 34

3 - Fontes:

ALBUQUERQUE, Diogo Velho Cavalcanti de. Relatório com que o exm. Presidente da Província do Piauí passou a administração da mesma ao exm. 3º vice presidente Coronel Ernesto José Baptista. 16 mai. 1860. p. 8-9

ALMENDRA, Antonio de Sampaio. Relatório apresentado á Assembleia legislativa provincial do Piauí. 28 mai. 1864. p. 11

AMARAL, José Mariano Lustosa do. Relatório com que o excelentíssimo vice presidente passou a administração da província do Piauí ao Presidente Antonio Correa do Couto. 24 jan. 1859. p. 8

ANÚNCIO. A Imprensa. Periódico Político. Teresina, ano 3, n. 150, p. 4, 6 de junho 1868.

A PEDIDO. A Imprensa. Órgão do Partido Liberal. Teresina, ano 14, n. 580, p. 3, 15 de fevereiro 1879.

AZEVEDO, Manoel Antonio Duarte de. Relatório com que o exm.

- sr. Presidente da Província do Piauí passou administração ao exm. vice presidente José Mariano Lustosa do Amaral. 15. abr. 1861 p. 16
- BLAKE, Sacramento. Diccionario bibliographico brasileiro. Rio de Janeiro: Typ. Nacional, 1883-1902. v. 6, 1894. p. 114
- CARVALHO, Raimundo Mendes de. Relatório com que o excellentíssimo senhor Dr. Raimundo Mendes de Carvalho passou a administração da província ao excelentíssimo senhor 2º vice presidente Coronel José de Araujo Costa. 27 fev. 1878 p. 7-8
- CASTELO-BRANCO, Miguel Borges L. Médicos. Almanaque Piauihyense para o anno civil de 1879. Theresina: Typ da Época, 1878. p. 80-81
- DORIA, Dr. Franklin Americo de Menezes. Relatório apresentado a Assembleia do Piauí. Teresina, 12 jul. 1865
- EMIGRANTES. A Época. Órgão Conservador. Teresina, ano 1, n. 26, p. 1, 28 de setembro 1878.
- FREIRE, Dr. Adelino Antonio de Luna Freire. Relatório apresentado a Assembleia legislativa do Piauihy. Teresina, 9 set. 1867. p. 56
- GAIOSO, Antonio de Britto Souza. Relatório com que o exm. Sr. Dr. Antonio de Britto Sousa Gaiosio passou a administração da província do Piauí ao exm. sr. Presidente Dr. José Fernandes Moreira. 13 jun. 1862. p. 10
- GOVERNO DA PROVÍNCIA. A Imprensa. Órgão do Partido Liberal. Teresina, ano 1, n. 42, p. 1, 19 de maio 1866
- GOVERNO DA PROVÍNCIA. A Imprensa. Periódico Político. Teresina, ano 2, n. 68, p. 3, 10 de novembro 1866.
- GOVERNO DA PROVÍNCIA. A Imprensa. Periódico Político. Teresina, ano 2, n. 52, p. 2, 21 de julho 1866.

GOVERNO DA PROVÍNCIA. Opinião Conservadora. Órgão do Partido Conservador. Teresina, ano 2, n. 80, p. 2, 14 de setembro 1875.

NOTICIÁRIO. O Conservador. Folha política, literária e comercial. Teresina, ano 1, n. 22, p. 4, 21 de janeiro 1862.

NOTICIÁRIO. A Imprensa. Periódico Político. Teresina, ano 1, n. 19, p. 4, 2 de dezembro 1865. p. 4

PIMENTEL, Dr. Sancho de Barros. Relatório apresentado à Assembleia Legislativa do Piauí. 13 dez. 1878. p. 3

PUBLICAÇÕES GERAIS. O Piauí. Órgão do Partido Conservador. Teresina, ano 4, n. 148, p. 3, 9 de novembro 1870.

NOTICIÁRIO. A Época. Órgão Conservador. Teresina, ano 1, n. 31, p. 4, 2 de novembro 1878.

ROSA, Odorico Brasileiro Albuquerque. Ofício do vice-provedor da Santa Casa dirigido ao Presidente da Província Gervásio Cícero de Albuquerque Mello. Teresina, 1873.

VARÍOLA. A Época. Órgão Conservador. Teresina, ano 2, n. 64, p. 4, 21 de junho 1879.

VIEIRA, Dr. João Pedro Belfort. Relatório com que o excelentíssimo senhor Dr. João Pedro Belfort Vieira passou a administração da Província do Piauí ao excelentíssimo senhor Dr. Manoel Ildefonso de Sousa Lima. 11 dez. 1879. p. 47

Memórias sobre a Casa de Saúde do Rio Maina em Criciúma/SC: os testemunhos “subterrâneos” de familiares

*Maria Clara Ramos Zortéa*¹

*Michele Gonçalves Cardoso*²

O presente trabalho tem como objetivo analisar as experiências de sujeitos que tiveram contato com a Casa de Saúde do Rio Maina (CSRM).³ A CSRM foi uma instituição de atendimento psiquiátrico localizada no município de Criciúma/SC, no distrito do Rio Maina. A instituição teve o seu funcionamento entre os anos de 1968 e 2019, período no qual realizou 60 mil internações (Colossi, 2023). A história da CSRM foi perpassada pela institucionalização dos tratamentos dos indivíduos em sofrimentos psíquico, bem como, pelas transformações promovidas pela Luta Antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica e a lei 10.216 de 2001. Nesse sentido, inúmeras pessoas têm suas memórias marcadas pela instituição, e buscamos ouvir suas narrativas. Por meio de levantamento bibliográfico verificamos que em outras produções sobre a CSRM foram realizadas entrevistas

1 Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) – mariaclara.sombrio@unesc.net

2 Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) – michelegc@unesc.net

3 Este trabalho completo se trata de um recorte do trabalho de conclusão de curso da primeira autora. O TCC foi defendido na Universidade do Extremo Sul Catarinense, no curso de História, e ainda não foi publicado.

com internos e ex-internos, funcionários e ex-funcionários, como é o caso dos trabalhos “*Casa de Saúde Rio Maina: Cuidado com a Cambreta*” defendido pela historiadora Rita de Cássia Mendes em 2001, e “*A Casa Cor-de-rosa: Representações da Instituição Psiquiátrica de Rio Maina (1968-1978)*” escrito por Aretusa Dagostin Nunes em 2005.

No entanto, verificou-se a ausência dos familiares de ex-pacientes da CSRM nesses trabalhos, que também são atores essenciais no processo de internação e acompanhamento desses sujeitos. Nesse sentido, questionamos; como esses familiares observam a instituição? Como se recordam? Para responder essas questões e analisar suas experiências, foram realizadas entrevistas por meio da metodologia da história oral, com base do historiador Alessandro Portelli (2016), bem como, mobilizamos o conceito de “memória subterrânea” de Michael Pollak (1989). Ao fazer uso da metodologia da História Oral nos deparamos com inúmeras condições inerentes a capacidade de relembrar das pessoas. Em alguns momentos lidamos com a dor e o sofrimento do entrevistado ao lembrar de um evento traumático, em outros, com o silêncio e o receio, e ainda, com a crença de que sua história não é importante, gerando desconfiança. Nesse sentido Portelli (2016) argumenta que a História Oral é uma relação dialógica entre historiador/a e entrevistado/a. Diferentemente do uso de documentos como contratos, relatórios, e cartas, para o autor as fontes orais são cocriadas e necessitam do papel ativo do historiador, no entanto, além de ter uma participação ativa durante a entrevista é preciso que, sobretudo, o historiador escute.

É justamente por meio da história oral que se possibilita a identificação das

memórias subterrâneas, definidas como aqueles que estão presentes e são difundidas entre os familiares, os amigos, vizinhos, mas

não são consideradas “verdadeiras” ou “oficiais”, não estão publicadas e são meramente “boatos” (Pollak, 1989). Em contraposição, outro conceito de Pollak, que não será mobilizado aqui, mas se faz importante para compreensão das memórias subterrâneas, são as “memórias enquadradas”. O trabalho de enquadramento de memórias pode ser definido como a criação de fronteiras e limites, que moldam uma imagem que determinados grupos pretendem transmitir. Essas memórias são aquelas que representam instituições, grupos políticos e até mesmo a identidade de uma região ou de uma nação (Pollak, 1989).

Esse mecanismo faz com que outras memórias fiquem no subterrâneo, impedindo que essas possam emergir e atingir outros espaços. É nesse sentido que a história oral se torna importante metodologia para acessar os subterrâneos, sendo possível analisar o processo de enquadramento das memórias, de cima para baixo, e ao olhar de baixo para cima por meio da oralidade das memórias individuais conseguimos compreender os limites do enquadramento em que se revela “um trabalho psicológico do indivíduo que tende a controlar as feridas, as tensões e contradições entre a imagem oficial do passado e suas lembranças pessoais (Pollak, 1989, p. 12).

A fim de compreender as memórias subterrâneas dos familiares que tiveram contato com a CSRM e o contexto histórico da proporia instituição, se faz necessário uma breve contextualização da história da psiquiatria e da atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico no Brasil. O tratamento psiquiátrico no Brasil é atravessado por uma história de violência e rejeição. O primeiro hospital psiquiátrico do país⁴ foi inaugurado em 1852, no estado do Rio de Janeiro,

4 Por meio do Decreto n°82 de 18 de julho de 1841 se deu a fundação da instituição. Conforme o decreto “Desejando assignalar o fausto dia de Minha Sagração com a creação de um estabelecimento de publica beneficencia: Hei por bem fundar

o Hospício Dom Pedro II, em um contexto de política higienista no império que buscava a limpeza e o afastamento dos indesejados do convívio social (Costa, 2007). O “louco” nesse contexto é visto como um perigo a moral, a paz e a tranquilidade pública, o que justifica o seu afastamento dos meios sociais, pois o alienado não é portador de razão. Em 1903, há a nomeação de Juliano Moreira, nome que irá propor mudanças para a psiquiatria brasileira, como diretor do Hospital Nacional dos Alienados. Juliano Moreira é responsável por estabelecer na psiquiatria “fundamentos teóricos, práticos e institucionais” (Costa, 2007, p. 42), e tem influência no decreto nº 1.132 de dezembro de 1903. O decreto estabelece no artigo 1º que “o indivíduo que, por molestia mental, congenita ou adquirida, comprometter a ordem publica ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados.” (Brasil, 1903). É visto nesse novo decreto que esses sujeitos ainda são uma ameaça ao bem estar social, no entanto, fica evidente que os “estabelecimentos de alienados” não buscam o tratamento dessa pessoa, mas sim, o aprisionamento.

O Brasil já no início do século XX possuía uma estrutura racista por mais de três séculos, devido ao passado escravocrata colonial e imperial. No entanto, ao final do século XIX, o darwinismo social passou a considerar a superioridade e inferioridade entre as raças, a fim de legitimar cientificamente as desigualdades. Os psiquiatras brasileiros, provenientes de uma elite econômica e social, adotaram essa concepção dentro da LBHM (Liga Brasileira de Higiene Men-

um Hospital destinado privativamente para tratamento de alienados, com a denominação de - Hospicio de Pedro Segundo -, o qual ficará annexo ao Hospital da Santa Casa da Misericordia desta Côrte, debaixo da Minha Imperial Protecção, Applicando desde já para princípio da sua fundação o producto das subscripções promovidas por uma Commissão da Praça do Commercio, e pelo Provedor da sobredita Santa Casa, além das quantias com que Eu Houver por bem contribuir” (Brasil, 1841).

tal), fundada em 1923, no Rio de Janeiro, pelo psiquiatra Gustavo Riedel, sendo uma “entidade civil, reconhecida de utilidade pública, que funcionava com uma subvenção federal, com ajuda benévola de filantropos [...]” (Costa, 2007, p. 45).

O final do século XIX e início do século XX, foram marcados por intensas modificações no país, a abolição da escravidão, as imigrações, a Proclamação da República e a grande quantidade de pessoas nos meios urbanos, principalmente, ex-escravizados. Nesse contexto, se buscou no Brasil a modernização das cidades por parte das elites e as revoltas sociais eclodiram (Costa, 2007). O ideal eugênico passou a fazer parte de uma elite intelectual brasileira que compreendia que o povo brasileiro não promovia desenvolvimento ao país por conta da sua mistura com raças inferiores e do clima tropical, que formaram uma população tendenciosa a vagabundagem e pouco inteligente (Costa, 2007).

A partir de 1931, segundo Costa (2007), nota-se uma mudança nesse tratamento individual do sujeito em sofrimento psíquico, e a higiene social por meio do saneamento racial passou a ser defendido pela LBHM com maior afincamento. Negros, mestiços, indígenas e imigrantes de certos locais, tornaram-se inferiores psiquicamente. Essa transformação na concepção eugênica dos psiquiatras da LBHM pode ser compreendida por três fatores; o apoio da LBHM ao golpe de Getúlio Vargas em 1930, o avanço da propaganda eugênica no Brasil e a mudança do ideal eugênico na psiquiatria alemã (Costa, 2007).

A partir de 1941, o Serviço Nacional de Doenças Mentais é assumido por Adauto Botelho, nesse contexto, mais de 80% dos leitos psiquiátricos no Brasil eram provenientes de hospitais públicos. Em 1946, por meio de decreto-lei se propicia a expansão dos hospitais

psiquiátricos. As construções eram conveniadas com os governos estaduais, onde este era responsável pela manutenção e pagamento dos funcionários, e o governo federal pela construção e instalação dos equipamentos necessários. Por conta dessa política os hospitais-colônia surgem em Sergipe, Alagoas, Espírito Santo e em Santa Catarina, o Hospital Colônia Santana no município de São José (Paulin; Turato, 2004).

Após o golpe-civil militar de 1964 e a instauração da ditadura no país, o lucro por meio da saúde foi algo muito visado pelos empresários, ampliando a lógica privatista. A saúde pública do regime militar foi marcada por um modelo de assistência médica por meio da previdência social, desse modo, muitas instituições de saúde privada buscaram convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social - INPS. Em decorrência das más condições dos hospícios públicos, o Estado passou a contratar grandes números de leitos psiquiátricos privados. Por conta disso, o privado passou a ser visto como superior ao que é público por parte dos empresários, justificando aos previdenciários a escolha do tratamento particular. (Paulin; Turato, 2004).

É no período de redemocratização do Brasil que os questionamentos referentes ao tratamento psiquiátrico no país ganharam maior força. Com a abertura dos hospitais psiquiátricos à imprensa, essa impulsionou a produção de uma série de denúncias das condições extremamente precárias dessas instituições. Em 1978, Helvécio Ratton lançou o documentário “Em nome da razão” que retratava a realidade do Hospital Colônia de Barbacena. Em 1979, o documentário foi exibido no III Congresso Mineiro de Psiquiatria juntamente com outras reportagens produzidas sobre a instituição. No entanto, essas denúncias feitas pela imprensa são resultadas também da indignação dos trabalhadores da saúde e de estudantes

residentes com suas condições de trabalho. Em 1978, surgiu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o movimento foi o primeiro a centralizar a sua luta por uma reformulação da assistência psiquiátrica no Brasil e grande articulador da Reforma Psiquiátrica⁵ (Amarante; Nunes, 2018).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental foi realizada em dezembro de 1992 e foi marcada por uma mudança no discurso da reestruturação da assistência à saúde mental. Até então os discursos dos defensores de uma psiquiatria mais humanizada e do próprio MTSM eram voltados para a melhorias no sistema, mudança na legislação e luta contra a violência à pessoa em sofrimento psíquico, no entanto, na II CNSM inicia-se a defesa de uma sociedade sem manicômios (Amarante; Nunes, 2018). Ali surgiu o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), em que não somente os trabalhadores da saúde mental faziam parte, mas também as famílias e as próprias pessoas que necessitam de atenção à saúde mental ou se encontravam em sofrimento psíquico. Se institui, então, o dia 18 de maio como Dia Nacional da Luta Antimanicomial com o intuito de promover a discussão na sociedade sobre a violência dentro dos hospitais psiquiátricos e o aprisionamento desses sujeitos (Amarante; Nunes, 2018).

Em 1989, o deputado Paulo Delgado propôs o projeto de lei 3657/1989, em sua ementa fica claro o desejo do fim dos manicômios no Brasil, “dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (Brasil, 1989). Após 12 anos de tramitação da PL 3657/1989, em 2001 que foi decretada como Lei nº 10.216, conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica. No entan-

5 O termo Reforma Psiquiátrica “só viria a ser utilizado na virada dos anos 1980 para 1990, no mesmo período em que o termo reforma sanitária começa a ser adotado” (Amarante; Nunes, 2018, p. 2068).

to, durante esse longo período sofreu alterações que retiraram o seu caráter antimanicomial, ficando evidente em sua ementa que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2001). Apesar de discorrer sobre os direitos da pessoa em sofrimento psíquico e a mudança na forma de tratamento, a lei não decreta o fechamento dos hospitais psiquiátricos⁶. Em relação ao funcionamento dos hospitais psiquiátricos a portaria nº 251 “Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências” (Brasil, 2002b, p. 1).

A portaria nº 336 publicada pelo Ministério da Saúde em 19 de fevereiro de 2002, passou a definir que os Centros de Atenção Psicossocial possam se constituir-se nas seguintes modalidades, conforme a complexidade e a abrangência populacional: CAPS I, CAPS II, CAPS III. Ainda são definidos os CAPS i (atendimento de crianças e adolescentes) e o CAPS ad (atendimento de pessoas com transtornos decorrentes de dependência de substâncias psicoativas) (Brasil, 2002a). Em 2011, por meio da portaria nº 3.088 de 23 de dezembro foi instituído a “Rede de Atenção Psicossocial” (RAPS) com a finalidade de articulação a ampliação de pontos de atenção a pessoas portadoras de transtornos mentais e/ou em sofrimento psíquico, bem

6 Em fevereiro de 2023 o Conselho Nacional de Justiça coloca em vigor a Resolução N.487 que institui a Política Antimanicomial do Poder Judiciário. No oitavo parágrafo do 3º artigo se estabelece “a indicação da internação fundada exclusivamente em razões clínicas de saúde, privilegiando-se a avaliação multiprofissional de cada caso, pelo período estritamente necessário à estabilização do quadro de saúde e apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, vedada a internação em instituição de caráter asilar, como os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTPs) e estabelecimentos congêneres, como hospitais psiquiátricos” (Conselho Nacional de Justiça, 2023, p. 8).

como, dependentes químicos. Como alguns exemplos dos pontos de atenção a saúde mental da RAPS se pode verificar as unidades básicas de saúde, equipes de Consultório na Rua, CAPS, SAMU e UPA 24 horas (Brasil, 2011).

Em âmbito regional, no extremo sul catarinense, a “Casa de Saúde Rio Maina Ltda” foi inaugurada no dia 25 de setembro de 1968 no distrito do Rio Maina, no município de Criciúma/SC, como uma iniciativa privada inicialmente pensada pelo médico psiquiatra Lúcio Lima, e posteriormente, pelos médicos Cirilo de Castro Farias, Raul Athaide da Rosa e o odontólogo Walter Silva que entraram como sócios em 1970 (Mendes, 2001). No contexto, o terreno que seria doado pela prefeitura de Criciúma, era localizado em uma área pouco habitada do distrito do Rio Maina, ocorreram negociações para a construção em um terreno considerado em um local mais “central” e urbanizado, porém a CSRM é de fato edificada na área mais distante e isolada, o que corresponde ao ideal de isolamento e distanciamento dos sujeitos indesejados que eram o público-alvo da instituição (Mendes, 2001).

A construção de um local de atendimento psiquiátrico foi justificada naquele período pelo alto número de pessoas que precisavam se deslocar da região sul para o norte de Santa Catarina, em busca de tratamento no único hospital psiquiátrico do estado naquele contexto, o Hospital Colônia Santana, no município de São José (Mendes, 2001). No entanto, mesmo que tenha se verificado a alta taxa de pacientes do sul catarinense na Colônia Santana, consegue-se identificar um teor lucrativo e empresarial por parte dos fundadores da CSRM. Na instituição eram atendidos um número ínfimo de pacientes particulares, a maioria das pessoas eram atendidas pelo convênio com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS),

órgão que financiava atendimentos por meio da previdência dos trabalhadores (Nunes, 2005).

Outro fator para o estabelecimento de atendimento psiquiátrico na região sul, especialmente em Criciúma, é colocado por Nunes (2005) como a necessidade de uma instituição disciplinadora. A região carbonífera, onde está localizada Criciúma, passou por uma intensa exploração do carvão mineral, que foi descoberto no século XIX, mas sua exploração foi efetivada somente nas primeiras décadas do século XX devido as crises do carvão internacional e por contas das duas grandes guerras mundiais (Carola, 2002). A década de 1940 é considerada o período de ouro da indústria carbonífera da região sul do estado, sendo Criciúma a “capital brasileira do carvão” e com muitas ofertas de emprego, ocorrendo uma intensa onda imigratória para a cidade e decorrente disso o aumento populacional. Em 1940, a população de Criciúma era de 27.753 habitantes e passou para 50.854 em 1950, apenas 18% dos trabalhadores das minas eram nascidos em Criciúma (Carola, 2002).

Com o rápido aumento populacional também se ampliaram os problemas sociais e os indivíduos que são considerados indesejados, tais como, as pessoas em situação de rua, as “prostitutas”, os alcoólatras e os “loucos”, entendidos como perturbadores da ordem social. É nesse sentido que Nunes (2005) argumenta que para os grupos dominantes era necessário um lugar disciplinador para colocar esses sujeitos nos “eixos”, assim como, manter sua paz, tranquilidade e segurança. A CSRM contribuiu com essa lógica, pois privou a liberdade daqueles considerados “anormais” e tentou corrigir suas ações.

A CSRM realizava atendimentos de pessoas de todo o sul catarinense e até mesmo de municípios do Rio Grande do Sul, entretanto, paralelamente ao funcionamento da CSRM na década de 2000,

vimos que em âmbito nacional o debate sobre a desinstitucionalização do sujeito em sofrimento psíquico e a Reforma Psiquiátrica foi intenso, e em 2001 foi aprovada a Lei nº 10.216 visando a reformulação da atenção à saúde mental no Brasil. Desde 1968 a atenção a saúde mental do sul catarinense foi totalmente centralizada na CSRM, a instituição foi o único local de referência para tratamentos.

Em meio ao desenvolvimento das políticas de Reforma Psiquiátrica e da desinstitucionalização do tratamento de pessoas em sofrimento psíquico no município de Criciúma, a CSRM passou por uma forte crise financeira que marcou o início do seu declínio. Em 2014 a CSRM foi vendida ao Instituto Educação, Saúde e Vida (ISEV), entidade sem fins lucrativos do Rio Grande do Sul (Colossi, 2023). O ISEV passou a apresentar uma série de problemas na administração da antiga CSRM, como atraso dos salários dos funcionários, não pagamento das férias e o não cumprimento de uma série de obrigações trabalhistas (Colossi, 2023). O ISEV encerrou os atendimentos da instituição em janeiro de 2019 com uma dívida trabalhista de mais de R\$ 2 milhões (Colossi, 2023).

Para buscarmos entendermos nossas indagações iniciais, as questões envoltas aos familiares de ex-pacientes da CSRM, duas entrevistas foram realizadas, produzidas a partir da concepção de escuta e diálogo de Portelli (2016). As entrevistas foram concedidas por irmãos de ex-pacientes da CSRM. Por questões éticas e para manter a privacidade dos entrevistados, estes receberam nomes fictícios como “Pedro” e “Dora”. O entrevistado Pedro, foi responsável por cuidar e acompanhar sua irmã por volta de dez anos, nesse período teve contato com outras instituições, mas principalmente a CSRM. Pedro era o irmão mais novo da ex-paciente, a qual nomeamos de forma fictícia no trabalho como “Dalva”. Dalva teve diagnóstico de esquizofrenia

após a sua segunda gestação, ocorrendo sua primeira crise por volta de 1998. Pedro acompanhou Dalva na maioria das consultas e internações na CSRM, como também, em clínicas em Porto Alegre e na clínica São José na região de Florianópolis. Dalva faleceu há quatorze anos aos 39 anos de idade vítima de suicídio.

A segunda entrevistada, Dora, era irmã mais nova do ex-paciente da CSRM, que nomeamos de forma fictícia como “Venâncio”. Dora contou que era muito jovem, a caçula da família, e tem lembranças do irmão e de ir até a instituição para as visitas a partir dos 13 e 14 anos de idade. Venâncio era diagnosticado com esquizofrenia, e teve sua primeira crise aos 18 anos em 1968. Dora lembra que Venâncio era muito inteligente e amável, ao longo da vida ele se casou duas vezes e teve cinco filhos. Venâncio teve a vida perpassada pela CSRM, dos 18 aos 62 anos, idade que faleceu em 2012 devido a complicações pulmonares.

A série de perguntas feitas à Pedro e Dora foram elaboradas de modo a tentar compreender como funcionava a CSRM, as visitas, a estrutura, o tratamento, mas principalmente, qual é a sua relação com a instituição e como se constroem as suas memórias no presente. Ao longo das entrevistas foi possível identificar uma complexa relação de Pedro e Dora com a CSRM, permeada por dor, traumas, e uma certa indignação em alguns momentos. Logo no início das entrevistas, ao perguntar sobre a motivação da internação e como a família teve conhecimento da CSRM, foi possível compreender dois pontos em comum, presentes em ambos os testemunhos: a hegemonia da CSRM na região sul catarinense e o alto custo dos tratamentos

Dora: Era essa coisa, era o Rio Maina, ponto. Era a alternativa, era ponto de referência, e assim, a gente não questionava a questão do tratamento porque era muito dolorido para nós,

muito, muito traumático como eu falei, mas era a única possibilidade.

Pedro: Aí por fim eu preferia ela no Rio Maina, que embora tinha esse conflito aí onde ela dividia ambiente com drogados que não tinha nada a ver com ela, é... estava próximo e podia visitar, podia estar perto [...] então estava mais próximo daqui por isso que a gente optava pelo Rio Maina, e claro que clínicas em Porto Alegre a gente pagou também, meu pai morava nos Estados Unidos e mandava dinheiro e apoiava também com isso, a gente deixava dez dias internada lá e gastava naquele tempo sei lá, três, quatro mil reais, então o Rio Maina foi uma solução financeira e de proximidade para resolver o problema.

Por ser o único local de tratamentos para pessoas em sofrimento psíquico na região sul catarinense, a CSRM foi por décadas a única alternativa que as famílias tinham. Diante de todos os aspectos que apareceram nos testemunhos de Pedro e Dora, ficaram evidentes suas relações com a CSRM, demonstrando desaprovação na forma de tratamento que seus irmãos recebiam, relatando que o excesso de medicação que se dava aos pacientes era problemático, e que o ambiente não era o mais adequado para essas pessoas. Pedro apontou como percebia o que é estar internado de acordo com os anos em que isso fez parte da sua vida ao acompanhar sua irmã Dalva

[...] imagina você estar num lugar que te trata com camisa de força, você não tem respaldo pelas tuas ideias, que o que você fala pode ser verdade ou pode ser mentira, é um ambiente insalubre, um ambiente terrível [...] imagina tu estar num lugar que a tua comida melhor vai ser no dia que tu recebe a visita de alguém, então acho que em aspecto geral era isso, e comparado a outros lugares, clínicas particulares, era muito pior, muito pior, muito pior”.

Ambos os entrevistados citaram que existiram buscas por clíni-

cas alternativas a CSRM, desse modo, os testemunhos demonstram que as famílias não acreditavam que o tratamento da instituição era o mais adequado e que poderia haver melhores. No entanto, a construção das narrativas feitas pelos entrevistados pode explicitar as fronteiras entre as memórias enquadradas e as memórias subterrâneas, assim como, o que é público e o que é privado. Um aspecto que foi marcante em uma das entrevistas foi o receio do julgamento moral. Dora em sua entrevista constantemente deixava claro que, internar seu irmão era a única opção que a família tinha, pois nos momentos de crise não era possível mantê-lo em casa.

Na narrativa de Pedro, a forma como conduziu suas falas não demonstrou o receio do julgamento moral e da culpabilização da família pelas internações da Dalva, mas sim a mudança do discurso em relação a CSRM do início ao fim da entrevista.

[...] e quanto ao Rio Maina é... dentre todo esse contexto histórico né que a gente viu como família, eu sou muito grato à essa estrutura, estar lá nesse momento, não sei né se agora tem outro lugar que atende e substitui o Rio Maina, mas é uma perda muito grande, uma perda muito grande, e com tudo isso né... muito difícil né o que a gente passou, ainda sim o Rio Maina estava sempre ali, os médicos estavam sempre ali, então poderia voltar lá agora para agradecer.

Nesse sentido, o fato da narrativa de Pedro na maior parte do seu testemunho demonstrar uma relação de dor perante a CSRM devido à sua má estrutura e a noção de tratamento à pessoa em sofrimento psíquico, e ao final quando relata que o fechamento da instituição é uma “perda muito grande” pode indicar esse trabalho psicológico de controle entre a memória pública da CSRM e sua memória privada afim de evitar um “mal-entendido”. Já no testemunho de Dora em que as justificativas são constantes, esse trabalho psicológi-

co também é visível e o receio do julgamento moral pode se justificar por ela saber de situações que não são públicas e contradizem aquilo que é oficializado pelo município de Criciúma.

Interpretando essas contradições e receios aparentes nos testemunhos, inferimos que é o próprio movimento de enquadramento das memórias da CSRM que cria fronteiras em que essas memórias subterrâneas ficam presas. Além da possibilidade de identificar os limites entre o enquadramento e o subterrâneo, a história oral nos permite redefinir nossas noções sobre os espaços públicos e privados, por meio do acesso as narrativas da vida privada, e como estes se relacionam (Portelli, 2016). Ao entrevistar familiares e ex-pacientes da CSRM acessamos narrativas da esfera privada, que por muitas vezes se mantem no âmbito familiar por não serem reconhecidas como a história “verdadeira” da instituição, que se encontra dentro da narrativa pública da CSRM. Logo, como as narrativas privadas e subterrâneas não coincidem com as narrativas enquadradas e públicas da instituição, os seus narradores acabam por ser invisibilizados e, talvez, demonstram receios em seus relatos por temerem que suas narrativas não sejam reconhecidas ou que sejam julgadas como falsas perante as “verdades” das memórias enquadradas, ou como ingratidão em relação aos anos de cuidados oferecidos à Dalva a Venâncio.

No entanto, apesar dessa força imposta pelo trabalho de enquadramento das memórias da CSRM, ao longo do processo de pesquisa diversas pessoas que tiveram suas vidas perpassadas pela instituição de inúmeras maneiras colocaram-se a disposição para realizar entrevistas. Mesmo não sendo possível entrevistar todas essas pessoas, inferimos que existe uma emergência em falar sobre essa temática e sobre a CSRM. As memórias subterrâneas dessas pessoas que se dispuseram em participar do trabalho revelam a necessidade de falar

e o desejo de também ser protagonista dessa história.

Referências

- AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Disponível em: https://more.ufsc.br/artigo_revista/inserir_artigo_revista. Acesso em: 18 set. 2024.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 3.657, de 12 de setembro de 1989**. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília: Câmara dos Deputados, 1989. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>. Acesso em: 05 nov. 2024.
- BRASIL, Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Reorganiza a Assistência a Alienados. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html#:~:text=Art.,depois%20de%20provada%20a%20aliena%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: 29 nov. 2024.
- BRASIL, Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841. Fundando hum Hospital destinado privativamente para tratamento de Alienados, com a denominação de Hospicio de Pedro Segundo. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-82-18-julho-1841-561222-publicacaooriginal-84711-pe.html>. Acesso em: 30 set. 2024.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 06 abr. 2001. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 13 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 07 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília, DF, 2002a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 07 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002**. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define a estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Brasília, DF, 2002b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anexo_legis.pdf. Acesso em: 05 nov. 2024.

CAROLA, Carlos Renato. **Dos subterrâneos da História**: as traba-

lhadoras das minas de carvão de santa catarina (1937-1964). Florianópolis: Editora da UFSC, 2002.

COLOSSI, Antonio Miguel Elias. **Hospital do Rio Maina - Fim de uma História. Santo Agostinho Complexo de Saúde. Início de um Novo Tempo.** Criciúma: Secretaria Municipal de Educação de Criciúma, 2023.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA - CNJ. Resolução n° 487, de 15 de fevereiro de 2023. Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original2015232023022863fe-60db44835.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2024.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

MENDES, Rita de Cássia. **Casa de Saúde Rio Maina:** “cuidado com a cambreta”. 2001. 41 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em História Local e Regional, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2001.

NUNES, Aretusa Dagostin. **A CASA COR-DE-ROSA: REPRESENTAÇÕES DA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA DE RIO MAINA (1968 –1978).** 2005. 44 f. Monografia (Especialização) - Curso de História Social e História Cultural, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2005. Disponível em: <https://bib.unesc.net/pergamumweb/vinculos/000028/00002863...pdf>. Acesso em: 18 set. 2024.

PAULIN, Luiz Fernando; TURATO, Egberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 241-258, ago. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/D9pDGYcrYXDJ7ySYkLyRkpt/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 06 ago. 2023.

- POLLAK, Michael. Memória, Esquecimento, Silêncio. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 3-15, jan. 1989. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/issue/view/306>. Acesso em: 01 jul. 2023.
- PORTELLI, Alessandro. **História oral como arte da escuta**. São Paulo: Letra e Voz, 2016. Tradução de Ricardo Santhiago.
- SCHNEIDER, Daniela Ribeiro; BUDDE, Cristiane; FLORES, Karla Castillo; PEREIRA, Rafael; TORRES, Eliane Regina Ternes. Políticas de saúde mental em Santa Catarina nos anos 1970: vanguarda na psiquiatria brasileira?. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 553-570, jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/fCxWxkXPqQCHvLThbVgNngP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 out. 2024.
- ZORTÉA, Maria Clara Ramos. **A Casa de Saúde do Rio Maina em Criciúma/SC: outros sujeitos, outras memórias, outros protagonismos**. 2024. 59 f. TCC (Graduação) - Curso de História, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2024.

A memória da saúde como patrimônio universitário: contribuição do acervo do Centro de Memória da Medicina da UFMG para a história sífilis no Brasil

Gabriella Carolyna Alves Vieira
Ráisa Mendes Fernandes De Souza

1 Introdução

A sífilis é uma doença bacteriana sistêmica, sendo seu agente etiológico o *Treponema pallidum*, descoberto em 1905. Constituem-se como vias de transmissão na sífilis a sexual e a vertical (BRASIL, 2022). Seu nome remonta à lenda de Sífilo, pastor que, por insultar o deus Apolo, recebeu tal moléstia como punição, vinda para ele por meio dos raios de sol.

Sua origem é incerta, porém os primeiros relatos da doença são de Nápoles, na Itália, a partir de onde, supõe-se, a doença teria se espalhado para Europa, destacadamente, no final do século XV, e, posteriormente, com as Grandes Navegações, para as Américas. Sugere-se, no entanto, que a moléstia já poderia acometer de modo importante o ser humano antes desses relatos, considerando que muitos entre os casos de hanseníase apontados na Idade Média poderiam ser, na verdade, sífilis secundária não diagnosticada.

Independentemente da origem, fato é que, no Brasil do final

do século XIX e início do século XX, tal moléstia tomava proporções alarmantes, desencadeando maiores estudos e debates, por exemplo, por meio do ensino da sifilografia nas cadeiras de dermatologia e sifilografia nos cursos de Medicina dos estados do Rio de Janeiro e da Bahia na década de 1880. Nessa época, a doença era abordada com viés eugenista, sob uma perspectiva de regulação do sexo e estabelecimento de padrões morais como base para seu combate, concebendo-a como flagelo que produzia monstruosidades, acometendo, sobretudo, indivíduos promíscuos, com padrões sexuais desregrados (NASCIMENTO; CARVALHO, 2004)

Nesse cenário, no entanto, começaram a ganhar espaço também novas abordagens, que propunham educação sexual e propaganda como ferramentas mais efetivas, o que passou a render frutos a partir da década de 1920, com a medicina social e as campanhas educativas. Com uma presença tão marcante dessa enfermidade no contexto brasileiro, a comunidade médica que residia no país produziu, apesar das limitações tecnológicas da época, literatura técnica e científica no intuito de registrar casos e buscar soluções para o tratamento da sífilis.

As publicações que sobreviveram ao tempo, atualmente, estão abrigadas em museus, bibliotecas, arquivos e memoriais brasileiros, como testemunhas da história da saúde do país. O presente trabalho tem como objetivo geral investigar qual a contribuição do acervo do Centro de Memória da Medicina (Cememor) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) para a compreensão da história da sífilis no Brasil até a década de 1920. Os objetivos específicos são: reforçar a importância de uma parcela do patrimônio histórico universitário para a história da saúde no Brasil; analisar os vestígios do posicionamento da comunidade médica brasileira no passado em

relação à sífilis, perante a alta taxa de indivíduos infectados e, por fim, contribuir para as discussões acerca da evolução da ciência no país.

É importante considerar que se trata de um período conturbado, em que dois cenários se opunham: de um lado, a propagação desenfreada da doença e, de outro, os incipientes esforços para desvendar sua etiologia, fisiopatologia e tratamento.

2 Procedimentos metodológicos

Trata-se de uma pesquisa documental quanti e qualitativa, que buscou analisar o conteúdo de todas as obras bibliográficas do Cememor escritas em língua portuguesa e publicadas no Brasil até o ano de 1929, catalogadas até 2022 e que trouxessem o nome da enfermidade logo em seu título. Como o acervo ainda está em fase de organização, é possível que futuramente surjam mais títulos que se encaixem nesse recorte.

Por meio do sistema “Pergamum” de bibliotecas da UFMG, filtrando a busca para materiais do acervo do Cememor, chegou-se ao corpus de 10 obras, datadas entre 1884 e 1929.

Esse recorte temporal foi escolhido com vistas a investigar a compreensão da doença antes e depois de um período crítico na história, principalmente após a Primeira Guerra Mundial, marcado por um avanço técnico-científico considerável. No que se refere à compreensão da sífilis, tem-se como destaques, nesse período, a evidênciação do seu agente etiológico, o *Treponema pallidum* ou *Treponema de Schaudinn-Hoffmann*, como era conhecido na época; a síntese dos compostos arsenicais por Paul Ehrlich e a descoberta da penicilina por Alexander Flaming.

3 Revisão da sífilis no Brasil e no mundo

A revisão da história da sífilis no Brasil e no mundo reúne grandes marcos não somente do passado da doença em si, como também da história da Medicina, permitindo visualização de amplo panorama de eventos históricos na área da saúde. Nesse sentido, evidenciam-se como aspectos conhecidos através da história das sífilis: os estigmas que cercam as doenças sexualmente transmissíveis; o surgimento de normativas éticas reguladoras dos ensaios clínicos; a importância dos métodos de prevenção e rastreamento no controle das doenças bem como os desdobramentos negativos da negligência sociopolítica para o controle das doenças.

Em relação aos estigmas envolvendo as doenças transmissíveis, é possível verificar sua presença desde os primeiros esforços para conhecer e descrever a doença, havendo variadas terminologias, disseminadas por países diferentes, cada nação atribuindo à outra a responsabilidade pela origem da doença. Os franceses descreviam a sífilis como “doença italiana”, enquanto os italianos a denominavam “doença francesa”; na literatura russa, havia o termo “doença polonesa”, já o nome “doença cristã” era popular entre turcos, muçulmanos e povos árabes. Dessa maneira, os esforços se voltavam para a disseminação de termos que culpabilizavam uma nação inimiga pela doença mortal que acometia indivíduos de padrões morais desregrados, imagem que tinham da sífilis na época.

Nesse contexto, as múltiplas terminologias atribuídas à sífilis em seus primeiros relatos associam-se às raízes da xenofobia no contexto das doenças que perdurou ao longo dos séculos, havendo exemplos recentes, como a AIDS no século XX ou o surto de H1N1 em 2009, de como as doenças rotuladas por nacionalidade podem provocar desprezo e medo, impondo ainda mais barreiras a seu en-

frentamento. (KOUSOULIS, 2014)

Outro aspecto de relevância na história da sífilis foi o estudo de Tuskegee, conduzido por quarenta anos (entre 1932 e 1972), com mais de quatrocentos afro-americanos portadores da doença, realizado pelo Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos. Nele, com o objetivo de estudar a evolução da doença, não foi oferecido aos participantes da pesquisa tratamento adequado. Apesar de nenhuma punição ter sido atribuída aos envolvidos nesse estudo, que violava princípios básicos da ética médica, houve, após ele, maior interesse na elaboração de regulamentos para a pesquisa com seres humanos e na criação de organizações governamentais e institucionais de monitoramento, para evitar recorrência de abusos de tal magnitude. (REVERBY, 2001)

As estratégias de controle da propagação da sífilis ganharam força após a descoberta da penicilina, mais especificamente a partir de 1943, quando ela se tornou disponível para o tratamento da doença, sendo empregada inicialmente, de maneira adjunta aos compostos arsenicais e, em seguida, em substituição a eles, sendo a base do tratamento da sífilis até hoje. Com isso, tendo em vista que a penicilina promove cura completa da doença, quando aplicada adequadamente, as estratégias de controle se tornaram mais efetivas e o rastreamento da enfermidade se tornou uma prioridade. (GREEN, 2001)

Notoriamente, após a Segunda Guerra Mundial, devido ao rastreamento de grupos específicos, tais como doadores de sangue, pacientes hospitalizados e gestantes, somado às ações de educação pública e à maior disponibilidade do tratamento adequado, houve redução significativa dos casos de sífilis no mundo. No entanto, novos picos da doença nas décadas de 1980 e 1990 entre hispânicos, negros, usuários de drogas e trabalhadores do sexo chamaram a atenção para

necessidade de reformas.

Nesse cenário, é possível elencar variados desafios, que devem ser considerados na elaboração de políticas públicas. Os determinantes sociais da saúde se colocam como ferramenta chave no controle da sífilis atualmente, e, assim, para enfrentá-la em cada um dos segmentos populacionais de interesse, é preciso buscar estratégias variadas, considerando as características próprias de tais grupos, mantendo a triagem sorológica e a atividade dos veículos de educação pública.

O conhecimento histórico da sífilis permite, portanto, a análise de múltiplos elementos que compõem o panorama de saúde mundial, se colocando, também, como ferramenta essencial no enfrentamento da doença atualmente.

4 Os primeiros indícios da sífilis e sua incidência no Brasil

A sífilis é, atualmente, uma doença que apresenta altas taxas de cura com o tratamento adequado, havendo grande conhecimento sobre seu agente etiológico, a bactéria em formato de espiroqueta denominada *Treponema pallidum*; sobre suas formas de transmissão, incluindo tanto a propagação horizontal como a vertical da doença; sobre as principais manifestações clínicas, sendo elas bem estruturadas em fases primária, latente recente, latente tardia, terciária e neurosífilis; sobre o diagnóstico, que combina as manifestações características aos testes treponêmicos e não treponêmicos de alta acurácia e, por fim, sobre o tratamento, cujo medicamento de primeira linha é atualmente a benzipenicilina, variando entre as formas benzatina, procaína e cristalina, conforme a caracterização do quadro.

No entanto, apesar de todo o arsenal disponível atualmente para o manejo da sífilis, tal conhecimento é relativamente recente, uma vez que a descoberta da enfermidade ocorreu em 1905, pelo

zoologista Fritz Schaudin e pelo dermatologista Paul Erich Hoffman.

Alfred-Jean Fournier nasceu em Paris, em maio de 1832, sendo um dos estudiosos franceses da sífilis de maior notoriedade nos últimos 30 anos do século XIX. Era um dermatologista dedicado ao estudo das doenças sexualmente transmissíveis e ganhou destaque por dividir a sífilis nas fases primária, secundária e terciária, caracterizando cada uma delas; por defini-la como causa mais comum da *tabes dorsalis* e por descrever com maiores detalhes a sífilis congênita. Faleceu em 1914.¹⁸

Paul Ehrlich, por sua vez, foi um médico alemão, nascido em março de 1854, sendo conhecido por seus estudos a respeito dos variados mecanismos imunológicos. Recebeu destaque por descrever as células granulares, incluindo basófilos, eosinófilos e neutrófilos; por desenvolver testes para a detecção sérica do *Mycobacterium tuberculosis* e por estudar intensamente alguns fármacos, sendo atribuída a ele a síntese e aplicação do salvarsan e do neosalvarsan para tratamento da sífilis, a partir de 1910. Ao longo de sua carreira, recebeu numerosas premiações, incluindo, em 1908, o Prêmio Nobel de Medicina pelo seu trabalho na imunologia. Faleceu em 1915.¹⁹

5 Contribuições do Acervo Bibliográfico do Cememor para compreensão da sífilis

A reforma universitária de 1971 elencou a importância da criação de maior vínculo com as reais necessidades de saúde da população, o que incluía aperfeiçoamento do conhecimento espacial e temporal da realidade médica no Brasil. Dessa forma, a disciplina de História da Medicina foi incorporada na Faculdade de Medicina da UFMG e, com o objetivo inicial de integrar o seu campo prático, em

1977, o Cememor foi inaugurado.

Atualmente, o centro conta com um acervo que inclui livros, teses de diferentes épocas; fotografias; maquinários e instrumentos médicos antigos; dentre outros artefatos que contam a história da Medicina sob perspectiva mundial, porém, notadamente, indicando as repercussões locais dessa progressão histórica.³

Os textos encontrados no acervo permitem, de forma geral, observar como se deu a compreensão da doença em relação ao agente etiológico, à forma de transmissão, às principais manifestações clínicas, ao diagnóstico e ao tratamento.

5.1 Agente etiológico

As publicações presentes no centro permitem observar a evolução sobre a compreensão da sífilis pela comunidade médica ao longo do tempo. Constituindo-se como o trabalho mais antigo existente no acervo, a tese de Pereira (1884) demonstra o terreno obscuro em que a comunidade médica se encontrava perante a compreensão da enfermidade. Ao longo do texto, o autor se refere ao agente da doença como “vírus sifilítico”, o que representava uma lacuna significativa quanto ao entendimento da época, que se repercutia em outros campos. Nessa mesma tese, destaca-se que o diagnóstico era feito, exclusivamente, através das manifestações clínicas, ou seja, explícitas, da sífilis, o que representa um déficit importante, visto que se trata de doença com períodos de latência que podem se estender por décadas. Como consequência, numerosos indivíduos permaneciam subdiagnosticados, o que pode ser comprovado nesse mesmo trabalho por meio de suas discussões sobre a sífilis congênita. Atualmente, sabe-se que a doença é transmitida pelas gestantes infectadas a seus filhos por via transplacentária, no entanto, no fim do século XIX, quando o

Treponema pallidum ainda não havia sido detectado, restava a dúvida sobre como os filhos de pais com sífilis herdavam a doença, haja vista que muitas mães sifilíticas, como é visto nos relatos apresentados, se encontravam, possivelmente, em período latente, ou seja, estavam imunes à detecção da doença com as ferramentas de observação clínica disponíveis na época.

Esse cenário sofreu modificações após 1905, sendo que os trabalhos seguintes, todos datados do período pós-descoberta do agente etiológico, trazem a adequada descrição do agente nomeado inicialmente como *Treponema* de Schaudinn-Hoffmann. A partir de então, destacam-se os testes diagnósticos, principalmente aquele denominado de reação de Wassermann, possibilitando a detecção da bactéria naqueles indivíduos que se encontravam em fase latente.

5.2 Diagnóstico

Uma transição marcante é percebida após a descoberta do agente etiológico da sífilis do ponto de vista diagnóstico, já que, após a evidenciação do *Treponema pallidum* nas lesões sifilíticas, surgem testes diagnósticos sorológicos como a reação de Wassermann. Antes dela, como se vê no texto de Pereira (1884), o diagnóstico se embasava nas manifestações sifilíticas atuais ou pregressas, o que não permitia a avaliação diagnóstica e o controle terapêutico adequados, uma vez que a sífilis apresenta períodos de remissão.

Entretanto, a partir da reação de Wassermann, apontado já em Scholl (1911), esse cenário se modifica. Nessa tese, que se dedica ao estudo da sífilis congênita com repercussões no sistema nervoso central, o autor evidencia o uso do método utilizando o líquido cefalorraquidiano, que, juntamente com as manifestações típicas, fechavam o diagnóstico da neurosífilis na época.

Martins (1913), por sua vez, traz maiores detalhes sobre a forma de preparo de uma outra reação sorológica, conhecida como luetino-reação, tendo em vista que a sífilis era também denominada “lues”, sendo os portadores da infecção conhecidos como “luéticos”. O material para aplicação do teste era obtido através de culturas mortas do *Treponema pallidum*, sendo, em seguida, injetado, por via intradérmica, naqueles que eram testados. Comparativamente à reação de Wassermann, cujos antígenos eram obtidos a partir de amostras de fígado de fetos infectados, ela sofria menos influência do tratamento empregado, no entanto, era menos constante nas sífilis primária e secundária.

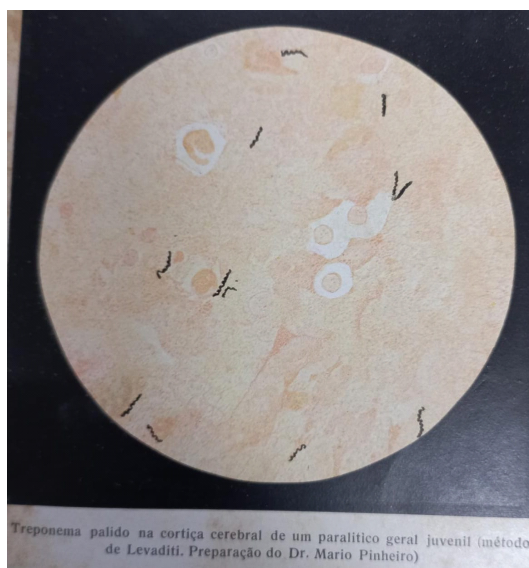
Sertã (1919) pontua que o agente poderia ser detectado pela microscopia com uso de coloração especial ou, ainda, por ultramicroscopia sem necessidade de coloração, o que evidencia importantes avanços. O autor também apresenta uma outra reação possível de ser aplicada para diagnóstico da sífilis, conhecida como reação de Meinicke, a qual utilizava os mesmos princípios das reações utilizadas até então, como a reação de Wasserman, porém exigindo maior simplicidade do ponto de vista técnico nos resultados seguros para sífilis hereditária e sífilis adquirida e na positividade precoce da reação, conservando a especificidade da reação de Wassermann.

Mayrink (1920) e Freiha (1921) também citam o valor diagnóstico da reação de Wassermann, aplicada, para os casos com acometimento do sistema nervoso central, tanto no sangue como no líquido cefalorraquidiano. Destaca-se, também, a aplicação, já naquela época, de testes ainda hoje utilizados, como a análise da proteinorraquia e da celularidade do líquido.

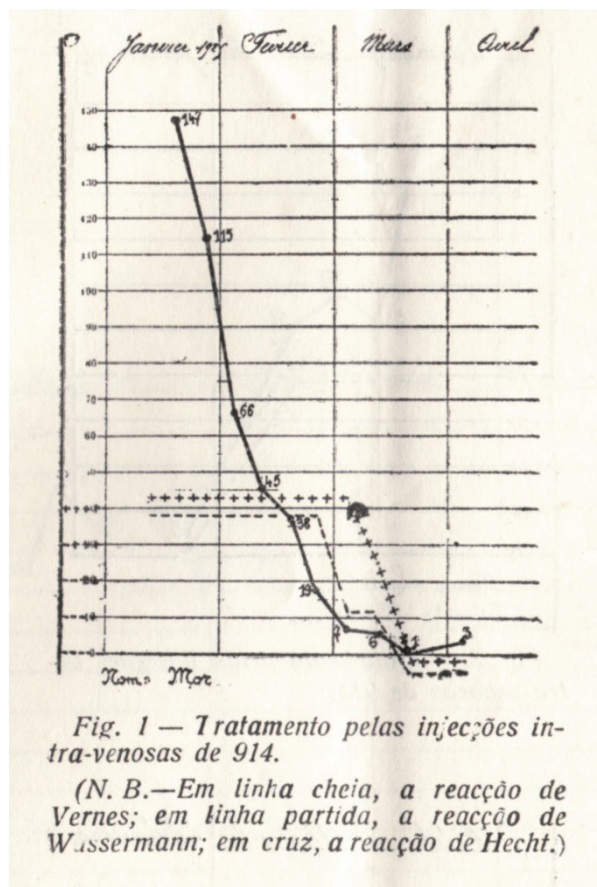
Guerra (1921) revela a importância da descoberta da reação de Wassermann, uma vez que com ela foi possível vencer uma gran-

de etapa nas dificuldades diagnósticas, se firmando como elemento indispensável nos exames complementares fornecidos pelos laboratórios.

A tese “Da Neurosífilis-parenquimatosa e seu tratamento”, de 1921, traz a imagem de uma lâmina de amostra do córtex cerebral de um indivíduo paralítico infectado pela sífilis, evidenciando as espiroquetas entremeadas no parênquima:



Os testes sorológicos e sua aplicação, por fim, são destacados no texto de Simon (1926), que avalia diferentes provas diagnósticas disponíveis na época e seu valor específico. Para a análise, o autor comparou as reações de Wassermann, Vernes e Hetch, concluindo que a primeira seria a mais apropriada para verificar a eficácia terapêutica dos medicamentos empregados. Os resultados dessa análise são expostos em gráficos manuscritos, reproduzidos ao fim da tese, conforme o exemplo abaixo.



Araújo (1928) chama a atenção para a possibilidade da leishmaniose tegumentar ser confundida com sífilis, pelo fato das duas enfermidades apresentarem lesões parecidas nos doentes. O autor pontua que a quantidade e localização das lesões pode ser um fator determinante no diagnóstico, uma vez que a reação de Wasserman pode gerar falso positivo para a sífilis, se tratando na verdade de leishmaniose.

5.3 Transmissão

Naquela época, percebeu-se o maior peso da observação clínica

para a produção do conhecimento científico médico, uma vez que se carecia de recursos técnicos diagnósticos e terapêuticos mais elaborados. Mesmo com as limitações tecnológicas existentes, Pereira (1884) busca sempre o rigor científico para embasar suas reflexões. Como exemplo, o autor discute sobre os perigos de submeter a observação à teoria, considerando os vieses que isso poderia gerar já que esse erro comprometeria a veracidade dos resultados observacionais.

Assim, por mais que faltassem muitos recursos e conhecimentos, a comunidade médica tentava manter o método científico em bases sólidas quanto ao mapeamento das doenças. Por outro lado, no cenário da época, visto que muitos enfermos apresentavam, possivelmente, sífilis latente subdiagnosticada e início da doença, as conclusões obtidas por meio da observação dos casos ficavam comprometidas.

Quanto à transmissão, Pereira (1884), discute o nível de influência de cada um dos progenitores na existência da sífilis congênita, uma vez que nasciam indivíduos com sífilis em diferentes cenários, seja com apenas um dos pais aparentemente doente ou com histórico da doença, seja com ambos nessa situação. Pereira (1884) já sinalizava a mãe como transmissora mais significativa, justificando essa maior influência com base no tempo de contato estendido do organismo materno com o do bebê, ao passo que a influência paterna cessaria após a fecundação.

Uma observação de Pereira (1884) que, mais tarde, poderia lançar maior esclarecimento sobre a necessidade do fator materno para a forma congênita era a sífilis adquirida pelas amas de leite que alimentavam crianças doentes, o que se manifestava por meio de canchros mamários. O autor constatou, no entanto, que apenas as amas apresentavam esses incidentes, os quais não eram vistos nas mães das

crianças. Isso, hoje se sabe, se deve à presença obrigatória da sífilis na mãe para que seja gerada uma criança com a doença, o que conferiria certa imunidade a elas contra as manifestações cutâneas primárias apresentadas pelas amas. Entretanto, naquela época, acreditava-se que a mãe era imunizada pela sífilis do feto, ao que davam o nome de sífilis por concepção.

Ao longo das outras obras analisadas, não se discute diretamente sobre a via de contágio sexual da sífilis, exceto na obra de Araújo (1928), que será destrinchada mais adiante.

A tese de Scholl (1911) não cita a via sexual diretamente, porém define a doença como uma moléstia social, recomendando que indivíduos tratados inadequadamente ou não tratados não se casassem, o que revela que a transmissão por contato sexual já era conhecida. Já no trabalho de Pereira (1884), por exemplo, o autor expõe a dificuldade de serem coletadas as histórias pregressas dos progenitores envolvidos, tendo em vista os estigmas que cercavam qualquer doença sexualmente transmissível naquele período. Essa mesma problemática é exemplificada em trechos de outras obras, como no fragmento abaixo, extraído de Guerra (1921):

Na anamnese dos metasifilíticos é sempre difícil provar a afecção luética, porque nas mais das vezes o doente esconde a verdade do facto, quando não se aborrece com o médico, em pensar que ele tem sífilis – taxando-o de imprudente pela sua maneira de ver ou de interpretar os sintomas da moléstia [...] É muito comum entre nós esta revolta contra a afirmação da etiologia sifilítica na clínica civil, sendo mais expressivas nos provincianos pelo preconceito de honrabilidade da família. Conhecemos vários casos nos quais os luéticos esbravejam, tripudiam e se revoltam contra as prescrições médicas.

Ainda em 1920, Mayrink acreditava que a sífilis congêni-

ta poderia vir de qualquer um dos progenitores da criança. A via transplacentária, no entanto, fica mais esclarecida na tese de Braille (1929), que revela o conhecimento, na época, de que o *Treponema pallidum* poderia atravessar a placenta.

Ao longo das teses, em geral, nota-se certo pudor ao se discutir tal assunto, com raras e curtas discussões associadas. Além disso, quase todos os textos analisados possuíam recortes diferentes, sendo que, com exceção do trabalho de Pereira (1884), os demais se limitavam às manifestações clínicas particulares recém-identificadas, aos testes sorológicos empregados na detecção da doença e aos medicamentos utilizados em seu tratamento. Nesse sentido, pouco destaque era dado à via de transmissão da sífilis na maioria das obras encontradas.

A obra de Araújo (1928) merece destaque por ser a única a investigar a origem da transmissão da sífilis por meio de publicações históricas. Ele sugere o início da doença no Brasil a partir da colonização, sendo os colonizadores portugueses e franceses os responsáveis por trazerem essa enfermidade para o território brasileiro. O autor faz um trocadilho afirmando que a “a civilização é a syphilização”, pois, para ele, a contaminação por sífilis é um produto natural da dinâmica da colonização. O autor também mostra preocupação com a transmissão da doença por via sexual, associando a incidência da enfermidade principalmente com a prostituição. Araújo (1928) também reconhece que a população masculina era a mais infectada por ter, naturalmente, mais parceiras sexuais ao longo da vida, ao contrário das mulheres, que em sua maioria não tinham relação com o meretrício. Após uma significativa revisão de literatura, o autor passa a relatar observações extraídas da análise de 792 casos de enfermos na cidade do Rio de Janeiro. Araújo também discorda das alegações de

Moniz de Aragão para a Academia Nacional de Medicina de Paris, afirmando que a enfermidade não assolava a maioria da população no Brasil e que a doença não tinha maior incidência na população negra. Araújo (1929) se justifica afirmando que, pelo menos no Rio de Janeiro, as manifestações cutâneas foram identificadas em cerca de apenas 10% da população e que essa parcela era, em sua maioria, homens brancos portugueses.

5.4 Manifestações clínicas

As manifestações clínicas da sífilis congênita ou adquirida já eram amplamente conhecidas e descritas com rigor no período analisado, sendo tema em destaque dos textos de Pereira (1884), Scholl (1911), Martins (1913), Mayrink (1920), Guerra (1921), Ramos (1929) e Braille (1929).

Pereira (1884) coloca em evidência os sinais e sintomas da sífilis congênita, cujas manifestações são de caráter sistêmico e mais acentuado, diferentemente das lesões cutâneas típicas da sífilis adquirida em suas fases primária e secundária. A pele de aspecto enrugado, o raquitismo, a coriza abundante e as alterações ósseas e dentárias são algumas dentre as características marcantes da sífilis congênita que são descritas de forma detalhada.

As repercussões da sífilis congênita no sistema nervoso central são descritas, destacadamente, por Scholl (1911), Mayrink 1920 e Guerra (1921). Nesses trabalhos, são apresentadas as alterações geradas pela neurosífilis, como convulsões, epilepsia, atraso no desenvolvimento e no crescimento, paralisias, marcha tardia, alterações nos reflexos neurosensoriais e hidrocefalia. Guerra (1921) acrescenta que as lesões poderiam surgir muitas décadas depois da lesão primária, apresentando com detalhes alguns relatos de casos, com discussão

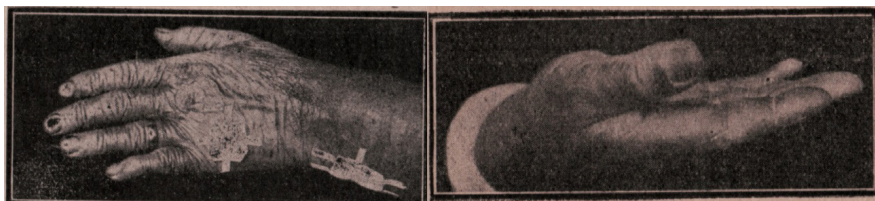
aprofundada sobre as correspondências anatomoclínicas e revelando o domínio, já muito avançado, da semiologia e da anatomia na época.

Martins (1913) traz uma discussão instigante sobre as repercussões renais da sífilis, ao que denominavam “terciarismo renal”. No período, a comunidade médica supunha que, tendo em vista que o rim é o responsável pela depuração do sangue, esse órgão sofreria a ação dos agentes nocivos da sífilis. Há relatos, nessa tese, de que as nefrites sifilíticas ocorriam com uma frequência ainda desconhecida, o que mudou com a introdução das novas modalidades diagnósticas, com destaque para a soro-reação de Wassermann, evidenciada ao longo de vários textos analisados. A partir daí, iniciaram a testagem geral dos pacientes com doença renal crônica, sendo verificada, posteriormente, prevalência importante da sífilis entre eles. Por fim, Martins (1913) discute sobre a origem da lesão renal na sífilis, considerando que o tratamento, à base de mercúrio na época, poderia também causar essas manifestações.

Araújo (1928) faz um apanhado geral dos principais sintomas, confirmando a sífilis papulolenticular, sífilis papulo-escamosa e neurosífilis como as mais recorrentes. Os sintomas de todas variavam entre dores articulares, sintomas depressivos, confusão mental, delírios, catatonia, esquizofrenia, demência paralítica, miocardite e pulmonarite.

Ramos (1929) traz a descrição, inédita para a época, de uma forma particular de sífilis que acometia as extremidades, caracterizada por lesões progressivas e perturbações pigmentares, aspecto atrófico da pele, eritema ceratósico, que, em geral, se confirmavam como de etiologia sifilítica devido à positividade da reação sorológica de Wassermann e à resposta terapêutica. A seguir, estão presentes imagens de dois casos que são descritos.

Figura 3: Mão de uma mulher e de um homem com sífilis nas extremidades



Fonte: Ramos (1929, p. 3).

Figura 4: Pé de uma mulher e de um homem com sífilis nas extremidades



Fonte: Ramos (1929, p. 4)

5.5 Tratamento

O tratamento da sífilis, atualmente, é realizado com a benzepenicilina, nas formas benzatina, procaína e cristalina. A penicilina foi descoberta em 1928, por Alexander Fleming, no entanto, sua utiliza-

ção no tratamento da sífilis ganhou espaço apenas após a década de 1940. Assim, nos textos apresentados nessa pesquisa, a penicilina não é citada, no entanto, é possível observar a evolução inicial no tratamento a partir da síntese dos compostos arsenicais como o salvarsan, também chamado de “606”, por ter sido a 606ª substância produzida por Paul Ehrlich em seus testes; e para o neosalvarsan, ou 914, nomeado conforme a mesma lógica (TAMPA, 2014).

Inicialmente, como se evidencia na tese de Pereira (1884), o tratamento empregado na sífilis era baseado em mercúrio, administrado por via oral, cutânea ou mista. Essa substância, sabidamente tóxica, produzia a cura aparente das lesões da sífilis, sem, contudo, erradicar a doença.

A arsênamina, princípio ativo do medicamento comercializado como Salvarsan, foi sintetizada por Paul Ehrlich em 1910, sendo aplicada, a partir desse ano, no tratamento da doença. Os textos de Scholl (1911), de Martins (1913) e de Mayrink (1920) mencionam o uso do Salvarsan e do Neosalvarsan como medicamentos de escolha no período.

De acordo com Freitas (1921), o tratamento mercurial era o mais eficaz, na época de sua publicação, para as meningites de origem sífilítica, uma vez que a eficácia dos arsenobenzois, nesses casos, era questionada.

Outros compostos foram também aplicados no tratamento da sífilis, como o bismuto e o treparsol, que era também um composto arsenical, como destacam Flamini (1923), Pittella (1924) e Barros (1925). O texto de Pittella (1924) aponta a emergência de um novo composto, o bismuto, resultado dos trabalhos de Sazerac e Levaditi, como ativo treponemicida. No entanto, a supremacia dos arsenobenzois era evidente, como fica claro no trecho abaixo:

O estudo experimental da actividade dos três medicamentos antisiphilíticos tem demonstrado que a dose esterilizante dos arsenobenzoos, relativamente alta, mas afastada da dose tóxica, é facilmente atingível, enquanto o mesmo não acontece com o mercúrio e com o bismutho, cuja dose é mais elevada e vizinha da dose toxica (PITELLA, 1924)

A presença de charlatões que prometiam tratamentos milagrosos para todas as enfermidades, inclusive a sífilis, ofuscavam a adesão pela população ao tratamento pelos medicamentos já utilizados pela comunidade médica e promoviam o alastramento da doença. O autor manifesta sua indignação pela impunidade desses considerados criminosos e que divulgavam livremente seus anúncios de curas em jornais, cartazes pela cidade e até mantinham contato com os médicos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Araújo (1929) reconhece que um algum medicamento comercializado por esses chamados curandeiros poderia surtir efeito em alguém, o que não garantia que ele fosse eficiente para a população inteira, reforçando a necessidade do reconhecimento da eficácia do remédio pela comunidade médica.

6 Conclusão

A observação histórica da estruturação do conhecimento médico sobre a sífilis a partir dos textos selecionados permite que se observe a preocupação da comunidade médica com o rigor no método científico, sobre o qual a ciência médica se estabeleceu. Ademais, a leitura atenta das teses selecionadas permitiu verificar o avanço técnico como determinante para a história das doenças., o que resulta em um ciclo em que cada passo constitui pilar para as próximas conquistas. No contexto da sífilis, foi evidente o progresso em seu entendimento a partir, por exemplo, da descoberta de seu agente etiológico.

A obra de Araújo (1928) se mostrou como a mais completa do

recorte, por sua preocupação com o rigor científico em seu tratamento. O autor também defende o uso de dados estatísticos para subsidiar conclusões genéricas, contestando as afirmações de Egas Moniz de Aragão sobre a sífilis ter maior incidência na população negra.

No cenário atual da ciência, as evidências que contribuem para a construção do conhecimento são hierarquizadas conforme seu valor, estando entre as ferramentas de menor peso de evidência os relatos de caso e a experiência clínica, ao passo que, dentre os recursos mais valorizados, destacam-se as metanálises e as revisões sistemáticas. Esse cenário se contrapõe ao observado nas obras históricas analisadas, em que se valorizavam, principalmente, os relatos de caso e a opinião de especialistas da época. Apesar disso, é possível verificar certo progresso científico nessa concepção com o passar do tempo, conforme o que se percebe através da construção do raciocínio e do embasamento nos textos mais recentes.

Nesse sentido, tendo em vista a valorização da opinião de especialistas, são abordados, ao longo das obras analisadas, diversos nomes da época, que se destacavam por seus estudos sobre a sífilis como Alfred Fournier e Paul Ehrlich.

Percebeu-se maior valorização dos relatos de caso, da observação e da experiência clínica, evidências que, atualmente, se tomadas isoladamente, exercem menor influência. Essa hierarquização da evidência científica, desenvolvida ao longo de toda a história, é perceptível na gradual transição dos relatos, com a maior valorização da pesquisa criteriosa com o passar do tempo.

As riquezas contidas nessas obras, tanto do ponto de vista científico, quanto em perspectiva histórica, apontam para a importância da valorização do patrimônio cultural, artístico e científico do país, evidenciando, portanto, a necessidade de incentivo às institui-

ções que se esforçam para conservá-los.

Referências

- BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/protocolo-clinico-e--diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com--infeccoes>. Acesso: 10 jan. 2023.
- NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de.; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres.; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; PIMENTA, Tânia Salgado.; SOUSA, Jorge Luiz Prata de.; BARBOSA, Francisco Ca. **Uma história brasileira das doenças**. Brasília: Paralelo 15, 2004. 337 p.
- KOUSOULIS, A. A.; STAVRIANEAS, N., KARAMANOU, M.; ANDROUTSOS, G. Social aspects of syphilis based on the history of its terminology. **Indian Journal Dermatol Venereol Leprol**. v. 77, n. 3, 2011 May-Jun; p. 389-91. Disponível em: <https://ijdv1.com/view-pdf/?article=df78ff6da12c7fd-654492568f55bcc17VaidBxth7j6kHg==>. Acesso em: 10 jun. 2024.
- REVERBY; S. M. Tuskegee: could it happen again? **Postgrad Med J.**, v. 77, n. 911, sep. 2001, p. 553-4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11524509/>.
- Green T, Talbot MD, Morton RS. The control of syphilis, a contemporary problem: a historical perspective. *Sex Transm Infect*. 2001 Jun;77(3):214-7. doi: 10.1136/sti.77.3.214. PMID: 11402234; PMCID: PMC1744312.

Sobre o Cememor, <https://www.medicina.ufmg.br/cememor/sobre/>, acesso em janeiro de 2023

PEREIRA, Chrispim de Assis. **Syphilis congenita**: influencia relativa dos progenitores na sua produção. Rio de Janeiro: Typographia Carioca, 1884. 117 p.

SCHOLL, Francisco. **Da hydrocephalia heredo-syphilitica**. Rio de Janeiro: Typ. da Revista dos Tribunaes, 1911. 98 p.

SERTÃ, Mario. **Diagnostico da syphilis pela reacção de Meinicke**. Rio de Janeiro: Typographia Leuzinger, 1919. 96 p.

GUERRA, Eurico Gonçalves. **Da Neurosífilis-parenquimatosa e seu tratamento**. Rio de Janeiro: Typ. da Revista Tribunaes, 1921. 220 p.

MAYRINK, José C. **O papel da syphilis na etiologia de epilepsia genuina ou essencial**. Rio de Janeiro: Typographia Leuzinger, 1920. 76 p.

BRAILE, Lino. **Syphilis da placenta**. Rio de Janeiro: Alba Oficinas Graphics, 1929. 64 p.

MARTÍNS, Luciano Irêê de Souza. **Das nefrites sifiliticas**: estudo clinico e terapeutico. Rio de Janeiro: Typ. Besnard Frères. 1913. 89 p.

FREITAS, Iracema Figueira de. **Contribuição ao estudo das meningites syphiliticas na infância**. Rio de Janeiro: Papelaria Americana, 1921. 74 p.

FREIHA, Salomão. **Clinica e tratamento de syphilis nervosa**. Bello Horizonte: Typ. Oliveira & Costa, 1921. 48 p.

RAMOS, J. Sobre uma forma particular da syphilis tardia das extremidades – Syphilide erythro-keratodermica dyscromica, *Brasil-Medico*, n. 12, mar. 1929;

SIMON, Clement. Procura de um teste sorológico para apreciar o

- valor dos medicamentos anti-syphiliticos, **Prophylaxia**, jul. 1926;
- FLAMINI, Mario. **O tratamento da Syphilis hereditária dos lactantes com um novo composto arsenical (treparsol)**. Rio de Janeiro: Livraria Editora Leite Ribeiro Freitas Bastos, Spicer & Cia), data. 15 p.
- PITTELLA, José. Circulação renal e anomalias : (Cadeira de Anatomia Descritiva) ; Diagnose individual das manchas de sangue (Cadeira de Medicina Legal) ; Therapia antisyphilitica e Bismutho (Cadeira de Dermatologia e Syphiligraphia). 1924. 127 p. Tese (revalidação de diploma) - Faculdade de Medicina de Bello Horizonte.
- BARROS, Octavio de. A reabilitação dos ácidos arsinicos (o treparsol na heredo-syphilis), **Diário de Medicina**, out. 1925;
- WAUGH, MA. Alfred Fournier, 1832-1914. His influence on venereology. **The British journal of venereal diseases**, jun. 1974;
- ZIPFEL, Peter; SKERKA Christine. From magic bullets to modern therapeutics: Paul Ehrlich, the German immunobiologist and physician coined the term 'complement'. **Molecular immunology**, out. 2022.
- TAMPA M, Sarbu I, Matei C, Benea V, Georgescu SR. Brief history of syphilis. *J Med Life*. 2014 Mar 15;7(1):4-10. Epub 2014 Mar 25. PMID: 24653750; PMCID: PMC3956094.

SESP - Rio Doce - Cooperação e negociação Internacional Para Controle E Prevenção Da Malária Linha Abaixo - 1942-1948

Luiza Maria de Castro Augusto Alvarenga

Esta narrativa faz parte do trabalho de pesquisa desenvolvido no estágio de pós-doutoramento, cujo objetivo é analisar e descrever como se organizaram as estratégias e o desenvolvimento das ações médico-sanitárias do Projeto Rio Doce para controle das doenças, principalmente a malária e a insalubridade do meio ambiente, no território da Estrada de Ferro Vitória a Minas.

Tendo como contexto a Segunda Guerra Mundial e a cooperação internacional para o combate à malária no Espírito Santo (ES), o projeto Rio Doce foi consequente da necessidade americana de garantir matéria prima para equipamento bélico, minério de ferro e outros, que existiam no Vale do Rio Doce sem possibilidade de escoamento até o Porto de Vitória, devido a precariedade da ferrovia e a dificuldade de sobrevivência dos trabalhadores atacados pelas doenças.

O Projeto Rio Doce desenvolvido pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), a partir do contrato entre os governos brasileiro e americano (CAMPOS, 2006), já acontecia em outras frentes de intervenção e pesquisa no Amazonas, e foi ampliado para o Vale do Rio Doce, com outras diretrizes e estratégias para a Região

Sudeste do país, com diferentes características de clima, vegetação e potencialidades de recursos naturais, no tempo da Segunda Guerra Mundial.

A preocupação dos políticos dos Estados Unidos com a guerra mas também dos empresários com as relações comerciais, se tornou explícita quando o Governo Americano cria um Escritório para Coordenação das Relações Comerciais e Culturais entre as Repúblicas Americanas (ECCCCRA), em agosto de 1940 (CAMPOS, 2006, p. 41), com forte influência de Nelson Rockefeller, que traduzia a política externa norte americana para a América Latina, inspirada nas noções de boa vizinhança e do pan-americanismo, que se efetivou pelos próprios programas de solidariedade e de cooperação intercontinental empreendidos pelo ECCCCRA.

Nesta perspectiva foi articulado um plano de cooperação entre o Brasil e os Estados Unidos da América denominado “Acordos de Washington, compreendia planos de trabalho entre os governos brasileiro e americano. Este Plano de Trabalho tinha como meta promover a expansão econômica brasileira com ajuda norte-americana, desenvolver projeto estruturante de modernização da mina de Itabira e da Estrada de Ferro Vitória a Minas, além de estabelecer um fundo para o desenvolvimento de produção de borracha .

Sob a responsabilidade do governo brasileiro, o Presidente Getúlio Vargas encampou da Companhia Estrada de Ferro Vitória a Minas, confiscando o patrimônio de Percival Farquhar e transformando em Companhia Vale do Rio Doce, com a responsabilidade de remodelar para transportar 1 500 000 toneladas de minério de ferro por ano, até o Porto de Vitória. As obras foram financiadas pelo Eximbank e a reconstrução utilizou pela primeira vez no Brasil, tecnologia americana, com o uso de equipamentos pesados e toda

infraestrutura (GONÇALVES, 2010).

De responsabilidade de ambos os governos, ficou a transferência das terras e jazidas de minério, de propriedade inglesa para o Governo Brasileiro, garantindo-se que a produção do minério seria distribuída para a Inglaterra e os Estados Unidos da América, por um período, por três anos, sob a condução de uma sociedade de economia mista, com capital americano e brasileiro, para explorar as minas de Itabira (BRASIL, 1942; MAYRINK, 2002).

Mesmo com o discurso de promoção do desenvolvimento do Brasil, o foco de toda negociação esteve direcionado, prioritariamente, para as matérias-primas especialmente borracha, manganês, tungstênio e ferro, de interesse dos aliados, durante a Segunda Guerra Mundial. Para que os objetivos estabelecidos na negociação fossem alcançados, isto é, a exportação do minério através do Porto de Vitória, a distância geográfica precisava ser superada através do transporte ferroviário seguro que exigiu a reconstrução da ferrovia Estrada de Ferro Vitória a Minas.

O desenvolvimento desta tarefa requereu manter os trabalhadores no Vale do Rio Doce com condições físicas de trabalhar e naquele.

Serviço especial de saúde pública (sesp) no vale do Rio Doce

Em cada país, as agências cooperativas americanas tinham como nome genérico: Serviços Cooperativos de Saúde, que no Brasil, foi chamado de Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), constituído como uma agência diretamente ligada ao Ministro de Educação e Saúde Gustavo Capanema, sem ter obediência ao Departamento Nacional de Saúde (DNS), com autonomia financeira e estratégica.

A grave situação sanitária do Vale do Rio Doce impedia a reconstrução da ferrovia, a extração e transporte do minério de ferro. Grande parte dos trabalhadores da sofria de malária¹ e estava em precárias condições de assistência e sobrevivência. O diagnóstico da situação foi expresso no relatório do médico americano James Knott, diretor médico do Programa Rio Doce e chamava a atenção para a miséria e insalubridade do meio ambiente, como também para o abandono e as condições de moradia “[...] em que viviam cem a trezentos trabalhadores, morando em barracões cobertos de sapê e sem instalações de água e esgoto, sendo que em cada moradia se abrigavam dez a vinte pessoas” (CAMPOS, 2006, p. 125).

Para a organização das ações de intervenção no Vale do Rio Doce, o SESP caracterizou os projetos seguindo a denominação da divisão dos 977 quilômetros do curso do Rio Doce, sendo dividido em três trechos distintos, o primeiro denominado Alto Rio Doce, da nascente do Rio Xopotó até a barra do seu grande afluente Piracicaba; o segundo denominado de Médio Rio Doce, da foz do rio Piracicaba até a cidade de Aimorés; o terceiro o Baixo Rio Doce, que se estende da cidade de Aimorés, no limite de Minas Gerais e Espírito Santo, até o mar (ARARIPE, 1954).

Tanto no projeto na Região Amazônica como em alguns trechos da EFVM e nas minas de Itabira, foi necessário um programa de aporte nutricional para os trabalhadores (BSESP, 1945), que apresentavam sinais graves de desnutrição em adultos, o que dificultava seu rendimento na extração de minério ou na recuperação da ferrovia. A existência de desnutrição grave que afetou os trabalhadores da EFVM, anteriormente a década de 40, pode ser identificada como

1 Malária- A malária também é conhecida como impaludismo, paludismo, febre palustre, febre intermitente, febre terçã benigna, febre terçã maligna, além de nomes populares como maleita, sezão, tremedeira, batedeira ou febre

condição crônica e grave de saúde a partir do relato dos surtos de Beriberi que aconteceram na ferrovia (Alvarenga, 2023)

A organização das estratégias de enfrentamento das doenças para a grande extensão territorial, desabitada, e que incluía a dinâmica de uma ferrovia, suscitou a imediata criação de pontos de apoio para as atividades de atenção saúde como postos de medicação, Centros de Saúde nas cidades de Governador Valadares (MG), Aimorés (MG) e Colatina (ES) e laboratórios de análises clínicas em Governador Valadares (MG) e Vitória (ES). A escolha das cidades que receberam esses investimentos se deu pela importância que representavam na EFVM, sendo que somente pequena parte da ferrovia pertencia ao trecho denominado Baixo Rio Doce.

Todos os exames da área do Baixo Rio Doce eram encaminhados ao laboratório de Vitória, capital do ES e demais para o laboratório de Governador Valadares (BSESP, 1945), sendo que o laboratório de Governador Valadares foi direcionado às pesquisas de malária - Laboratório de Estudos de Malária - mas manteve uma seção para análises clínicas para apoio dos diagnósticos das enfermidades e o Laboratório de Vitória para exames clínicos e tipagem de larvas.

Pela necessidade cada vez maior do desenvolvimento de atividades mais complexas e abrangentes, devido ao perfil das doenças que se desenvolviam no Vale e a precariedade das cidades com relação à salubridade do meio ambiente, o Programa de Saúde foi separado do Programa de Saneamento. Cada projeto seguiu uma identificação padrão de saneamento ou saúde, o que possibilitava o controle rigoroso dos resultados, como também a distribuição das verbas, preparo do orçamento e confecção de relatórios. O controle orçamentário rigoroso está em todos os relatórios dos programas e assinados pelo Superintendente do SESP e pela representação do IAAI, demons-

trando a responsabilidade partilhada dos resultados entre o IAIA e o governo brasileiro (FSESP, 1944 p. II- 14).

Os códigos padronizados para cada projeto e divisões, foram publicizados na Parte II das normas administrativas de 1944 (FSESP, 1944). Esses códigos identificavam com precisão os relatórios escritos no idioma inglês e português, com exigência técnica rigorosa dos detalhes e aos moldes do modelo usado pela Fundação Rockefeller que já desenvolvia programas de controle de doenças no Brasil através de Campanhas Sanitárias, utilizando um padrão administrativo que se poderia chamar de administração por projetos (PEÇANHA, 1976).

Figura 2- Códigos de controle dos projetos e subprojetos do SESP

As instruções abaixo deverão ser rigorosamente observadas afin de que se possa chegar à desejada padronização.

O Serviço Especial de Saúde Pública é constituído de Divisões e Programas, conforme foi estabelecido no Memorando n° 50 - Revisado - de janeiro 31, 1945.

Esses Programas e Divisões são identificados de acordo com os símbolos abaixo:

Denominação	Símbolo
Divisão de Engenharia	ED
" Enfermagem	NT
" Educação Sanitária	HE
" Médico-sanitária	MS
" Administração	PA
Programa da Amazônia	AM
" do Rio Doce	RD

Os Programas e Divisões consistem de Projetos separados.

Para identificação desses Projetos é usado um código padrão. Este código consiste de 3 elementos, separados por hífens.

O primeiro elemento é o símbolo do Programa ou Divisão. O segundo elemento será formado pelas três primeiras letras do nome da região em que se executará o projeto. Essa região poderá ser uma cidade, área, distrito, município, estado, etc. Quando o nome da região tiver duas palavras deverá-se usar a primeira letra da primeira palavra e as duas primeiras da segunda. O terceiro elemento será um número correspondente à atividade ou grupo de atividades a serem executadas, de acordo com os símbolos abaixo discriminados:

Símbolo	Atividade
1	Administração
2	Almoxarifado
2-A	Administração
2-B	Material
3	Laboratório
4	Operação de Centros de Saúde
5	Operação de Hospitais e Dispensários

Fonte: Br.Fiocruz-Coc/Fsesp/A/00/ES/05

Logo nos primeiros anos de atuação, a presença do SESP foi reconhecida pela população das cidades e povoados cortados pela EFVM, tanto pelo impacto positivo dos resultados, melhoria do acesso a assistência médica, com consultas e tratamento, exames de sangue e de fezes, como pela maneira como os trabalhadores desenvolviam as atividades, com disciplina, segurança e habilidades padronizadas .

O ambiente de disciplina rígida, ganhos financeiros vantajosos² e treinamento técnico, refletiram em resultados rápidos e efetivos no controle das condições de saúde no percurso da EFVM, principalmente no Baixo Rio Doce, com grande parte das comunidades fora do vale do Rio Doce, de Vitória até Barbados, onde as Vilas e cidades eram mais organizadas com acesso fácil aos povoados, o que possibilitou a consolidação dos resultados .

As regras sobre os funcionários do SESP, publicadas na Parte III das Normas do Serviço de Saúde Pública (1944), eram claras, desde os quilos de bagagens transportadas nas viagens até o impedimento de frequentar locais de Jogos de azar (FSESP,1944 p.19) e com validade para todas as categorias de funcionários e interferindo na vida íntima dos ferroviários.

O reconhecimento do rigor disciplinar dos trabalhadores do SESP pela sociedade capixaba, está expresso em alguns documentos e publicado no artigo do jornal Gazeta de Notícias do dia 31/08/1943, sob o título “ Construir com firmeza duradoura”. A reportagem, iniciava afirmando que “Não apenas os técnicos e os administradores

2 As questões trabalhistas tratadas no Decreto lei nº 5592 de 18 de junho de 1943, garantiam a todos os funcionários do SESP, os mesmos privilégios concedidos aos funcionários públicos e servidores do Governo como, isenção de tarifas telefônicas, telegráficas, passagens em ferrovias, rodoviárias e etc., sendo os maiores favorecidos os funcionários designados pelo Ministro de Educação e Saúde e pelo Chefe de Missão, com a designação de Chefes de Divisão.

de produção e indústria, também os sanitaristas **têm tido sua tarefa a cumprir** na mobilização do Vale Rio Doce (Gazeta de Notícias 31/08/1943, p.4).

Ações de prevenção e tratamento no trecho “linha abaixo”

As ações de saúde desenvolvidas pelo SESP tanto no Amazonas quanto no Vale do Rio Doce, tiveram abrangência na área de saúde e do meio ambiente focalizando as atividades em quatro grandes áreas de intervenção. No campo da medicina preventiva com o desenvolvimento de medidas preventivas e profiláticas; no campo da assistência médica com o diagnóstico e tratamento das doenças de maior prevalência principalmente a malária, a helmintíase e a Lepra; no campo da investigação científica o SESP se dedicou ao diagnóstico epidemiológico das localidades com classificação dos agentes patogênicos e identificação dos principais vetores da malária em ambientes ecológicos diversos e na área de saneamento, onde as intervenções foram direcionadas ao tratamento da água, ao destino dos dejetos e do lixo, tendo como forte aliada a educação sanitária.

Figura 1- Linha abaixo – Aimorés (MG) – Colatina (ES) até Vitória (ES)



Fonte. Arquivo Mineiro Documentos Cartográficos

No trecho do Baixo Rio Doce, as atividades mobilizaram um grande contingente de funcionários, entre médicos, engenheiros, visitadoras sanitárias, guardas sanitários e poucos enfermeiros. A maioria dos funcionários do SESP eram guardas sanitários, organizados em equipes, coordenadas por um médico do Programa. Afora as práticas de saúde individuais, o tratamento da água e destino adequado dos dejetos foram além dos acampamentos dos ferroviários, como havia sido estabelecido nos primeiros contratos do IAAI com o Brasil, chegando até as comunidades cortadas pela ferrovia.

Os “guardas” tiveram papel fundamental em todas as atividades de campo. Eram recrutados nas comunidades e passavam por treinamento especial, com rigor na capacitação técnica e no comportamento ético. As atividades eram supervisionadas por um agente que ao fim do dia avaliava os trabalhos. Os uniformes continham em si

expressão de farda, o exercício da autoridade, já explicitada no próprio nome da função. Recebiam treinamento específico conforme as atividades que iriam executar.

O “guarda medicador” fazia distribuição de medicamentos com finalidade profilática, viajava pelo interior dos estados ou era encarregado dos Subpostos de medicação, o “guarda sanitário” tinha muitas funções, desde de desenvolver o censo populacional até as avaliações e orientações para as condições de acesso a água, destino dos dejetos, condições das moradias; o “guarda anti- malárico” tinha sob sua responsabilidade as ações de pesquisa e combate de larvas e mosquitos adultos, aplicação de DDT e etc...(Brasil, FSESP,1948). O “guarda medicador”, também poderiam implementar controle de mosquitos em suas horas vagas, desde que próximo aos postos de medicação.

O Guarda Sanitário foi de extrema importância nos primeiros anos de atividade de educação sanitária, descrito no relatório do subprojeto- RD-LAB-22 Nov,1944³, por se responsabilizar pelos ensinamentos de higiene para o uso adequado das instalações sanitárias nos trechos da ferrovia onde estavam sendo construídas. O grande problema era o quantitativo de Campos de Trabalhadores (acampamentos) empregados na reconstrução do trecho Linha Abaixo, com 250 pessoas morando e somente trabalhadores com famílias tinham casas.

As primeiras equipes se responsabilizaram por 12 cidades e pela visita de 32 acampamentos existentes no trecho de Vitória a Aymorés para identificação dos focos do mosquito *Anopheles*, partindo da cidade de Timbuí e Fundão. Desde o início dos trabalhos

3 O relatório do subprojeto RD-LAB-22 (Nov,1944) está assinado por Dr. Sérgio Lima Superintendente do SESP e Dr. Eugene Campbell - Chief of Field Party Representativei Brazikl os the Health Sanitation Division of de Institute of Inter- American AFFAIRS

do SESP, em 1943, a estratégia de identificação de focos, tipagem das larvas e exame das larvas foram realizadas dividindo a ferrovia em dois distritos, Distrito de Governador Valadares e Distrito de Colatina, que nos anos seguintes, se dedicaram a todos os elementos da cadeia de transmissão da malária que impediam a reconstrução da ferrovia, sendo larvas, mosquitos alados e ou parasitos nos humanos infectados.

A prática de visitar casas e acampamentos para distribuição de medicamentos exigiu adequação de condutas, principalmente quando havia resistência ao tratamento com recusa de ingestão ou quando os trabalhadores permaneciam fora dos acampamentos, nas turmas de construção da linha. A medicação para tratamento ou com fins profiláticos, substituiu o quinino no bloqueio dos sintomas clínicos. A medicação foi garantida em 10 acampamentos de trabalhadores e aos demais foi oferecido tratamento para verminoses, quando já se conhecia a identificação dos parasitos.

As primeiras ações de tratamento em massa foram realizadas nas cidades de Fundão, Acioli, Lauro Miller, Cavalinho e Timbuí. Nestas cidades haviam postos medicação o que facilitava o acesso da comunidade. O tratamento completo, consistia em 15 tabletes de atebrina⁴ (metoquina) por mês, para adultos e crianças maiores de 12 anos, tomados por 3 vezes ao dia por 5 dias. Os primeiros 3 tabletes eram tomados na frente do Guarda e os demais (12 tabletes) entregues ao paciente (FSESP, 1948. p.6 /37). A prática de obrigar a tomar o remédio, faz lembrar a prática dos médicos da EFVM e seus feitores e chefes a turma, na lida com os ferroviários antes de 1942, para ingestão da medicação quinino.

4 Produto derivado da acridina, o qual, por suas propriedades antimaláricas, foi empregado como sucedâneo da quinina. É também ativo contra a giardíase e outras parasitoses (FRAIHA,1981).

O quinino, causava enorme variedade de efeitos tóxicos conhecidos em conjunto - como “cinchonismo”, com graves distúrbios visuais e auditivos, dor de cabeça, náuseas, vômito e até alucinações o que fazia com que os doentes abandonassem o tratamento. Em 1930 foram desenvolvidas a acridinas, ou acridinicos, muita utilizada pela Fundação Rockefeller mas que também apresentavam efeitos indesejáveis mas em menor intensidade

Tabela 1- quantitativo de Medicação anti- malária, Linha Abaixo (ES)-
1943 a 1947

<u>RD-LAC-23</u> <u>MEDICAÇÃO ANTI-MALÁRICA</u>		
<u>Ano</u>	<u>Nº doentes</u> <u>medicados</u>	<u>Nº comprimidos</u> <u>Metoquina</u>
1943	6.356	72.858
1944	11.017	144.125
1945	7.370	101.104
1946	6.487	89.098
1947	1.462	18.775
<u>Total</u>	<u>32.692</u>	<u>425.960</u>
<u>Tratamento supressivo em acampamentos da reconstrução</u> <u>da E.F.V.M. e dos funcionarios e trabalhadores do SESP</u> <u>residentes em zonas malarígenas</u>		
<u>Ano</u>	<u>Média Mensal</u> <u>de trabalhadores</u>	<u>Total de Metoquina</u> <u>distribuída no ano</u>
+ 1943	863	13.719
1944	120	24.960
1945	132	27.456
* 1946	136	11.968
+ - período : Setembro a Dezembro * - período : Janeiro a Maio		
/vvr.		

Fonte: Fundo SESP- RB- LAB-23- .

As ações de combate e prevenção da malária se desenvolveram em todos os lugares cortados pela EFVM, mas com diferentes denominações que identificava os territórios do Vale do rio Doce onde a

ferrovia passava, Projeto Linha Acima, Projeto Linha Central e Projeto Linha Abaixo. Esses projetos exigiram diferentes organizações, principalmente pela concentração populacional do trecho, a sazonalidade das cheias dos rios e a presença do *Plasmodium Falciparum*⁵.

No percurso da ferrovia de Vitória a Barbados incluído no projeto Linha Abaixo, fora do Vale do Rio Doce, os casos de malária não apresentavam tanta gravidade como no trecho de Barbados (ES) a Governador Valadares (MG) onde os casos de malária mais graves aconteciam e tinham como agente causador o *Plasmódio Falciparum*. Neste trecho as ações se concentravam na busca intensiva de criadouros de larvas de anofelinos que mantinham a população de mosquitos responsáveis pela transmissão da malária.

Na Linha Abaixo, não havia casos de malária por *Plasmodium Falciparum*, mas o trânsito de trabalhadores na ferrovia mantinha o aparecimento de casos novos em áreas com aparente eliminação da doença, tanto por parasito *P. Vivax*, o vetor de maior incidência no Vale do rio Doce, quanto por *P. Falciparum*, impondo atenção direcionada ao tratamento dos doentes. Para o tratamento dos casos de malária por *P. Falciparum*, foi utilizado no Brasil a associação do medicamento plasmuquina ao tratamento com atebrina. Esta associação havia dado resultados positivos nas pesquisas do general Dunham em Honduras, com garantia de cura dos doentes e afastando as recaídas (BSESP, nº 31 1946).

Com relação ao controle efetivo de criadouros, havia uma constante vigilância e tratamento das coleções de água e o uso do inseticida Verde-Paris⁶, mas com transbordamento dos rios no período das

5 *Plasmodium Falciparum* - A maioria dos casos de malária grave e de óbitos é causada pelo *P. falciparum*. O quadro clínico grave está relacionado com o efeito do parasita nas hemácias com repercussão na microcirculação do organismo infectado.

6 Verde - Paris – para preparação do composto o guarda depositava num balde,

chuvas, aumentavam as coleções de água limpa que serviam de novos criadouros de larvas de mosquitos. O aumento do mosquito transmissor e por consequência, o aumento o número de casos de malária, caracterizava uma epidemia sazonal que obedecia a alternância das cheias e secas dos rios .

O Verde- Paris, foi utilizado pela primeira vez no Brasil em 1936 por ocasião da grave epidemia de malária no nordeste brasileiro, transmitida pelo *Anophelles gambiae*. A gravidade e disseminação rápida dos casos, em lugares alagados, foi palco de muitas experiências quanto ao emprego do inseticida, que tem na sua formula o arsênico (acetatoarsenico de cobre), substância muito venenosa para larvas de mosquitos, para espécie humana e para os animais (SOPER, 2011)

Descoberto em 1921 por Barber e Hayne, em experiências com arsenicais, descobriram o Verde-paris como sendo a substância mais adequada para o extermínio da larva de anofelinos. O produto era usado sob a forma de pó, misturado em areia ou outro material que pudesse ser jogado, podendo ser diluído em querosene ou na areia molhada (Andrade, 1944).

10 gramas do larvicida com 1 kg de um veículo diluidor até atingir a quantidade desejada. Com a própria mão, ou com urna raspadeira improvisada, a mistura era homogeneizada por meio de movimentos circulares, em vários sentidos. A aplicação era feita a favor do vento com a mão ou com a concha, mais comumente com a mão. Ao ser lançada a mistura, o Verde-paris desprendia-se do veículo e caía, lentamente, em forma de urna nuvem finíssimas. Um quilo de verde-paris corresponde a vinte baldes, ou sejam cem quilos, da mistura de verde-paris com areia seca ou poeira (SOPER, 2011).

Figura 2 : Guardas sanitários preparando e aplicando Verde-paris



Fonte: SOPER, F.L. 2011, p. 191- *Anophelles Gambiae* no Brasil.1930 a 1940

A partir de 1945 o SESP já conhecia a dinâmica da malária nos períodos das chuvas e da seca, alternando o aumentando do uso de verde paris ou drenando os terrenos (FSERP/MES,1946). Até 1942, as ações de controle dos criadouros de mosquitos na ferrovia, não usavam o verde- paris, tratavam com querosene e óleo, mantinham a derrubada das matas e aterro das coleções de água (Alvarenga, 2023).

A grande dificuldade do controle ambiental a “céu aberto” no

Vale do rio Doce , com clima tropical e grande intensidade de chuvas e alagados, não favorecia o desaparecimento da malária, que exigia constante vigilância e visitas repetidas nas localidades com intervalos cada vez menores em alguns períodos do ano, sem resultados animadores.

Em 1946, nas grandes áreas despovoadas onde passava a EFVM, foi introduzido o uso do Dicloro-Difenil-Tricloroetano (DDT)⁷. A primeira experiência no Brasil, de controle de mosquito pelo inseticida, foi realizada nas cidades de Breves e Santa Mônica no Pará, no Programa do Amazonas em 1945. Os resultados não estavam claros sobre a queda do número de parasitos no sangue dos moradores, mas os resultados positivos apareceram na queda dos índices de infestação de larvas de anofelinos e posteriormente redução dos casos novos de malária (BSESP/dez 1954).

O uso do DDT já havia sido empregado na campanha contra a malária pelo exército americano, após todas medidas de afastamento dos mosquitos não terem sucesso nos campos de combate que se concentravam no pacífico. A situação grave de recrudescência de casos antigos nos soldados tratados com o medicamento atebрина, e o aparecimento de novos casos de malária, traziam baixas nos batalhões, com necessidades de hospitalização. Os antigos métodos de pulverização das casas, telas nas janelas e drenagem de criadouros não garantiam o controle de casos de malária que somente após o uso de DDT empregado em larga escala, nas casas e instalações militares, houve redução. Não se abandonando, no entanto, a drenagem, aplicação de petróleo e verde paris nos focos de larvas (BSESP, dez 1945).

7 Foi a descoberta do DDT revolucionou os conceitos de luta contra a malária. Sua eficácia contra formas adultas dos mosquitos e seu prolongado efeito residual fizeram com que no período de 1946-1970 todos os programas de controle se apoiassem quase que totalmente em seu emprego.

Após as primeiras experiências de uso do DDT, foi adotado no Vale do Rio Doce a forma aquosa do DDT, 2grs por m², aplicado por bomba manual tipo Lanstrand ou Excelsior⁸. A partir de setembro de 1946, foi introduzido um primeiro ciclo para pulverização em locais fechados, 6 mil prédios trabalhados com término previsto para dezembro 1946, meta que não foi alcançada. Este protocolo a ser seguido, estabelecia 1 guarda sanitário responsável por aplicar o inseticida em pelo menos 12 prédios por dia (FSESP, 1948 p.18)

Tabela 1- Controle de mosquito adulto, alado, por DDT – Linha Abaixo

D A T A	Nº de prédios expurcados	DDT gasto (K)	Média de DDT por m ² (gr)	Média de DDT por prédio (g)	Observações
1946					
Abril	4	430	1.42	107.5	Experimenta
Novembro	88	24.400	2.53	277.27	"
Dezembro	231	57.175	2.34	247.51	"
1947					
Janeiro	8	950	1.14	118.75	"
Maio	109	34.600	2.40	317.43	"
Novembro	1.262	284.800	2.00	225.67	Município Colatina Bahia.
Dezembro	2.835	580.400	1.66	204.65	

Fonte : FSESP, 1948- BRRJCOC-SP-02 CD2

⁸ Bomba manual tipo lanstrand ou excelsior – bomba de aspersão sob pressão para pulverização de inseticida, de utilização pelos guardas sanitários (BSESP 1944)

Ao se aplicar o DDT nos ambientes fechados, o alvo de eliminação tinha como foco os mosquitos alados, que ao picar indivíduos contaminados, se infectam e transmitem o agente causador- Plasmodium – aos indivíduos sãos. A população de mosquitos adultos, mantém o ciclo da malária e precisa ser eliminada na sua fase larvária ou adulta. O seu efeito residual do DDT permanecia nas paredes das casas, prolongando seu efeito sobre os vetores com efeitos positivos sobre a diminuição de casos novos de Malária.

O expurgo com DDT na concentração 2,5grs por m², que poderia chegar a 3,5 grs por m², foi motivo e pesquisa quanto a concentração residual ideal que ficaria no meio ambiente ou em áreas fechadas, e que garantia os ciclos mais espaçados. Os pesquisadores A. Maciel da Costa, Mauricio Sanchez Bassier, acompanharam a Vila de Alfredo Maia, com o objetivo de estudar a incidência domiciliar de anofelinos e observar suas particularidades biológicas após pulverização de DDT. A vila de Alfredo Maia foi uma das primeiras estações da EFVM, próxima a Santa Leopoldina, onde em 1944 havia sido instalado a estação experimental do setor da Divisão de Laboratórios do Programa Rio Doce (BASSER,1947) .

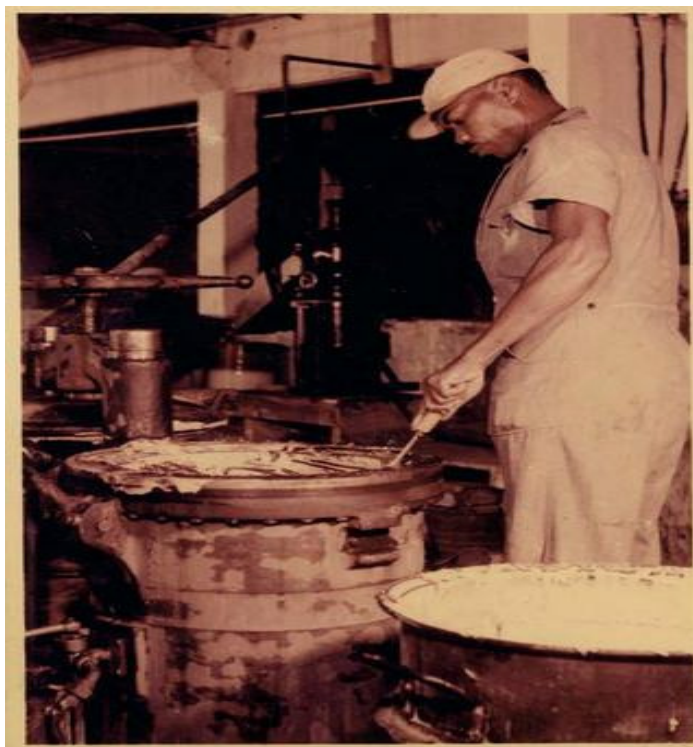
Os resultados obtidos após 6 meses de pesquisa, revelou que DDT em suspensão aquosa, na concentração de 2,5 grs por m² ou 3,5 grs por m² apresentavam efeitos residuais semelhantes, mas quando o inseticida estava diluído em querosene o de maior concentração apresentou o melhor resultado (MES/SESP, 1948). Durante o ano de 1948, a pulverização com DDT continuou a ser aplicado nas casas onde persistiam os casos de malária, totalizando 15 000 casas com três ciclos anuais, tendo nesta etapa do programa a ajuda das Prefeituras Municipais que compravam material para diluição do inseticida. Em áreas sob pulverização constantes iniciou-se a pesquisa

para comprovação da eficiência do DDT como larvicida.

Neste mesmo ano, no município de Linhares (ES), foi iniciada uma pesquisa sobre custo financeiro do expurgo com DDT em áreas de grande dispersão populacional. Tendo recebido aplicação de inseticida entre 19 de novembro a 13 de dezembro de 1947 e expurgado 2401 prédios, em um acordo entre o Estado do Espírito Santo e o SESP, foi comprovado que a grande despesa era devida ao preço do DDT e sua importação, superando a depreciação dos equipamentos quando eram transportados entre as residências e as diárias gastas com todas as categorias de trabalhadores empregadas na ação (PENIDO et al, 1948).

Mesmo com custo elevado, os acordos entre o governo do ES e o SESP, se prolongaram até o ano de 1948, com dois ciclos de dedetização nos municípios de Linhares e Colatina. As demais cidades, fora do espaço da ferrovia também receberam dedetização, com a cooperação com o Serviço Nacional de Malária que passa a utilizar o DDT nas áreas urbanas do Brasil. (ES, Mensagem de Governo, 1949).

Figura 3: Fabricação da pasta do DDT dispersível (“flowable DDT”)



Fonte: BR RJCOC PB-231-014

As linhas de pesquisas se somaram durante os anos de atuação sespiana no Vale do Rio Doce, motivadas pela necessidade de melhorar efetividade no controle de doenças, sendo uma constante a identificação dos parasitas da malária e seus vetores, a esquistossomose, a tuberculose, estrogiloidíase, efeitos dos medicamentos, logística de saneamento e o DDT.

A medicina preventiva desenvolvida pelo SESP entre os anos de 1944 a 1948, incluíram imunização contra doenças para as quais se conheciam os imunizantes, construções ou adequações de prédios para Postos e Centros de Saúde, saneamento do meio, destacando

a água e esgoto e a educação sanitária “ para elevação do padrão de conhecimento da população a esse respeito e formação de bons hábitos higiênicos “ (BSESP, 1948 p.3). Além da formação de recursos humanos especializados.

Todas as instalações para destino adequado dos dejetos e fornecimento de água no Programa Rio Doce, tiveram a cooperação de um contrato individual com a Companhia Vale do Rio Doce S.A. (CVRD), que desenvolveu uma moradia standart improvisada, com Bored-hole (Buraco entediado), unidades de latrinas perfuradas e abastecimento de água em cada acampamento (FSESP, CA, 1944) e permitiu que supervisores da EFVM trabalhasse todo o tempo neste subprojeto. O acesso a água e destino dos dejetos do lixo , estavam no contrato original de 1943, mas havia uma enorme dificuldade de captação de água no vale do rio doce pela concentração de metais existente na água, e as estiagem. Essas dificuldades atrasaram a construção das estações de tratamento que tiveram seus projetos terminados em 1948.

As primeiras cidades a receber os projetos do SESP para construção de redes de abastecimento na Linha Abaixo foram foi Colatina e Aymorés, sendo que as estações de tratamento em João Neiva, Fundão e Ibiraçu, tiveram a cooperação financeiro da municipalidade e do Governo do Estado. Outras cidades no Vale do Rio Doce também estavam contempladas, mas a entrega das obras se deu após 1948 (BSESP, 1946).

A grande preocupação dos médicos e engenheiros era o adequado uso das instalações sanitárias nos acampamentos e as noções de higiene, considerando sua importância do conhecimento sobre as doenças e da alimentação na promoção da saúde e prevenção de doenças. As atividades de educação em saúde acompanhavam as

atividades de qualquer profissional em contato com a população, mas especialmente os guardas sanitários nas inspeções diárias, não negligenciando a identificação de doentes e a necessidade de profilaxia em áreas com malária persistente (BSESP, 1946).

O maior investimento em infraestrutura capitaneado pelo SESP, Seção de Unidades Sanitárias do Programa Rio Doce- SESP, na Linha Abaixo, e deu com a construção do Centro de Saúde Modelo na cidade de Colatina. Tendo sido construído apenas nas cidades de Colatina e Governador Valadores, obedeceu ao projeto arquitetônico americano com 1 só pavimento dividido ao meio, onde de um lado se localizava os serviços administrativos e do outro os serviços sanitários.

Os serviços sanitários contemplavam a higiene do Pré-natal, Infantil e do pré-escolar, doenças transmissíveis, em particular as doenças venéreas e a tuberculose, o saneamento e de forma abrangente em todos os serviços a educação sanitária desenvolvida por 7 visitadoras sanitárias que além dos serviços dentro do Centro de saúde, se ocupavam nas visitas domiciliares para acompanhar os pacientes (BSESP, nº 65 dez. 1948)

O acordo com IAAI com término previsto para 1948, colocou o SESP sem garantias de prosseguir, mas a partir de novas negociações foi acertado sua permanência no Brasil. Essas negociações foram conduzidas pelo superintendente do SESP, Marcolino Candau e representantes americanos que apesar da aprovação pelo Congresso Americano, teve seu orçamento significativamente reduzido. Em 1949 as ações de controle da malária são transferidas para o Serviço Nacional da Malária⁹, que passa a coordenar as atividades de controle

⁹ Estimulado pelo êxito da luta contra o citado transmissor, foi criado o Serviço Nacional de Malária (SNM), em 1941, ocasião em que a malária afetava milhões de brasileiros, segundo estimativa da época. O SNM, que iniciou a utilização do

da malária no âmbito urbano e rural e dar suporte medicamentoso a todas as Unidades de Saúde ou consultórios particulares que se responsabilizam com o tratamento dos doentes de malária .

De 1948 até 1960, o SESP firmou diversos convênios com outros Estados – Paraíba, Bahia, Pernambuco e no Espírito Santo para desenvolvimento das intervenções em municípios fora da área da ferrovia – o que Nilo Chaves de Brito Bastos, chamou de fase de expansão.

Considerações finais

As ações que envolviam a formação profissional e a educação sanitária para as populações que permearam todas as atividades do SESP, não foram abordadas neste artigo e farão parte de uma nova publicação.

Todos os relatos apresentados estão declarados nas fontes oficiais do SESP, traduzindo a intenção dos autores envolvidos nas ações e não contrariados por outras referências cujos indícios seriam buscados nos relatórios da Companhia Vale do Rio Doce. Esses relatórios estão sob a guarda do Centro de Memória da Companhia Vale do Rio Doce e desde 2023 permanecem sem acesso aos pesquisadores.

A série de estudos produzidos, tem caminhado numa sequência temporal para dar sentido a história ainda não contada no ES e para que favoreça a busca de novas fontes a partir da produção dos memorialistas e das informações da população das pequenas cidades onde os fatos aconteceram.

DDT no combate aos anofelinos em áreas urbanas, foi mantido até a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que foi uma instituição que absorveu também os outros serviços nacionais de febre amarela (SNFA) e de peste (SNP) (BRASIL. VE-2006)

Referências

Fontes primárias

BRASIL, **Decreto-lei n.º 4.275, de 17 de abril de 1942**. Acesso em 17 fev. 2022

BRASIL, **Decreto lei nº 5592 de 18 de junho de 1943**, Acesso em 17 de frv 2022

BRASIL. FSESP. **Seção Assistência Médica. Série: Tratamento Médico e Profilaxia, Subsérie controle de doenças**, 1944 – BR.RJ.COC.SP-02 TMCD37

BRASIL . FSESP. **Seção: assistência Médica. Série: Saneamento Básico. Subsérie: Controle Ambiental**.1945/1947 BR.FIOCRUZ. COC/FESEP/AMS/00/SB/CA/01

BRASIL. FSESP. **Série: Administração .Subsérie: Estrutura Jurídica e Legislação**, BR- FIOCRUZ- COC. FESEP/A/00/ES/00/05

BRASIL. FSESP. **Seção Assistência Médica. Série: Tratamento Médico e Profilaxia, Subsérie controle de doenças**, 1944 – BR-FIOCRUZ-COC/FESEP/MAS/SB/CA/01

BRASIL.FSESP . BRASIL . FSESP. **Seção: assistência Médica. Série: Saneamento Básico. Subsérie: Controle Ambiental**, 1948. BR- FIOCRUZ /RJ/COC-SP-02 CD2

BRASIL. **FSESP**. Projeto RD—LAB-22 13 de novembro 1944

ESPÍRITO SANTO. **Mensagem do Governador Carlos Fernando Monteiro Lindemberg a Assembléia Legislativa, Sessão Ordinária de 1949**. Vitória 15 de março de 1949. APEES

Periódicos

JORNAL GAZETA DE NOTÍCIAS. Construir com firmeza duradoura. Artigo publicado no dia 31/08/1943, p.4. Hemeroteca

da Biblioteca Nacional. Acesso abril 2023

SESP. **Boletim do SESP**. Serviço Especial de Saúde Pública do Ministério de Educação e Saúde. SESP Nº 1, p.1, p.5, p.6 . abril, 1943

SESP. **Boletim do SESP**. Serviço Especial de Saúde Pública do Ministério de Educação e Saúde, SESP nº 4 , fev. de 1944

SESP. **Boletim do SESP**. Serviço Especial de Saúde Pública do Ministério de Educação e Saúde, SESP nº 6, 1944

SESP. **Boletim do SESP**. Serviço Especial de Saúde Pública do Ministério de Educação e Saúde, SESP nº 31, p.2, Fev 1946

SESP. **Boletim do SESP**. Serviço Especial de Saúde Pública do Ministério de Educação e Saúde, SESP nº 65, dez. 1948

SESP. **Boletim do SESP**. Serviço Especial de Saúde Pública do Ministério de Educação e Saúde, SESP nº 72, jul 1949

SESP. **Boletim do SESP**. Serviço Especial de Saúde Pública do Ministério de Educação e Saúde, dez ,1954

SESP. **Boletim do SESP**. Serviço Especial de Saúde Pública do Ministério de Educação e Saúde, SESP nº 55, fev 1955

Bibliografia

ALVARENGA, L. M. C. A. **A Febre perniciosa nos caminhos do Progresso. E4ditora mil Fontes**. A malária no caminho da estrada de Ferro Vitória a Minas (1920-1942). Vitória 2023

ALVARENGA, L. M. C. A. Primeiros estudos: o programa Rio Doce – SESP – no combate à malária na EFVM - 1942 A 1943. **Anais do XI Colóquio de História das Doenças**. Vitória, 2023.

ANDRADE, B. G. **O Verde- Paris na campanha contra o Anopheles Gambiae no nordeste brasileiro**. Oficina Sani-

tária Panamericana, 1944 p. 201223-<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/12894/v23n3p210.pdf;jsessionid=-D7CCD1788F1E89569000F85AD5FFDAE8?sequence=1>. Acesso em abr. 2023

ARARIPE, D. A. **História da Estrada de Ferro Vitória a Minas: de 1904 a 1954**. Rio de Janeiro: CVRD, 1954. (Coleção Rio Doce).

BARBER, M. A. AND HAYNE, T. B. Arsenio BS a larvicide for anopheline larvae, **Pub. Health Rep.**, 1921, 36: 3027-3034. Acesso em

BASSER M.S, COSTA A. Ação do DDT sobre A. Darling e A. Albitarsis e outros culicídeos. Revista do Serviço Especial de Saúde Pública Nº?- 1947

BASTOS, N. C. B. **SESP/FSESP: evolução histórica, 1942-1991**. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional da Saúde, 1996.

BENCHIMOL, J. L. **Amazônia – um pouco antes e além depois**. Editora Umberto Calderaro

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ações de Controle da Malária Manual para Profissionais de Saúde na Atenção Básica**. Série A. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília DF 2006.

CAMPOS, A. L. V. **Políticas internacionais de saúde na Era Vargas: o serviço especial de Saúde Pública 1942-1960**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

FRAIHA, H. **Bases Parasitológicas e Farmacológicas da terapêutica da malária**. Revista da FSESP- Vol XXVI, nº1, p.41-52, 1981 Belém do Pará. <https://patua.iec.gov.br/bitstreams/ece10a16-0bcb-4309-ad1a-4e0f2c99e065/download>. Acesso

em 23 abr. 2023

GONÇALVES, C.; D'ALESSIO, V. **Vitória a Minas: Rio Doce - terra proibida**. São Paulo: Dialetto, 2010.

MAYRINK, G. **História da Vale**. São Paulo: Museu da Pessoa, 2002.

PEÇANHA, A M. **UM ESTUDO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**. Monografia apresentada por à Escola Brasileira de Administração Pública da FGV para obtenção do título de MESTRE em Administração Pública. Rio de Janeiro ,j unho de 1976 .

PENIDO, H.M el all. Expurgo domiciliar com DDT, considerações de ordem econômica. **Revista do Serviço Especial de Saúde Pública Nº?- 1948**

SOPER, F. L.; WILSON, B. D. *Anopheles gambiae* no Brasil – 1930-1940. Tradução de Mario Moreira. Rio de Janeiro: Fio-cruz, 2011

A crença religiosa no poder miraculoso dos elementos naturais: experiências do Cariri cearense no século XIX

Maria Vitória Ribeiro de Sousa¹

Introdução

Este trabalho resulta de um processo metodológico qualitativo e exploratório. Iniciamos com o fichamento dos periódicos: *A Voz da Religião no Cariri* (1868-1870) e *O Araripe* (1854-1864), selecionados a partir do teor de suas publicações que relacionavam os elementos naturais nos usos para obtenção de cura. Em seguida, realizamos a leitura das fontes e nos dedicamos a uma revisão bibliográfica sobre o tema, para então nos debruçarmos a análise crítica do material. Os impressos estão disponíveis na Hemeroteca digital da Biblioteca Nacional. Em nossa pesquisa adotaremos a bibliografia existente sobre a História da Imprensa, tendo em vista o nosso material de pesquisa e fonte histórica, a historiografia sobre a Saúde e Doenças, História das Religiões e produções regionais do Cariri.

A natureza caririense como possibilidade de cura é publicada repetidamente nos periódicos trabalhados, influenciando crenças e opinião pública acerca do tema, devemos ressaltar que os periódicos

¹ Universidade Estadual do Ceará (UECE), e-mail: mvitoria.ribeiro@aluno.uece.br

circularam no século XIX na região, e que neste período e localidade, a opinião pública e meio de comunicação era por meio dos impressos.

Apesar de não ser o foco dos jornais, assuntos médicos costumavam a aparecer, seja sobre doença, seu tratamento, ou até mesmo mencionando a abertura de cursos de medicina para mulheres fora do país, o uso de remédios e indústria farmacêutica, pílulas alimentares, indicação do uso de assentos para mulheres, entre outros. Dentre as doenças tratadas com os elementos naturais, citamos a cólera, a varíola (bexiga), paralisias, cegueiras, problemas respiratórios e pulmonares, reumatismo, sarnas, tumores, lepra e até transtornos mentais.

As nossas escritas e publicações em torno desta temática tem como objetivo demonstrar as práticas de cura popular que existiram no espaço do Cariri cearense durante o século XIX e que foram relatadas em impressos locais, principalmente a partir do uso das águas, para isso, descreveremos as narrativas de milagres nas fontes do Caldas, localizado na cidade de Barbalha, as curas no açude da cidade de Milagres, e usos das nascentes de água da região, como as da cidade do Crato.

O símbolo da água, elemento natural que possui inúmeros significado para as mais diversas culturas, é utilizado na região como um bálsamo para as enfermidades, através da ingestão e banhos, além disso, contrariando o que comumente é atribuído a água curativa, na localidade do açude de Milagres os relatos apontam que a água não é límpida e nem cristalina como as das fontes do Caldas.

Identificamos também momentos de “conflito” ou coexistência entre os saberes médicos e populares, este último, também era influenciado pelo imaginário religioso. A concepção de saúde e doença. Tânia Salgado e Flávio Gomes contribuem para nossa bibliografia através da obra “Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil”,

pois discutimos a participação de escravos nos rituais curativos nas águas do Caldas. Jean Luiz Abreu com seus apontamentos sobre as prédicas para a alma e o corpo, nos ajuda a entender a relação do Padre Ibiapina com o evento, pois acaba-se atribuindo a ele a fama de curador da alma e do corpo, pois o religioso acaba ocupando na sociedade também através da orientação espiritual, um curador da mente, pela escuta e ajuda na resolução de problemas, ou seja, tem-se a dimensão terapêutica. Também contamos com os trabalhos de Juaciêdo Alexandre, a grandiosidade de suas pesquisas, principalmente dissertação e tese que versam acerca do cólera na região do Cariri através do jornal O Araripe.

O nosso interesse pela temática se deu na graduação em História, resultando em publicações, e atualmente está sendo aprofundada em dissertação de mestrado, mas a partir da perspectiva da religiosidade. Portanto, consideramos que este trabalho se diferencia por ser uma revisão bibliográfica sobre o tema que ainda é pouco pesquisado, explorando nuances e relacionando as doenças as práticas religiosas com o uso da natureza. Pretendemos assim contribuir para uma melhor compreensão de como era composto o universo das práticas de cura na época e naquela região.

Elementos naturais como possibilidade de cura no Jornal O Araripe

A visão do homem Cariri é constituída tradicionalmente desde os povos originários que aqui habitam, pois *“vivendo á margem de bellos regatos, desfructando um clima temperado”*² os povos indígenas viviam nestas terras caririenses a margens de belos regatos, desfru-

2 O ARARIPE. Ano IV, nº 177, 1859. Optamos por manter a originalidade da fonte, com os grifos e grafia da época.

tavam de clima temperado e frutos silvestres, tinham alimentos em abundância, além de tudo tinham amor pelo “paraíso” em que viviam.

Em sua obra *Tratado de História das Religiões*, Mircea Eliade relaciona os elementos naturais e os usos religiosos feitos pelo homem, assim, além da água e os símbolos aquático, ele também relaciona as crenças com a vegetação, seus rituais e simbologia. O que nos leva a enxergar o sertanejo e sua relação particular e complexa com a natureza e principalmente a água, como nos lembram Garcia e Rios, “alguns membros da Comissão Científica de 1859 registraram a relação sagrada dos cearenses com a água. O líquido parecia mais valioso do que o tão procurado ouro. A população mais pobre deixava claro para a Comissão que a água era o bem mais precioso por aqui.” (2022, p. 112). Para o homem Cariri, essa relação é ainda mais intensa, tendo em vista a abundância dos recursos naturais, pois “há uma relação mais familiar nos assuntos da água que devem ser tratados com base em práticas e princípios culturais locais, o que mais propriamente alguns chamaram de “ciência do povo” (GARCIA; RIOS, 2022, p. 113).

No jornal *O Araripe*, editado na cidade de Crato e que tinha como redator o jornalista, professor e político liberal João Brígido, circulou entre os anos 1855 a 1864. Em seus números era comum encontrar matérias que ressaltassem os potenciais da natureza para os diferentes trabalhos, principalmente agricultura e pecuária, num conflito existente a época sobre qual atividade seria melhor para o progresso e economia do local. Assim, a sua equipe editorial era formada por médicos, jornalistas, advogados e padres, ou seja, os poucos homens letrados da época e da região e que desenvolviam discursos com tônicas liberais.

Assim, eram entusiastas do progresso nacional e local, divul-

gando o Crato como capital da Cultura, destacavam pois “*o impulso à cultura dos férteis terrenos, que a natureza legou à agricultura, e mesmo à criação de imensas campinas, que cercao a grande montanha do Araripe.*”³ O fato da região ser cercada pela Chapada do Araripe é correntemente destacado no jornal, nessa matéria em específico, mostra que a agricultura é fruto da natureza que proporciona ao Cariri terrenos férteis, tornando os grandes campos que rodeiam a chapada do Araripe em pastos para a criação.

A fertilidade do local o fez influente em relação a outras regiões que em tempos de seca recorriam ao Cariri, tornando-o abrigo dos sertões e “oásis do deserto”, a sua riqueza natural faz o emigrante feliz, pois nas secas o Cariri era exceção, enquanto na vizinhança prevalecia a fome, no Cariri uma enorme população era alimentada por seus frutos e cereais.

O jornal se deteve a evidenciar o conflito entre a agricultura e pecuária na região, principalmente pela concomitância nos usos das águas, pois “*os rios que provêm de nascentes em terrenos particulares[...]*”⁴. A matéria exhibe perguntas referentes ao uso dos rios que cortam propriedades privadas, que beneficiam os proprietários desses terrenos, pois podem utilizar da água para a lavoura. Os terrenos particulares são banhados por rios que correm das nascentes, pois seguem o fluxo natural, alavancando a disputa pelos regatos do Araripe, deixando ainda mais claro o valor dos recursos naturais para o povo daquela região, para construção de riqueza ou não.

A natureza Caririense é tida no periódico como um solo rico em tesouros minerais e outros meios fáceis de produzir riquezas, chegando a mapear o número de fontes de água, pois afirmará “*vamos*

3 O ARARIPE. Ano I, nº 1, 1855.

4 O ARARIPE. Ano I, nº 10, 1855.

*dar em resenha o n.º dos arroios parennnes, que regao o terreno do Cariry*⁵. Assim, para eles era importante não só saber a quantidade, mas também as suas localizações e quem a beneficiavam.

. A abundância de água é vista como fruto da mão da natureza que abençoou o Cariri. Acreditava-se que o *“ameno Cariry agricula por sua natureza, e dotado de tanta abudancia d’agoa”*⁶, essa matéria aborda que o Crato e Barbalha são banhados por 6 grandes correntes e 33 menores, 25 vertentes e formam 64 boca d’água perenes que regam os terrenos agrícolas e por isso presumisse que essas fontes lancem água o suficiente de dia e de noite. Essa água irriga os terrenos das duas cidades, o que viabiliza a plantação e produção de frutos, sendo assim, é impossível que não haja riquezas nesses locais.

Os anúncios de propriedades no jornal se davam da seguinte forma: *“abundante de terreno, agoa para irrigação, é inteiramente fértil de fruteiras.”*⁷ Neste caso, é o anúncio de um sítio que pontua a abundância em terreno e água para irrigação, além de ser fértil e produtor de frutos variados, como também é apropriado para a criação de gado. Já os sítios Batateira e Bonfim localizados no distrito do Crato dispõem de terrenos próprios para a agricultura por terem bastante água de rega.

Desse modo, acreditava-se que *“sua topographica posição, sua espantosa fertilidade, e mais que tudo essas agoas nativas e perennes, que a providencia creou para abrigo dos certões para occasião das seccas.”*⁸ O jornal ainda pontua nesse trecho que foi a providência divina quem criou esse abrigo com abundância de água nativa, relacionando a natureza com o divino, relação que será reforçada com mais ênfase na

5 O ARARIPE. Ano I, nº 48, 1856.

6 O ARARIPE. Ano II, nº 54, 1856.

7 O ARARIPE. Ano IV, nº 185, 1859.

8 O ARARIPE. Ano I, nº 2, 1855.

nossa segunda fonte, o impresso *A Voz da Religião no Cariri*, destacando as curas de doenças através desse imbricamento. Pretendemos até aqui ter demonstrado a importância e os múltiplos proveitos e disputas que se davam pelos recursos naturais na região, sendo esta polivalência, na época, uma obra divina.

Como alternativa para eliminar-se a dicotomia científico/popular, e na tentativa de formular um conceito mais adequado ao objeto em foco, alguns historiadores realizaram estudos sobre o que chamaram de “práticas populares de cura”, que tinha como objetivo apresentar as regras que informavam as ações de curandeiros, boticários, benzedeiras, etc., uns com base na história social inglesa, outros na história cultural francesa de Roger Chartier. Apesar de já quebrar com o termo “medicina popular”, aquela nomenclatura repetia ainda a divisão classista da sociedade, ao enunciar que tais práticas eram das classes populares, apesar das fontes indicarem que as elites também a ela se submetiam. (AGRA, 2008, p. 10)

Desse modo, as crenças em torno das doenças refletem nas práticas da sociedade, foi através da ação e linguagem popular que o processo curativo de inúmeras endemias se deu e foi relacionado a religiosidade. De acordo com Michael de Certeau (1998, p. 42) “a “cultura popular” se apresenta diferentemente, assim como toda literatura chamada “popular”: ela se fórmula essencialmente em “artes de fazer” isto ou aquilo, isto é, em consumos combinatórios e utilitários.”

No tocante as doenças, o jornal destaca em alguns números a seção Bexiga, atualmente denominada varíola, doença descrita como um terrível mal que vinha ceifando vidas nas províncias vizinhas e que estava para acometer o Ceará, entrando pelo litoral, assim, recomendava-se a vacina como o único remédio, que seria uma inspiração divina usada como antídoto do mal. Em outros casos, recomendava-se também o uso de elementos encontrados na natureza local, para

comércio ou curas, vejamos:

O assucar, o algodão, o tabaco, a courama, os cereaes; mais logo o chá, os óleos, o café, as madeiras de tinturaria, o ouro, o carvão de pedra facilimo de minerar, o amianto, quasi todos os objectos do reino mineral, e finalmente as drogas medicinaes podem incontestavelmente, removidas as dificuldades do transporte, apparecer formando uma exportação, que subirá, que subirá uma cifra espantosa, e nos fará manter um proveitoso commercio[...]. (O ARARIPE. Ano I, nº 2, 1855.)

Os recursos naturais da região são destacados no jornal como potencial de riqueza, mas também como instrumento de cura de doenças, o que hoje se conhece por fitoterapia, para o desenvolvimento de uma medicina integrativa. Ao mesmo tempo em que se destacava características como *“torraõ montanhoso, coberto de espessas matas, erguidas penedias, retalhado de valles proprios a huma vegetação fecunda, intercortado de perennes fontes...”*⁹, criticava-se o desprezo dos brasileiros pela própria pátria, pois mais se valoriza os medicamentos do exterior do que do próprio país, ou seja, as vezes o “remédio” estava no “quintal de casa” e os moradores não utilizavam.

De cunho nacionalista e progressista, as matérias demonstravam que o Brasil é um país com vasta plantação de plantas medicinais, plantas como a catuaba que também podem ser encontradas na serra do Araripe. *“As arvores são tão valiosas para a saúde e conforto do homem quanto a vista e o som de sua folhagem lhe são agradaveis”*,¹⁰ assim a natureza caririense, além de vasta, aparece no trecho como produtora de plantas medicinais também.

Neste trecho podemos perceber que a natureza faz bem não só para as doenças físicas, mas também para mente, pois não podemos

9 O ARARIPE. Ano I, nº 12, 1855.

10 O ARARIPE. Ano I, nº 16, 1855.

esquecer que “durante toda a história, a melancolia esteve entre a saúde e a doença, entre o corpo e a mente, entre a razão e a loucura, entre a ciência racional e o domínio religioso” (MAZIOLI, 2023, p. 137). O bem que as folhagens traziam a visão e aos ouvidos humanos estava ligada ao seu potencial terapêutico, capaz de despertar sensações de tranquilidade e calma. No jornal *A Voz da Religião* encontramos um trecho que relata sobre doenças psíquicas tratadas nas águas, pois “Antonio de Mello Montenegro, morador (ilegível), soffria de maluquice desde creança. Retirou-se curado, está bem.”¹¹

Ainda sobre as plantas e ervas:

Menthraсто, herva conhecida também por hortelan aquatica, hortelan sylvestre: os seus talos são pouco mais ou menos d’altura d’um pé, as folhas largas e cobertas de folhas, de flor branca e vermelha de cheiro agradável. Se o infermo tem diarrhea applica-se-lhe um emplastro frio d’esta herva sobre o estômago; se tem vômitos faz se d’ella um chá, e da-se meia tijela de meia em meia hora até cessar o incomodo; continuando porém a usar-se em qualquer dos casos de duas em duas horas.¹²

Era comum notícias recomendando o uso de ervas, usadas de diversas formas como vimos acima, em experiências curativas ocorridas até mesmo fora da província. Em outra notícia, intitulada *O Alho como tratamento para o Cholera-Morbus*, anunciam que “lhe temos reconhecido propriedades que nenhum outro remédio possui em tão elevado grão”¹³, além dele, era indicado na elaboração das receitas para tratamento dos sintomas o uso de folha de laranjeira, éter, mostarda, angico, entre outros.

11 A VOZ DA RELIGIÃO. Ano I, nº 38, 1869.

12 O ARARIPE. Ano I, nº 36, 1856.

13 O ARARIPE. Ano I, nº 37, 1856.

Minha folha está guardada,
Pois tenho visto ensinar
Chà de folhas p'ra doenças,
E por isto é bom guardar¹⁴

Este trecho destaca a importância da flora caririense, os usos da mesma são indicados pelo jornal nos tratamentos para o cólera, como beber chá de hortelã-pimenta, usos do cravo da índia, canela e água ardente. Além disso, é importante destacar que sempre incentivavam a reserva desses “remédios” caseiros, pois a doença poderia chegar a qualquer momento e dado o cenário da época, poderiam não conseguir acessar a tempo. No jornal há uma seção que corriqueiramente aparecia, o sumo do limão, nela farmacêuticos exaltavam seus benefícios no tratamento de doenças, até mesmo para o cólera.

Os habitantes desta provincia devem estar certos que o inimigo virá a nós ou mais tarde, ou mais cedo, e aquelles que habitarem em lugares onde não possam ter de prompto o fructo fresco, devem prevenir se, conservando o sumo de qualquer uma maneira que lhes proporemos; sendo o que se tem costumado faser até hoje para o conservar nas farmácias onde nem sempre pode haver o fructo fresco. Tomaõ-se os limões maduros, da-se lhes uma ligeira compressão rolando-os entre duas taboas finas para quebrar-lhes as células, ou casinhas que contem muito óleo essencial, e se enxugaõ bem deste óleo por meio d'um panno, quem não quizer faser assim tire lhes a casca amarella com uma faca, depois partem-se ao meio com uma faca, e expreme-se sobre uma baça de louça fina, e melhor será n' uma vasilha de vidro, evitando com o maior cuidado qualquer vasilha de metal, principalmente cobre, lataõ, chumbo, e ainda mesmo as de barro de vidrado ordinario; pois não havendo este cuidado corre-se o risco de ter em lugar d'um remédio, um veneno. Deixa-se ficar este liquido em repouso quatro a cinco horas, e depois coa-se sem faser compressão, primeiramente atravez de pano ralo de estopa,

14 O ARARIPE. Ano I, nº 3, 1855.

ou algodão, bem lavado, depois se vai passando gradualmente por outras mais finas até que o liquido fique claro; posto neste estado, temos dous meios para conserva-lo.¹⁵

O relato acima é um alerta para a província do Ceará, que possui o fruto e fornecia para regiões afetadas pelo cólera, como Pará, Alagoas, Pernambuco, Paraíba e Sergipe, neste período epidêmico, que a mesma devia-se precaver, cultivando e guardando o fruto que seria necessário quando chegasse o “judeu errante”, ou “anjo negro” que já se aproximava, como podemos ver, a visão e nomenclatura acerca da doença era também permeada pela tônica religiosa. Além disso, o trato com esses potentes remédios deveria ocorrer da forma certa, pois o manuseio errado dos mesmos poderia transforma-los em “veneno”.

Estamos ciente de que a epidemia nos visitará vinda pelo lado do Sul, em consequencia de que é muito frequente o comercio ente Tacaratú, Pajeú de Flores, e nossa Villa do Jardim que dista ao ponto afectado umas sincoenta legoas; esta noticia porém nao deve aterrar nossa população, porque a Providencia nos à mostrado o remédio eficaz contra esse mal; pelo que devemos tomar todas cautelas para no caso de aparecer entre nós a epedemia, estarmos preparados para a receber com o virtuoso SUMO DO LIMÃO esse agente medecinal, que tantos fructos tem produsido no Pará, também obrará milagrosamente entre nós. DEOS protege a quem cré em sua infinita MIZERICORDIA, e secundados nella não nos devemos aterrar com apresença do mal, porque como já dissemos, a MISERICORDIA DE DEOS, E O SUMO DO LIMÃO, providencialmente descoberto, nos fará encarar com sangue frio essa epedemia, e della zombarmos.¹⁶

O jornal dá indicações do que potencialmente pode ser ex-

15 O ARARIPE. Ano I, nº 29, 1856.

16 O ARARIPE. Ano I, nº 27, 1856. Grifos originais

plorado em cada localidade, como Jardim, Milagres, Crato e etc. No caso de Missão Velha, entre as alternativas para seu crescimento, uma delas é aproveitar a cachoeira, pois “a natureza criou na cachoeira de Missão-Velha um arrecife”.¹⁷ Descrita como local criado pela natureza, tem um arrecife que vai de margem a margem e faz paredes para represar a água, que futuramente tornaria Missão Velha a maior distribuidora de peixes da região. O local também possuiria fontes de águas termais, clima doce e terrenos recheados de uberdade, pois o local já tem suas riquezas naturais, porém estariam sendo mal utilizadas.

Os saberes medicinais, tais como as ervas, raízes e outros elementos naturais utilizados pelos indígenas, e as concepções mágicas das diferentes culturas, eram divulgadas em tratados de jesuítas, cirurgiões e médicos, levando à medicina lusa a adotar novos elementos em sua farmacopeia. (ALEXANDRE, 2010, p. 209)

Em sua pesquisa, Juciello Alexandre também aponta que “a referência ao uso do milagroso limão no Pará é um revelador indício de como os médicos do período assimilaram remédios advindos dos saberes populares para tratar os acometidos pela cólera” (2010, p. 207). Assim, é possível identificar a concomitância das práticas médicas e populares no uso de recursos naturais para tratamento de doenças. Como aponta Abreu, “cabe observar que as relações entre a literatura médica e de cunho religioso nem sempre foram consensuais no que se refere aos significados de que se revestia a doença, bem como sobre as terapêuticas a serem utilizadas”, deste modo, seria o padre Ibiapina um curador de enfermidades da alma e do corpo através dos recursos encontrados na natureza da região, pois as curas são atribuídas ao

¹⁷ O ARARIPE. Ano IV, nº 152, 1858.

açude criado por ele e a fonte do Caldas recomendada.

Tendo em vista que a água é o principal veículo de transmissão do vibrião colérico, é provável que a contaminação no Crato tenha se dado, mor parte, devido às correntes do rio Granjeiro, localizado a poucos metros das ruas. Passou despercebido às autoridades, e à população em geral, que a água – nascida das fontes da chapada do Araripe, donde descia irrigando sítios e engenhos em seu caminho, chegando aos quintais de várias residências, por meio de valados de pedra e cal, para uso na alimentação, na limpeza de objetos e corpos – que cotidianamente regava a cidade servisse de esconderijo e transporte para o algoz invisível responsável pelo óbito de inúmeros conterrâneos. (ALEXANDRE, 2010, p. 145)

A contaminação se deu em grande medida pelos variados usos da água. Assim, podemos identificar a proporção do Cólera na região, que se alastrou a partir dos variados usos e necessidades da água pela população.

O uso de chás, frutas, temperos e de outros produtos cotidianamente utilizados pela população para tratar seus achaques na confecção de medicamentos que buscavam minorar os sintomas do cólera, apontam para essa circularidade de saberes, que acabou sendo publicizada nas páginas do jornal cratense. (ALEXANDRE, 2010, p. 222)

Tendo em vista que um medicamento homeopático é aquele feito com base em substâncias exclusivamente naturais, ou seja, dos reinos animal, mineral ou vegetal. É importante destacar que o jornal abordou também os tratamentos com remédios homeopáticos.

Jornal A Voz da Religião no Cariri: a relação entre medicina e religião

A crença no poder divino para tratar enfermidades demons-

tra-se em orações publicadas tanto no jornal O Araripe, e principalmente no jornal A Voz da Religião no Cariri, que listava no cabeçalho do periódico os santos do dia. Para além disso, o jornal A Voz da Religião no Cariri se dedicou a divulgar o potencial natural da região de forma intrínseca com a religiosidade.

As significações simbólicas da água podem reduzir-se a três temas dominantes: fonte de vida, meio de purificação, centro de regenerescência. Esses três temas se encontram nas mais antigas tradições e formam as mais variadas combinações imaginárias — e as mais coerentes também. (CHEVALIER; GHEERBRANT, 1990, p. 15)

Apesar de ser editado na cidade do Crato, o jornal repetida vezes exaltou as águas da cidade de Barbalha, com afirmativas do tipo “*a Barbalha é toda entercortada de rios e regatos perennes*”¹⁸, não por acaso, pois foi neste local que se deram os relatos de curas nas fontes do distrito de Caldas. A natureza do local é representada pela existência de rios e regatos perenes que cortam a cidade e seus canais que conduzem o “doce licor” diretamente da fonte do Araripe, além disso, o jornal ainda frisa que suas águas são cristalinas.

A semelhança do O Araripe, a localização beneficiada pela Chapada do Araripe, também era mencionada, desse modo, “*a fre-guisia da Barbalha está, em sua maior parte collocada na encosta septentrional da Serra do Araripe, toda aberta em fontes perennes, coberta de grandes palmeiras, e bordada do grandes canaviaes.*”¹⁹ Os aspectos exaltados eram importantes em seu contexto local pela realidade do sertão ser comumente a de seca, bem como a terra fértil para plantação de cana de açúcar, potencial até hoje explorado na Barbalha dos

18 A VOZ DA RELIGIÃO NO CARIRI. Ano I, nº 19, 1869.

19 A VOZ DA RELIGIÃO NO CARIRI. Ano I, nº 27, 1869.

“verdes canaviais”.

Era comum o jornal publicar trechos que discorriam sobre as curas, “*O beneficiado, que recorrendo as agoas prodigiosas do Caldas, sentio logo o seu curativo, chama-se José Raymundo Sampaio.*”²⁰ A matéria fala sobre os milagres concebidos nas águas do Caldas, relata histórias de pessoas que provaram do suposto milagre.

Além das fontes do Caldas, na época registrou-se no jornal relatos de curas no açude da cidade de Milagres, bem próximo a cidade de Barbalha. De acordo com o impresso “*a Fonte Miraculosa do Caldas, as aguas maravilhosas do Açude da Caridade em Milagres eram bastantes*”²¹, em outro momento também afirma “*me referi ás maravilhas operadas nas agoas do assude de Milagres.*”²² Na matéria o leitor esclarece ao redator que a correspondência do número 33 se referia as maravilhas operados no açude de milagres, e não nas do Caldas. De acordo com o periódico, seriam maravilhas incontestáveis e comprovadas nos livros da Santa Casa de Milagres. A natureza do local proporcionaria milagres, tidas como bênçãos parra os enfermos. Os enfermos que tem fé e buscam a cura através das fontes e olhos-d’água.

Na cidade de Milagres o açude fica situado em local apropriado e sua água serve para tudo, “*um açude grande, em lugar apropriado, que da agoa para serventias*”.²³ De acordo com a matéria o peixe e a verdura vão para a mesa, os pastos servem para os animais, além da frescura do banho. Deste modo, entre as utilidades das águas, no açude Milagres, usava-se para práticas de cura. A matéria faz menção aos benefícios da missão do padre Ibiapina na cidade de Milagres. Sendo

20 A VOZ DA RELIGIÃO NO CARIRI. Ano I, nº 23, 1869.

21 A VOZ DA RELIGIÃO NO CARIRI. Ano I, nº 37, 1869.

22 A VOZ DA RELIGIÃO NO CARIRI. Ano I, nº 34, 1869.

23 A VOZ DA RELIGIÃO NO CARIRI. Ano II, nº 79, 1870.

assim, além dos bons frutos para a moral e religião, a missão também traria vantagens materiais.

Destarte, o periódico segue narrando “*Como essas puríssimas que destilla a Fonte do Caldas, de que DEUS se tem servido para tantas e tão grandes maravilhas!*”²⁴ A natureza nesse trecho é apontada como balsamo, utilizada por Deus para obrar maravilhas. As águas do Caldas são cristalinas, puras e fonte de vida. O trecho ao tratar das virtudes como caridade, humildade e amor a Deus, utiliza a água do Caldas como cura de chagas.

Vejam os relatos e os tipos de doenças. “*A Sr^a. D. Maria seguiu com escrupulosa fidelidade todos os meios hygienicos, tomara todos os remédios que a medicina receita como curativo do catarrho pulmonar chronico, mas só hoje, depois do banho no Caldas, obteve sua cura*”²⁵. Neste trecho podemos perceber o destaque que se dá a ineficiência dos remédios e procedimentos da medicina acadêmica, o que levava a população a recorrer aos saberes populares medicinais.

Como um mistério, um verdadeiro milagre “*Antônio Ferreira da Rocha, morador no Salgueiro, tinha um grande tumor acima dos peitos, tomou banhos e conseguiu das agoas da graça o desaparecimento da enfermidade.*”²⁶ Relatos como esse, vagos no tocante a detalhes como o número de banhos e horários, destacavam que a cura surgia de uma graça alcançada, ou seja, aquele que tinha fé e era “merecedor” conseguia sair curado da água miraculosa, pois não perdemos de vista que o imaginário da época atribuía a doença ao pecado, sendo está um castigo.

Ressaltamos que “principalmente a impureza aparece como contagiosa: daí a invenção de rituais necessários a uma purificação e

24 A VOZ DA RELIGIÃO NO CARIRI. Ano II, nº 74, 1870.

25 A VOZ DA RELIGIÃO NO CARIRI. Ano I, nº 3, 1868.

26 A VOZ DA RELIGIÃO NO CARIRI. Ano I, nº 6, 1869.

uma reintegração no sagrado comum. Desta forma a impureza representa para toda a sociedade humana um perigo real porque ela resulta da transgressão das estruturas fundamentais, cósmicas ou sociais.” (MESLIN, 2014, p. 85) A doença era vista como impura pois fugia a ordem natural da saúde, então buscavam a pureza, a água também representava a limpeza. No entanto, as águas do açude da cidade de Milagres, onde se deram relatos de cura, inclusive da cólera, não correspondiam a imagem de pureza. Vejamos:

Outra maravilha se deo em Milagres. O assude que meu Pai fez na Missão de Outubro juntou pequena quantidade d’agua, e o povo começou a uzar dessa”agua, à imitação das do Caldas, em seus soffrimentos e comessarão a declarar prodigios: um dizia: “eu fiquei bom disto”; outro dizia: “eu vi Fulano ficar bom d’aquillo”. Eu que sofria de um catharrão que se agravava logo que toca em aguas quentes e sujas estando desta vez ameaçado de febre, quis fazer a experiencia. Esta agua, disse eu, parece pessima, mas se não me matar e não agravar o meu mal confesso que he um milagre e assim o fiz, e creião-me que ia com mais crença de que o meo mal se agravava e não melhorava. Fui ao assude; agua estava toda maldada dos porcos, de modo que se via a no fundo da Varzilla uma lama como uma goma; assentar côr era como a mandipoeira; bebi d’essa agua; era tão ruim que chegou a enjoar-me e comessei a esperar a recahida, não recahi, antes, não tendo mais cautella, me acho bom mas desses soffrimentos que tanto me affligião, Isto publico em fé de verdade para honra e gloria de Deos. (HOORNAERT, 1981, p. 121-122)

Assim, entendemos que o banho como ritual de cura não se dava apenas em águas cristalinas, o ritual de purificação se dava também em águas barrentas. As doenças a serem tratadas nas águas eram diversas, “*Manoel Severino, do 20 annos, natural da villa de Lavras, soffria de seiphilys banbenta, tinha uma grande chaga na perna direita, e outra na larynge, que lhe tinha roído as campainhas. Recolheu-se ao*

*hospital no dia 21 do Julho de 1869 e com os banhos do açúde somente, em 5 dias, deu-se por bom.*²⁷ Portanto, era comum relatos com tônicas religiosas que destacavam *“é hoje uma fonte da graças, objecto da veneração do povo; receptando de grande número de romeiros; por cauza das maravilhas, que se tem operado”*²⁸

Acerca dos remédios feitos a partir de ervas, vejamos:

MEDICINA DOMESTICA.

Remedio infallivel para camaras de sangue.

As pessoas que se sentirem atacadas deste mal devem pisar ou esfregar com as mãos dentro d’agua as folhas do pega pinto.

Depois que se obtem uma meia tijella deste remédio, tempera-se com assucar, mascavado e o doente deverá beber todos os dias a mesma porção até ficar bom.

Todos os jornaes > que transmittem esta receita asseguram que este remédio tem feito tão prompta cura que bem poucas occasiões o doente toma-o mais de 3 vezes.

Entre nós é bem conhecida a herva – pega-pinto, que em outras localidades tem os nomes de batata de porco, herva tostão, e baba de boa.²⁹

O procedimento era ensinado por médicos e farmacêuticos, o procedimento de preparo do remédio e minunciosamente explicado, a sua eficácia era assegurada pelos periódicos que divulgavam, “afinal ao ser portadora de um discurso válido que pode ser transformado em documento para o futuro, a mídia se configura como um dos senhores da memória da sociedade”. (BARBOSA, 2004, p. 1). Isso se dá, pois, “legitimando o acontecimento, divulgando-o, caracterizando-o através da linguagem e tornando-o oficial, a mídia tira das

27 A VOZ DA RELIGIÃO. Ano I, nº 34, 1869.

28 A VOZ DA RELIGIÃO. Ano I, nº 27, 1869.

29 A VOZ DA RELIGIÃO. Ano I, nº 28, 1869.

zonas de sombra o que precisa ser destacado e impõe uma visão de mundo, que atua outorgando poder.” (BARBOSA, 2004, p. 4). Desta forma, os impressos não podem ser desassociados da sua intenção de se tornar um discurso oficial, legitimado a partir da materialidade impressa.

A pobre humanidade muito deve ao Veneravel Apostolo do Cariry.

Alem dos beneficios immensos que por toda parte, onde passou, tem deixado o grande Padre Ibiapina, regenerando a sociedade, enriquecendo o paiz com estabelecimentos humanitarios, tem aberto ainda os thezouros da misericordia Divina em favor dos pobres afflictos e dos infelizes doentes.

A Fonte Miraculosa do Caldas, as aguas maravilhosas do Açude da Caridade em Milagres erão bastantes!

Mas não! O Sacerdote do Senhor, como seu Divino mestre, devia por onde passasse ir beneficiando e curando a todos.³⁰

Ademais, destacamos que os relatos demonstram que pessoas de todas as classes sociais creram e buscaram este meio para curar as suas moléstias. Como no caso de “um curativo milagroso pessoa de uma escrava do Sr. João de Espirito Sancto Correia” que sofria há três anos com paralisia nas pernas e que a mesma utilizava muleta. Além dela, outro trecho do jornal aponta que a escrava do senhor Capitão João Victorino Gomes, curou-se também de uma hepatite aguda. Quando curados, os escravos apareciam no periódico através da menção ao nome do seu “detentor”. Para as doenças não há barreiras sociais, raciais e de classe, assim como pessoas abastadas da região, segundo os jornais é “fato de que muitos dos indivíduos atravessados pelo cativeiro tinham seus próprios meios de lidar com os problemas de saúde”, (MATTOS, 2016, p. 85), assim, escravos também recor-

30 A VOZ DA RELIGIÃO. Ano I, nº 37, 1869. Suplemento.

riam a estes meios de cura.

Considerações finais

A partir das nossas análises, enxergamos que o elemento da água alimenta ritos e tradições através dos seus diversos usos, assim, torna-se também objeto de disputa de poder, pois é essencial para o homem, não só o Cariri, mas nas diferentes culturas é utilizada para atividades como agricultura e pecuária, para atividades cotidianas e de higiene, lazer, e curas quando utilizadas por Deus para obrar maravilhas. O uso das águas em torno de doenças, representava a limpeza da impureza que foge a ordem natural da saúde e das coisas, seja com água cristalina ou não. Destacamos nesse trabalho, os diferentes usos da água, plantas, ervas, sementes, entre outros, pelos sujeitos da região do Cariri, principalmente em rituais religiosos de cura.

Referências

Fontes

A Voz da Religião no Cariri. (Crato-Ce, 1868-1870).

O Araripe. (Crato-Ce, 1855-1864)

ABREU, Jean Luiz Neves. Prédicas para a alma e o corpo: algumas questões para a compreensão da doença no contexto luso-brasileiro do século XVIII. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 9, n. 17, p. 118-137, 2017.

AGRA, Giscard Farias. Dissecando um campo historiográfico: uma produção brasileira da história das doenças. **XIII Encontro Estadual de História-História e Historiografia: entre o Nacional e o Regional**, 2008.

ALEXANDRE, Jucielto Ferreira. **Quando o anjo do extermínio se aproxima de nós: representações sobre o cólera no semanário**

- cratense O Araripe (1855-1864).** Dissertação de mestrado em História, UFPB. 2010.
- BARBOSA, Marialva. Jornalistas, “senhores da memória”? **IV Encontro dos Núcleos de Pesquisa da Intercom, XXVII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação.** Porto Alegre, 2004. Disponível em: <http://www.portcom.intercom.org.br/pdfs/5281189434155472217413491799349447635.pdf>. Acesso em: 05 jul 2024.
- CERTEAU, Michel de. **A invenção do cotidiano: artes de fazer.** Editora Vozes. Petrópolis.1998.
- CHEVALIER, Jean; GHEERBRANT, Alain. **Dicionário de símbolos.** Trad. Vera da Costa e Silva et al. 27º edição. Editora José Olympio.1990.
- ELIADE, Mircea. **Tratado de História das Religiões**, 4ª edição. São Paulo: WMF Martin Fontes, 2010.
- GARCIA, Ana Karine Martins; RIOS, Kênia Sousa. Água e o espetáculo da transformação: uma leitura a partir do registro de cientistas e viajantes sobre a água no Ceará no século XIX. In: GARCIA, Ana Karine Martins. et al. (Orgs.): **História das práticas da saúde e das doenças: ciência, medicina e profissões da saúde.** Edição. Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2022. 4, 108-123. Disponível em: <https://www.editorafi.org/ebook/653saude>. Acesso em: 10 jun. 2024.
- HOORNAERT, Eduardo. **Crônica das Casas de Caridade fundadas pelo Padre Ibiapina.** São Paulo: Ed. Loyola, 1981.
- MATTOS. Débora Michels. Do que eles padeciam...Doenças e escravidão na Ilha de Santa Catarina (1850-1859). In: PIMENTA, Tânia Salgado et al. **Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil.** Outras Letras, 2016.

- MAZIOLI. Anny Barcelos. Por uma História da Melancolia. In: FRANCO. Sebastião Pimentel. et al. (Orgs.). **X Colóquio de história das doenças**. Serra: Editora Milfontes, 2023. Disponível em: https://editoramilfontes.com.br/acervo/X_coloquio_historia_das_doencas.pdf.
- MESLIN, Michel. **Fundamentos de antropologia religiosa: a experiência do divino**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

Fontes documentais para História das Doenças no Oitocentos: Os relatórios de Epidemias do Fundo IHIG/ES

Margarete Farias de Moraes¹

Sebastião Pimentel Franco²

Introdução

A História das Doenças como campo de investigação se apresenta em crescimento e consolidação a partir das últimas décadas. Este panorama se engendrou no contexto de novas abordagens, concepções e metodologias da História, a partir da segunda metade do século XX.

Um dos aspectos fundamentais para o desenvolvimento desta nova História, que possibilitou novas abordagens e campos de investigação, foi a assimilação de novas fontes documentais para o trabalho historiográfico. Admitir fontes que antes não eram trabalhadas de forma privilegiada, como jornais, fotografias, depoimentos, diários pessoais, prontuários médicos, registros científicos, entre outros, possibilitou investigar para além dos fatos, as representações sociais da doença, seu impacto para os atores envolvidos à época, identificando

1 Docente e pesquisadora do Departamento de Arquivologia e do Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação da UFES/Vitória/ES.

2 Docente e pesquisador do Programa de Pós-graduação em História da UFES/Vitória/ES. Docente e pesquisador da Faculdade Vale do Cricaré/São Mateus/ES.

novos problemas e temáticas, além de permitir melhor entendimento de conflitos e dissensos entre os atores históricos. A reflexão a partir destas novas fontes permitiu a crítica dos próprios fatos históricos, relativizando-os como verdades acabadas ou absolutas (LE GOFF, 1990).

Com a diversidade dos tipos e fontes documentais e da ampliação ao acesso a elas, por meio da digitalização e franqueamento ao público via *Web*, o trabalho do historiador da doença pôde ser ampliado e fortalecido, e suas investigações sobre as doenças, transformadas de mero objeto da História, para um campo de investigação específico (NASCIMENTO, 2005). As tecnologias não só aumentaram a possibilidade de maior acesso às fontes, primárias e secundárias, antes invisibilizadas por falta de tratamento e digitalização, mas também foram capazes de diversificar e ampliar os tipos documentais a serem trabalhados pelo historiador.

As tecnologias, mesmo rudimentares aplicadas à produção documental, como o telégrafo, as máquinas de escrever, as tipografias, as máquinas fotográficas, entre outros, só começaram a ser usadas com maior predominância, a partir do século XX, e estavam relacionadas também ao desenvolvimento mais racional das estruturas administrativas do estado e de outras instituições. Sendo assim, quando alteramos o lapso temporal para o século XIX, nos deparamos com uma situação um pouco diferente. Poucos tipos documentais, predominância dos textos manuscritos, sem padrão tipológico, e ainda pior, em estado de conservação fragilizado, sem tratamento e sem instrumentos de pesquisa. Essa situação impacta no trabalho do historiador da doença, na medida em que restringe os vestígios dos fenômenos sociais, científicos, políticos, econômicos e culturais decorrentes nas epidemias do século XIX.

As epidemias que assolaram o Brasil no século XIX, afrontaram o Estado Imperial e posteriormente o Republicano, impelindo-os a criar instâncias estatais para debelar as doenças epidêmicas que impediam o desenvolvimento econômico e social. As Inspetorias de Higiene Pública - IHP foram criadas em todas as províncias, para exercer funções semelhantes ao órgão central, inicialmente a Junta Central de Higiene Pública (1851) e depois A Inspetoria Geral de Higiene (1886). A IHP do Espírito Santo foi criada na década de 1880 com propósito de controlar as instâncias relacionadas à saúde pública. Deveria ocupar-se em criar e coordenar ações que levassem a um maior controle sanitário do ambiente e da população do Espírito Santo, para elevar o nível de salubridade da Província no contexto das sucessivas crises sanitárias decorrentes das epidemias que foram deflagradas no século XIX, com destaque para Febre Amarela, Cólera e Varíola (CUNHA; FRANCO; MORAES, 2019).

Este trabalho é resultado parcial da pesquisa “Tratamento, conservação e análise dos documentos da Inspetoria de Higiene Pública do Estado do Espírito Santo (1840-1957) - Parte III” (Registro nº 12763/2023/PRPPG/UFES) e tem como objetivo geral: Apresentar e descrever os relatórios de epidemias do século XIX, das delegacias municipais de higiene do ES, pertencentes ao Fundo³ da Inspetoria de Higiene do Espírito Santo - IHIG, custodiado pelo APEES. E como objetivos específicos: 1) Apresentar o contexto administrativo, político e científico da produção dos relatórios de epidemias das delegacias municipais de higiene; 2) Analisar diplomaticamente os relatórios de epidemias das delegacias municipais de higiene; 3) Indicar possibilidades de uso dos relatórios e de correlação com outros

³ “Conjunto de documentos de uma mesma proveniência. Termo que equivale a arquivo” (BRASIL, 2006, p.15).

fontes documentais para História das Doenças Epidêmicas no ES no Século XIX.

Este trabalho se caracteriza como uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa. Com procedimentos de pesquisa bibliográfica, documental e de levantamento, agregadas a técnicas de tratamento documental como Descrição Arquivística e Análise Diplomática.

A descrição, conforme a Norma geral internacional de descrição arquivística - ISAD(G), seria:

“A elaboração de uma acurada representação de uma unidade de descrição e de suas partes componentes, caso existam, por meio da extração, análise, organização e registro de informação que sirva para identificar, gerir, localizar e explicar documentos de arquivo e o contexto e o sistema de arquivo que os produziu” (CIA, 2000, p.14).

A descrição arquivística pode ser realizada em níveis (Fundo ou Coleção, seção, série, dossiê ou processo e item documental), e no caso do Fundo da IHIG, os relatórios foram descritos em nível de item, que significa que cada um dos 16 relatórios foi analisado e descrito a partir de elementos como, datas, contexto de produção, produtores, conteúdo e estrutura, pontos de acesso, etc.

A Análise Diplomática, a partir da descrição, consiste em analisar os aspectos intrínsecos (conteúdo/assunto) e extrínsecos (forma e formato) de forma a indicar a autenticidade do documento como prova jurídica ou da atividade que a gerou.

O Fundo IHIG do Espírito Santo

O Fundo IHIG do Espírito Santo é um conjunto composto por um pouco mais de 10 mil itens documentais produzidos entre

1840 e 1957, armazenados em 22 caixas boxes, contendo pouca variação de tipos documentais, característica da incipiente estrutura administrativa dos estados, principalmente no século XIX.

O fundo foi selecionado quase por acaso, no contexto do trabalho de “garimpagem” da equipe de pesquisadores e bolsistas do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Subjetividade e Política (NEPESP), do Departamento de Psicologia da UFES, em busca de vestígios documentais sobre a histórica da loucura no Espírito Santo. Ao mesmo tempo em que a equipe do núcleo buscava documentos que revelassem um pouco a obscura história da loucura no estado, a equipe do APEES, à época concluindo as obras de adequação de seus espaços físicos, localizara o acervo do IHIG, que havia sido “esquecido” em espaço ocupado pelo arquivo no passado.

Assim, o tratamento deste fundo iniciou-se em 2011, a partir de uma parceria entre os Departamentos de Arquivologia e Psicologia da UFES e consistiu em idealizar uma organização, identificando as séries⁴ e os tipos documentais⁵ do fundo e posteriormente descrevê-lo arquivisticamente a partir da NOBRADE. Com isso seria possível produzir instrumentos de busca que permitissem acesso ao fundo, de forma mais rápida e eficiente pelos pesquisadores e público em geral, possibilitando o fomento de pesquisas na área de História da Saúde e das Doenças no Espírito Santo.

A Descrição Arquivística com base na NOBRADE, preconiza

4 “Subdivisão da estrutura hierarquizada de organização de um fundo ou coleção que corresponde a uma sequência de documentos relativos à mesma função, atividade, tipo documental ou assunto” (BRASIL, 2006, p.16).

5 “Divisão de espécie documental que reúne documentos por suas características comuns no que diz respeito à fórmula diplomática, natureza de conteúdo ou técnica do registro, tais como cartas precatórias, cartas-régias, cartas-patentes, decretos sem número, decretos-leis, decretos legislativos, daguerreótipos, litogravuras, serigrafias, xilogravuras” (BRASIL, 2006, p.16).

escolha de níveis de descrição e definição e padronização de códigos de referência. O projeto de tratamento e descrição do fundo IHIG definiu a descrição pelo nível de item documento, que significa que todos os documentos do fundo seriam descritos. Foi definido também o código de referência para os documentos, a partir de padrões internacionais de Descrição Arquivística, que serviria para identificá-los nos instrumentos de pesquisa. O código de referência definido, foi: BR.ES.APEES.IHIG.ADM.9999. Onde “BR” designa o país, no “caso Brasil; “ES”, o estado, no caso Espírito Santo; “APEES”, a instituição custodiadora do fundo, no caso o Arquivo Público do Estado do Espírito Santo; “IHIG” designa o nome do fundo, no caso a Inspetoria de Higiene; “ADM”, o nome da série, no caso a Administrativa (foram identificadas 8 séries documentais para este fundo, onde a Administrativa é apenas uma delas); “9999” indica a sequência numérica do documentos dentro de determina série.

Após análise e estudo minucioso, o fundo foi organizado em 8 séries documentais, que representam as atividades da Inspetoria ao longo do tempo que compreende o Fundo. As séries são:

1. Série Administrativo (BR.ES.APEES.IHIG.ADM) engloba registros das atividades de controle de pessoal, despesas, compra de material, etc.

2. Série Vigilância Sanitária (BR.ES.APEES.IHIG.SAN) engloba registros das atividades de inspeção sanitária (em casas, escolas, comércio, etc.), surtos, epidemias, campanhas, imunização, controle ambiental, etc.

3. Série Assistência à Saúde (BR.ES.APEES.IHIG.SAU) engloba registros das hospitalizações no estado, consultas, encaminhamentos para tratamentos em outros estados, etc.

4. Série Licenciamentos (BR.ES.APEES.IHIG.LIC) engloba

registros das solicitações e licenças de funcionamentos de estabelecimentos e profissionais, etc.

5. Série Controle Estatístico e Epidemiológico (BR.ES.APEES.IHIG.EST) engloba os registros de coleta, divulgação e armazenamento de estatísticas sobre mortes, nascimentos, casamentos, imunizações, endemias, epidemias, surtos, inspeções, etc.

6. Série Normatizações (BR.ES.APEES.IHIG.NOR) engloba o conjunto de resoluções e legislações emitidas e recebidas.

7. Série Controle Portuário (BR.ES.APEES.IHIG.POR) engloba os registros das inspeções dos navios e do porto, as autuações, os laudos, etc.

8. Série Imprensa (BR.ES.APEES.IHIG.IMP) engloba todas as informações e divulgações publicadas e coletadas pelo órgão na imprensa local e nacional.

Na série Assistência à Saúde e Vigilância Sanitária encontram-se os relatórios dos delegados municipais de higiene do ES. A importância deste item documental é a riqueza de informações e dados sobre as epidemias, pois são relatadas questões que não estariam em outro tipo documental, mas genérico e comum deste fundo, como os ofícios e memorandos (MORAES; REIS; DOMINGOS; 2016).

Os relatórios

Os relatórios somam 16 documentos (ver tabela 1) relativamente bem conservados, produzidos de forma manuscrita, a maioria, pelos próprios delegados de higiene municipais. Alguns relatórios foram produzidos pelo inspetor geral de higiene da província, visto que era encarregado pela região metropolitana da capital e de municípios que não tinham delegados de higiene. Relatam, com mais ou menos detalhes, a forma como foram identificados os primeiros casos, as

ações que deram certo e as que não lograram êxito. Alguns relatórios apontam necessidades de recursos financeiros e outros tecem críticas às instâncias municipais pelo não apoio às ações para debelar as epidemias relatadas.

A maioria dos relatórios trazem dados numéricos sobre os acometidos pela doença epidêmica, os óbitos e os períodos mais críticos. Alguns apresentam os nomes, as idades, os gêneros, as profissões e o desfecho dos casos, curado ou óbito, de todos que foram contaminados. Os relatórios relatam as epidemias de Varíola, Febre Amarela, Cólera, Peste Bubônica, entre outras e compreendem o período de 1886 a 1913⁶.

Do ponto de vista diplomático, onde foram analisados os fatores intrínsecos e extrínsecos dos relatórios, foi atribuído grau alto de autenticidade dos relatórios de epidemias do século XIX do Fundo do IHIG. Na análise dos fatores intrínsecos identificamos autoridades legitimadas como emissores e destinatários dos relatórios e temas compatíveis com o contexto administrativo, político e científico da época.

Na análise dos fatores extrínsecos identificamos documentos manuscritos, muitos em folhas pautadas, sem padrão do tipo documental e sem padrão de metadados (alguns estão em formato de ofício), com diversos assuntos, além dos relatos das epidemias e médio estado de conservação. Havia cobrança dos relatórios, assim era uma tarefa do delegado de higiene dos municípios, como do próprio inspetor de higiene da província produzir e enviar relatórios aos seus superiores. Todos os estes achados da análise diplomática, são compatíveis com o contexto de produção documental da época.

6 Apesar do período dos relatórios adentrar o século XX, do ponto de vista da burocracia e da aplicabilidade do conhecimento científico, estes primeiros 13 anos do século XX, tem panorama similar ao final do século XIX.

Tabela 1: Relação dos 16 relatórios do Fundo IHIG

CD REFERENCIA	DOENÇA OU CONDIÇÃO DE HIGIENE	EMISSOR	DESTINATÁRIO	DATAS	LOCAL	DIMENSÃO	CONSERVAÇÃO
BR ES APEES. IHIG.SAU.0316	RELATÓRIO SOBRE FEBRE AMARELA EM VÁRIAS CIDADES E VARIOLA NO DISTRICTO DE TIMBUÍ	ERNESTO MENDO DE ANDRANDE E OLIVEIRA - INSPECTOR DE HIGIENE.	DESEMBARCA-DOR ANTONIO JOAQUIM RODRIGUES - PRESIDENTE DA PROVINCIA	1886	TIMBUÍ/ES	3F,5P	R
BR ES APEES. IHIG.SAU.0315	RELATÓRIO COM A RELAÇÃO DOS REMÉDIOS AO TRATAMENTO DA VARIOLA EM NOVA ALMEIDA	ERNESTO MENDO DE ANDRANDE E OLIVEIRA - INSPECTOR DE HIGIENE.	DESEMBARCA-DOR ANTONIO JOAQUIM RODRIGUES - PRESIDENTE DA PROVINCIA	1886	NOVA ALMEIDA/ES	1F,1P	R
BR ES APEES. IHIG.SAU.0312	RELATÓRIO DE FEBRE AMARELA NA SERRA	ERNESTO MENDO DE ANDRANDE E OLIVEIRA - INSPECTOR DE HIGIENE.	DESEMBARCA-DOR ANTONIO JOAQUIM RODRIGUES - PRESIDENTE DA PROVINCIA	1886	SERRA/ES	1F,1P	R
BR ES APEES. IHIG.SAU.0392	RELATÓRIO INFORMANDO O ESTADO SANITÁRIO DA PROVÍNCIA E DA EPIDEMIA DE VARIOLA EM ITAPEMIRIM E RIO PARDO	ERNESTO MENDO DE ANDRANDE E OLIVEIRA - INSPECTOR DE HIGIENE.	ANTONIO LEITE RIBEIRO DE ALMEIDA - PRESIDENTE DA PROVINCIA.	1888	VITÓRIA/ES	8F,8P	R
BR ES APEES. IHIG.SAN.0410	RELATÓRIO INFORMANDO O ESTADO SANITÁRIO DA PROVÍNCIA E DADOS ESTATÍSTICOS	ERNESTO MENDO DE ANDRANDE E OLIVEIRA - INSPECTOR DE HIGIENE.	ANTONIO LEITE RIBEIRO DE ALMEIDA - PRESIDENTE DA PROVINCIA.	1888	VITÓRIA/ES	8F,8P	R
BR ES APEES. IHIG.SAN.0803	RELATA A CONDIÇÃO DE SAÚDE E HIGIENE DA PROVÍNCIA DO ES. RELATA EPIDEMIA DE COQUELUCHE EM SANTA CRUZ. APRESENTA DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.	ERNESTO MENDO DE ANDRANDE E OLIVEIRA - INSPECTOR DE HIGIENE.	ANTONIO LEITE RIBEIRO DE ALMEIDA - PRESIDENTE DA PROVINCIA	1888	VITÓRIA/ES	6F,6P	R
BR ES APEES. IHIG.SAU.0373	RELATÓRIO INFORMA O ESTADO SANITÁRIO DA PROVÍNCIA E EPIDEMIAS DE SARAMPO EM LINHARES E SÃO MATEUS. INFORMA DADOS SOBRE VACINA E OUTROS ASSUNTOS	ERNESTO MENDO DE ANDRANDE E OLIVEIRA - INSPECTOR DE HIGIENE.	HENRIQUE DE ATAÍDE LOBO - PRESIDENTE DA PROVINCIA	1889	SÃO MATEUS, LINHARES, VITÓRIA/ES	15F,15P	R
BR ES APEES. IHIG.SAN.1124	RELATÓRIO SOBRE FEBRE AMARELA EM PORTO DO CACHOEIRO DE SANTA LEOPOLDINA	JERONYMO MOTTA DELEGADO DE HIGIENE E COMISSIONADO DA CIDADE DE PORTO DO CACHOEIRO DE SANTA LEOPOLDINA	INSPECTOR GERAL DE HIGIENE PÚBLICA DO ES	1895	PORTO DO CACHOEIRO DE SANTA LEOPOLDINA/ES	16F,25P	R

BR ES APEES. IHIG.SAN.0388	RELATORIO SO- BRE COLERA EM SÃO PEDRO DE ITABAPUANA	DELEGADO DE HYGIE- NE DE SÃO PEDRO DE ITABAPUANA	INSPETOR GE- RAL DE HYGIE- NE PÚBLICA DO ES	1895	SÃO PEDRO DE ITA- BAPUANA/ ES	1F,2P	R
BR ES APEES. IHIG.SAN.1016	RELATÓRIO DE DESPESAS COM A EPIDEMIA DE FEBRE AMARE- LA E DADOS EPI- DEMIOLÓGICOS.	JOSÉ GOMES PINHEIRO JUNIM	INSPETOR GE- RAL DE HYGIE- NE PÚBLICA DO ES	1895	CACHOEI- RO DE ITA- PEMIRIM E ALEGRE/ES	8F,8P	R
BR ES APEES. IHIG.SAN.0356	RELATÓRIO SO- BRE EPIDEMIA DE VARIOLA EM SÃO PEDRO DE ITABAPUANA	JOSÉ COE- LHO SAN- TOS- DELE- GADO DE HYGIE NE DE SÃO PE- DRO DE ITA- BAPUANA	GELIO FERREI- RA DE PAIVA- DR. INSPECTOR DE HYGIE NE PUBLICA DO ES	1896	SÃO PEDRO DE ITA- BAPUANA/ ES	1F,2P	R
BR ES APEES. IHIG.SAN.0411	RELATÓRIO SO- BRE EPIDEMIA DE VARIOLA EM SÃO PEDRO DE ITABAPUANA	JOSÉ COE- LHO SAN- TOS- DELE- GADO DE HYGIE NE DE SÃO PE- DRO DE ITA- BAPUANA	GELIO FERREI- RA DE PAIVA- DR. INSPECTOR DE HYGIE NE PUBLICA DO ES	1896	SÃO PEDRO DE ITA- BAPUANA/ ES	6F,11P	R
BR ES APEES. IHIG.SAN.0563	OFÍCIO Nº 89 COMUNICA EM- VIAR UM RELA- TÓRIO SOBRE A HIGIENE MUNI- CIPAL.	PREFEITURA MUNICIPAL DA VICTO- RIA	OLYMPIO COR- RÊA LYRIO- DI- RECTOR DO SERVIÇO SANI- TÁRIO DO ESTA- DO DO ES	1900	VITORIA/ES	3F,4P	R
BR ES APEES. IHIG.SAN.0449	RELATÓRIO SO- BRE A EPIDEMIA DE PESTE BUBO- NICA	I N S P E C - TORIA DE HYGIE NE PUBLICA DO ESTADO DO E S P Í R I T O SANTO	-	1903	VITORIA/ES	1F,2P	R
BR ES APEES. IHIG.SAN.0479	RELATÓRIO SO- BRE A EPIDEMIA DE VARIOLA EM CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM	JULIO PEREI- RA LEITE- DELEGACIA DE HYGIE- NE DE CA- CHOEIRO DE ITAPEMIRIM	OLYMPIO COR- RÊA LYRIO- DI- RECTOR DO SERVIÇO SANI- TÁRIO DO ESTA- DO DO ES	1909	CACHOEI- RO DE ITAPEMI- RIM/ES	7F,7P	R
BR ES APEES. IHIG.SAN.0699	RELATÓRIO SO- BRE EPIDEMIA DE VARIOLA EM MARECHAL HERMES	D/ DR. AN- T O N I O VIERA DE REZENDE- M É D I C O COMISSIO- NADO	JOÃO LOR- DELLO SANTOS SOUZA- DIREC- TOR DO SERVI- ÇO SANITARIO.	1913	MARE- CHAL HER- MES/ES	4F,7P	R

Fonte: Produzido pelos autores.

Contexto de produção dos relatórios

Do ponto de visto do contexto administrativo, é importante salientar que a Inspetoria de Higiene do Espírito Santo foi criada em 1886, à semelhança da Inspetoria-Geral de Higiene, ainda no estado imperial. Esta estrutura foi revista com a Proclamação da República, através do Decreto nº 169 de 18 de janeiro de 1890, que além de melhor definir as atribuições da Inspetoria Geral de Higiene, definiu

que “Os Estados do Amazonas, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Sergipe, Alagoas, Espírito Santo, Paraná, Santa Catharina, Goyaz e Matto Grosso terão: 1 inspector de hygiene e delegados em todos os municípios”⁷ (BRASIL, 1890, p.2).

Neste mesmo decreto, e no que o antecedeu (decreto nº 9.554 de 3 de fevereiro de 1886) constam também as responsabilidades tanto do inspector de hygiene estadual, como dos delegados de hygiene municipais. Dentre as responsabilidades estava a produção de relatórios, do inspector de hygiene do estado para o inspector geral, e dos delegados de hygiene municipais para o inspector de hygiene do estado. Cabia ao delegado de hygiene dos municípios “corresponder-se com os respectivos inspectores sobre todos os factos notáveis, sob o ponto de vista sanitário, que ocorrerem nas localidades em que servirem” (BRASIL, 1890, p.3). Assim reportar-se ao superior na hierarquia das inspetorias era uma obrigação de inspectores e delegados.

No fundo IHIG encontramos documentos anteriores à 1886, relacionados às ações de combate às doenças e controle sanitário, mas não havia uma instância estadual no Espírito Santo para este fim, apenas um inspector de hygiene, que não conseguia fazer muita coisa, pela falta de aparato governamental.

Além da Junta Central de Higiene Pública (1850-1886), que concentrava as ações sanitárias no Império, somente Pará, Maranhão, Pernambuco, Bahia e Rio Grande do Sul deveriam ter suas Juntas provinciais à semelhança da Central, às outras províncias podiam ter seus inspectores de hygiene. Os municípios poderiam ter, se quisessem, suas comissões de hygiene pública ou delegados (BRASIL, 1882, p.2). Por este motivo, os relatórios tanto do inspector de hygiene

7 No decreto nº 9.554 de 3 de fevereiro de 1886, os delegados de hygiene só eram obrigatórios para as principais cidades e vilas.

do Espírito Santo, como dos delegados municipais, não existiam antes de 1886.

Do ponto de vista político é importante salientar que no final do século XIX, os partidos se dividiam entre os espectros políticos conservador e liberal. As discussões sobre a República e sua concretização em 1889, vislumbravam uma reestruturação do estado, que para o controle sanitário e das doenças instituiu instâncias obrigatórias, apesar da verba destinada não ter se alterado muito na passagem do estado imperial para o republicano.

No Espírito Santo as discussões entre escravidão e trabalho assalariado, adentrava a questão da imigração europeia, onde o controle sanitário e das doenças foi entrecortado por esta questão. Os relatórios, em sua maioria, informam as condições de saúde dos recém-chegados, tanto para garantir mão de obra às localidades receptoras, como para garantir que os que viessem infectados não propagassem seus males.

No contexto científico, é bom lembrar que neste período as formas de contágio das principais doenças epidêmicas não eram conhecidas ou o conhecimento sobre elas não estava difundido. Em um mundo mais lento na comunicação das ciências, uma descoberta científica poderia demorar meses ou até anos para ser assimilada por médicos e profissionais de saúde em geral.

As formas de contágio da Varíola (contato) e da Cólera (ingestão contaminada) em 1880, já eram conhecidas, mas a da Febre Amarela (vetores) e da Peste Bubônica (vetores) esperaria ainda o final de 1880 e 1890 para serem conhecidas. Isso gerou discussões entre sanitaristas/delegados de higiene das cidades do Espírito Santo, que podem ser evidenciadas em alguns relatórios. O isolamento e as condições de higiene eram mais recomendados, inclusive ainda

na crença dos miasmas. As descobertas dos agentes transmissores de boa parte das doenças, são observadas no final do século XIX.

As discussões sobre vacinas também causaram certa controvérsia entre os delegados e médicos locais, pois além da vacina da Varíola (1792), bastante conhecida no final do século XIX, a vacina da Cólera só foi criada em 1897, entretanto pelo atraso da difusão do conhecimento e também pela difícil estrutura do estado para supri-la, as prescrições de debelá-la gerou polêmica entre os isolacionistas e os adeptos da vacinação em massa.

Uso dos relatórios e correlação com outras fontes documentais do XIX

Os 16 relatórios podem ser úteis para pesquisa na área da História das doenças, da saúde e da medicina no Espírito Santo, pois apresentam densa gama de informações sobre as epidemias, as ações de tentativa de debelá-las e as dificuldades de todas as ordens desta empreitada. Também é possível usá-los para a própria História do Espírito Santo, sua economia, administração pública e aspectos sociais, pois os relatórios, produzidos de forma livre, contém muitas informações relevantes sobre estes aspectos.

Pesquisadores com interesse na circulação de ideias científicas e controvérsias científicas no Espírito Santo, também poderão se utilizar destes relatórios. Eles apresentam discussões e polêmicas vividas no cotidiano do controle sanitário e do combate as doenças epidêmicas da capital e dos municípios, relatadas pelo próprio inspetor de higiene do estado e pelos delegados de higiene dos municípios.

A descrição arquivística dos relatórios e de todos os documentos do Fundo IHIG revelam os atores sociais de cada período. A metodologia da descrição a partir da NOBRADE, impõem a identifi-

cação dos nomes dos emissores e destinatários dos documentos, com isso é possível pesquisar a atuação pública de indivíduos, tornando o acervo relevante também como fonte de pesquisa para a biografias e História dos intelectuais, profissionais de saúde, políticos e cientistas.

Compreendendo que as fontes documentais apresentam limites, principalmente fontes de períodos históricos onde a estrutura do estado se apresentava incipiente, entendemos que os pesquisadores, tanto dos relatórios de epidemia do Fundo IHIG, como de todo o restante do fundo, necessitam pesquisar e analisar conjuntamente outras fontes para comparações, checagens, confirmações e cruzamento de informações sobre os fenômenos históricos alvo de suas pesquisas.

As legislações sobre todo um período e sobre a estrutura administrativa do estado devem ser analisadas, para tanto é possível consultar todo o arcabouço legislativo brasileiro do passado no site da Câmara dos Deputados. Sobre a história da administração pública e estrutura do estado brasileiro, inclusive as legislações que as criaram/destituíram podem ser consultadas no banco de dados do projeto Memória da Administração Pública Brasileira – MAPA, pelo Sistema de Informação do Arquivo Nacional – SIAN.

No APEES existem outros fundos que também podem potencializar os achados nos 16 relatórios do Fundo IHIG, são os Fundos da Governadoria (1854-1960) e da Secretaria do Interior e Justiça (1866-1970). O Fundo Governadoria compreende documentos das posições de chefia/governo do estado, como capitão-mor, governador da capitania, presidente da província, governador do estado, presidente do estado, interventor federal, etc. O Fundo Interior e Justiça contém documentos produzidos por diversas instâncias, tais como Tribunal Superior da Justiça, Alfândega, Companhias de Estradas de Ferro, Promotores Públicos, etc. Ambos os fundos possuem instru-

mentos de pesquisa no site do APEES.

E não menos importante, as fontes secundárias como o Almanak Administrativo, Mercantil, Industrial e Agrícola da província do Espírito Santo (1884-1889) da Biblioteca Estadual do Espírito Santo, que pode ser consultado via site da Midiateca Capixaba. E A Folha da Victoria/ES (1883 e 1888), O Democrata/ES (1888-1899), entre outros, que podem ser acessados via site da Hemeroteca da Biblioteca Nacional.

Considerações Finais

A diversificação das fontes documentais auxiliou o desenvolvimento da História das Doenças como campo de investigação. O século XX observou a aplicação das tecnologias à produção de variadas fontes de documentos, que puderam ser aproveitadas no desenvolvimento de novos problemas, temáticas e abordagens na História das Doenças. Entretanto não podemos dizer o mesmo para as fontes documentais do século XIX, principalmente as fontes oficiais da Inspetorias de Higiene dos Estado do Espírito Santo, criada no século XIX.

O Fundo da Inspetoria de Higiene do Espírito Santo é um conjunto composto por um pouco mais de 10 mil itens documentais produzidos entre 1840 e 1957, contendo pouca variação de tipos documentais, característica da incipiente estrutura administrativa dos estados, principalmente no século XIX. O Fundo está organizado em 8 séries documentais, que representam as atividades da Inspetoria ao longo do tempo que compreende o Fundo. As séries são: Administrativo, Licenciamento, Estatística, Imprensa, Normas, Portos, Sanitário e Saúde. Nestas duas últimas séries encontram-se os relatórios dos delegados municipais de higiene do ES.

Dentro deste fundo foram identificados 16 relatórios de epidemia, relativamente bem conservados, produzidos pelos delegados de higiene dos municípios e pelo inspetor de higiene do Espírito Santo entre 1886 e 1913. A importância deste item documental está na riqueza de informações e dados sobre as epidemias, pois são relatadas questões que não estariam em outro tipo documental, mas genérico e comum deste Fundo, como os ofícios e memorandos (MORAES; REIS; DOMINGOS; 2016).

Os relatórios relatam, com mais ou menos detalhes, a forma como foram identificados os primeiros casos, as ações que deram certo e as que não lograram êxito. Alguns relatórios apontam necessidades de recursos financeiros e outros tecem críticas às instâncias municipais pelo não apoio às ações para debelar as epidemias relatadas.

A maioria dos relatórios trazem dados numéricos sobre os acometidos pela doença epidêmica, os óbitos e os períodos mais críticos. Alguns apresentam os nomes, as idades, os gêneros, as profissões e o desfecho dos casos, curado ou óbito, de todos que foram contaminados. Os relatórios relatam as epidemias de Varíola, Febre Amarela, Cólera e Peste Bubônica, entre outras e compreendem o período de 1886 a 1913.

Do ponto de vista diplomático, os relatórios carecem de estrutura padronizada, entretanto identificando os produtores como tendo autoridade para produzi-los, e aliado ao fato de que à época, os estados não tinham burocracia e nem estrutura administrativa bem definidas, foi atribuído grau alto de autenticidade dos relatórios de epidemias do século XIX do Fundo do IHIG.

A descrição arquivística e análise diplomática dos relatórios de epidemias poderão ampliar a visibilidade do Fundo IHIG e auxiliar historiadores e pesquisadores em geral em suas investigações sobre a

História das Doenças e da saúde do Espírito Santo no século XIX.

Referências

- BELLOTO, H. Identificação Diplomática dos documentos. In: **Arquivos permanentes**. São Paulo: T. A. Queiroz, 1991.
- BRASIL. Conselho Nacional de Arquivos. **NOBRADE: Norma Brasileira de Descrição Arquivística**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2006.
- BRASIL. Conselho Nacional de Arquivos. **NOBRADE: Norma Brasileira de Descrição Arquivística**. Rio de Janeiro: Arquivo Nacional, 2006. 124p.
- BRASIL. **Decreto n. 169, de 18 de janeiro de 1890**. Constitui o Conselho de Saúde Pública e reorganiza o Serviço Sanitário Terrestre da República. Decretos do Governo Provisório da República dos Estados Unidos do Brasil, Rio de Janeiro, primeiro fascículo, p. 103, 1890.
- BRASIL. **Decreto n. 8.387, de 19 de janeiro de 1882**. Manda observar o Regulamento para o serviço da saúde pública. Coleção das leis do Império do Brasil, Rio de Janeiro, parte 2, v. 1, p. 97, 1883.
- BRASIL. **Decreto n. 9.554, de 3 de fevereiro de 1886**. Reorganiza o serviço sanitário do Império. Coleção das leis do Império do Brasil, Rio de Janeiro, parte 2, p. 57-103, 1886.
- CIA – Conselho Internacional de Arquivo. **Norma geral internacional de descrição arquivística - ISAD(G)**. Segunda Edição Adotada pelo Comitê de Normas de Descrição Estocolmo, Suécia, 19-22 de setembro de 1999.
- CUNHA, K. D.; FRANCO, S. P; MORAES, M. F. Inspetoria de higiene pública do espírito santo: políticas de assistência à saúde

de em tempos de epidemias. **Revista do Arquivo Público do Estado do Espírito Santo**. v.6, p.49 - 65, 2019.

CUNHA, Karolina Dias da. **Inspetoria de higiene pública do Espírito Santo: políticas de assistência à saúde em tempos de epidemias**. 2016. 103 f. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Vitória, 2016.

LE GOFF, Jacques. **História e memória**. Campinas, SP Editora da UNICAMP, 1990.

MORAES, M. F.; REIS, S.; DOMINGOS, K. Clínica dos pobres: reflexões sobre o conceito de documento arquivístico. **Revista Analisando em Ciência da Informação**. v.4, p.666 - 684, 2016.

NASCIMENTO, D. R. A Doença como Objeto da História. In.: **As Pestes do século XX: tuberculose e Aids no Brasil, uma história comparada** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

O tratamento aos doentes de lepra em Itanhenga/ES

Jackeline Meira Faria

Introdução

Embora a lepra fosse uma doença conhecida desde a Antiguidade, pois, já no Antigo Testamento há referência a essa doença, até o século XX não se conhecia uma medicação eficaz que garantisse a sua cura.

Nesse texto pretendemos evidenciar os diferentes tipos de medicação aplicados aos enfermos da lepra no Espírito Santo e a divulgação de medicação para essa doença veiculadas nos periódicos locais entre a década de 1920 e 1930. Utilizaremos, ainda, como fonte, para a realização deste texto, os prontuários de internos da Colônia de Itanhenga, único leprosário existente no Espírito Santo, verificando que alguma medicação era aplicada aos internos antes do aparecimento da sulfona.

Destacamos que as fontes por nós utilizada para a elaboração deste texto encontram-se disponibilizadas na rede mundial de computadores (internet), na página do Laboratório Sabores e Saberes, na aba Memorial do leprosário de Itanhenga, material esse que foi coligido pelo Professor Sebastião Pimentel Franco e uma equipe de pesquisadores, quando desenvolveram os projetos de pesquisa “In-

ventário e organização do acervo do leprosário de Itanhenga/ES”, “O cotidiano no isolamento compulsório do Hospital Colônia de Itanhenga, Espírito Santo (1937-1962)”, “As múltiplas vivências do isolamento compulsório no leprosário de Itanhenga/ES: histórias e interpretações.”

O leprosário de Itanhenga

No Brasil, a partir da década de 1920, a lepra tornou-se uma preocupação do Estado ao se definir que essa doença era uma calamidade e que, portanto, precisava de uma política pública para evitar a sua propagação entre a população sadia, passando, assim, a doença a ser vista como um grave problema social.

No caso do Espírito Santo, o conhecimento sobre essa doença se deu somente a partir de 1927, quando Pedro Fontes, veio a comandar o Serviço de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, e, inconformado com a desinformação sobre o real número de leprosos existente no Estado, que, segundo estimativas conhecidas, não passava de 28 doentes, adotou diversas medidas.

Entre as primeiras medidas de Pedro Fontes à frente do Serviço de Profilaxia da Lepra destaca-se a realização de um inquérito para que se pudesse conhecer com exatidão o número de leprosos existente no Estado. Segundo Pedro Fontes, a lepra só não era conhecida porque não era procurada. Posteriormente a esse inquérito, implementou um censo, que possibilitou se chegar a uma melhor exatidão dos contaminados pelo bacilo de Hansen no Estado, que, em 1937, chegava ao número de 729 (Franco, 2023).

O elevado número de leprosos só foi possível ser conhecido graças a um aparato que Pedro Fontes implementou na tentativa de evitar que a lepra se alastrasse no seio da população. Nesse senti-

do, graças ao apoio incondicional do governador Aristeu Borges de Aguiar e depois do Interventor Federal João Punaro Bley, foi possível criar uma rede de profissionais de saúde que percorriam as localidades capixabas de norte a sul. Assim, foi possível mapear o número de leprosos e se ter um controle em relação a doença e sobre os que tivessem tido contato próximo com leprosos, os chamados comunicantes.

Além disso, criou uma série de dispensários fixos, que possuíam laboratórios para a realização de exames. Esses dispensários se localizavam em cidades como a Capital, Vitória; na região sul, Cachoeiro de Itapemirim, Alegre, São José do Calçado, Mimoso do Sul, Muqui; na região norte, Colatina; e, na zona serrana, Afonso Cláudio. Além destes, criou também dispensários ambulantes, que cadastravam os doentes de lepra e os comunicantes, buscando controlar a doença, estabelecendo, portanto, uma verdadeira arma profilática.

O número de leprosos apontados pelo censo permitiu a Pedro Fontes justificar cada vez mais a necessidade de se construir um leprosário no Espírito Santo. Aliás, a criação de um leprosário por lei já tinha se efetivado desde 1930, no governo de Aristeu Borges de Aguiar, sob a Lei n. 1.720, mas, que não se concretizou de fato por não ter previsto a referida lei a dotação orçamentária para a efetivação dessa construção. Naquele momento, o possível foi a instalação de um leprosário provisório, graças à aquisição de uma casa na Ilha da Cal pelo governo estadual, para ali serem alojados alguns poucos leprosos do sexo feminino e crianças, cujo número não passava de 30 ((*Diário da Manhã*, 25 de novembro de 1934, p. 3).

Inaugurada com grande festa, onde compareceram autoridades representando o Governo Federal (Ministro Gustavo Capanema), autoridades eclesiásticas, o Interventor Federal, políticos locais,

a chamada “alta” sociedade local, médicos e a população em geral, no dia 12 de abril (*Correio da Manhã*, 13 de abril de 1937, f. 1).

Já no primeiro dia de funcionamento o leprosário de Itanhenga contava com 380 internos, sendo a maioria do sexo masculino, casados, com idade acima de 20 anos, agricultores, de cor branca, não alfabetizados, que professavam o catolicismo e oriundos de regiões interioranas do Espírito Santo. Significativo número deles contraíram a doença por terem tido contato próximo e prolongado com familiares, cônjuges vizinhos ou amigos, uma vez que se sabe que a lepra é uma doença contagiosa. Outra característica que se destacava é que um grande número desses internos já possuía o bacilo da doença há muito tempo (Franco, 2023).

A área total do leprosário media 1.200 hectares, sendo que 665 hectares se destinavam ao conjunto arquitetônico, 335 para a colônia agrícola e 200 hectares para o funcionamento do preventório. O leprosário estava dividido em três áreas distintas, a zona sadia, a zona intermediária e a zona doente (Franco, 2022).

Segundo Sebastião Pimentel Franco, André Luis Lima Nogueira e Sérgio Luiz Marlow (2017), entre 1937 e 1962, o leprosário de Itanhenga teria recebido um total 1.592 internos. Entre 1937 e 1939, teria recebido 467 internações, entre 1940 a 1949, mais 521 internações, entre 1950 e 1959, mais 515 e, finalmente, entre 1960 e 1962, mais 89 internos. Cabe aqui destacar que, embora por Lei a internação compulsória tenha sido extinta em 1962, o leprosário de Itanhenga continuou recebendo internos até a década de 1980, apesar de em número reduzido. Os dados apresentados para os citados demonstram

[...] que os anos compreendidos entre 1937 e 1939 registraram quantitativo de ingresso de pacientes semelhantes pro-

porcionalmente ao ocorrido numa década inteira, quando os comparamos aos anos de 1940-1949 e de 1950-1959, indicando um esforço no recolhimento por enfermos para submetê-los ao isolamento compulsório naquele triênio (Franco; Nogueira; Marlow, 2017, p. 311).

A medicação aplicada aos enfermos da lepra: o que diz os jornais e os prontuários

A cura da lepra surgiu a partir da descoberta da sulfona em 1941, pelo médico norte americano Guy Faget. Desde sempre, a descoberta da cura da lepra esteve na perspectiva da humanidade, enquanto não houve a descoberta da cura dessa doença, muitas medicações foram empregadas, se não para garantir a cura, pelo menos para aliviar as trágicas consequências/sintomas que ocasionavam aos leprosos.

A busca pelo alívio ou cura da doença possibilitou a que mesmo indivíduos sem nenhuma formação científica proclamassem receita que oferecia de forma impostora a cura da doença.

A medicação indicada aos portadores dessa doença variou de tempos para tempos, até a descoberta da sulfona. Dentre essas medicações, Marli Penteado Manini (2019, p. 50) nos fala que o “o óleo de chaulmoogra foi por séculos o tratamento tradicional na Índia para doenças da pele utilizado por via oral, porém era irritante para o estômago causando náuseas e vômitos.”

De acordo com Fernando Sérgio Dumas Santos, Letícia Pumar Alves Souza e Antonio Carlos Siani, desde que o isolamento dos leprosos foi efetivado no Brasil, o óleo de chaulmoogra foi utilizado para o tratamento desses doentes, com aplicação nas úlceras e nas manchas do enfermo. Assim,

[...] esse medicamento foi, inicialmente, administrado ex-

ternamente, com a aplicação direta do óleo sobre as úlceras, numa replicação do modo de usar tradicional do Oriente. A aplicação externa revelava resultados limitados no tratamento da doença, e o uso interno, embora fosse mais efetivo, tornava-se de difícil utilização pelo fato de que o óleo era mal tolerado pelo organismo, causando vômitos, diarreia e problemas gástricos. Ou seja, a efetividade do remédio estava limitada pela tolerância do aparelho digestivo do doente, levando médicos, químicos e farmacêuticos a aperfeiçoarem os medicamentos derivados (Santos; Souza; Siani, 2008, p. 31).

Segundo Flávio Maurano (1939), diversos foram os tratamentos utilizados para a lepra no Brasil como veneno de cobra, colargol, ictiol, ácido fênico, sais mercuriais, arsênico, salsaparrilha, japécanga, extrato de jambuassú, extrato de sarnya. Os curadores não oficiais certamente indicavam muitas receitas caseiras à base de ervas no intuito de acabar com doença.

Embora desde 1894 já tivesse sido inaugurado no Rio de Janeiro no Hospital dos Lázaros, um Laboratório Bacteriológico, que era dirigido pelo médico José Jerônimo de Azevedo Lima (1850-1912), onde se realizava estudo anatomopatológico e bacteriológico relativo à lepra, não se tinha verdadeiramente uma medicação eficaz no combate à doença (Souza-Araújo, 1956). Mesmo no século XX, embora já se tivesse iniciado uma política de Estado de combate à lepra e já existisse um Laboratório de leprologia do Instituto Oswaldo Cruz, não se conhecia uma arma de combate eficaz a essa doença (Maciel, 2007).

Assim, havia muitas indicações de remédios para o tratamento da doença, mas nenhum tinha uma eficácia garantida. Dessa forma, o que se realizava nos leprosários que surgiram no Brasil já na década de 1920 era o isolamento do doente como uma forma de se buscar impedir a disseminação da doença entre os sadios.

De todos os medicamentos, o óleo de chaulmoogra foi o mais utilizado. Em relação ao óleo de chaulmoogra, Laurinda Maciel (2007) também entende que essa medicação foi a mais utilizada entre os enfermos de lepra que eram assistidos pelos Dispensários ou aqueles que haviam sido recolhidos a um leprosário, uma explicação para sua predileção entre os médicos pode ter sido em razão de que essa medicação era a que menor desconforto causava aos pacientes após sua aplicação, embora os doentes reclamassem dessas aplicações pela dor que essa injeção causava e ainda por apresentar sintomas como febre, dores e mal-estar após a ingestão do medicamento.

Recorreremos mais uma vez a Santos, Pumar e Siani (2008, p. 36), para entendermos como era efetuada essa medicação. Segundo os autores,

[...] o leprologista Heráclides César de Araújo-Souza, indicava o uso de dois a oito comprimidos de sais sódicos, preparados com os ácidos totais do óleo de *Hydnocarpus whigtiana*; por via hipodérmica, recomendava duas ou três injeções de éster etílico do óleo de chaulmoogra por semana; nas úlceras, infiltrações e lepromas, recomendava três a quatro aplicações mensais de galvano-cautério; sobre as lesões tratadas com o galvano, e sobre todas as outras, deveriam ser pincelados solutos de ácido tricloracético. Como tratamento complementar, indicava o uso de tônicos, tais como arsênico e óleo de fígado de bacalhau creosotado, entre outros, além do uso periódico de laxantes e de diuréticos. Fazia-se necessário, também, um regime de farta alimentação, exercícios e repouso metódicos.

Trataremos, agora, das indicações que eram apontadas como possibilidade do tratamento da lepra no Brasil. Para tanto, tomaremos inicialmente como fonte cinco periódicos brasileiros que circularam na década de 1930, o *Diário da Manhã* (ES), o *Muqui* (ES) e *A Nação* (RJ). Num segundo momento, nos apropriaremos dos prontuários

existentes sobre internos do leprosário de Itanhenga, verificando que tipo de medicação foi empregada entre esses doentes até o advento do uso das sulfonas, lembrando que só se encontra referência ao uso dessa medicação nesses prontuários a partir de 1948.

Ao nos apropriarmos do jornal como uma de nossas fontes, seguimos a recomendação de Tania Regina de Luca, que assevera ser o jornal uma importante fonte para o historiador, mas é preciso estar atento pois este, além de informar (esta nunca era neutra ou imparcial), também servia como instrumento de manipulação de interesses de determinado grupo com objetivos de intervenção social.

Em relação aos prontuários, tal como pontuam Fernando Salla e Viviane Borges (2017), a vida dos internos estava ali registrada, mesmo que eles não desejassem. Assim, suas identificações, naturalidade, idade, sexo, religião que professavam, grau de instrução, estado civil, cor, diagnóstico, medicações aplicadas. Apesar de termos conhecimento dessa documentação, muitas lacunas sobre o interno acabam existindo.

Vejam agora algumas notícias veiculadas nos jornais por nós pesquisados, na temporalidade já anteriormente explicitada, que fizeram alusão a medicação anti-leprosa.

Podemos dizer que essas matérias jornalísticas, apesar de apontarem algumas medicações como eficazes na tentativa da cura da lepra, no decorrer das mesmas, vai se evidenciando que essa não era uma certeza absoluta, inclusive, essas certezas muitas vezes eram colocadas em dúvida por outros profissionais da leprologia.

A incerteza de um antídoto para a doença possibilitava a que indivíduos sem qualquer qualificação científica divulgassem, no seio da população, medicação para a doença, que, na verdade, eram ineficazes, mas que, em razão da aflição dos doentes, acabava sendo “bem”

recepcionada, embora, com o tempo, se conhecerá o engodo dessas medicações.

Pudemos verificar ainda, que centro científicos como o Instituto Manguinhos e ainda que leprologistas, na busca pela cura da lepra, se esforçavam o máximo, na busca para encontrar a medicação que pudesse ou curar ou aliviar o sofrimento dos doentes da lepra, o que segundo o jornal o *Muqui* “A ânsia de sarar torna ao leproso mais intenso o instinto da conservação: daí a adoção de todos os remédios, mesmo até das abusões e simpatias” (*O Muqui*, 10 de abril de 1935, f. 1).

Vejamos o que nos fala a matéria do *Diário da Manhã*, datado de 20 de setembro de 1930, que trata da informação sobre o emprego de produtos quimioterápicos. Segundo a reportagem no Rio de Janeiro no Hospital dos Lázaros, sob a direção do leprólogo Fernando Terra, o médico Heráclides César de Souza-Araújo, empregava uma vacina antileprosa do professor Kraus, de Viena, e vários produtos quimioterápicos preparados no Instituto de Manguinhos, pelo dr. Astrogildo Machado nos internos que possuíam o bacilo de Hansen. Diz ainda a matéria, que o mesmo médico já teria utilizado essa medicação entre leprosos, entre os anos de 1919 e 1921, no Dispensário de Curitiba, arsenicais da série Salvarsan. Informa ainda que, entre os anos de 1921 e 1924 em Belém no Instituto Terapêutica da Lepra o referido médico aplicava nos leprosos óleo do chaulmoogra. Segundo o referido médico, esses tratamentos duravam em média de 6 a 12 meses, o que segundo ele, diferia do tratamento em outros lugares do mundo, onde em geral esse mesmo tratamento só tinha resultados exitosos entre 3, 4 ou 5 anos. Portanto, tal tratamento era eclético, havendo combinação de medicação. O referido médico assim descrevia o tratamento que possuíam as seguintes etapas.

Destruir todas as lesões ativas da lepra (nódulos, infiltrações, manchas, úlceras etc) por meio de cáusticos físicos (eletro coagulação, galvanocantherio) e químicos;

Nos casos de nódulos discretos a exérese cirúrgica seguida de cauterizações abrevia a cura;

As aplicações de solutos fortes de ácidos momo- ou tricoloracetico sobre as lesões tratadas pela fisioterapia, produzem descamações muito benéficas, que devem ser repetidas;

Duas injeções por semana de 5 c.c de um bom ester elítico de chaulmoogra, medianamente irritante (prefiro a antilebrina, por uma associação de ester de chaulmoogra com lipoides de óleo de fígado de bacalhau). O produto aquecido é injetado por via subcutânea, em forma de leque (método de Muir para o óleo);

Infiltração intradérmica das lesões inativas (não lepróticas segundo a classificação de Manila) com um ester pouco irritante, como o Calmestrol ou ester isolado;

Por via oral 2 a 6 comprimidos de 0,50 de sabões sódicos de chaulmoogra do Instituto Oswaldo Cruz ou pérolas de Calmestrol;

Por vias nasais tampões embebidos de ester mentolado timolado a 15 diariamente. É preventivo e curativo. A antilebrina é também indicada;

As lesões nervosas dos grandes troncos trato há muito tempo, com injeções de ester aquecido ao longo dos nervos ou dentro deles. Só agora apareceu um primeiro ensaio de método nas Filipinas;

Nos casos de nevrites dolorosas são necessárias injeções de analgésicos especiais variando com o caso;

As exacerbações dos sintomas cutâneos (febre leprótica) exigem tratamentos especiais. Os doentes com nefrites crônicas não suportam o meu tratamento. Há doentes intolerantes ao chaulmoogra. Os doentes que suportam bem ao tratamento melhoram depressa no seu estado geral aumentando consideravelmente de peso (*Diário da Manhã*, 20 de setembro de 1930, p. 1).

Uma outra medicação empregada nos doentes de lepra do Es-

pírito Santo, internados no leprosário provisório, na Ilha da Cal, por obra de Pedro Fontes, foi o azul de metileno. Segundo é informado, essa medicação era aplicada por injeções endovenosas, desde quando foi ventilada essa aplicação na Indochina pelo médico francês René Montel em agosto de 1934 (*Diário da Manhã*, 21 de setembro de 1934).

Segundo ainda é informado na mesma reportagem, os enfermos João Seraphim de Castro e Custódio de Castro haviam tido alta, após o tratamento, em razão de que seus exames de laboratório se mostraram negativos para o bacilo de Hansen. É noticiado, ainda, que outros dois pacientes, José Hilário de Souza e Virgílio José da Silva, que também usaram a mesma medicação, também teriam tido alta, podendo retornar às suas casas. Por fim, ficamos sabendo que o médico que estava atuando junto a esses pacientes era Américo de Oliveira.

Interessante notar que o uso do tratamento da lepra pelo azul de metileno, trazido como uma novidade, apresentada pelo parisiense Dr. Montel, já era utilizado no Brasil desde 1927, por meio do médico Miguel Couto no Hospital São Sebastião no Rio de Janeiro, e que, inclusive, o referido médico já tinha apresentado tal iniciativa junto à Academia Nacional de Medicina, aonde teria recebido muitos elogios. Entretanto, segundo o que noticiou o jornal, somente a partir da apresentação do Dr. Montel em Saigon na Indochina, referente ao uso de tal medicação, teriam os médicos brasileiros levantado interesse pela mesma (*Diário da Manhã*, 21 de setembro de 1934).

Falando sobre o uso dessa medicação ao *Correio da Manhã* (21 de setembro de 1934), o médico capixaba Américo Oliveira, que atuava no Departamento de Saúde Pública, informou que, tão logo tomou conhecimento das experiências do Dr. Montel, começou a

aplicar o azul de metileno em doses ascendentes principiando por 16 cc e chegando até 40cc, em vinte pacientes.

Relata Américo Oliveira que durante as aplicações que vinha realizando nenhum acidente havia acontecido. Por fim, destaca que tal medicação apresentava melhoras a olhos vistos, principalmente nas formas ulcerosas nas quais a cicatrização passava a ocorrer de forma rápida. Inclusive destacou que cinco doentes já tinham tido alta por se acharem clinicamente curados. Em dezoito, os resultados estavam sendo pouco sensíveis, os demais melhoraram satisfatoriamente.

Perguntado se o azul metileno conseguiria, de fato, transformar a lepra aberta e contagiosa em lepra não transmissível, respondeu que ainda era cedo para responder afirmativamente, entretanto, destacava que as úlceras cicatrizam e os doentes deixam de eliminar bacilos, tornando-se não contagiantes.

O óleo de chaulmoogra é de todos os remédios empregados na lepra o que melhor se tem mostrado, e a sua utilização data de muitos anos. Não há entre os médicos discrepância de opinião sobre este particular, e foi por saber que se constitui ele a base da pomada -Antarpe- que não hesitei em experimentá-la nos doentes. A única originalidade desse preparado é a sua utilização por via cutânea sem fricção, podendo dar em dose mais elevada do que até hoje temos administrado aos gatos.

Seguindo na mesma linha acerca da eficácia do uso do óleo de chaulmoogra no tratamento da lepra, o jornal *A Nação*, afirma que “Os resultados, [...] do emprego de uma associação de óleo de chaulmoogra com uma planta da flora brasílica no tratamento da lepra, se apresentam tão auspiciosos, mesmo surpreendentes, que divulgá-los constitui um dever formal ao jornalista” (*A Nação*, 10 de fevereiro de 1935, f.1).

O mesmo jornal, tratando ainda da questão de qual melhor seria a medicação para o tratamento da lepra ao entrevistar do leprólogo Fernando Terra perguntou a este o que ele achava da medicação Antarpel que ora se estava indicando para o tratamento de leprosos. Apesar de afirmar que estava usando também este tipo de medicação, relata entretanto que na sua opinião a melhor indicação do combate a lepra era o uso do óleo de chaulmoogra. Dessa forma, afirma que:

O tratamento que estamos fazendo nos doentes de lepra não é como muita gente se afigura, uma novidade me terapêutica, nem é dotado de uma eficiência maravilhosa, como supõe muitos dos infelizes afetados do mal. Na vultosa correspondência a que sou obrigado pelas consultas, que recebo diariamente, tenho já encontrado a queixa de pessoas atacadas de lepra, há anos com lesões graves e que esperavam curar-se em uma semana de tratamento. Tenho notícia também de enfermos que na ânsia de se libertarem das lesões exageram nas doses, resultando daí surtos febris, com erupção cutânea.

O óleo de chaulmoogra é de todos os remédios empregados na lepra o que melhor se tem mostrado, e a sua utilização data de muitos anos. Não há entre os médicos discrepância de opinião sobre este particular, e foi por saber que se constitui ele a base da pomada -Antarpel- que não hesitei em experimentá-la nos doentes. A única originalidade desse preparado é a sua utilização por via cutânea sem fricção, podendo dar-me dose mais elevada do que até hoje temos administrado aos gafos (*A Nação*, 10 de fevereiro de 1935, f. 2)

Comenta ainda, que embora entendesse que o óleo de chaulmoogra era a melhor indicação no tratamento da lepra, em relação ao uso do Anterpel, estava encontrando resultados animadores, sobre esta questão diz que:

Quanto a minha observação pessoal, confirmo o que já foi noticiado pela imprensa e tenho outros casos em que as melhoras vão se acentuando, tanto nos sintomas objetivos e sub-

jetivos como mesmo na redução do número de bacilos.

Não se pode por enquanto tirar uma conclusão definitiva sobre a ação da pomada, porque em uma doença caprichosa e cujo estudo está cheio de incógnitas, só com o tempo pode-se ter elementos, seguros para se firmar um juízo.

O que porém, pode-se assegurar desde já é que de todos os produtos, derivados do óleo de chalmooogra, até hoje usados no mal de Hansen, é este o que tem um menor espaço de tempo produzido melhoras sensíveis nos doentes. Compreende-se que emito esta opinião com reservas, apelando para os ensinamentos de que futuro poderemos conquistar (*A Nação*, 10 de fevereiro de 1935, f. 2).

A busca da cura da lepra movimentava médicos, curandeiros e charlatães na busca por encontrar a solução para problema tão grave. Volta e meia aparecia notícia da existência de uma medicação milagrosa que iria curar essa enfermidade. Foi dessa forma que o *Correio da Manhã* trazia a notícia da descoberta de uma vacina na Rússia, pelo médico Kedowski, que, segundo se dizia, estava apresentando excelentes resultados.

O jornal *Diário da Manhã* noticia que a imprensa médica estava divulgando a descoberta de uma vacina contra a lepra na Rússia, descoberta por Kedowski, que estava apresentando excelentes resultados. Escrevendo no mesmo jornal, o médico Christiano Fraga diz:

Não se trata apenas de um rebate entusiástico para reanimar médicos e doentes, é antes uma demonstração evidente da segurança de orientação das experiências no terreno do tratamento da terrível dermatose.

Kedowski forma ao lado desta moderna plêiade de brilhante da investigação da vacinoterapia anti leprótica como Clegg, Dersal, Mac Coy, Post, Beurmann, Gougerout, Hasson, Pierre Debbet, Terra.

De todos os tratamentos da lepra, reconstituente, vacinoterápico, medicamentoso e local, o vacinoterápico reúne em seu

devedor o maior agrupamento de infatigáveis pesquisadores.

Mas o bacilo da lepra não tem podido ser cultivado fora do organismo humano, de modo a permitir a elaboração de vacinas bem definidas e de seus efeitos exatos.

As vacinas conseguidas até agora com o aproveitamento do material cultivado de lesões leprosas vinham dando resultados medíocres. Ainda assim, se mostraram aproveitáveis a leprolina de Rost e as vacinas de Beaurmann Gougerot, Hasson, Wayson e Paldrock.

Estamos, no entanto, muito longe dos resultados esperados.

A notícia de que Kadowski acaba de conseguir isolar em cultura para o bacilo da lepra, e mais ainda obter vacinas de excelentes resultados, vem encher de júbilo os benditos do laboratório, que anteveem para breves dias a cura da lepra.

Não há dúvida que tenham favorecido a segura orientação dos modernos experimentos de bacteriologia dos estados do tisiologista brasileiro Antonio Carlos Fontes sobre o ultravírus, divulgados e confirmados em 1910.

Sob a ação das vacinas de Kadowski, as manifestações leprosas, dores, manchas, lepromas, úlceras, diminuem rapidamente até completo desaparecimento, podendo o enfermo dentro de pouco tempo retornar aos seus afazeres. O autor promete ainda uma outra substância de sua invenção destinada a descobrir a doença logo as suas primeiras manifestações, o que vem sobremodo facilitar a profilaxia e o tratamento.

Logo que tal vacina tenha entrado na prática corrente, o Brasil será de certo um dos primeiros países a adquiri-la como o melhor reforço à campanha de defesa contra a lepra que aqui vemos afinal em plena efervescência, e na qual o Espírito Santo agora torna-se parte relevante (*Diário da Manhã*, 27 de março de 1934).

A busca pela cura da lepra possibilitou que muitos prometessem aquilo que efetivamente não tinha condições de dar conta, como prometia o Professor Lacerda Moura, num anúncio do jornal do Espírito Santo, o *Diário da Manhã*, que prometia a cura da doença por métodos naturais, que como sabemos era uma farsa, uma vez que não

existia nessa época uma medicação eficaz para a cura da lepra.

Por seus métodos naturais de auto cura física e da Pirote-
rapia Brasileira, hoje em dia são radicalmente curáveis, na
própria casa do enfermo, todas as enfermidades crônicas, se-
jam causadas pela sífilis, ou pela arterioesclerose, sem drogas
venenosas, sem injeções mortíferas, sem vacinas e sem soros
pútridos e contaminadores, sem raio x ou radioterapia que
queimam sem curar, sem dietas depauperantes e sem ope-
rações cirúrgicas. Lepra, sífilis, esclerose, tuberculose, câncer,
paralisias, asma, diabetes, reumatismo, obesidade, eczemas,
todas as moléstias, enfim, enquanto não houver lesão anatô-
mica essencial, são cientificamente e positivamente curáveis,
ainda que os pacientes estejam desenganados. Podem pedir
pelo Correios preço 15\$00 (quinze réis), registrado 17\$00
(Dezesete réis). (*Diário da Manhã*, 4 de abril de 1930), f.2).

Se as promessas eram tantas e se essas falsas promessas não
davam conta de resolver o problema da cura da lepra, que medicação
era aplicada aos doentes da lepra no Espírito Santo, antes do surgi-
mento das sulfonas? Para responder a essa pergunta, vamos agora nos
apropriar dos prontuários dos internos do leprosário de Itanhenga e
verificar quais medicamentos seriam esses.

Para analisar as medicações prescritas aos internos do lepro-
sário de Itanhenga, pegamos aleatoriamente dados de prescrição de
25 pacientes, sendo que, desses, 22 eram do sexo masculino e três do
sexo feminino. Sabemos que, no leprosário em questão, o número de
internos do sexo masculino era superior ao do sexo feminino como
nos afirma Franco (2023).

Entre os medicamentos indicados para esses internos a medi-
cação que mais aparece era o óleo de chaulmoogra, seguido de ésteres
iodados, antifebrina, sapucol, diasane, bismution, cetoconazol, óleo
de sapucainha e promin, sulfonamida.

Havia variações entre as medicações aplicadas aos internos, a

depender da classificação clínica da doença, que eram as seguintes: Incaracterística, Intermediária; diforme ou Boderline; lepromatoso ou vichorniana; tuberculóide.

Em Luiz Bayer, que foi internado em 1937 aos cinco anos de idade, e José Domingos Gomes, de 50 anos de idade, internado no mesmo ano, era aplicado óleo de chaulmoogra, antifebrina, óleo de sapucainha, ésteres iodados, cetoconazol.

Já Manuel Elias Pinto, 42 anos, lavrador, casado, internado em 1938, era aplicado a antifebrina e o sapucanol, a mesma medicação que recebia Antonio Felisberto da Silva, 21 anos, lavrador, solteiro, interno em 1938, com o acréscimo dos ésteres iodados.

Alguns internos só tomavam um único medicamento. Esse foi o caso de José Lino Zacchi interno no leprosário em 1939, com 18 anos, solteiro, branco, morador de Castelo, professor que tinha como prescrição a Sulfonamida. O mesmo ocorria com Maximino Monte Bello, 38 anos, branco, viúvo, lavrador, natural de Santa Teresa, cuja medicação exclusiva era a Antifebrina. Também Eliezer de Souza 25 anos, branco, solteiro, internado em 1940, e Eugénio Batista de Souza, 21 anos de idade, branco, solteiro, lavrador, 1940, que recebiam como medicação apenas o éstere iodado.

Além do óleo de chaulmoogra, medicamento muito utilizado nos internos dos leprosários brasileiros, o sapucanol, o diasone e os ésteres iodados eram indicados aos enfermos da lepra, como era o caso de Pedro de Alcântara Villa, 32 anos de idade, preto, solteiro de profissão oleiro oleiro, a quem era injetado ésteres iodados e sapucanol e ainda de Antonio Pinheiro Souza 40 anos, branco, casado, lavrador, internado em 1941.

Outros tomavam maior número de medicamentos que outros como foi o caso de Manuel Vieira de Souza, 25 anos, preto, lavrador,

internado em 1944, que recebia como medicação Antifebrina, Ésteres iodados, sapucanol e Joaquim Ribeiro de Souza, de 59 anos de idade, branco, casado, lavrador, internado em 1944, que recebia como tratamento as aplicações de Ésteres iodados, Antifebrina e sapucanol.

Outra medicação bastante utilizada junto aos internos do leprosário de Itanhenga era dianase, aplicada ao enfermo Amadeo Serafim, 43 anos, branco, casado, lavrador internado em 1940, como também, Abraão Soares Leite, 68 anos, branco, casado, lavrador internado em 1945 no mesmo leprosário e José Monteiro, 40 anos, pardo, casado, lavrador, internado em 1941, a quem eram prescritos Ésteres iodados, sapucanol, diasane.

O Promim também era uma outra prescrição muita utilizada pelos médicos do leprosário de Itanhenga. Essa era medicação juntamente com sapucanol que Antonio Roberto de Souza, um interno de 54 anos, branco, casado, lavrador tomava quando foi internado em 1942. Já José Vitalino de Oliveira, de 56 anos de idade, preto, solteiro, lavrador, interno em 1945 recebia como medicação promim e diasane. Outro que tomava promim, mais antifebrina, era Manoel Raimundo Guerra, de 51 anos de idade, branco, casado, lavrador, internado em 1945.

Outra medicação também utilizada entre os pacientes do leprosário de Itanhenga era o Bismution, como era o caso de Antônio Carlos da Costa, de 22 anos de idade, pardo, solteiro, lavrador, quando internado em 1940.

E no caso das mulheres, a medicação diferia das prescritas para os homens? Vejamos alguns exemplos. Camila Fernandes de Ávila, de 42 anos de idade, parda, casada, doméstica, internada em 1943, recebia como prescrição para o seu mal o óleo de sapucaiol, diasane.

Já Darcy Monte-Bello de 10 anos de idade, natural de Itanhangá, branca, solteira, internada em 193, recebia como única indicação o famoso óleo de chaulmoogra. Maria das Dores Carvalho, de 38 anos de idade, preta, casada, internada em 1943, tinha como prescrição o sapucanol e diasane.

Considerações finais

Como pudemos verificar, a lepra, no Brasil, começou a ser alvo de atenção ainda no século XIX, quando alguns médicos começaram a se debruçar sobre os problemas em relação a essa doença. Entretanto, somente a partir da década de 1920 é que o Estado se ocupará dessa enfermidade, estabelecendo políticas públicas de atendimento aos leprosos por considerar a lepra como um problema social.

No Espírito Santo, podemos afirmar que foi a partir de 1927, com a chegada do médico Pedro Fontes, que a lepra se torna visível no estado. Pedro Fontes, ao assumir o Serviço de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, montou uma ação efetiva na busca por encontrar os leprosos existentes no Espírito Santo, sobretudo nas regiões interioranas, com uma rede de médicos, enfermeiros, farmacêuticos e agentes de saúde, sobretudo com a criação dos Dispensários, na Capital, a cidade de Vitória e em algumas cidades de maior porte no interior do estado.

Dessa forma, por meio de um censo, identificou um número grandioso de leprosos o que o possibilitou a pleitear a que o Estado construísse um leprosário para abrigar esses doentes. Graças a essa ação, a construção do leprosário de Itanhenga pode se concretizar, cuja inauguração definitiva se deu em 1937.

O leprosário iniciou suas atividades com 380 internos, sendo, em sua maioria, homens, brancos, católicos, analfabetos, lavradores,

casados, provenientes das regiões interioranas do Espírito Santo.

Como não se conhecia até a década de 1940 uma medicação eficiente que pudesse curar da lepra, diferentes medicações eram empregadas no tratamento destes doentes, sendo que o óleo de chaulmoogra era a mais conhecida e a mais utilizada. Muitas das vezes essas medicações não tinham eficácia alguma, o que possibilitava que falsas promessas de cura tivessem espaços para sua disseminação.

Aos internos do leprosário de Itanhenga, diversas medicações eram prescritas, se não para garantir a cura, para impedir que a doença tomasse proporções mais graves, o que deixava marcas indelévels nesses doentes. Assim, bismution, promim, sapucanol, diasane, anti-febrina entre outras eram prescritas aos enfermos da lepra no referido estabelecimento.

Referências

- COSTA, Dilma Avelar Cabral da. **Entre ideias e ações: lepra, medicina e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934)**. 2007. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal Fluminense, Niterói/RJ, 2007.
- CUNHA, Vivian da Silva. **O Isolamento compulsório em questão: Políticas de combate à lepra no Brasil (1920 – 1941)**. 142 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- FRANCO, Sebastião Pimentel; NOGUEIRA, André Luis Lima; MARLOW, Sérgio Luiz. A Colônia de Itanhenga (Espírito Santo: edificação e vida em (mais) um leprosário brasileiro. In: FRANCO, Sebastião Pimentel; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. **Uma história**

- brasileira das doenças.** Belo Horizonte/MG: FinoTraço.v.7. p. 295-323.
- FRANCO, Sebastião Pimentel. As fugas e as prisões: vestígios do cotidiano no leprosário de Itanhenga/ES (1937-1962). In: FRANCO, Sebastião Pimentel et al (org.). **Uma história brasileira das doenças.** Fino Traço: Belo Horizonte/MG, 2022. v. 11. p. 127-149.
- FRANCO, Sebastião Pimentel. A criação do leprosário de Itanhenga e os seus internos. In: MANTOVANI, Rafael; MOTA, Andre (org.).. **Saúde e espaço público na América Latina:** do século XVIII ao XX. São Paulo: Hucitec, 2023. p. 163-184.
- FRANCO, Sebastião Pimentel. Os internos na Colônia Itanhenga/ES: quem eram eles?. In: BATISTA, Ricardo dos Santos et al (org.). São Paulo: Hucitec, 2023. p. 203-218.
- MACIEL, Laurinda Rosa. **Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade:** uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). Tese (Doutorado em História Social) - Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal Fluminense, Niterói/RJ, 2007.
- MANINI, Marli Penteadó. A evolução da terapêutica. 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. 49-58.
- MAURANO, Flávio. **História da lepra em São Paulo.** São Paulo: Empresa Gráfica da Revista dos Tribunais, 1939.
- SALLA, Fernando; BORGES, Viviane. Prontuários de instituições de confinamento. In: RODRIGUES, Rogério Rosa. **Possibilidades de pesquisa em História.** São Paulo: Contexto, 2017, p. 115-136.

SANTOS, Fernando Sergio Dumas; SOUZA, Letícia Pumar Alves de; SIANI, Antonio Carlos. O óleo de chaulmoogra como conhecimento científico. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 29-47, jan.-mar. 2008.

Fontes Impressas

Diário da Manhã, 4 de abril de 1930

Diário da Manhã, 20 de setembro de 1930

Diário da Manhã, 27 de março de 1934

Diário da Manhã, 21 de setembro de 1934

O Muqui, 10 de abril de 1935

A Nação, 10 de fevereiro de 1935

Trombose e o despertar do ano 2000: mulheres, saúde e História

Joyce Kelly de Souza Silva¹

Introdução

A trombose venosa profunda (TVP) tem sido uma das condições mais estudadas no contexto da saúde feminina, principalmente no que diz respeito à sua relação com fatores hormonais e reprodutivos. Entretanto, foi na virada do milênio, no ano de 2000, que essa patologia ganhou maior destaque nas discussões médicas e acadêmicas voltadas para a saúde das mulheres. O aumento do uso de contraceptivos orais e as novas abordagens sobre os riscos associados ao período gestacional e ao puerpério trouxeram à tona questões que antes recebiam pouca atenção no campo da saúde pública. Este problema gerou um crescimento notável na produção acadêmica sobre os fatores de risco, diagnóstico e tratamento da trombose em mulheres, ressaltando a importância de entender como essas condições impactam a qualidade de vida feminina.

O avanço dos estudos sobre trombose e saúde feminina nas últimas décadas do século XX e início dos anos 2000 tem ressaltado que, apesar dos progressos diagnósticos e terapêuticos, falhas ainda existem perante o conhecimento científico. Questões relacionadas à

1 Graduada em Enfermagem pela UNEC. Mestranda em Ciência, Tecnologia e Educação pela UNIVC. Email: joycelitaf@gmail.com

influência dos anticoncepcionais hormonais, à predisposição genética e ao acompanhamento adequado durante a gravidez e o pós-parto continuam a ser objetos de investigações. A presença desses fatores em diversas camadas da sociedade feminina sugere um déficit na qualidade de vida das mulheres, tanto no que se refere à saúde física quanto ao bem-estar emocional.

A trombose também ganhou espaço na mídia, ressaltando e, por vezes, moldando a percepção pública sobre as mulheres acometidas por essa condição. A representação da trombose feminina nos meios de comunicação e sua relação com a construção de identidades de doentes trouxeram novas perspectivas sobre o estigma social e as expectativas culturais relacionadas à saúde e à feminilidade.

No presente contexto, este estudo tem como objetivo geral analisar criticamente a produção acadêmica sobre a relação entre trombose e mulheres na virada do milênio, com o intuito de detectar lacunas de conhecimento, tendências de pesquisa e o impacto socio-cultural dessa condição de saúde na vida das mulheres. A revisão de literatura que segue busca alcançar três objetivos específicos:

Evolução dos conhecimentos sobre os fatores de risco para trombose em mulheres nas últimas décadas do século XX: Investigar como os estudos sobre trombose em mulheres avançaram ao longo do tempo, especialmente no que diz respeito aos fatores hormonais, genéticos e reprodutivos, contribuindo para a compreensão atual sobre a vulnerabilidade feminina frente à trombose.

Impacto do diagnóstico e tratamento da trombose na qualidade de vida das mulheres na virada do milênio: Avaliar as implicações clínicas e sociais do diagnóstico de trombose em mulheres e como os tratamentos disponíveis influenciaram suas vidas, considerando aspectos físicos, emocionais e psicológicos.

Representação da trombose feminina na mídia e a construção de identidades de doentes: Explorar como a mídia tem retratado a trombose feminina e de que forma essas representações influenciam a construção de identidades e percepções de mulheres que convivem com a condição, bem como o impacto dessa visibilidade na conscientização pública e no combate ao estigma social.

Referencial teórico

1.1. A História dos Anticoncepcionais no Brasil

A introdução dos anticoncepcionais orais no Brasil na década de 1960 representou um marco na vida das mulheres e na saúde reprodutiva, revolucionando o controle de natalidade e a liberdade sexual. Esse período coincide com a disseminação mundial da pílula anticoncepcional, que trouxe consigo mudanças significativas tanto para a medicina quanto para a sociedade. Antes da década de 1960, as alternativas contraceptivas eram limitadas, muitas vezes ineficazes e carregadas de tabus. A chegada da pílula permitiu que as mulheres tivessem maior controle sobre seu corpo e sua fertilidade, mas também levantou preocupações com relação à saúde.

A obra *Visões do Feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*, de Ana Paula Vosne Martins (2004), destaca como os discursos médicos e sociais começaram a moldar a compreensão sobre a saúde feminina ao longo desses séculos. A autora traça uma linha histórica entre a função do corpo feminino na medicina e a introdução de práticas como a contracepção. Esses novos métodos contraceptivos, especialmente a pílula, trouxeram mudanças sociais e um novo conjunto de preocupações médicas, incluindo os efeitos colaterais associados ao uso de hormônios sintéticos.

Já em seu artigo de 2020, *A mulher, o médico e as historiado-*

ras: um ensaio historiográfico sobre a história das mulheres, da medicina e do gênero, Vosne Martins explora as relações complexas entre as mulheres e os profissionais de saúde, destacando as dinâmicas de poder e a maneira como os médicos, em muitos momentos, moldaram as percepções das mulheres sobre sua própria saúde, incluindo os efeitos de longo prazo dos anticoncepcionais.

No contexto brasileiro, a introdução da Penfan, uma associação voltada para a regulação e distribuição de anticoncepcionais, teve função central na disseminação desses métodos entre as mulheres, especialmente aquelas de classes populares. À medida que o uso da pílula crescia, estudos começaram a apontar os riscos, incluindo a maior incidência de trombose associada ao uso prolongado de anticoncepcionais hormonais. A partir dos anos 1960, a medicina começou a focar nos benefícios contraceptivos e nos potenciais efeitos colaterais, como a trombose venosa profunda.

1.2. O Programa de Saúde da Mulher nos Anos 1990

Na década de 1990, o Programa de Saúde da Mulher no Brasil passou por uma significativa reformulação, marcando uma evolução em relação à abordagem da saúde feminina. Antes dessa década, a saúde da mulher era, em grande parte, centrada no controle de natalidade e na prevenção de gestações indesejadas. No entanto, à medida que as necessidades de saúde das mulheres foram ganhando mais visibilidade, houve uma transição para um programa mais abrangente, que visava a promoção do bem-estar geral da mulher e a prevenção de doenças crônicas, além da reprodução e sexualidade (MARIANO et al., 2023).

Com o crescimento das pesquisas científicas, a compreensão dos efeitos colaterais dos anticoncepcionais hormonais, especialmen-

te a pílula, começou a se aprofundar. Estudos apontaram para uma relação direta entre o uso prolongado de contraceptivos hormonais e o aumento no risco de desenvolvimento de trombose venosa profunda (TVP), um coágulo sanguíneo que pode ser fatal caso não seja tratado adequadamente (BOSSOLANI CHARLO, HERGET & ONO MORAES, 2020). A percepção desse risco levou ao surgimento de novos métodos contraceptivos, que continham dosagens menores de hormônios, tornando-os mais seguros para as mulheres. Esses novos métodos tiveram como objetivo minimizar os riscos de formação de coágulos sanguíneos e, assim, reduzir a incidência de trombose entre as usuárias (CARVALHO, 2021).

Durante esse período, políticas públicas passaram a promover uma visão mais ampla da saúde da mulher. O programa ampliou suas ações para abranger a saúde mental e o acompanhamento de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, além da saúde reprodutiva. As campanhas de conscientização foram intensificadas para incluir informações sobre os riscos associados ao uso de anticoncepcionais e a importância de um acompanhamento médico regular. As mulheres começaram a ser vistas de forma integral, com atenção voltada para a prevenção de doenças graves, como a trombose, que era comum especialmente entre aquelas que utilizavam anticoncepcionais ou estavam grávidas ou no puerpério (DE ANDRADE JUNIOR et al., 2023; MARIANO et al., 2023)

A década de 1990 também foi marcada pela crescente consciência sobre a necessidade de diagnósticos precoces e tratamentos adequados para as mulheres em risco de trombose. O acompanhamento pré-natal e o monitoramento no pós-parto começaram a ser reconhecidos como essenciais para a saúde das mulheres, especialmente daquelas com histórico de complicações vasculares. Além dis-

so, a ciência médica se tornou mais cautelosa ao prescrever anticoncepcionais hormonais, levando em conta fatores de risco individuais, como predisposições genéticas, histórico familiar de trombose e condições como a obesidade, o tabagismo e a imobilidade prolongada (NECA et al., 2022; PANASSOL, RAVELLI & SKUPIEN, 2020).

A década de 1990 foi, portanto, um período de transição essencial para a saúde das mulheres no Brasil. O programa de saúde não se limitava mais à prevenção de gestações indesejadas, mas passou a incorporar a saúde da mulher como um todo, oferecendo suporte em todas as fases da vida, desde a adolescência até a menopausa. Essa visão completa incluiu a prevenção de doenças como a trombose e enfatizou a importância da autonomia das mulheres sobre suas escolhas de saúde e de métodos contraceptivos, sempre considerando os possíveis efeitos colaterais e as melhores práticas preventivas (OLIVEIRA et al., 2020).

Essa abordagem abrangente consolidou o Programa de Saúde da Mulher como um marco nas políticas públicas brasileiras, avançando para garantir que as mulheres recebessem cuidados integrais e que o foco fosse na prevenção da maternidade e na qualidade de vida em geral, incluindo a saúde física, emocional e mental (GUILLERMO et al., 2021)

1.3. Trombose: Definição, Classificação e Fisiopatologia

A virada do milênio trouxe uma nova perspectiva sobre a trombose, especialmente no que diz respeito à saúde feminina. O aumento do uso de contraceptivos hormonais, combinado com fatores genéticos e o envelhecimento populacional, revelou uma crescente incidência de trombose venosa profunda (TVP) em mulheres jovens e saudáveis, destacando a necessidade de uma maior atenção aos fatores de

risco associados ao uso de anticoncepcionais. A literatura científica da época demonstrava uma correlação entre o uso prolongado de anticoncepcionais hormonais e o aumento de eventos trombóticos, o que fez com que a trombose ganhasse maior destaque nas discussões de saúde pública voltadas para as mulheres (CARVALHO, 2021; BOSSOLANI CHARLO, HERGET & ONO MORAES, 2020).

Os anos 2000 foram marcados por uma maior conscientização sobre os riscos potenciais dos anticoncepcionais orais. Diversos estudos começaram a apontar falhas no cuidado preventivo e no diagnóstico precoce, destacando a importância de um acompanhamento médico rigoroso para mulheres em uso de contraceptivos hormonais, especialmente aquelas com histórico familiar de trombose ou fatores genéticos predisponentes, como a mutação do fator V de Leiden (MARIANO et al., 2023; DE ANDRADE JUNIOR et al., 2023).

Esse período também foi significativo para o empoderamento das enfermeiras na área da saúde. Até então vistas predominantemente como auxiliares dos médicos, as enfermeiras começaram a assumir uma função mais ativa e decisiva no monitoramento de condições como a trombose. Com um enfoque mais abrangente, elas passaram a realizar avaliações de risco, orientar as pacientes sobre o uso seguro de anticoncepcionais e participar diretamente das discussões sobre cuidados preventivos. A expansão dessa função das enfermeiras trouxe um impacto positivo para a saúde feminina, pois ofereceu às mulheres um suporte mais completo e contínuo, com avaliações mais detalhadas sobre os riscos de desenvolver trombose (PANASSOL, RAVELLI & SKUPIEN, 2020; GUILLERMO et al., 2021).

Outro ponto importante foi a evolução das campanhas de conscientização e prevenção da trombose voltadas para as mulheres. No início dos anos 2000, a mídia desempenhou uma função de

extrema importância na divulgação de informações sobre os riscos associados ao uso de anticoncepcionais e na promoção de debates sobre saúde reprodutiva. Essas campanhas foram essenciais para educar as mulheres sobre os sinais e sintomas da trombose, incentivando-as a buscar atendimento médico preventivo e a realizar escolhas informadas em relação aos métodos contraceptivos (CARVALHO, 2021; NEVES et al., 2024).

A trombose, até então subestimada, começou a ser reconhecida como um risco significativo à saúde feminina, impulsionando políticas de saúde pública e uma nova abordagem na prescrição de anticoncepcionais. Essa nova conscientização levou à criação de protocolos médicos mais rigorosos para o acompanhamento de mulheres em uso de anticoncepcionais hormonais, com foco na personalização do cuidado e na prevenção de complicações graves, como a embolia pulmonar e a síndrome pós-trombótica (DE ANDRADE JUNIOR et al., 2023; VIEIRA et al., 2023).

A trombose é definida como a formação de um coágulo sanguíneo (trombo) no interior de um vaso sanguíneo, que pode obstruir o fluxo normal de sangue. Dependendo do local de formação, a trombose pode ser classificada em venosa ou arterial. A trombose venosa, mais comum entre mulheres, ocorre principalmente nas veias profundas das pernas, condição conhecida como trombose venosa profunda (TVP). Já a trombose arterial, pode resultar em complicações severas, como o infarto do miocárdio ou acidente vascular encefálico (ALMEIDA et al., 2024; BOSSOLANI CHARLO, HERGET & ONO MORAES, 2020).

A trombose venosa profunda é amplamente reconhecida como uma das formas mais frequentes de trombose, sendo caracterizada pela formação de coágulos nas veias profundas dos membros inferio-

res, que podem migrar para os pulmões, resultando em uma embolia pulmonar. A embolia pulmonar é uma complicação grave e potencialmente fatal, que pode ocorrer quando parte do coágulo se desprende e obstrui as artérias pulmonares, impedindo o fluxo sanguíneo adequado nos pulmões (DE ANDRADE JUNIOR et al., 2023; NECA et al., 2022). O desenvolvimento dessas condições está associado a fatores de risco que afetam predominantemente a população feminina, como o uso de contraceptivos hormonais e os períodos de gestação e puerpério.

A fisiopatologia da trombose envolve um desequilíbrio entre os mecanismos de coagulação e a dissolução natural dos coágulos sanguíneos. Sob condições normais, o sistema hemostático regula o equilíbrio entre a formação de coágulos e sua resolução. Quando esse equilíbrio é rompido, fatores pró-coagulantes, como a ativação plaquetária e a produção de fibrina, promovem a formação de trombos. Entre os fatores de risco, a estase venosa, a hipercoagulabilidade e a lesão endotelial, conhecidos como a tríade de Virchow, são os elementos essenciais envolvidos no desenvolvimento da trombose (CARVALHO, 2021; OLIVEIRA et al., 2020). Tais fatores são desencadeados por mudanças hormonais durante a gravidez ou pelo uso prolongado de anticoncepcionais orais, que aumentam a propensão à formação de coágulos nas mulheres.

Estudos recentes sugerem que a predisposição genética desempenha uma relevância positiva quanto a suscetibilidade à trombose. Condições hereditárias, como a mutação do fator V de Leiden, aumentam o risco de trombose venosa em mulheres, principalmente quando combinadas com fatores externos, como o uso de contraceptivos orais. A presença dessas mutações dificultam a degradação natural dos coágulos, conduzindo a uma elevada incidência de trom-

bose na população feminina (MARIANO et al., 2023; VIEIRA et al., 2023).

1.4. Fatores de Risco para Trombose em Mulheres

A compreensão dos fatores de risco para trombose em mulheres tem evoluído ao decorrer das últimas décadas. Dentre os fatores de risco, o uso de contraceptivos hormonais destaca-se como um dos mais importantes, especialmente pelo impacto que exerce na coagulação sanguínea. Estudos têm demonstrado que mulheres que utilizam contraceptivos orais combinados, que contêm estrogênio e progesterona, apresentam um risco maior de desenvolver trombose venosa profunda (TVP) (CARVALHO, 2021; NEVES et al., 2024).

A gravidez e o puerpério são fases críticas na vida da mulher, em que o risco de trombose é elevado. Durante a gestação, o corpo passa por uma série de adaptações fisiológicas que predis põem à formação de coágulos, como o aumento do volume sanguíneo e a compressão das veias pélvicas pelo útero em crescimento, resultando em estase venosa. O puerpério, o período logo após o parto, é outra fase de risco, pois o corpo ainda está em processo de retornar ao seu estado normal, com alterações no sistema de coagulação (OLIVEIRA et al., 2020; BOSSOLANI CHARLO, HERGET & ONO MORAES, 2020).

O fator genético também é um fator que leva mulheres à desenvolverem trombose. A presença de mutações genéticas, como a do fator V de Leiden e a mutação da protrombina, aumenta o risco de trombose venosa. Mulheres que possuem essas mutações hereditárias estão em maior risco, particularmente quando combinam esses fatores com outros, como o uso de anticoncepcionais orais ou a gravidez (MARIANO et al., 2023; NECA et al., 2022).

Outro fator importantíssimo é o estilo de vida, que inclui a imobilidade prolongada, obesidade e tabagismo. A falta de atividade física, como a permanência prolongada sentada durante viagens longas ou períodos de recuperação após cirurgias, pode aumentar o risco de estase venosa, resultando na formação de coágulos. Da mesma forma, o excesso de peso e o tabagismo são fatores que elevam a predisposição para eventos trombóticos (DE ANDRADE JUNIOR et al., 2023; VIEIRA et al., 2023).

O avanço da idade também contribui para o aumento do risco de trombose em mulheres. Estudos apontam que, à medida que a mulher envelhece, especialmente após os 40 anos, há uma maior predisposição ao desenvolvimento de trombose venosa profunda. Este risco é ainda mais acentuado em mulheres que fazem uso prolongado de terapia hormonal ou contraceptivos orais durante a menopausa (GUILLERMO et al., 2021; ALMEIDA et al., 2024).

1.5. Evolução Histórica do Conhecimento sobre Trombose Feminina

O uso de anticoncepcionais hormonais, introduzidos a partir da década de 1960, trouxe à tona uma preocupação: o aumento da incidência de trombose venosa profunda em mulheres jovens e saudáveis. Estudos iniciais logo apontaram que o uso desses contraceptivos estava diretamente relacionado a um risco maior de formação de coágulos sanguíneos. Tais descobertas estimularam debates científicos e públicos, resultando em revisões periódicas nas formulações dos contraceptivos para reduzir os riscos associados. A partir da década de 1980, o uso de contraceptivos orais com baixas doses de estrogênio tornou-se mais comum, e a vigilância sobre os efeitos colaterais de longo prazo foi aumentada (CARVALHO, 2021; VIEIRA et al.,

2023).

No final do século XX, os estudos começaram a mostrar que as mudanças fisiológicas que ocorrem durante a gravidez – como o aumento do volume sanguíneo, a estase venosa e as alterações hormonais – eram fatores que predispunham as mulheres à trombose. Durante o puerpério, o risco de eventos trombóticos também se mostrava elevado, devido ao processo de recuperação do corpo após o parto (BOSSOLANI CHARLO, HERGET & ONO MORAES, 2020; NECA et al., 2022).

A predisposição genética à trombose feminina começou a ser mais compreendida a partir da década de 1990. Foi durante esse período que as mutações genéticas relacionadas à coagulação, como a do fator V de Leiden, foram detectadas como condições que aumentavam o risco de trombose, principalmente em mulheres que já estavam expostas a outros fatores de risco, como o uso de contraceptivos hormonais ou a gravidez (MARIANO et al., 2023; DE ANDRADE JUNIOR et al., 2023).

A partir dos anos 2000, o conhecimento sobre trombose feminina continuou a se desenvolver, com a incorporação de novas tecnologias e técnicas de diagnóstico, como a ultrassonografia doppler e a ressonância magnética, que permitiram uma detecção precoce dos coágulos e um acompanhamento preciso da evolução da condição. Ao mesmo tempo, os estudos sobre o impacto da trombose na qualidade de vida das mulheres, tanto do ponto de vista físico quanto psicológico, ganharam destaque. A conscientização pública sobre a condição também aumentou, ajudada por campanhas de saúde e por um maior acesso à informação, o que incentivou as mulheres a buscarem acompanhamento médico preventivo (GUILLERMO et al., 2021; NEVES et al., 2024).

1.6. Impacto do Diagnóstico e Tratamento da Trombose na Qualidade de Vida Feminina

O diagnóstico precoce de trombose é importantíssimo para reduzir seus efeitos debilitantes, uma vez que o tratamento imediato pode evitar complicações graves. O processo de diagnóstico inúmeras vezes é desafiador, principalmente em mulheres jovens e saudáveis que não apresentam os fatores de risco típicos. Isso pode resultar em um diagnóstico tardio, elevando o risco de sequelas como a síndrome pós-trombótica, uma condição caracterizada por dor crônica, inchaço e úlceras nas pernas, que pode comprometer a mobilidade e a qualidade de vida a longo prazo. Estudos indicam que essa síndrome afeta uma proporção elevada de mulheres diagnosticadas com TVP, sendo uma das principais causas de incapacitação prolongada (BOSSOLANI CHARLO, HERGET & ONO MORAES, 2020; NEVES et al., 2024).

O tratamento da trombose em mulheres afeta diretamente na qualidade de vida da paciente. O uso de anticoagulantes é o principal método terapêutico para a prevenção de novos eventos trombóticos e para a dissolução dos coágulos já presentes. O tratamento com anticoagulantes exige cuidados contínuos, incluindo monitoramento frequente para ajustar a dosagem e evitar complicações como hemorragias. Tal processo pode gerar uma carga psicológica significativa para as pacientes, que precisam se adequar a uma rotina médica rigorosa e, em alguns casos, lidar com o medo constante de novos episódios de trombose ou sangramentos (CORIOLANO & FERREIRA, 2023; MARIANO et al., 2023).

O impacto social e emocional do diagnóstico de trombose, principalmente em mulheres jovens que utilizam contraceptivos hormonais é de extrema importância. A relação entre o uso de anticon-

cepcionais e a trombose é cientificamente documentada, e o diagnóstico de TVP pode gerar ansiedade e culpa em muitas pacientes, que associam o uso prolongado de contraceptivos ao desenvolvimento da condição. Além disso, a interrupção do uso de anticoncepcionais hormonais, que frequentemente é recomendada após o diagnóstico, pode afetar o controle da fertilidade e o planejamento familiar, gerando preocupações adicionais sobre o futuro reprodutivo (CARVALHO, 2021; GUILLERMO et al., 2021).

A trombose também afeta a vida profissional e social das mulheres, já que o tratamento prolongado e os sintomas crônicos podem limitar a presença em atividades cotidianas. A necessidade de repouso, a perda de mobilidade e os períodos de hospitalização contribuem para o afastamento do trabalho e a redução do convívio social. Essa realidade é desafiadora para as mulheres que precisam equilibrar o tratamento com suas responsabilidades familiares e profissionais, o que resulta em estresse emocional e exaustão. Estudos apontam que o apoio psicológico e o aconselhamento são importantíssimos para ajudar as mulheres a enfrentarem esses desafios, melhorando sua capacidade de lidar com o diagnóstico e o tratamento (PANASSOL, RAVELLI & SKUPIEN, 2020; VIEIRA et al., 2023).

1.6. Trombose Feminina e a Representação na Mídia

A representação da trombose na mídia, principalmente referente à saúde feminina, tem desempenhado um fator importantíssimo na conscientização pública sobre essa condição. Historicamente, a cobertura midiática sobre a trombose feminina era escassa, com pouca ênfase nos fatores de risco específicos para mulheres, como o uso de contraceptivos hormonais e as mudanças fisiológicas durante a gravidez. Foi a partir do final do século XX, e principalmente nos

anos 2000, que a trombose começou a ganhar mais visibilidade nos meios de comunicação, em parte graças a campanhas de saúde pública e ao aumento das discussões sobre os riscos associados ao uso de anticoncepcionais (GUILLERMO et al., 2021; NECA et al., 2022).

A mídia é frequentemente um parceiro importantíssimo na formação da óptica pública sobre as condições de saúde. No que se refere a trombose feminina, as reportagens e campanhas publicitárias sobre os riscos associados ao uso de anticoncepcionais orais contribuíram para uma maior conscientização sobre os perigos potenciais desse método contraceptivo. As manchetes muitas vezes destacavam casos de mulheres jovens e saudáveis que desenvolveram trombose venosa profunda após o uso prolongado de pílulas anticoncepcionais, o que ajudou a chamar a atenção do público para a importância de um monitoramento mais rigoroso no uso desses medicamentos. No entanto, essa cobertura midiática, as vezes sensacionalista, também gerou medo e desinformação entre as mulheres, criando uma óptica exagerada dos riscos e levando algumas a evitarem o uso de contraceptivos hormonais sem orientação médica adequada (CARVALHO, 2021; OLIVEIRA et al., 2020).

A representação da trombose feminina na mídia muitas vezes reforça estereótipos de vulnerabilidade e fragilidade, associando a condição a uma perda de controle sobre o próprio corpo. As mulheres que desenvolvem trombose são, muitas vezes, retratadas como vítimas de uma condição inesperada e perigosa, o que contribui para a construção de uma identidade de doente marcada por sentimentos de impotência e dependência do sistema de saúde. Essa narrativa, as vezes eficaz para sensibilizar a população sobre os riscos da trombose, também pode estigmatizar as mulheres que sofrem da condição, fazendo com que se sintam isoladas e incapazes de retomar suas vidas

normais após o diagnóstico (BOSSOLANI CHARLO, HERGET & ONO MORAES, 2020; DE ANDRADE JUNIOR et al., 2023).

Entretanto a mídia também tem o potencial de atuar como um instrumento de empoderamento, promovendo a educação e a conscientização de forma positiva e informada. Campanhas em parceria com organizações de saúde, têm trabalhado para desmistificar a trombose feminina e oferecer informações mais equilibradas sobre os fatores de risco, sintomas e opções de tratamento. Essas campanhas enfatizam a importância de diagnósticos precoces e cuidados preventivos, ajudando as mulheres a compreenderem melhor suas condições de saúde e a adotarem medidas preventivas de maneira ativa, sem sucumbir ao medo ou à desinformação (GUILLERMO et al., 2021; MARIANO et al., 2023).

Um bom exemplo de como a trombose feminina foi representada na mídia foi o aumento da cobertura sobre a condição em plataformas digitais e redes sociais. Influenciadoras e celebridades que compartilharam suas experiências pessoais com a trombose ajudaram a humanizar a condição e a aumentar a conscientização sobre os riscos, principalmente entre jovens mulheres que utilizam anticoncepcionais. Esses relatos pessoais, compartilhados em formato de vídeo ou microblogs, são empoderadores porque ofertam uma óptica direta de quem viveu a experiência, conectando-se emocionalmente com o público e contribuindo para a quebra de estigmas em torno da trombose (ALMEIDA et al., 2024; PANASSOL, RAVELLI & SKUPIEN, 2020).

A mídia também auxilia quanto à pressão sobre políticas de saúde. A crescente visibilidade da trombose feminina nos meios de comunicação contribuiu para que agências de saúde pública, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e autoridades nacionais, lan-

çassem campanhas específicas de conscientização e implementassem protocolos mais rigorosos para o acompanhamento de mulheres em uso de contraceptivos hormonais. Essas iniciativas divulgadas pela mídia, ajudam a assegurar que a trombose feminina receba a devida atenção tanto na esfera pública quanto no sistema de saúde (NECA et al., 2022; VIEIRA et al., 2023).

A representação da trombose feminina na mídia tem desempenhado de forma ambígua: ao mesmo tempo em que educa e conscientiza o público sobre os riscos e cuidados necessários, também pode gerar desinformação e estigmatização. O desafio para o futuro é promover uma cobertura midiática mais equilibrada e informada, que capacite as mulheres a tomarem decisões conscientes sobre sua saúde, enquanto combatem a perpetuação de estereótipos e o medo desnecessário (CARVALHO, 2021; NEVES et al., 2024).

1.7. Abordagens Preventivas e Educacionais na Saúde Feminina

As abordagens preventivas e educacionais têm um objeto importantíssimo no manuseio da trombose em mulheres, principalmente diante da elevada conscientização sobre os fatores de risco relevantes ao gênero. A prevenção da trombose depende da detecção precoce dos fatores predisponentes, como o uso de contraceptivos hormonais, a gravidez, o puerpério e a predisposição genética. A educação em saúde se torna um instrumento importantíssimo, permitindo que as mulheres compreendam melhor os riscos envolvidos e adotem medidas preventivas para reduzir a probabilidade de desenvolverem trombose (ALMEIDA et al., 2024; NECA et al., 2022).

Uma das relevantes estratégias preventivas é o acompanhamento médico regular para mulheres que utilizam anticoncepcionais

orais. Estudos apontam que a monitorização constante do estado de saúde de pacientes que utilizam contraceptivos hormonais pode reduzir o risco de eventos trombóticos. As consultas periódicas permitem ajustes nas dosagens e, quando necessário, a substituição dos métodos contraceptivos por alternativas que apresentem menor risco de trombose. A avaliação da história familiar de trombose, com a realização de testes genéticos, é um instrumento importante para a prevenção, principalmente em mulheres que apresentam mutações como a do fator V de Leiden (CARVALHO, 2021; MARIANO et al., 2023).

Outro fator importante na prevenção da trombose em mulheres é a educação sobre os cuidados durante a gravidez e o puerpério, que são fases em que o risco de trombose é bastante elevado. Mulheres grávidas precisam estar cientes das mudanças fisiológicas que aumentam a predisposição para a formação de coágulos, como a estase venosa e as alterações hormonais. Programas de educação em saúde, promovidos por profissionais de saúde e instituições hospitalares, são essenciais para fornecer orientações sobre medidas preventivas, como a prática regular de exercícios físicos, a utilização de meias de compressão e, em casos de alto risco, o uso de anticoagulantes profiláticos (OLIVEIRA et al., 2020; PANASSOL, RAVELLI & SKUPIEN, 2020).

A implementação de políticas públicas de saúde também se torna uma ferramenta essencial na prevenção da trombose em mulheres. Campanhas de conscientização sobre os riscos associados ao uso de contraceptivos e as fases da gravidez têm sido conduzidas por órgãos governamentais e organizações de saúde pública. Essas campanhas tem como objetivo educar a população feminina sobre os sinais e sintomas precoces da trombose, encorajando a busca imediata

de assistência médica em caso de suspeita. A criação de protocolos específicos para o manejo da trombose em mulheres grávidas e no pós-parto, incluindo diretrizes para o uso de anticoagulantes e medidas preventivas durante o período de imobilidade, tem sido uma estratégia eficiente para minimizar a incidência de eventos trombóticos graves (BOSSOLANI CHARLO, HERGET & ONO MORAES, 2020; VIEIRA et al., 2023).

A educação sobre a trombose deve ser utilizado para incluir o público jovem, particularmente adolescentes e jovens adultas que iniciam o uso de contraceptivos hormonais. A falta de conhecimento sobre os riscos associados ao uso prolongado desses medicamentos pode levar a uma negligência em relação à necessidade de acompanhamento médico. Iniciativas educacionais em escolas e universidades, bem como a inclusão de orientações sobre a saúde feminina nos currículos escolares, são estratégias importantes para promover a conscientização precoce e prevenir eventos trombóticos em mulheres jovens (GUILLERMO et al., 2021; NECA et al., 2022).

É importante ressaltar que as abordagens preventivas e educacionais também devem incluir o apoio emocional e psicológico às mulheres diagnosticadas com trombose. A educação em saúde deve ir além dos aspectos físicos da condição e abordar as implicações emocionais e sociais, fornecendo informações claras e acessíveis que minimizem a ansiedade e o medo associados ao diagnóstico. O apoio psicológico pode ser ofertado tanto no ambiente hospitalar quanto em grupos de apoio comunitário, propiciando que as mulheres compartilhem suas experiências e obtenham suporte emocional durante o tratamento e a recuperação (DE ANDRADE JUNIOR et al., 2023; ALMEIDA et al., 2024).

As presentes abordagens preventivas e educacionais são im-

portantíssimas para a redução dos riscos de trombose em mulheres, principalmente em fases críticas como o uso de contraceptivos e a gravidez. A educação em saúde, aliada a políticas públicas bem estruturadas, oferece um conjunto de instrumentos para a prevenção, propiciando que as mulheres tomem decisões informadas sobre sua saúde e adotem medidas preventivas eficientes. A continuidade dessas estratégias é importantíssima para reduzir a incidência de trombose e assegurar uma melhor qualidade de vida para as mulheres afetadas por essa condição (MARIANO et al., 2023; NEVES et al., 2024).

Metodologia

O presente adota uma metodologia de revisão bibliográfica, tendo como objetivo analisar e sintetizar a produção acadêmica disponível sobre a relação entre a trombose e a saúde feminina, com foco nas publicações que se destacaram a partir do ano 2000. A escolha por essa abordagem propicia uma investigação detalhada das principais contribuições científicas no campo, detectando as dificuldades de saberes e as tendências emergentes sobre os fatores de risco, diagnóstico, tratamento e impacto social da trombose na vida das mulheres.

A revisão foi realizada em bases de dados acadêmicas reconhecidas, como Scielo, PubMed, Google Scholar e Repositórios Institucionais de universidades brasileiras e internacionais. A seleção dos artigos seguiu critérios de inclusão e exclusão específicos. Foram incluídos estudos publicados entre 2000 e 2024 que tratam da relação entre trombose e fatores específicos da saúde feminina, tais como o uso de anticoncepcionais hormonais, gravidez, puerpério e predisposições genéticas. Foram priorizados estudos que abordam os impactos socioculturais e representações midiáticas da trombose.

Artigos publicados em revistas científicas de relevância internacional e nacional, com fator de impacto importantíssimos e revisados por pares, foram incluídos para assegurar a qualidade e confiabilidade dos dados analisados.

Os critérios de exclusão envolveram a eliminação de estudos que não abordavam a saúde feminina ou que focavam exclusivamente em trombose em populações masculinas. Estudos de caso e revisões sistemáticas que não oferecessem dados generalizáveis foram igualmente excluídos, de modo a manter o foco na análise de resultados mais amplos e aplicáveis.

A análise dos dados seguiu uma abordagem qualitativa, onde os estudos selecionados foram avaliados e categorizados de acordo com seus principais resultados. A categorização incluiu: fatores de risco hormonais e reprodutivos, predisposições genéticas, impacto na qualidade de vida e representações midiáticas. Após a categorização, foi feita uma síntese crítica dos achados, com a identificação das lacunas no conhecimento atual e das áreas que necessitam de maior investigação.

O presente estudo considerou as recomendações para a prática clínica fornecidas pelos artigos analisados, com o intuito de ofertar uma óptica completa sobre as estratégias de prevenção e tratamento da trombose em mulheres. A análise crítica propiciou a identificação de tendências na pesquisa, como o aumento do foco em predisposições genéticas e o impacto do uso prolongado de anticoncepcionais hormonais.

Resultados e discussão

A análise das fontes revisadas ressalta que o ano 2000 representou um marco importante no reconhecimento da trombose como

uma condição de saúde prioritária na população feminina. As principais pesquisas desse período destacam um aumento na incidência de trombose venosa profunda (TVP) entre mulheres em idade reprodutiva, principalmente aquelas que fazem uso de anticoncepcionais hormonais. As descobertas sobre o impacto dos hormônios, principalmente o estrogênio, na coagulação sanguínea transformaram as abordagens de saúde reprodutiva e alertaram sobre os riscos associados ao uso prolongado de contraceptivos (CARVALHO, 2021; ALMEIDA et al., 2024). A presente discussão aborda os resultados sob três principais vertentes: fatores de risco hormonais e reprodutivos, impacto da trombose na qualidade de vida das mulheres e as representações midiáticas da condição.

Os estudos evidenciam que a relação entre o uso de anticoncepcionais hormonais e a trombose tem se tornado cada vez mais clara. Diversas pesquisas revisadas apontam que as mulheres que utilizam anticoncepcionais orais, principalmente aqueles com doses elevadas de estrogênio, estão em maior risco de desenvolver trombose, principalmente na forma de TVP. Isso se deve ao fato de que o estrogênio eleva a produção de fatores de coagulação, reduzindo os mecanismos naturais de dissolução dos coágulos (ALMEIDA et al., 2024; BOSSOLANI CHARLO, HERGET & ONO MORAES, 2020). Este conhecimento tem motivado uma série de mudanças nas práticas de saúde, com orientações mais rigorosas sobre a prescrição de contraceptivos hormonais, principalmente para mulheres que apresentam outros fatores de risco, como predisposições genéticas ou histórico familiar de trombose.

Outra problemática detectada foi a gravidez e o puerpério. Tais períodos são caracterizados por profundas mudanças fisiológicas no corpo da mulher, que aumentam o risco de trombose. As alterações

hormonais durante a gravidez, associadas à estase venosa provocada pelo aumento do útero, e o processo de recuperação no puerpério, tornam esses períodos críticos para o desenvolvimento de trombose. Os estudos revisados indicam que a conscientização sobre esses riscos e a implementação de medidas preventivas, como o uso de meias de compressão e anticoagulantes profiláticos, têm sido importantíssimos para a redução da incidência de trombose em mulheres grávidas e no pós-parto (GUILLERMO et al., 2021; DE ANDRADE JUNIOR et al., 2023).

O diagnóstico de trombose representa um desafio considerável para as mulheres, fisicamente e psicologicamente. A revisão dos estudos revela que, além das complicações físicas associadas à TVP, como a dor e o inchaço crônicos, muitas mulheres sofrem com a ansiedade e o medo de recorrência da trombose. Isso é particularmente verdadeiro para aquelas que precisam de tratamento prolongado com anticoagulantes, o que exige monitoramento constante e pode interferir nas atividades diárias e no planejamento familiar. Desse modo, complicações como a síndrome pós-trombótica podem afetar gravemente a mobilidade, resultando em incapacitação prolongada e uma consequente redução da qualidade de vida (MARIANO et al., 2023; NECA et al., 2022).

A representação da trombose feminina na mídia teve efeitos ambivalentes. Enquanto a cobertura midiática sobre casos de trombose, principalmente entre jovens usuárias de contraceptivos, ajudou a elevar a conscientização sobre os riscos da condição, ela também contribuiu para a criação de um estigma em torno do uso de anticoncepcionais hormonais. Estudos revisados indicam que muitas mulheres passaram a associar o uso desses métodos contraceptivos a um risco inevitável de trombose, gerando medo e, em alguns ca-

sos, a interrupção do uso de contraceptivos sem a devida orientação médica. Essa narrativa midiática contribui para a construção de uma identidade de doente nas mulheres diagnosticadas com trombose, o que pode afetar negativamente sua autoimagem e a forma como lidam com a condição (CARVALHO, 2021; OLIVEIRA et al., 2020).

Entretanto, há um aspecto positivo na representação midiática da trombose feminina, principalmente com o surgimento de campanhas de conscientização conduzidas por organizações de saúde pública. Essas campanhas têm procurado equilibrar o discurso, oferecendo informações baseadas em evidências e promovendo uma educação de saúde mais acessível para as mulheres. Entretanto, o uso de plataformas digitais e redes sociais por influenciadoras e celebridades para compartilhar experiências pessoais com a trombose tem sido essencial para humanizar a condição, ajudando a quebrar o estigma e encorajando mais mulheres a procurarem cuidados médicos adequados (GUILLERMO et al., 2021; VIEIRA et al., 2023).

Conclusão

O ano 2000 marcou um ponto marcante no entendimento da trombose feminina, quando estudos começaram a evidenciar a forte correlação entre o uso de anticoncepcionais hormonais e o aumento do risco de eventos trombóticos. Tal descoberta impulsionou mudanças nas políticas de saúde e nas recomendações clínicas, levando a uma maior vigilância médica sobre o uso prolongado desses contraceptivos. Entretanto, persiste a necessidade de melhorar a comunicação entre médicos e pacientes, principalmente no que se refere ao equilíbrio entre os benefícios dos contraceptivos hormonais e os potenciais riscos associados à trombose.

Da mesma forma, a gravidez e o puerpério foram detectados

como momentos críticos para o desenvolvimento de trombose, dada a vulnerabilidade fisiológica inerente a esses períodos. O reconhecimento desse risco inspirou a criação de estratégias preventivas específicas, como o uso de anticoagulantes profiláticos e a orientação sobre o uso de meias de compressão durante a gestação. No entanto, ainda existem falhas no acesso a esses cuidados, principalmente em regiões de menor cobertura de saúde, onde as mulheres podem não receber a orientação adequada para prevenir a trombose durante esses períodos críticos.

A análise mostrou que o impacto do diagnóstico de trombose na vida das mulheres pode ser devastador, com efeitos que afetam sua qualidade de vida, tanto no curto quanto no longo prazo. A presença de complicações como a síndrome pós-trombótica reforça a necessidade de um acompanhamento multidisciplinar, que trate os aspectos clínicos da trombose, ofertando suporte psicológico para as mulheres enfrentarem os desafios emocionais que surgem com a condição. A promoção de uma maior conscientização sobre esses impactos é vital para garantir que as mulheres recebam o suporte necessário para uma recuperação plena.

No campo das representações midiáticas, é evidente que a mídia desempenha um papel ambíguo na construção da narrativa em torno da trombose feminina. Enquanto tem o poder de informar e conscientizar o público sobre os riscos, a cobertura midiática também pode contribuir para a desinformação e a estigmatização. As campanhas educativas e os relatos de influenciadoras têm ajudado a desmistificar a condição e a promover uma conscientização mais equilibrada, porém ainda há muito a ser feito para que a mídia desempenhe seu papel de forma mais responsável e baseada em evidências.

O presente estudo reforça a importância de políticas públi-

cas eficientes que abordem a trombose feminina de forma ampla, com programas de educação em saúde que qualifiquem as mulheres a reconhecerem os fatores de risco e a buscarem assistência médica preventiva. O desenvolvimento de diretrizes mais específicas para populações em risco, como mulheres que utilizam contraceptivos hormonais ou que estão grávidas, é crucial para a redução da incidência de eventos trombóticos graves.

Referências

- ALMEIDA, J. L.; SILVA, M. V. de A. e; SANTOS, M. A. L. dos; SIMÕES, L. G.; TEIXEIRA, A. M. M.; SILVA, F. O. C. da, et al. Relação entre trombose venosa profunda e seus fatores de risco na população feminina. *Journal of Social Issues and Health Sciences*, Teresina, PI, v. 1, n. 4, 2024. Disponível em: <<https://ojs.thesiseditora.com.br/index.php/jsihs/article/view/55>>. Acesso em: 3 de set. de 2024.
- ANDRADE JUNIOR, A. F. de; CARTONILHO FILHO, E. R.; MARTINS NETO, F. L.; MACÊDO, I. P. de S.; ARAÚJO, S. F. de; et al. Trombose venosa profunda na população feminina da Paraíba, nordeste do Brasil. *Brazilian Journal of Health Review*, Paraná, PR, v. 6, n. 2, p. 7927–7936, 2023. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/59100>>. Acesso em: 3 de set. de 2024.
- CARVALHO, J. T. de. A influência do uso de anticoncepcionais hormonais relacionado ao acidente vascular encefálico e trombose: revisão bibliográfica. 2021. 21f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) – Centro Universitário UNIFACIG, Manhuaçu, Minas Gerais, 2021. Disponível em: <<https://pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositorio/article/view/3326>>. Acesso em: 3 de set. de 2024.

- CHARLO, P. B.; HERGET, A. R.; MORAES, A. O. Relação entre trombose venosa profunda e seus fatores de risco na população feminina. *Global Academic Nursing Journal*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. e10, 2020. Disponível em: <<https://www.globalacademicnursing.com/index.php/globacadnurs/article/view/35>>. Acesso em: 3 de set. de 2024.
- CORIOLOANO, Gisele Neres de Almeida; FERREIRA, Francisco Evanildo da Silva. Risco de trombose por uso de anticoncepcionais orais: uma revisão bibliográfica sistemática. 2023. 18f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Farmácia) - Centro Universitário Unifametro, Fortaleza, 2023.
- GUILLERMO, C.; DIAZ, L.; SOSA, L.; STEVENAZZI, M.; GRELHA, S. Actualización trombosis y mujer. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, Montevideu, Uruguai, v. 6, n. 2, p. 1, 2021. Disponível em: <<https://www.revistamedicinainterna.uy/index.php/smiu/article/view/136>>. Acesso em: 3 de set. de 2024.
- MARIANO, M. P. M.; SILVA, A. C. M.; MATOS, F. S. C.; ROCHA, L. G. B.; PEDROZO, I. P.; et al. Relato de caso: jovem com trombose venosa profunda e possível associação com doenças genéticas primárias. *Revista de Ciências Biológicas e da Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, p. 32-33, nov. 2023. Disponível em: <https://unignet.com.br/wp-content/uploads/Ciencias-Biologicas_Volume-8_Novembro_2023.pdf#page=33>. Acesso em: 3 de set. de 2024.
- NECA, C. S. M.; OLIVEIRA, A. C. A. de; CHAVES, J. C. M.; PEREIRA, M. S. Incidence of thrombosis in women caused by the use of oral hormonal contraceptives: a literature review. *Research, Society and Development*, São Paulo, v. 11, n. 16, p. e24111637332, 2022. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37332>>. Acesso em: 3 de set. de 2024.

2024.

NEVES, F. G. de O.; MEDEIROS, M. B. B.; ALVES, M. G. de S.; SANTOS, T. G. B. dos; NUNES, U. D. R.; et al. O evento da trombose venosa profunda em mulheres que utilizam contraceptivos orais de forma contínua. *Revista de Ciências Biológicas e da Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, p. 74, fev. 2024. Disponível em: <https://unignet.com.br/wp-content/uploads/Ciencias-Biologicas_Volume-9_Fevereiro_2024.pdf#page=75>. Acesso em: 3 de set. de 2024.

OLIVEIRA, T. da S.; SANT'ANNA, F. C. de; LIMA, F. L. O.; SILVA, C. D. C. M.; SILVA, M. V. C. M. Peripheral vascular thrombosis in the gestational Period. *Research, Society and Development*, São Paulo, SP, v. 9, n. 8, p. e519985514, 2020. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/5514>>. Acesso em: 3 de sep. de 2024.

PANASSOL, M. R. C.; RAVELLI, A. P. X.; SKUPIEN, S. V.; KRUGER, T. Trombose venosa profunda no puerpério: (CEPP) 12 anos de atuação. *Revista Extensão em Foco*, Palotina, PR, n. 21, p. 71-82, ago./dez. 2020. Disponível em: <<https://d1wqtx-ts1xzle7.cloudfront.net/68444199/pdf-libre.pdf>>. Acesso em: 3 de set. de 2024.

VIEIRA, A. B. P. de L.; RIZZO, G. R.; OLIVEIRA, Ma C. B. de; GABRIEL, S. A. Riscos de trombose venosa (TVP) associada ao uso de métodos contraceptivos orais. *Revista Corpus Hippocraticum*, São Paulo, SP, v. 1, n. 1, 2023. Disponível em: <<https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-medicina/article/view/888>>. Acesso em: 3 de set. de 2024.

Impactos das transformações no mundo do trabalho sobre a saúde dos/as professores/as

Marcia Almeida Machado¹

Introdução

Podemos afirmar que de dentro de uma perspectiva histórica, a profissão dos professores é depositária de muitas expectativas e demandas. A própria Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo Gasparini (2005) reconhece o lugar central que eles, os professores, ocupam na sociedade, dado que são considerados os responsáveis pelo preparo das crianças e jovens para o exercício da cidadania. Até os dias de hoje é comum que as famílias, das classes populares, depositem no/a professor/a grandes esperanças, pois, consideram a educação como a mola propulsora para o sucesso profissional e pessoal dos indivíduos. Quem, advindo do senso comum das classes populares, nunca ouviu de seus pais? *Menino/a estuda, porque a única herança que posso deixar para você é a educação!*

No entanto, segundo Benevides-Pereira (2012, p. 155-168):

Uma atividade que outrora era considerada uma ocupação nobre foi deixando de ser valorizada socialmente ao longo do tempo, ocasionando uma série de implicações tanto para

1 Marcia Almeida Machado. Graduada em Desenho e Plástica/UFES, Mestra em Educação/UFES e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação de História/UFES. Especialista em Psicopedagogia/FAESA.

o educador quanto para o educando. Muito exigido, porém, pouco apoiado, o professor no atual contexto brasileiro tornou-se um profissional carente de um olhar atento para as suas necessidades, tanto no campo do trabalho quanto em relação à própria saúde.

Isso porque, as implicações dessas transformações acarretam diversos sentimentos nos professores, que se expressam por manifestações de desânimo, desesperança, tristeza, solidão, sensação de fracasso e de impotência, que acabam por se tornarem componentes do sofrimento dos professores e das professoras na atualidade. Essas variáveis, desvelam, também, a grande ausência de estudos acerca dessa problemática, em especial, sobre os professores da rede privada de ensino, fato que nos leva a buscar estudos e pesquisas que possam nos ajudar a compreender e construir possibilidades de enfrentamento a esses problemas.

Na atualidade, as/os trabalhadoras/es da educação que trabalham nas instituições públicas e/ou nas privadas, vêm sendo acosados por um sistema inaudito de intensificação das jornadas e das múltiplas exigências do fazer docente, que, inclusive, reduz o tempo de estudo e de reflexão crítica, por causa de uma rotina intensa e sobrecarregada de atividades que pouco têm a ver com o exercício da docência propriamente dita, mas que contribuem para manifestações de exaustão física e mental, gerando sofrimento e adoecimento e que tem caracterizado esse tempo regressivo nos diversos níveis de ensino, em especial, o ensino superior.

No entanto, é necessário reconhecer que essas situações não são espontâneas e nem fruto do acaso.

Segundo Harvey (2009, p. 40):

Compreender o fluxo do capital, seus caminhos sinuosos e

sua estranha lógica de comportamento é, portanto, fundamental para entendermos as condições em que vivemos. Nos primeiros anos do capitalismo, economistas políticos de todos os matizes se esforçaram para entender esses fluxos, e uma apreciação crítica de como o capitalismo funciona começou a emergir. Mas nos últimos tempos nos afastamos do exercício desse tipo de compreensão crítica.

É esse olhar agudo que vai nos permitir compreender que toda esta situação caracteriza-se por ser uma ação intencional e programada, posto que, o sistema capitalista, de caráter neoliberal, nos últimos trinta anos, investiu de forma relevante e contínua, num processo de mercantilização da educação superior privada no Brasil, que a transformaram numa mercadoria de baixo valor agregado, que se intensificou com a implementação da educação à distância, provocando profunda alteração do “*locus*” educativo, isto é, de uma escola presencial, para uma escola de realidade virtual, digitalizada, agudizada pela presença da inteligência artificial e ocupada pelas plataformas, em consonância com a reestruturação produtiva da economia brasileira.

As organizações sindicais representativas dos trabalhadores da educação privada têm denunciado, inclusive, a imposição de uma formação acadêmica e profissional precarizada e acrítica das/os trabalhadoras/es, que fortalece o desenvolvimento e fortalecimento de um capitalismo dependente, que faz com que o Brasil, se mantenha na periferia do mundo desenvolvido, no que concordam Previtali e Fagiani ao dizerem que (2020, p. 218),

A educação escolar não está apartada dessas mudanças no cenário mundial, cabendo a ela (com)formar, no plano técnico e ideológico, a nova classe trabalhadora. Nesse contexto, o próprio docente, principal agente do processo formativo escolar, passa por um processo de (trans)formação, considerando-se a sua formação inicial, nos cursos de nível superior,

em especial, as licenciaturas, além do processo de trabalho propriamente dito, desenvolvido nas unidades escolares e nas relações laborais.

Assim, os impactos dessa reestruturação no mundo do trabalho, tem se manifestado, de forma contundente na educação formal de nível superior, privada, pelas características próprias do regime jurídico de trabalho que é regulado por um sistema chamado celetista, regime jurídico definido pela CLT² que regula a contratação de trabalhadores e trabalhadoras deste setor.

Previtali e Fagiani (2020, p. 226) destacam ainda que:

[...] uma formação precarizada conduz a uma prática também precarizada. Elementos essenciais da formação – tais como, a) domínio de conhecimentos, quer em áreas de especialidade, quer de natureza pedagógica; b) sensibilidade cognitiva, ou seja, a capacidade ampliada pela visão ampliada de conhecimentos em seus sentidos lógicos e sociais, em seus contextos; c) ter repertório para escolhas pedagógico-didáticas; d) saber lidar com motivações e as formas de expressão das crianças e jovens – estão deixando a desejar na formação inicial para a docência.

Para efeito essa investigação fez-se um recorte, de modo a possibilitar uma análise das condições de trabalho e das novas morfolo-

2 CLT – Consolidação das Leis do Trabalho. A CLT, foi publicada no Brasil, pela primeira vez em 1943, com 13 artigos, inspirada na “Carta Del Lavoro” italiana, e foi o ponto de partida utilizado pelo Presidente da República Getúlio Dornelles Vargas com o objetivo de regulamentar as relações trabalhistas, inicialmente alcançava apenas o trabalho urbano, e a partir de 1988, passou a alcançar, também, o trabalho no campo, desde o seu início, a CLT estabeleceu as normas referentes ao direito do trabalho e ao direito processual do trabalho. Sofreu várias alterações, ao longo do tempo, que buscaram ampliar direitos, no entanto, ano de 2017, sofreu uma agressiva reforma de caráter ultraneoliberal que desconstituiu diversos direitos que eram assegurados aos trabalhadores e às trabalhadoras no Brasil incrementando a precarização do trabalho em nosso país. (Nota da autora).

gias que atingem as/os trabalhadoras/es do ensino superior privado, que são bem distintas das que impactam as/os docentes das instituições públicas de ensino superior.

A precariedades das condições de trabalho, no âmbito da educação privada, tem revelado situações de exploração, de gestão inapropriada, marcada por intensa burocratização e de cobranças de cumprimentos de metas, de alcance de escores de aprovação que tornem aquela escola/empresa competitiva, de déficits na formação e falta de implementação de ações de apoio aos docentes, o que tem contribuído para o adoecimento físico/emocional/ mental dos docentes.

Outras questões que também impactam e que fazem com que o professor se sinta sobrecarregado pelas demandas de trabalho são, as dificuldades de relacionamento no ambiente escolar, entre estudantes e professores, muitas vezes resultado das circunstâncias de vida, quebra de valores, o que também tem colocado os trabalhadores da educação em sobressalto quanto à sua segurança enquanto trabalha, o que acaba por afetar a sua saúde em geral.

Segundo Charlot (2002, 434) “[...] a violência na escola é aquela que se produz dentro do espaço escolar, sem estar ligada à natureza e às atividades de natureza escolar”, na verdade são atos de violência que se manifestam diretamente contrários à instituição escolar e àqueles que a representam e, segundo este autor se manifestam como “[...] uma violência institucional, simbólica, que se expressa pela maneira como a instituição e seus agentes tratam os jovens. (2002, p.434). O que acaba por gerar um espaço adoecido que agrava a saúde desses profissionais, também eles desprovidos de condições para apresentar soluções para esse impasse social.

O que nos diz a historiografia sobre as mudanças no mundo do trabalho

O mundo do trabalho, sofreu grandes e graves transformações, desde o século XVIII, pelo advento da Revolução Industrial³, que abandonou as formas de produção e de organização do trabalho vigentes, trazendo para os trabalhadores e trabalhadoras, diferentes momentos no âmbito do espaço produtivo, criando rupturas e continuidades que ao fim, se constituíram em verdadeiras transformações sociais, que continuam acontecendo e chegam aos dias atuais com sérias e graves mudanças no mundo da produção e no mundo do trabalho.

Mais próximo de nós, por exemplo, a década de 1990, segundo Harvey (1992/2006) foi um período de transição entre uma lógica de acumulação rígida com a introdução dos métodos fordista⁴ e do taylorismo⁵, como métodos gerenciais que criasse, regras e maneiras

3 A Revolução Industrial, se instala na Europa, a partir do século XVIII, com a substituição da manufatura, do trabalho feito com as mãos, pela máquina-fatura, isto é, do trabalho que passa a ser feito pelas máquinas nas fábricas, atingiu seu auge, num primeiro momento, por meio da descoberta da máquina movida a vapor no final do século XVIII, tendo como palco principal a Inglaterra. Foi um processo revolucionário tanto no campo da ciência e da técnica, mas também das relações de trabalho, foi aprofundada no final do século XIX com a descoberta do motor elétrico e da explosão. (Nota da Autora)

4 Fordista – Também conhecido por Fordismo, recebeu este nome em homenagem ao seu criador Henry Ford (1863-1947) e se caracterizou por ser um método de gestão da Segunda Revolução Industrial que perduraria até meados da década de 1980, notabilizando-se por ter inserido um modelo produtivo, que consiste no uso de métodos de racionalização da produção, denominado “linha de produção em série”, Recebeu este nome em homenagem ao seu criador Henry Ford (1863-1947), que lançou mão da produção em série para criar carros mais baratos e mais acessíveis ao público, permitindo que as pessoas comprassem carros como preços mais baixos. Também aumentou a produtividade reduziu os custos de produção. (Nota da Autora).

5 Taylorista – O taylorismo, ou método taylorista, foi um método desenvolvido por Frederick Wisley Taylor (1856-1915) se caracterizou por substituir os métodos empíricos por métodos científicos que ele apresentou em sua obra “Princípios da

padronizadas de executar o trabalho, através de métodos de experimentação do trabalho. Uma outra fase, mais recente que elabora novas formas de acumulação mais flexíveis como modo de produção é o toyotismo⁶. Essas transições impõem novas formas de vida ligadas às práticas cotidianas e às relações sociais em função do novo modo de organização do trabalho.

Segundo Siqueira e Boarini (2018, p. 40):

É consenso atualmente que as transformações no mundo do trabalho balizam novos contornos para a sociedade. De acordo com Harvey (1992/2006), a década de 1990 foi um período de transição entre uma lógica de acumulação rígida (o fordismo) para novas formas de acumulação mais flexíveis tendo o toyotismo como modo de produção. Esta transição impôs novas formas de vida ligadas às práticas cotidianas e às relações sociais em função do novo modo de organização do trabalho. Dentre as diversas repercussões que esta nova forma de produzir a vida acarretou, está o aumento das doenças ocupacionais.

Dentre as diversas repercussões que estas novas formas de produzir trabalho e vida acarretaram, está o aumento das doenças ocupacionais.

Braverman (1987) por exemplo afirma que o que Taylor propõe é uma gerência científica do trabalho, que se caracteriza por implementar ações que demonstrem uma dedicação maior a aspectos

administração científica” publicado no Brasil em 1990, pela Editora Atlas de São Paulo. (Nota da Autora).

6 Toyotismo – O Toyotismo foi implementado no Japão pós-1945, num esforço de pós-guerra para reconstruir o país, e se consolidou como um modo de organização e controle do trabalho, inicialmente na fábrica da Toyota e depois se expandiu para o restante do mundo, se caracteriza por um agudo afrouxamento das condições jurídicas, legais e convencionais, que regiam os contratos de trabalho, em especial as condições de contratação e de demissão, implementa também, a desindexação dos salários e a desregulamentação das políticas salariais, com a máxima flexibilização do valor do salário. (Nota da Autora).

de controle do trabalho, isto é, um maior empenho em aplicar os métodos científicos aos problemas complexos e crescentes do controle do trabalho nas empresas capitalistas em rápida ascensão, pois, através das regras e padrões, poderia se obter uma melhor equação entre tempo e movimento.

O fordismo, de outro modo, traz para o mundo do trabalho, uma grande novidade técnica e em termos de organização da produção no chão de fábrica que foi a introdução da esteira rolante, que permitiu que o trabalho chegasse ao trabalhador, estando este, numa posição fixa, onde o produto do trabalho é quem se movimenta, isso proporcionou a movimentação do objeto e não do trabalhador, conseguindo assim ganhos de produtividade extremamente significativos.

O método fordista consiste numa metodologia baseada em mecanismos de aceleração do trabalho, que possibilitam a produção em massa, onde o trabalhador realiza movimentos ininterruptos e repetitivos, de forma mecânica e passiva.

Assim, a implementação do fordismo, significou juntamente com o taylorismo, a reunião de vários mecanismos: a repetição aliado à redefinição dos tempos, movimentos e funções no processo de trabalho, que além de constituir um novo modo de vida e uma nova forma de organização racional do trabalho, também, provocaram inovação, dado que, além de caminharem para a concretização de uma nova forma de controle do processo de trabalho, a busca pela adesão dos trabalhadores aos novos métodos, passa a conferir à sociedade um caráter participativo, estabelecendo assim, um novo tipo de sociedade, a sociedade democrática, que estabelece nas palavras de Braverman (1987) “[...] uma nova estética e uma nova psicologia, em suma, um novo tipo de sociedade [...] .”

Segundo Harvey (1992, p.121)

O Fordismo equivaleu ao maior esforço coletivo para criar, com velocidade sem precedentes, e com uma consciência de propósito sem igual na história, um novo tipo de trabalhador e um novo tipo de homem. Os novos métodos de trabalho são inseparáveis de um modo específico de viver e de pensar a vida.

Assim, mais que uma ruptura o fordismo representou a continuidade e intensificação do processo de controle da força de trabalho viva que já havia sido iniciado com o taylorismo. Além desses aspectos, uma nova forma de organizar o trabalho e a produção passa a ser implementada: o toyotismo, também chamado de “o modelo japonês”. Este modelo é fruto do processo de mundialização do capital, cujo desenvolvimento é marcado por um veloz crescimento financeiro e pelo destacado papel das instituições financeiras transnacionais.

Uma nova complexidade, então, emerge na organização do mundo do trabalho, com novas demandas que se acumulam em torno do trabalhador e da trabalhadora, é preciso, então, que nos detenhamos um pouco mais sobre o modelo toyotista, que apesar de ser uma produção de matriz japonesa, do pós-guerra ou pós-45, se propagou rapidamente para as grandes companhias japonesas e depois para o restante do mundo capitalista ocidental, estabelecendo um conjunto de pressupostos que se dividem em quatro dimensões, apresentados assim por Druck (1999, p.72):

I. o sistema de emprego adotado pelas grandes empresas constituído por: a) o chamado emprego vitalício, apesar de não existir nenhum contrato formal, b) a promoção por tempo de serviço; c) a admissão do trabalhador não é realizada para um posto de trabalho, mas para a empresa, num determinado cargo, ao qual corresponde um salário;

II. sistema de organização e gestão do trabalho: Just-in-time – produzir no tempo certo, na quantidade exata; Kanban –

placas ou senhas de comando para reposição de peças e estoques; qualidade total – envolvimento dos trabalhadores para a melhoria da produção; trabalho em equipe – a organização do trabalho está baseada em grupo de trabalhadores polivalentes que desempenham múltiplas funções.

III. o sistema de representação sindical: os sindicatos por empresa são integrados à política de gestão do trabalho. Os cargos assumidos na empresa confundem-se com os do sindicato.

IV. Sistema de relações interempresas: são relações muito hierarquizadas entre as grandes empresas e as pequenas e médias. Ocorre subcontratação de pequenas e microempresas extremamente precárias e instáveis. Essa rede de subcontratação é fundamental para o modelo japonês de produção. Além do que existe uma hierarquia entre as grandes e médias e pequenas empresas que colocam estas últimas em posição de subordinação.

Quando nos detemos a analisar cada uma dessas dimensões, elas não nos parecem estranhas no Brasil, surge mais ou menos um sentimento de “*déjà-vu*”⁷ que parece nos dizer, já vi ou já vivi ou presenciei coisas como essas. O que talvez, na época da implantação do toyotismo, não estivesse previsto, é um outro fenômeno, o da “*pejotização*” que extrapola o sistema de relações interempresas, que segundo Praun (2015, p.459), tem efeito grave sobre a saúde de professores.

Parte dos efeitos desse processo materializa-se, conforme indicam diferentes pesquisas, na relação direta entre trabalho terceirizado e alta incidência de acidentes de trabalho, inclusive aqueles que resultam no óbito do trabalhador. Outra manifestação, bastante significativa, diz respeito aos adoeci-

7 Segundo o Dicionário Dicio Online de Língua Portuguesa, *déjà-vu* é um galicismo de origem francesa, é também um substantivo masculino que significa um modo de ilusão que ocorre na memória e faz com que uma pessoa acredite já ter visto ou vivido alguma coisa, ou circunstância, nova e que nunca chegou a acontecer, uma paramnésia. Pode ser grafada também sem o hífen. (Disponível em: <https://www.dicio.com.br/deja-vu/>)

mentos com nexo laboral, sobretudo aqueles relacionados às lesões osteomusculares e transtornos mentais.

Apesar disso, este tem sido um processo que tem sido largamente utilizado para se referir à contratação de serviços pessoais do trabalhador e da trabalhadora, exercido por uma pessoa física, que no linguajar popular, é chamado de “*pejotizado*”, pois se trata de um modo subordinado, não eventual e oneroso, que é realizado por uma pessoa jurídica, com o fim de disfarçar relações de emprego e de não cumprir com as obrigações inerentes à uma relação trabalhista formal.

Desse modo procura-se dar um caráter de legalidade e licitude para a prestação de serviços subordinados, mas, na verdade prejudica a aplicação dos direitos sociais, individuais e coletivos, garantidos aos trabalhadores constitucionalmente, sendo, portanto, uma modalidade fraudulenta com o objetivo de escamotear as relações de trabalho e emprego.

Segundo a Nota Técnica Nº 179/2017 (maio/2017) do DIEE-SE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos:

[...] A Lei 13.429 amplia as possibilidades do uso do trabalho temporário por parte das empresas. Ainda permite a prestação de serviço à contratante por empresa composta por uma só pessoa, ou seja, libera a chamada “*pejotização*” de trabalhador(a). A lei também autoriza a formação de cadeia de subcontratação, permitindo, inclusive, que pessoa física terceirize os serviços que presta. Não se proíbe explicitamente a mera intermediação de trabalhadores. E, por fim, institui a responsabilidade subsidiária (e não a responsabilidade solidária) da contratante em relação aos direitos dos trabalhadores da empresa terceira e de trabalho temporário, o que dificulta muito a recuperação de direitos trabalhistas sonegados. Alguns analistas têm alertado para a confusão que a Lei 13.429

faz entre “empresa de trabalho temporário” e “empresa prestadora de serviços” (Camargo, 2017).

Segundo Ribeiro (2015, p.77) podemos, então, pensar essas formas de organização do mundo do trabalho, o controle do tempo e do espaço, a produção dos objetos/mercadorias, acrescido atualmente da concepção do trabalhador transformado numa empresa prestadora de serviço, atravessado pelas seguintes características:

No Taylorismo, o controle do tempo é nitidamente uma preocupação da proposta taylorista de gerência científica. Essa preocupação vai perpassar todos os outros modos de produção. No fordismo, a esteira rolante é uma estratégia de controle do ritmo de trabalho e apesar de gerar muitos tempos mortos ainda assim se configura como um controle sobre o tempo de trabalho. No toyotismo, a necessidade de controle sobre o tempo evidencia-se com a prática, por exemplo, do just-in-time e com toda uma dinâmica de organização do trabalho voltada para uma produção ininterrupta. Essa relação com o tempo, premeditada desde o taylorismo se manifesta fortemente nos dias de hoje.

Os dias de hoje, impactados pelas transformações da inovação tecnológica, pela chamada Indústria 4.0, denominada de 4ª Revolução Industrial, resultado do surgimento de novas tecnologias, bem como de uma radical transformação dos mercados já existentes, como telecomunicações e informática, tem se caracterizado pelo crescimento dos problemas afetos à saúde dos/as trabalhadores/as, gerando novas formas de adoecimento, em especial, os professores e as professoras.

A combinação dessas variáveis, entre o período de crise econômica e as novas tecnologias da 4ª Revolução Industrial têm sido instrumentalizadas para implementar uma ampla transformação no

mundo do trabalho e, como toda transformação de origem socioeconômica, seus reflexos na superestrutura estão sempre em disputa. Conforme destacado por Chesnais⁸ e Harvey, essas questões, notadamente a expansão do capital financeiro e a sua cada vez mais intensa articulação com as diretrizes neoliberais, quando incorporadas às políticas de Estado, passam a operar como salvaguarda da dinâmica corporativa de descentralização produtiva.

Praun (2023, p. 250), destaca que:

Nas últimas três décadas e meia do século XX, entretanto passamos a observar, em meio a alterações significativas e aceleradas nas formas de organização do trabalho e da produção, um movimento em direção oposta. Esse deslocamento, que assume formas mais evidentes a partir dos anos 1980, fez-se ancorado em uma nova onda de mundialização do capital. Esta por sua vez não teria como viabilizar-se sem amparar-se em mais um importante salto no desenvolvimento tecnológico, com forte repercussão no mundo do trabalho e na vida social como um todo.

Nesse sentido o uso das novas tecnologias para enfrentamento da atual crise econômica do capitalismo, apesar de vir embalada em promessas de valorização do trabalho vivo, o que em tese, facilitaria e melhoraria a vida das pessoas, na verdade tem sido instrumento de precarização ainda maior do mercado de trabalho, ampliando a exploração e criando exércitos de pessoas economicamente dispensáveis e doentes.

No Brasil, o processo de “uberização” que se caracteriza por

8 François Chesnais, *A mundialização do capital* (trad. Silvana Finzi Foá, São Paulo, Xamã, 1996). Doutora pela Universidade Estadual de Campinas. Professora de Sociologia na Universidade São Marcos-SP. David Harvey, *O neoliberalismo: história e implicações* (trad. Adail Sobral e Maria Stella Gonçalves, São Paulo, Loyola, 2005); idem, *O enigma do capital e as crises do capitalismo* (trad. João Alexandre Peschanski, São Paulo, Boitempo, 2011).

apresentar uma forma precarizada das condições de trabalho, marcada por ausência de direitos, jornadas excessivas e individualização do exercício laboral, é uma clara evidência do uso das novas tecnologias para gerar precarização do trabalho.

As relações entre saúde e condições de trabalho dos professores/trabalhadores/as

Existem e estão disponíveis diversos estudos que buscam lançar luzes sobre as relações que se tecem entre o trabalho e o adoecimento dos/as professores/as, dada as mudanças que foram implementadas no mundo do trabalho docente, e, mesmo que afetadas por questões distintas, as manifestações podem, também, assumir diferentes características, mas sempre presente, o nexo comum entre toda a classe trabalhadora o fato de que: as condições com que o processo de produção e de trabalho se realizam ao longo dos séculos têm sido, historicamente a causa do adoecimento de trabalhadores/as.

Quando tratamos da relação entre trabalho e processos de saúde-adoecimento dos trabalhadores/as, segundo Praun (2021, p.186) fica patente que:

O que lhe confere relevância particular, [...], é a necessidade, imposta pelas crescentes queixas dos/as trabalhadores/as, de observarmos as especificidades desse processo no contexto da acumulação flexível e do avanço do neoliberalismo, identificando, assim, suas repercussões na vida como um todo.

Desde o século XVIII, tem surgido estudos acerca desta problemática, um muito conhecido, é o que foi realizado pelo médico italiano, Bernardino Ramazzini (1613-1714) e que foi publicado em 1700, no livro “A doença dos trabalhadores”, no qual, esse estudioso, relatou essas doenças, tendo o cuidado de descrevê-las de maneira

pormenorizada, assim como, apresentar o conjunto de elementos que compunham as condições de trabalho e as manifestações de adoecimento nesses trabalhadores. Em seu trabalho buscava visitar os locais de trabalho habitualmente e observava como os homens e as mulheres executavam o seu ofício, num processo cuidadoso de escuta, fazendo com que seus estudos se tornassem referências para estudos posteriores.

Conforme Praun (2016, p.187), Bernardino Ramazzini:

Buscava, ao seu modo, algo que até hoje persegue parte significativa daqueles que se dedicam aos estudos do trabalho: desvelar os diferentes fios que tecem a trama das relações de exploração, explicitando as diversas configurações assumidas pelo trabalho e seu impacto na saúde e vida dos/as trabalhadores/as. Almejava, sobretudo, conhecer sobre as condições sociais geradoras das enfermidades para poder intervir, prevenindo e curando as doenças que acometiam aqueles e aquelas que, fruto de sua posição social e ofício, viam-se obrigados/as a submeter-se a condições degradantes de trabalho.

Nesse sentido, verificamos que esse autor buscava, sobretudo conhecer as condições sociais geradores de doenças, para que se pudesse fazer ações de intervenção, prevenção e cura, pois, considerava que essas pessoas padeciam dessas enfermidades por conta de sua posição social e submetimento a condições degradantes de trabalho.

Cerca de um século depois, com a expansão da indústria inglesa, o mundo do trabalho passa por novas mudanças, cujo exemplo mais significativo se deu na cidade de Manchester, na Inglaterra, que contava com crescente movimentação operária. Esse contexto permitiu a Friedrich Engels (1820-1895) realizar uma minuciosa e detalhada descrição das condições de vida desse operariado, que foi o foco de seus estudos e que foram publicados no livro “A formação da

classe trabalhadora na Inglaterra” (pp.84-104) cuja primeira edição se deu em 1845, cujo foco não era, exatamente, o problema do adoecimento da classe trabalhadora por causa das condições de trabalho, no entanto, foi inevitável que essa questão se apresentasse, dado que o nexo entre trabalho e adoecimento, tornaram-se faces da mesma moeda, que seriam encontradas em diferentes formas assumidas pelo processo de exploração do trabalho, ao longo da história da humanidade e que alcançaram, impiedosamente, homens, mulheres e crianças, e não se tratou, nem de fenômenos isolados e nem ocasionais.

Algo que é importante destacar, é que mesmo que, contraditoriamente, os séculos XIX e parte significativa do século XX, tenham se constituído, como palcos de organização e de luta dos trabalhadores, e, que nesse período, tenham ocorrido avanços na conquista de direitos sociais e trabalhistas, a organização do trabalho e o processo produtivo, mantiveram-se como fontes inesgotáveis de diferentes formas de sofrimento e adoecimento, assim como veremos mais adiante, essas variáveis se manterão estáveis, ainda nas primeiras décadas do século XXI.

Essas contradições permitiram que o século XX fosse, em especial, a partir de sua segunda metade, o cenário que possibilitou a realização de estudos acerca dos impactos da organização do mundo do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores e das trabalhadoras.

Recorrendo mais uma vez a Praun (2021, p. 188):

Especialmente nos países centrais do capitalismo, entre os anos 1950-70, onde prosperou o Estado de Bem-Estar Social, as preocupações voltaram-se para a insatisfação gerada pela rotina e monotonia instituídas pelo taylorismo-fordismo. Conforme destaca Yves Clot (2010, p. 218), parte das pesquisas então desenvolvidas passou a ressaltar a ‘dimensão negativa’ do trabalho, iluminando também aspectos das condições de sua realização capazes de impactar a saúde mental

dos assalariados.

A partir dos anos 1950, um novo campo de estudos, que começou a se delinear, foi o da psicopatologia do trabalho. Um estudo que se destaca nessa categoria, foi o desenvolvido pelo psiquiatra francês Louis Le Guillant (1900-1968) que pode ser considerado como o precursor neste campo de estudo. Neste período, ele desenvolveu uma grande pesquisa acerca da incidência da fadiga nervosa entre os trabalhadores e as trabalhadoras, afirmando que era possível observar esta condição, tanto dentro como fora das fábricas, dado que o trabalho realizado numa cadência rítmica de gestos simples e repetitivos, que é impulsionada pela intensa mecanização da produção, associada ao controle e às exigências de precisão e atenção, se constituiriam na origem dos problemas de adoecimentos destes homens e mulheres.

Uma novidade que se instaura agora e que Le Guillant destaca, são as implicações sociais presentes no contexto do trabalho, como constituidoras de processos de adoecimento. É o caso, por exemplo, da incidência de distúrbios mentais entre as empregadas domésticas, segundo esse estudioso, resultados que se estruturam, a partir das relações dependência, submissão e humilhação, como aspectos marcantes na vida dessas trabalhadoras, que estariam ancoradas e agravadas, em especial, junto às trabalhadoras imigrantes, pelo isolamento social a elas impostos.

Mesmo que na França em 1960, ainda não estivessem presentes categorias como gênero, raça e classe, muitas dessas análises demonstraram que existe uma articulação profunda entre essas categorias e os processos de adoecimento psíquico que se evidenciam com o fluxo migratório de mulheres e homens das ex-colônias francesas, que vai marcar de forma categórica, este período histórico: as rela-

ções que se estabelecem entre o colonizado com o colonizador, que se torna semelhante à relação que se dá entre o criado e o patrão, que se colocam em jogo nessas relações de exploração e de opressão e que acabam por produzir “[...] o aniquilamento da identidade dessas pessoas” (2006, p.259).

Por isso, observamos o quanto é importante conhecer as situações objetivas de trabalho, a partir das falas e manifestações dos/as trabalhadores/as, inclusive, verificando suas congruências e entrelaçamentos aos processos sociais mais amplos.

O cinema e a literatura foram mestres em captar essas congruências e articulações. Em “Tempos Modernos” filme de 1936, de Charlie Chaplin (1889-1979), que retrata a vida urbana nos Estados Unidos no ano de 1930, ficam demonstrados os modos de produção industrial baseados na divisão e especialização do trabalho numa linha de montagem, com base nos princípios determinados pelos modelos de produção taylorista e fordista, onde o trabalhador capitula mental e psiquicamente.

Nesse processo, de partição e de fragmentação, uma característica se manifesta nesse momento e se torna de uma força irremediável para o trabalhador, que é o fenômeno da alienação⁹.

A palavra “alienação” vem do latim “*alienare*” que significa “tornar alguém alheio a alguém” e atualmente, o termo é utilizado em diferentes áreas, como por exemplo, no direito, na economia, na psi-

⁹ **Alienação.** Em Marx, a alienação é radicalmente econômica e social: é porque o proletariado só tem como bem sua força de trabalho que seu labor cai sob o domínio do outro; então ele é separado do seu produto e “o trabalho alienado (...) é mortificação”. Religião, moral e política não passarão de repetição dessa alienação fundamental que só poderia desaparecer pela supressão da economia capitalista, se for verdade que “para nós, em nossa sociedade, com as formas de intercâmbio e a divisão social nela reinam, não existe relação social - relação com o outro - sem uma certa alienação” (H. Lefebvre). (3) Disponível em: <https://sites.google.com/view/sbgdicionariodefilosofia/aliena%C3%A7%C3%A3o>.

cologia, na antropologia, na comunicação, e, sem dúvida, no mundo do trabalho para exemplificar.

Do ponto de vista filosófico, alienação é um conceito que se refere à separação ou dissociação do indivíduo de algum aspecto essencial de sua natureza ou da sociedade. Pode estar associada a uma falta de consciência própria, levando à perda de identidade, valor, interesses e vitalidade, assim, ela pode ser compreendida como uma relação social de heterogestão, o que vem a ser, uma situação que se dá por controle de outrem, podendo gerar alheamento, que se manifesta pela perda da posse ou da consciência da posse, e que seria segundo alguns pensadores contemporâneos um processo inerente às relações sociais.

Com isso, através da aceitação, acrítica e alienada das condições que são determinadas pelo capitalismo, de caráter ultra neoliberal, e, pela interiorização dos valores instituídos pela sociedade cada vez mais mercantilizada, podemos verificar a presença de mais uma forma em que a alienação pode se apresentar.

Pensando o conceito de alienação vinculado aos processos de mercantilização da vida do indivíduo que não se percebe como peça no mercado de compra e venda nas relações mercantilizadas pelo capitalismo, a questão da educação mercantil se sobressai, pois, “a compreensão que o indivíduo passa a ter da sociedade é filtrada por meio dos óculos da ‘educação mercantil’. Essa compreensão impede que o indivíduo perceba a relação indivíduo-sociedade como uma relação política e econômica” (SOUZA, 2005, p. 65).

Nesta ordem econômica, o indivíduo passa a ser visto como mais uma mercadoria que possui as qualidades, atributos e possibilidades iguais a qualquer bem produzido por ela. Nesse sentido Souza (2005) afirma que essas dinâmicas de mercantilização da vida do

indivíduo e de transmissão dos valores e padrões capitalistas afetam diretamente a educação, bem como se aproveitam dela.

Segundo Santos (2007) a ordem capitalista torna a prática educativa uma prática que ajuda a expandir a desigualdade social, tem caráter preparatório para o exercício de uma profissão mediana, educa para o consumo no interior de uma sociedade de consumo: “a educação feita mercadoria reproduz e amplia as desigualdades, sem extirpar as mazelas da ignorância. Educação apenas para a produção setorial, educação apenas profissional, educação apenas consumista, cria, afinal, gente deseducada para vida” (p. 154).

O mundo do trabalho, nesse momento histórico que estamos analisando, diferente do vivido no período feudal, no qual o trabalhador tinha conhecimento e controle de todo o processo produtivo e tinha consciência de sua situação laboral, agora ele mesmo, inserido numa profunda divisão do trabalho, no interior da produção capitalista, que se pauta pela separação entre trabalho manual e trabalho intelectual, o trabalhador, passa a ser ele mesmo, um apêndice da racionalidade produtiva que se concretiza num modo de trabalho, que é realizado partido, em pequenas partes e feito em série, sempre da mesma maneira, marca preponderante dos movimentos mecanicamente repetitivos, fazendo com que o trabalhador perca o sentido do todo do processo, incrementando, assim, uma nova dinâmica que é a especialização, isto é, o olhar dedicado a apenas um aspecto do conhecimento, seja de um determinado trabalho ou de um campo teórico.

Importante que conheçamos um pouco como o conceito de alienação desenvolvido por Karl Marx (1818-1883) torna-se uma ferramenta crítica de alta importância para entendermos o passado e a partir daí, criticar o capitalismo contemporâneo. Neste conceito

sobre a alienação no mundo do trabalho Marx refere-se à perda de controle do trabalhador sobre a sua produção e a sua relação com o produto final, que pode ocorrer de diversas formas, onde se destacam: o fato do trabalhador não mais controlar os meios de produção, ficando reduzido a vender a sua força de trabalho; ser substituído por máquinas; passando a ser tratado como mão-de-obra; seu trabalho é realizado em atividades repetitivas e específicas, assim como, ser parte de um processo de produção do qual não tem conhecimento do produto final ou dos valores que se agregam ao bem, assim, o seu trabalho é desempenhado de forma mecânica, o que faz com que ele perca a noção do que está fazendo.

Tudo isto concorre para que o processo tenha sérias consequências sobre a saúde desses trabalhadores, nos aspectos físicos, psíquicos e mentais

Na contemporaneidade, novos modelos de organização do mundo do trabalho e da produção. Michel Foucault (1926-1984), aponta para a existência de uma microfísica do poder, que se materializa a partir de uma sociedade disciplinar que atua sobre os corpos dos indivíduos, tornando-os dóceis e disciplinados, Gilles Deleuze (1925-1995) amplia essa compreensão, afirmando que a sociedade disciplinar se expande para uma outra, denominada por ele, de sociedade de controle, onde o indivíduo é reduzido a uma cifra ou a uma senha, e mais perto de nós, Byung-Chul Han (1959), amplia essas visões apontando para uma sociedade, a qual ele denomina de sociedade do cansaço, uma sociedade atravessada pela inovação tecnológica digital que substitui o trabalho vivo pelo trabalho morto.

Esses modos, com que se organiza o mundo do trabalho e de produção capitalista, de caráter ultraneoliberal, se destacam de maneira variada e diversa, e, impactam, não apenas os corpos dos indi-

víduos, mas alcançam também, as relações sociais, os modos de viver, de pensar e de sentir dos trabalhadores, o que significa segundo Foucault (1987, p. 30):

[...] que essas relações aprofundam-se (sic) dentro da sociedade, que não se localizam nas relações do Estado com os cidadãos ou na fronteira das classes e que não se contentam em reproduzir ao nível dos indivíduos, dos corpos, dos gestos e dos comportamentos [...]

Porque, segundo Harvey (2005, p, 07)

Nenhum modo de pensamento se toma dominante sem propor um aparato conceitual que mobilize nossas sensações e nossos instintos, nossos valores e nossos desejos, assim como as possibilidades inerentes ao mundo social que habitamos. Se bem-sucedido, esse aparato conceitual se incorpora a tal ponto ao senso comum que passa a ser tido por certo e livre de questionamento.

Em Foucault (1987), por exemplo, vamos nos deparar com o conceito de Sociedade Disciplinar que surgiu de uma análise dos processos históricos do século das luzes¹⁰, a partir do qual se debruçou sobre a parte obscura da constituição dos direitos universais e da formação do homem moderno. Operando com o conceito de Disciplina procurou estabelecer uma melhor compreensão das instituições de nossas sociedades industriais.

Para ele, a prisão em seu modelo panóptico, surgia como o pa-

10 Século das Luzes - Conhecido como o século das Luzes ou do Iluminismo, o século XVIII foi marcado por um movimento do pensamento europeu, que ocorreu, mais especificamente, na segunda metade do século XVIII, se distinguindo pela centralidade da ciência e da racionalidade crítica no questionamento filosófico. Abrangeu o pensamento filosófico, gerando uma grande revolução, em diversos campos, tais como: as artes, especialmente, na literatura, as ciências, os costumes, a teoria política e a doutrina jurídica. (Nota da autora)

drão para o uso do espaço e do tempo, substituindo um esquema de disciplina de exceção por um de vigilância generalizada, que se apoia sobre toda uma transformação histórica e que progressivamente.

Essa dimensão disciplinar vai expandindo seus mecanismos disciplinares ao longo dos séculos XVIII e XIX, multiplicando-se assim por todo o corpo social, resultando num arcabouço que esse autor denominou “sociedade disciplinar”, com as seguintes características: um modo de organizar o espaço, controlar o tempo e registrar o indivíduo e sua conduta; exercer um poder disciplinar, com aparelhos que sequestram indivíduos para constituir uma força de trabalho; uma sociedade que valoriza economicamente a força de trabalho, normalizada por disciplinas e hábitos; que produz corpos dóceis, adestrados e submissos, com reflexos de paciência, obediência e resiliência; e, que opera com um poder disciplinar que funciona como uma máquina, uma pirâmide e uma rede.

Segundo Foucault (1987, p.29) a história do corpo vem sendo desenvolvida por diversos autores ao longo dos tempos, seja no campo da demografia ou das patologias históricas, a novidade está em se superar a perspectiva de sua condição biológica de existência e inseri-lo, num campo político, onde as relações de poder tem alcance imediato sobre ele.

No livro “Vigiar e punir, ao estabelecer os parâmetros do corpo como um lugar de realização de uma microfísica do poder, Foucault (1987, p.29) afirma que:

(...) o corpo está diretamente mergulhado num campo político; as relações de poder têm alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, o dirigem, supliciam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais. Este investimento político do corpo está ligado, segundo relações complexas e recíprocas, à sua utilização econômica; é, numa

boa proporção, como força de produção que o corpo é investido por elações de poder e de dominação; mas em compensação sua constituição como força de trabalho só é possível se ele está preso num sistema de sujeição [...] o corpo se torna útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso.

Foucault também desenvolveu o conceito de dispositivo disciplinar, que é uma investigação sobre como esse mecanismo funciona como uma máquina que edifica sujeitos, afirmando que o poder é uma prática social que se constitui historicamente e se articula com a estrutura econômica.

De um modo geral as sociedades disciplinares são situadas num período que vai do século XVIII até a Segunda Guerra Mundial¹¹, sendo que os anos da segunda metade do século XX marcariam seu declínio e a ascensão da sociedade de controle.

Assim, em 1990, Gilles Deleuze publicou um artigo denominado “Post-Scriptum sobre as Sociedades de Controle”, onde procurou estabelecer alguns aspectos que pudessem distinguir uma sociedade disciplinar de uma sociedade de controle, partindo das análises desenvolvidas por Michel Foucault.

Deleuze percebeu que no enclausuramento, operação fundamental da sociedade disciplinar, com sua repartição do espaço em meios fechados (escolas, hospitais, indústrias, prisão), e sua ordenação do tempo de trabalho, que ele passou a denominar de processos de moldagem, pois, segundo ele, um mesmo molde fixo e definido poderia ser aplicado às mais diversas formas sociais.

Desenvolve então uma perspectiva em oposição a esta dinâmi-

11 A segunda Guerra Mundial foi um conflito em escala mundial que aconteceu entre 1939 e 1945 e ficou marcada por graves eventos como o Holocausto, ação política genocida que buscou a eliminação do povo judeu pelo nazifascismo alemão e o uso de bombas atômicas nas cidades de Hiroshima e Nagazaki no Japão. (Nota da Autora).

ca, a qual vai denominar de “sociedade de controle” que seria marcada pela interpenetração dos espaços, por sua suposta ausência de limites definidos (a rede) e pela instauração de um tempo contínuo no qual os indivíduos nunca conseguiriam terminar coisa nenhuma, pois estariam sempre enredados numa espécie de formação permanente, de dívida impagável, prisioneiros em campo aberto.

O que haveria aqui, segundo Deleuze, seria uma espécie de modulação constante e universal que atravessaria e regularia as malhas do tecido social e que as sociedades disciplinares possuiriam dois polos: “a assinatura que indica o indivíduo, e o número de matrícula que indica sua posição numa massa”. Nas sociedades de controle, “o essencial não seria mais a assinatura nem um número, mas uma cifra: a cifra é uma senha (...) A linguagem digital do controle é feita de cifras, que marcam o acesso ou a recusa a uma informação” (Deleuze, 1990).

A força dessa interpretação reside em um aspecto: a relação entre identidade pessoal e código intransferível, ou cifra, como diz Deleuze. A passagem de um a outro implica que os indivíduos deixam de ser, justamente, indivisíveis, pois passam a sofrer uma espécie de divisão, que resulta do estado de sua senha, de seu código (ora aceito, ora recusado). Além disso, as massas, por sua vez, tornam-se amostras, dados, mercados, que precisam ser rastreados, cartografados e analisados para que padrões de comportamentos repetitivos possam ser percebidos.

Na atualidade o estudioso sul-coreano Byung-Chul Han traz para este cenário a discussão em torno de um novo tipo de sociedade a qual ele denomina de “sociedade do cansaço”. Nesta sociedade é engendrada uma forma de violência sistêmica que é imanente ao sistema contemporâneo, argumentando que essa violência não é ex-

terna, mas provém do próprio sistema, resultando em doenças como depressão¹² e Síndrome de Burnout (SB)¹³, que também é conhecida por síndrome do esgotamento profissional, é um distúrbio emocional causado por situações de trabalho desgastantes, com muita competitividade, cobranças por desempenho e cumprimento de metas ou de responsabilidades, além das tarefas próprias do exercício docente.

Essa nova forma de organização do trabalho, se agrava ainda mais, conforme Praun (2022, p.252) pelas pressões próprias que determinam a:

[...] submissão à constante pressão para mostrar-se produtivo o suficiente para manter-se com vínculo, adequando-se às exigências corporativas, às métricas resultantes das avaliações de desempenho, à sobrecarga imposta pelas equipes `enxutas`, em meio a um ambiente social marcado pela retirada de direitos e pelo crescente desemprego, foi também transformando esses locais tradicionais de trabalho em espaços de individuação, competição e adoecimento [...]

Han analisa como essa violência é diferente da violência imunológica, que parte de uma alteridade hostil. Em vez disso, a violên-

12 Depressão - A depressão é considerada um sofrimento psíquico, que além de gerar desilusão e desmotivação, também pode acabar por produzir complicações físicas, afeta de forma grave a capacidade de resiliência dos professores, de quem é esperado acentuada capacidade de adaptação diante dos momentos de adversidades, o que se constitui na garantia da manutenção de sua saúde psíquica, por isso é compreendida como um fator de comprometimento da ação educativa, pois, interfere diretamente na relação professor-aluno e, compromete todo o espaço escolar, pois, impedindo a escola de realizar a sua função social que é a garantia do processo ensino-aprendizagem e a formação para a cidadania. (Nota da autora).

13 A Síndrome de Burnout é definida como uma doença que designa o sofrimento por exaustão física ou emocional provocada por contínua exposição a situações estressantes e envolve três elementos que podem estar associados, mas não independentes: despersonalização, exaustão emocional e baixa realização profissional. Nesse sentido, entrar em Burnout significa chegar ao limite da resistência física ou emocional. (ESTEVE, 1999).

cia neuronal surge de um excesso de positividade dentro do sistema, causando um esgotamento do sujeito, devido à pressão constante por desempenho e sucesso, e com isso, estabelecendo novas formas de controle e de aprisionamento do/a trabalhador/a que se vê refém de um ambiente onde o excesso de positividade se torna exaustivo e opressivo.

Essa forma organizacional recebe a denominação de “lioofilização” que é um termo que se refere ao processo de substituição do trabalho vivo por máquinas e tecnologia, ou seja, do trabalho vivo pelo trabalho morto, que se refere ao modo como o trabalho vivo é progressivamente substituído pelo maquinário tecno-informacional (trabalho morto). Nas empresas «lioofilizadas», é necessário um «novo tipo de trabalhador», que os capitais denominam, de maneira enganosa, como «colaborador».

5 A guisa de conclusão

todas essas evidências exigem uma reflexão profunda sobre o impacto das transformações no mundo do trabalho sobre a saúde física e mental, em especial dos trabalhadores da educação, apesar de já existir importante literatura acerca dos problemas de saúde e processos de mal-estar, sofrimentos e adoecimentos de professores que destacam a prevalência dos transtornos mentais e comportamentais, dos distúrbios da voz e das doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo, os quais atingem os docentes do ensino público e particular de todos os níveis, disciplinas e momentos da carreira, e, que se manifestam em novas formas de opressão e que precisam ser enfrentadas dado que as transformações tecnológicas são irreversíveis.

Podemos entender que a educação como processo de interiorização de valores não só para o mundo do trabalho, mas para a vida

em sociedade, significa o processo de interiorização das condições de legitimidade do sistema que explora o trabalho e a vida do indivíduo como mercadoria.

Seria minimamente equivocado pensar em uma modificação ou organização interna das estruturas educacionais e das condições impostas na realização do trabalho sem que se faça uma análise abrangente que reflita a sociedade capitalista como um todo, nas suas diversas dimensões e nas suas relações sócio-político-econômicas, históricas e culturais.

Uma reformulação significativa da educação seria praticamente inviável, sem uma correspondente transformação do quadro social no qual as práticas educativas devem cumprir suas funções, inclusive, entendendo a doença ou o adoecimento como parte desta equação, perversamente construída e que se pauta pela facilidade de substituir as peças, inclusive, as humanas desumanizadas.

Nesse sentido, é de fundamental importância que os sindicatos e as lideranças sindicais dos trabalhadores, sejam da educação ou não, compreendam que a classe trabalhadora, independente da ocupação e do lugar social que ocupa, está imersa num mesmo processo de fragmentação e naturalização das condições produtoras do trabalho e dos objetos.

E para tanto, é necessário trazer essas questões para o debate, elaborar formas de enfrentamento e resistência coletivas à essa paradoxal forma com que o mundo pós-moderno tem tratado a produção do conhecimento e o processo laboral, através da substituição do trabalho vivo pelo maquinário tecno-informacional, isto é, a substituição do trabalho vivo pelo trabalho morto, que inclusive deriva para a injunção de um novo tipo de “trabalhador”, agora denominado de forma enganosa pelo capital, como “colaborador”. Um sujeito sem

categoria sindical, sem direitos ou deveres, exteriorizado de qualquer personalidade no mundo do trabalho. Um nada!?

Por isso, observamos o quanto é importante conhecer as situações objetivas de trabalho, a partir das falas e manifestações dos/as trabalhadores/as, inclusive, verificando suas congruências (ou não) e entrelaçamentos aos processos sociais mais amplos, para que se possa construir coletivamente as formas conscientes de enfrentamento e superação dessas formas com que o capital organiza o mundo da produção e do trabalho.

Referências bibliográficas

- ANTUNES, Ricardo. (org.) **Uberização, trabalho digital e indústria 4.0**. São Paulo: Boitempo, 2020.
- ANTUNES, Ricardo e PRAUN, Luci. Sociedade dos adoecimentos no trabalho, **Serviço Social & Sociologia**, São Paulo, n. 123, p. 407-427, jul./set. 2015
- BENEVIDES-PEREIRA, A.M.T. Considerações sobre a síndrome de burnout e seu impacto no ensino. **Boletim de Psicologia**. São Paulo, v. 62, nº 137, p. 1555-168, 2012.
- BRAVERMAN, Henry (1987). **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: Guanabara.
- CHARLOT, B. A violência na escola: como os sociólogos franceses abordam essa questão. **Revista Sociologias** Rio Grande do Sul; PPGS/IFCH/UGRGS, v.08, 2002.
- DRUCK, Maria da Graça. **Terceirização: (Des) Fordizando a fábrica: um estudo do complexo petroquímico da Bahia**. São Paulo: Boitempo, 1999.
- DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia (2009). **Terceirização: a chave**

da precarização do trabalho no Brasil, In: NAVARRO, Vera; PADILHA, Valquíria (org.). Retratos do trabalho no Brasil. Uberlândia: EDUFUV. 30, (p.1/12) n.4, 2020.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe operária na Inglaterra**. Tradução B.A. Schumann, supervisão, apresentação e notas, José Paulo Netto – Edição Revista). São Paulo: Boitempo, 2010.

GASPARINI, Sandra Maria; BARRET, Sandhi Maria; ASSUNÇÃO, Ada Ávila. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e pesquisa**. v. 31, nº 2, p. 189-199, 2005.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do Cárcere**. v.4, Edição e Tradução Carlos Nelson Coutinho, co-edição, Liz S. Henriques e Marco Aurélio Nogueira. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

HAN, Byung-Chul. **A sociedade do cansaço**. Trad. Enio Paulo Giachini. Petrópolis, RJ: Editora Vozes. 2015.

HARVEY, David. **Para entender o capital**. São Paulo: Boitempo, 2014. Livros I e II.

_____, David. O neoliberalismo: história e implicações. São Paulo: E. Loyola, 2005.

MÉSZÁROS, I. **A educação para além do capital**. Tradução de Isa Tavares - São Paulo: Boitempo, 2005.

_____, I. A teoria da alienação em Marx. Tradução Isa Tavares - São Paulo: Boitempo, 2006.

MÉSZÁROS, I. **O poder da ideologia**. São Paulo: Boitempo, 2004.

NOGUEIRA, Arnaldo M. et al. ANTUNES. Ricardo. **Uberização, reestruturação produtiva, trabalho 4.0**. São Paulo: Boitempo, 2020.

- OLIVEIRA, L.V., SILVA, L.A.M. Burnout docente na educação básica: um olhar para os fatores de risco e prevenção apontados pela literatura. In: **Scientia Generalis**, v.s., n.2, p.271-280. Disponível em: <https://scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/205/149>
- PAGOTTO, Claudete, PRAUN, Luci e MUNIZ, Zulene. **A devastação do trabalho - precarização e adoecimento**. In: Lutas Sociais, São Paulo, vol.24 n.44, p.9-15, jan/jun. 2020.
- PRAUN, Luci. Trabalho e saúde em tempos flexíveis. **Disciplinas da USP**, 2021. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/aces-sar/>
- SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. 7 ed. São Paulo: Editora Edusp, 2007.
- SILVA, Jefferson. P. da, FISCHER, Frida, O perfil das publicações sobre condições de trabalho e saúde dos professores: um aporte para (re)pensar a literatura. **Saúde e Sociedade**. Repositório USP, v. 30, n.4, São Paulo: 2021.
- SOUZA, S. C. **Educação: mercadoria ou projeto civilizatório?** Rio de Janeiro: Maanaim, 2005.
- SOUZA. Euzébio J.S., MEINBERG, Ortiz O. A uberização e o aprofundamento da flexibilização do trabalho. **Revista Princípios**, n. 159. São Paulo: PUC, Jul/Out. 2020.

A filha da casa: Dalila, louca ou institucionalizada?

Igor Moraes da Silva

Introdução

Sr. Francisco ao chegar no local onde chamavam por seu nome ficou perplexo ao ver D. Ernestina, a doente mais furiosa, transformada em uma mulher calma, implorando que a desamarrasse; mais que depressa Sr. Francisco desamarrou-a, deixando-a em liberdade. E voltando as costas para chamar sua esposa e tirar aquela doente dali, D. Ernestina pediu-lhe que não saísse, pois queria ficar só, e sem esperar dentro de poucos instantes nascia uma forte menina em companhia dele [o caseiro] e auxílio de algumas doentes melhores que estavam naquele salão. (Dalila, s/d., p. 3-4).

E foi assim, nas dependências de um asilo para indesejados de toda ordem que nasceu uma criança cujo a vida estaria para sempre atrelada àquela instituição. A citação faz parte do diário de Dalila, a recém-nascida da história acima e que será a personagem central de nossa investigação.

“Meu Diário”, como Dalila chamou seus registros pode ser entendido como um livro de memórias já que muitas das histórias foram narradas posteriormente: “Em você gravarei por escrito o passado, presente e meus acontecimentos futuros que for desenrolando

em minha jornada” (Dalila, s/d., p. 1).

A personagem da história ora apresentada passou a vida toda atrelada à instituição.

Interessante que trajetória de Dalila se confunde em muito com o conceito de institucionalização. Segundo Goffman (2001), institucionalizados são sujeitos cujas práticas cotidianas estão nitidamente vinculadas a rotina de uma instituição total.

Por instituição total Goffman (2001, p. 16,17) compreende cinco grupos principais: a) instituições que cuidam de pessoas consideradas incapazes e inofensivas, como lares para cegos, velhos e órfãos; b) locais destinados a assistir pessoas incapazes de se cuidarem e que também representam uma ameaça para a comunidade, como sanatórios e hospitais psiquiátricos; c) instituições que protegem a comunidade do que julgam perigos intencionais, como prisões, campos de prisioneiros de guerra e campos de concentração; d) instituições criadas para realizar tarefas de trabalho, como quartéis e/ou outros estabelecimentos de exército; e e) instituições que servem como refúgio e também podem proporcionar instrução religiosa, como mosteiros e conventos.

A institucionalização, então, consiste em um processo pelo qual condutas e regimentos de instituições totais tornam-se estáveis no cotidiano e adquirem valor para o interno. Para Goffman (2001, p. 24), toda pessoa estrutura ao longo de sua vida e sociabilidade concepções de si mesmo e dos outros, porém ao adentrar uma instituição total, o sujeito tem estas concepções desestruturadas.

Outro autor a tratar o processo de institucionalização foi Michel Foucault (1987, p), embora ele tenha se debruçado sobre a institucionalização em prisões, seus apontamentos são importantes para o desenvolvimento da presente pesquisa.

A disciplina fabrica indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e como instrumentos de seu exercício. Não é um poder triunfante que, a partir de seu próprio excesso, pode-se fiar em seu superpoderio; é um poder modesto, desconfiado, que funciona a modo de uma economia calculada, mas permanente. Humildes modalidades, procedimentos menores, se os compararmos aos rituais majestosos da soberania ou aos grandes aparelhos do Estado. E são eles justamente que vão pouco a pouco invadir essas formas maiores, modificar-lhes os mecanismos e impor-lhes seus processos (...). O sucesso do poder disciplinar se deve sem dúvida ao uso de instrumentos simples: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e sua combinação num procedimento que lhe é específico, o exame.

Obviamente, a institucionalização em hospitais ou prisões ocorrem em formatos e a partir de processos distintos. Nesse sentido, vamos compreender aqui a institucionalização no sentido hospitalar.

Este texto discute a questão da institucionalização e como ela afeta a identidade de uma pessoa que nasceu e foi criada em uma instituição. O objetivo principal do trabalho é analisar a vida de uma mulher que passou sua infância e adolescência em uma instituição de alienação e, mais tarde, retornou como funcionária do hospital. A pesquisa é baseada em seus relatos, em seu livro de memórias e em entrevistas realizadas antes de sua morte. Surpreendentemente, suas lembranças e concepções sobre a instituição não são traumáticas, mas sim apresentadas com nostalgia, como se ela estivesse lembrando da infância e dos amigos. No entanto, esses “amigos” eram outros reclusos. O texto levanta questionamentos sobre como avaliar o conceito de institucionalização quando a identidade de uma pessoa é construída dentro desse ambiente.

Os personagens: Allan Kardec e Dalila

No início do século XX, os estabelecimentos trato da mente estavam sujeitados ao Decreto de Lei n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903, que definiu quem poderia ser internado em instituições psiquiátricas: pessoas que possuíam doença mental hereditária ou que a adquiriram durante a vida. Apesar da tentativa de institucionalizar e medicalizar a loucura, os tratamentos e a qualificação dos profissionais responsáveis pelos tratamentos eram indefinidos. Como resultado, aqueles que eram menos favorecidos ou não se enquadravam no conceito de progresso da época acabavam sendo internados em diferentes organizações, independente de serem registradas como instituições psiquiátricas ou não.

Foi nesse contexto que José Marques Garcia fundou o Asilo Allan Kardec na cidade de Franca. Nas primeiras décadas dos novecentos, a maioria das cidades brasileiras passava pelo processo de saneamento e higienização pública, com Franca não foi diferente. Muitas eram as pessoas consideradas indesejáveis na sociabilidade cidadina, velhos abandonados, bêbados, prostitutas, imigrantes sem emprego e mendigos vários. Essa gama de indesejáveis era classificada como louco. É curioso que muitos casos, no limite até nos dias atuais, que definem o indivíduo mentalmente patológico são feitos a partir de análise comportamental, ou seja, nesse momento ser louco estava intimamente atrelado a ideia moral. Assim, seriam os vadios (promíscuos), vagabundos (ociosos intencionais) e mendigos (desordeiros sociais) considerados loucos e perigosos no que diz respeito ao ordenamento citadino (Souza; Rizinni, 2010). Em Franca esses indivíduos encontraram abrigo na caridade de José Marques Garcia.

Não existem registros que demonstram que José Marques Garcia tinha intenção de criar o Asilo Allan Kardec. Ao que parece, o

homem, munido dos ideais de caridade do espiritismo, começou a ajudar, no Centro Espírita Esperança e Fé localizado no centro da cidade, todos aqueles que necessitavam de donativos variados. Acontece que muitos sujeitos indesejáveis passavam por ali por conta da única instituição médica da região (ou aquela que mais apresentava recursos para tratamentos vários): a Santa Casa de Misericórdia de Franca. Muitos viajavam de longe para serem atendidos na dita instituição, muitas vezes com recursos reduzidos e ou até mesmo com nada que pudessem contar para eventuais internações. Explica-se: muitos doentes viajavam com parentes e amigos acompanhantes, mas quando estes precisavam ficar sob observação por mais tempo, estes acompanhantes precisavam “se virar” sozinhos para terem onde comer, dormir e fazer suas necessidades básicas. O Centro Espírita Esperança e Fé foi refúgio não só para esses desprivilegiados, mas também para aqueles que residiam na cidade e não contavam com muitos recursos.

Depois de muitas reclamações da ordem pública, José Marques Garcia, afim de evitar possíveis problemas jurídicos, decidiu transferir a assistência para um terreno que dispunha na então Rua dos Irmãos Antunes. Ali, ele ordenou que construíssem algumas casinhas para o atendimento assistencial. As casinhas construídas serviram, em alguns casos, de albergue para aqueles que não tinham para onde ir. Foi com muros baixos, pessoas nem sempre capacitadas para o trabalho do trato desses sujeitos e dogmas espírita que surgiu o Asilo Allan Kardec. A instituição foi fundada no ano de 1922, passou a ser nomeada Casa de Saúde Allan Kardec em 1933, e adquiriu personalidade jurídica em 1966, quando teve seu funcionamento submetido a legislações variadas sobre cuidados médicos e assistência social. Desde a década de 1980 a entidade funciona sob o nome de Clínica

Allan Kardec¹ e firmou convênio com o Sistema Único de Saúde – SUS (Luz, 2006, p. 179).

Laima Mesgravis (1976, p. 19) definiu a assistência social como:

uma expressão relativamente recente, nascida na segunda metade do século XIX, para designar uma forma de amparo que a sociedade deve proporcionar a seus membros menos favorecidos.

Essa expressão, um tanto vaga, é usada para indicar todo o sistema de amparo que abrange enfermos sem recursos, crianças abandonadas, velhos, pobres e desajustados de toda sorte, procurando integrar na sociedade os indivíduos passíveis de recuperação e abrigar os incapacitados.

A assistência social, que se organizou a partir do século XIX, aceita os valores da sociedade capitalista e liberal, procurando apenas orientar aqueles que, por ignorância, incapacidade física ou psicológica, se veem em situação de abandono, a fim de que possam reassumir o seu lugar na sociedade como membros produtivos e atuantes.

Dalila nasceu cinco anos depois da fundação do Asilo, em 1927.

Chegou na cidade de Franca uma senhora acompanhada do marido e de seu cunhado. Vieram da cidade de Pitangueiras, localizada a 140 km de Franca, pois, ao que parece, a mulher havia desenvolvido um quadro de loucura. Estava furiosa e gritava que queria matar o marido, Sr. Avelino. Os homens procuraram ajuda médica na Santa Casa da cidade, mas como se tratava de um caso de desequilíbrio mental, a mulher, Sra. Ernestina, teve que ficar em observação por mais de um dia. Sr. Avelino e seu irmão, sem recursos para hotel ou pensão, hospedaram-se no Asilo Allan Kardec e informaram a Santa

1 Em 1972 o Hospital passou a ser parte da Fundação Espírita Allan Kardec. Com a intenção de ter isento e/ou diminuídos certos tributos, a administração decidiu agrupar em torno da dita fundação o Clínica “Allan Kardec”, o Lar de Idosos “Ofélia”, o Centro Espírita “José Marques Garcia”, a Gráfica e o Jornal “Nova Era” e, hoje em dia, o Teatro “Judas Iscariotes”.

Casa da condição. Ali ficaram alguns dias e sem que Dona Ernestina apresentasse sinal de melhora decidiram voltar para Pitangueiras pois deveriam “juntar” dinheiro para retornar à Franca.

Assim foi feito. Antes de partir, os irmãos informaram ao Asilo o endereço em que residiam. Apresentando melhora do seu quadro de loucura, Ernestina, sem ter para onde ir e sem que seus companheiros, marido e cunhado, estivessem por ali, foi levada até o Allan Kardec. Lá a senhora foi registrada como interna e passou a receber cuidados tais quais os outros doentes internados.

Havia na instituição um casal de caseiros que realizava tarefas várias. Entre as tarefas desempenhadas pelo casal, o Sr. Francisco cuidava do espaço e se dedicava também nos “cuidados médicos” dos internos, sempre com o auxílio de sua esposa, Dona Maria. A mulher se responsabilizara por costurar tecidos que servissem para o ciclo menstrual das pacientes do Asilo e notou que Ernestina não precisava deles, pois estava grávida. Francisco foi avisado pela esposa e rapidamente decidiu contar ao diretor do Asilo, José Marques Garcia, sobre o ocorrido.

Enviaram cartas ao Sr. Avelino, mas nada de respostas. Dalila (s/d., p. 2-3) narrou esses fatos em seu diário, fatos esses que por óbvio foram contados a ela posteriormente:

Sr. Francisco refletiu bem e resolveu avisar o Diretor da casa e escrever ao Sr. Avelino Pereira dos Santos, o esposo de D. Ernestina; avisando o estado em que se encontrava sua esposa, e assim fez; mais nada de respostas... escreveu mais cartas e nada de notícias. E assim corriam os meses, aproximava-se o dia do nascimento do filho ou filha de dona Ernestina e nada de notícias de seu esposo Avelino. Cansaram de escrever e não importaram mais saber notícias.

Dalila narrou e, ao que parece, o casal de caseiros não tinha

filhos e D. Maria teria se apaixonado pela criança antes mesmo dela nascer. Segundo Dalila (s/d., p. 3), “D. Maria fazia com todo carinho as roupas e dizia a seu esposo, Francisco, que parecia que aquela criança que ia nascer viria ao mundo para ela, que adorava crianças e eles não tinha nem um e seria bom pegar uma criança para criar”. O desejo pelo nascimento da criança não foi atribuído por Dalila somente a D. Maria. Nossa personagem narrou que “disse ele [Francisco]: Maria esta criança que vem ao mundo está como desamparada, pois, a mãe se acha cada vez mais furiosa, o pai nem notícias, esta criança ao nascer somos nós que havemos de ampará-la até que a mãe fique boa ou até que apareça alguém da família”.

Passaram alguns meses e nasceu a criança. Uma menina.

Logo quando a criança nasceu, José Marques Garcia cuidou de escrever para a família de Sra. Ernestina:

(...) Sr. José respondendo, disse-lhe que primeiro precisava participar o nascimento da criança à família dela que não dava e nem pedia notícias da doente D. Ernesta e, talvez, com o nascimento da criança, eles se interessassem mais e viessem a ver a mãe e a filha. Aí então, resolviam o problema da moda que achassem melhor. E dali saindo foi ao seu escritório, onde sem perda de tempo escreveu para Pitangueiras. Era endereçada a Sr. Avelino participando o nascimento da filha e dando notícias da esposa (Dalila, s/d., p. 7).

Passado um tempo, a carta enviada pelo diretor do Asilo surtiu efeito e ali estava uma visita para a D. Ernestina. Todos ali acharam que Sr. Avelino havia retornado para o estabelecimento a fim de reencontrar sua esposa e encontrar sua pequena filha. Mas, na verdade, quem acabara de chegar ao hospital foi o irmão de D. Ernestina, Sr. Emídio, que muito pouco sabia do que ocorrera com a irmã.

Depois de ser “colocado a par” do que ocorrera com sua irmã e sobre o nascimento de sua sobrinha, Emídio logo foi dizendo que não poderia ficar com a criança, ele levaria a irmã de volta, mas ficaria muito feliz caso os caseiros continuassem a cuidar da menininha. Segundo Dalila (s/d., p. 10), “Sr. Francisco depois de ouvi-lo disse que era imensa alegria para ele e a esposa ficar para sempre com a menina só que tinha medo de mais tarde a tirassem deles”. Os registros de Dalila pouco discorrem acerca de uma justificativa de Emídio para não ficar com a criança, mas pelo o que é narrado:

o Sr. respondeu que da parte dele não precisava temer, era pobre e não podia dar conforto que eles podiam dar para a menina, o pai achava que não voltava mais, a mãe depois que curasse é que podia reclamar pela filha, os outros parentes desprezaram a irmã por ter casado com Avelino e era bem capaz de nem se importarem com a menina.

E assim, Emídio levou Ernestina e deixou a criança sob os cuidados de Sr. Francisco e D. Maria.

Passaram os meses e a criança crescia nos corredores do Asilo. Assim que a pequena fizera seis meses começaram a pensar no batismo. O batismo resolveria um problema para D. Maria. Ela estava zangada por saber que a filha ainda não possuía nome, alguns a chamavam de “pequena menina”, enquanto outros diziam que era a “filha da casa” se referindo ao fato de ela ter nascido nas dependências do Asilo (Dalila, s/d., p. 12).

Escolheram José Marques Garcia para padrinho da menina e ele mesmo escolheu o nome da criança: Dalila.

Segundo Dalila (s/d, p. 12) “dizia o diretor que a ‘filha da casa’ tinha que ter um nome moderno, diferente dos demais, por isso ele escolhera com todo cuidado e lendo a bíblia sagrada encontrou em uma das histórias

o nome de Dalila (...) D. Maria e Sr. Francisco também gostaram muito do nome”. Apesar do nome escolhido por José Marques Garcia, Dalila conta que ela “continuava a chamar a pequena de ‘filha da casa’, D. Maria ao ouvi-lo zangava-se e este ria dizendo ser brincadeira”. Fato é que o diretor e agora padrinho de Dalila assim se referia à menina: a Filha da Casa.

As memórias de Dalila enquanto fonte histórica

Os relatos de Dalila, embora confusos, sem apresentar certa linearidade e nomeado pela autora como um “diário”, também podem ser caracterizados como autobiografia ou até mesmo um livro de memórias, pois Dalila também registrou ali, histórias que foram contadas a ela, como por exemplo o dia do seu nascimento e também lembranças por ela mesmo materializadas: “Até aqui te [diário] cravei o que papai, mamãe e outros me contavam e agora passando a te cravar fatos da minha vida já depois de grande, sou eu mesma que me lembro dos fatos já conhecidos” (Dalila, s/d., p. 14).

Suas lembranças se confundem com o que, certamente, ouviu dos pais ainda pequena e de outros trabalhadores do Allan Kardec. Lilian Stein e Giovanni Pergher (2001) discutiram sobre a existência de duas falsas memórias. Segundo os autores existem as falsas memórias espontâneas, que surgem a partir de processos internos de distorção da memória; e as falsas memórias sugeridas, que resultam de informações sugeridas externamente e que não possuem nenhum tipo de responsabilidade para com a verdade. No primeiro caso, determinado sujeito muda a informação original e se lembra de algo que não foi dito ou feito. Dalila narra sua história de vida de modo a construir uma narrativa em que ela seria uma muito desejada e amada. No segundo caso, as memórias de determinada pessoa podem surgir a partir de informações, nem sempre verídicas, de outrem

sobre a própria vida. Neste caso, podemos entender que Dalila, tendo vivido grande parte da sua história na instituição, interpretou as histórias que ouvia daqueles que ela entendia enquanto família como quase que sempre verídicas.

O Asilo Allan Kardec hora ou outra é simbolizado como a casa/lar de Dalila. Para além de ser chamada pelo diretor e fundador da entidade de “Filha da Casa”, Dalila (s/d., p. 12) narrou em seu diário momentos de alegria que ocorrera na instituição ainda na sua primeira infância: “crescia forte com muita saúde; já preparavam a festa para seu primeiro aniversário e a pequena gorda e forte não tomará remédio de espécie alguma, os dentes lhe rompera como se fosse nada”. E Dalila continua dizendo que: “o tempo voava, atrás da festa do primeiro ano e logo veio o segundo (...) D. Maria era ‘mamãe’ e Sr. Francisco ‘papai’, o diretor ‘padrinho’, ela já corria para todos lados, muito manhosa, pois criada com muito mimo e não apanhava, mas era uma menina muito ‘educadinha’ e obediente”. É interessante como nossa personagem realizava suas atividades comuns de criança nos corredores do hospital, certamente junto à outros internos e também com outros funcionários que lá estavam.

No texto, a Dalila (2018) em entrevista relatou suas memórias de infância, destacando seu cotidiano que, no limite, acompanhava o cotidiano do Asilo. Ela mencionou que só brincava com sua mãe, que era a caseira do asilo, e com uma mulher, que ficou internada, mas se curou e vivia no hospital com as enfermeiras, já que não tinha para onde ir. A autora explica que não tinha amigos da mesma idade porque seus pais a protegiam muito, mas ressalta que isso foi devido ao amor e cuidado extremo dos pais por ela. Sobre seus brinquedos, Dalila menciona “que tinha todos os brinquedos que queria”, mas em sua autobiografia apenas menciona duas bonecas, uma delas que

chorava e lembra-se de “brincar livremente no pátio e das senhoras que viviam lá que faziam roupas e bonecas de pano”. Ela enfatiza que “essas senhoras eram doentes, mas tinham acesso a tesouras e agulhas para confeccionar roupas para as bonecas”.

É interessante como as lembranças de Dalila acerca da instituição remetem a ideia de que aquele lugar era sim a sua casa, o seu lar. Sobre o assunto, Ecléa Bosi (2023, p. 454) discute a presença da casa na memória das pessoas:

A casa materna é uma presença constante nas autobiografias. Nem sempre é a primeira casa que se conheceu, mas é aquela em que vivemos os momentos mais importantes da infância. Ela é o centro geométrico do mundo, a cidade cresce a partir dela, em todas as direções. Fixamos a casa com as dimensões que ela teve para nós e causa espanto a redução que sofre quando vamos revê-la com os olhos de adulto.

O interessante também é que Dalila (s/d., p.15), mesmo depois de crescida, apresenta o Allan Kardec como um espaço acolhedor: “assim corria eu uma vida cheia de alegria e felicidades, cercada de carinho e imenso amor”. Seus pais adotivos sempre deixaram claro sobre a história de seu nascimento e também contavam que sua mãe biológica queria matá-la assim que nasceu: “cresci sabendo que tinha outros papais, pois eles não me ocultaram isso, até pelo contrário, me falavam de outra mamãe, só que não sei porque [quando] papai e mamãe me falavam da outra mamãe, sempre recordava que ela quis me matar ao nascer por eu parecer com meu pai”.

A história narrada por Dalila e que, certamente, foi contada a ela por seus pais é que durante seu parto, a mulher furiosa, D. Ernestina, recobrou a consciência. Essa é a história que inicia o presente trabalho. Acontece que D. Maria, a caseira, após acalantar a recém-

-nascida, escutou gritos vindo dos corredores do Asilo Allan Kardec:

(...) correu, abriu a porta e viu seu esposo lutando com D. Ernestina que numa fúria terrível já tinha rasgado toda camisa de Sr. Francisco, que procurava acalmá-la sozinho, pois os outros doentes melhores tinham corrido de medo ao ver a fúria daquela pobre mulher que sem saber o que falava pedia a filha para matar, pois “aquilo” era pedaço de Avelino, seu esposo (Dalila, s/d., p.4).

Bom, ao que parece, e segundo Dalila, seus pais biológicos e/ou família biológica nunca voltaram para saber da criança deixada no *Allan kardec* ou, pelo menos, não enquanto seus pais estavam vivos.

Longe da Instituição?

Alguns anos mais tarde, os pais de Dalila resolveram mudar-se da instituição e, conseqüentemente da profissão de caseiros. Assim, foram para uma das casas que “tinham papai e mamãe (...) situadas na Praça João Mendes, casas estas feitas antes de eu ter nascido, construídas em terrenos do Asilo e sendo de uso fruto deles e em suas faltas pertenceriam ao asilo, foi assim o trato que fizeram ao construírem a casa nos terrenos do Asilo (Dalila, s/d., p.16).

A pergunta feita no intertítulo pode aqui ser discutida. Mesmo a família saindo do trabalho, ou seja, das dependências da instituição, a verdade é que sendo a casa construída em terreno da *Allan Kardec*, Dalila, mesmo que não tenha percebido, não havia saído do radar da instituição. Na narrativa da personagem, seus pais teriam decidido se mudar para melhor cuidar da sua educação.

Dalila cresceu em uma família adotiva e frequentou uma escola pública perto de sua casa. Seus pais trabalhavam no *hospital* e ela passava seu tempo livre ali, que já era a *Casa de Saúde Allan Kardec*.

O interessante é que, em suas memórias, Dalila não chegou a mencionar pessoas de fora da instituição, dando a entender que elas não ocupavam um lugar importante em sua vida. Ela também descreve alguns natais, mas a cronologia de suas narrativas é um pouco confusa. O importante é que em um desses natais, Dalila lembra-se de “abacaxis amarelinhos” e explica que foi nesse dia que sua mãe começou a mostrar sinais da doença que a levaria à morte alguns meses depois, e logo em seguida, não pelos os mesmos motivos, seu pai também morre.

Esses acontecimentos marcaram a volta de Dalila para à dependência do *Allan Kardec*:

Não tinha nem quatro meses que mamãe tinha desencarnado, quando passou papai a fazer recomendações a padrinho sobre mim, dizia ele que sabia que não suportava muito a vida sem mamãe e por isso pedia a padrinho que em sua falta olhasse por mim, pedia ele que não me levasse para parte alguma, a não ser de volta ao asilo, pois era o lugar que mais gostava, a não ser nossa casa (Dalila, s/d., p. 29).

Dalila, apelidada de “filha da casa”, passava a maior parte do seu tempo no *Asilo Allan Kardec*, mesmo morando longe dali. Isso dava segurança aos seus pais e a ela em relação à instituição. Após a morte de seu pai, Dalila foi levada de volta ao *asilo* pelo Sr. José Marques Garcia. Embora tivesse terminado seus estudos e recebido um diploma, ela não queria saber de nada e não se sentia feliz. No asilo, foi cuidada por D. Rosa, uma enfermeira que vivia no hospital. D. Rosa foi procurar ajuda para o marido, que sofria de uma doença cerebral, mas, com a sua morte, ela ficou sem recursos e permaneceu na *Casa de Saúde Allan Kardec*. Dalila passou a chamar D. Rosa de “madrinha”.

Dalila descreveu sua madrinha como uma pessoa gentil e habilidosa em costura. A enfermeira a colocou em seu quarto. Foi com Dona Rosa que Dalila aprendeu sobre muitos dos serviços prestados pela *Casa de Saúde Allan Kardec*. Logo após a morte dos pais, José Garcia perguntou a Dalila sobre a vontade de continuar seus estudos. Seu pai havia deixado uma renda para esse propósito, e o diretor prometeu ajudar nas despesas, se necessário. No entanto, Dalila recusou. Ela explicou que a tristeza pela perda dos pais era tão imensa que ela não tinha interesse em se envolver com as tarefas da vida, mas “queria ficar ali com os doentes” (Dalila, s/d., p. 30). O diretor não insistiu, mas pediu à enfermeira, Dona Rosa, para ensinar Dalila a cortar e costurar.

Dalila encontra refúgio no hospital após a morte de seu pai. Ela passa seus dias no quarto do andar superior, lendo revistas e olhando as nuvens, além de visitar o pátio para estar com os doentes. Sua familiaridade com o ambiente do hospital, talvez por ter crescido lá, a motivou a buscar conforto junto aos pacientes. Em breve, Dalila começou a ajudar nas atividades do hospital, começando na cozinha e, posteriormente, auxiliando as enfermeiras no cuidado dos doentes. Embora não seja funcionária nem paciente, Dalila é considerada uma interna. Goffman (2001, p. 84-85) destacou que certos serviços, como jardinagem, limpeza e cuidados com as crianças, são realizados pelos internos, já que seu tempo de trabalho tem pouco valor e está sujeito às ordens da administração. Essa característica das instituições totais cria uma conexão entre os internos e a equipe administrativa, quebrando as barreiras existentes.

Dalila passou entre três a cinco anos sob os cuidados de D. Rosa. A enfermeira deixou seu emprego como enfermeira no *hospital* para trabalhar como viajante e arrecadar fundos para vários outros.

Aos quinze anos, Dalila recebeu a notícia da morte do diretor da Casa de Saúde, seu padrinho em 1942, e descreveu a reação dos pacientes como um grande choque: “assim que chegou a notícia no asilo foi um grande abalo, todos os doentes choravam e clamavam. O *asilo* parecia ter posto de luto e ninguém quis comer nesse dia. As doentes furiosas que gritavam e xingavam ficaram silenciosas, só se ouvia exclamações e choros” (Dalila, s/d., p. 32). Apesar disso, a vida no *asilo* continuou com a eleição de um novo diretor, o Sr. José Russo. Dalila compartilhou seu dia a dia com os pacientes e enfermeiros do Allan Kardec, considerando-os seus amigos.

Conclusão

É claro que a história de Dalila continua depois da morte de José Marques Garcia, afinal, ela faleceu mais de oitenta anos depois, em 2023. Contudo, a discussão ora apresentada, teve como intuito destacar aspectos importantes das lembranças de Dalila ainda quando criança. O que ocorre posteriormente, obviamente, é importante para dar andamento à discussão. O que ocorre é que por se tratar de uma pesquisa de doutorado em estágio inicial, ainda não avançamos mais sobre as análises da vida da nossa personagem.

A análise do conceito de “institucionalização” fundamentou-se em aspectos da trajetória de Dalila e seu contexto. Dessa forma, a particularidade da nossa protagonista, além da influência do ambiente como elementos que moldam e elucidam suas peculiaridades, revela que, mesmo não sendo oficialmente funcionária ou paciente, Dalila teve sua vida permeada por uma instituição total: o *Hospital Psiquiátrico Allan Kardec*. Poderíamos, então, considerar Dalila uma mulher institucionalizada? Essa resposta não é fácil.

Dalila teve uma vida ligada ao Hospital Allan Kardec desde

antes de nascer. Após ser abandonada pela mãe, ela foi criada no asilo e tornou-o sua casa. Lá, Dalila cresceu, fez amigos, trabalhou e encontrou seu grande amor. Foi nessa instituição que ela aprendeu habilidades como cozinhar e costurar, e também aprendeu que a família e o afeto podem ser construídos ao longo da vida. No entanto, a história de Dalila não foi um conto de fadas. Ela nasceu em um hospital psiquiátrico, foi abandonada pela mãe e pela família biológica, perdeu os pais adotivos e foi separada de quem a acolheu quando voltou ao hospital. No entanto, o único lugar constante em sua vida foi o *Hospital Allan Kardec*, onde ela era considerada “a filha da casa”.

Fontes

Decreto de Lei Federal n. 1.132, de 22 de dezembro de 1903. Legislação Informatizada. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>>. Acesso em 08 de dez. de 2024.

SANTOS, Dalila Pereira dos. Entrevista cedida à Marcia Pereira da Silva. Acervo Histórico da Fundação Espírita Allan Kardec (FEAK), 2018.

SANTOS, Dalila Pereira dos. Meu diário. Franca, 2024.

Bibliografia

BOSI, Ecléa. Memória e Sociedade: lembranças de velhos. 20ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2023.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir:** história da violência nas prisões. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos.** 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001.

- LUZ, Nadia. **Ruptura na história da psiquiatria no Brasil**: espiritismo e saúde mental (1880-1970). Franca: Unifran, 2006.
- PILOTTI, Francisco e RIZZINI, Irene. **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro, Universitária Santa Úrsula, 1995.
- STEIN, Lilian Milnitsky e PERGHER, Giovanni Kuckartz. Criando Falsas Memórias em Adultos por meio de Palavras Associadas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, vol. 14, n.2, p. 353-366, 2001.
- SILVA, Igor Moraes da. Louco ou obsedado? Psiquiatria e espiritismo no Brasil (1883-1927). Curitiba: Appris, 2024.
- SOUZA, Antonio Reguete Monteiro de; RIZZINI, Irene. **Da desumanização e da norma**: a construção social das noções de vadio e vagabundo em meio as atribulações da fabricação do Estado-nação no Brasil (1870-1900). Rio de Janeiro: PUC, 2010.

Considerações sobre a descrição de doenças e a construção de territorialidades no Atlântico português (1650-1750)

Bernardo Manoel Monteiro Constant¹

Introdução

O mal de Luanda, as serpentes do Brasil, o sarampão das Antilhas, as aranhas do Peru: essas são somente algumas das doenças e animais peçonhentos descritos por médicos portugueses em tratados produzidos entre 1650 e 1750. Um diferencial desses seres e fenômenos diante de toda a gama de outros males que figuravam na escrita médica, da filosofia natural e dos viajantes da época, no entanto, é que a esses se identificava, especificava e nomeava por meio de um caráter de localidade atribuídos aos mesmos como característica intrínseca.

Com isso em vista, nesse trabalho propomos questionar de que forma tal operação linguística – a ligação simbólica entre uma doença e um lugar – produzia efeitos no que diz respeito às representações dos locais. Interessa também apontar os potenciais impactos políticos de tal operação sobre os territórios estabelecidos em tais lugares identificados como definidos pelas doenças ou peçonhas. Isso dito,

¹ Doutorando em história pelo Programa de Pós-graduação em História – UFF (PPGH-UFF), investigador visitante no CIES- ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL) pelo Programa Doutorado Sanduíche no Exterior. E-mail: bernardoconstant@gmail.com.

vale ressaltar que este trabalho se trata de um produto parcial de pesquisa de doutoramento em andamento, de modo que tais reflexões e questionamentos poderão ser reformulados ao longo do desenvolvimento da pesquisa. Sendo assim, a reflexão deverá ser continuada de modo a contribuir continuamente para os debates levantados.

Uma primeira consideração necessária para iniciar é distinguir brevemente entre os conceitos de espaço geográfico, ou seja, a dimensão física do espaço; de lugar, concebido enquanto ponto ou região no espaço geográfico identificada de alguma maneira específica; e de território, um lugar sobre o qual se constroem relações simbólicas que lhe conferem identidade e fronteiras, físicas ou não, perante aqueles que partilham de tais relações (Haesbaert, 2006; Souza, 2000).

Com tais distinções em mente, iremos então lançar olhar sobre tratados médicos escritos por portugueses no recorte entre 1650-1750, em busca de descrições da fauna e da flora dos espaços Atlânticos portugueses. Em particular, interessa identificar as operações linguístico-discursivas que contribuíam para representar a natureza de tais espaços atlânticos tanto como dotada de seres extremamente peçonhentos quanto de sua contraparte: drogas, antídotos e remédios capazes de curar a todos os males lá presentes.

Pretendemos então analisar aqui de que modo tais operações intelectuais (de observação, análise, escrita e divulgação de saber) resultavam em atos de fala sobre a saúde e a doença atrelados a determinados territórios; bem como quais os efeitos sociopolíticos e econômicos que tal forma de pensar territorialidades era capaz de produzir sobre os espaços analisados.

Para tanto, faremos uso do aporte teórico-metodológico fornecido por Quentin Skinner sobre os atos de fala enquanto elementos discursivos capazes de produzir aquilo que é politicamente pensável

em dado momento (Skinner, 1978, 2009). Segundo tal autor, cada texto publicado e cada enunciado ou argumento emitido seriam atos realizados em meio a um dado discurso vigente. Com isso, carregariam significados e informariam o campo de possibilidades de ação legítima.

Sob tal perspectiva metodológica, a linguagem surge tanto como instrumento de ação quanto campo de disputa política, à medida que viabiliza representar a realidade em termos que convém aos agentes em competição por poder. Interessa então observar a escrita médica como parte de tais disputas, a fim de analisar de que maneira os atos de fala de identificar, categorizar e descrever doenças, curas, males, seres e fenômenos naturais produzia efeito político relevante, especialmente ao atrelá-los simbolicamente a espaços geográficos específicos.

Por outro lado, interessa coadunar tal concepção à perspectiva de Hugh Cagle no que diz respeito ao processo operado pelos autores médicos que o autor nomeia de a “construção dos trópicos”². O historiador estadunidense afirma que os trópicos são um artefato histórico, uma região espacial concebida pelo domínio europeu e por ele naturalizada ao longo dos séculos. A partir de tal noção, busca contestar as construções ahistóricas que põem os trópicos como uma região coesa e una, dotada de um caráter próprio marcado por duas características essenciais: “natureza profusa e rebelde e doença febril e debilitante”³ (Cagle, 2018, p. 6).

Cagle defende a tese de que os espaços atlânticos tropicais – com suas doenças e fenômenos próprios prontos a serem estudados – representavam um atrativo para médicos portugueses em busca de

2 Tradução nossa a partir do original, “*assembling the tropics*”.

3 Tradução nossa.

chances de projeção para suas trajetórias profissionais. Em particular, o foco colocado entre os séculos XVII e XVIII nas doenças febris do Atlântico as punha não somente como causadoras de mortandade e fator de crises de naturezas múltiplas, mas também como oportunidades para os que soubessem manejá-las enquanto objetos de identificação, descrição e cura.

Segundo o autor, o “complexo etiológico dos trópicos” teria sido construído pelos médicos por meio de sua escrita; e tal processo teria ocorrido especificamente pelo conjunto de doenças tidas à época como próprias das regiões tropicais servir aos médicos como chances para construir suas respectivas reputações profissionais, demonstrar expertise, fazer prestação de serviços – e, assim, dentro da lógica política do Antigo Regime, firmar laços clientelares e alianças políticas.

Aqui pretendemos, no entanto, ir além do foco nas doenças e incorporar também as preocupações dos médicos com os seres que viviam nos espaços tropicais e, levado em consideração os textos médicos, tinham também seu espaço no complexo etiológico identificado pelos médicos como próprio dos espaços atlânticos portugueses.

Fauna, flora e lugar na tratadística médica portuguesa

O “Memorial de Varios Simples”, publicado pelo médico português João Curvo Semedo em 1718, consiste em uma coletânea de descrições de animais, minerais e vegetais naturais em sua maior parte da América, Ásia e África a que o autor atribuía capacidades terapêuticas. Semedo trata do modo adequado para usar os insumos descritos como medicamentos simples, de forma a fazer uso de suas alegadas propriedades analgésicas, curativas e, antes de tudo, antido-tais. Isso porque mordidas e picadas de animais peçonhentos são a ameaça à saúde mais frequentemente mencionado pelo autor; conse-

quentemente, à maior parte dos simples descritos é também atribuída a capacidade de curar ou mitigar envenenamentos.

Aliada à perspectiva mundializante da obra⁴, a proeminência dos antídotos no rol dos simples descritos é reveladora de uma preocupação do médico com uma natureza dos lugares do Além-Mar definida pelas peçonhas e achaques; mas também demonstra a representação de uma natureza que, em consonância com o pensamento médico da época, ofereceria a cura para os envenenamentos e ainda uma variedade de outros males tidos por próprios e intrinsecamente associados aos espaços descritos.

Isso se observa, por exemplo, no trecho em que o autor descreve as aranhas do Peru⁵:

Aranhas do Peru, e suas virtudes

No Peru, ou Indias de Castela há umas aranhas muito grandes, tão venenosas, e peçonhentas, que em breves horas matão as pessoas a quem mordem. O remédio mais certo, e infalível, que se tem achado contra um Veneno tão presentâneo, é untar a mordedura cinco, ou seis vezes cada dia com o leite que deitar de si uma folha de figueira daquelas terras, cortando-a com uma faca. Digo, figueira daquelas terras porque sendo as tais figueiras mui semelhantes, e parecidas com as de Portugal, diferem com tudo, em que as de Portugal perdem as folhas tanto que chega o Inverno, mas as do Peru as conservam verdes todo o ano; o que sem dúvida foi altíssima Providencia de Deus; porque como o leite das suas folhas é o total remédio das tais mordeduras, quis Deos que todo o ano as houvesse para Socorro dos homens, e remédio das ditas

4 Tal como concebido por Serge Gruzinski, a perspectiva mundializante observável em escritos da primeira época moderna revela não só os fluxos de agentes, de informação, conhecimento, substâncias e seres presentes entre os espaços europeus e ultramarinos de então, mas também a crescente incorporação desses últimos nas agendas dos primeiros. Para discussão mais detalhada, Cf. Gruzinski, 2014.

5 Para facilitar o fluxo da leitura, a grafia utilizada nas citações de trechos de fontes ao longo do texto foi atualizada. A pontuação, capitalização e terminologia utilizadas foram mantidas tal como consta na documentação original.

mordeduras. (SEMEDO, 1718, p. 23)

A descrição da cobra cascavel presente no Memorial resume tal discurso. Seria aquele um ser naturalmente capaz de extrema peçonha:

Cobra de cascavel, e suas virtudes

Nas terras do Brasil se criam umas cobras tão venenosas, que mordendo em qualquer parte do corpo, comunicam repentinamente uma quantidade tão pestilente ao sangue, que o adelgaça, e faz sair do corpo com tal fúria, que sai pelos ouvidos, pela boca, pelo nariz, pelos olhos, pelo cano da urina, até se esgotar, e morrer a pessoa mordida (SEMEDO, 1718, p. 16).

Embora não seja nomeada com um atributo de localidade, vale notar como a descrição da cascavel se inicia com tal informação. O texto ressalta assim a relação simbólica entre a fauna descrita, sua peçonha e o espaço natural em que viveria o animal descrito.

Tal complexo relacional remonta à tópica providencialista cristã quando de descrições da natureza. Partindo do pressuposto de que a criação conteria em si o equilíbrio para ordenar o mundo natural segundo a perfeição pretendida pelo deus cristão, tal discurso defendia que contra todo mal haveria recurso e a todo achaque, meio de cura. Caberia somente aos seres vivos identificar tanto os perigos quanto os meios de evitá-los, mitiga-los ou reparar os danos por eles causados. Sendo assim, tendo o criador dotado os seres naturais de capacidades defensivas e ofensivas – dentre as quais estavam os venenos –, e ao clima a possibilidade de agir sobre os corpos para levar à doença; tinha-se que, na mesma medida, a natureza proveria o que fosse necessário para contraatacar tais influências malsãs e restaurar

o equilíbrio natural dos humores que corresponderia ao estado de saúde.

Em outras palavras, se haveria doença, haveria possibilidade de cura. Se haveria veneno, também haveria antídoto. E sendo a fauna, a flora e também as doenças específicas de cada local no pensamento médico hipocrático-galênico, também os insumos curativos deveriam ser locais. Semedo não desvia de tal noção, reproduzindo-a em seu Memorial ao tratar, por exemplo, de uma dita “raiz de Sapuche”:

Esta raiz também é de grande estimação, e o mais fino contraveneno para as cobras que se tem descoberto; quando nasce esta planta, as cobras lhe costumam tirar a folha por instinto natural, para que se não conheça; mas por isso mesmo é conhecida [...] (SEMEDO, 1718, p. 14).

A mesma operação discursiva se observa quando Semedo, apesar de atribuir à cascavel sua potência venenosa extrema, continua com a afirmação de que o animal teria sido dotado pela criação não somente de meios para permitir que os demais se prevenissem contra ele, como também que seus restos teriam virtude curativa, capaz de ser utilizada em favor dos enfermos:

[a cobra] Tem na cabeça um cascavel, que a natureza lhe criou, para que vindo tangendo se ouça de longe, e tenha a gente tempo para fugir. Este cascavel trazido ao pescoço, afirmam os naturais daquela terra, que tem virtude de preservar de acidente de gota coral, e de vagados. E sobre tudo faz milagres em preservar as mulheres de acidentes de madre. (SEMEDO, 1718, p. 16).

Além disso, a descrição da mesma serpente também menciona a propriedade antidotal atribuída a uma ave chamada Inhume que o autor alegava existir na América portuguesa. Segundo Semedo, o

chifre da Inhume, quando usado como medicamento, seria particularmente eficaz contra o veneno da cascavel. Reforçava assim o providencialismo de seu discurso médico.

Essa descrição não só sumariza a dinâmica de equilíbrio natural presente do discurso providencialista, como também reforça a descrição de uma natureza marcada pela tensão entre as peçonhas e os antídotos. Visto que o Memorial trata supramajoritariamente de descrições de seres e insumos próprios de espaços da América, Ásia e África, percebe-se como o texto reforça o liame simbólico entre tais espaços e os males que o autor credita como próprios deles.

Mesmo o tratar dos usos medicinais atribuídos às plantas, minerais e animais descritos no Memorial não escapa de tal lógica. Afinal, seguindo a lógica providencialista, se há plenitude de insumos curativos, é porque há uma grande quantidade de achaques para curar. Na tensão entre doença e cura presente na escrita médica, delimitava-se territórios que eram definidos por tal dicotomia.

As doenças e seus lugares

Mas não só a flora, fauna e minerais ganham epítetos localizantes na tratadística médica portuguesa dos séculos XVII-XVIII. Também as doenças eram identificadas por topônimos – como é o caso do Sarampão das Antilhas, descrito por Semedo em “Memória dos Rémedios Esquisitos”, folheto publicado em 1722.

O sarampão era achaque já havia muito conhecido no cânone médico europeu da primeira modernidade. No entanto, coube a Semedo discorrer sobre uma variante que, segundo ele, grassaria na região antilhana e acometeria os que lá passavam nas frotas. Interessava ao médico em seu folheto propor a terapêutica específica para combatê-la, com interesse de informar e precaver àqueles que vies-

sem a ter trânsito na região (Semedo, 1722).

Mas identificar as doenças por seu caráter local não era algo inédito na construção do saber médico-curativo moderno ou próprio do início do século XVIII. Antes mesmo de Curvo Semedo tratar do Sarampão das Antilhas, havia múltiplas referências ao mal de Luanda, nome que popularmente se dava ao escorbuto, e que perdurou no léxico português mesmo após o surgimento da alcunha atual da doença, existente desde pelo menos o início do Setecentos. Tanto é assim que Semedo, em tratado publicado em 1704, trata a doença por ambos os nomes (Semedo, 1704).

O mesmo faz o cirurgião João Cardoso de Miranda em seu tratado publicado em 1747, de nome “Relação cirúrgica e médica na qual se trata, e declara especialmente um novo método para curar a infecção escorbútica, ou mal de Luanda”. Nele, Miranda também se refere à doença pelas duas alcunhas não só no título, mas também ao longo do texto, como se vê:

O estímulo, que me moveu a empreender este trabalho [...] foi o conhecer a grande necessidade, em que se achavam os enfermos, principalmente os ofendidos do afeto escorbútico, ou mal de Luanda (Miranda, 1747).

Também relevante para a análise é o modo como o cirurgião arremata a defesa da utilidade de seus remédios. Ele constrói um argumento que demonstra permanecer corrente ainda na metade do século XVIII a associação entre a região do porto de Luanda e o mal que levava seu nome:

[...] a este respeito se poderão julgar os muitos, que os mais professores, assim Médicos, como Cirurgiões, terão curado em razão de serem muitos os doentes, que a esta cidade [de

Lisboa] vêm pelo grande comércio, que tem para os Reinos de Angola, e Costa da Mina, donde vem copioso número de escravos, e neles faz grande estrago esta infecção (Miranda, 1747).

Tal argumento revela um dos interesses envolvido na preocupação reiterada no tratar do escorbuto: a manutenção da saúde dos escravos. Mas para além disso, também demonstra como, apesar de se tratar de doença que desde o século XVI ameaçava atingir tripulações engajadas em qualquer navegação que as levasse longe da costa por algum tempo, a associação entre o escorbuto e o porto de Luanda havia se estabelecido firmemente nas representações tanto da doença quanto do lugar.

Tanto é assim que, ao longo de seu tratado, Miranda faz referência reiterada aos africanos escravizados que seriam acometidos pelo escorbuto, mas não aos tripulantes das naus que traficavam os escravizados – grupo que, presumivelmente, estaria também sujeito a ser acometido pela doença. Estabelecido o liame simbólico entre doença e lugar, no entanto, atrelava-se a primeira também às populações que ocupavam o lugar ou a ele eram associadas.

Tal relação fica mais clara se observado o caso da associação entre o porto do São Tomé e a peste. Graças às repetidas epidemias que lá irrompiam e às condições climáticas locais, tidas por insalubres (que sob a perspectiva da época necessariamente o seriam, visto a recorrência epidêmica), o São Tomé teria, já no século XVII, consolidado sua reputação pestífera de tal maneira que seu nome servia como metonímia para “lugar da peste”. Uma associação nefasta se considerada a gravidade atribuída a tal doença tanto pelos médicos quanto na experiência geral das populações que com ela tinham contato (Constant, 2020).

Tanto é assim que se observa tal figura de linguagem, por exemplo, no tratado escrito pelo médico João Ferreira da Rosa em 1694. Em uma carta de 1691 reproduzida no tratado como paratexto consta menção ao São Tomé. Nela, D. Antônio Félix Machado de Castro, Silva e Orosco, marquês de Montebello, que governou a capitania entre 1690 e 1693, interpelava os médicos que assistiam na capitania, exortando-os a buscar explicação e elaborar medidas para tentar conter uma epidemia pestífera que se abatia sobre Pernambuco desde 1685. E o fazia afirmando seu interesse de não permitir que o povoado do Recife continuasse no estado em que se encontrava constituído em “um São Tomé” pela epidemia (Rosa, 1694, Carta do Marquez de Montebelo, Governador de Pernambuco ao Autor).

Em outras palavras, Orosco afirma sem explicitá-lo que não era de seu interesse que se consolidasse a reputação do Recife como lugar dado à pestilência. Isso porque se tal circunstância se confirmasse, iria resultar no provável abandono do porto pelas frotas e, consequentemente, na perda da relevância econômica do lugar – cujos residentes, que prosperavam comercialmente por força do fluxo portuário, disputavam com os oficiais da câmara de Olinda a primazia político-econômica na capitania. O governador, aliado com os primeiros, elaborou então não só uma série de medidas para dar cabo da epidemia pestífera em seu aspecto material, mas também empreendeu campanha no âmbito simbólico para desvencilhar o Recife de um atributo que o localizasse como “lugar da peste” (Constant, 2021).

O uso da metonímia do São Tomé volta a aparecer no tratado de Rosa quando o médico busca dar explicações para o início da epidemia, reproduzindo a narrativa vigente de que o contágio teria se iniciado após abrirem no porto uma carga de barris que continham carne podre vinda do tal porto em questão. A mera influência dos

vapores pútridos ali contidos – e vindos de um lugar marcado pelo estigma da pestilência – teriam sido uma das causas para que se estabelecesse em Pernambuco a epidemia (Rosa, 1694).

Temos então aqui vislumbres de diferentes relações de territorialidade sobre as quais agiam a linguagem e o saber médico. Seja pela estigmatização dos portos africanos como lugares adoecedores, seja pela consequente associação entre tais lugares e o indesejável representado pelas doenças, seja pelas possibilidades de prejuízos políticos ou econômicos, observa-se como a representação do mundo pela via da medicina se fazia politizada e politizante. Mais que isso, o manejo de tal via de saber e linguagem se constituía também em elemento de disputas de poder, como nos casos de Miranda e Rosa⁶.

Considerações Finais

Por meio da escrita médica, explicava-se a disposição salutífera ou não do clima de cada lugar; definia-se potenciais ameaças à saúde dos povos; identificava-se as possibilidades de combate-las com os recursos que se tinha à disposição; e descrevia-se os usos de tais recursos de acordo com o saber da época.

Se, como visto, algumas dos achaques e seres peçonhentos descritos nas fontes aqui analisadas eram identificados especificamente pelo local em que grassavam, percebe-se como, por meio do pensamento e da linguagem médicas, instituía-se representações sobre os espaços da América, Ásia e África em que os portugueses se faziam presentes. Contribuíam assim os médicos e cirurgiões em questão para a formação simbólica de territorialidades nos domínios atlânticos do mundo português.

6 Para discussão mais aprofundada sobre as disputas empreendidas por Rosa e Orosco em Pernambuco durante a epidemia de peste, Cf. Constant, 2021.

Nesse sentido, refletir sobre a análise realizada por Hugh Cagle serve também para ressaltar a centralidade do conceito de território em tal discussão. Explica-se: considerando que a ação de fala é instituidora de territorialidades, tratar da formação de territórios realizada segundo as necessidades políticas é essencial para compreender a ação de fala em primeiro lugar. Em particular, levanta-se aqui a necessidade de ir além da análise foucaultiana que punha o uso da medicina como instrumento para estabelecer a dominação europeia sobre os espaços coloniais, de modo a viabilizar observar as agendas locais que se desenvolviam em cada território e compreender de que modo as operações de localização das doenças, sendo de mão dupla, forneciam também elementos simbólicos para a produção de lugares e territórios nos espaços analisados.

Ademais, compreendemos que as reflexões aqui realizadas têm seu mérito por serem processos cuja observação pode alimentar uma gama de outras análises, expandindo assim o escopo dos debates pertinentes à história das doenças. De fato, tais processos de construção de territorialidades por meio da linguagem e do saber médicos não se resumem aos problemas típicos dos séculos XVII-XVIII, mas continuam relevantes até a contemporaneidade. Isto se observa, por exemplo, no caso da pandemia de gripe de 1914 – identificada à época como espanhola sem que, no entanto, tivesse se originado naquele país.

Já no tempo presente, podemos pensar nas controvérsias sobre a origem geográfica da Covid-19. Diante das disputas para atribuir um atributo de localidade à doença, percebe-se que há interesses de poder em competição para avançar seus projetos por esta seara. A expertise científica médica e dos demais profissionais da saúde, tal como nos séculos XVII-XVIII, fez-se mobilizar pela via política no

propósito de legitimar achados e construir consensos sobre locais e territórios que refletem também tais disputas geopolíticas. Sendo assim, entendemos que estudar as interseções entre doença, lugar, território, saber e discurso médicos se faz relevante tanto para a agenda historiográfica sobre a primeira modernidade quanto para o esforço contínuo de compreender o mundo em que vivemos atualmente.

Referências

- CAGLE, Hugh. **Assembling the Tropics: Science and Medicine in Portugal's Empire, 1450-1700**. Cambridge: Cambridge University Press, 2018.
- CONSTANT, Bernardo Manoel Monteiro. Governar o lugar da peste: disputas políticas e construções simbólicas sobre a epidemia dos males no Governo do Marquês de Montebelo (Pernambuco, 1685-1695). **Revista Ágora**, Vitória/ES, v. 32, n. 2, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/agora/article/view/36232>>. Acesso 11/11/2021.
- _____. Sob o signo do medo: cultura e sensibilidade em tempos de peste (Pernambuco, 1685-1693). In: CARNEIRO, Alexandre; FRANCO, Renato; FREITAS, Edmar (Org.). **As paixões e os afetos: percepção e figuração da realidade em múltiplas temporalidades**. São Paulo: Hucitec, 2020. pp. 26-40.
- CZERESNIA, Dina. **Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997.
- GRUZINSKI, Serge. **As Quatro Partes do Mundo: História de uma Mundialização**. Belo Horizonte: Editora UFMG; São Paulo: Edusp, 2014.
- HAESBAERT, Rogério. **O mito da desterritorialização: Do “fim**

dos territórios” à multiterritorialidade. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

NUTTON, Vivian. **The seeds of disease:** an explanation of contagion and infection from the Greeks to the Renaissance. In *Medical History*. Vol. 27, n. 1, pp. 1-34, 1983. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/medical-history/article/seeds-of-disease-an-explanation-of-contagion-and-infection-from-the-greeks-to-the-renaissance/50E6CF1F-702718F0476BE9781088A673>>. Acesso 23/08/2019.

SEMEDO, João Curvo. Memoria dos remedios exquizitos, que da India, e outras partes vem a este Reyno em que çe declarão as suas virtudes, e as condiçoens com que se applicão. Vitembergae.: Ex Officina Typographico-libraria Gerdesiana, 1722.

_____. Memorial de varios simplices: que da India oriental, da America, e de outras partes do mundo vem ao nosso reino para remedio de muitas doenças, no qual se acharão as virtudes de cada hum, e o modo com que se devem usar. 1718.

_____. Polyanthea medicinal. Noticias galenicis, e chymicis, repartidas em três tratados. Lisboa: na officina de Antonio Pedroso Galram, 1704.

ROSA, João Ferreira da. Trattado unico da constituicão pestilencial de Pernambuco offerecido a El Rey N. S. por ser servido ordenar por seu governador aos Medicos da America, que assistem onde ha este contagio, que o compusessem para se conferirem pelos Coripheos da Medicina aos dictames com que he tratta-da esta pestilencial febre. Lisboa: Officina de Miguel Manescal, 1694.

SKINNER, Quentin. A Genealogy of the Modern State. In **Proceedings of the British Academy**, n. 162, pp. 325–370, 2009.

_____. **The foundations of modern political thought.** Volume one: the Renaissance. Cambridge: Cambridge University Press, 1978.

SOUZA, Marcelo José Lopes de. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In CASTRO, Iná Elias de, CORRÊA, Roberto Lobato, GOMES, Paulo Cesar da Costa (orgs). **Geografia:** conceitos e temas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000. p. 77-116.

“A petição das mulheres de Londres” e “A resposta dos homens”: o debate sobre as noções medicinais do café na capital inglesa do século XVII

Ricardo Gonçalves Rodrigues Filho¹

Café: lendas, origens e associação com o discurso da saúde

O cafeeiro é uma planta que tem suas origens nas regiões montanhosas do sul Etiópia, e as evidências arqueológicas apontam que seu aparecimento se deu há milhares de anos (Fregulia, 2019, p. 45). Já no contexto etíope, os frutos e folhas da rubiácea, nome dado a planta, eram consumidos desde períodos de datação imprecisa e difícil de se estabelecer (Martins, 2008, p. 19).

Ao iniciar seu tópico sobre o café, em sua consagrada obra *Civilização material, economia e capitalismo: séculos XV-XVIII*, em seu primeiro volume, intitulado *Estruturas do cotidiano*, Braudel (1902-1985) nos adverte: “Na história do café corremos o risco de nos perdermos. O anedótico, o pitoresco, o incerto ocupam nela um lugar enorme” (Braudel, 2005, p. 228).

¹ Mestrando do Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGHis/UFES), associado ao laboratório Saberes e Sabores: História da Alimentação e das Práticas de Cura. ricardogrffilho@hotmail.com

É desse conjunto de narrativas apontadas por Braudel que nos parece vir as lendas sobre a origem do café. As que trabalham com tempos mais remotos apontam a que a descoberta do café teria sido um feito de Salomão que, com o aconselhamento divino, teria usado a planta para curar doentes (Hattox, 1996, p. 12-13). Outra versão credita essa descoberta ao profeta Maomé, que teria se curado de narcolepsia com o uso dos frutos do cafeeiro (Shivelbusch, 1992, p. 17). É interessante notar que essas duas histórias míticas já nos apresentam o café como um presente divino para beneficiar o corpo humano.

Apesar disso, o que a historiografia nos mostra é que bebida “café” como conhecemos hoje é um produto da península arábica do século XV. Daí vem o nome científico da planta, *Jasminun arábica ou coffea arabica*, o que acaba por esconder sua real origem, que, como citado, se deu no continente africano (Fregulia, 2019, p. 45). O principal registro dessa descoberta data do século XV e confere o feito ao sufista Muhammad al-Dhabani, que também teria criado o método de preparo da bebida que utilizamos ainda hoje: torra, moagem e infusão em água quente (Morris, 2019, p. 47).

A disseminação da bebida no contexto árabe também parece ter ocorrido no século XV, mas sua consolidação só ocorre no século XVI. Cabe citar que desde seus primeiros contextos, o café já estava atrelado a noções ligadas à saúde e vinculadas ao discurso médico, como demonstra o famoso impasse de 1511.

Ao inserir-se nas terras do profeta Maomé (570-632), a bebida foi confrontada pelas noções religiosas. Em 1511, a cidade de Meca foi palco do primeiro embate de grupos contra o café. Khair Beg (1464-1522), governante da cidade, convencido dos males da bebida e de sua incompatibilidade com os princípios muçulmanos, ordenou o fechamento compulsório dos locais de venda do café e a queima

pública dos estoques de grãos. Para fundamentar a condenação, Beg realizou a convocação de dois médicos persas, que relataram sobre os perigos terríveis da bebida para a saúde. Contudo, essa proibição durou pouco tempo e não ganhou força para além dos limites da própria cidade (Hattox, 1996, p. 29-36). Mais uma vez a mobilização do discurso ligado à saúde fica evidente, sendo esse, diferente dos outros, um episódio real, com comprovação documental.

A chegada na Europa: novos discursos e novos contextos

É inegável que ao chegar a Europa o café levou consigo as lógicas construídas em seu contexto anterior. Segundo a historiografia de Fernand Braudel (2005, p. 228), os primeiros carregamentos de café chegaram à Europa em 1615, pelos portos da cidade de Veneza.

Contudo, anterior a essa introdução comercial, muitos viajantes foram em direção a diferentes partes do chamado Levante – nome pelo qual os europeus chamavam os países de influência islâmica – e o caso de um dos primeiros homens a registrar o cafeeiro e a bebida dos árabes na Europa elucida bem o interesse nas potencialidades medicinais do produto. Na *Descrição Real da Viagem para os Países Orientais*, de 1586, o médico de origem germânica, Leonhart Rauwolf (1535-1596), destaca que seu interesse na viagem era conhecer as plantas que ele só sabia da existência por meio da literatura antiga de Galeno (129-216). Em seu texto, ele destaca que o café era um remédio útil para problemas no estômago e um bom acompanhante para reuniões de socialização (Cowan, 2005, p. 16-17).

A partir disso, e com o café já inserido nos círculos europeus, diversas outras publicações apareceram sobre a bebida, defendendo o seu consumo e acentuando seus benefícios para a saúde humana. Nessa seara, o primeiro tratado exclusivamente dedicado ao café da

Europa foi o *Sobre a salubérrima bebida chamada café*, de 1671, do padre Antônio Fausto Naironi (1635-1707), professor na cidade de Roma e que teve acesso a escritos árabes, nos quais se inspirou (Ellis, 2011, p. 152, 153).

Cabe mencionar, ainda, uma outra obra importante publicada no contexto francês. O título *Novos e curiosos tratados sobre café, chá e chocolate*, de 1684, do francês Philippe Sylvestre Dufour (1622-1687), embora trate também do chá e do chocolate, que com o café compõe a tríade chamada de bebidas coloniais², tem metade da obra dedica especificamente ao café (Spary, 2012, p. 62).

Sem dúvida, a Europa vivenciava, no século XVII, um momento ímpar em que as lentes de leitura do mundo natural estavam sendo reestruturadas³, por meio do racionalismo utilitário (Merlo, 2018, p. 31). É possível notar a criação das academias como um sinal disso. Formadas por homens reconhecidos e letrados, elas tinham o intuito de congregiar interlocutores capazes de desenvolver debates e conhecimentos que seriam benéficos aos governos e ao povo. Nessa linha, cabe destacar a fundação da *Collegium Naturae Curiosum*, da cidade de Schweinfurt, em 1651; a *Royal Society*, na cidade de Londres, em 1660; e a *Académie des Sciences*, fundada em Paris, no ano de 1666 (Marques, 2015, p. 40). É de dentro desses círculos que saem essas publicações e esses intelectuais interessados pelas propriedades do

2 Convencionou-se chamar de *bebidas coloniais* o conjunto formado pelo café, pelo chá e pelo chocolate. Todas descobertas em territórios de colônias europeias, essas tiveram sua disseminação muito ligada a noções medicinais e foram impulsionadoras do aumento no consumo do açúcar (Fernández-Armesto, 2004, p. 270).

3 Não há dúvida de que o século posterior, o XVIII, foi central nesse processo. Essas bases lançadas anteriormente, a reboque dos avanços feitos nas ciências pelo desenrolar da Revolução Científica, deram à natureza um novo status na compreensão europeia. Passou-se a buscar, de modo intenso, a inventariação do mundo natural, focada na descrição das plantas, mas, sobretudo, nos seus usos e em seus potenciais farmacológicos e médicos (Raminelli, 2008, p. 97).

café.

Voltando o olhar para o caso inglês, o médico William Harvey (1578-1657), foi um desses. Conhecendo o café desde o começo do século, há hipóteses de que ele tenha descoberto o sistema circulatório após observar os efeitos do café no corpo, embora não haja nenhuma menção a isso em sua publicação, *Os movimentos do coração e do sangue*, de 1628 (Topik, 2009, p. 83).

Posteriores a Harvey, muitos outros médicos e acadêmicos ingleses se interessaram pelas propriedades medicinais do café. É o caso do médico Thomas Willis (1621-1675), um dos fundadores da *Royal Society*. Indo trabalhar em Oxford entre 1640 e 1650, ele tomou conhecimento do café naquele contexto, e publicou sua defesa da bebida em duas obras, uma de 1672 e outra de 1674. Entre os argumentos a favor da bebida, ele destacava o fato de que o café era um remédio muito útil para dores de cabeça, catarros, vertigens, letargias e muitas doenças cefálicas. Willis recomendava, inclusive, a muitos de seus pacientes que frequentassem as casas de café (Cowan, 2005, p. 25-26).

De acordo com a historiografia, embora a Península itálica tenha sido o local de chegada, o café ganhou bastante espaço na Inglaterra, onde, inclusive, foi aberta a primeira casa de café Europeia. Surgida 35 anos depois, em 1650, esse espaço foi inaugurado na cidade universitária de Oxford. Apesar das informações serem confusas, o historiador Brian Cowan (2005, p. 25) aponta que esse estabelecimento era de propriedade de um judeu que vivia na cidade e que seu sucesso parece ter ocorrido em vista da combinação da curiosidade de acadêmicos orientalistas e de outros membros da comunidade, interessados no conhecimento das plantas e costumes de qualquer sociedade exterior à Europa.

Londres vê esses espaços aparecerem dois anos depois, em 1652. Lá, as casas de café foram muito bem-sucedidas, de forma que em 1662, dez anos após seu surgimento, a cidade possuía 83 espaços desse tipo (Morris, 2019, p. 69-70). Aqui cabe abrir um parêntese para dar destaque ao contexto de Inglaterra nesse momento. Tendo vivenciado o processo que ficou conhecido por Revolução Puritana, nos anos em que as primeiras casas de café estavam abrindo as portas, Londres estava sob o governo de Oliver Cromwell (1599-1658), num período de supressão da monarquia inglesa. Ainda nesse contexto, os partidários de Carlos II, que subiu ao poder com a restauração da monarquia, se reuniam em uma casa de café para desenhar estratégias e trocar informações (Standage, 2008, p. 113-115).

Esse fato nos aponta para algo fundamental da compreensão desses espaços nesse contexto: a sociabilidade e o engendramento de processos que culminaram nas novas maneiras de estar na cidade e em mecanismos de mudanças marcantes da sociedade ocidental. Seguindo esse raciocínio, o historiador Richard Sennett, em sua obra *O declínio do homem público*, aponta que as *coffeehouses* londrinas da segunda metade do século XVII eram os principais centros de informação de Londres, sendo o que ele chamou de “locais do discurso”. Esse nome vinha de uma regra explícita nas casas de café, que determinava que qualquer um podia estabelecer diálogo com outro frequentador, abandonando associações com posições hierárquicas da sociedade. O terreno era livre para discursar e dialogar (Sennett, 1998, 108-109).

A experiência do burocrata Samuel Pepys (1633-1703) ilustra bem isso. Em relato anotado em seu diário, ele afirma que ao visitar três vezes em uma mesma semana uma casa de café, em 1663, ele pode ouvir diálogos que iam desde o império romano, até a criação de

novas embarcações. Outro ponto importante de sua observação era o fato de que esses assuntos eram debatidos pelos mais variados tipos de homens, indo de membros da *Royal Society* até homens comuns que passavam pelo local para tomar uma xícara da bebida de aroma forte (Ellis, 2011, p. 68-69).

Com a mescla de assuntos variados, vindos da política, da economia, do mercado, da ciência, da filosofia e da literatura, as casas de café de Londres, sob a ótica do filósofo e sociólogo alemão Jürgen Habermas, se inserem nos espaços que serviram de nascedouro para o que ele chamou de *esfera pública*. O que o intelectual defende é que essas casas de café estavam profundamente ligadas a lógica do diálogo e do discurso entre “homens privados”. A regra predominante, como supracitado, era a igualdade entre todos os presentes, garantindo a qualquer um o direito de falar. Em teoria, as distinções baseadas em posições sociais eram suspensas, permitindo que os indivíduos discutissem e compartilhassem ideias e informações. Esse ambiente favorecia a construção coletiva de interpretações da realidade e opiniões sobre os eventos. A *esfera pública* de Habermas, nesse sentido, ampliava os debates para fora dos meios oficiais e o transformava em parte do cotidiano do homem cidadão (Habermas, 2011, p. 149-151).

Os debates públicos e os impressos: “A petição das mulheres de Londres” e “A resposta dos homens”

Desde o começo, as casas de café em Londres também se ligaram a cultura impressa. Panfletos e exemplares de periódicos, como jornais de revistas, circulavam livremente por esses ambientes e compunham mais uma faceta do debate travado ali (Habermas, 2011, p. 160). É nesse contexto que aparece, em 1674, “A petição das

mulheres de Londres sobre o café”.

O *The women's petition against coffee* foi um panfleto publicado em 1674, em nome das mulheres londrinas e visava expor os malefícios que o café fazia à saúde dos homens, trazendo ao discurso problemas físicos e morais que seus maridos experimentavam por frequentarem as *coffeehouses* e por consumirem o que elas chamaram de “licor pagão”.

Embora seja improvável que a publicação seja realmente das mulheres londrinas, a principal argumentação do impresso era que frequentar esses locais e beber o café estava tornando os homens ingleses afeminados e que os efeitos da bebida no corpo eram prejudiciais às potências sexuais dos homens. Um dos trechos dessa petição afirmar:

[...] nossos homens, que em épocas anteriores eram justamente estimados os artistas mais capazes da cristandade; mas, para nossa dor indescritível, encontramos ultimamente uma decadência muito sensível daquele verdadeiro vigor do inglês antigo [...] nunca os homens usaram calças maiores ou carregaram menos coragem. [...] A ocasião desse desastre insuportável, após uma investigação séria e discussão do ponto pelos eruditos das universidades, não podemos atribuir a nada mais do que o uso excessivo daquele licor ultramoderno, abominável e pagão chamado café (*The women's Petition*, 1674, p. 2).

Aqui, há uma clara mobilização dos discursos científicos como força de argumento, sobretudo ao afirmar que a causa do problema da perda da virilidade dos homens ingleses fora uma descoberta científica. A intenção de dissuadi-los do consumo passava pela ameaça dos males terríveis à saúde que a bebida poderia causar. Tratando especificamente dos efeitos no corpo, o panfleto é ainda mais radical:

Pois o gole contínuo desta bebida lamentável é o suficiente para enfeitiçar homens de vinte e dois anos e amarrar a ponta do Bacalhau sem um encanto. Ela torna aqueles que a usam tão magros quanto a fome, tão esfomeados quanto a inveja, ou uma velha e magra bruxa dominada por um incubo. Eles saem dela sem nada úmido além de seus narizes ranhosos, nada rígido além de suas juntas, nem de pé além de suas orelhas: eles fingem que isso os manterá acordados, mas descobrimos por experiência que eles dormem tranquilamente depois disso (The women's Petition, 1674, p. 2-3).

Com um ataque direto à questão da libido, esse trecho também afirma o quanto o café desregula as funções fisiológicas do corpo, aumentando a fome e, em contrapartida, emagrecendo os homens. A interferência era tamanha que o panfleto compara os homens bebedores do licor turco a uma bruxa possuída por um incubo, que seria um espírito maligno. Além disso, tratando da secura que o café provocaria nos cidadãos londrinos, em outro trecho, em consonância com esse, há a afirmação de que a bebida tornava os homens ressecados de forma semelhante aos desertos de onde a planta era prove-niente (The Women's Petition, 1674, p. 2).

A resposta veio no mesmo ano, 1674, com o título de *The Mens answer to the womens petition against coffee* (*Resposta dos homens para a petição das mulheres de Londres sobre o café*). O panfleto questionava os motivos pelos quais o “licor inofensivo e curativo” era o alvo do “baço” das mulheres. Após afirmar que a Inglaterra ainda era uma ilha paradisíaca para as mulheres, se compara com outras partes da Europa, a resposta seguia falando sobre o hábito de consumo da bebida:

[...] a verdade é que isso nos auxilia em suas benevolências noturnas, secando aqueles humores flatulentos grosseiros, que de outra forma nos tornariam apenas um flash na frigideira, sem fazer aquela execução estrondosa que suas expectativas exigem [...]. O café é a bebida geral em toda a Turquia

e nas regiões orientais, e ainda assim nenhuma parte do mundo pode se gabar de artistas mais capazes ou ansiosos do que aqueles cavalheiros circuncidados, que (como nossos galantes modernos) não possuem outras alegrias do céu, além do que consiste em excitações veneráveis; as qualidades físicas deste licor são quase inumeráveis e suas virtudes [...] capazes de superar o barulho do charlatão de um médico que tudo cura (The Man's Answer, 1674, p. 3-4).

Aqui, a resposta vai de encontro àquilo que as mulheres se queixavam, afirmando que, ao contrário do que elas pensavam, era o café o responsável por torná-los ainda mais viris. Falando sobre a regulação dos humores há uma mobilização da teoria humoral hipocrático-galênica. Essa perspectiva, desenvolvida por Hipócrates (460 a.C. – 360 a.C.) e aperfeiçoada por Galeno (129-216), na Antiguidade, manteve-se em voga até o fim do século XVIII, e afirmava que os seres humanos eram constituídos de quatro humores: a bile negra, a bile amarela, a fleuma e o sangue. Assim, o equilíbrio desses humores garantiria um corpo saudável, e a desregulação deles provocaria doenças e distúrbios (Hegenberg, 1998, p. 21). O panfleto de resposta dizia, portanto, que o café ia de encontro a constituição fisiológica dos homens, dando-lhes o equilíbrio necessário e que tinha mais eficácia que grande parte das panaceias oferecidas por médicos.

Em outro trecho, ele chega a dizer que a bebida “coleta e acalma os espíritos, torna a ereção mais vigorosa, a ejaculação mais completa, acrescenta uma substância espiritual ao esperma, e o torna mais firme e adequado ao gosto do útero” (The Man's Answer, 1674, p. 4).

Considerações Finais

Os panfletos trazem parte dos argumentos, tanto de uma lado quanto de outro, fazendo uma mobilização de elementos ligados aos

benefícios e malefícios do café para o corpo e a mente dos londrinos.

É verdade que outros argumentos, ligados a origem da bebida e aos comportamentos nas casas de café, são usados com mais ênfase no decorrer das poucas páginas da documentação. Há uma série de menções sobre a disseminação de costumes estrangeiros, sobre a corrupção ou sobre as benesses das terras de onde o café era proveniente, e, ainda, sobre bons e maus hábitos associados aos locais e às práticas de consumo em Londres.

Contudo, fica evidente que, de alguma maneira, as discussões dos círculos científicos estavam passando a figurar em locais distintos, reforçando a noção habermasiana de uma esfera pública emergente. Há um debate ocorrendo sobre as noções medicinais do café em circuitos acadêmicos e esse debate acaba aparecendo também nas casas de café, como os panfletos demonstram.

*É importante dizer que essa foi apenas uma das muitas disputas que dividiam os grupos entre os que ligavam o café a problemas de saúde e a imitação de modas bárbaras e pagãs, e os que enxergavam nas *coffeehouses* verdadeiros “santuários da saúde” (Pierce, 2016, p. 55).* No entanto, essa documentação supracitada se mostra interessante, uma vez que traz para o debate público as questões ligadas aos grupos intelectualizados, e não é assinada por profissionais de saúde, mas apenas “pelas mulheres de Londres” e “pelos homens de Londres”.

Referências

Fontes

“THE MENS ANSWER to the womens petition against coffee vindicating their own performances and the virtues of that liquor from the undeserved aspersions lately cast upon them by their scandalous pamphlet.” In the digital collection Ear-

ly English Books Online 2. <https://name.umd.umich.edu/A50621.0001.001>. University of Michigan Library Digital Collections. Accessed April 29, 2024.

“**THE WOMEN’S PETITION** against coffee representing to publick consideration the grand inconveniencies accruing to their sex from the excessive use of that drying, enfeebling liquor : presented to the right honorable the keepers of the liberty of Venus / by a well-willer.” In the digital collection Early English Books Online. <https://name.umd.umich.edu/A66888.0001.001>. University of Michigan Library Digital Collections. Accessed April 29, 2024.

Bibliografia

BRAUDEL, F. **Civilização Material, Economia e Capitalismo:** Séculos XV-XVIII. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

COWAN, B. **The social life of coffee:** the emergence of the British coffeehouse. New Haven: Yale University Press, 2005.

ELLIS, M. **The Coffee-house:** A Cultural History. London: Orion Books, 2011.

FERNÁNDEZ-ARMESTO, F. **Comida:** uma história. Rio de Janeiro: Record, 2004.

FREGULIA, J. M. **A rich and tantalizing brew:** a history of how coffee connected the World. Fayetteville: University of Arkansas Press, 2019.

HABERMAS, J. **Mudança Estrutural da Esfera Pública:** investigações sobre uma categoria da sociedade burguesa. São Paulo: Editora Unesp, 2014.

HATTOX, R. **Coffee and coffeehouses:** The Origins of a Social Beverage in the Medieval Near East. Washington: University of

Washington Press, 1996.

HEGENBERG, L. **Doença**: um estudo Filosófico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

MARQUES, V. R. B. “Escola de homens de ciências: a Academia Científica do Rio de Janeiro, 1772-1779”. **Educar**, Curitiba, n. 25, pp. 39-57, 2005.

MARTINS, A. L. **História do Café**. São Paulo: Contexto, 2008.

MERLO, P. Ciência a serviço do reino: sociabilidade e reformismo ilustrado nas últimas décadas do império atlântico português. **Dimensões**, v. 41, p. 30-51, jul.-dez. 2018.

MORRIS, J. **Coffee**: A global History. London: Reaktion Books, 2019.

PIERCE, M. Coffee Made Cuckolds and Eunuchs: Interaction with an Ottoman Drink in Seventeenth-Century English Society. **Food Studies**, v. 6, pp. 53-65, mar. 2016.

RAMINELLI, R. **Viagens ultramarinas**: monarcas, vassalos e governo a distância. São Paulo: Alameda, 2008.

SCHIVELBUSCH, W. **Tastes of Paradise**: A Social History of Spices, Stimulants, and Intoxicants. New York: Pantheon Books, 1992.

SENETT, R. **O declínio do homem público**: as tiranias da intimidade. São Paulo: Companhia da Letras, 1998.

SOARES, M. J. O. O licor turco: as controvérsias sobre o consumo do café na Inglaterra do século XVII. **Revista Brasileira de História das Ciências**, v. 15, n. 1, p. 164-176, jan.-jun. 2022.

STANDAGE, T. **História do mundo em 6 copos**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

O Hospital Colônia de Itanhenga e o contexto de isolamento compulsório no Espírito Santo entre 1937 e 1962: um estudo sobre sociabilidades e vivências de internados

Hícaro Rassele Rodrigues¹

Primeiras palavras

Denominada oficialmente no Brasil enquanto Hanseníase, desde 1978, a lepra é uma doença infectocontagiosa que apresenta baixo índice de contaminação, sendo considerada endêmica no país, e pode ser contraída pelos bacilos *Mycobacterium leprae* e, o recentemente descoberto, *Mycobacterium lepromatosis*. O primeiro, *M. leprae*, foi descoberto em 1873 pelo norueguês Gerhard Armauer Hansen (1841-1912) e, por isso, foi denominado em algumas regiões como bacilo de Hansen; tão logo, a doença foi apelidada pejorativamente como “mal de Hansen”.²

1 Graduando em História pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), associado ao laboratório Saberes e Sabores: História da Alimentação e das Práticas de Cura; desenvolve pesquisa com ênfase em História da Saúde e das Doenças. E-mail: hicarorassele Rodrigues@gmail.com.

2 A terminologia oficial para a doença é *hanseníase*, desde 1978, por conta do Projeto de Lei nº. 5.803 de 22 de março de 1978 que “Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências” (Brasil, 1978). Todavia, ao longo do texto, faremos uso dos termos “lepra” e suas derivações, entendendo esses termos como detentores de simbolismos oriundos de um contexto histórico e sociocultural pertinentes ao entendimento e à produção historiográfica acerca da doença, tendo

Com o desenvolvimento da medicina contemporânea foi possível adquirir cada vez mais conhecimento acerca da doença e de métodos para tratá-la e curá-la. Hoje, entende-se que a doença pode se manifestar através de sinais neurológicos e dermatológicos, causando lesões na pele, sobretudo na região dos olhos e nas extremidades do corpo: como pés e mãos (Caires, 2013, p. 12).

Ainda que, no senso comum das sociedades ocidentalizadas, a doença não represente uma grande preocupação como já representou anteriormente, a hanseníase ainda é classificada pela Organização Mundial da Saúde (World Health Organization – WHO), ao lado de outras doenças, como uma “doença tropical negligenciada” (Neglected Tropical Diseases – NTDs). Em maio de 2013, a Assembleia Mundial da Saúde (World Health Assembly) adotou uma resolução acerca desse grupo de doenças: a resolução demandou dos Estados a adoção de medidas socioeconômicas e políticas que viabilizassem a criação de programas de prevenção, erradicação e controle das NTDs.³

A lepra é uma doença envolta em muitos mitos e estigmas, atribuídos a ela e a seus portadores a longo de séculos e, possivelmente, milênios de sua existência. Apesar do cenário atual apresentar mudanças, narrativas míticas e pejorativas sobre a doença ainda estão presentes nos sistemas de crenças e práticas das sociedades contemporâneas. Na medicina clínica, a exemplo, a lepra pode ser considerada uma doença “especial”, justamente por conta do impacto rela-

em vista a ocorrência dessas terminologias nas fontes do período aqui em análise. Ademais, empregaremos o termo hanseníase e seus derivados ao referirmo-nos à doença em seu contexto contemporâneo, a fim de evitar anacronismos.

3 Mais informações podem ser encontradas em: WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. *Accelerating Work to Overcome the Global Impact of Neglected Tropical Diseases: A Roadmap for Implementation*. Geneva: World Health Organization, 2012.

cionado à propensão da doença em desfigurar e gerar estigma, o que afeta profundamente a vida de seus portadores (Roberts, 2020, p. 1).

Enquanto operador discursivo e narrativo, a doença esteve presente no imaginário social desde a Antiguidade e foi referenciada em recortes temporais e geográficos distintos. As características e simbolismos atribuídos ao termo “lepra” e seus derivados são inúmeros e é importante entendê-los e diferenciá-los, para tornar possível a compreensão mais acurada acerca de seus signos dentro do contexto histórico sob análise. Nessa esteira, a tese de doutoramento de Luciano Marcos Curi (2010) sustenta-se como uma contribuição importante acerca do debate sobre historicidade dos termos *lepra* e *hanseníase*, numa perspectiva cultural da doença. Contudo, acerca da historicidade da doença e seus diferentes significados não cabe ao presente artigo discorrer, haja vista a concisão ao qual se propõe e a disposição de bagagem intelectual da qual esse empreendimento demandaria.⁴

Desse modo, o objetivo do trabalho gravita em torno da exposição de uma breve análise sobre a presença da lepra no contexto histórico brasileiro, bem como seu impacto na produção de discursos que viabilizaram a prática do isolamento compulsório como medida profilática para a doença, no tocante ao Hospital Colônia de Itanhenga. O trabalho busca, ainda, constituir um panorama diminuto acerca da experiência dos acometidos pela doença, internados compulsoriamente e isolados da sociedade externa à sua instituição de isolamento. Para tanto, analisaremos o contexto do isolamento compulsório no Hospital Colônia de Itanhenga, localizado no município de Cariacica, no estado do Espírito Santo, oficialmente ativo

4 Para mais, ver: CURI, M. L. *Excluir, isolar e conviver*: um estudo sobre a lepra e a hanseníase no Brasil. 2010. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

enquanto “colônia” entre os anos de 1937 e 1962.⁵

Acerca dos materiais utilizados, o estudo proposto ancorou-se em fontes de cultura oral e escrita. As fontes orais foram relatos recolhidos e gravados em forma de entrevista, bem como transcrições, pelo Prof. Dr. Sebastião Pimentel Franco, junta a uma equipe técnico-científica, durante o primeiro semestre de 2016. Já as fontes de cultura escrita configuram periódicos do período, recolhidos a partir da Hemeroteca digital, bem como documentos de tipologia diversa disponíveis nas dependências da antiga Colônia. Dentre elas, elencam-se: relatórios institucionais; documentação administrativa; prontuários médicos; e ocorrências criminais. Toda essa documentação foi digitalizada e se encontra disponível no sítio eletrônico do laboratório Saberes e Sabores: História da Alimentação e das Práticas de Cura, da Universidade Federal do Espírito Santo, na seção “Memorial do Leprosário de Itanhenga”. Essa reunião de fontes foi realizada sob a coordenação do Prof. Dr. Sebastião Pimentel Franco e da Profa. Dra. Patrícia Maria da Silva Merlo, com auxílio de uma equipe científica e técnica, conforme informações do sítio eletrônico.

Acerca dos métodos, para o trato com as fontes escritas, empregamos a metodologia da *microanálise*, proposta por Jacques Revel (1998), visando compreender melhor as relações postas dentro do Hospital Colônia que não seriam apreendidas em suas especificidades a partir de uma abordagem macrohistórica de análise. Para as fontes orais e transcrições, fizemos uso da metodologia da História Oral, proposta por Etienne François (2006). A perspectiva do auto permitiu destacar os sentimentos particulares no discurso dos adoecidos, integrando-os no contexto “micro”, possibilitando uma

5 Até o momento de produção deste artigo o espaço encontra-se em funcionamento, enquanto hospital estadual, e atende à comunidade sob o nome de Hospital Pedro Fontes (HPF).

tentativa mais assertiva de reconstituição narrativa de suas vivências individuais.

Isso dito, entendemos que a análise memorial é um terreno incerto e, por vezes, instável, o que pode representar certos riscos para a análise historiográfica. Portanto, apoiamo-nos também na compreensão de Alessandro Portelli (2016) sobre a oralidade. O autor apontou que a memória pode representar um incômodo e tem como intuito colocar em dúvida certezas. Desse modo, o relato oral pode ser utilizado para expor falhas, convenientes e inconvenientes, em se tratando do impacto do isolamento compulsório dos acometidos pela lepra no Brasil, sobretudo no âmbito político e institucional.

A doença e o espaço

Acredita-se que a lepra tenha chegado às Américas por meio dos europeus, a partir do século XVI, no contexto de colonização do Novo Mundo. Como sugeriu Curi (2010), as instituições encarregadas de lidar com a situação dos infectados pela lepra no Brasil colonial, dentre outras atribuições, eram as Santas Casas de Misericórdia. Apesar de chamar a atenção para uma carência documental que inviabilize a constituição de uma trajetória da doença no território brasileiro desde o século XVI, o historiador apontou o século XVII como período de primeiros registros de pedidos para a fundação de hospitais ou espaços asilares para pessoas com lepra. Um lugar destinado a receber essas pessoas, no Brasil, sugeriu o autor, pode ter suas origens com a criação do Campo dos Lázaros, na Salvador de 1640 (Curi, 2010, p. 179-190).

Nessa esteira, o primeiro volume da obra *História da lepra no Brasil*, de Heráclides Cesar de Souza-Araújo (1886-1962), publicada em 1946 pelo Departamento de Imprensa Nacional, apresenta-se

como fonte fundamental para entender a situação da construção dos leprosários no Brasil colonial. Souza-Araújo foi um importante leprólogo, debruçou-se sobre os estudos da doença e sua profilaxia, tornando-se uma influente voz no discurso médico brasileiro e produziu uma extensa bibliografia sobre a trajetória da doença em território nacional. O médico também esteve à frente do Laboratório de leprologia do Instituto Oswaldo Cruz (IOC).

Ainda que hoje seja considerada uma doença endêmica no Brasil, desde sua primeira manifestação registrada ainda na América Portuguesa, até as práticas profiláticas de isolamento compulsório nos espaços asilares, a lepra representou níveis distintos de periculosidade contra a saúde dos infectados. Além disso, adquiriu significados polissêmicos e cargas simbólicas distintas, sendo metaforizada algumas vezes no país, ao longo da história.⁶

Em território capixaba, a primeira alusão à infecção foi feita em 1881 pelo médico Provedor de Saúde da Província do Espírito Santo, Manoel Goulart, que se referiu à doença como *morfeia*. Goulart, à época, destacou a raridade da incidência da morfeia na região. A partir das primeiras décadas do século XX, a designação dada por Goulart caiu em desuso e o termo “lepra” ganhou destaque no discurso médico brasileiro (Franco, Lima, 2021, p. 14).

Foi a partir do século XX, também, que as explicações biológicas sobre a doença ganharam fôlego e começaram a ultrapassar as explicações religiosas, até então muito presentes nos estudos sobre os “males” e o corpo adoecido (Curi, 2008, p. 87). Com a expansão do alcance da ciência médica contemporânea, noções pejorativas acerca da lepra foram reforçadas; noções postas desde a Antiguidade e

6 Para melhor compreender as construções narrativas acerca das doenças e suas metáforas, ver: SONTAG, S. *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors*. New York: Picador, 2001.

que aproximavam a figura do “leproso” com a ideia de perversidade e loucura. Esses discursos serviram de alicerce para a legitimação da prática de isolamento compulsório, materializadas através de políticas públicas de saúde (Cunha, 2005, p. 1-6).

Durante as primeiras décadas do século XX, os casos de lepra chamaram muita atenção em múltiplos estados da Federação. Nesse contexto, uma primeira política pública de combate à doença pode ser entendida na criação da Comissão de Profilaxia da Lepra, que vigorou entre 1915 e 1919. Contudo, foi a partir da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, que o Governo Central voltou a atenção para essa agenda (Eidt, 2004, p. 84-85). Em 1923, um regulamento sanitário para a lepra foi determinado (Decreto nº 16.300/23), o que possibilitou o desenvolvimento efetivo de ações de combate à doença, de modo sistemático e organizado.⁷

À luz do regulamento, tornou-se obrigatório notificar a manifestação da doença, bem como a realização de exames periódicos nos familiares ou em pessoas próximas aos adoecidos. Campanhas de divulgação sobre a forma de contágio também forma medidas implementadas (Franco, Silva, 2018, p. 70). Ações como essas são promovidas pelo Estado e legitimadas por discursos de política pública de saúde, por vezes imposto à população, que costumeiramente vão ao encontro de interesses de camadas dirigentes da sociedade. Sob essas circunstâncias, o Estado deixa de desempenhar o papel de agente fiscal e passa a ditar modelos de organização (Curi, 2008, p. 88).⁸

⁷ Posteriormente revogado pelo Decreto de 5 de setembro de 1991.

⁸ Um exemplo familiar à historiografia e literatura brasileira são os cortiços cariocas, sobretudo, o Cabeça de Porco: derrubado, ao final do século XIX, em função de um discurso sanitário de caráter higienista mobilizado sob a gestão de Barata Ri-

No contexto capixaba, o isolamento dos leprosos se fez obrigatório em 1935, através do Decreto nº 7.117, que aprovou o Regulamento do Serviço de Profilaxia da Lepra (Cypreste, Vieira, 2014). Assim, a realização de censos que objetivavam descobrir o real número de infectados pela lepra no Brasil despontou. O órgão incumbido de gerenciar os serviços de saúde e mapear a geografia das doenças era o DNSP, e tão logo, passou a cuidar da problemática da lepra no território nacional. Com efeito, em 1920, foi criada a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas.

Um agente histórico importante nesse momento de reformas sanitárias no Espírito Santo, foi o médico leprólogo Pedro Fontes. Em 1903, Pedro Fontes tornou-se bacharel em Medicina pela Faculdade de Medicina da Bahia e, então, mudou-se para o Rio de Janeiro, onde foi empregado em um órgão de saúde do Governo Federal. Vindo do Rio de Janeiro, havia tomado a frente do combate à lepra no Espírito Santo, ainda em 1927, quando assumiu a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (Franco, Meira, 2024, p. 200).

Ao assumir a Inspetoria, Pedro Fontes promoveu um levantamento do contingente real de adoecidos no estado, através da criação de uma rede de informação espalhada por diversas regiões. Deu início a uma verdadeira busca aos acometidos pela doença no Espírito Santo. Em um relatório apresentado em 1929, a estimativa dos casos de lepra foi de 150, mas os números cresciam a cada ano, até que em 1937, ao final do censo, o total de casos confirmados girava em torno de 639, enquanto os casos suspeitos, em torno de 90 (Franco,

beiro. Uma análise mais robusta acerca dos discursos sanitaristas no Rio de Janeiro e seu impacto na realidade prática encontra-se disponível em: CHALHOUB, S. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

Azevedo, 2015, p. 233-235). Houve, nesse contexto, uma justificativa para a necessidade da criação de um espaço asilar de isolamento para leprosos, demanda que se materializou em abril de 1937 com a inauguração do Hospital Colônia de Itanhenga. O empreendimento foi custeado pelo Governo do Estado, com apoio do Município e da União (Franco, Nogueira, Marlow, 2017, p. 310).

Após a inauguração do Hospital Colônia de Itanhenga, colocou-se em prática a medida profilática para a lepra: o isolamento compulsório. A Colônia foi arquitetonicamente orientada a partir do modelo de outros leprosários, como os leprosários de São Paulo, no Brasil, e Carville, nos Estados Unidos (Franco, Silva, 2018, p. 70-71).

O Hospital Colônia tinha capacidade máxima para 350 internados, mas chegou a abrigar 450 em 1942. Sua divisão espacial idealizada em benefício da separação entre os internados e as autoridades administrativas e de saúde atuantes na instituição, com o intuito de garantir a integridade e segurança da comunidade sadia dentro da Colônia. Os espaços de confinamento foram construídos em um *modelo tripé*: constituía-se em um espaço pensado para os internados, o “leprosário”; um espaço pensado para os filhos dos leprosos internados, o “preventório”; e um espaço para vigilância médica e epidemiológica dos sadios que haviam tido contato com os internados, o “dispensário”. Havia, ainda, as “habitações”, espaços de convívio comum, divididos em três zonas denominadas: sadia, intermediária, doente.⁹

A discussão acerca da espacialidade das instituições de isolamento configura um campo de extensa produção, que abordam desde os aspectos arquitetônicos das construções, até o impacto da dispo-

⁹ Para melhor compreensão da disposição espacial da Colônia de Itanhenga, ver: SOUZA-ARAÚJO, H. C. *A lepra no Espírito Santo e a sua prophylaxia*: a “Colônia Itanhenga” – leprosário modelo. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz, v. 4, n. 32, 1939, p. 551-651.

sição espacial no estado físico e psíquico dos internados. A respeito desse último, Erving Goffman teve uma importante contribuição, quando publicou, *Manicômios, prisões e conventos* (1961), seu estudo sobre as *instituições totais*, tratando de aspectos da experiência de internados em um hospital psiquiátrico dos Estados Unidos. Goffman trabalhou, de maneira densa, a espacialidade da instituição e o comportamento desempenhado pelos internos nesses espaços, sob uma perspectiva analítica dialógica entre Sociologia e Psicologia Social.

Não muito tarde, Michel Foucault publicou sua obra *O nascimento da Clínica* (1963). Nela, realizou um profundo trabalho de análise filosófica da medicina, articulando saberes históricos, médicos e linguísticos para compreender o surgimento das clínicas como espaços de tratamento do corpo. Questionando o discurso científico da medicina moderna e o lugar de poder social ocupado por ele na sociedade contemporânea. A obra de Foucault apresentou-se como seminal para os estudos de institucionalização dos corpos; e proporcionou uma perspectiva inovadora e central para o estudo das relações existentes entre o discurso médico, sua representação social concreta e o impacto subjetivo causado nos agentes sociais sujeitados a ele.

Tendo isso em vista, ao pensar a inserção de agentes sociais em um espaço, é importante que tenhamos o entendimento de que as percepções sobre a doença são construídas socialmente e influenciam de maneira direta no tratamento que o adoecido receberá da sociedade. Charles Rosenberg, em *Explaining Epidemics and other Studies in the History of Medicine* (1992), atestou que a doença é um construto oriundo de percepções sociais e biológicas que, através de um *enquadramento* específico, funcionam como fator condicionante das relações estabelecidas entre pacientes e autoridades de saúde.

À luz de Rosenberg (1992), é possível entender o espaço

construído para os leprosos em Itanhenga como a materialização da representação social que lhes era atribuída. Em outros termos, o espaço asilar da Colônia foi idealizado e materializou-se a serviço de uma necessidade sanitária de ordem federal, mas que considerou, também, o lugar social ocupado pelos leprosos e suas sociabilidades dentro desse contexto. Nesse sentido, é possível interpretar a disposição logística do espaço no Hospital Colônia de Itanhenga como uma ferramenta de destituição da socialização dos internados com a comunidade extramuros; bem como um dificultador para a integração dos pacientes sujeitos à internação na Colônia.

Ao lado disso, a falta de integração social dos internos com o mundo externo, ou mundo “lá fora”, como se referiam costumeiramente, construiu numa sensação de não-pertencimento ao mundo social externo aos muros de Itanhenga. Como reflexo, mesmo após receberem alta, alguns internos continuavam residindo nas dependências do Hospital, justamente por não terem mais relações fora dele (Franco, Silva, 2018, p. 76). Esse foi um dos padrões legados pela negligência do amparo de políticas públicas voltadas às pessoas que conviviam com a lepra no Brasil, e apresenta-se como consequência da persistência das noções pejorativas, ainda presentes no imaginário social, constituídas acerca dos “leprosos”. Assim, a realidade posta no interior da Colônia de Itanhenga pode ser interpretada como uma alienação dos ex-internados à vida que possuíam antes do diagnóstico.

Colonos: vivências e sociabilidades

De antemão, é importante refletir criticamente acerca dos discursos socialmente produzidos e reproduzidos acerca dos infectados pelo bacilo de Hansen, buscando perceber os limites de sua coerência

à realidade prática experienciada tanto pelos adoecidos como pela sociedade sadia. A serviço dessa reflexão, é pertinente a análise dos discursos gerados e transmitidos através de alguns dos veículos de comunicação mais abrangentes à época analisada: os periódicos. Tendo em mente que os periódicos, mais que aparelhos de informação, são aparelhos discursivo, de conteúdo e intencionalidade próprios – o *lugar de produção* –, podendo, por vezes, ser operados como ferramenta mobilizadora a serviço de uma ideologia, o material periódico é uma fonte profícua para a investigação histórica.¹⁰

Portanto, tomemos como exemplo de material periódico o jornal capixaba *Diário da Manhã*, que em 1937 publicou um “expressivo telegrama” do então presidente Getúlio Vargas, emitido ao então governador estadual João Punaro Bley (1930-1943). No telegrama em questão, Vargas elogiou a atitude de Bley na construção do “majestoso leprosário de Itanhenga” e o parabenizou pela gestão do governador em relação à lepra no estado. Essa ação, por óbvio, atesta a aprovação e a adesão que a prática de internação compulsória de “leprosos” obteve na esfera política brasileira do século XX.

Agora, voltemo-nos as experiências relatada pelos internos de Itanhenga. Um ex-colono relembrou o momento de seu diagnóstico, ainda criança, e descreveu a sensação como a de “ter me matado e jogado fora” (anônimo, 2016). Outros relatores acusaram também o desconforto e o medo que perturbava os recém-chegados à Colônia, que se deparavam com a hostilização com a qual os pacientes eram tratados:

10 Para um estudo acerca do periódico como fonte histórica e suas possibilidades investigativas, ver: BARROS, J. D'A. *O jornal como fonte histórica*. Petrópolis: Vozes, 2023. Sobre o ‘lugar de produção’, uma análise mais profunda pode ser obtida em: BARROS, J. D'A. *A fonte histórica e seu lugar de produção*. Petrópolis: Vozes, 2021.

“Começo pesado. Tinha muita gente mutilada. Quando cheguei eu ‘tava’ muito ruim, só via as mulheres no quarto. Não via ninguém atrofiada, comecei a comer bem e andar. Aí veio um paciente com a mão e as pernas mutiladas, aquilo ali me deu um desespero total, eu derrubei ele, saí gritando que eu queria ir embora dali” (anônimo, 2016).

Tomando como base as experiências relatadas acima, assim como outras semelhantes, e o telegrama emitido por Vargas a Bley, torna-se evidente as percepções extremamente dissonantes da realidade. O discurso produzido verticalmente pela sociedade externa à Colônia, quando em comparação à experiência material dos colonos internados compulsoriamente, mostra-se antônimo e incoerente.

Para compreender a questão, é importante refletir criticamente acerca da prática de isolamento compulsório e sua adesão, por parte das autoridades de saúde, e sua legitimação pela parcela da sociedade não especialista. O isolamento compulsório foi uma prática influenciada no Brasil pelos estudos de Heráclides C. Souza-Araújo, sobretudo sua *História da lepra no Brasil*, publicada em três volumes entre 1946 e 1956. Suas contribuições tiveram grande impacto no meio acadêmico, principalmente nos estudos sobre profilaxia da lepra e a prática do isolamento.

A década de 1940, no entanto, trouxe desafios a esse pensamento, devido à introdução de antibióticos à base de sulfonas no mercado nacional. Esses novos medicamentos possibilitaram novos modos de tratamento à lepra. A partir de 1944, os medicamentos à base de sulfonas foram aderidos de maneira mais expressiva e, com a expansão do tratamento, constituiu-se também compreensão de que o paciente, quando medicado, não ofereceria mais risco de contágio. Com efeito, a prática profilática de isolamento compulsório começou a ser questionada. Tal prática fora a principal adotada à época e era

tida como radical por muitos. Em decorrência disso, não surpreendentemente, as discussões acerca da manutenção dessa prática efervesceram no meio médico, jornalístico e político. Tornou-se agenda não só entre as elites, mas entre os demais extratos sociais (Cunha, 2005, p. 4).

A inexistência de um remédio específico para a hanseníase fez com que, historicamente, o temor e a busca pela distância dos corpos infectados fossem uma constante. Segundo prontuários, os medicamentos utilizados para o tratamento dos pacientes, a partir do século XX, eram: Chamulmoogra, Pormin, Bismution, Diasone, Antilebrina. A Taliomida, aparece nesses prontuários a partir de 1965, assim como o Diamenoxil. Quanto ao óleo de Chamulmoongra, vinha sendo usado desde a internação dos primeiros pacientes da Colônia, em 1937. À par desse contexto, podemos nos aprofundar na investigação da realidade histórica posta dentro do Hospital Colônia de Itanhenga.¹¹

É importante, antes, pontuar que a realidade histórica não se traduz em sua completude, isto é, em sistemas de equivalência, a partir somente da análise dos documentos e arquivos médicos. Através das contribuições do clássico artigo de Revel e Peter (1976), ficou sublinhado a postura que o pesquisador em história deveria assumir, quando defrontado pela análise de documentos médicos: é necessário que o pesquisador entenda aquele corpo documental como objeto de estudo do profissional da saúde, desse modo, o fazer historiográfico deve atentar-se às intencionalidades do discurso médico sobre a doença e sobre o corpo, questionando o texto médico

11 Para mais informações acerca da diversidade e alcance das medicações para a doença, consultar: MANINI, M. P. A evolução da terapêutica. In: MONTEIRO, Y. N. (org.). *História da hanseníase: silêncios e segregação*. São Paulo: Intermeios, 2019.

a fim de decifrar seus códigos (Revel, Peter, 1976, p. 142-146).

Em outros termos, é importante que os documentos médicos sejam historicizados criticamente. A partir dessas concepções e, com base nos prontuários médicos, foi possível inferir dados satisfatórios que auxiliaram na composição de parte da realidade intramuros.

Ainda que não estivessem disponíveis nos prontuários todas as informações referentes ao internado – por conta, muito provavelmente da negligência que resulta na perda de informações pessoais de cadastro – os documentos analisados abrangeram inferências substanciais acerca dos colonos. A partir da análise dos documentos encontrados nas dependências da Colônia de Itanhenga que continham informações sobre os internos trazidos de maneira compulsória, foi possível inferir de modo aprofundado informações sobre o cotidiano das pessoas que ocupavam aquele espaço.

À exemplo da tipificação social e a faixa etária dos internados, muito foi possível inferir a partir do exame dos dados obtidos. Foi possível identificar a idade de 534 internados, em sua maioria em idade adulta. O sexo dos colonos foi outro indicativo apurado: numericamente, houve maior incidência de internados do sexo masculino. No tocante ao estado civil, identificamos os dados referentes a 667 internados, em grande parte casados. Em se tratando da alfabetização dos adoecidos residentes da Colônia foram identificados os registros de 309 internados. Foram examinados, também, os documentos que faziam referência à cor de 644 internados: sendo 418 brancos (c. 64,91%) e 226 negros (c. 35,09%).

Outro relevante marcador social analisado foi grau de alfabetização dos colonos e, nessa seara, cabe ressaltar a pouca relevância do letramento para as profissões exercidas pela maioria deles, que desempenhavam, geralmente, o trabalho braçal nas lavouras. Um

ponto a ser levado em consideração é que o acesso ao ensino, à época, era menos facilitado, quando comparado ao padrão contemporâneo de acesso à educação. As escolas encontravam-se nas áreas urbanas do território capixaba, sobretudo nas regiões mais elitizadas; desse modo, não era incomum a presença de analfabetos, sobretudo nas áreas rurais.

As fichas cadastrais de internados encontradas no interior da Colônia serviram como ferramenta importante para a inferência da faixa etária em que os colonos se encontravam na instituição. Tais documentos nos mostraram que uma minoria da população de internados era composta por idosos e crianças e que grande parte estava dentro de uma idade considerada oportuna para o trabalho braçal. Uma possibilidade para o baixo índice de idosos pode ser o agravamento do quadro sintomático dos adoecidos, causando maiores complicações para sua saúde: incorrências como câncer, septicemia, hipertensão arterial, paradas cardiorespiratórias, acidente vascular cerebral, bem como outras doenças constam como *causa mortis* nos prontuários.

Ademais, os dados analisados possibilitaram inferir que grande parte dos colonos eram oriundos de camadas menos intelectualizadas e, economicamente, menos abastadas da sociedade. Em sua maioria, eram categorizados enquanto pessoas do sexo masculino, geralmente solteiros, iletrados e habituados ao exercício de atividades que exigem o trabalho braçal, seja ele desempenhado nas lavouras ou em outros setores profissionais. Pôde-se inferir a predominância de pessoas lidas enquanto brancas, vindas do interior do Espírito Santo. Uma possível explicação para a incidência mais expressiva de pacientes interioranos é a dificuldade da assistência médica em chegar as regiões mais distantes do litoral capixaba, sobretudo nas áreas rurais.

Para compreender a percepção social sobre os adoecidos pela lepra e a sociabilidades estabelecidas em Itanhenga, cabe retomar a conceituação de Erving Goffman sobre o *estigma*. Para o autor, o estigma é todo aspecto indesejável e pejorativo imposto a um determinado tipo de indivíduo. Os estigmas podem ser categorizados em: “fraquezas individuais” (distúrbios mentais, vícios, “homossexualismo” e outros); deformidades do corpo físico; estigmas de raça, religião, nação; e estigmas de agrupamento (Goffman, 2013, p. 6-7).

Com base nessas noções, pode-se entender a “pestilência” atribuída à lepra como um estigma comumente associado aos seus portadores e, no caso do cotidiano em Itanhenga, estendia-se, também, às suas relações mais próximas, sobretudo as relações parentais diretas. O estigma pesava sobre os descendentes dos adoecidos, ainda que eles não estivessem infectados pelo bacilo de Hansen. Com efeito, não era dada aos seus filhos a possibilidade de viver além-muros da Colônia, bem como era retirada dos pais adoecidos as condições materiais necessárias para proporcionar uma vida melhor para seus descendentes. Como elucidou Foucault (2007), a exclusão dos “leprosos” é uma prática permanente e a segregação deles foi de uma sistematização tão marcante que se cristalizou em uma imagem, ligada ao doente por mais tempo que a própria doença (Foucault, 2007, p. 9).

No que diz respeito ao amparo estatal e à garantia de direitos, os internados não eram contemplados por políticas públicas. Foram encontrados registros que apontam para uma organização social autônoma estabelecidas dentro das dependências do Hospital Colônia de Itanhenga pelos próprios internados. Uma possível chave de análise para essa realidade é que os internos buscavam suprir as demandas internas de seu cotidiano em isolamento através dessas relações sociais estabelecidas e configuradas de maneira autônoma, que toma-

vam forma dentro da Colônia. Essa configuração de práticas sociais internas que, inicialmente, não tinha o intuito de ser organizada, tornou-se a lógica de funcionamento comum entre os internados com o passar do tempo. As práticas estabelecidas pelo convívio intramuros eram das mais diversas e estendiam-se, inclusive, a cerimônias matrimoniais.

Apesar da necessidade de reconfigurar uma nova vida e se reinventarem. Por vezes, desempenhavam um trabalho mais leve, conheciam pessoas novas e poderiam, dentro daquele espaço confinado, rodeados de internos em situação semelhante, distanciar-se um pouco do estigma, tendo a chance de constituir um núcleo de sociabilidade mais conectado. Além disso, dentro da Colônia, os internados possuíam assistência médica, tendo acesso a remédios e atendimento disponibilizados de maneira gratuita. Tal realidade foi relatada por alguns entrevistados e apontada como benéfica em um contexto de difícil acesso à saúde fora da Colônia. Por esses e outros motivos muitos colonos viveram grande parte da vida em Itanhenga, foram mapeados adoecidos que viveram 55 anos confinados em Itanhenga, outros haviam chegado com dez anos de idade e estavam lá há 35 anos.

Últimas considerações

O cerceamento do direito à liberdade deixou uma profunda marca na vida das pessoas sujeitadas ao internamento compulsório. Itanhenga foi um espaço de práticas médicas desumanizadoras e discriminatórias, apoiadas em políticas públicas de exclusão e legitimadas pelo discurso médico vigente. Foi, também, um espaço onde exerceu-se o trabalho forçado, com a mão de obra dos adoecidos internados. Entre os anos de 1937 e 1962, o número de pacientes

internados foi de 1.592; esses números evidenciam o esforço e interesse das autoridades médicas, dos dirigentes políticos, bem como da sociedade civil organizada em privar os hansenianos de socialização, segregando-os nesse espaço asilar.¹²

Longe do intuito de negar a realidade negativa experienciada pelos internados em Itanhenga, tampouco em alusão ou apologia das práticas profiláticas adotadas pelas autoridades de saúde ao longo do último século, o presente trabalho buscou realizar uma investigação histórica acerca das condições de sociabilidade estabelecidas no Hospital Colônia de Itanhenga. Para tanto, é necessário apresentar os aspectos dessa realidade que foram possíveis interpretar a partir da análise feita. Nesse sentido, cabe evidenciar também – e de modo algum sobrepor – a percepção experienciada por alguns internados do isolamento em Itanhenga como uma oportunidade de reconstruir uma vida alheia à marginalização e ao desprezo presente na sociedade extramuros, ainda que o preço seja o isolamento.

Cabe, então, destacar a fuga do estigma como um aspecto fundamental para a permanência dos internos no leprosário. Como exposto anteriormente, a vida intramuros era dura, prejudicial, os colonos eram privados de sua liberdade e afastados de seus familiares, contudo, encontravam em Itanhenga uma maneira de resistir: desenvolveram uma organização social interna própria e tentavam iniciar novamente suas vidas, muito provavelmente, pois essa seria a única

12 De acordo com Cruz (2009), a discriminação é caracterizada em toda e qualquer forma, meio ou instrumento de promoção da exclusão, distinção, restrição ou preferência baseadas em critérios como a descendência, cor da pele, raça, etnia, origem nacional, idade, orientação sexual, religião, deficiência física, mental ou patogênica, que vise ou produza o efeito de prejuízo e/ou anulação do reconhecimento, exercício ou gozo de direitos humanos e liberdades fundamentais nos setores econômico, social, cultural, político ou em qualquer atividade no âmbito da autonomia pública ou privada (Cruz, 2009, p. 15). Para uma análise mais aprofundada, ver: CRUZ, A. R. S. *O Direito a Diferença*. Belo Horizonte: Arraes, 2009.

forma de sobreviver

Referências

Fontes de cultura escrita

PRONTUÁRIOS Diversos dos pacientes internados no leprosário de Itanhenga. Levantamento realizado pela pesquisa do professor Sebastião Pimentel Franco e equipe.

Fontes de cultura oral

ENTREVISTAS Concedidas a Sebastião Pimentel Franco por ex-internados anônimos do Hospital Colônia Itanhenga, durante o primeiro semestre de 2016.

Periódicos

PIMENTEL, E. Sobre a inauguração do leprosário de Itanhenga. *Diário da Manhã*, Vitória, 20 abr. 1937.

Bibliografia

BARROS, J. D'A. *A fonte histórica e seu lugar de produção*. Petrópolis: Vozes, 2021

BARROS, J. D'A. *O jornal como fonte histórica*. Petrópolis: Vozes, 2023.

BRASIL. *Decreto no 16.300, de 31 de dezembro de 1923*. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Brasília, DF: Diário Oficial, 3 dez. 1923.

BRASIL. *Projeto de Lei nº. 5.803 de 22 de março de 1978*. Dispõe sobre a terminologia oficial relativa à hanseníase e dá outras providências. Brasília, DF: Senado Federal, 22 mar. 1978.

CAIRES, A. *A hanseníase*. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências

- da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Amapá, Macapá, 2013.
- CHALHOUB, S. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- CRUZ, A. R. S. *O Direito a Diferença*. Belo Horizonte: Arraes, 2009.
- CUNHA, V. S. *O Isolamento Compulsório em questão: políticas de combate à lepra no Brasil*. 2005. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- CURI, L. M. O Corpo e a doença na História: confluências sobre a lepra. *ALPHA*, n. 9, v. 1, p. 82-99, 2008.
- CURI, M. L. *Excluir, isolar e conviver: um estudo sobre a lepra e a hanseníase no Brasil*. 2010. Tese (Doutorado em História) – Programa de Pós-graduação em História da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.
- CYPRESTE, D, M.; VIEIRA, A. *Hospital Dr. Pedro Fontes, antiga Colônia de Itanhenga-hanseníase: do isolamento compulsório à ressocialização*. Vitória: Secult, 2014.
- EIDT, L. M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na Saúde Pública brasileira. *Saúde e Sociedade*, v. 12, n. 2, 2004, p. 76-88.
- FOUCAULT, M. *História da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 2007.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.
- FRANCO, S. P.; LIMA, Z. M. M. A lepra no Ceará e no Espírito Santo (1920-1940): olhares e reflexões. *Ágora*, v. 32, n. 1, 2021, p. 1-27.

- FRANCO, S. P.; MEIRA, J. F. A ação do médico Pedro Fontes e a implantação da Colônia de Itanhenga. *In: NOGUEIRA, A. L. L. et al (org.). Uma história brasileira das doenças vol. 13.* Serra: Identidade Editorial, 2024.
- FRANCO, S. P.; SILVA, S. S. A. A lepra e as sensibilidades de um ex-interno da Colônia de Itanhenga no Espírito Santo. *Khronos*, n. 6, v. 14, 2018, p. 65-78.
- FRANÇOIS, E. A fecundidade da história oral. *In: FERREIRA, M. M; AMADO, J. (org.). Usos e abusos da história oral.* Rio de Janeiro: FGV, 2006.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.* Rio de Janeiro: LTC, 2013.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos.* São Paulo: Perspectiva, 2015.
- MANINI, M. P. A evolução da terapêutica. *In: MONTEIRO, Y. N. (org.). História da hanseníase: silêncios e segregação.* São Paulo: Intermeios, 2019.
- PORTELLI, A. *História oral como arte da escuta.* São Paulo: Letra e voz, 2016.
- REVEL, J. Microanálise e construção do social. *In: REVEL, J. (org.). Jogos de escalas: a experiência da microanálise.* Rio de Janeiro: FGV, 1998.
- REVEL, J.; PETER, J. P. O corpo: o homem doente e sua história. *In: LE GOFF, J.; NORA, P. (org.). História: novos objetos.* Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1976.
- ROBERTS, C. A. *Leprosy: Past and Present.* Gainesville: University of Florida Press, 2020.
- ROSENBERG, C. *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine.* Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

- SONTAG, S. *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors*. New York: Picador, 2001.
- SOUZA-ARAÚJO, H. C. *A lepra no Espírito Santo e a sua prophylaxia*: a “Colônia Itanhenga” – leprosário modelo. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, v. 4, n. 32, 1939, p. 551-651.
- SOUZA-ARAUJO, H. C. *História da lepra no Brasil*: períodos colonial e monárquico (1500-1889). Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1946.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. *Accelerating Work to Overcome the Global Impact of Neglected Tropical Diseases*: A Roadmap for Implementation. Geneva: World Health Organization, 2012.

Num estado de “clima relativamente bom”: a questão climática na terapêutica da tuberculose na Paraíba (1934-1940)

*Rafael Nóbrega Araújo*¹

Introdução

Partindo das discussões suscitadas no quinto capítulo da tese de doutorado que defendi no Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal de Pernambuco, o presente artigo tem por objetivo analisar a maneira como a questão climática na terapêutica da tuberculose (climatoterapia) foi colocada por discursos de médicos e políticos na Paraíba e norteou as discussões e projetos em torno da construção de um sanatório para tuberculosos no estado. Lourival Moura, médico paraibano que realizou o curso de especialização em fisiologia instituído por Clementino Fraga no Hospital São Sebastião, no Rio de Janeiro, considerava uma calamidade que “Num estado como a Paraíba, de clima relativamente bom, morrem quase 2 tuberculosos por dia.” (Moura, 1939a, p. 129). Diante do “angustioso problema”, o médico argumentava que não se poderia ficar indiferente e que era urgente uma medida de socorro que congregasse a boa vontade do governo e de todos os paraibanos.

Como Chefe do Serviço de Tuberculose do Dispensário Car-

¹ Doutor em História, Universidade Federal de Pernambuco. rafael.nobreg.araujo@gmail.com.

doso Fontes, instalado na cidade de João Pessoa em 1934, Lourival Moura conhecia de perto o problema da tuberculose, o qual afirmava não ser possível dissociar da questão da miséria em que vivia a maioria da população. Mas mesmo encarando a doença como um flagelo social, o Dr. Lourival Moura não perdia de vista a questão climática na terapêutica da tuberculose, sendo possível perceber em seus escritos e na sua atuação profissional não apenas indícios do reconhecimento das propriedades do clima de certas localidades da Paraíba, mas sua expressa recomendação para o tratamento de pacientes tuberculosos.

Não apenas Lourival Moura, mas também outros interlocutores da época, como o político e escritor José Américo de Almeida, reputavam que o interior do estado possuía localidades cujo clima privilegiado constituíam-se como “excelentes sanatórios” para o tratamento da tuberculose. Em tal cenário, as discussões em torno da construção de um sanatório para tuberculosos na Paraíba perpassavam pela questão climática, com uma nítida preferência pela cidade de Alagoa do Monteiro, a qual se tentou transformar numa estância climática, em detrimento do clima litorâneo, onde se localizava a capital do estado, na cidade de João Pessoa.

Partindo dos pressupostos teórico-metodológicos do campo da História da Saúde e das Doenças (Silveira; Nascimento, 2004), a pesquisa utiliza-se dos periódicos impressos como tipologia documental, fazendo-se notar a sua importância para a pesquisa histórica a partir da discussão suscitada por autores como Luca (2008) e Barros (2023) que partem da compreensão de que a imprensa não apenas registrava e informava o que acontecia, mas também, de certa maneira, produzia os acontecimentos que noticiava, construindo representações sociais – especialmente no caso da História das Doenças – que visavam conformar a opinião pública. Nesse sentido, é fundamental

situar os jornais e revistas enquanto fontes históricas no seu lugar de produção, imbricados em uma teia de complexidades no que concerne às demandas sociais que os tornaram possíveis.

A tuberculose e a questão do clima

Diante da incurabilidade do mal, desde a Antiguidade greco-romana, os médicos que seguiam a tradição hipocrática faziam o que estava ao seu alcance no campo terapêutico para enfrentar a marcha galopante da tísica, oferecendo uma gama de prescrições que envolvia desde a dimensão dietética e medicamentosa, passando por aconselhamentos sobre estilos de vida e cirurgias. Viagens à procura de clima seco e quente marcaram as primeiras buscas por uma mudança de ar e de atmosfera no tratamento da tuberculose.

Segundo Ângela Pôrto, para Hipócrates e os médicos influenciados por sua perspectiva da doença, enquanto manifestação patológica natural, a tuberculose “resultaria do encontro de fatores externos — condições climáticas, influências telúricas, regime alimentar, etc. — com uma predisposição particular, uma determinada ‘constituição’ reagindo patologicamente a certas variações do meio.” (2004, p. 93). Assim, a função da terapêutica hipocrática consistia na restituição dos humores a um estado de equilíbrio no organismo, desencadeando o processo de restauração da saúde. Diante dessas características, compreende-se porque no caso da tuberculose, uma doença associada aos pulmões, e, conseqüentemente, às secreções mucosas provenientes dos humores fleumáticos, recomendava-se a procura por um clima quente e seco em oposição às características concernentes à água, fria e úmida, que predominavam na fleuma. Havia a noção de que a tuberculose era uma “doença molhada”, cujo interior do corpo se tornava “úmido”. Por isso, ele deveria ser “secado”. (Sontag, 2007, p.

20).

Paralelamente às discussões médico-científicas sobre a natureza da tuberculose e a sua etiologia, o tratamento concreto dos casos patológicos caracterizou-se por ser “bastante rico” quanto aos métodos de cura que eram propostos. A climatoterapia refere-se a um método de cura conhecido e tratamento preconizado desde os tempos de Hipócrates, quando se estabeleceu a terapêutica dos tísicos “a partir de um quadro sintomatológico específico”, isto é, aquele delineado sobre o doente tuberculoso desde a antiguidade greco-romana. Mesmo depois da descoberta do bacilo de Koch, em 1882, a chamada “teoria dos bons ares” continuou a ser valorizada como um “remédio” adequado para os doentes do peito, cuja variação na forma de tratamento ficava por conta das preferências “climatéricas” dos médicos fisiologistas. No Século das Luzes, muito sob a influência do pensamento rousseauiano e a valorização da natureza, a vida campestre, em regiões de ares amenos, passou a ser prescrita pelos médicos como a forma mais racional e saudável para a cura da tuberculose. De acordo com Pôrto, do ponto de vista terapêutico não importava tanto a “qualidade” do clima, mas sim o seu caráter “natural”, em oposição à corrupção do ambiente citadino (Pôrto, 2004, P. 98).

Entrementes, a moda da balneoterapia também foi retomada. Segundo Alain Corbin, no Ocidente, a invenção da praia acompanhou a descoberta das virtudes curativas da água do mar. A medicina, inspirada tanto na climatologia neo-hipocrática quanto na antiga balneoterapia, fez da figura da praia salubre um volumoso capítulo da topografia médica. No entanto, “Com o passar dos anos, cresce a atenção dedicada à qualidade do ar, enquanto diminui a apreciação dos méritos da água. O triunfo das teorias de Lavoisier, depois de 1783, leva a privilegiar o oxigênio; a preocupação suscitada pela tísica

pulmonar aumenta.” (Corbin, 1989, p. 84). Todos os fatores curativos passaram a jogar a favor da praia. As medições e obras médicas explicavam que o ar marítimo era o mais puro e oxigenado. Segundo os médicos, o curista deveria desfrutar do bem-estar que uma boa respiração proporcionava. Na praia, ponto de contato dos elementos, esperava-se a cura graças às qualidades do ar e, secundariamente, da água. Já o sol desempenharia um papel purificador da atmosfera.

Como destacou Bertolli Filho (2001, p. 52), desde o final do século XVIII, “os clínicos passaram a reiterar com insistência a necessidade de os tuberculosos mudarem de ares, indicando especialmente os climas quentes da Europa meridional como propícios para o tratamento dos pulmões”, acompanhando de perto as instruções preconizadas pela medicina greco-romana. O desenvolvimento de uma medicina natural, decorrente da patologia urbana e do crescimento anárquico da indústria, conduziu a indagações a respeito das condições de vida saudável. Especialmente a partir do século XIX, os médicos passam a recomendar as “curas de ar”, encorajando o turismo marítimo.

A crença médica de que as características da atmosfera e do clima de determinados lugares proporcionavam a recuperação dos pulmões dos tuberculosos deu origem ao surgimento de estações climatoterápicas especializadas no atendimento aos doentes de peito. Os primeiros sanatórios surgiram no começo da segunda metade do século XIX. Em 1854, numa região montanhosa e arborizada da Silésia prussiana, o médico tísico Hermann Brehmer inaugurou a primeira instituição especializada no tratamento dos tuberculosos. Mais tarde, outras instituições foram instaladas na Alemanha com a mesma finalidade. A premissa dos médicos alemães baseava-se na suposição da inexistência de casos de tuberculose entre os habitantes

das montanhas. Eles acreditavam que a consunção se devia à circulação precária do sangue no pulmão e a permanência em regiões de altas altitudes revitalizar-lhes-ia as funções orgânicas prejudicadas, curando os enfermos (Bertolli Filho, 2001, p. 54).

O sanatório, já no final do século XIX, tornou-se uma característica do triunfo do contagionismo, transformando-se numa forma de isolamento do tuberculoso. Nessa instituição, o doente passará a viver longe de seus parentes e familiares, num ambiente idealisticamente pensado para seguir a disciplina da caserna, um âmbito entre o carcerário e o monacal. Distante da vida cotidiana, precisará entrar em contato permanente com a realidade da tuberculose, junto aos seus semelhantes, diante das alucinações da morte (Pôrto, 2004, p. 100).

Enquanto a Inglaterra era o berço da concepção segundo a qual a tuberculose poderia ser limitada mediante a atuação dos dispensários, na Alemanha a disseminação de sanatórios nas regiões de altitude, transformou essa instituição num modelo adotado pelo governo alemão, desde 1892, para criar uma rede de sanatórios, custeada com fundos criados pelos trabalhadores. Na sequência, diversos países europeus atuaram para criar suas próprias casas de saúde especializadas. A propaganda em torno do sanatório fez dele um lugar por excelência de onde provinham os meios eficazes de cura contra a doença. Mas, como Ângela Pôrto chamou atenção, os meios de cura desenvolvidos e praticados nos sanatórios tinham uma eficácia de cura muito relativa, uma vez que, geralmente, o que se conseguia era um estado geral de melhora na condição dos pacientes, sem que a tuberculose fosse efetivamente curada.

O debate da terapêutica sanatorial na Academia Nacional de Medicina

Segundo Luiz Otávio Ferreira (2004, p. 94), no Brasil, seguindo a tendência que se verificou na Europa desde o final do século XVIII, os periódicos médicos assumiram um papel estratégico no esforço de institucionalização e de afirmação científica da medicina “funcionando como arena de legitimação social e de disputas científicas e profissionais.” Analisando os discursos publicados nas páginas do Boletim da Academia Nacional de Medicina, fruto dos debates travados no âmbito dessa sociedade médica, foi possível identificar um panorama sobre a discussão em torno da climatoterapia da tuberculose, bem como a viabilidade do sanatório como instituição modelo para o combate à doença em território nacional.

O debate foi levantado na sessão da Academia Nacional de Medicina (ANM) dos dias 18 e 25 de julho de 1935 como uma reação do Dr. Clementino Fraga à oração proferida pelo médico João Marinho no Rotary Club do Rio de Janeiro, em maio. Na ocasião, o Dr. Marinho questionou, diante de uma plateia leiga, e como vimos no capítulo anterior, que se dedicava à benemerência, a eficácia do sanatório como meio terapêutico da tuberculose ao criticar o que chamou de “tabu do sanatório”. Seu argumento era o de que, com um investimento muito menor, poder-se-ia obter uma redução muito mais significativa de óbitos a médio e longo prazo por meio da imunização pelo BCG. Incomodado pela conferência de João Marinho proferida junto ao Rotary por considerá-la inóspita ao ter sido proferida em “meio profano”, o que poderia acarretar prejuízo às minúsculas verbas advinda das doações para a construção de sanatórios, Clementino Fraga, ferrenho defensor dessa instituição, resolveu confrontar o colega médico quanto a eficiência do sanatório como

meio terapêutico para a tuberculose, levando a questão para discussão no âmbito da ANM.

As questões levantadas por ocasião discussão sobre a terapêutica sanatorial e a questão do clima no tratamento da tuberculose, dividiram os médicos da ANM com interesses distintos e visões discordantes, muito embora em alguns pontos as posições de ambos dialogassem e concordassem entre si. Grosso modo, foi possível identificar dois grupos de médicos. De um lado, estavam aqueles que defendiam o valor dos métodos terapêuticos e profiláticos da instituição sanatorial, secundados pelo clima de altitude, notadamente nomes como Clementino Fraga, Hélio Fraga e Valois Souto. De outro, estavam os médicos que, embora não discordassem do valor terapêutico do sanatório, questionavam veementemente a eficácia da cura tuberculose pelo clima e viabilidade financeira da vulgarização dessa instituição. De modo geral, este grupo defendia que a cura da tuberculose poderia ocorrer em qualquer clima, desde que seguindo estritamente as prescrições médicas e uma moderna terapêutica. Dentre os que cerravam fileiras nesse bloco, pode-se citar João Marinho, Cardoso Fontes, João de Barros Barreto, Genésio Pitanga e Aloysio de Paula.

Em linhas gerais, Clementino Fraga, assim como seu filho Hélio Fraga, assistente do Sanatório Corrêas, em Petrópolis, estabelecimento dirigido por Valois Souto, defendiam o fator climático como elemento indispensável para a cura da tuberculose. Descrevendo a relação entre *Tuberculose e bioclimatologia*, ambos os médicos argumentavam que os fatores climáticos tais como: temperatura, estado higrométrico (umidade relativa do ar), pressão atmosférica, luminosidade, ventos, composição telúrica, cursos d'água, proximidade de florestas, deveriam ser considerados no cálculo climatérico e

sustentavam que tais fatores incidiam sobre a saúde individual, mas eram especialmente sensíveis no caso da tuberculose, pois era preciso perceber o tipo de clima e seus efeitos em relação ao organismo. Dever-se-ia selecionar o clima que fosse mais adequado ao estado do doente, excitante ou sedativo, em concorrência com outros elementos terapêuticos. Afirmava-se não haver clima preferido para a tuberculose, mas defendia-se que “há, e deve haver, clima favorável ao tuberculoso, estudado as condições em que a doença o atingiu e evolue, desde seu aspecto biotípico geral até as características orgânicas e funcionais que o distinguem.” (Fraga, 1936, p. 77)

Convencionou-se classificar os climas, do ponto de vista terapêutico, em excitante e sedativo. O primeiro era frio, seco, ozonizado, variável, era o clima de montanha. O segundo, de temperatura estável, elevado estado higrométrico, em geral, quente, era o clima de planície. Mas, apesar da distinção, esses médicos sustentavam que poderia haver altiplanos sedativos ou estimulantes, como poderia haver, de forma igualmente variável, tais climas em lugares de baixa altitude. Assim, o clima agiria como fator preponderante, mas não determinante para a cura da tísica. Esta, por sua vez, viria da coadjuvação de fatores climáticos com o conhecimento técnico e as modernas terapêuticas empregadas pelo especialista no sanatório, preferencialmente localizado em clima de altitude.

Genésio Pitanga e Aloysio de Paula, por seu turno, opunham-se frontalmente às considerações de Clementino e Hélio Fraga em relação à terapêutica da tuberculose pelo clima. Em linhas gerais, esse segundo grupo defendia que a tuberculose poderia ser curada em qualquer lugar, independente do clima, desde que empregados os meios terapêuticos modernos mais adequados para o tratamento dos pacientes acometidos pela tísica. Ao contrário de Clementino

Fraga e Hélio Fraga, que tinham uma trajetória profissional ligada à instituição sanatório, os médicos Pitanga e Paula trabalhavam ambos nos serviços de tuberculose localizados em Centros de Saúde no Rio de Janeiro, onde vigorava o regime de tratamento ambulatorial, sem a necessidade de internação do paciente tuberculoso, como ocorria nos sanatórios.

Genésio Pitanga, que era tisiologista do Centro de Saúde n.º 6, no Rio de Janeiro, arguia que, na realidade, “todas as vantagens, que se atribuem cegamente à mudança de clima, deveriam, antes, na sua melhor parte, passar ao activo da mudança de regime e de vida que acompanha paralelamente a de clima.” (Pitanga, 1936, p 84). O autor defendia que o êxito observado nos sanatórios que se alojavam nos melhores climas, estava mais condicionado às técnicas de tratamento que as virtudes climáticas da altitude. Já Aloysio de Paula, tisiologista do Centro de Saúde n.º 3, no Rio de Janeiro, buscava demonstrar que a tuberculose poderia ser curada em qualquer clima, independente de condições climáticas tidas como especiais. Paula negava categoricamente que o clima de altitude pudesse, por si só, ser um elemento fundamental de cura da tuberculose, que se baseavam no que ele entendia ser uma frágil argumentação baseada em premissas falaciosas, como a pureza do ar, qualificada como um “argumento lírico” para justificar a visão dos partidários da altitude, que o ar das montanhas seria mais puro que nas cidades das planícies e a secura do ar, transplantada dos estudos europeus, não encontrava aplicação no Brasil, devido à umidade relativa do ar ser mais alta em quase todo território nacional.⁹⁴⁹ Por isso, justificava que o tratamento da tuberculose poderia se realizar em qualquer lugar do Rio de Janeiro, mas preferencialmente nas zonas de maior densidade urbana:

Já se passou o tempo do sanatório localizado em locais inacessíveis, ali localizados em virtude de uma pouca provada ação *therapeutica* do clima de altitude. É necessário que tais sanatórios, casas de cura, sejam localizados nos bairros, de acordo com a densidade de sua população, levando naturalmente, capazes de fornecer ao doente uma boa cura de aeração e um bom ambiente de repouso. (Paula, 1936, p. 102-103)

Aloysio de Paula defendia que o clima era um fator secundário no tratamento da tuberculose, argumentando por uma climatoterapia baseada numa técnica que curasse a doença em qualquer lugar. A aeração, por exemplo, consistiria em mudar o doente de lugar, que saísse de seu quarto e fosse para a varanda, respirar um ar renovado. Na sua concepção, isso também era climatoterapia. Para esse eminente fisiólogo, o preconceito do clima de altitude pertencia à história dos exageros e erros da medicina.

Em síntese, nos debates ambientados na ANM, é possível identificar, grosso modo, um grupo de médicos defensores do tratamento sanatorial e da cura pelo clima, enquanto outro grupo, sem questionar os méritos terapêuticos do sanatório, sustentava que o clima era um fator secundário para a cura da tuberculose, importando mais para levá-la a efeito as modernas práticas terapêuticas, a mudança de hábitos e a adoção de um regime higiênico-dietético. É importante salientar que ambas as posições em relação ao sanatório estavam ligadas ao lugar social que cada grupo de fisiologistas ocupava. Os fisiologistas favoráveis ao sanatório estavam vinculados a estas instituições em zonas climatoterápicas, enquanto seus críticos atuavam invariavelmente nos ambulatórios de Centros de Saúde localizados nos meios urbanos e, possivelmente, poderiam se beneficiar com o tratamento da tuberculose em consultório particular. Portanto, cada grupo advogava em causa própria na defesa dos seus interesses

profissionais/econômicos travestidos de questões científicas no âmbito da tisiologia.

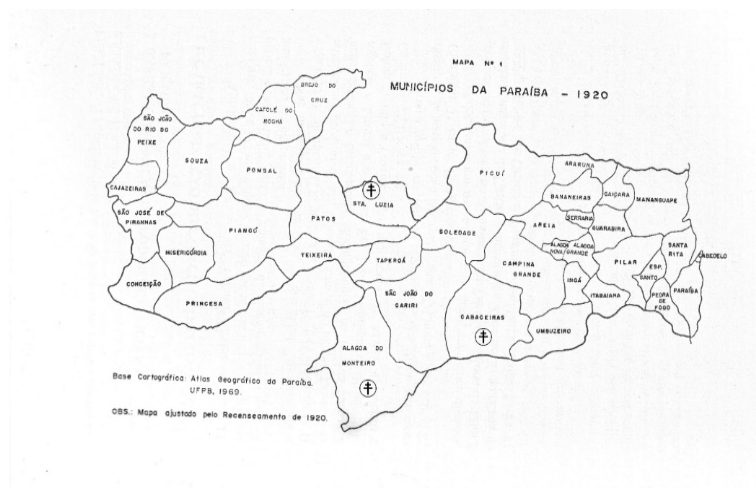
Os “bons ares” na terapêutica da tuberculose na Paraíba

Como visto, a questão do clima ainda tinha grande preponderância no debate terapêutico sobre a cura da tuberculose, especialmente no que se referia ao tratamento sanatorial. José Américo de Almeida, em sua *A Paraíba e seus problemas*, publicado em 1923, fala sobre os “sanatórios do interior” do estado, para onde um número cada vez maior de tuberculosos se dirigia. Segundo o autor:

A tuberculose não ingressou em muitos pontos do Estado, principalmente na região serrana dos Brejos e do Cariri. Temos, ao contrário, excelentes sanatórios, procurados por dotes dos Estados vizinhos. [...] E a peste branca, mal cosmopolita, já se transferiu a algumas localidades sertanejas. O clima saudável dessa zona foi atraindo tísicos que, por falta de meios de preservação e, ao contrário, por extremos de acolhimento, entraram a contaminar a população. (Almeida, 1980, p. 460, 463)

José Américo de Almeida definia o clima do Sertão paraibano como quente e seco, características tidas como favoráveis pelos cânones da medicina hipocrática para “secar” os pulmões dos tuberculosos. As informações coletadas ao longo da pesquisa, me permitiram identificar algumas localidades do interior do estado que eram reputadas como lugares para o tratamento da tuberculose devido as suas pretensas qualidades atmosféricas, especialmente em regiões de clima seco e marcadas pela aridez, conforme demarcadas com a Cruz de Lorena (símbolo da luta contra a tuberculose) no mapa abaixo:

MAPA 1 - Divisão político-administrativa dos municípios paraibanos na primeira metade do século XX



Fonte: Ferreira, 1993. (com adaptações)

As cidades de Cabaceiras e Alagoa do Monteiro, na região do Cariri paraibano, e Santa Luzia, no Sertão do Seridó, eram consideradas desde os tempos do Império como os “sanatórios naturais paraibanos”, em decorrência da convergência de um conjunto de fatores, quais fossem, “a localização no planalto da Borborema, a pluviosidade restrita, o clima ameno e a temperatura constante favorecida pelos ventos.” (Agra, 2010, p. 129).

No que tocava à questão do clima na terapêutica da tuberculose, o principal médico paraibano que atuou no combate à tísica, Lourival Moura, colocava-se ao lado dos otimistas, “considerando o clima um dos melhores coadjuvantes na cura da fimatose.” (Moura, 1939, p. 94). O tisiologista asseverava esta posição mediante sua observação empírica quando esteve clinicando em Santa Luzia do Sabugi, cidade localizada na região do Sertão do Seridó, numa altitude de “290 metros acima do nível do mar, terreno acidentado, seco, os-

tentando muitos pedregulhos” com temperaturas variando entre 23° e 33 °C (Nóbrega, 1950, p. 37) e considerada a cidade mais seca do sertão paraibano por estar situada no sopé da Serra da Borborema na depressão do Rio Piranhas, resguardando-a dos ventos, o que criava uma barreira física para o regime pluvial (Almeida, 1980, p. 141). Segundo o Dr. Moura:

Nos sertões de Sabugi, onde clinicamos seis longos anos, observamos, ali, que o tuberculoso passava da cronicidade à velhice, e isso não constituía fato de raridade. Indivíduos que depois de sofrerem terríveis hemoptises, dias após, montavam a cavalo para rever os seus gados as longas encostas dos serrotes. (Moura, 1939b, p. 94)

Convém lembrar ainda outra observação advinda de outro testemunho da época em relação à tuberculose entre a população sertaneja. Durante a calamidade da Seca de 1932, o jornalista Orris Barbosa observou que:

[...] nas autopsias dos sertanejos flagelados a tuberculose foi raramente identificada: essa pobre gente, apesar de viver durante muitos meses em aglomerados infectos, era poupada dos assaltos da bacilose, que encontrava, na sua organização galvanizada por hábitos higiênicos exercitados durante longos anos no clima saudável das montanhas, uma invulgar invulnerabilidade. (Barbosa, 1998, p. 74)

Havia, portanto, a crença de que a população sertaneja que vivia em locais de altitude mais elevada devido ao pretenso clima saudável das montanhas gozava de certa “invulnerabilidade” quanto ao bacilo da tuberculose. O relato, no entanto, também deixa entrever que havia a prática de alguns hábitos higiênicos internalizados por essa população, o que, de fato, a protegia da infecção.

A prescrição do tratamento climático era muito comum na prática médica do Dr. Lourival Moura no Dispensário Cardoso Fontes. Em três das suas dez observações clínicas publicas na revista *Medicina*, o tisiologista recomendou aos seus pacientes — para aqueles que tinham posses para tanto —, que “subissem a montanha” procurando os “bons ares” de Alagoa do Monteiro, situada a 590 metros acima do nível do mar, localizada no Médio Sertão dos Carris Velhos, uma região assentada no chapadão da Borborema, de clima semiárido e uma das mais privadas de chuvas da Paraíba, composta dos municípios de Cabaceiras, (Alagoa do) Monteiro, Picuí, São João do Cariri, Soledade e Taperoá. Apesar do clima seco e da baixa pluviosidade, as temperaturas eram amenas, variando entre 19° e 20 °C (Nóbrega, 1950, p. 33).

É interessante notar que essas cidades — Cabaceiras, Alagoa do Monteiro e Santa Luzia — apesar de localizadas em uma região de clima semiárido, secas e quentes, e com baixos índices pluviométricos, apresentavam temperaturas amenas, o que propiciava uma atmosfera agradável ao tratamento dos tuberculosos, uma vez que o calor excessivo era visto como prejudicial e debilitante para os enfermos.

Numa dessas observações, referente a um homem branco, casado, de 38 anos, ocupado como “Chefe de Repartição” identificado sob as iniciais de F.P.S., o tisiologista anotava que “Em princípios do ano passado, começou a perder peso, sentir inapetência, tosse seca, dores torácicas e arrepios à tarde. Positivando-se o exame do escarro, subiu a montanha a conselho médico.” Julgando-se restabelecido, o tísico “desceu à planície” e recomeçou a trabalhar. Com pouco tempo, rebentou-lhe uma grave crise.

Chamado à residência do enfermo, Lourival Moura encon-

trou-o acamado, febril, em estado de prostração, com muita tosse e inapetência. A radiografia mostrava “sombas” acentuadas nos pulmões. O médico aconselhou repouso, superalimentação, cálcio e gá-dusan por via intravenosa, o que reduziu a temperatura do doente e fez-o voltar o apetite. Em meio a essa melhora, o Dr. Moura aconselhou-o a “retomar o clima de altitude”. Tendo cumprido com as recomendações médicas, F.P.S. retornou ao consultório médico após 6 meses com sensível melhora e redução das “sombas” pulmonares.

Outro paciente, um jovem de 20 anos, solteiro, identificado como “X” procurou o serviço médico com a respiração rude e ester-torante, perdendo muito peso. Convidado ao exame radiológico, o paciente nunca mais apareceu no dispensário. Devido ao comportamento desregrado do jovem tísico, e temendo que isso poderia sacar-lhe pesadas consequências no futuro, um irmão do enfermo levo-o para o Rio de Janeiro na tentativa de corrigi-lo. Na capital federal, a tuberculose se revelou “nos seus moldes clássicos”, sendo diagnosticada uma infiltração bilateral. O médico consultado no Rio de Janeiro fez-lhe a recomendação pelo clima de altitude. Então, X procurou Alagoa do Monteiro, permanecendo na cidade por 3 meses. Segundo Lourival Moura, quando o doente foi visitar a família em João Pessoa, encontrava-se “bem forte e robusto”. Somente um ano depois, o jovem enfermo tomou tino e procurou o dispensário para realizar o exame nos raios de Roentgen, que mostrou apenas sombas muito discretas em seu pulmão direito (Moura, 1939b, p. 91-92).

Por seu turno, B.G.R., um funcionário público de 25 anos, natural de Goiana, Pernambuco, possuía uma infiltração no pulmão esquerdo e fora diagnosticado com tuberculose pelo exame de es-carro em 18 de dezembro de 1936, quando procurou o dispensário. Lourival Moura realizou-lhe um pneumotórax, mas a lesão laterali-

zou-se, infiltrando também o pulmão direito. Ao final de dois meses, o médico suspendeu o colapso pulmonar e resolveu aconselhar “[...] clinoterapia e clima. Indicamos Alagoa do Monteiro como o melhor. Em menos de 3 meses B.G.R. visita-nos no serviço com uma melhora surpreendente. Tinha aumentado 2 quilos e 300 grs.” (Moura, 1939b, p. 93).

Em comum, as três observações apresentam melhoras rápidas dos enfermos que procuraram o clima “das montanhas” em Alagoa do Monteiro. Em duas delas, decorridos três meses, os tuberculosos apresentavam sensível melhora, logo em seguida sendo revelado nos exames radiográficos que os seus pulmões tinham apenas “sombras discretas”. Os dados clínicos apresentados por Lourival Moura pareciam revelar que, de fato, a climatoterapia era eficiente e eficaz na cura da tuberculose. Com a recomendação do tisiólogo, o clima de Alagoa do Monteiro tornava-se uma espécie de Davos ou Cladavel paraibana para os tísicos, ou antes, uma congênere nordestina de Campos do Jordão ou de Petrópolis.

Conquanto o afluxo de doentes na cidade fosse elevado, as autoridades locais buscavam disciplinar o espaço público para controlar a circulação de tuberculosos, como pode ser lido no Código de Posturas de Alagoa do Monteiro:

Proibições do domínio da profilaxia e higiene

Art. 50 – Não é permitido:

- u) escarrar no chão das casas públicas;
- v) a pessoa reconhecidamente tuberculosa ou sofredora de qualquer outro mal contagioso, beijar, cheirar, abraçar crianças e dar pequenas guloseimas, que tenham passado pelas suas mãos, a crianças ou pessoas desassidasadas.²

2 Prefeitura Municipal de Alagoa do Monteiro. Decreto n. 18, de 30 de janeiro de 1934. *A União*, João Pessoa, ano 42, n. 165, 29 jul. 1934, p. 11.

Tais medidas visavam impedir a disseminação da tuberculose na cidade, tendo em vista o fluxo de doentes que “subiam a montanha” em busca dos “bons ares” de Alagoa do Monteiro. A legislação deixa entrever o tuberculoso como um sujeito alvo de evitação social, um proscrito.

Entre a montanha e a planície ou onde construir um sanatório na Paraíba?

Os apontamentos levantados no item anterior, especialmente aqueles relacionados à Alagoa do Monteiro, são de fundamental relevância para a compreensão de como se deu o processo de construção do sanatório para tuberculosos na Paraíba. Até o início dos anos 1940, a primeira escolha, considerada a mais óbvia por alguns médicos, seria por Alagoa do Monteiro como cidade-sede do sanatório.

O debate em torno da construção de um sanatório ganhou corpo ao longo dos anos 1930. Numa reunião extraordinária da SM-CPB, em 3 de janeiro de 1933, o médico paraibano Genival Londres, de consolidada carreira médica na capital federal, a convite de Lourival Moura, então Presidente da Sociedade de Medicina, realizou uma conferência sobre a “Evolução e prognóstico da tuberculose” para os seus colegas e autoridades públicas que enchiam o salão nobre da Academia do Comércio. Concluída sua conferência, o Dr. Londres falou sobre o anteprojeto relativo à construção do sanatório de tuberculosos da Paraíba, elaborado pelo engenheiro Souza Aguiar, comentando-o e apresentando para sua audiência a planta “dessa grandiosa construção do ponto de vista médico, financeiro e social”, que se encontrava apenas no quadro negro. Ao término de sua exposição, foi discutida pelo conferencista e seus pares a escolha do município em que deveria ser edificado o sanatório.

Em correspondência sem data, mas provavelmente de 1934, dirigida ao interventor Gratuliano Brito, o Dr. Genival Londres elogiou a ampla e complexa arquitetura do projeto para o sanatório realizada dentro dos limites da verba concedida, parabenizando ao arquiteto pelo projeto e ao chefe do poder executivo estadual pela iniciativa de um “serviço de grande vulto” ao acervo dos que “muito já tinha prestado à Paraíba.”³ Por isso, o interventor Gratuliano de Brito decretou, conforme disposto no Decreto n.º 529, de 27 de junho de 1934, a concessão de:

[...] isenção de todos os impostos estaduais pelo prazo de dez (10) anos ao particular ou empresa que construir ou explorar dentro de um (1) ano a contar desta data, um Sanatório Modelo na cidade de Alagoa do Monteiro, neste Estado, em local a ser escolhido pela Diretoria Geral de Saúde Pública e de conformidade com o projeto aprovado pelo Governo.⁴

O corpo do Decreto, considerava-se que “a cidade de Alagoa do Monteiro, pelo seu clima e condições de salubridade especiais”, era, naturalmente, “o ponto indicado para a construção de um Sanatório”. Sua construção viria satisfazer “uma das exigências mais insistentes da saúde pública, no Estado, além de representar uma defesa àquele centro, sempre procurado por doentes dessa natureza.” Desse modo, além de atender a um problema palpitante da saúde pública da Paraíba — a tuberculose —, a construção do Sanatório no “clima especial” de Alagoa do Monteiro serviria para proteger a cidade, isolando os tuberculosos que a procuravam para tratar da sua moléstia.

3 LONDRES, Genival. [Correspondência]. Destinatário: Gratuliano de Brito. s./l., s./d., 1 carta, 2 fls. Localizada em: Fundo Gratuliano da Costa Brito, GB/In, CRp. 34, A. 01, g. 01, doc. 690, C, FCJA.

4 Decreto n.º 529, de 27 de junho de 1934. *A União*, João Pessoa, ano 42, n. 140, 28 jun. 1934, p. 6.

Em diversas estâncias climáticas do Brasil, muitas pensões e sanatórios eram, em geral, mantidos por particulares ou entidades privadas. Alguns desses sanatórios particulares eram explorados economicamente por médicos interessados em consolidar seus nomes no campo terapêutico da tuberculose.⁵ Um óbice para a construção de um Sanatório Modelo naquele momento, na Paraíba, certamente se devia aos elevados custos para a construção do edifício, que além de tudo deveria ser dotado com pessoal e equipamento necessários a uma moderna terapêutica da tuberculose. Mas mesmo não tendo sido construído, fato é que havia um projeto aprovado pelo governo do estado, havia um local escolhido pela Diretoria Geral de Saúde Pública para sua construção.

Malgrada esta primeira tentativa de construir um sanatório na Paraíba, a necessidade de sua construção foi novamente levantada durante e após a realização da Semana da Tuberculose, 1937. O clima despertado pelo certame científico, que reuniu toda a comunidade médica paraibana para discutir o problema da tuberculose, era o mais favorável possível para a realização de obras sociais no sentido de combater a doença na capital João Pessoa. No freir dos meses que se seguiram, foram criadas a Liga Paraibana Contra a Tuberculose, foi instituído o Serviço de Vacinação BCG no Dispensário Arlindo de Assis, além da construção do Preventório para os Filhos dos Tuberculosos.

Novamente, a questão do sanatório foi aventada. Dessa vez, o interventor Argemiro de Figueiredo autorizou, por meio da Lei n.º 193, de 5 de novembro de 1937, a contratação e instalação de um sanatório para tuberculosos, estabelecendo que: “Art. 1º — Fica o Go-

5 Diversos médicos instalaram sanatórios em Belo Horizonte com esse propósito, ver: Laboissière, 1998, p. 94–107. Sobre a assistência privada em Campos do Jordão, Cf.: Prince, 2017, p. 85–149.

verno do Estado autorizado a contractar a construção e consequente instalação de um Sanatório para Tuberculosos, que deverá ser situado em Alagoa do Monteiro. Art. 2º — Fica igualmente autorizado a abrir o crédito necessário até a quantia de 500:000\$000.” Apesar da abertura de crédito até a significativa quantia de 500 contos de réis autorizado pelo governo, mais uma vez o projeto não saiu da letra da lei.

Durante a discussão do parecer n.º 60 do projeto n.º 22 que originou a Lei n.º 193, de 5 de novembro de 1937, o deputado Fernando Nóbrega falou na Ordem do Dia da Assembleia Legislativa da Paraíba (ALPB) em defesa do projeto de sua autoria. O parecer técnico do projeto, elaborado pelo médico e também deputado Newton Lacerda, defendia a “necessidade de se dar apoio condigno às pessoas atacadas de peste branca” com a instalação do referido sanatório em Alagoa do Monteiro, pois esta seria a “região que melhor se presta a esse fim.”⁶

Ao longo da realização da Semana da Tuberculose, diversos médicos, por meio de suas conferências científicas ou palestras educativas na Rádio Tabajara, falaram da necessidade, quer seja, de um sanatório em Alagoa do Monteiro. Médicos como Giacomo Zaccara também faziam coro à ideia da localização do Sanatório no Cariri paraibano. Ao microfone da Rádio Tabajara, o Dr. Zaccara defendia que era preciso se levantar “uma campanha coesa em prol da construção de um sanatório neste Estado, na cidade de Alagoa do Monteiro, já escolhida e cujos estudos, para esse fim, já foram realizados.” (Zaccara, 1939, p. 106).

Havia, no entanto, divergências. Com a vinda de um novo

6 Assembleia Legislativa do Estado. *A União*, João Pessoa, ano 45, n. 198, 10 out. 1937, p. 2.

Diretor Geral de Saúde Pública, o Dr. Achilles Scorzelli Jr., sanitarrista do DNS, operou-se uma mudança de perspectiva com relação à localização do sanatório. Apoiado na visão de Barros Barreto⁷, então diretor do DNS e que defendia a desapropriação de imóveis nas grandes cidades para a instalação de sanatórios para os tuberculosos a fim de baratear sua construção, Scorzelli Jr. argumentava, num trabalho apresentado em novembro de 1938 junto à SMCPB, que instalar tais nosocômios em estações climáticas seria, via de regra, para muitos lugares no Brasil (com exceção de Belo Horizonte), e no caso particular de Alagoa do Monteiro na Paraíba, fazer mais difícil, em primeiro lugar, a obtenção de bons especialistas que somente se deslocariam dos centros em que viviam com ordenados altamente compensadores e, em segundo, provocar um afastamento muito grande dos doentes de sua casa e de sua família, o que teria uma influência moral sensível no tratamento do tuberculoso. Assim, por um lado, seria mais vantajoso segundo o novo diretor da DGSP ter, ao contrário, sanatórios em grandes centros para facilitar, por um menor custo, a obtenção dos serviços de bons tisiologistas e, por outro, escolher um lugar próximo à morada do doente, do que outro distante, embora aparentemente mais qualificado.

Nas palavras de Achilles Scorzelli Jr.:

Não se pode, com efeito, embora julgando boa a ação do clima, fazê-la preponderar sobre a boa técnica, muito mais acessível de conseguir nos centros principais. [...] Em conclusão, *o sanatório, que devemos primeiro possuir, se há de situar na capital do Estado, zona urbana, de grande incidência da tuberculose, centro de confluência de vários municípios vizinhos, local de melhores recursos técnicos e materiais.* (1939,

7 O trabalho citado pelo médico foi: BARRETO, João de Barros. Um programa mínimo para dois problemas máximos de Saúde Pública. Arquivos de Higiene, ano VIII, n. I.

p. 25, grifos meus)

A escolha entre a montanha e a planície não deveria sacrificar os meios mais eficientes para o prognóstico da tuberculose. Falando claramente aos seus colegas na SMCPB, Scorzelli Jr. mostrava-se “na fileira dos que combatem a localização do primeiro sanatório popular em Alagoa do Monteiro.” Segundo o médico, ineludivelmente, a escolha por aquela cidade do Cariri era presidida pela questão do clima. No entanto, desde seu passado prestigioso, argumentava que o clima tinha se transformado numa posição menor, secundária na terapêutica da tuberculose, pois os bons efeitos que lhe atribuíam não encontravam senão apenas uma razão empírica. Entre o clima e a técnica, optava-se claramente pela técnica.

Para Achilles Scorzelli Jr., o sanatório era a mais ingente lacuna a se preencher na luta contra a tuberculose na Paraíba, necessário para completar a ação do Dispensário Cardoso Fontes e do Serviço de Vacinação BCG, ambos sediados na capital João Pessoa. O sanitarista admitia um cálculo de um leito para cada óbito, que na média dos últimos cinco anos (de 1933 a 1938) havia sido de 190.

A situação da tuberculose, não apenas em João Pessoa, mas na Paraíba, não era nada animadora. A comunicação apresentada por Achilles Scorzelli Jr. aos colegas paraibanos na SMCPB mostrava, de forma quase inédita, informações sobre a situação da tuberculose não apenas na capital, mas também no interior do estado. No município de Alagoa do Monteiro, para além da conveniência de ter um dispensário, devido ao grande número de tísicos que procuravam a cidade, “em busca dos benefícios que são atribuídos ao seu clima”, convinha “estimular a criação de um sanatório *particular*, para evitar a presença de doentes em pensões ou domicílios.” Na opinião de muitos médi-

cos, a cidade de Santa Luzia era considerada um reduto de tísicos. Mamanguape também despertava atenção por ser uma zona fabril e com grande número de operários. Por seu turno, Patos, Itabaiana, Guarabira, Alagoa Grande e Cabelo inspiravam cuidados por serem cidades maiores ou localidades onde a tuberculose havia sido mais frequentemente assinalada.

Em 1940, foi realizada uma nova investida por um sanatório em Alagoa do Monteiro, mas dessa vez, envolvendo o governo federal. No apagar das luzes dos últimos meses da interventoria de Argemiro de Figueiredo, o jornal *A União* dava como certo o repasse de uma verba federal diretamente autorizada pelo Ministro da Educação e Saúde, Gustavo Capanema, para a construção de um sanatório:

RIO, 25 (Urgente) — Interventor Argemiro de Figueiredo — Palácio da Redenção — João Pessoa — Solicito a v. excia. a fineza de informar-me se ainda considera Monteiro o lugar mais conveniente sede do Sanatório cuja construção o Governo Federal vai iniciar no corrente ano, nesse Estado. Estimarei também que v. excia. me comunique se julga satisfatória a capacidade de duzentos leitos e, em caso negativo, qual a capacidade mínima indispensável. Saudações — GUSTAVO CAPANEMA, ministro da educação e saúde.⁸

O intuito, conforme essa e outras notícias divulgadas pelo jornal *A União*, era transformar a cidade em uma espécie de estância climática e hidromineral. Havia pouco, descobrira-se a “existência de preciosos sais minerais” contidos nas águas de Alagoa do Monteiro. Argemiro de Figueiredo, valendo-se de um vasto conjunto de obras, estava cioso em demonstrar sua imagem como um benfeitor junto aos paraibanos (Silva, 2017, p. 138). Com as obras previstas para Ala-

⁸ A construção de um sanatório em Monteiro pelo Governo Federal. *A União*, João Pessoa, ano 48, n. 118, 29 maio 1940, p. 1.

goa do Monteiro, isso não seria diferente.

No intuito de monumentalizar as realizações do seu governo, a ideia era transformar a cidade numa estação de repouso e cura do Nordeste, para impulsionar o turismo com a vinda de habitantes dos centros urbanos em busca do “revigoramento das energias”, somando-se a já existente busca pelo clima da localidade pelos doentes de peito. Por meio da imprensa oficial, o interventor usava o jornal *A União* para propagandear seus projetos:

O Nordeste, sujeito como é na sua generalidade a um clima rigoroso, quente e seco, apresenta, contudo, zonas saudáveis e privilegiadas. Entre estas, bem no cariri, Monteiro destaca-se como um milagre da natureza tropical, numa região de serras suaves, de intensas atividades agro-pastoris, convidativa, pelo seu clima e pela sua paisagem, a uma estação de repouso para o “revigoramento” de energias dos que habitam as cidades febricitantes de trabalho e progresso. Há muitos anos que Monteiro se tornou um dos centros mais procurados por aqueles que precisam de um bom clima seco e saudável, enfim, de um ambiente propício não só para a reconquista da saúde, como para retemperar, na suavidade do ambiente rural, as energias e mesmo o gosto de viver.⁹

Como um “milagre da natureza tropical”, Monteiro representava a síntese das características climatéricas relacionadas: o ambiente serrano e campestre, com temperaturas amenas, seria o cenário pacato e convidativo para o repouso da vida agitada e “febricitante” das cidades. O clima de Monteiro, de junho a outubro, era comparado ao das cidades do sul mineiro. Destacava-se também que se tratava de uma *urbs* arborizada, de ruas largas e bem traçadas. Em resumo, uma cidade organizada e higiênica.

⁹ Monteiro estação de cura e repouso do nordeste. *A União*, João Pessoa, ano 48, n. 119, 30 mai. 1940, p. 1.

A descoberta recente de suas “magníficas” águas¹⁰ ricas em magnésio e cálcio já eram consideradas iguais às de Vichy (conhecida estância termal da região de Alvérnia-Ródano-Alpes, na França) e, segundo o jornal, uma das melhores do Brasil, recomendada para a cura de doenças estomacais e intestinais, tornou a cidade do Cariri ainda mais procurada por aqueles que estavam mais “necessitados de saúde e de vida”.

Assim, notando o afluxo de turistas para Monteiro e visando se autopromover, o interventor Argemiro de Figueiredo pretendia transformar a cidade numa estação de cura e repouso do Nordeste. A ideia não era novidade, nem tampouco original no Brasil.¹¹ Mas o projeto era ambicioso. O plano era construir um moderno hotel e um sanatório modelo, que segundo as notícias já estava acertado com o ministro Capanema, para atrair os turistas e os enfermos que procurassem o clima “maravilhoso” e as águas “magníficas” de Monteiro, com o intuito de “rivalizar com as melhores do Brasil”, colocando a Paraíba no circuito das estâncias climáticas brasileiras. Das duas obras, apenas o “Grande Hotel” já estava em construção.¹² Além disso, havia a edificação de uma Granja Modelo para estimular a produção local de aves. As obras do sanatório eram previstas para começar ainda naquele ano de 1940, o que, de fato, jamais aconteceu.

Embora houvesse justificativas que eram “científicas” na época para a escolha de Alagoa do Monteiro como cidade sede para

10 LIMA, Deocleciano Pereira. As águas de Monteiro. *A União*, João Pessoa, ano 48, n. 162, 21 jul. 1940, p. 3.

11 Valéria Zanetti demonstrou em sua tese de doutorado como foi construída uma representação sobre a cidade de São José dos Campos, no interior de São Paulo, como uma estância climática nas primeiras décadas do século XX. Ver: Zanetti, 2008, p. 54.

12: MONTEIRO, a Vichy do Nordeste. As propriedades climatéricas e hidro-minerais da próspera cidade sertaneja torná-la-ão em breve um grande centro de turismo e repouso. In: *Manaíra*, João Pessoa, ano 1, n. 9, jul. 1940, p. 14.

um sanatório para tuberculosos, baseadas na terapêutica sanatorial e secundada pela cura por meio da climatoterapia — a qual, deve-se salientar, estava em franco declínio —, as motivações econômicas e políticas se sobrepuseram à escolha da cidade como local para erguer o primeiro sanatório de tuberculosos da Paraíba. Por um lado, dada as qualidades atribuídas ao clima e as recém-descobertas propriedades minerais de suas águas, estimulava-se a transformação de Monteiro numa estância climática e hidromineral do Nordeste, a “Vichy nordestina”, visando fortalecer seu potencial tanto turístico quanto terapêutico. Por outro lado, o interesse em construir a imagem de benfeitor dos paraibanos motivou o interventor Argemiro de Figueiredo a utilizar-se da realização ou, pelo menos no caso do sanatório, do anúncio de obras consideradas de grande vulto para sua autopromoção.¹³

Notícia tão propalada no primeiro semestre de 1940, a construção do sanatório em Alagoa do Monteiro desapareceu do jornal oficial a partir de agosto. A não concretização da obra do sanatório modelo em Monteiro nos últimos meses da interventoria de Argemiro de Figueiredo foi certamente motivada em grande medida por questões políticas. Como explicou Jean Patrício Silva, com o regime do Estado Novo, a saída de um interventor do cargo decorreria somente da morte, renúncia ou exoneração do governante, diante da impossibilidade de eleições. Argemiro de Figueiredo, eleito indiretamente em 1935 como governador, demonstrou lealdade política ao regime instaurado em 10 de novembro de 1937, sendo mantido por Getúlio Vargas no governo da Paraíba. No entanto, assaltado por disputas inter-oligárquicas, o governo de Argemiro começou a sofrer

13 MONTEIRO estância hidro-mineral. *A União*, João Pessoa, ano 48, n. 155, 13 jul. 1940, p. 1 e 5.

desgastes e pressões políticas a partir de outubro de 1939, mas apesar da crise, tentava passar uma imagem de confiança e estabilidade para o povo paraibano. Getúlio Vargas resolveu então mudar a situação política no estado, concedendo a exoneração de Argemiro de Figueiredo do cargo em 28 de julho de 1940, nomeando como novo interventor Ruy Carneiro, que assumiu o cargo em 16 de agosto de 1940 (Silva, 2013, p. 53-60).

A partir de então, o novo interventor, munido do órgão oficial do estado, investiu na construção de sua própria imagem diante da população paraibana e, para além da tentativa de apagamento político do seu antecessor, iniciou uma sistemática campanha de deslegitimação de Argemiro de Figueiredo. Certamente a interrupção de obras de vulto, como a do sanatório de Alagoa do Monteiro, utilizada como instrumento de propaganda por Argemiro, contribuía para essa estratégia. Além disso, é possível supor que questões econômicas tenham tido algum papel na suspensão da construção do sanatório, apesar da verba ter pretensamente sido garantida pelo ministro Capanema, uma vez que na tentativa de deslegitimação do argemirismo, a administração de Ruy Carneiro se esforçou para demonstrar o quadro de crise econômica e fiscal que o antecessor havia legado devido aos vultuosos gastos públicos (Silva, 2013).

O fato em tela que deve ser salientado é que foi a partir de agosto de 1940, com a chegada do novo interventor ao poder, que a ideia de um sanatório em Alagoa do Monteiro foi sepultada de uma vez por todas, pois nenhuma outra notícia foi publicada referindo-se a localização do nosocômio nessa cidade. A partir de então, dava-se lugar ao objetivo de construir um hospital para tuberculosos em João Pessoa. O local da construção do futuro sanatório deixava de ser o cenário campestre das “montanhas” e passava a ser o ambiente ur-

bano na planície litorânea. O que de fato ocorreu em 1946, com a inauguração do Hospital Clementino Fraga.

Considerações finais

Embora estivesse em franca decadência devido à concorrência de novas e modernas terapêuticas, a exemplo do pneumotórax, a questão do clima no tratamento da tuberculose figurou como um dos momentos importantes da história da tuberculose no mundo ocidental e no contexto brasileiro, mas também no cenário da Paraíba da década de 1930 e início dos anos 1940. Inicialmente amparada em questões científicas da época, a escolha do sanatório em Monteiro acabou esbarrando em mudanças políticas no estado, o que acabou sepultando definitivamente um projeto de estância climática associada ao personalismo argemirista.

No entanto, não se deve perder de vista o discurso médico, pois ambas as dimensões — política e médico-científica — constituem elementos fundamentais para a compreensão da questão envolvendo a construção de um sanatório na Paraíba. Com a mudança no âmbito político e governamental, deslocava-se também o discurso médico. Nas notas e informativos publicados pela DGSP no jornal *A União* a partir de 1943, a ênfase dada pelas autoridades sanitárias recaía mais explicitamente sobre as prescrições médicas em detrimento da qualidade do clima para a cura da tuberculose:

Pensava-se até pouco tempo que a cura da tuberculose exigia sempre mudança para um clima mais propício; eram particularmente indicados os sítios frios e secos. Hoje, porém, se sabe que sem mudar de lugar, um tuberculoso pode curar-se, desde que siga à risca as prescrições médicas, criteriosamente formuladas.¹⁴

14 Departamento de Saúde. *A União*, João Pessoa, ano 51, n. 246, 26 out. 1943, p. 4.

Isto é, concordava-se agora que a tuberculose se curava em qualquer clima ou em qualquer lugar, desde que observadas as prescrições médicas. Desse modo, a conjunção de fatores médico-científicos e políticos coadunaram para que o projeto de construção do primeiro hospital para tuberculosos da Paraíba fosse efetivado em meio urbano na sua capital, João Pessoa.

Referências bibliográficas

- AGRA, Giscard Farias. **Modernidade aos goles**: a produção de uma sensibilidade moderna em Campina Grande (1904–1935). Campina Grande: EDUFPG, 2010.
- ALMEIDA, José Américo de. A Paraíba e seus problemas. João Pessoa: A União, 1980.
- ARAÚJO, Fátima. **Paraíba, imprensa e vida**. Jornalismo impresso, 1826 a 1984. João Pessoa: Editora Jornal da Paraíba S.A., 1986.
- BARBOSA, Orris. **Seca de 32 (Impressões sobre a crise nordestina)**. 2 ed. Mossoró: Fundação Vingt-Un Rosado/Coleção Mossoroense, 1998.
- BARROS, José D'Assunção. **O jornal como fonte histórica**. Petrópolis: Vozes, 2023.
- BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História social da tuberculose e do tuberculoso**: 1900–1950. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.
- CORBIN, Alain. **O território do vazio**: a praia e o imaginário ocidental. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- FERREIRA, Lúcia de Fátima Guerra. **Raízes da indústria da seca**: o caso da Paraíba. João Pessoa: Editora UFPB, 1993.
- FERREIRA, Luiz Otávio. Negócio, política, ciência e vice-versa: uma história institucional do jornalismo médico brasileiro entre 1827 e 1843. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, vol.

11 (sup. 1), 2004.

FRAGA, Hélio. Tuberculose e bioclimatologia. **Boletim da Academia Nacional de Medicina**. Seção de 25 de julho de 1935. Rio de Janeiro, ano 107, n. 1, abril de 1936.

LABOISSIÈRE, Márcia Michelin. **Imagens do mal**: a tuberculose em cinquenta anos de Belo Horizonte. Dissertação (Mestrado em História), Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

LUCA, Tânia Regina de. “História dos, nos e por meio dos periódicos”. In: PINSKY, Carla Bassanezi. (Org.). **Fontes Históricas**. 2 ed. 1 reimp. São Paulo: Contexto, 2008.

MOURA, Lourival. A tuberculose pulmonar nas minhas observações clínicas. *Medicina*, João Pessoa, ano VIII, n. 1, jan. 1939b.

MOURA, Lourival. Da luta contra a tuberculose, um grande problema de governo. Palestra na Rádio Tabajara. *Medicina*, João Pessoa, ano VIII, n. 1, jan. 1939a.

NÓBREGA, Humberto. **O meio e o homem da Paraíba**. João Pessoa: Departamento de Publicidade, 1950.

PAULA, Aloysio de. Pode-se curar a tuberculose no Rio de Janeiro? **Boletim da Academia Nacional de Medicina**. Seção de 25 de julho de 1935. Rio de Janeiro, ano 107, n. 1, abril de 1936, p. 97-103.

PITANGA, Genésio. Considerações acerca de clima e sanatório. **Boletim da Academia Nacional de Medicina**. Seção de 25 de julho de 1935. Rio de Janeiro, ano 107, n. 1, abril de 1936, p. 84-97.

PÔRTO, Ângela. Tuberculose: a peregrinação em busca da cura e de uma nova sensibilidade. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de. **Uma história bra-**

- sileira das doenças.** Brasília: Paralelo 15, 2004.
- PRINCE, Ana Enedi. **O Estado de São Paulo e a luta contra a tuberculose no século XIX e meados do século XX.** Taubaté: Editora e Livraria Cabral Universitária, 2017.
- SCORZELLI JÚNIOR, Achilles. Combate à tuberculose pulmonar, na Paraíba. **Medicina**, João Pessoa, ano 7, n. 2-3, mar-maio 1939.
- SILVA, Jean Patrício da. **A construção de uma nova ordem:** análise da interventoria de Rui Carneiro no estado da Paraíba (1940 – 1945). Dissertação (Mestrado em História), Centro de Ciência Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.
- SILVA, Waniéry Loyvia de Almeida. **Autoritarismo, repressão e propaganda:** a Paraíba no governo Argemiro de Figueiredo (1937 – 1940). Dissertação (Mestrado em História), Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013.
- SILVEIRA, Anny Jackeline Torres da; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. A doença revelando a história. Uma historiografia das doenças. In: NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; CARVALHO, Diana Maul de. **Uma história brasileira das doenças.** Brasília: Paralelo 15, 2004.
- SONTAG, Susan. **Doença como metáfora.** Aids e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- ZACCARA, Giacomo. Tuberculose, flagelo social. **Medicina**, João Pessoa, ano VIII, n. 1, jan. 1939.
- ZANETTI, Valéria. **Cidade e identidade:** São José dos Campos, do peito e dos ares. Tese (Doutorado em História) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

“Estragados por uma vida irregular”: aspectos sobre a saúde e as doenças na Parahyba do Norte durante a seca de 1877-1880

Rayane de Lima Brasil¹

Introdução

Parahiba - A secca fazia também ali estragos horríveis. Uma Carta do vigário da Misericórdia ao Despertador diz o seguinte: A seca é assoladora. Os prejuízos incalculáveis! Os pobres estão prestes a morrer de fome, porque se não encontra um só recurso. Estão usando de batatas bravas, cuja escassez ainda mais me aterra. (O Cearense, 04/04/1877, nº29).

A epígrafe acima faz parte da seção destinada às notícias sobre a Província da Parahyba² publicadas pelo jornal *O Cearense* (1846-1891)³, por meio de uma matéria replicada do jornal parahybano *O Despertador*, do dia 04 de abril de 1877. É possível compreender, em

1 Mestranda em História pela Universidade Federal da Paraíba (PPGH/UFPB). O artigo foi apresentado no XII Colóquio de História das Doenças.

2 Optamos pela utilização da grafia do século XIX “Parahyba/Parahiba”, encontrada na documentação.

3 Fundado em 1846 por Frederico Pamplona, Tristão Araripe e Thomas Pompeu. Era o principal órgão de divulgação das ideias do partido liberal, funcionava duas vezes na semana (Maia, 2022). As edições constam apenas do ano de 1877 e 1879, não encontramos nenhuma edição referente a 1878. Disponível no site da Biblioteca Nacional Digital, na área da Hemeroteca Digital (memoria.bn.br).

um dos trechos da carta enviada pelo vigário da freguesia de Misericórdia (atual município de Itaporanga), ao presidente da província, que a região do sertão parahybano foi uma das mais afetadas pela seca, causando diversos problemas, como a escassez de alimento e de outros recursos de subsistência para socorrer a população afetada que se alimentava, vez ou outra, de “batatas bravas”.

Ainda nesta matéria, o jornal afirmava que foi aprovada pela província a abertura de crédito para a vila de Sousa, alto Sertão. No entanto, como veremos mais adiante, os recursos aprovados que eram destinados a essas regiões do Sertão surtiram poucos efeitos imediatos e, em muitos casos, não chegaram em quantidade suficiente para toda a população “assoladas pelo cruel flagelo” (*O Cearense*, 04/04/1877, nº29).

Como a situação da Parahyba continuava a se agravar devido aos efeitos da seca, era comum que o periódico cearense destinasse, em suas duas edições semanais, atualizações sobre a saúde da população, as discussões políticas e a atuação administrativa das comissões de socorros bem como a sua relação com as demais províncias do Norte com o governo geral. Assim, o presente trabalho pretende analisar e discutir aspectos sobre a saúde e as doenças durante a Seca de 1877-79 na Parahyba, utilizamos como fonte as matérias de jornal *O Cearense* (1846-1891), em comparação a outros periódicos parahybanos: *O Liberal Parahybano* (1879-1889) e *A União Liberal* (1878-1879)⁴.

Os jornais como fonte de pesquisa

Neste sentido, a partir das considerações feitas pela historiado-

4 Disponíveis no site da Biblioteca Nacional Digital, na área da Hemeroteca Digital (memoria.bn.br); e do CCHLA-UFPB: Jornais e folhetins literários da Paraíba no século XIX (<http://www.cchla.ufpb.br/jornaiseifolhetins/acervo.html>) .

ra Sandra Pesavento (2008), a Nova História Cultural trouxe diversos olhares de como a cultura pode ser representada por “[...] uma forma de expressão e tradução da realidade que se faz de forma simbólica [...]” (Pesavento, 2008, p.15) através de diferentes fontes de pesquisa e conceitos - representação, imaginário, narrativa, ficção e sensibilidades é possível compreender as experiências individuais e coletivas, entre outros elementos da cultura popular. Para tanto, utilizamos, conforme os apontamentos da autora, a categoria de *representação* que é “[...] fundamentalmente, estar no lugar de, é presentificação de um ausente; é um apresentar de novo [...] se inserem em regimes de verossimilhança e de credibilidade, e mão de veracidade” (Pesavento, 2008, p.40-41.), para analisarmos como a seca de 1877 na Parahyba está sendo representada por meio dos jornais.

Ao fazer uma breve contextualização dos periódicos como fonte de pesquisas históricas, Tânia Regina De Luca (2010) aponta que até meados do século XIX e início do século XX, os historiadores recusavam essa abordagem, pois acreditavam que apenas através de documentos manuscritos se poderia alcançar o “ideal de busca pela verdade dos fatos” (p.111), já que os jornais possuíam “registros fragmentários do presente, realizados sob o influxo de interesses, compromissos e paixões” (p.112). É com a Nova História Cultural, em 1970, que ocorrem novas mudanças no modo de compreender e fazer história por meio dos jornais observando a linguagem, o conteúdo, os espaços de publicação e circulação já que, nas palavras da própria autora, o historiador “trabalha com o que se tornou notícia” (p.140).

Seguindo o mesmo fio condutor de análise histórica e cultural, a jornalista Marialva Barbosa (2010), afirma que os impressos fornecem dados e vestígios sobre determinado passado, além de possuir diversos tipos de escritas e leituras plurais sobre leitores, grupos

e acontecimentos que marcaram o contexto e a época trabalhada, assim: “Produz textos que falam de seu cotidiano e outros que deixam pistas sobre suas relações com as instâncias do poder” (Barbosa, 2010, p. 11).

Já a escolha do jornal *O Cearense* (1846-1891) reflete nas representações feitas em um periódico de outro estado, sendo este o mais afetado, o Ceará, pela seca de 1877. No levantamento realizado percebemos que o periódico supracitado foi o que mais propagou notícias sobre a seca na Parahyba, além das relações com as outras províncias do Norte nas principais medidas adotadas para sanar o problema. São informações interessantes e raras, a exemplo de algumas matérias extraídas de jornais parahybanos como *O Despertador* (1866-1888) e *A Opinião* (1877), que não estão mais disponíveis para a consulta. Por fim, foi feito o cruzamento e a complementação da análise com outros dados encontrados nos seguintes periódicos que circulavam entre 1877 a 1879 na Parahyba: *O Liberal Parahybano* (1879-1889) e *A União Liberal* (1878-1879)⁵.

“Reduzindo á indigência a maioria de seus habitantes”: as notícias sobre a seca de 1877 na parahyba no jornal o cearense

No decorrer da análise das edições do jornal *O Cearense*, encontramos várias notícias sobre a falta de segurança pública nas províncias do Norte afetadas pela seca. Em muitos dos casos, saqueavam os comerciantes e os depósitos que mantinham os gêneros alimentícios e de limpeza, o que agravava ainda mais a situação da população mais pobre afetada pela seca. Além disso, o governo não possuía controle dos casos de violência e saques:

⁵ Disponíveis no site da Biblioteca Nacional Digital, na área da Hemeroteca Digital (memoria.bn.br); e do CCHLA-UFPB: Jornais e folhetins literários da Paraíba no século XIX (<http://www.cchla.ufpb.br/jornaiseifolhetins/acervo.html>) .

Sabe o senado que os centros das províncias da Parahyba, do Rio Grande do Norte, Ceará e Pernambuco, estão infestados de quadrilhas de salteadores e assassinos, que estabeleceram comunismo, no interior dessas províncias; eles dispoem dos bens de todos os proprietários e também da vida destes, se ousarem disputar-lhes os bens. Naquelas províncias não há mais força policial que contenha esses salteadores, ou à incapacidade dessa força e dos administradores se tem mostrado impotentes para disputar-lhes o passo (O Cearense, 06/05/1877, n°39).

Durante os três anos de Seca, o cenário das províncias resumiu-se no “aumento da prostituição, dos furtos, dos saques, crimes de morte” (Albuquerque Jr., 1988, p.71). Em 1879, na Parahyba, a violência ainda continuava forte nas áreas do Sertão: “diversos grupos de salteadores que infestam o alto sertão, o afrontando com energia e denodo as suas iras” (O Liberal Parahybano, 29/07/1879).

Somado a esse fator, os desvios de verbas orçamentárias e de mercadorias das comissões de socorros públicos tornaram-se uma prática recorrente, frequentemente acompanhada de interesses e defesas políticas. Ao observarmos os conteúdos do jornal *O Cearense*, percebemos que, por se tratar de um periódico favorável ao governo local, eram publicadas poucas críticas ou denúncias sobre a atuação pública no enfrentamento da seca, que se tornavam “objeto de um sem-número de denúncias de corrupção e desvios de toda espécie. As verbas de socorros públicos, segundo os jornais de oposição, “não conseguiram socorrer senão as comissões, os comissionados, as sub-comissionadas e protegidas” (Neves, 2005b, p.130).

Em contrapartida, na Parahyba, através da seção oficial de expediente do governo, do dia 25 de julho de 1879, publicada pelo jornal *O Liberal Parahybano*, órgão do governo liberal, foi feita uma acusação que resultou na abertura de um processo criminal pelo pro-

motor público da comarca de Pilar envolvendo o delegado de polícia, o coletor de rendas gerais (ambos de Pilar), e mais dois membros da comissão da Villa de Ingá que:

[...] mandaram vender a maior parte dos mesmos generos, como effectivamente foram vendidos na feira desta Villa, e na do Riachao do Bacamarte, [...], resultando assim, ficarem os indigentes sem receberem as rações que deviam receber; e apropriarem-se os acusados do dinheiro apurado, que até hoje não se sabe o destino que teve [...] (O Liberal Parahyba, 09/08/1879, n°89).

Com relação à saúde da população migrante na Paraíba, encontramos poucas informações no jornal *O Cearense* sobre quais doenças mais afetavam e matavam essa população. No entanto, é bastante comum encontrar notícias sobre os casos relacionados às péssimas condições físicas e higiênicas, devido à falta de alimentação, hidratação, superlotação e exposição solar prolongada como evidencia um trecho replicado da seção “Revistas das Províncias - Pernambuco” do Jornal do Recife sobre a seca no Ceará, Rio Grande do Norte e Parahyba: “Nada de chuvas. O sol é abrasador; a terra esta requisidissima, e parece que vai tudo morrer abraçado [...] andam em bandos de centenares, rotos, nós e famintos” (O Cearense, 07/06/1877, n°48).

Janille Maia (2022, p.128), em sua tese de doutorado, destaca que, por se tratar de um jornal de cunho oficial do governo, a maior preocupação estava na “atenção para o problema criado pelo próprio poder público: a migração”. As notícias publicadas também deveriam focar no fluxo migratório, o qual acarretava consequências maiores e desproporcionais na administração dos auxílios e no controle da fome e das doenças, já que “o foco nas aglomerações na capital evidenciava a deficiência na assistência ao sertão”.

No que foi possível constatar do mapeamento sobre as doenças que mais acometiam a população, temos, vários casos de febre de mau caráter em Caiçara e Ingá⁶. Em uma das notícias que constam na seção “Parahyba” a situação intensificava-se para as demais regiões:

Na Barra de S. Miguel desenvolveram-se **febres de mau caráter** que já tem feito **mais de 15 vítimas e tinham muitas pessoas atacadas** (O Cearense, 10/06/1877, n°49, grifos nossos).

No Catolé do Rocha e Cabaceiras além da secca e da miséria desenvolveram-se **febres de mau caráter** que já tinham feito **algumas vítimas** (O Cearense, 27/05/1877, n°45, grifos nossos).

Identificamos ainda a presença de casos de varíola em Pedras de Fogo⁷, em setembro do mesmo ano, e no final do mesmo mês foi detectado que “as epidemias iam também dizimando a população” (O Cearense, 27/09/1877, n°82). Acreditamos que essa notícia refere-se à boa parte das regiões Parahybanas, assim como “as epidemias” que seriam a de varíola e febres de diversos tipos (Almeida, 2012 [1923]).

Segundo o Relatório de Presidente de Província da Parahyba do Norte, do ano de 1879, conclui que as doenças mais recorrentes foram “as moléstias epidêmicas” além da “syphilis, o beri-beri e as febres de natureza diversa” (Parahyba do Norte, Relatório, p.49, 1879). Apesar da epidemia de febres diversas e da varíola ocorrendo no período de seca, em uma correspondência publicada pelo Jornal O Liberal Parahybano, em 02 de setembro de 1879, o autor não identificado, nomeado para compor a Comissão de Socorros, ao falar sobre os estragos da seca lembra que em “1868, 69 e 70 [...] esta população desenvolveu-se uma epidemia tão extensa de febre typhica [...] até

⁶ O Cearense, 16/09/1877, n°79.

⁷ O Cearense, 05/09/1877, n°75.

os primeiros de 1871 parecia querer eternizar-se [...]” (O Liberal Parahybano, 02/09/1879, n°48).

Outro ponto que chamou nossa atenção em uma das edições do jornal *O Cearense*, datada de 26 de janeiro de 1879, foi a matéria intitulada “Comissão médica”. Esta contava com uma equipe de médicos, farmacêuticos e enfermeiros enviados pelo governo imperial para socorrer as vítimas contaminadas pela varíola. Entretanto, o jornal enfatiza que “apenas teve conhecimento por telegramas, dos estragos aqui causados pela varíola, que na Côrte suppoz ser a peste negra”.

Levantamos a hipótese de que o governo cearense solicitou e informou, em diversas ocasiões, sobre as verbas e auxílios para conter a propagação da varíola. No entanto, a ajuda só chegou dois anos depois, em 1879. O jornal foi enfático: “si bem que já venham a encontrar a epidemia quasi extincta” (O Cearense, 26/01/1879, n°09). Seleccionamos 9 das 13 medidas a serem adotadas, segundo a comissão, que deixam evidente, mais uma vez, a preocupação em conter os núcleos aglomerados, atualizar o governo imperial sobre o controle da epidemia, a falta de medicamentos (se houver) e a prestação de contas ao término da comissão, entre outras imposições como a adoção de orientações com base na teoria miasmática e a implementação das medidas de higiene:

4° Reclamar do presidente a construção dos pavilhões ou hospitais barraca, necesarios a acomodação dos doentes,[...], **tomando todas as precauções hygienicas indispensáveis**, quer em sua construção, quer na colocação dos doentes, e **quer nos meios de saneamento**.

5° Fazer **desinfectar todos os lugares** de onde possam provir germes de infecção [...].

6° **Reclamar do presidente a disseminação da população**

aglomerada.

7° Optar pela cremação dos cadáveres ou pelo seu enterramento [...].

9° Telegrafar para a Corte, em breves palavras, informando sobre a natureza da moléstia.

10° Telegrafar igualmente sempre que houver a necessidade de medicamentos, drogas e desinfectantes, fazendo a reclamação com antecedência de dous ou três dias [...].

11° Fazer boletins semanaes e publicar nos jornaes o

movimento dos hospitaes e da mortalidade no mesmo período.

12° **Fazer a historia da epidemia**, se possível desde a sua invasão, com todas as circunstancias que a esclareçam, para ser presente ao governo imperial, ao findar a comissão.

13° Finalmente **reclamar do presidente** tudo quanto possa haver **a respeito da hygiene da cidade e dos hospitaes** (O Cearense, 26/01/1879, n°09, grifos nossos).

Em relação, a Parahyba, de acordo com as pesquisas sobre a varíola no período da seca de 1877, Serioja Mariano (2022) chama atenção para os altos números de pessoas contaminadas pela varíola, que eram em sua maioria, de outras regiões e que não haviam sido vacinadas já que o governo local promoveu uma intensa campanha de vacinação até a década de 1890. Apesar disso, muitos hesitavam por medo e falta de informações precisas sobre a vacina “muitos não voltavam para terminar o tratamento, pois temiam ser contaminados, e o pus se estragava” (2022, p. 175,).

Outra alternativa bastante utilizada pelos acometidos de varíola era o tratamento através de medicamentos homeopáticos como podemos ver numa publicação do jornal *A União Liberal* (1878-1879), do dia 28 de fevereiro de 1879, referente a “três ambulâncias com medicamentos homeopathicos para o tratamento dos indigentes

afetados de varíola e outras moléstias que se iam desenvolvendo nas comarcas do Ingá e Bananeiras e na villa de Cabaceiras” (A União Liberal, 28/02/1879, nº26).

No jornal, *O Cearense*, não foi possível identificarmos notícias relacionadas ao uso da homeopatia na Parahyba para o tratamento das febres, varíola e outras doenças comuns à época. No entanto, como bem analisou Tânia Pimenta (2022), em relação ao uso de plantas medicinais e à homeopatia, essas práticas foram inicialmente rejeitadas e desvalorizadas pela medicina científica. Além disso, eram predominantemente exercidas por grupos de populares, contribuindo para uma intensa “circulação de conhecimentos”.

Além da difusão da vacina antivariólica, tanto o governo quanto os médicos e higienistas da província promoviam discursos e manuais com instruções higiênicas, tendo como principais alvos os centros que estavam aglomerados pela população migrante e as demais áreas (cadeias municipais, pântanos, rios), consideradas uma ameaça à noção de civilidade.

Como foi analisado por Itacyara Miranda e Nayana Mariano (2020), a preocupação das autoridades públicas não era apenas com a transformação e higienização dos espaços urbanos, mas também, com o ideal de um “corpo civilizado”, ou seja, “[...] a medicina buscou modificar práticas consideradas insalubres, [...], As normatizações desse espaço nos mostram as preocupações em ordenar, disciplinar e higienizar, preocupações que desenharam, também, as casas de escola [...]” (Miranda & Mariano, 2020, p.3-4).

Podemos ainda levantar outras questões que merecem ser registradas: possivelmente a má distribuição dos diferentes gêneros para socorrer essa população e a falta de uma estratégia eficaz para a manutenção dos núcleos coloniais contribuíram para o aumento

e continuidade dessas doenças, que já citamos, e principalmente, as carenciais, pois, como indica em uma das atualizações do jornal, em 1879, o número total de imigrantes acolhidos nas colônias ultrapassaram o número de 820 famílias chegando ao total de 3 a 4 mil pessoas, ao somarmos com a do Abiay, a principal e com maior número de famílias - cerca de 300, com um total de 1.200 pessoas (O Cearense, 27/08/1879, n°92).

Além disso, o número do fluxo migratório na Parahyba também virava notícia nas edições do jornal cearense: em Piancó mais de 700 pessoas deslocaram-se para o Cariri (O Cearense, 31/05/1877, n°46). Outros locais que recebiam uma alta quantidade de migrantes eram mencionados pela seguinte publicação: “diz a *Opinião*, [...], procurando os nossos brejos e os vales de Mamanguape e Parahyba; porém estas paragens estão também crestadas pelo sol! Somente em Bananeiras há mais de mil emigrado [...] (O Cearense, 10/05/1877, n°40).

Considerações finais

Durante a análise, foi possível observar que, embora o Ceará tenha sido a província mais afetada pela seca de 1877, as notícias publicadas no periódico O Cearense também destacavam com preocupação os estragos causados na Parahyba. Essa apreensão refletia-se, sobretudo, no elevado número de migrantes que se deslocavam tanto no interior quanto na capital, movimentando-se entre as províncias vizinhas em busca de sobrevivência. Além disso, as condições precárias de higiene e saúde, agravadas por surtos de doenças como a varíola, evidenciavam a necessidade de uma atuação governamental mais estratégica. A urgência por medidas que ampliassem a infraestrutura e garantissem o fornecimento de alimentos e outros itens de

subsistência tornou-se fundamental para conter o avanço das crises humanitárias na região.

A partir das fontes analisadas, percebe-se que a seca de 1877 na Parahyba não foi apenas um evento climático devastador, mas também um momento crítico para a saúde pública e as dinâmicas sociais da província. Os jornais da época não só denunciaram a omissão governamental, mas também apresentaram um panorama das tensões sociais vividas pelas populações sertanejas. Entre os impactos mais significativos estavam o aumento da criminalidade, a intensificação da desigualdade social e os desafios de assistência aos flagelados. Esses relatos, longe de serem neutros, refletiam também as disputas políticas e os interesses de uma elite que buscava moldar a narrativa da seca como uma oportunidade de reafirmação de poder e controle.

Referências

Jornais

A União Liberal, ed. 26, 28 de fevereiro de 1879. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/jornaisefolhetins/acervo.html>. Acesso em: 01 de maio de 2023.

O Cearense, ed. 29. Ceará. 04 de abril de 1877. Disponível em: memoria.bn.br. Acesso em: 19 de jul. 2024.

O Cearense, ed. 39. Ceará 05 de maio de 1877. Disponível em: memoria.bn.br. Acesso em: 19 de jul. 2024.

O Cearense, ed. 39. Ceará 06 de maio de 1877. Disponível em: memoria.bn.br. Acesso em: 19 de jul. 2024.

O Cearense, ed. 40. Ceará 10 de maio de 1877. Disponível em: memoria.bn.br. Acesso em: 19 de jul. 2024.

O Cearense, ed. 46. Ceará 31 de maio de 1877. Disponível em: memoria.bn.br

[ria.bn.br](http://memoria.bn.br). Acesso em: 19 de jul. 2024.

O Cearense, ed. 48. Ceará, 07 de junho de 1877. Disponível em: memoria.bn.br. Acesso em: 19 de jul. 2024.

O Cearense, ed. 75. Ceará, 05 de setembro de 1877. Disponível em: memoria.bn.br. Acesso em: 19 de jul. 2024.

O Cearense, ed. 79. Ceará, 16 de setembro de 1877. Disponível em: memoria.bn.br. Acesso em: 19 de jul. 2024.

O Cearense, ed. 82. Ceará, 27 de setembro de 1877. Disponível em: memoria.bn.br. Acesso em: 19 de jul. 2024.

O Cearense, ed. 09. Ceará, 26 de janeiro de 1879. Disponível em: memoria.bn.br. Acesso em: 19 de jul. 2024.

O Liberal Parahybano, Parahyba do Norte, 29 de Julho de 1879. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/jornaiseifolhetins/acervo.html>. Acesso em 01 de maio de 2023

O Liberal Parahybano, ed. 48. Parahyba do Norte, 02 de setembro de 1879. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/jornaiseifolhetins/acervo.html>. Acesso em: 01 de maio de 2023.

O Liberal Parahybano, ed. 89. Parahyba do Norte, 09 de agosto de 1879. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/jornaiseifolhetins/acervo.html>. Acesso em: 01 de maio de 2023.

Relatórios

PARAÍBA DO NORTE. Província da. Relatório apresentado á Assembléa Legislativa Provincial da provincia da Parahyba do Norte pelo presidente, Exm. Sr. Doutor Ulysses Machado Pereira Vianna, em 1º de janeiro de 1879. Paraíba: Tipografia Liberal Parahybana, 1879. Disponível em www.crl.edu/content/brazil/pari.htm. Acesso em 09 de março de 2023.

PARAÍBA DO NORTE. Província da. Relatório com que o Exm.

Sr. 2º vice-presidente Padre Felipe Benicio da Fonseca passou a administração desta Província ao Exm. Dr. José Rodrigues Pereira Junior, em 12 de junho de 1879. Paraíba: Tipografia Liberal Paraibana, 1879. Disponível em www.crl.edu/content/brazil/pari.htm. Acesso em 30 de março de 2023.

Bibliografia

- ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz de. **Falas de astúcia e de angústia: A seca no imaginário nordestino- de problema a solução (1877-1922)**. 1988. 449 f. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade de Campinas, 1988.
- ALMEIDA, José Américo de. **A Paraíba e Seus Problemas**, Brasília: Senado Federal, 2012 [1923].
- BARBOSA, Marialva. **História Cultural da Imprensa – Brasil 1800-1900**. Rio de Janeiro: Mauad X, 2010.
- RODRIGUES CORDEIRO MARIANO, N.; MIRANDA, I. V. Prescrições da ordem médica em tempos de epidemias: os regulamentos gerais da instrução primária na Paraíba Oitocentista. *Revista Educare (Online)*, [S. l.], v. 4, n. 2, p. 1–20, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/educare/article/view/53464>. Acesso em: 25 jul. 2024.
- MAIA, Janille Campos. **O cortejo da moléstia: varíola, seca e assistência à saúde no Ceará (1877-1913)**. 2022. Tese de Doutorado.
- MARIANO, Serioja R. C.. Conselhos do Curandeiro Prático - Para o Bem da Humanidade: a varíola na Província da Parahyba nas Décadas de 1870-1890. In: BATISTA, Ricardo dos Santos; SOARES JÚNIOR, Azemar dos Santos (org.). **História, saúde e doença no nordeste do Brasil**. Natal: EDUFRN, 2022.

p.180-194.

NEVES, Frederico de Castro. **A Multidão e a História:** saques e outras ações de massas no Ceará-Rio de Janeiro: Relume Dumará; Fortaleza CE: Secretária da cultura e desporto, 2000a.

NEVES, Frederico de Castro. Estranhos na Belle Époque: a multidão como sujeito político (Fortaleza, 1877-1915). **Trajetos (UFC)**, Fortaleza, v. 6, n.6, p. 113-138, 2005b.

LUCA, Tania Regina de. “A história dos, nos e por meio dos periódicos”. In: PINSKY, Carla Bassanezi (org.). **Fontes Históricas**. 2º Ed. São Paulo: Contexto, 2010, p. 111-153.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. **História & história cultural**. 2a Edição. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

Mulheres da comunidade cigana de Ibitaré, maternidade, parto e puerpério

Polyana Aparecida Valente (UEMG/Fiocruz Minas)

Emilly Thayenne Cirilo Da Silva (UEMG)

Introdução

O presente texto é parte do projeto de extensão “E eu não sou uma mulher”? Histórias e vozes das mulheres ciganas da comunidade cigana de São Pedro da Cidade de Ibitaré desenvolvido na Universidade do Estado de Minas Gerais unidade Ibitaré. A provocação e eu não sou uma mulher, compõe o discurso proferido Sojourner Truth, a primeira mulher escravizada, nos Estados Unidos, a conseguir a condenação na justiça de um senhor de escravos. Na sua fala Truth, mobiliza todo um repertório sobre a diferença de tratamento destinado a ela, uma mulher negra se comparado às mulheres brancas, ela diz:

Aqueles homens ali dizem que as mulheres precisam de ajuda para subir em carruagens, e devem ser carregadas para atravessar valas, e que merecem o melhor lugar onde quer que estejam. Ninguém jamais me ajudou a subir em carruagens, ou a saltar sobre poças de lama, e nunca me ofereceram melhor lugar algum! E não sou uma mulher? Olhem para mim? Olhem para meus braços! Eu arei e plantei, e juntei a colheita nos celeiros, e homem algum poderia estar à minha frente. E não sou uma mulher? Eu poderia trabalhar tanto e comer tanto quanto qualquer homem – desde que eu tivesse opor-

tunidade para isso – e suportar o açoite também! E não sou uma mulher? Eu pari 3 treze filhos e vi a maioria deles ser vendida para a escravidão, e quando eu clamei com a minha dor de mãe, ninguém a não ser Jesus me ouviu! E não sou uma mulher? (E não sou uma mulher? Sojourner Truth” In: Portal Geledés, jan. 2014. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/e-nao-sou-uma-mulher-sojourner-truth/> Acesso em: 10 nov. 2024).

Desde os anos 1970 o discurso de Truth tem sido retomado com muita força pelas intelectuais e feministas negras tensionando quais os lugares das mulheres negras no feminismo branco hegemônico? Há um feminismo que abarque outro grupo de mulheres, pobres, lésbicas, negras, indígenas, quilombolas e etc? Seguindo essa lógica, chamamos atenção para a invisibilidade das mulheres ciganas. Problematisamos como as suas trajetórias são negligenciadas nas narrativas oficiais sobre mulheres e como estão sujeitas, em sua maioria ao preconceito, baixa escolaridade, dificuldades de acesso aos serviços básicos de saúde entre outros.

Destacamos que o maior número de trabalho que existem sobre mulheres ciganas reforça a dimensão dos casamentos ainda muito cedo em detrimento de sua agência na comunidade e nos movimentos sociais. Neste sentido, no presente capítulo, em particular, discutimos as dimensões de saúde das mulheres ciganas durante a gravidez, parto e puerpério, tendo como ponto de partida a escassa literatura sobre o tema e as experiências das mulheres ciganas cailins do acampamento Mirante Parque Durval de Barros localizado em Ibitité/MG. A escolha por esse acampamento deve-se pela sua proximidade com a universidade e por ser liderado por uma mulher. Utilizamos também a entrevista de História Oral realizada com a liderança cigana, Valdinalva Barbosa dos Santos Caldas, mais conhe-

cida como Nalva, realizada em 25 de setembro de 2024. Respeitando o protocolo de consultas da comunidade, no primeiro momento foi permitida a entrevista com a liderança e estabelecido as contrapartidas.

Um pouco da história da Comunidade Cigana Calon de Ibirité

As comunidades ciganas calons estão espalhados por Minas Gerais, marcadamente em Belo Horizonte nos bairros São Gabriel, Zilah, Spózito, Tirol, Dom Silvério e Céu Azul, para além da capital estão presentes nas cidades de Alvinópolis, Barbacena, Barroso, Caeté, Conselheiro Lafaiete, Contagem, Ibirité, Matozinhos, Nova Lima, Piumhi, Pouso Alegre, Unaí, Ribeirão das Neves, Santa Bárbara, Três Marias e Viçosa (Lima e Dolabela, 2016).

Os Calons denominam “turma” um agrupamento familiar formado em torno de um grupo de irmãos do gênero masculino. Cada núcleo familiar formado por marido, esposa e filhos solteiros vive em sua barraca (ou casa), ao lado das barracas dos irmãos. O aspecto biológico não é o único fator na produção de parentesco. O deslocamento e a convivência prolongada com os ciganos em outra região e a inserção comercial em localidades específicas também são elementos que dependendo do contexto podem ser compreendidos como família. (PEREIRA, 2019). Nessa concepção familiar e de parentesco, denominam-se primos as pessoas que estão dentro de uma determinada rede familiar cigana.

De acordo com Pereira (2019) os calon foram os primeiros ciganos a chegar no Brasil, deportados de Portugal entre os séculos XVI e XVII e ainda hoje representam o grupo de ciganos mais numeroso no país. Entre os calons mineiros há uma simplificação das classificações do modelo brasileiro. A categoria ciganos é, geral-

mente, subdividida em duas: ciganos Calon e ciganos Kalderash. A diferença na língua é o principal aspecto destacado como diferença entre os dois grupos, além da condição econômica mais estável dos Kalderash.

A turma cigana do bairro Mirante em Durval de Barros é fruto de andanças iniciadas em Conselheiro Lafaiete, o primeiro pouso na cidade de Ibirité aconteceu em 2011, no bairro São Pedro. O pouso contava com aproximadamente 12 famílias e desde a sua chegada a comunidade tem travado lutas com a prefeitura em busca de melhores condições de vida, como saneamento básico, direito à terra, saúde, educação entre outros. Em 2017, após ampla articulação das lideranças ciganas com o Ministério Público e outras instituições parceiras a comunidade iniciou um processo de negociação entre a comunidade e a prefeitura de Ibirité.

Figura 1 - Varal no Acampamento Cigano São Pedro em Ibirité | Foto: Rafaela Paranhos.



Em 2018 em audiência pública houve um acordo sobre a indicação de uma nova área para a comunidade cigana. Tendo sido aprovado em 2019, mas só em 2021 o grupo estabelece o novo pouso no Durval de Barros. Cumpre ressaltar, no entanto, que parte da comunidade não aceitou a mudança e continua no antigo pouso no bairro São Pedro (DOLABELA, 2023).

Hoje a comunidade cigana Parque Mirante Durval de Barros conta com 70 pessoas, maior parte delas mulheres, sob a liderança de Valdinalva que é pesquisadora, liderança e militante da causa cigana em Minas Gerais e no Brasil, atualmente é vice-presidente da Agência Nacional de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais do Povo Cigano.

Figura 2 – Assinatura de Cessão do Terreno Parque Mirante - *Foto: MPF/MG*



Além disso, Nalva é uma das fundadoras da Associação An-

tônio Caetano de Ciganos Kalons em Conselheiro Lafayette, atuou como membro da Comissão Estadual de Povos e Comunidades Tradicionais de Minas Gerais (2019-2022), fundou e atua como vice-presidente da Agência Nacional de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais do Povo Cigano. Nalva também é articuladora dos movimentos Movimento Nacional de Direitos Humanos, Conselho Estadual de Promoção da Igualdade Racial de Minas Gerais, Comissão Nacional de Povos e Comunidades Tradicionais, Mapeamento participativo das infâncias dos Povos Ciganos, Indígenas e Quilombolas de BH – FAE/UFMG e do Conselho Municipal de Igualdade Racial de Contagem – COMPIR (2024-2026). Nalva tem sido nossa grande parceira e articuladora no nosso projeto de extensão.

A cultura cigana e a constituição do corpo e dos valores das mulheres ciganas

Como observado por Campos (2020) as mulheres calins mineiras geralmente não se sentem confortáveis para falar sobre o tema dos seus corpos e sexualidade perto de homens ou fora do contexto cigano. Algo que também pudemos perceber na realização da entrevista com Nalva. Em um dos seus trabalhos com as mulheres calins mineiras, Campos (2020) pode explorar a centralidade do sangue para construção da moralidade do corpo da mulher. O sangue menstrual é compreendido como algo ruim, rodeado de conotações negativas, regulações e restrições das mulheres durante o período menstrual. Como exemplo, a mulher calon quando está em período menstrual deve lavar suas roupas e cozinhar sua comida separadamente para que não haja “contaminação” da família.

Ainda de acordo com Campos (2020), outro fluido importante na composição da honra da mulher cigana calon é o fluido do deflo-

ramento, uma prova da virgindade da mulher cigana e consequentemente de sua honra e reputação. Inclusive, depois que a mulher calou-se casa, após a noite de núpcias, há uma cerimônia de defloração, geralmente a mulher mais velha do acampamento faz a conferência do lençol indicando literalmente este líquido do corpo da mulher, cuja presença no lençol comprova sua decência.

Outro elemento a se destacar da composição da cultura cigana para a conformação do corpo da mulher está nas vestimentas. Para os calons o corpo é dividido em alto e baixo ventre, a parte de baixo do corpo é considerada impura, pernas e glúteos são vistos como libidinosos e por isso devem ser cobertos. Nessa lógica, o vestuário das mulheres ciganas é marcado por saias e vestidos que cobrem o umbigo e pernas. Por outro lado, a parte de cima do ventre não é vista como libidinal e, portanto, as mulheres ciganas usam decotes e não se sentem constrangidas na exposição dos seios na amamentação (Campos, 2020).

Para além do seu próprio corpo, a concepção de família para os ciganos calons orientam a noção de moral, regras e organização social (SOUZA, 2023). O casamento e a formação de famílias com filhos é algo muito celebrado como uma possibilidade de manutenção e extensão da família e das comunidades ciganas. Tais elementos culturais compostos do corpo e da vida da mulher cigana interferem em alguma medida na forma como lidam com a sua saúde e de seus filhos, aqui vamos destacar a dimensão da gravidez, parto e puerpério.

Dentro dessa organização social as mulheres ciganas ao se casarem são responsáveis pelo cuidado da casa e dos seus familiares, enquanto o homem é responsável pelo sustento da família, muito conhecidos como catireiros. Cumpre ressaltar que algumas mulhe-

res calons por necessidade também precisam trabalhar, comumente na área de vendas de panos de pratos e produtos de limpeza. Além disso, as mulheres ciganas são responsáveis pelas práticas populares de cura em seus territórios, bem como de conselhos espirituais. No caso da comunidade Parque Mirante, Nalva em entrevista contou-nos que essas práticas populares com o tempo foram perdendo força em seus territórios, mas hoje, em função do direito à propriedade e fixação de sua turma, ela está trabalhando para a recuperação e salvaguarda dessa tradição e sonha com a criação de uma farmácia viva e o registro da tradição oral desses processos de prevenção e cura de doenças protagonizados por mulheres.

Figura 3 - Vadinalva no mês maio cigano ao lado da defensora pública na luta do direito dos povos ciganos



Gravidez da mulher cigana entre a cultura e os serviços do SUS: comunidade Parque Mirante

Apesar da universalidade do SUS, a literatura indica as inúmeras barreiras entre os usuários ciganos e os serviços de saúde. Silva e Lima (2016) ao operarem uma revisão de literatura sistemática sobre saúde dos povos ciganos, observam que maior parte dos estudos se referem a casos na Europa e sobre doenças específicas, existindo uma grande lacuna sobre especificidades da saúde dos povos ciganos. Ainda revelam uma baixa cobertura vacinal, provavelmente pela característica nômade e a indicação que há mais atendimentos de emergência do que de prevenção para os povos ciganos. De acordo com Escorel (2008), outros povos tradicionais em situação semelhante à dos ciganos pagam as maiores taxas no quesito de saúde, visto que são frequentemente afetados por doenças de origem infecciosa, crônico-degenerativas ou causadas por fatores externos.

Os trabalhos de Monteiro et. al. (2014) e Goldfarb (2017), mostram que mesmo os ciganos sedentarizados tem elementos complexos no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, uma vez que ressignificam o processo de sedentarização com elementos do nomadismo. Nesse sentido, o isolamento geográfico dos cuidados, falta de informação, linguagem, discriminação, violação de direitos, dupla discriminação de etnia e gênero são apontados como os grandes desafios para assistência à saúde dos povos ciganos. No que tange a discriminação etnia e gênero, os estudos revela a alta mortalidade materna ou perinatal e recusa de atendimentos para mulheres ciganas.

Historicamente as mulheres ciganas são vítimas de estigmas pelos seus modos de vida, leitura de mãos e suas trajetórias itinerantes. Por conta disso e principalmente por não terem residência fixa ficavam alijadas dos seus direitos básicos como educação e saúde. Nos

últimos anos, especialmente depois da criação da Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (Seppir) em 2003, observamos o florescimento e ação de movimentos sociais e associações na luta de direitos para o povo cigano, destacamos a mobilização para o direito a terra e registro civil.

No caso da saúde registramos, o Direito à Educação Itinerante, ao Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e ao Emprego (PRONATEC), ao Programa Saúde da Família, ao Programa Saúde Bucal (Brasil Sorridente); Acesso à Rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS); (Brasil, 2006). Além disso é possível encontrar manuais e recomendações para tratar da saúde dos povos ciganos dos quais destacamos: Subsídios para o Cuidado à Saúde do Povo Cigano / Ministério da Saúde Ministério da Saúde (2016) e Redução das desigualdades em saúde nas comunidades ciganas no Brasil: subsídios para discussão (2018).

Na entrevista concedida por Nalva, ela nos conta que antigamente as mulheres ciganas de sua comunidade quase não iam ao médico, pois sofriam discriminação por serem ciganas e as vezes por não terem documentação. Conta ainda que as dimensões de saúde e doença eram mobilizadas pelas mulheres mais velhas, responsáveis por práticas tradicionais de cura e pela realização dos partos. Como efeito direto da posse do seu território no Parque Mirante, as mulheres ciganas passaram a ter acesso mais facilitado à UBS e aos serviços de saúde, localizado próximo a aproximadamente 1,5 Km do acampamento, além de serem integradas ao Programa Estratégia Saúde da Família (ESF).

Destaca-se na narrativa de Nalva a ligação entre o território e a saúde, assim ela diz: “nossa maior luta [povos ciganos] é por território sem ele não temos educação, saúde nem nada”. (Nalva, entre-

vista concedida em 25 de setembro de 2024). Há nesse sentido, duas dimensões que emergem da fala da Nalva, a ideia de que saúde não está relacionada exclusivamente à ausência de doenças, bem como ter a posse do território melhora a qualidade de vida dos povos ciganos, uma vez que passam a ter energia elétrica, água e saneamento básico. Além disso, o medo e a tensão gerada pelas rondas policiais e iminência de despejo são superadas com a posse da terra, diminuindo os quadros de estresse e depressão dentro das comunidades. Pelo Guia Orientado para saúde do povo cigano publicado pelo Ministério da Saúde em 2022, faz parte da saúde dos povos ciganos a liberdade para expressar sua cultura, suas vestimentas e eventos sem medo de incorrer em estigmas e preconceito.

Com o pouso fixo as mulheres ciganas grávidas fazem as consultas de pré-natal na UBS, a recomendação cultural é que o atendimento seja realizado por médica mulheres. De acordo com Campos (2020), as mulheres calins tendem a seguir as recomendações médicas a partir do crivo cultural, por exemplo, elas não acreditam que cigarro e álcool interfiram na saúde do bebê.

Ressalta-se ainda que, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM),

inclui a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica. Agrega, também, a prevenção e tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente afastados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, como é o caso das mulheres ciganas. (BRASIL, 2022)

Essas ações sinalizam o esforço do Ministério da Saúde para

equidade, qualidade e respeito às tradições ciganas no atendimento de mulheres ciganas grávidas.

Há na cultura calon o entendimento que só o marido pode tocar o corpo de sua mulher. Desde a descoberta da gravidez os maridos e toda a comunidade ajudam as mulheres no cuidado com a casa e os afazeres domésticos. Além disso, a sogra é responsabilizada por acompanhar a gravidez da nora e a mãe realiza visitas periódicas e mora em outro endereço, realiza ligações telefônicas (CAMPOS, 2020). Apesar de manter as atividades cotidianas normalmente, recomenda-se repouso da mulher grávida de dois a três meses e cuidados com alimentação e montagem de enxoval da criança.

Para os calons a gravidez é o maior presente para uma mulher cigana, uma dádiva e por isso toda comunidade se mobiliza para a chegada de uma nova criança, especialmente se for um menino, nas palavras de Nalva “aqui toda criança que nasce é muito festejada, se for menino é festa dobrada (Entrevista realizada em 25 de setembro de 2024). Isso porque para a cultura calon fazer família é casar e ter filhos, é expandir relações, é dar continuidade nas relações entre diferentes famílias na máxima congregação e fazer uma rede familiar forte e prestigiada (SOUZA, 2023). Campos (2020) chama atenção, que o feto, ainda no útero da mãe, já carrega consigo e é constituído por relações de gênero, pelos vínculos com sua “turma” de origem e etc.

O parto e puerpério das mulheres calins: comunidade Parque Mirante Durval de Barros

Na nossa conversa com Nalva quando perguntamos sobre o parto, ela inicia a narrativa dizendo “antigamente as mulheres ciganas não eram aceitas para fazerem partos em hospitais por falta de

documentos e discriminação. Na minha geração eu fui, né. Mas na geração da minha mãe era parteira, eu lembro do nascimento do meu irmão, minha avó que fez o parto na comunidade” isso foi se perdendo. Atualmente, as mulheres ciganas Calins do Parque Mirante Durval de Barros ganham seus filhos nos hospitais.

De acordo com Nalva, entre as mulheres ciganas há a preferência por atendimento de médicas, na ausência aceita-se o médico, além disso recomendam os partos cesáreas, seja pelo medo da dor do parto, seja pela crença de que as impurezas das partes íntimas possam contaminar a criança. No caso da nossa pesquisa no acampamento não foi possível checar a proporção de partos cesáreos e naturais. Segundo Campos (2020), apesar da preferência por cesáreas por parte das calins, nem sempre isso ocorre, depende muito dos hospitais aos quais são encaminhadas para realizar o parto.

Ao retornarem para casa após o parto a mulheres têm como responsabilidade destacada “curar o umbigo” do recém-nascido. Sobre isso Nalva nos conta, “Para curar um umbigo a gente tinha mania de colocar folha de mamona, hoje não, hoje eles querem colocar álcool puro, ou às vezes nem com álcool, só água” (Entrevista concedida em 25 de setembro de 2024). A centralidade no cuidado com o umbigo, segundo Campos (2020) diz respeito ao fato de durante o período de cuidado com o umbigo, a mulher é proibida de ter relações sexuais com o marido, pois, caso contrário, “suas mãos ficam sujas, impuras”.

Outra tradição importante no puerpério é o primeiro banho em sua casa, o chamado banho de ouro, objeto de desejo dos ciganos, o ouro simboliza a prosperidade e a identidade estética dos calons. Os objetos de ouro são colocados na água do banho do recém-nascido e depois a água é descartada.

Depois do nascimento do filho a mulher cumpre o resguardo

de 30 dias, nesses dias recebe o cuidado das mulheres da sua comunidade e não pode ter relações sexuais. A sogra segue auxiliando-a com dicas de alimentação devendo evitar carne de porco, cebola e ovos, por serem alimentados que causa inflamação prejudicando a cicatrização de pontos, recomenda-se canjas de galinha (CAMPOS, 2020). Após o puerpério as mulheres ciganas dessa comunidade tendem a seguir as rotinas de cuidados médicos nos postos de saúde.

A questão do planejamento familiar como prescreve a cartilha sobre subsídios para o cuidado à saúde do povo cigano é sinalizada do seguinte modo:

O controle da natalidade e a prevenção é praticamente uma transgressão à sua cultura – ter filhos e filhas é o maior presente para uma mulher cigana, uma dádiva. Faz-se necessário o acesso às informações sobre os métodos anticoncepcionais ou contraceptivos, pois quando elas recebem orientação sobre o assunto, passam a ter conhecimento do que é o ciclo fértil e não fértil, e quais os métodos contraceptivos, e outras informações relacionadas à prevenção. Importante destacar que as mulheres pertencentes a grupos familiares que acesam regularmente os 13 serviços de saúde têm conhecimento dos exames ginecológicos preventivos, como o papanicolau. Porém, ainda se evidencia o receio de realizar o exame (BRASIL, 2016).

Como podemos verificar, a questão do planejamento familiar na cultura cigana é estabelecida não apenas por questões sociais e econômicas, mas pela dinâmica de organização de suas famílias e de sua cultura e o SUS, bem como os profissionais de saúde precisam estar atentos a essas especificidades. Observamos nos últimos anos um grande avanço nos programas e políticas públicas destinados aos povos ciganos, entretanto, ainda temos uma parca literatura sobre o tema da saúde cigana, particularmente ao que diz respeito às questões

da gravidez, parto e puerpério muito ligadas às tradições do povo cigano calon.

Considerações Finais

Observa-se, a partir dos anos 2000, uma grande intensificação das mobilizações das associações civis e movimentos sociais dos povos ciganos no Brasil com grande protagonismo feminino. De acordo com as lideranças dos movimentos, as experiências e conquistas dos movimentos negros e indígenas brasileiros servem de exemplo e caminho para a conquista dos povos ciganos. A mobilização da questão identitária nas políticas públicas, é outra agenda importante, que haja o registro para além de povos tradicionais, destacando os povos ciganos promovendo a visibilidade de suas agendas e culturas.

Outra agenda importante mobilizada no campo da saúde é a prioridade nas campanhas vacinais com ampla circulação e comunicação em saúde, bem como a formação e contratação de Agentes Comunitários de Saúde de pessoas pertencentes às comunidades, que reconheçam as demandas e especificidades ciganas no cuidado à saúde integral. Por outro lado, é importante políticas públicas de salvaguarda da memória e das tradições populares de cura das comunidades ciganas, sobretudo aquelas voltadas para o manejo de ervas e atividades de parteiras.

No caso específico da saúde das mulheres ciganas durante a gravidez, parto e puerpério é muito importante a produção de dados sobre esses serviços, talvez a marcação étnica, idade, serviços mais acionados e entre outros, serão esses dados mais qualificados que permitiram estudos epidemiológicos que permitam a visualização de um perfil da saúde da mulher cigana e de seus filhos, sinalizamos potencialidades e fragilidades para que as secretarias de saúde e o mi-

nistério público possam agir. Ademais, imaginamos que as ações de saúde devem ser combinadas com melhorias conjunturais de acesso à educação e melhores condições de vida.

Nosso projeto é ainda bem preliminar e esperamos avançar na realização de entrevistas com outras mulheres ciganas da comunidade Parque Mirante, da comunidade São Pedro e de outras regiões a partir da indicação das próprias lideranças o objetivo é criar um grande banco de vozes sobre as experiências femininas calons durante a gravidez, parto e puerpério mesclando as dimensões dos serviços prestados no SUS e as dimensões culturais dos povos ciganos calons.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Subsídios para o Cuidado à Saúde do Povo Cigano / Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Guia orientador para a atenção integral à saúde do povo cigano [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CAMPOS, Juliana Miranda Soares. O nascimento da esposa: movimento, casamento e gênero entre os calons mineiros. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais, 2020

CAMPOS, Juliana Miranda Soares. Sangue e Honra: fluidos femininos entre os calons mineiros. Aceno. Revista de Antropologia do Centro Oeste, 7 (14) 137-156 maio-agosto, 2020.

- CNDSS - Rio de Janeiro: Fiocruz, dez. COSTA, E; ROLIM, J. D, J. Redução das desigualdades em saúde nas comunidades ciganas no Brasil: subsídios para discussão. Brasília, 2018
- CONCEIÇÃO DA SILVA, A. C., & de Carvalho Lima, B. G. (2016). Acesso e utilização dos serviços de saúde pela população cigana: uma revisão sistemática. *Saúde.Com*, 12(1), 497-504.
- DE MEDEIROS, Luana Antonino; DE LOURDES SOARES, Maria. SUS E POVOS CIGANOS: Desafios na construção de uma política brasileira para equidade. 2018.
- DOLABELA, H.. (2023). Ciganos como povos e comunidades tradicionais: reconhecimento e direitos territoriais. *Civitas - Revista De Ciências Sociais*, 23, e43113. <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2023.1.43113>
- E não sou uma mulher? Sojourner Truth” In: Portal Geledés, jan. 2014. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/e-nao-sou-uma-mulher-sojourner-truth/> Acesso em: 10 nov. 2024.
- GOLDFARB, M. P. L. Ciganos Calon: a vida em movimento. In: JUBILIT, Lílania Lyra; REI, Fernando Cardozo Fernandes; GARCEZ, Gabriela Soldano (Eds.). (Org.). Direitos Humanos e Meio Ambiente: Minorias Ambientais. 1 ed. São Paulo: Manole, 2017, v. 1, p. 261-278. (Coleção Ambiental).
- LIMA, D.; DOLABELA, H. Dilemas da diversidade em um processo de regularização fundiária: o caso de Ciganos Calon em Belo Horizonte. *Revista da UFMG, Belo Horizonte*, v. 22, n. 1 e 2, p. 80–103, 2016. DOI: 10.35699/2316-770X.2015.2739. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/revista-daufmg/article/view/2739>. Acesso em: 5 dez. 2024.
- MONTEIRO, E. N. J.; GOLDFARB, M. P. L.; MONTEIRO, R.

J; FERREIRA, H. C. O. Entre os caminhos e as rotas dos ciganos do Vale do Mamanguape. In: Reunião Brasileira de Antropologia, 29., 2014, Natal, RN.

PEREIRA, Helena Dolabela Luciano. Palavra e catira: orientações cosmológicas e práticas de negociação colon em contexto de reconhecimento de direitos no Brasil. Tese de Doutorado. Programa de Pós-graduação da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais, 2019

SOUZA. E do N. Fazer família e ser parente: tessituras sobre famílias e parentes entre ciganos calon. Civitas, Rev Ciênc Soc [Internet]. 2023;23:e43122. Available from: <https://doi.org/10.15448/1984-7289.2023.1.43122>

“Eu estou aqui para consolar-vos”: um estudo sobre a relação das epidemias para a formação das aparições de Nossa Senhora das Graças em Pernambuco (1918-1936)

Andressa Rayane Maria Almeida da Mota¹

Introdução

Em contextos de crises, seja sanitária, social ou política, a sociedade tende a recorrer à religião para acalmar o seu âmago. Lília M. Schwarcz e Heloisa Starling (2020) afirmam que é durante esses momentos, onde não se encontram respostas fáceis, que o povo apela para qualquer tipo de proteção, como é o caso da religiosidade “[...] na ausência de respostas fáceis, e definitivas, o jeito era tentar o que quer que fosse. [...] disputavam espaços de tratamento e profilaxia com vacinas, homeopatia, águas fluidificadas, rezas, passes, banhos quentes, xaropes milagrosos [...] Para se proteger do contágio, valia de tudo” (Schwarcz; Starling, 2020, p. 44 – 45, *grifo nosso*). Nesse viés, a população recorre aos santos protetores e as devoções marianas como uma espécie de refúgio, utilizando a fé e as crenças espirituais como formas de amparo na alma.

1 Graduada em Licenciatura plena em História pela Universidade de Pernambuco (UPE). Mestranda em História pela Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE), e bolsista pela Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Para além do apego à religiosidade, também vemos relatos em períodos de crises, da relação entre o surgimento das adversidades, bélicas ou endêmicas, como um castigo divino, com o objetivo de encontrar soluções, por mais que muitas vezes elas não façam sentido, pois “[...] é sempre mais fácil, ao menos de início, procurar obstinadamente não ver, para escapar ao enfrentamento do medo” (Schwarcz; Starling, 2020, p. 30). Ou até mesmo, já que não se pode explicar facilmente e compreender a calamidade, buscar um culpado ainda que muitas vezes este também não tenha relação com o fato (Schwarcz; Starling, 2020). Um exemplo são as pestes, nas quais são vistas no imaginário popular como uma punição divina, para castigar a humanidade “pecaminosa” (Schwarcz; Starling, 2020).

David Quammen (2020), ao discutir sobre a origem das doenças, coloca que a causa das enfermidades epidêmicas eram interpretadas de diversas maneiras: “eram causados por miasmas e “eflúvios”, ou pela sujeira e a decomposição da matéria, ou pela pobreza, por capricho e Deus, por magia negra, pelo ar frio ou por molhar os pés” (Quammen, 2020, p. 246). Essas explicações sobre a origem dessas doenças pela população da época refletiam as limitações do conhecimento científico e como também as crenças enraizadas no imaginário da população que a crença religiosa molda toda sua existência. Porém, o que se sabe sobre isso é que tais epidemias circulavam de um continente a outro através dos transportes marítimos e contato entre as pessoas.

Foi dessa maneira que as epidemias chegaram aqui, se proliferaram e foram recebidas. Em Pernambuco, essas enfermidades chegavam em sua maioria através dos navios vindos da Europa. Rosilene Gomes Farias (2011) pontua que os navios eram a principal forma de transporte para trazer mantimentos e até vestuários de outras partes

do continente, principalmente do norte global. Sendo assim, o porto do Recife era um dos mais movimentados do Império e continuou sendo muito frequentado durante o início do período republicano, onde muitos navios chegavam do exterior, vindo da Europa, Ásia, África e Estados Unidos. Segundo a autora (Farias, 2011) o porto era o coração pulsante do comércio naquela região. Ele não era apenas um lugar de trânsito, mas sim o motor que impulsionava a economia da região. Tanto as exportações quanto as importações eram centralizadas ali, tornando-o o epicentro das atividades comerciais, como também de chegada de novas enfermidades.

Sendo assim, este trabalho tem como intuito analisar as presumíveis aparições de Nossa Senhora das Graças, na região da Aldeia da Guarda² em Cimbres, município de Pesqueira - Pernambuco, buscando compreender como as epidemias que perpassam o local contribuíram para a construção da devoção. Segundo os relatos, Maria da Luz Teixeira de Carvalho (1922-2013) e Maria Conceição da Silva (1920-1999), 13 e 16 anos respectivamente, teriam visto e conversado com Nossa Senhora das Graças a partir de 06 de agosto de 1936, incumbidas da missão de levar as supostas mensagens da santa para o povo.

Durante a década de 1930, a região estava imersa em um clima de medo e insegurança, devido, para além das epidemias, a ações do cangaceiro Virgulino Ferreira da Silva, conhecido como Lampião. Sua presença não só representava uma ameaça direta à segurança das pessoas, mas também simbolizava a resistência e a luta contra as autoridades estabelecidas (Silva, 2003).

Em meio a essa crise, o apego à religião emergiu como um

2 Os eventos supostamente ocorreram na região da Guarda, localidade do município de Pesqueira pertencente ao povo indígena Xukuru, e por essa razão chamada de Aldeia da Guarda.

elemento central na vida das comunidades, especialmente nas áreas rurais, onde a escassez de recursos médicos e a ausência do Estado criaram um terreno fértil para o surgimento de novas devoções, como é o caso de Nossa Senhora das Graças. Nas páginas a seguir, compreendemos sobre a difusão das doenças no estado pernambuco, e como elas influenciaram para a busca das devoções marianas no início do século XX.

Epidemias e religiosidade: uma análise sobre a propagação das doenças na capital e no interior pernambucano e a proliferação das devoções marianas

No relatório apresentado ao secretário geral do Estado, escrito pelo médico sanitarista Otávio de Freitas em 1919, sob título “os trabalhos de hygiene em Pernambuco”, Freitas faz uma secção intitulada “os problemas do nosso saneamento” onde traz inúmeras críticas a capital pernambucana, inclusive comparando - a outras cidades brasileiras, no quesito de taxas de mortalidade e controle das moléstias. Ele coloca:

O Recife foi, infelizmente, edificado em um extenso terreno de alluvião, na embocadura dos dois conhecidos rios - Beberibe e Capibaribe- os quaes, por sua vez, sofrem, continuamente, a infleuncia da mistura de suas aguas com as do mar, resultando desta circumstancia a formação de grandes pantanos ou mangues em diversos pontos da cidade, porque taes rios se dichotomisam, se subdivide e se emmaranham por todos os recantos da nossa “urbs” (Freitas, 1919).

Otávio de Freitas destaca ainda a necessidade urgente de intervenções eficazes para enfrentar esses problemas, ressaltando a importância de políticas de saneamento e urbanização que considerem a complexidade do ambiente natural e as demandas da população local.

Além disso, Otávio de Freitas faz críticas ao solo instável, às construções precárias e ao estilo de vida dos antigos habitantes do Recife, argumentando que todos esses fatores contribuíram para que, gradualmente, se instalasse uma população suscetível e debilitada, tornando-se propensa a uma variedade de enfermidades (Freitas, 1919).

Essas condições favoráveis criaram um ambiente propício para a proliferação de epidemias, como a febre tifóide e a peste bubônica transmitida principalmente por pulgas que infestam os ratos. A presença abundante desses roedores nas áreas urbanas representava um sério risco para a saúde pública, tornando-se um dos principais vetores de transmissão de doenças infecciosas. Contudo, é importante frisar que as doenças não se proliferavam apenas devido a sua localização geográfica ou o seu solo, mas pela falta de esforços das autoridades sanitárias em promover medidas para conter essas enfermidades. Sendo assim, devido a falta de acesso a água limpa e tratada, aliada à disposição inadequada de resíduos humanos e à ausência de medidas eficazes de controle de vetores, criava um ambiente propício para a propagação de doenças infecciosas, incluindo o tifo e a febre amarela.

Gomes Farias (2011), ao falar sobre a realidade do Recife no século XIX, afirma que as doenças naquele contexto tinham um terreno fértil para se propagar devido à sua localização, cortada pelos rios Capibaribe e Beberibe e mangues, bem como à falta de serviços básicos como abastecimento de água tratada e rede de esgotos, facilitando assim para que a região fosse facilmente um local de proliferação de epidemias. Contudo, essa realidade não se encerrou no período imperial brasileiro. No início de 1918 até meados do século não era muito diferente. Nos primórdios da república, as cidades

enfrentavam desafios significativos em relação à saúde pública e ao controle de epidemias. As condições sanitárias precárias, o crescimento populacional desordenado e a falta de infraestrutura adequada tornavam esses centros urbanos vulneráveis à propagação de doenças infecciosas.

Para atestar o descaso com a limpeza urbana e saneamento básico em Pernambuco no início do século XX, que são imprescindíveis para o controle de pragas e transmissão de doenças, destaca-se uma matéria publicada pelo *Jornal do Recife* (1912), na qual é relatado sobre as visitas da polícia sanitária à população Pernambucana. Na publicação. Na matéria é pontuado sobre o grande número de ratos mortos encontrados nas ruas, com a recomendação de incinerar e evitar o contato com esses animais. Inclusive é pedida a notificação dos prédios onde se encontram ratos mortos (*Jornal do Recife*, 10. mar, 1912, p.01).

Diante dos conhecimentos científicos acerca do controle das pragas, mesmo que ainda limitados, as autoridades da época implementaram diversas medidas de saúde pública para combater a proliferação de roedores, reconhecidos como vetores de doenças como a peste bubônica. A incineração dos corpos dos ratos visava eliminar potenciais focos de infecção, e a notificação dos prédios permitia um monitoramento mais eficaz das áreas afetadas.

O *Jornal A Província* (1918) pontua que além da devastação causada pela gripe espanhola, que resultou em um elevado número de óbitos no Recife naquele ano, também foi evidenciado que a febre amarela persistia na região, e continuava ceifando as vidas da população pernambucana, mesmo que Otávio de Freitas tentasse mascarar essa realidade. Isso ressalta a longa presença e o impacto contínuo da doença em Pernambuco, demonstrando a persistência dessas enfer-

midades infecciosas e a necessidade constante de vigilância e medidas preventivas para combatê-las, ao invés de negar a sua existência em prol da exaltação de algumas autoridades. Comparado a outras enfermidades, a febre amarela não estava levando a óbito grande contingente de pessoal, contudo, diminuir sua letalidade de maneira irresponsável como Otávio de Freitas estava fazendo também poderia contribuir para a volta de sua presença com força total (*A Província*, 24.out, 1918, p.01)

Em um noticiário publicado pelo *Jornal do Recife* em 18 de outubro de 1903, intitulado “Lá Vem Ela!...”, chama-se a atenção para as inúmeras enfermidades que assolavam a população nas primeiras décadas da república brasileira. O jornal destaca: “É ela! ... As síncope cardíacas, as pneumonias, as linfadenites perniciosas, o tifo, as bexigas, a febre amarela, a influenza, as congestões [...] enfim, têm acobertado a verdadeira causa de tantas mortes. Oh!... É um horror!... Deste modo, o Recife está convertido em um cemitério!” (*Jornal do Recife*, 18.out, 1903, p. 01).

Esse relato publicado pelo jornal evidencia a gravidade do panorama sanitário enfrentado pela população pernambucana na virada do século. Doenças como síncope cardíacas, pneumonia, febre tifóide, varíola, febre amarela e influenza assolavam a região, ceifando vidas e mergulhando a cidade em luto constante. O trecho também denuncia a ocultação da verdadeira causa dessas mortes, indicando possíveis falhas nas políticas de saúde pública da época e a urgência de medidas eficazes para conter essas epidemias. O Recife, encontrava-se imerso em uma crise sanitária que demandava ações imediatas para preservar a saúde e a vida dos seus habitantes (*Jornal do Recife*, 18.out, 1903, p. 01).

Para além da capital pernambucana, o interior do estado tam-

bém sofria de maneira aguda com os impactos das epidemias, principalmente devido ao descaso das autoridades sanitárias de assegurar a saúde da população. Enquanto os olhos da medicina se voltavam para Recife, o interior de Pernambuco sofria em silêncio, lutando contra a devastadora maré da gripe espanhola. Em meio às serras e matas do estado, lugares como: Pesqueira, Nazaré, Catende e diversos outros se viram isolados, à mercê da epidemia, com pouca ou nenhuma assistência.

Nesse sentido, o jornal *A Província* (1918) destaca uma reportagem sob o título “A Epidemia em Pesqueira”, na qual é evidenciado que tinha sido numeroso o número de casos de “influenza espanhola” na região. Esse testemunho ilustra vividamente a abrangência do surto e a intensidade com que a doença afetou diversas comunidades do interior pernambucano (*A Província*, 1918). A reportagem, ao trazer à tona a realidade enfrentada por Pesqueira e outras áreas do interior, evidencia não apenas a propagação rápida e devastadora da epidemia, mas também a carência de uma resposta efetiva e coordenada por parte das autoridades de saúde.

A descrição detalhada dos casos de influenza na região reforça a urgência de políticas públicas que se estendam além dos centros urbanos, contemplando igualmente as áreas rurais. A falta de infraestrutura de saúde adequada e a escassez de profissionais médicos em regiões como Pesqueira sublinham a necessidade de investimentos contínuos em saúde pública, que poderiam ter mitigado o impacto da epidemia.

À vista disso, o *Jornal A província* (1918) relata um apelo desesperado da população: “Pedimos a essa redação interceder para trazer médicos e remédios para as pessoas pobres, que estão morrendo sem qualquer auxílio” (*A província*, 1918, p.01). Esse clamor evidencia a

gravidade da situação e a urgência de uma resposta eficaz por parte das autoridades de saúde para atender às necessidades daqueles que mais sofrem com a falta de recursos médicos e assistência adequada. Nesse sentido:

É preciso, portanto, que a Hygiene, sem demora, trate de debelar a “influenza” que irrompe por todo o interior, afim de que não se propague de uma forma tão assustadora como no Recife, pois, se nesta capital está sendo demorada e difficil a esxtincção desta pavorosa epidemia, a dificuldade será maior em localidades onde quase-tudo falta (A província, 1918, p.01).

Diante disso, percebemos a urgência por parte da população por ações preventivas e de controle por parte das autoridades de saúde, especialmente nas áreas rurais e menos desenvolvidas. A preocupação com a propagação da doença para além dos centros urbanos demonstrava os desafios enfrentados em comunidades onde recursos médicos e infraestrutura eram escassos, ressaltando a importância da intervenção rápida e eficaz para conter o avanço da epidemia.

No jornal, é mencionado que o médico sanitarista Otávio de Freitas parecia estar preocupado apenas com a capital pernambucana, deixando de lado as necessidades urgentes do interior do Estado. Em Catende, localizado no interior de Pernambuco, a intensidade da gripe espanhola se alastrava cada vez mais, registrando o maior número de óbitos no interior e com pouca assistência dos médicos e do estado. No final de outubro, período em que foi publicada a matéria, registrava-se a média de 10 óbitos diários. Era um número assustador, tendo em vista que a população da região era pequena.

Em outra publicação no jornal *a Província* (1918), ao abordar a situação em Pesqueira, é evidente o apelo desesperado e o alar-

me da população local: “Aqui caíram cerca de 750 pessoas; destas, morreram 12; sendo 5, por serem tuberculosas: foram atacados pela ‘influenza’ reinante [...]” (*A província*, 1918, p.01). Essa declaração reflete a gravidade do impacto da epidemia na comunidade, com um número significativo de casos e um trágico saldo de vidas perdidas. A menção específica aos pacientes tuberculosos ressalta a vulnerabilidade dos indivíduos com condições de saúde pré-existentes diante da influenza, destacando a necessidade de cuidados médicos adequados e medidas preventivas para proteger os grupos mais suscetíveis.

A situação em Pesqueira demonstrava a urgência da assistência médica e a fragilidade das comunidades diante de epidemias. O apelo desesperado da população, somado ao elevado número de casos e às trágicas perdas de vidas, evidenciam a magnitude do desafio enfrentado pela região durante a epidemia de influenza.

A crença de que essas calamidades poderiam ser uma espécie de castigo divino começou a ganhar força, levando a comunidade a procurar respostas e conforto nas tradições espirituais e nas lideranças religiosas. É nesse ambiente de incerteza e desespero que surgiram figuras religiosas, padres, igrejas, sinagogas, e novas devoções, que rapidamente se enraizavam no imaginário popular, oferecendo conforto e esperança.

Desse modo, diante da incapacidade da medicina moderna em conter as epidemias e da ausência de soluções eficazes por parte das autoridades, a população pernambucana, principalmente interiorana, voltou-se para a religiosidade como uma forma de proteção e consolo. As devoções marianas surgem assim em meio à ideia de que doenças, vistas como castigos divinos pelos pecados humanos, podem ser apaziguadas por meio da intercessão de Maria. Nesse sentido, Maria é vista como uma figura de misericórdia que, ao recolher os lamentos

de seus filhos, pode obter clemência de Cristo. Jucieldo Alexandre e Paulo Cadena (2021) afirmam que essa intercessão é justificada pela hierarquia divina, onde Deus, ao reinar sobre a natureza, teria o poder de enviar calamidades como punição, mas, ao mesmo tempo, o filho sempre atenderia aos pedidos da mãe no Evangelho de João: “Nessa brecha, a ação intercessora de Nossa Senhora é justificada. Lembremos: no capítulo segundo do Evangelho de João, na perícope das núpcias de Caná, o filho atende ao apelo materno em festa. Assim, a lógica católica aponta: se pedes à mãe, atenderá o filho” (Alexandre, Cadena, 2021, p. 185).

Nesse cenário de angústia e busca por alívio, houve uma ampla difusão dos eventos marianos, registrando cerca de 310 manifestações relacionadas a Nossa Senhora em todo o mundo (CNBB, 2009). A difusão dessas devoções não é meramente um evento religioso, mas também um aspecto crucial do contexto sociocultural. Em meio a epidemias, as aparições marianas frequentemente enfatizam temas de arrependimento, conversão e esperança, oferecendo uma narrativa que pode ajudar a lidar com o sofrimento e a incerteza.

Estas manifestações não apenas chamaram a atenção internacional, mas também refletiram as agitações políticas da época, como as grandes guerras, epidemias, a secularização e o comunismo, conforme apontado por Steil (2003, p. 29). As supostas aparições de Nossa Senhora de Fátima, que ocorreram em Portugal entre 13 de maio e 13 de outubro de 1917, são um forte exemplo de como epidemias e religiosidade se entrelaçam como um elo profundo e revelador. Em meio ao caos da Primeira Guerra Mundial e a crescente instabilidade política e social, a Virgem Maria teria aparecido para três pastores em Fátima, oferecendo uma mensagem de esperança e conversão.

Essas supostas aparições não apenas capturaram a imaginação coletiva, mas também se entrelaçaram com o sofrimento e as preocupações de um mundo atormentado por doenças e conflitos. O contexto da gripe espanhola, que se alastrava com uma virulência implacável, e as ansiedades em torno das guerras e das mudanças sociais, criaram um terreno fértil para o florescimento de devoções marianas. A mensagem de Fátima, que incluía pedidos de oração e penitência, ressoou profundamente com as experiências de dor e perda que muitos vivenciavam na época. A promessa de intervenção divina e a garantia de que a Virgem Maria estava atenta às aflições humanas ofereciam um alívio espiritual e emocional.

A partir da divulgação dos relatos de supostas aparições de Fátima, novas manifestações do sagrado começaram a emergir. As mensagens de Fátima, que abordavam problemas políticos, religiosos e econômicos não apenas em Portugal, mas globalmente, influenciaram a construção de novas devoções, como aqui no Brasil. Tais eventos deram origem a uma série de novos eventos marianos e santuários dedicados à Virgem Maria, como o Santuário Nacional de Nossa Senhora Aparecida e o Santuário de Nossa Senhora de Fátima, que se tornaram centros de peregrinação e devoção.

Em Pernambuco, uma terra de devoção fervorosa e tradições religiosas arraigadas, a região também enfrentou epidemias implacáveis que não apenas ceifavam vidas, mas também remodelavam todas as estruturas sociais, inclusive o cotidiano religioso. A fé em Nossa Senhora se intensificava nesses períodos de crise, sendo vista como uma intercessora poderosa capaz de trazer conforto e esperança. Em muitos casos, as aparições de Maria eram interpretadas como respostas divinas aos momentos de aflição, proporcionando um sentido de proteção e renovação espiritual para a comunidade atingida.

Entre as aparições ocorridas nesse contexto, destacam-se as possíveis visões de Nossa Senhora das Graças na Aldeia da Guarda, em Cimbres - Pesqueira, testemunhadas por Maria da Luz Teixeira de Carvalho (1922–2013) e Maria Conceição da Silva (1920–1999). Pesqueira, situada no agreste de Pernambuco e cercada pelas terras do povo Xukuru do Ororubá, é um lugar onde religiosidades e tradições culturais se entrelaçam profundamente.

Durante os anos de 1930, mesmo com o avanço da industrialização, a região enfrentava provações severas. Recursos eram distribuídos de forma desigual, e a população sofria com secas implacáveis que tornavam a água potável um tesouro raro. Epidemias espalhavam medo e incerteza, enquanto grupos armados, como os cangaceiros, desafiavam a paz e a segurança locais (Moura, 2021).

Todo esse contexto de crise fez com que a década de 1930 fosse marcada por um forte apego religioso e uma devoção intensa a Maria. As mensagens das aparições se espalharam rapidamente entre a população, atraindo curiosos e devotos que encontraram nesses eventos uma resposta aos problemas enfrentados. A devoção à Virgem Maria oferecia um refúgio diante de tantas mazelas, e os relatos das aparições fortaleceram ainda mais a fé e a esperança em tempos de adversidade. Esses eventos foram interpretados como um sinal divino de cuidado e intervenção, refletindo a busca desesperada por amparo espiritual em tempos de extrema vulnerabilidade.

Desse modo, podemos observar como as aparições marianas de Nossa Senhora das Graças em Cimbres encontraram terreno fértil para disseminação nas regiões mais precárias e marginalizadas. Nas áreas mais afastadas, onde as carências de infraestrutura básica são mais evidentes, a necessidade de conforto espiritual e a busca por respostas para o sofrimento cotidiano muitas vezes são mais intensas.

Paradoxalmente é nesses locais que as aparições marianas podem ter uma recepção mais calorosa, oferecendo uma sensação de proteção e orientação em meio às adversidades. Nesse escopo, em resposta a essas condições adversas no interior pernambucano no início do século XX, as aparições de Nossa Senhora das Graças emergiram como um mecanismo significativo de enfrentamento, oferecendo consolo e esperança em um contexto de incerteza e sofrimento.

Referências

Fontes

Jornal do Recife, Pernambuco, 24 out. 1918, Edição 00293 (1). Disponível em: <<https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=705110&pesq=%22thanatomorbia%22&hf=memoria.bn.gov.br&pagfis=75792>>. Acesso em: 12 mai. 2024.

Jornal do Recife, 18 out. 103. Disponível em: <<https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=705110&pesq=%22febre%20amarela%22&pasta=ano%20191&hf=memoria.bn.br & pagfis=46194>>. Acesso em: 12 mai. 2024.

A Província, 24 out. 1918, Edição 00293 (1). Disponível em: <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/docreader.aspx?bib=128066_01&pasta=ano%20191&pesq=AS%20ESTAT%C3%8DSTICAS&pagfis=40194>. Acesso em: 14 mai. 2024.

AProvíncia, 27 out. 1918, 00296 (1). Disponível em: <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=128066_01&Pesq=%22epidemia%20no%20interior%22&pagfis=40212>. Acesso em: 12 mai. 2024.

AProvíncia, 28 out. 1918, 00297 (1). Disponível em: <https://memoria.bn.gov.br/DocReader/DocReader.aspx?bib=128066_01&pesq=%22Epidemia%20em%20Pesqueira%22&pasta=ano%20>

191&hf=memoria.bn.br> Acesso em: 12 mai. 2024.

CONFERÊNCIA Nacional dos Bispos do Brasil. **Aparições e Revelações Particulares**. Subsídios Doutrinários. Brasília: Edições CNBB, 2009.

FREITAS, Otávio de. Os trabalhos de hygiene em Pernambuco: Relatório apresentado ao Secretário Geral do Estado. Pernambuco, 1919.

FREITAS, Otávio de. Relatório dos serviços efetuados durante a epidemia da influenza. Recife, PE, 25 nov. 1918.

Bibliografia

ALEXANDRE, Jucieldo Ferreira; CADENA, Paulo Henrique Fontes. “Dissipai a peste cruel, poderosa intercessora”: devoção mariana e epidemia do cólera no Cariri Oitocentista. In: ARAÚJO, Raimundo; ARAÚJO, Reginaldo (organizadores). **Nas trilhas do sertão: escritos de cultura e política nos interiores do Ceará**. Sobral - Ce, 2021.

BARROS, José D. Assunção. Os Campos da História—uma introdução às especialidades da História. Revista HISTEDBR On-line, Campinas, v. 16, p. 17-35, 2004.

BURKE, Peter. O que é história cultural?. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2005.

CHARTIER, Roger et al. A história cultural. Entre práticas e representações. Lisboa: Difel, v. 1, p. 12, 1990.

DE MOURA, Carlos André Silva; LOPES, José Pedro. “Ela lá está abençoando esta diocese amada que pusemos sob sua guarda”: práticas culturais em torno do monumento mariano no Morro da Conceição na cidade do Recife (1904-1953). **Religião & Sociedade**, v. 43, n. 3, p. 299-322, 2023.

- DE MOURA, Carlos André Silva de. “Não tenhas medo, eu sou a Graça”: a invenção de uma cultura visionária mariana em Portugal e Brasil (1900 – 1936). Tese (Processo Seletivo de promoção ao Cargo de Professor Associado /Livre-docente) - Universidade de Pernambuco - UPE, 2021.
- QUAMMEN, David. **Contágio**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.
- SCHWARCZ, Lilia Moritz; STARLING, Heloisa Murgel. **A bailarina da morte: a gripe espanhola no Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.
- SILVA, Eliane Moura da. Introdução. Religião: da fenomenologia à História. In. SILVA, Eliane Moura da; BELLOTTI, Karina Kosicki; CAMPOS, Leonildo Silveira (Org.).
- SILVEIRA, Anny; NASCIMENTO, Dilene. Epidemias do século XX: gripe espanhola e aids. In: TEIXEIRA, Luiz Antonio; PIMENTA, Tania Salgado; HOCHMAN, Gilberto. **História da saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec Editora, 2018.
- STEIL, Carlos; MARIZ, Cecília Loreto; REESINK, Mario (orgs.). *Maria entre os vivos: reflexões teóricas e etnografias sobre aparições marianas no Brasil*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.

